

---

ANNEE 2017

N°

**DESCRIPTION DE DEUX STRATEGIES DIJONNAISES DE DEPISTAGE  
DES IST CHEZ LES HSH, A DISPOSITION DES MEDECINS  
GENERALISTES DE COTE D'OR**

**THESE**

présentée à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 28 Avril 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Georgia ANDRIANAKOU

Née le 17 juillet 1989

à Athènes, en Grèce



## **AVERTISSEMENT**

---

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



**U.F.R. DES SCIENCES DE SANTE  
CIRCONSCRIPTION MEDECINE**



---

**ANNEE 2017**

N°

**DESCRIPTION DE DEUX STRATEGIES DIJONNAISES DE DEPISTAGE  
DES IST CHEZ LES HSH, A DISPOSITION DES MEDECINS  
GENERALISTES DE COTE D'OR**

**THESE**

présentée à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 28 Avril 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Georgia ANDRIANAKOU

Née le 17 juillet 1989

à Athènes, en Grèce

Année Universitaire 2016-2017  
au 1<sup>er</sup> Janvier 2017

Doyen :	M. Frédéric HUET
1 <sup>er</sup> Assesseur :	M. Yves ARTUR
Assesseurs :	Mme Laurence DUVILLARD M. Pablo ORTEGA-DEBALLON M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie- réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie- virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irene	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences
----	-------	---------	----------

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne (Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

#### PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

#### PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

#### PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



L'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

---

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Professeur Pascal CHAVANET

Service d'Infectiologie, CHU DIJON

Membres : Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Service de Psychiatrie, CHU DIJON

Madame le Docteur Anne WALDNER-COMBERNOUX

Maître de conférences de médecine générale, CHU DIJON

Madame le Docteur Nathalie NOELLAT

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, CHU DIJON

Directrice de thèse

Monsieur le Docteur Dominique ENGELMANN

Médecin Généraliste, VERMENTON

## REMERCIEMENTS

En premier lieu, je remercie le Professeur Pascal CHAVANET, président du jury, qui me fait l'honneur d'être le président de ma thèse. Merci pour les connaissances que vous m'avez transmises, la qualité de votre enseignement et le temps que vous avez consacré pour moi. Je garde un excellent souvenir du stage que j'ai passé dans votre service.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de thèse, le Docteur Nathalie NOELLAT, qui m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer, malgré un emploi du temps chargé.

Au Professeur Bernard BONIN et au Docteur Anne WALDNER, qui me font l'honneur d'être membres du jury de ma thèse.

A Mme Karine ASTRUC pour sa disponibilité et sa collaboration pour ce lourd travail de statistiques.

Je voudrais également remercier les trois généralistes qui m'ont encadré au cours de mon semestre en stage chez le praticien, le Docteur ENGELMANN, qui fait également partie de mon jury, le Docteur BRENNER et le Docteur DELAUNAY: merci de votre disponibilité, de vos conseils, de votre investissement auprès des internes et de m'avoir orienté vers la vraie pratique de la médecine générale.

A ma chef aux Urgences à Semur-en-Auxois, le Docteur Sundé KILIC pour sa confiance, sa disponibilité et son encouragement. Aussi, à tous les médecins du service qui ont contribué à ma formation, dans une ambiance agréable.

J'adresse mes plus sincères remerciements à mes très chers parents et ma sœur, Anthi, qui ont toujours été là pour m'accompagner et me conseiller tout au long de mes longues études de médecine. Enfin, merci à Marianna pour sa sincère amitié, à Lina, Iulia, Penny et Ambéline pour leur soutien et à mes chers co-internes pendant mon dernier semestre aux Urgences à Semur-en-Auxois, Cyrielle, Sven, Thibaut, Marine, Clémence, Hugo pour tous les bons moments passés ensemble.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."*

## ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ ζυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ οὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ζυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἱητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ζυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσοδὸν φθόριον δώσω. Ἀγνώσ δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ζυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.

*Κάλλιον το προλαμβάνειν ἢ το θεραπεύειν.*

*Hippocrate, 460-377avant J.-C., père de la médecine*

*(Mieux vaut prévenir que guérir)*

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ADVIH** : Autotest de dépistage de l'infection par le VIH

**AMACOD** : Antenne Municipale et Associative de lutte contre les Discriminations

**ANRS** : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales

**ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

**ARS** : Agence régionale de santé

**ASUD** : Association d'auto-support des Usagers de Drogues

**BEH** : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

**CAARUD** : Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques auprès des Usagers de Drogue

**CDAG** : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

**CDC**: Centers for Disease Control and Prevention

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

**CIDDIST** : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

**CIGaLes** : Collection Incroyable de Gays et de Lesbiennes

**CNR** : Centre national de référence

**CNS** : Conseil National du Sida

**COREVIH** : Coordinations Régionales de lutte contre l'infection à VIH

**CRIPS** : Centre régional d'information et de prévention du sida

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DIMMAGAY** : Dépistage des IST Médicalisé en Milieu Associatif GAY

**DO** : Déclaration obligatoire

**ENIPSE** : Équipe nationale d'intervention en prévention et santé pour les entreprises

**FA** : File active

**FHDH** : French Hospital Database on HIV

**GESCA** : Groupe d'Epidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HCSP** : Haut conseils de la santé publique

**HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

**InVS** : Institut National de Veille Sanitaire

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse

**JID** : The journal of infectious diseases

**KABP** : Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices

**LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale

**LGBT** : Lesbian, gay, bisexual, and transgender

**LGV** : Lymphogranulome vénérien

**MMWR**: Morbidity and Mortality Weekly Report

**NEJM** : The New England journal of medicine

**ODD** : Objectifs de développement durable

**OMD**: Objectifs du Millénaire pour le développement

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PPVIH** : Personnes vivant avec le VIH

**PrEp** : prophylaxie pré-exposition

**RésIST** : Réseau de surveillance des IST

**SFLS** : Société Française de Lutte contre le Sida

**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise

**SNEG** : Syndicat National des Entreprises Gay

**TROD** : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

**UCSA** : Unité de consultation et de soins ambulatoires

**UDI** : Utilisateurs de drogues par injection

**VHB** : Virus de l'Hépatite B

**VHC** : Virus de l'Hépatite C

**VHD** : Virus de l'Hépatite D

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

**WB** : Western Blot

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	1
INTRODUCTION .....	4
PREMIERE PARTIE : EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR LE VIH, ENJEUX DU DEPISTAGE ET DIFFERENTS DISPOSITIFS DE DEPISTAGE DISPONIBLES EN FRANCE. ....	6
1- RAPPELS HISTORIQUES .....	6
2- EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION A VIH .....	8
2-1 : Dans le monde .....	8
2-2 : En France .....	12
2-2-1 : Incidence .....	12
2-2-2 : Prévalence .....	13
2-2-3 : Age .....	13
2-2-4 : Mode de contamination .....	13
2-2-5 : Région .....	14
2-3 : En Bourgogne .....	15
2-3-1 : Découvertes de séropositivité VIH .....	15
2-3-2 : File active .....	19
2-4 : Dans la population HSH .....	22
2-4-1 : Etat des lieux épidémiologique .....	22
2-4-2 : Population HSH et autres IST .....	23
2-4-3 : Enquêtes disponibles sur la population HSH .....	24
2-5 : Co-infection VIH – IST .....	26
2-5-1 : VIH et syphilis .....	26
2-5-2 : VIH et VHB .....	28
2-5-3 : VIH et VHC .....	29
3- ENJEUX DU DEPISTAGE .....	31
3-1 : Evolution des stratégies de dépistage .....	32
3-1-1 : En population générale .....	32
3-1-2 : Pour les populations cibles .....	35
3-1-3 : Selon les circonstances .....	36
3-2 : Les connaissances et croyances sur le VIH .....	36
3-3 : L'épidémie cachée .....	37
3-4 : Bénéfices d'un dépistage précoce .....	38



3-4-1 : Sur le plan individuel .....	39
3-4-2 : Sur le plan collectif .....	40
3-5 : Intérêt d'un dépistage global des IST associées.....	41
3-6 : La place des nouveaux tests de dépistage du VIH .....	43
3-6-1 : Le test rapide de dépistage du VIH – TROD .....	43
3-6-2 : L'autotest au VIH.....	45
3-6-3 : Les autres TROD.....	47
4- ORGANISATION DU DEPISTAGE EN FRANCE .....	48
4-1 : Le dépistage en CDAG/CIDDIST .....	48
4-1-1 : Généralités.....	48
4-1-2 : Activité de dépistage et population fréquentant le dispositif .....	50
4-1-3 : Description du fonctionnement .....	51
4-2 : Le dispositif de dépistage associatif .....	52
4-2-1 : Généralités.....	52
4-2-2 : Les différentes expérimentations de dépistage en France .....	52
4-2-3 : Le projet dijonnais « DIMMAGAY ».....	54
4-2-3-1 : CIGaLes .....	54
4-2-3-2 : Le dispositif DIMMAGAY et la genèse du projet de collaboration avec CIGaLes .....	55
4-2-3-3 : Les objectifs du dispositif DIMMAGAY .....	56
4-2-3-4 : Population cible .....	56
4-2-3-5 : Financement.....	57
4-2-3-6 : Recrutement des patients .....	57
4-2-3-7 : Déroulement de la consultation de dépistage.....	58
DEUXIEME PARTIE : DESCRIPTION DE DEUX STRATEGIES DIJONNAISES DE DEPISTAGE DES IST CHEZ LES HSH .....	60
5- DESCRIPTION ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	60
5-1 : Objectif de l'étude .....	60
5-1-1 : Objectif principal.....	60
5-1-2 : Objectif secondaire.....	61
5-2 : Hypothèse de l'étude .....	61
5-3 : Type d'étude .....	61
5-4 : Critères d'inclusion.....	61
5-5 : Analyse des biais de l'étude.....	62

5-6	: Traitement des données.....	62
6-	RESULTATS.....	63
6-1	: Comparaison du questionnaire rempli dans les deux dispositifs .....	63
6-1-1	: Faisons connaissance.....	63
6-1-2	: Mode de vie.....	66
6-1-3	: Sexualité avec vos partenaires.....	71
6-1-4	: Le niveau des risques .....	78
6-1-5	: Recours au dépistage VIH.....	81
6-1-6	: Dépistage des autres IST .....	83
6-1-7	: Profil social .....	87
6-2	: Le retour dans le dispositif.....	89
6-3	: Nombre total des IST dépistées – Proportion de séropositifs retrouvés .....	89
6-4	: Questionnaire de satisfaction .....	90
6-5	: Résumé des résultats.....	90
7-	DISCUSSION .....	92
8-	INTERET POUR LE MEDECIN GENERALISTE .....	96
	CONCLUSIONS.....	98
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	100
	ANNEXES.....	106

## INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus infectant l'humain et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes.

Plus de trois décennies après la découverte de ce rétrovirus, la recherche scientifique a effectué des avancées révolutionnaires en matière d'immunologie. Trente années de lutte qui aboutissent à de nouveaux résultats, prolongeant de manière durable la vie des malades et permettant aujourd'hui une procréation bien contrôlée.

L'épidémie de sida se stabilise, après un pic dans les années 1990, mais la lutte contre le virus reste insuffisante. Selon le rapport de 2015 d'ONUSIDA, on constate une diminution de 35% des nouvelles infections à VIH depuis 2000, avec une diminution de 42% des décès liés au sida depuis le pic de 2004. En 2014, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH. Le nombre des personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, en grande partie du fait que davantage de personnes dans le monde ont accès à la thérapie antirétrovirale et vivent ainsi plus longtemps, et en meilleure santé. (5)

En France, le nombre de découvertes de séropositivité à VIH est estimé à près de 6 600 en 2014, ce nombre est stable depuis 2007. La seule tendance significative depuis 2011 est observée chez les HSH, chez lesquels le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue d'augmenter. Ils sont près de 2 800 à avoir découvert leur séropositivité en 2014. (8) Sur les 150 000 personnes qui vivent actuellement avec le VIH en France, environ 20% ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH, soit environ 30 000 personnes séropositives en France ignorent leur statut sérologique et constituent le réservoir de l'épidémie cachée du VIH/sida. (24)

Les professionnels de santé rappellent le rôle primordial du dépistage du VIH et d'un diagnostic précoce de l'infection, en termes d'amélioration de la qualité de vie, de morbi-mortalité et de réduction de

transmissibilité du virus. Pour profiter des progrès scientifiques en matière de traitements du VIH, il faut connaître son statut sérologique.

Une nouvelle stratégie de dépistage de l'infection par le VIH a été mise en place en 2010, suivant les recommandations de la HAS formulées en 2009. Elle consiste en la proposition à l'ensemble des personnes de 15 à 70 ans d'un test de dépistage lors d'un recours au système de soins, en dehors de prises de risque identifiées. Les recommandations de la HAS définissaient plus précisément ces populations concernées et la fréquence de dépistage. En particulier, un dépistage annuel était recommandé pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) multipartenaires, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes multipartenaires originaires d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes. (20)

De nombreux freins relatifs à la réalisation du test existent encore, liés notamment à la peur de la maladie, de la stigmatisation, de la discrimination et au manque de sensibilisation.

Le constat de la persistance d'un retard au dépistage, affectant certains groupes de la population, conduit à la nécessité de développer le rôle de certains dispositifs non dédiés, dans le cadre de la démarche volontaire de dépistage.

Il nous a, donc, semblé intéressant d'effectuer une étude traitant le dépistage du VIH et des autres IST chez la population HSH à Dijon, essayant de répondre à la problématique suivante : **Est-ce qu'un dispositif de dépistage médicalisé, délocalisé dans une structure communautaire associé à un counselling par des pairs, en direction exclusive des HSH, est plus attirant qu'un dispositif de dépistage traditionnel ?** Les deux stratégies de dépistage à comparer sont le CDAG/CIDDIST existant par rapport au dispositif DIMMAGAY, sur une période de 2 ans, entre Avril 2011 et Mars 2013.

L'objectif secondaire de cette étude est d'orienter les médecins généralistes de la Bourgogne vers le dépistage le plus efficace et le plus adapté à cette population vulnérable.

# **PREMIERE PARTIE : EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION PAR LE VIH, ENJEUX DU DEPISTAGE ET DIFFERENTS DISPOSITIFS DE DEPISTAGE DISPONIBLES EN FRANCE.**

## **1- RAPPELS HISTORIQUES**

Le SIDA fait son apparition en **1981**. En juin 1981, l'Agence épidémiologique d'Atlanta annonce au monde médical que cinq patients homosexuels à Los Angeles souffrent d'une pneumonie rarissime. (1) Les hostilités sont lancées, la France est aussi touchée et la communauté homosexuelle dans son ensemble est en première ligne. Les symptômes sont multiples : fièvre, affections pulmonaires, tumeurs et au final la mort.

En janvier 1983, le virus du sida est isolé et au mois de mai 1983, l'équipe de chercheurs de l'Institut Pasteur publie les résultats dans la revue Science. En 2008, les Professeurs Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier reçoivent le prix Nobel de médecine 2008 pour leurs travaux portant sur la découverte du rétrovirus responsable du sida en 1983 à l'Institut Pasteur. (2)

À cette époque, la stigmatisation des malades reste très pesante. On parle encore de la maladie des 4H pour hémophile, homosexuel, haïtien, héroïnomanes. En 1986, la nouvelle ministre de la Santé Michèle Barzach prend deux mesures fondamentales : la vente libre de seringues pour limiter la contamination chez les toxicomanes et l'autorisation de la publicité sur le préservatif, seul moyen de prévention contre le sida. Malgré plus de 300 malades recensés en France en 1987, l'espoir d'une nouvelle arme pour lutter contre le virus est en train de naître : c'est l'arrivée de la zidovudine.

1992 voit l'apparition de nombreuses associations. Certaines se chargent de la prévention comme le Kiosque infos sida, d'autres tentent d'alerter l'opinion comme Act-up: c'est le début du Sidaction.

En 1996, le sida a déjà tué plus de 30.000 personnes en France. **1996** est une année charnière dans l'histoire du sida. Après treize longues années de recherche, **c'est l'arrivée des trithérapies.**

En octobre 2014, une équipe internationale de recherche publie les résultats de ses travaux dans la revue américaine Science, qui suggèrent que l'ancêtre commun du VIH est très probablement apparu à Kinshasa, capitale de la République démocratique du Congo, vers les années 1920. (3)

Les virologues savaient déjà que ce rétrovirus a été transmis des singes à l'homme au moins à treize reprises, mais qu'une seule de ces transmissions est responsable de la pandémie humaine. C'est seulement cette transmission spécifique qui a abouti à l'émergence du VIH-1, à l'origine de la pandémie qui a entraîné près de 75 millions d'infections à ce jour, la plus grande partie en Afrique subsaharienne.

Les analyses du groupe de chercheurs des universités britannique d'Oxford et belge de Louvain laissent penser qu'entre les années 1920 et 1950, une combinaison de facteurs, dont l'urbanisation rapide, la construction des chemins de fer en République démocratique du Congo (RDC), ainsi que des changements dans le commerce du sexe, a favorisé l'émergence et la propagation du sida à partir de Kinshasa.

*Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*, sont huit objectifs adoptés en 2000 à New York avec la Déclaration du millénaire de l'Organisation des Nations unies, recouvrant de grands enjeux humanitaires : la réduction de l'extrême pauvreté et de la mortalité infantile, la lutte contre plusieurs épidémies dont le SIDA et le paludisme, l'accès à l'éducation, l'égalité des sexes et l'application du développement durable. Selon le rapport 2015 des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, le monde a dépassé les cibles relatives au sida : les nouvelles infections au VIH ont chuté de près de 40 % entre 2000 et 2013, passant, selon les estimations, de 3,5 à 2,1 millions de cas. Egalement, dans le monde, en juin 2014, 13,6 millions de personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral, une immense augmentation par rapport à seulement 800 000 personnes en 2003. Le traitement antirétroviral a permis d'éviter 7,6 millions de décès dus au sida entre 1995 et 2013. (4)

Aujourd'hui, de plus en plus de pays sont sur la voie de l'accélération visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), qui remplacent les objectifs du millénaire pour le développement, qui se sont terminés en 2015.

(5) Une stratégie multisectorielle, favorisant la sensibilisation à la prévention contre le VIH/sida, la lutte contre l'inégalité, la stigmatisation et la marginalisation, un dépistage précoce et l'accès aux traitements, permettrait à la riposte de devancer l'épidémie.

En France, la dynamique du VIH est toujours très active avec près de 7 000 nouvelles contaminations chaque année, dont la moitié concerne des HSH et l'autre moitié des hétérosexuels. L'inquiétude se porte sur la hausse des contaminations chez les jeunes gays, la forte prévalence des IST et la stagnation du nombre de dépistages. Une prévention ciblée dans cette population doit être renforcée grâce à l'ensemble des outils disponibles et la fréquence du recours au dépistage devrait sans doute être accentuée.

## **2- EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION A VIH**

### **2-1 : Dans le monde**

Selon l'OMS, avec plus de 36 millions de morts à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique. En 2015, 1,1 million de personnes sont décédées d'une cause liée au VIH dans le monde. Fin 2015, on comptait environ 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 2,1 millions de nouvelles infections. (6) [Figure 1]

Selon le rapport de l'ONUSIDA et de l'OMS de 2007, la prévalence du VIH en termes de pourcentage est stabilisée. La proportion de personnes qui ont contracté une infection par le VIH a atteint son point le plus élevé à la fin des années 1990 et s'est stabilisée depuis. (66)

L'Afrique subsaharienne, où 25,6 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2015, est la région la plus touchée. Elle concentre également près des deux-tiers des nouvelles infections dans le monde.

[Figure 2]

On estime qu'actuellement seulement 54% des personnes infectées par le VIH connaissent leur statut. En 2014, environ 150 millions d'enfants et d'adultes dans 129 pays à revenu faible ou intermédiaire ont, selon les informations disponibles, bénéficié de dépistage du VIH.

Fin 2015, plus de 17 millions de personnes vivant avec le VIH étaient sous thérapie antirétrovirale (TAR) au niveau mondial : (7) [Figure 3]

- 46% de l'ensemble des adultes vivant avec le VIH avaient accès au traitement en 2015, contre 23% en 2010.
- 49% de l'ensemble des enfants vivant avec le VIH avaient accès au traitement en 2015, contre 21% [18–23%] en 2010.
- 77% des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient accès aux médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leurs bébés en 2015.

De 2000 à 2015, le nombre des nouvelles infections à VIH a baissé de 35%, le nombre des décès liés au sida de 28% et quelque 7,8 millions de vies ont été sauvées grâce aux efforts internationaux.



	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	<b>28,9 millions</b> [26,5 millions–31,7 millions]	<b>31,8 millions</b> [29,4 millions–34,5 millions]	<b>33,3 millions</b> [30,8 millions–36,1 millions]	<b>33,9 millions</b> [31,4 millions–36,7 millions]	<b>34,5 millions</b> [31,9 millions–37,4 millions]	<b>35,2 millions</b> [32,6 millions–38,1 millions]	<b>35,9 millions</b> [33,3 millions–38,9 millions]	<b>36,7 millions</b> [34 millions–39,8 millions]
<b>Nouvelles infections à VIH (total)</b>	<b>3,2 millions</b> [2,9 millions–3,5 millions]	<b>2,5 millions</b> [2,3 millions–2,8 millions]	<b>2,2 millions</b> [2 millions–2,5 millions]	<b>2,2 millions</b> [1,9 million–2,5 millions]	<b>2,2 millions</b> [1,9 million–2,4 millions]	<b>2,1 millions</b> [1,9 million–2,4 millions]	<b>2,1 millions</b> [1,9 million–2,4 millions]	<b>2,1 millions</b> [1,8 million–2,4 millions]
<b>Nouvelles infections à VIH (15 ans et plus)</b>	<b>2,7 millions</b> [2,5 millions–3,0 millions]	<b>2,1 millions</b> [1,9 million–2,3 millions]	<b>1,9 millions</b> [1,7 million–2,1 millions]	<b>1,9 million</b> [1,7 million–2,2 millions]	<b>1,9 million</b> [1,7 million–2,2 millions]	<b>1,9 million</b> [1,7 million–2,2 millions]	<b>1,9 million</b> [1,7 million–2,2 millions]	<b>1,9 million</b> [1,7 million–2,2 millions]
<b>Nouvelles infections à VIH (0 à 14 ans)</b>	<b>490 000</b> [430 000–560 000]	<b>450 000</b> [390 000–510 000]	<b>290 000</b> [250 000–350 000]	<b>270 000</b> [220 000–330 000]	<b>230 000</b> [190 000–290 000]	<b>200 000</b> [160 000–250 000]	<b>160 000</b> [130 000–220 000]	<b>150 000</b> [110 000–190 000]
<b>Décès liés au sida</b>	<b>1,5 million</b> [1,3 million–1,8 million]	<b>2,0 millions</b> [1,7 million–2,3 millions]	<b>1,5 million</b> [1,3 million–1,7 million]	<b>1,4 million</b> [1,2 million–1,7 million]	<b>1,4 million</b> [1,2 million–1,6 million]	<b>1,3 million</b> [1,1 million–1,5 million]	<b>1,2 million</b> [990 000–1,4 million]	<b>1,1 million</b> [940 000–1,3 million]
<b>Personnes ayant accès au traitement</b>	<b>770 000</b>	<b>2,2 millions</b>	<b>7,5 millions</b>	<b>9,1 millions</b>	<b>10,9 millions</b>	<b>12,9 millions</b>	<b>15 millions</b>	<b>17 millions</b>
<b>Ressources disponibles pour le sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire</b>	<b>4,8 milliards</b>	<b>9,4 milliards</b>	<b>15,9 milliards</b>	<b>18,3 milliards</b>	<b>19,5 milliards</b>	<b>19,6 milliards</b>	<b>19,2 milliards</b>	<b>19 milliards</b>

Figure 1 : Données mondiales sur le VIH. ONUSIDA, 2015.

Région	Personnes vivant avec le VIH (total)	Nouvelles infections à VIH			Décès liés au sida (total)	Bénéficiaires d'une thérapie antirétrovirale (total)
		Total	15 ans et plus	0 à 14 ans		
Afrique orientale et australe	<b>19 millions</b> [17,7 millions–20,5 millions]	<b>960 000</b> [830 000–1,1 million]	<b>910 000</b> [790 000–1,1 million]	<b>56 000</b> [40 000–76 000]	<b>470 000</b> [390 000–560 000]	<b>10,3 millions</b>
Amérique latine et Caraïbes	<b>2 millions</b> [1,7 million–2,3 millions]	<b>100 000</b> [86 000–120 000]	<b>100 000</b> [84 000–120 000]	<b>2100</b> [1600–2900]	<b>50 000</b> [41 000–59 000]	<b>1,1 million</b>
Afrique occidentale et centrale	<b>6,5 millions</b> [5,3 millions–7,8 millions]	<b>410 000</b> [310 000–530 000]	<b>350 000</b> [270 000–450 000]	<b>66 000</b> [47 000–87 000]	<b>330 000</b> [250 000–430 000]	<b>1,8 million</b>
Asie et Pacifique	<b>5,1 millions</b> [4,4 millions–5,9 millions]	<b>300 000</b> [240 000–380 000]	<b>280 000</b> [220 000–350 000]	<b>19 000</b> [16 000–21 000]	<b>180 000</b> [150 000–220 000]	<b>2,1 millions</b>
Europe orientale et Asie centrale	<b>1,5 million</b> [1,4 million–1,7 million]	<b>190 000</b> [170 000–200 000]	<b>190 000</b> [170 000–200 000]	---*	<b>47 000</b> [39 000–55 000]	<b>320 000</b>
Moyen-Orient et Afrique du Nord	<b>230 000</b> [160 000–330 000]	<b>21 000</b> [12 000–37 000]	<b>19 000</b> [11 000–34 000]	<b>2 100</b> [1 400–3 200]	<b>12 000</b> [8700–16 000]	<b>38 000</b>
Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord	<b>2,4 millions</b> [2,2 millions–2,7 millions]	<b>91 000</b> [89 000–97 000]	<b>91 000</b> [88 000–96 000]	---*	<b>22 000</b> [20 000–24 000]	<b>1,4 million</b>

\* Les estimations n'étaient pas disponibles au moment de la publication

Figure 2: Données régionales. ONUSIDA. 2015.

Devant ces chiffres, on voit que la lutte contre l'épidémie est bien loin d'être terminée malgré ces résultats encourageants.

Le prochain objectif fixé par l'Onusida (le programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida, *Unaid*s en anglais) à l'horizon 2020, appelé le « 90-90-90 », consiste à améliorer les

différentes étapes de la « cascade de soins » : 90% des personnes porteuses du virus dans le monde au courant de leur séropositivité, 90% des personnes diagnostiquées traitées et 90% des personnes traitées avec une charge virale indétectable (signe de la maîtrise de l'infection grâce aux traitements). Il s'agit d'un objectif, certes, ambitieux, mais n'oublions pas que le « 15 by 15 » (15 millions de personnes traitées en 2015) semblait quelques années en arrière irréalisable et qu'aujourd'hui plus de 17 millions de personnes sont sous traitement antirétroviral dans le monde.

## 2-2 : En France

### 2-2-1 : Incidence

Près de 6 600 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2014, ce qui représente 17 contaminations annuelles pour 100 000 personnes, nombre qui est stable depuis 2007, [Figure 4]. Plus des deux tiers de ces diagnostics (71%) ont été effectués à l'hôpital et moins d'un tiers en médecine de ville, alors qu'un quart des sérologies sont réalisées à l'hôpital et trois-quarts en ville. (8)

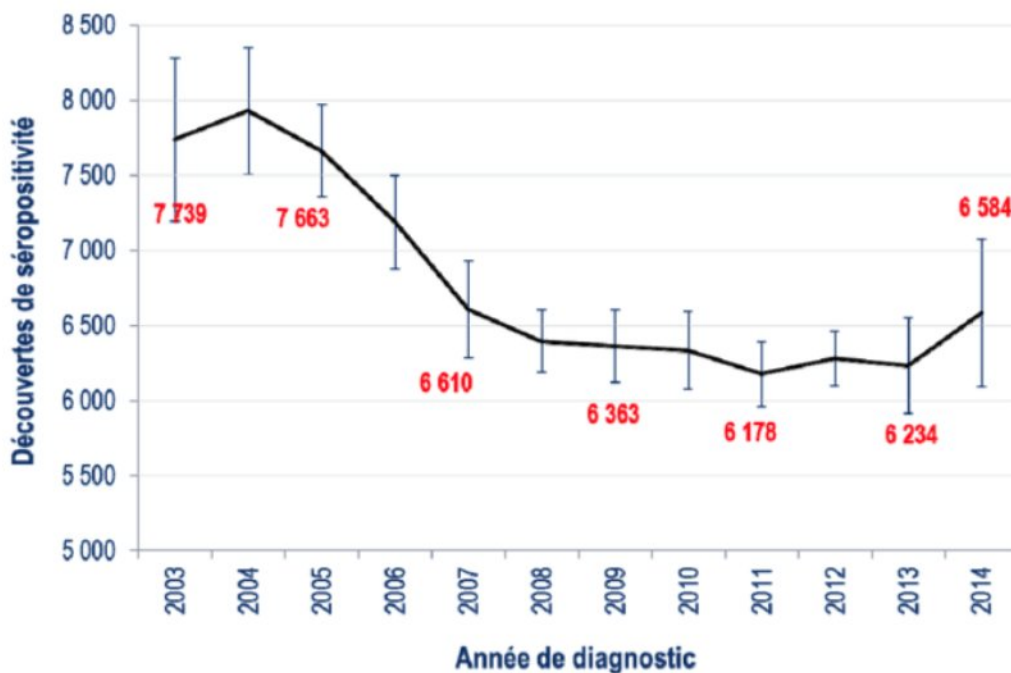


Figure 4 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2003-2014. InVS.

### 2-2-2 : Prévalence

Au total, 150 000 personnes vivent avec le VIH en France et parmi elles 29 000 l'ignorent. (9)

### 2-2-3 : Age

Les personnes de moins de 25 ans représentent 11% des découvertes de séropositivité en 2014 et celles de 50 ans et plus, 20%. (8)

### 2-2-4 : Mode de contamination

En 2014, environ 3 700 personnes contaminées par rapports hétérosexuels ont découvert leur séropositivité VIH, représentant 56% de l'ensemble des découvertes. Ce nombre ne diminue plus depuis 2013, ce qui est peut-être le reflet de la stabilité de l'incidence du VIH observée entre 2010 et 2012 dans cette population.

Les 2 600 personnes hétérosexuelles nées à l'étranger représentent la majorité des découvertes chez les hétérosexuels. Il s'agit essentiellement de personnes nées en Afrique subsaharienne (77%) et de femmes (58%). Les analyses de sérotypage réalisées par le Centre national de référence du VIH ont permis d'établir que 29% des hétérosexuels nés en Afrique subsaharienne ont été infectés par un VIH-1 de sous-type B. Ceci indique une probable contamination en France pour au moins près d'un tiers des personnes d'Afrique subsaharienne, dans la mesure où cette souche virale est quasiment absente du continent africain. Chez les hétérosexuels nés à l'étranger, les nombres annuels de découvertes de séropositivité et de nouvelles contaminations sont proches, ce qui est probablement le reflet d'un bon niveau de dépistage dans cette population.

Environ 1 100 personnes hétérosexuelles nées en France ont découvert leur séropositivité en 2014, parmi lesquelles 57% sont des hommes et 37% ont plus de 50 ans. Le nombre de nouvelles contaminations dans cette population a été estimé à environ 1 700 en 2012. Comme pour les HSH, la différence entre le nombre d'hétérosexuels nés en France qui se contaminent et le nombre de ceux qui découvrent leur séropositivité chaque année tend à montrer que leur recours au dépistage n'est pas suffisant. (8)

### 2-2-5 : Région

Depuis 2012, un nombre plus élevé de séropositivités sont découvertes en métropole hors Île-de-France qu'en Île-de-France même si les effectifs se rapprochent en 2014, respectivement 3 000 et 2 900 [Figure 5]. La région Île-de-France concentre encore néanmoins 44% des personnes ayant découvert leur séropositivité et les DOM 8%. (8)

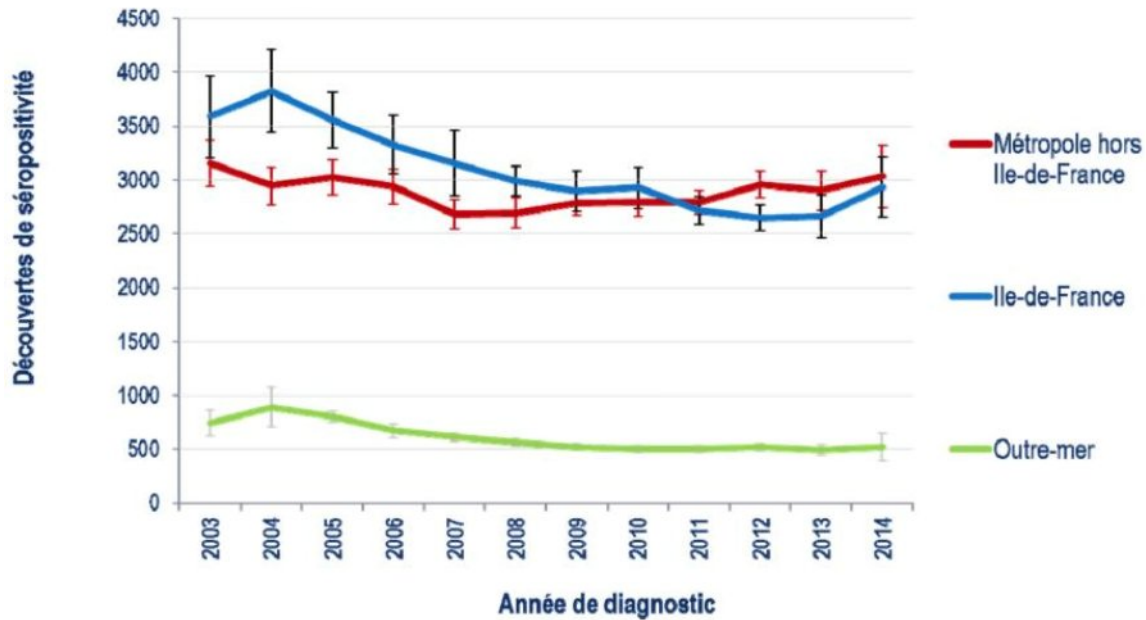


Figure 5 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile, France, 2003-2014.

InVS.

La tendance à une plus grande précocité des diagnostics sur les années récentes ne se poursuit pas en 2014. Sur cette dernière année, ce sont 39% des séropositivités VIH qui ont été découvertes à un stade précoce (primo-infection ou  $CD4 > 500/mm^3$ ), pourcentage équivalent à celui de 2013. La proportion de découvertes à un stade avancé (sida ou  $CD4 < 200/mm^3$ ) en 2014 est de 26%.

Cette stabilisation de la précocité des diagnostics est observée chez les HSH (49% de diagnostics précoces en 2013 et 2014) et chez les femmes hétérosexuelles (respectivement 42% et 29 % chez celles nées en France et à l'étranger). Par contre, chez les hommes hétérosexuels, quel que soit leur pays de naissance, la proportion de diagnostics précoces augmente régulièrement entre 2010 et 2014 (de 27% à 37% chez ceux nés en France, et de 20% à 25% chez ceux nés à l'étranger). (8)

### 2-3 : En Bourgogne

En novembre 2015, avant la journée de lutte contre le sida le 1<sup>er</sup> décembre, le COREVIH a publié un rapport qui présente de manière globale la situation et l'évolution du VIH pour 2014 sur la région bourguignonne. (10)

#### 2-3-1 : Découvertes de séropositivité VIH

Selon le Bulletin de veille sanitaire du janvier 2016, le nombre de sérologies VIH en Bourgogne est stable et l'un des plus bas en France (58 sérologies par 1000 habitants en 2014). Les recommandations du plan national 2010-2014 qui élargissait le dépistage à la population générale ont montré leur limite en Bourgogne. (70)

*En 2014, on avait au total 44 découvertes de séropositivité, au niveau hospitalier, en Bourgogne. (10)*

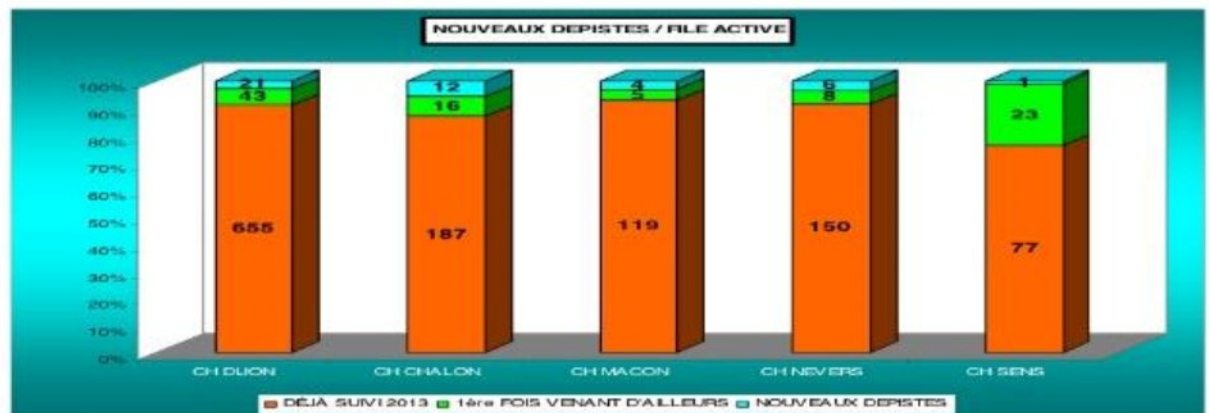


Figure 11 : Nouveaux dépistés 2014. COREVIH Bourgogne, 2015.

- ✓ Selon les données de l'InVS de surveillance de l'infection VIH et du sida en France en 2013, à partir de la notification obligatoire du VIH, la Bourgogne est une des régions où l'on a découvert le moins de séropositivité, avec 49 nouveaux cas par million d'habitants, soit 80 nouveaux dépistés, dont 60% à l'hôpital et 40% en ville. (65)

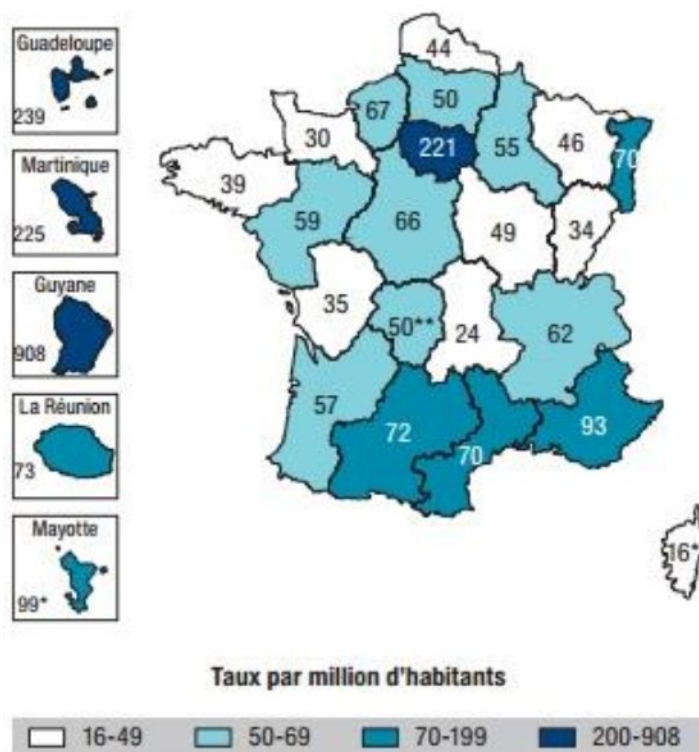


Figure 12 : Découvertes de séropositivité VIH par région, France 2013. Taux par million d'habitants. InVS.

On note une faible exhaustivité de la DO VIH en Bourgogne en 2013, qui permet d'obtenir des résultats moins précis [Figure 13]. Il serait souhaitable d'obtenir une meilleure exhaustivité de la DO de VIH, que les cliniciens complètent bien les déclarations émises par les biologistes, enfin que les délais entre la déclaration et sa réception à l'InVS soient plus courts. Les cliniciens et biologistes sont encouragés à utiliser la déclaration sur e-DO, désormais disponible depuis 2016.

Corevih	Découvertes de séropositivité				Corevih	Découvertes de séropositivité			
	N	Taux / M hab.	% DO ville	% DO hôpital		N	Taux / M hab.	% DO ville	% DO hôpital
Alsace	132*	72	37%	63%	IdF Sud	540	229	36%	64%
Aquitaine	188	58	28%	72%	Sud-est Clermont-Ferrand	46	22	45%	55%
Basse-Normandie	43	29	15%	85%	Sud-est Grenoble	170	71	24%	76%
Bourgogne	80*	49	40%	60%	Sud-est Lyon	254	89	17%	83%
Bretagne	134*	42	23%	77%	Languedoc-Roussillon	191	71	20%	80%
Centre & Poitou					Lorraine & Champagne				
Charentes	230	53	21%	79%	Ardennes	169	46	38%	62%
Franche-Comté	40*	34	14%	86%	Martinique	90	229	21%	79%
Guadeloupe	**	**	19%	81%	Midi Pyrénées & Limousin	259	71	22%	78%
Guyane	241	1014	34%	66%	Nord Pas-de-Calais	192*	48	60%	40%
Haute-Normandie	112	61	16%	84%	Pays-de-la-Loire	222	62	23%	77%
IdF Centre	586	827	31%	69%	Picardie	81*	42	20%	80%
IdF Est	1023	218	36%	64%	Paca Marseille	251	66	22%	78%
IdF Nord	342	209	37%	63%	Paca Nice	220*	158	24%	76%
IdF Ouest	231	94	24%	76%	Réunion	61	74	24%	76%

\* Faible exhaustivité de la DO VIH en 2013 : valeurs à interpréter avec précautions      \*\* Résultat Guadeloupe en cours de vérification

Figure 13 : Nombres de découvertes de séropositivité en 2013, en ville et à l'hôpital, Corevih.

Il s'agit plutôt des hommes, en activité professionnelle, qui sont venus consulter devant des symptômes/signes cliniques. [Figures 14, 15, 16,17]

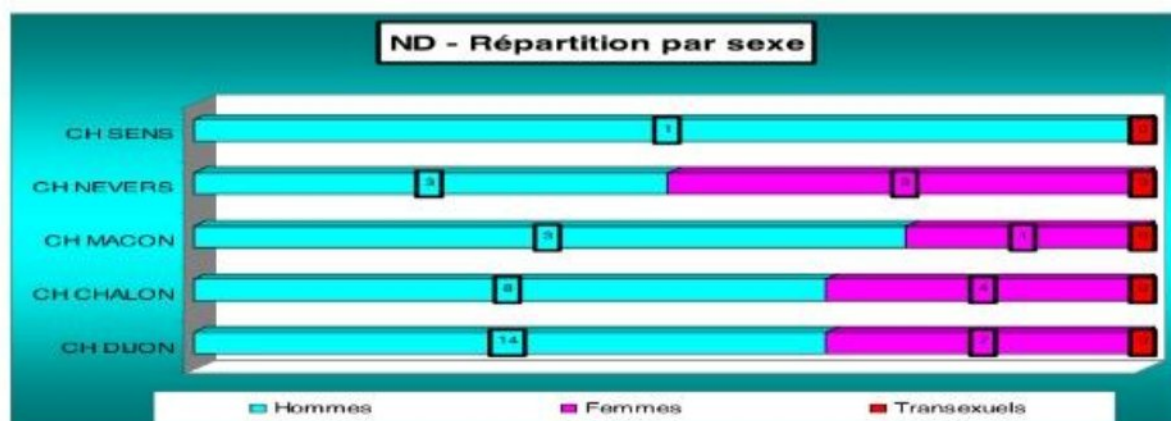


Figure 14 : Répartition par sexe. COREVIH Bourgogne, 2015.



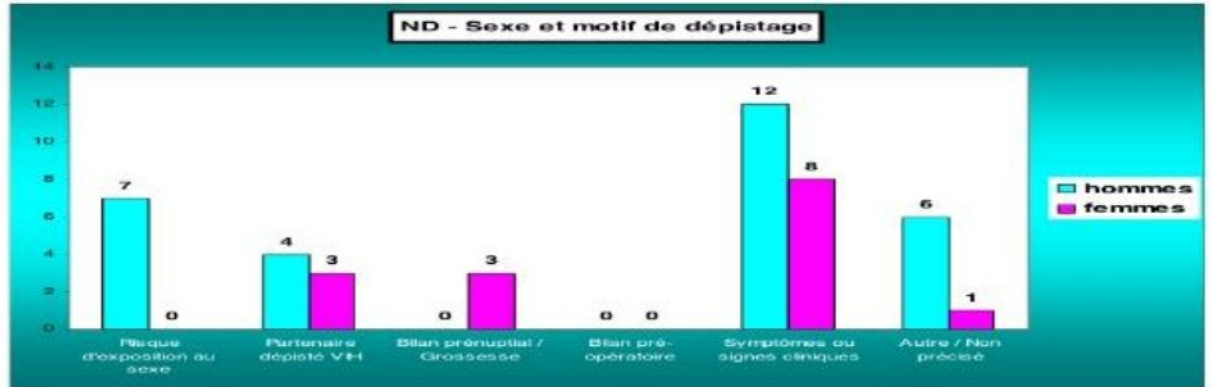


Figure 15 : Sexe et motif de dépistage. COREVIH Bourgogne, 2015.



Figure 16 : Sexe et catégorie professionnelle. COREVIH Bourgogne, 2015.

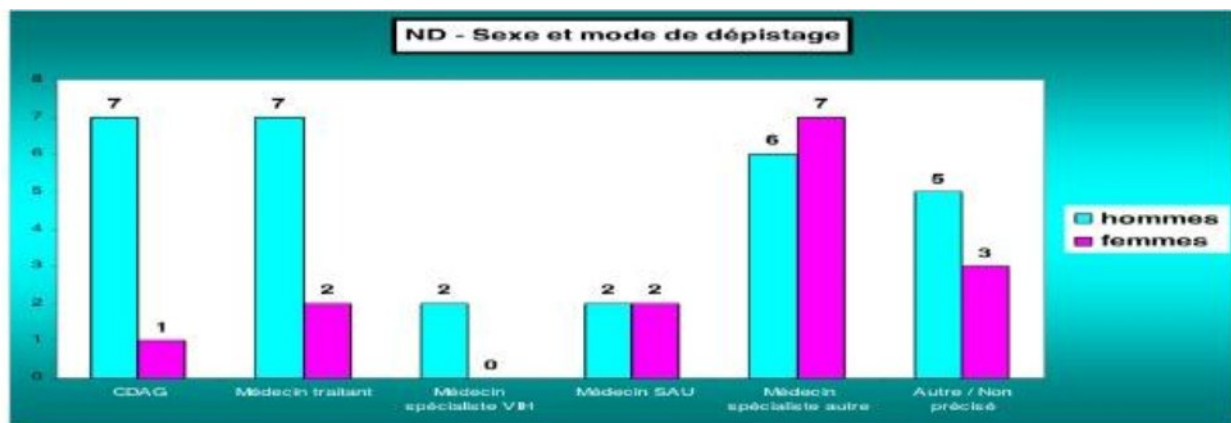


Figure 17 : Sexe et mode de dépistage. COREVIH Bourgogne, 2015.

### 2-3-2 : File active

La définition de la FA annuelle classiquement utilisée est la suivante : nombre total de personnes prises en charge dans une structure donnée au cours de l'année étudiée. Il s'agit d'un décompte de personnes et non pas d'un décompte de venues dans la structure. Dans les établissements de santé et les UCSA, la prise en charge considérée est : une consultation en soin externe, une séance d'hôpital de jour ou une hospitalisation complète.

*On voit qu'il y a une augmentation du nombre total de personnes prises en charges dans tous les hôpitaux (CH Dijon, CH Macon, CH Chalon, CH Auxerre, CH Sens), entre 2010 et 2014.*

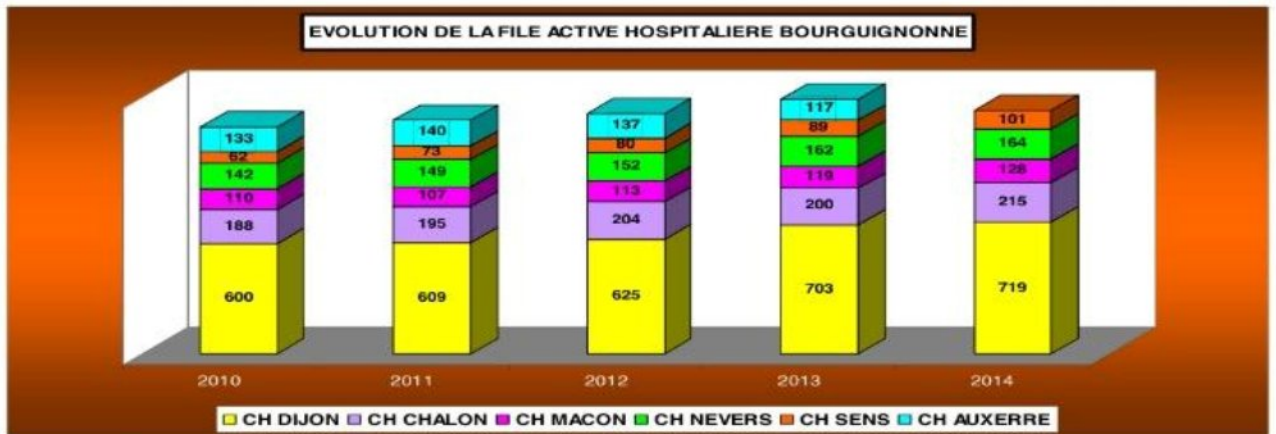


Figure 6: Evolution de la FA hospitalière bourguignonne. COREVIH Bourgogne, 2015.

En 2014, à Dijon, 324 personnes, soit 44% des personnes prises en charge, ont été contaminées par des rapports hétérosexuels, 254 personnes soit 35% ont eu des rapports homosexuels ou bisexuels et 60 personnes, soit 8% ont été des UDI.

Au total, dans les 5 hôpitaux (Dijon, Chalon, Macon, Nevers, Sens) on retrouve 42% des personnes prises en charge hétérosexuels, 31% homo ou bisexuels et 8% des UDI. [Figure 7]

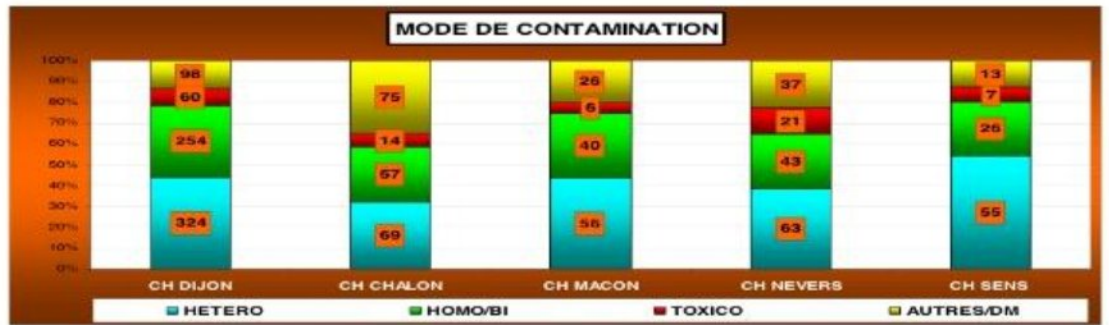


Figure 7 : Mode de contamination. COREVIH Bourgogne, 2015.

Il s'agit plutôt d'hommes entre 46-55 ans. [Figure 8]

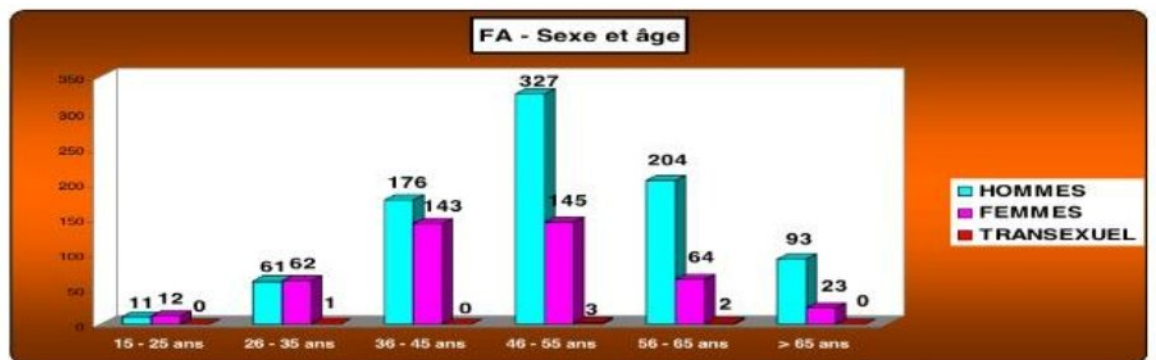


Figure 8 : Sexe et âge. COREVIH Bourgogne, 2015.

	FILE ACTIVE	PASSAGE STADE C EN 2014	PATHOLOGIE CLASSANTE
CH DIJON	719	10	Toxoplasmoses cérébrales (2) Tuberculoses pulmonaires (2) Pneumocystoses (5) LEMP + Kaposi (1)
CH CHALON	215	3	Tuberculose disséminée (1) Toxoplasmose cérébrale (1) Cryptosporidiose + syndrome cachectique (1)
CH MACON	128	1	Pneumocystose (1)
CH NEVERS	163	2	Pneumocystose (1) Tuberculose pulmonaire (1)
CH SENS	101	0	
TOTAL	1326	16	

- MOTIFS DE PASSAGE EN STADE C POUR LES NOUVEAUX DEPISTES
- MOTIFS DE PASSAGE EN STADE C POUR LA FILE ACTIVE

Figure 9 : Motif de passage en stade C. COREVIH Bourgogne, 2015.

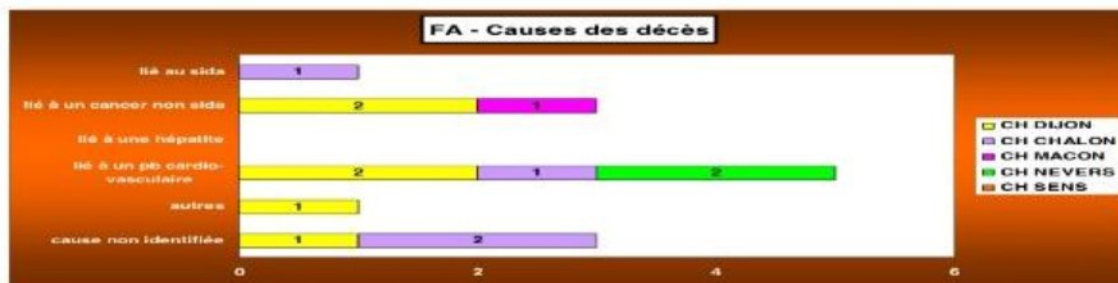
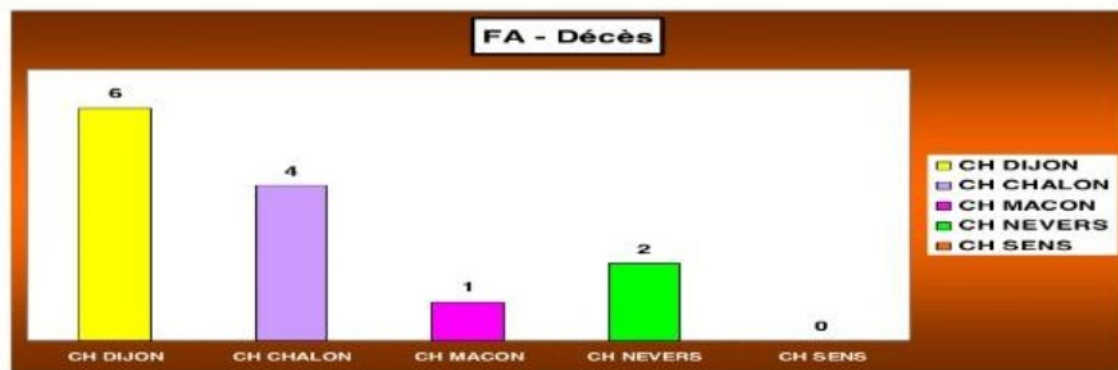


Figure 10 : Décès. COREVIH Bourgogne, 2015.

## 2-4 : Dans la population HSH

### 2-4-1 : Etat des lieux épidémiologique

Une stabilité des découvertes de séropositivité VIH est observée dans tous les groupes sur les dernières années, sauf chez les HSH où le nombre augmente de façon significative entre 2011 et 2014. (8)

[Figure 18]

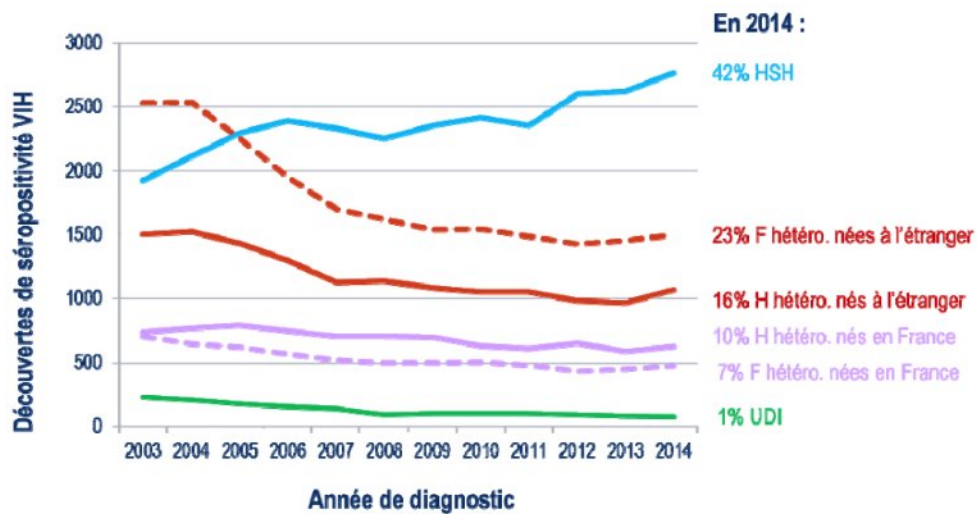


Figure 18 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, France, 2003-2014. InVS.

En 2014, environ 2 800 HSH ont découvert leur séropositivité, représentant 42% de l'ensemble des découvertes. Leur nombre augmente assez régulièrement depuis 2003 et cette augmentation est significative entre 2011 et 2014. Ils sont nés à l'étranger pour 18% d'entre eux. (8)

L'incidence du VIH est toujours très élevée chez les HSH (3 600 nouvelles contaminations en 2012 soit de l'ordre de 1% par an), soit 100 fois plus que dans la population hétérosexuelle et ne diminue pas sur les années récentes. En comparaison, elle est d'environ 0,24 % par an chez les migrants d'Afrique subsaharienne et 0,09 % par an chez les UDI. Le fait que chaque année, l'incidence du VIH chez les

HSH, c'est-à-dire que le nombre réel de nouvelles infections, est supérieur au nombre de ceux qui découvrent leur séropositivité tend à montrer que leur recours au dépistage est insuffisant, même s'il est plus fréquent que dans d'autres groupes exposés. (8)

Depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a plus que doublé (x 2,4) chez les jeunes HSH de 15 à 24 ans, l'augmentation étant moins marquée chez ceux âgés de 25 ans et plus (x 1,3).

[Figure 19].

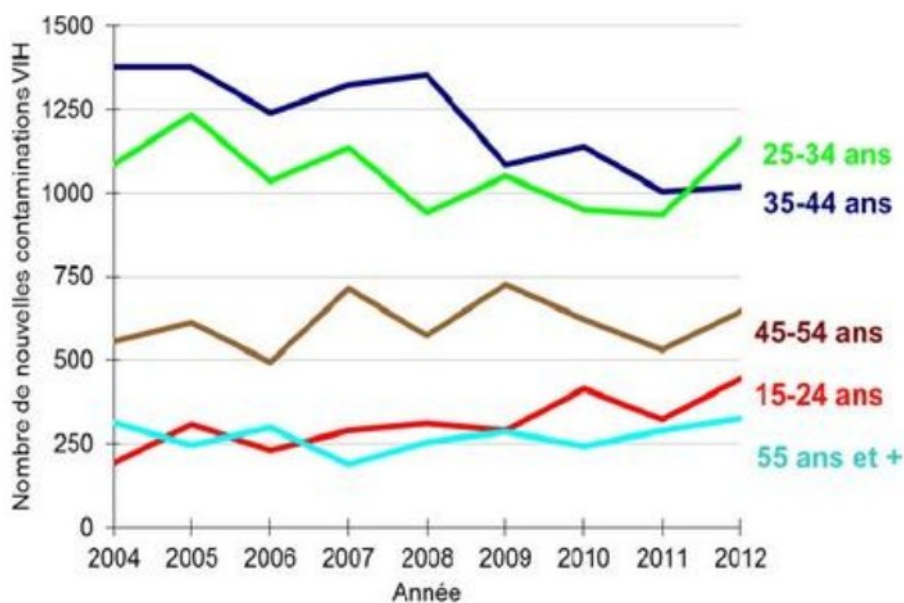
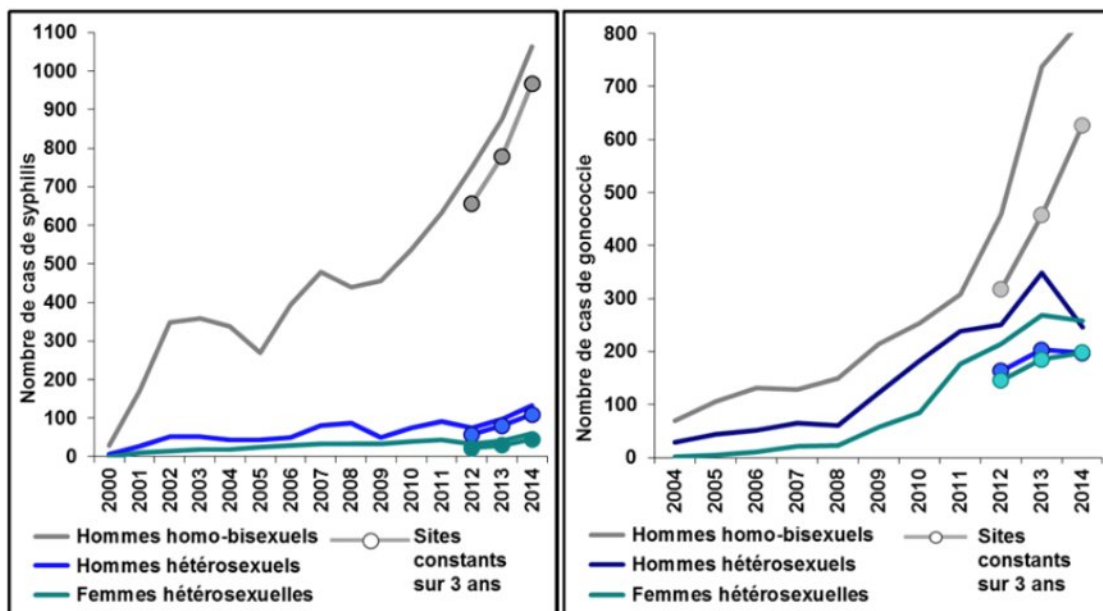


Figure 19: Estimations du nombre de nouvelles contaminations VIH chez les HSH par classe d'âge, France, 2004-2012. InVS.

#### 2-4-2 : Population HSH et autres IST

Les autres infections sexuellement transmissibles (IST) continuent à augmenter chez les HSH, en particulier les syphilis récentes, les infections à gonocoques [Figure 20], et les lymphogranulomatoses vénériennes rectales -LGV- (infection à Chlamydiae d'un génotype particulier). Plus de 80% des syphilis et plus de 60% des infections à gonocoque prises en charge en 2014 dans les structures spécialisées, ainsi que la quasi-totalité des LGV, concernent les HSH.



NB : le nombre de sites participants à la surveillance des IST via le réseau RésIST (CDAG, Ciddist, consultations hospitalières de dermatologie, de maladies infectieuses ou de médecine interne) a progressivement augmenté au cours du temps, d'où l'importance d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.

Figure 20 : Nombre de cas de syphilis récente et de gonococcies selon l'orientation sexuelle, France.

InVS 2015.

Parmi les HSH diagnostiqués pour une syphilis ou une gonococcie en 2014, respectivement 40% et 14% d'entre eux étaient co-infectés par le VIH. Ces chiffres peuvent s'expliquer par la non protection des rapports anaux par le préservatif chez les HSH séropositifs. (8)

### 2-4-3 : Enquêtes disponibles sur la population HSH

L'enquête presse gays et lesbiennes (EPGL) 2011 est une étude transversale et anonyme qui a pour objectif de décrire les caractéristiques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et ayant eu au moins un partenaire occasionnel masculin dans les 12 derniers mois, et leurs pratiques préventives et de réduction des risques (RdR) de transmission et/ou de contamination vis-à-vis du VIH. (11) Au total, 10 448 HSH ont répondu à l'enquête ; 71% avaient eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois. Ils étaient 14% à n'avoir jamais eu recours au test VIH ; parmi les testés, 17% étaient séropositifs, 69% séronégatifs et 14% séro-interrogatifs.

Selon l'enquête, près de 80% des HSH VIH+ avaient eu au moins un rapport anal non protégé avec un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois. On constate une augmentation des comportements sexuels à risque chez les HSH au cours du temps, quels que soient leur statut VIH et leurs partenaires (stable ou occasionnel). [Figure 21]

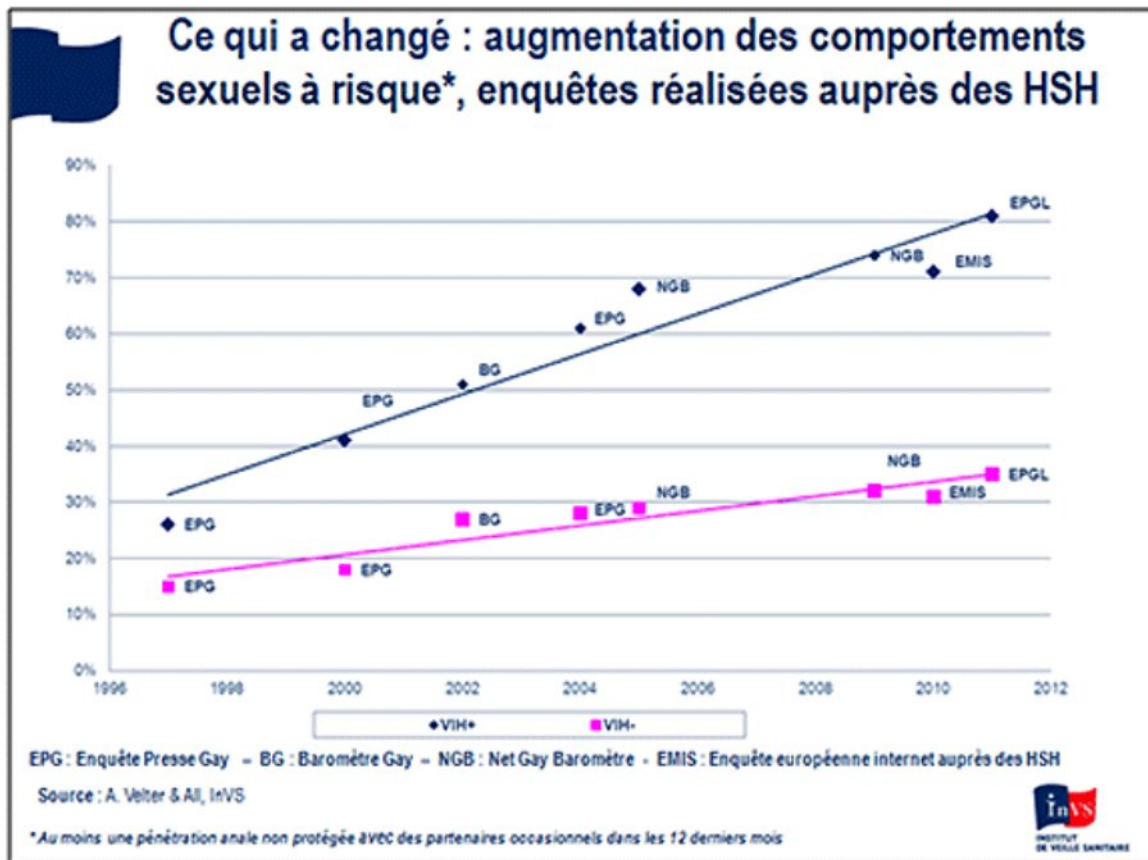


Figure 21: Des comportements sexuels à risque en augmentation. InVS 2015.

Afin d'améliorer les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge chez cette population vulnérable, l'InVS réalise, avec le soutien de l'ENIPSE, l'étude PREVAGAY 2015 : les objectifs principaux sont d'estimer à Paris, Nice, Montpellier, Lyon et Lille parmi les HSH fréquentant les



établissements de convivialité gay les séroprévalences de l'infection à VIH et des hépatites B et C, la proportion d'infections à VIH non diagnostiquées et l'incidence de l'infection à VIH. (12)

L'essai ANRS IPERGAY, lancé en France en 2012, avait comme objectif principal d'évaluer une stratégie de prévention de l'infection par le VIH chez les HSH. Celle-ci comprenant un traitement antirétroviral pré-exposition ou PrEP « à la demande » versus placebo avec un accompagnement personnalisé au cours du suivi (conseils de prévention, dépistages et traitement des IST, distribution de préservatifs et de gels lubrifiants etc.). Sept centres ont participé : un centre à Montréal et 6 centres en France (2 centres à Paris, 1 centre à Lyon, Lille, Nantes et Nice). Au total, les données de 400 participants ont été analysées. (13)

L'étude ANRS Ipergay apporte la première démonstration scientifique qu'un traitement préventif "à la demande", pris par les HSH au moment de rapports sexuels non protégés, diminue de 86% le risque d'être infecté par le VIH. (14)

Devant les résultats de cette étude, l'arrêté publié le 10 juin 2016 au Journal officiel étend la possibilité de prescription de TRUVADA comme traitement préventif de l'infection par le VIH (PrEP), aux médecins exerçant dans les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic), prescription jusqu'à présent réservée aux médecins hospitaliers expérimentés dans la prise en charge de l'infection au VIH. (15)

## **2-5 : Co-infection VIH – IST**

### 2-5-1 : VIH et syphilis

Depuis la fin des années 1990, dans l'ensemble des pays occidentaux, une épidémie de syphilis est apparue touchant principalement la population homosexuelle masculine également infectée par le VIH. Dans ce contexte, le GESCA a réalisé une étude rétrospective des cas de syphilis survenus chez les patients infectés par le VIH et inclus dans la cohorte Aquitaine (cohorte n°3 de l'ANRS). Sur une durée de 4 ans, entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2007, 144 patients infectés par le VIH ont présenté

une syphilis. Tous étaient des hommes, d'âge moyen 41 ans, connaissant leur séropositivité depuis plusieurs années. 87 % étaient homosexuels. 20 % avaient un antécédent de syphilis. La syphilis entraînait une augmentation de la charge virale et une diminution du taux de CD4. (69)

Les résultats de cette étude concordent avec les données nationales : augmentation régulière du nombre de cas, majorité d'homosexuels, nombreux antécédents de syphilis, qui en soulignent la banalisation. La syphilis augmenterait le risque d'acquisition du VIH. La présentation clinique de la syphilis et le taux d'échec au traitement ne sont pas modifiés par l'immunodépression induite par l'infection rétrovirale. La syphilis modifie transitoirement l'équilibre immunovirologique des patients VIH.

On voit donc que la syphilis suggère une augmentation des comportements à risque imposant de nouveaux moyens de prévention.

Selon le Bulletin de veille sanitaire du janvier 2016, sur la surveillance des IST (syphilis et gonococcies) et du VIH-Sida en Bourgogne, entre 2000 et 2014, environ 8 300 patients atteints de syphilis récente ont été déclarés par le réseau des cliniciens RésIST en France métropolitaine, dont 38 % pour la seule région Ile-de-France (30 % en 2014) et 2 % pour la Bourgogne (0,5 % en 2014). (70)

En Bourgogne, les hommes représentent la quasi-totalité des personnes déclarées, et ils sont très majoritairement homosexuels (près de 90 %). 75% des patients ont entre 20 et 50 ans. La part des syphilis diagnostiquées aux stades secondaire (46 %) et latente précoce (37 %) est non négligeable (83 %), légèrement supérieure au taux national (76 %), signant un dépistage un peu plus tardif. (70)

Concernant le statut sérologique VIH, les chiffres sont équivalents aux valeurs nationales: environ un tiers des patients (39/127) étaient des séropositifs connus, reflétant une prise de risque non seulement pour eux-mêmes mais également pour leur(s) partenaire(s). (70)

### 2-5-2 : VIH et VHB

Près de 30 % des patients infectés par le VIH sont chroniquement co-infectés par un ou des virus des hépatites, que ce soit le virus de l'hépatite C (VHC), et/ou le virus de l'hépatite B, éventuellement associé au virus Delta (VHB/VHD). (16)

Les co-infections VIH-VHC et VIH-VHB/VHD sont devenues les premiers facteurs de co-morbidité et de mortalité en dehors du VIH, en grande partie en raison de l'augmentation de la durée de vie des personnes traitées pour le VIH. La principale difficulté est d'intégrer, au sein d'une stratégie thérapeutique globale, et en tenant compte des co-morbidités, les traitements anti-VIH, d'une part, et anti-VHC ou antiVHB, d'autre part.

Une prise en charge pluridisciplinaire (médecin spécialiste du VIH, hépatologue, alcoologue, addictologue psychiatre, réseaux de soins ville-hôpital, associations de patients et d'usagers...) est indispensable pour pouvoir prendre en compte de manière optimale ces co-infections, en conservant la qualité de vie des personnes concernées. L'évaluation de la maladie hépatique par les hépatologues doit être la plus précoce possible.

Du fait de modes de transmission communs au VIH et au virus de l'hépatite B (VHB), le pourcentage de personnes infectées par le VIH ayant été en contact avec le VHB (anticorps anti-HBc positif) était élevé (37,6%), alors que la prévalence d'une infection VHB active (Ag HBs+ ou ADN VHB+) était de 7% en France en 2004 (17). L'incidence annuelle de l'hépatite B chez les personnes infectées par le VIH est mal connue, probablement d'environ 1% en France, comme aux États-Unis.

Les patients porteurs du VIH sont plus fréquemment infectés par un VHB sauvage (AgHBe positif) que les patients mono-infectés par le VHB (46,4% vs 32,8%).

### 2-5-3 : VIH et VHC

L'hépatite C n'est pas une infection sexuellement transmissible mais la transmission du VHC lors de rapports sexuels non protégés est possible et sans doute accrue en présence de lésions cutanéo-muqueuses sanglantes liées aux IST, ou à des pratiques sexuelles traumatisantes (pratiques insertives type fist-fucking). (67)

Selon l'enquête Vespa2, qui permet d'estimer la prévalence de l'infection par le VHC chez les PVVIH suivies à l'hôpital en France en 2011, *16,4% des PVVIH sont co-infectées par le VHC*, dont près des deux tiers a une infection à VHC chronique. *Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), la prévalence de la co-infection est de 6,4%*. Elle est associée à des pratiques sexuelles particulièrement à risque car pouvant occasionner des lésions avec présence de sang. Parmi les PVVIH co-infectées, 58,2% ont déjà reçu un traitement pour le VHC, et les usagers (actuels ou passés) de drogue par injection demeurent une population sous-traitée. (18)

*Le groupe socio-épidémiologique des UDI est le groupe le plus à risque de co-infection par le VHC (87,2% des UDI sont co-infectés) comparé au groupe des HSH (6,4% des HSH sont co-infectés) et au groupe des migrants nés en Afrique subsaharienne (4,5% de co-infectés). Chez les HSH UD, le taux de prévalence de la co-infection par le VHC est de 54,1%. [Figure 22]*

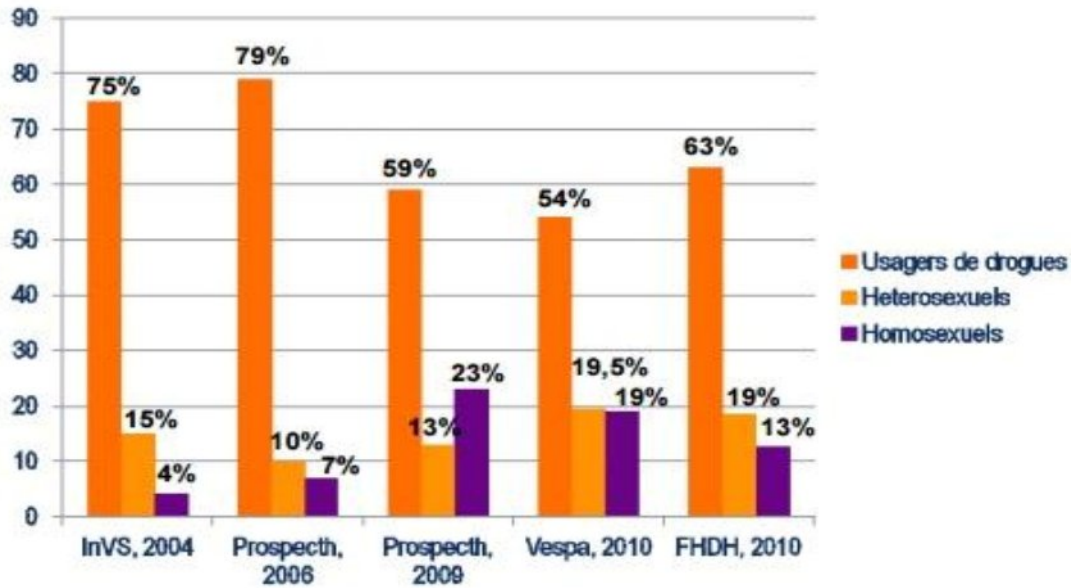


Figure 22 : Évolution de la prévalence de la co-infection VIH-VHC dans différentes études françaises (Sources : InVS, Étude Prospecth, Enquête VESPA, Base de données de la FHDH).

Caractéristiques des PVVIH co-infectées par le VHC : Plusieurs variables sociodémographiques sont associées à la co-infection VIH-VHC. Comparées aux autres PVVIH, les PVVIH co-infectées ont davantage tendance à avoir un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, à être sans emploi, à avoir des difficultés financières. Concernant les variables de consommation, les PVVIH co-infectées sont plus à risque de consommer du cannabis et du tabac que les autres PVVIH. On n’observe toutefois pas de différence significative concernant la consommation régulière d’alcool. Les PVVIH co-infectées ont plus tendance à avoir eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois que les autres PVVIH et présentent une moins bonne qualité de vie physique et mentale. Enfin, même si leur diagnostic VIH est plus ancien, elles ne sont pas significativement différentes des autres PVVIH en termes de succès immunovirologique VIH. Elles sont aussi plus souvent traitées pour le VIH que les autres PVVIH.

On met en évidence, donc, une diminution marquée de la prévalence de l’infection VHC chez les PVVIH : l’estimation de cette prévalence est passée de 22% en 2003 à 16,4% en 2011. (17)

Parmi les 2 511 PVVIH ayant une sérologie VHC positive suivies dans 10 centres de référence français en 2012 (cohorte DAT'AIDS), 475 (19%) avaient éradiqué spontanément le VHC (l'ARN du VHC était absent du sérum), 644 (26%) avaient éradiqué le VHC après un traitement anti-VHC, 493 (20%) étaient en échec de traitement, 132 (5%) étaient en cours de traitement et 703 (28%) n'avaient jamais été traités.

Si le VHC de génotype 1 reste prédominant (58%) et avec une prévalence stable dans le temps, le VHC de génotype 4 (majoritaire en France chez les homosexuels masculins) est de plus en plus fréquent (de 11% en 2000 à près de 20% en 2009 et 2012) (cohorte HEPAVIH, cohorte DAT'AIDS). En revanche, les VHC de génotypes 3 (20%) et 2 (4%) sont en diminution, en partie du fait de l'impact des traitements anti-VHC prescrits ces dernières années.

Diagnostic de l'hépatite C : Toute PVVIH doit être dépistée pour le VHC avec un test Elisa de dernière génération. Il faut reconstrôler le statut sérologique des patients évalués en 1990-1991 par les tests ELISA de première génération. De plus, il faut maintenir une surveillance sérologique régulière, au moins annuelle, chez les sujets négatifs dont l'exposition au risque persiste (en particulier les homosexuels masculins et les usagers de drogue intraveineux).

### **3- ENJEUX DU DEPISTAGE**

Lorsque les premiers tests de dépistage du VIH sont apparus en 1985, les caractéristiques particulières de l'infection par le VIH, son pronostic mortel, les possibilités thérapeutiques initialement limitées, ont contribué à fonder le dispositif de dépistage sur des principes spécifiques au VIH.

- Les enjeux du dépistage sont : (16)
- L'augmentation de son acceptabilité
- L'accroissance du nombre de personnes contaminées dépistées
- L'augmentation de la proportion des personnes testées qui reçoivent leurs résultats

- La diminution du délai entre la contamination et le diagnostic
- La diminution du nombre de personnes contaminées qui ne reçoivent pas les soins appropriés.

### 3-1 : Evolution des stratégies de dépistage

#### 3-1-1 : En population générale

En 2014, 5,3 millions de sérologies VIH ont été réalisées dans les laboratoires d'analyse médicale, soit 80 tests pour 1 000 habitants par an. Après avoir augmenté en 2011, ce nombre est stable sur les 4 dernières années. (8)[Figure 23]

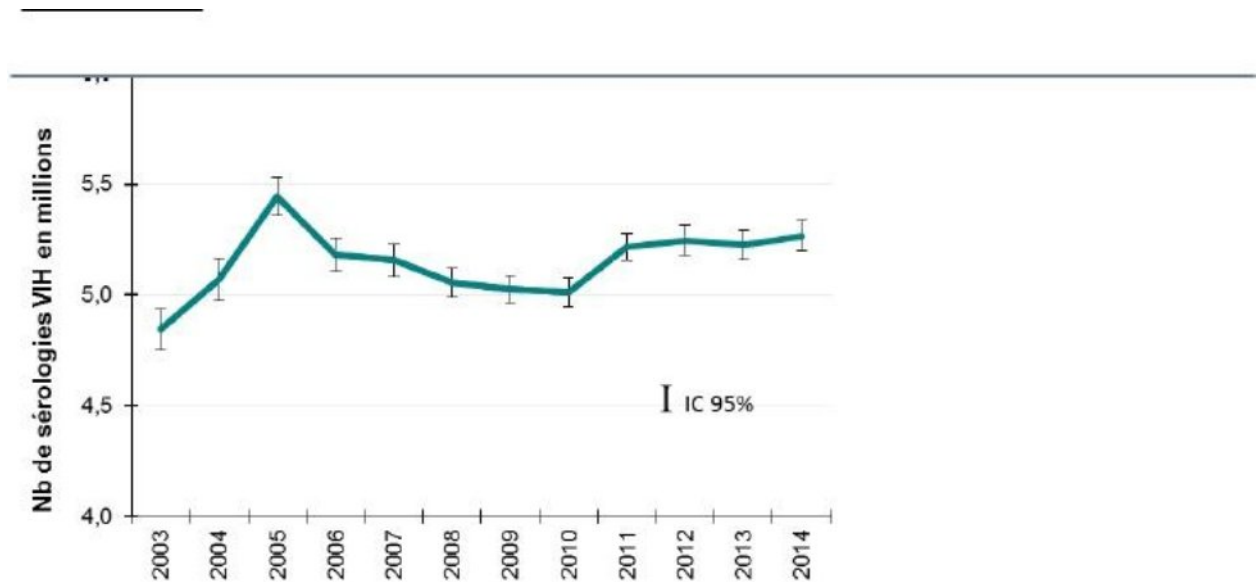


Figure 23 : Nombre de sérologies VIH réalisées en laboratoires, France, 2003-2014 (Source : LaboVIH, données corrigées au 31/12/2014, InVS)

Les recommandations pour un dépistage généralisé en population générale, diffusées dans le cadre du plan national 2010-2014 de lutte contre le VIH et les IST, semblent donc avoir été peu appliquées par les professionnels de santé, notamment en raison de la difficulté de prescrire un test en dehors d'un contexte clinique particulier ou d'une prise de risque.

Région : L'activité de dépistage du VIH est également stable dans les trois inter-régions considérées : l'Île-de-France, la métropole hors Île-de-France et les départements d'Outre-mer (DOM).

Les trois quarts des sérologies réalisées en 2014 l'ont été dans des laboratoires de ville, sans augmentation depuis 2011. Le nombre de dépistages réalisés dans le cadre d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG/Ciddist) est stable au cours du temps (environ 350 000 sérologies anonymes en 2014) et représente 7% de l'ensemble des sérologies.

Contexte des nouveaux diagnostics : Le contexte du diagnostic d'infection VIH est documenté par les données de la déclaration obligatoire : en 2011, un tiers des diagnostics ont été réalisés en présence de signes cliniques, 22% dans le cadre d'un dépistage suivant une exposition récente, un sur cinq au cours d'un bilan systématique (incluant le dépistage prénatal), 7 % au cours d'un dépistage orienté par des facteurs d'exposition (dépistage ciblé) et 18 % dans le décours d'une prise en charge pour d'autres affections. (25) [Figure 24]

**Répartition des contextes de diagnostic d'infection VIH dans les différentes populations en 2011 : circonstances (source : Cazein, 2013)**

	HSH	Hommes français	Femmes françaises	Hommes immigrés	Femmes immigrées	UDI	Total
Dépistage suivant une exposition au risque	32 %	19 %	23 %	16 %	13 %	19 %	22 %
Dépistage orienté	8 %	6.5 %	5 %	7 %	6 %	14 %	7 %
Bilan	8 %	16 %	25 %	19 %	41 %	20 %	20 %
Symptômes	33 %	45 %	28 %	40 %	24 %	32 %	33 %
Autres contextes	19 %	13.5 %	19 %	18 %	16 %	15 %	18 %

*Figure 24 : Répartition des contextes de diagnostic d'infection VIH dans les différentes populations en 2011. Source : Cazein, 2013.*

Devant la persistance d'un retard au dépistage affectant de façon plus particulière certains groupes de population ne se considérant pas comme « à risque », et parce que l'épidémie d'infection par le VIH continue d'atteindre plus particulièrement certains groupes de la population et certaines régions, une



stratégie visant à une meilleure connaissance du statut sérologique de la population générale a été développée. (19)

L'objectif principal d'une telle approche est d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard à la prise en charge. De façon plus secondaire, il peut s'agir également de promouvoir l'idée que l'amélioration de la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH de la population générale peut être à l'origine de bénéfices importants au niveau individuel comme à l'échelle collective.

Selon les recommandations de la HAS de 2009, un test de dépistage de l'infection par le VIH doit être systématiquement proposé à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. (19)

La réalisation d'une telle stratégie nécessite la participation active des professionnels et structures de santé impliqués dans la délivrance des soins primaires, et en premier lieu des *médecins généralistes*. D'autres structures ou professionnels de santé devraient également participer à la mise en œuvre de cette stratégie de dépistage : les gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens, les services de médecine universitaire, les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de protection maternelle et infantile, les dispositifs d'accès aux soins primaires, les services d'urgences hospitalières. Par ailleurs un test de dépistage pourrait également être proposé plus largement à la population générale lors d'un recours aux soins hospitaliers, comme dans le cadre d'une prise en charge préopératoire.

La Direction Générale de la Santé a demandé la réévaluation de cette nouvelle stratégie de dépistage, ayant comme objectif d'évaluer sa pertinence afin de poursuivre sa mise en œuvre si elle est jugée adéquate ou de la réajuster si ce n'est pas le cas : (20)

- Ce dépistage universel semble avoir été peu appliqué en raison de sa faible acceptabilité par les médecins généralistes.

- Deux études évaluant une offre systématique de dépistage du VIH dans les services d'urgences d'Ile-de-France ont montré une faisabilité limitée en population générale et l'identification d'un faible nombre de cas en dehors des populations à forte prévalence.
- La prévalence des infections non diagnostiquées en 2005 aurait été surestimée. De nouvelles estimations, pour l'année 2010, indiquent en effet que le nombre de personnes vivant avec le VIH et ne connaissant par leur séropositivité serait situé autour de 29 000.
- Malgré un nombre de tests de dépistage très important (un des plus élevés d'Europe), les données de surveillance épidémiologique indiquent qu'une proportion élevée de personnes vivant avec le VIH est toujours diagnostiquée tardivement.

### 3-1-2 : Pour les populations cibles

Les groupes « à risque », pour lesquels un dépistage régulier est proposé, sont :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- Les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
- Les populations des départements français d'Amérique
- Les usagers de drogues injectables (UDI)
- Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes
- Les personnes en situation de prostitution
- Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.

Concernant la fréquence du dépistage, il y a trois populations cibles pour lesquelles un rythme précis a été défini : (19)

- Tous les ans chez les HSH multipartenaires.
- Tous les ans chez les UDI.
- Tous les ans chez les personnes multipartenaires originaires d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes.

### 3-1-3 : Selon les circonstances

Un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières : (19)

- Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose
- Projet de grossesse
- Interruption volontaire de grossesse (IVG)
- Première prescription d'une contraception
- Viol
- En cours d'incarcération.

### **3-2 : Les connaissances et croyances sur le VIH**

Les résultats de l'étude KABP 2010, enquête sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements face au VIH de la population générale concernant l'Île de France, mettent en lumière une stabilité des comportements dans la population générale, mais une certaine régression des connaissances liées au VIH/sida chez les moins de 30 ans. (27) Pour la première fois dans une enquête KABP, ce sont les 18-30 ans qui maîtrisent le moins bien les mécanismes de transmission et de protection.

Parmi les résultats de l'étude, on retient que :

- Depuis le début des enquêtes KABP, plus de 99% des Franciliens savent que le VIH peut être transmis "lors de rapports sexuels sans préservatif" et "lors d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée".
- Toutefois, 21% pensent que le virus peut se transmettre "par une piqûre de moustique", 13% "dans les toilettes publiques" et 6% "en buvant dans le verre d'une personne contaminée".
- Depuis 1998, les Franciliens sont de moins en moins nombreux à considérer le préservatif comme vraiment efficace contre la transmission du virus (59 % en 2010 contre 73 % en 1994).

- Vingt-cinq pour cent pensent que le VIH peut se transmettre lors de rapports avec préservatifs.
- Les jeunes Franciliens sont 80 % à protéger leur premier rapport sexuel par le préservatif, mais ensuite le préservatif est arrêté, sans qu'aucun autre moyen de contraception (ou de protection) ne soit adopté. La hausse des IST chez les femmes d'Île-de-France depuis les 5 dernières années semble confirmer ces pratiques non protégées.
- La probabilité d'utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel augmente avec le niveau d'études. A contrario, elle baisse avec la précocité de ce premier rapport.
- En 2010, seuls 59 % des 18-30 ans avaient entendu parler des ARV.
- Le dépistage est généralement bien accepté. Une majorité de Franciliens y a recours au moins une fois dans sa vie, 79 % chez les femmes et 66 % chez les hommes, un chiffre qui a presque doublé depuis 1992.
- 73 % des Franciliens estiment que « pour éviter les discriminations, un-e séropositif-ve a raison de garder son diagnostic secret ».

### **3-3 : L'épidémie cachée**

Sur les 35 millions de personnes qui vivent avec le VIH dans le monde aujourd'hui, 19 millions ignorent leur statut sérologique. (23)

En France, les résultats d'une étude de modélisation, réalisée par Virginie Supervie de l'unité « Epidémiologie, stratégies thérapeutiques et virologie clinique dans l'infection à VIH » U943 de l'Inserm et Université Pierre et Marie Curie dirigée par le Dr Dominique Costagliola, sont présentés lors du séminaire de recherche «Prévention et prise en charge du VIH/sida: vers des approches personnalisées?», organisé par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) les 25 et 26 avril 2013, à Paris : Sur les 150 000 personnes qui vivent actuellement avec le VIH en France, environ 20% ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH, soit environ 30 000 personnes séropositives en France ignorent leur statut sérologique et constituent l'épidémie cachée du VIH/sida. (24)

59% d'entre elles ont un nombre de CD4/mm<sup>3</sup> qui justifierait une mise sous traitement immédiate. En d'autres termes, près de six personnes sur dix au sein de l'épidémie cachée devraient dès à présent recevoir un traitement contre le VIH.

Par ailleurs, un tiers des personnes qui ignorent leur séropositivité ont été infectées depuis moins d'un an. A l'inverse, 16% de ces personnes sont infectées depuis plus de cinq ans.

La prévalence des personnes ne connaissant pas leur infection par le VIH est beaucoup plus élevée parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (288 pour 10 000) que dans les autres populations : 62 pour 10 000 parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, 36 pour 10 000 parmi les hétérosexuels nés à l'étranger et 3 pour 10 000 chez les hétérosexuels français. Globalement, dans deux tiers cas, cela concerne des hommes.

C'est évident que l'absence de diagnostic constitue indéniablement une perte de chance pour une grande part de ces personnes vivant avec le VIH sans le savoir. Ne bénéficiant pas d'un traitement antirétroviral, elles présentent en effet un risque élevé de morbidité et de mortalité. Le pourcentage de contaminations récentes souligne également l'urgence à réduire le délai entre l'infection et son diagnostic. Les personnes ignorant leur statut sérologique sont à l'origine de la majorité des cas de transmission du virus à de nouvelles personnes. L'enjeu de santé publique est donc très important.

### **3-4 : Bénéfices d'un dépistage précoce**

En France, bien que l'activité de dépistage soit particulièrement importante à l'échelle nationale, plaçant la France au second rang des pays d'Europe de l'Ouest derrière l'Autriche, il persiste un retard au dépistage de l'infection par le VIH.

Se fondant sur la définition du *dépistage tardif* comme le diagnostic de l'infection par le VIH au stade Sida et/ou avec un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>, trois études portant sur des

populations de personnes dont le diagnostic d'infection par le VIH a été établi entre 1996 et 2005 ont estimé la fréquence du retard au dépistage en France entre 25 et 35%. (19)

Selon ANRS CO4 FHDH, les facteurs associés à une prise en charge tardive sont l'âge (odds-ratio [OR] = 3,4 pour les sujets de plus de 60 ans versus ceux de moins de 30 ans), le sexe et l'origine géographique (OR = 1,4 pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, 1,6 pour les hommes non originaires d'Afrique subsaharienne). Enfin, tous les groupes de transmission sont pris en charge plus tardivement que les homosexuels (OR = 1,5). (26)

L'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques ou prophylactiques a renforcé l'intérêt d'un diagnostic précoce de l'infection par le VIH au niveau individuel comme au niveau collectif.

#### 3-4-1 : Sur le plan individuel

Les bénéfices individuels du dépistage de l'infection par le VIH sont apparus très clairement depuis la mise à disposition de multithérapies antirétrovirales hautement efficaces. Ils permettent d'obtenir et de maintenir chez la majorité des patients une charge virale indétectable et dès lors d'assurer aux personnes séropositives une espérance de vie proche de celle de la population générale.

L'impact sur la mortalité d'une prise en charge tardive (définie comme un diagnostic d'infection par le VIH au stade Sida et/ou avec un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>) a été mis en évidence à partir des données de la FHDH pour les 18 721 patients inclus entre 1997 et 2005 : le risque relatif de décès associé à une prise en charge tardive a été estimé à 13,2 pendant les 6 premiers mois après l'inclusion dans la base de données et restait significativement supérieur à 1 pendant les 4 premières années après la prise en charge, en comparaison avec les sujets pris en charge moins tardivement. (26)

Le dépistage peut ainsi permettre l'instauration précoce d'un traitement antirétroviral (multithérapie) dont l'efficacité sur la réduction de la morbidité et de la mortalité a été démontrée. L'étude cohorte ANRS EP 47 VISCONTI (Viro-Immunologic Sustained COntrol after Treatment Interruption), publiée en 2013 dans PloS Pathogens, décrit les cas de 14 patients VIH positifs (primo-infection) traités très précocement

après l'infection et qui, 7,5 ans après arrêt des antirétroviraux, contrôlent leur infection. L'étude a été coordonnée par la Prof. Christine Rouzioux (Hôpital Necker et Université Paris Descartes), membre de l'équipe ayant identifié le VIH en 1983, et le Dr. Asier Sáez-Cirión (Institut Pasteur), chercheur dans le laboratoire du Pr. Françoise Barré-Sinoussi, co-découvreuse du VIH et Prix Nobel de médecine en 2008. (28)

Il peut également favoriser la mise en œuvre d'une prise en charge précoce adaptée chez la femme enceinte séropositive afin de réduire le risque de transmission verticale (traitement antirétroviral, césarienne prophylactique, contre-indication de l'allaitement maternel). Il peut enfin permettre de proposer une prophylaxie des infections opportunistes ou certaines vaccinations. Enfin, le dépistage peut être utilisé comme un outil de prévention et favoriser le changement des attitudes et comportements.

### 3-4-2 : Sur le plan collectif

Au niveau collectif, les bénéfices du dépistage de l'infection par le VIH sont également importants. Le dépistage pourrait ainsi réduire les taux de transmission de l'infection par le VIH par deux axes :

- Directement par une diminution des pratiques à risque – Axe comportemental : Le fait de connaître sa séropositivité permet aux personnes d'adopter des comportements de prévention visant à ne pas transmettre le VIH. Selon une étude qui a été réalisée en 2006 aux Etats Unis, la probabilité de modifier son comportement sexuel en adoptant des conduites préventives est 3.5 fois plus élevée lorsqu'on sait qu'on est infecté par le VIH que lorsqu'on l'ignore (30). Par ailleurs, si la séropositivité est découverte lors de la primo-infection, l'adoption de comportements préventifs pendant cette phase est fondamentale car la contagiosité est alors très élevée.
  - Indirectement par l'identification de personnes infectées supplémentaires remplissant les critères de mise sous multithérapie antirétrovirale – Axe biomédical : en diminuant la quantité de virus présente dans les sécrétions génitales, le traitement ARV diminue le risque de

transmission sexuelle du VIH et plus le traitement est instauré précocement, plus la réduction du risque de transmission est importante.

Il y a plusieurs arguments épidémiologiques en faveur d'une réduction du risque de transmission des patients traités : association entre la réduction de la charge virale obtenue par un traitement antirétroviral efficace et une diminution de l'infectivité, réduction du nombre de nouveaux cas de contamination par le VIH après mise à disposition élargie des multithérapies antirétrovirales.

### **3-5 : Intérêt d'un dépistage global des IST associées**

Les IST favorisent la transmission du virus VIH, par les micro-ulcérations et l'inflammation qu'elles entraînent localement. Par ailleurs, chez la personne séropositive, plusieurs IST ont une évolution modifiée, aggravant l'histoire clinique du VIH ou de l'IST, compliquant le traitement et favorisant les récurrences d'IST.

Selon les données de l'InVS du 2015 sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) en France, la progression des autres IST (syphilis récentes, infections à gonocoques, et lymphogranulomatoses vénériennes-LGV-) se poursuit chez les HSH. (8) Même si le préservatif est le seul moyen de prévention protégeant à la fois du VIH et des autres IST, il est indispensable de mobiliser l'ensemble des outils de prévention pour cette population, dans une logique de prévention combinée.

Selon les dernières recommandations de la Société Française de Dermatologie de 2016 sur les IST :

- Les infections à Chlamydia trachomatis ne semblent pas plus fréquentes chez les homosexuels bien que le portage pharyngé et anal de Chlamydia trachomatis (génotype non L) soit important.
- L'herpès génital HSV-2 est moins fréquent chez les homosexuels que chez les hétérosexuels. En revanche, l'herpès anal est plus fréquent ainsi que les herpès génitoanaux HSV-1.



- Les condylomes n'ont rien de très particulier chez l'homosexuel en dehors de la plus grande fréquence de la localisation anale et des difficultés thérapeutiques qui en découlent. Les infections à HPV sont surtout problématiques chez les homosexuels séropositifs pour le VIH avec le risque de dysplasie anale et de cancer anal. Un examen proctologique régulier est recommandé (annuel chez les patients infectés par le VIH).

➤ Recommandations thérapeutiques chez les HSH :

1. vaccination hépatite A et B
2. vaccination HPV, selon le rapport HCSP de février 2016 (71) : Les HSH sont exposés à un risque plus élevé de cancer anal et ils ne bénéficient pas de la protection indirecte de la vaccination des filles.
3. dépistage syphilis TT+ VDRL : 2 fois/an
4. recherche de *N. gonorrhoeae* dans le pharynx (culture ou PCR) : 2 fois/an
5. pour certains, sérologie *C. trachomatis* (LGV) : 1 fois/an
6. si prise de risque < 48 heures : discuter un traitement prophylactique antirétroviral

Malgré l'existence d'un vaccin efficace et recommandé contre le VHB, si la couverture vaccinale a beaucoup progressé en France chez les très jeunes enfants (64,6 % à l'âge de 2 ans ont reçu les trois doses), elle reste mauvaise à l'adolescence et chez les adultes (inférieure à 45 %), selon le rapport de l'InVS de 2012. (46) Le VHB est estimé cent fois plus facilement transmissible sexuellement que le VIH, y compris par les relations orogénitales non protégées. Selon le Rapport de Morlat de 2013, chez tout patient infecté par le VIH, le dépistage du VHB doit être systématique (antigène HBs, anticorps anti-HBc), de même que la recherche d'une immunisation contre le VHB (anticorps anti-HBs). Ce dépistage doit être répété annuellement en l'absence de séroprotection (Ac anti-HBs < 10) en parallèle de l'application de mesures préventives. (16)

### **3-6 : La place des nouveaux tests de dépistage du VIH**

#### 3-6-1 : Le test rapide de dépistage du VIH – TROD

Depuis le début de l'épidémie de VIH/ sida , la population homosexuelle masculine est largement touchée par l'infection. Des constats épidémiologiques ont motivé la réflexion sur de nouvelles offres de dépistage du VIH en France.

L'étude ANRS Com'Test en 2010 a évalué la faisabilité d'une offre de dépistage communautaire non médicalisé par un test rapide réalisé par des bénévoles associatifs auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. (34) Parmi les 532 HSH qui ont participé à l'étude, 30% n'ont pas eu de test de dépistage les deux ans précédents, 15 patients ont eu un test positif et 92% ont déclaré être «très satisfaits» de leur expérience. (35)

La recherche interventionnelle ANRS DRAG'TEST, lancée à Marseille le 25 Mars 2010, a comparé l'impact de deux types de proposition de dépistage auprès des HSH fréquentant les CDAG : dépistage classique versus dépistage rapide avec un counselling communautaire (36): Ce nouveau type de dépistage a attiré des HSH moins récemment VIH testés, qui s'exposés à des risques plus associées au VIH. (37)

Suite à l'arrêté du 9 novembre 2010, des programmes de dépistage du VIH par les TROD en santé communautaire se sont développés en France à partir de 2011. (38) L'arrêté du 9 novembre 2010 permet l'utilisation des TROD dans un cadre préventif, y compris par des personnels non médicaux formés à leur utilisation, notamment en milieu associatif. Il permet aux professionnels de santé de réaliser un dépistage par TROD, revêtu du marquage CE, uniquement sur du sérum, du plasma ou du sang total, mais non sur du fluide gingival. Tout résultat positif doit être confirmé par un test Elisa de 4e génération.

Un test de dépistage rapide (TDR), auquel la dénomination de test rapide d'orientation diagnostique (TROD) est préférée en France, est défini comme un test unitaire, à lecture subjective, de

réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes). Il peut être réalisé sur sang total, fluide gingival, sérum ou plasma en fonction de la (des) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. (31)

Lorsque le résultat est négatif, la personne est séronégative pour le VIH si le test rapide a bien été réalisé au moins 12 semaines (3 mois) après la dernière prise de risque. (Annexe 3)

Le test rapide est soumis au même cadre et aux mêmes obligations que toute action de dépistage du VIH. Il relève d'une démarche volontaire et nécessite le consentement de la personne testée. Positif ou négatif, le résultat est rendu au cours d'un entretien individuel, dans un espace de confidentialité. Professionnelle de santé ou non, la personne qui pratique le test et le rend est tenue de ne divulguer le résultat à aucune autre personne que celle concernée.

L'utilisation des TROD VIH a pour objectif d'atteindre des populations qui ne se font pas ou pas assez fréquemment dépister. (39)

- Dans le cadre de programmes de dépistage, ils permettent de proposer le test à des populations dans lesquelles le risque d'infection est élevé ou pour lesquelles l'accès au test est limité.
- Dans le cadre des CeGIDD, ils diminuent le nombre de tests non rendus.
- En milieu de soin, les tests rapides sont utilisés dans des contextes d'urgence précis :

-En cas d'accident d'exposition au sang ou d'exposition sexuelle récentes (rupture de préservatif...), pour connaître le statut VIH de la personne source, si elle est identifiée et si elle y consent, et juger de la nécessité ou non d'un traitement post-exposition.

-Au cours d'un accouchement, pour une femme dont on ne sait pas si elle est infectée ou non (test non pratiqué durant la grossesse, prise de risque récente...) afin de prévenir si besoin une transmission mère-enfant.

Une étude prospective, menée à l'hôpital Saint-Louis de Paris en 2009 par l'équipe du Pr Molina, a permis une évaluation comparative des performances en pratique réelle de 5 tests utilisés en France sur sang total ou sur salive : Oraquick (sur salive et sur sang total), Vikia, Determine, Determine Combo (Determine 4G) et INSTI. (40) Des prélèvements capillaires et salivaires ont été effectués sur 200 patients infectés par le VIH1 ou le VIH2. Au total, 60 tests ont été faussement négatifs dont près de la moitié avec

Oraquick sur prélèvement salivaire. En conclusion de cette étude, le test Oraquick sur prélèvement salivaire ne s'avère pas assez performant. Les résultats montrent aussi que la sensibilité de tous les tests sur sang total est inférieure à celle rapportée par les fabricants mais on atteint une sensibilité de 99% pour le test INSTI. (41)

Un TROD de 4e génération, pouvant être utilisé sur sérum, plasma ou sang total (veineux ou capillaire) est disponible. Il permet la détection simultanée de l'antigène p24 et les anticorps anti-VIH-1 et 2 par immunochromatographie et permet d'identifier une infection par le VIH une à deux semaines avant les autres TROD (44). Néanmoins, les résultats de différentes études (42,43) qui ont été publiées en 2011 et 2012 sur le test rapide Determine Combo se sont avérés décevants : la mauvaise sensibilité obtenue pour la détection de l'Ag p24 fait qu'en l'état, cet outil ne présente pas d'avantages supplémentaires sur le VIH kits de 3ème génération actuellement disponibles et il a un taux élevé de faux positifs.

Selon le point épidémiologique de l'InVS de novembre 2015, le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par les associations de santé communautaire, depuis la fin de l'année 2011, reste marginal par rapport à l'activité globale de dépistage : 61 600 en 2014, 56 500 en 2013 et 31 700 en 2012. Parmi l'ensemble des TROD réalisés en milieu associatif en 2014, 30% l'ont été chez des HSH, 28% chez des migrants et 36% chez des personnes n'appartenant pas aux populations les plus exposées. Plus de 500 TROD se sont avérés positifs, essentiellement chez des HSH et des migrants, dont environ 450 correspondaient à des découvertes de séropositivité. (8)

### 3-6-2 : L'autotest au VIH

Les autotests de dépistage du VIH (ADVIH), réalisés directement par l'intéressé, pourraient augmenter le nombre de personnes se faisant dépister pour le VIH, qui connaîtraient ainsi leur statut sérologique et, en cas de test positif, pourraient accéder au traitement. En France, le premier autotest de dépistage d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est arrivé en septembre 2015.

Ce test, dénommé Autotest VIH°, est à usage unique et peut être réalisé par la personne elle-même à son domicile. (29) Une personne mineure peut faire un ADVIH sans l'accord parental.

Il est délivré sans ordonnance, il n'est pas encore remboursé par la Sécurité Sociale et son prix est environ 26-32 euros selon la firme. En comparaison, le test sérologique ELISA 4e génération est remboursé à 100 % sur prescription. Hors prescription, il peut être demandé librement, son prix est de 14euros non remboursable auquel s'ajoute celui de l'acte de prélèvement d'environ 9euros, soit au total environ 23euros, ce qui est un peu moins cher qu'Autotest VIH. (Annexe 2)

L'Autotest VIH est un test à effectuer sur du sang capillaire.

Avec Autotest VIH°, le délai pour une fiabilité maximale est d'au moins 3 mois après l'exposition au HIV, alors qu'il est de 10 jours à 6 semaines pour les tests sérologiques réalisés en laboratoire ou en centre de dépistage. Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH) sont des tests de dépistage rapide (TROD de 3e génération). Ils permettent la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. Si ces anticorps anti-VIH-1 et/ou anti-VIH-2 sont présents, ceux-ci vont se fixer aux antigènes VIH-1/2 fixés sur le support du test. C'est ce complexe antigèneanticorps qui sera révélé par l'apparition d'une deuxième bande (ou point) colorée sur le test, la première bande (ou point) correspondant à la réaction « contrôle » permettant de s'assurer que le test n'est pas défectueux et a été bien réalisé. Ils sont délivrés sans prescription médicale. (22)

Selon l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA) l'Autotest VIH a été comparé à un test ELISA combiné. Selon les résultats, cet autotest a une sensibilité de 99.7% pour le VIH1 et de 100% pour le VIH2 ainsi qu'une spécificité de 99.9%.

Le résultat obtenu avec Autotest VIH° est à considérer seulement comme une orientation, et doit être complété par un test laboratoire de biologie médicale ou en centre de dépistage.

Il est une option pour certaines personnes réticentes ou dans l'impossibilité d'effectuer un test en laboratoire. C'est aussi une option pour certaines personnes qui s'estiment à risque et préfèrent effectuer un test sans avoir à en exposer les raisons. La dispensation d'un autotest est également l'occasion pour les pharmaciens d'aborder le sujet de la prévention, des IST, du dépistage et de la contraception.

### 3-6-3 : Les autres TROD

Environ 280 000 personnes seraient atteintes d'hépatite B aujourd'hui en France et plus de la moitié d'entre elles ignorerait leur statut. C'est pourquoi, à la demande du ministère des Affaires sociales et de la Santé et dans la continuité du Plan national de lutte contre les hépatites B et C, la HAS a évalué la place que pourraient occuper les TROD dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B : Un test d'utilisation simple qui permet d'atteindre des populations particulièrement exposées, insuffisamment dépistées ou éloignées des structures de soins. (47) Le TROD ne peut pas remplacer le test réalisé en laboratoire, qui reste le test de référence dans le dépistage de l'hépatite B, mais il est recommandé comme un outil de dépistage complémentaire. Le seul TROD actuellement commercialisé en France ne détecte que l'un des trois marqueurs de la maladie (l'antigène HBs). (48)

Concernant l'hépatite C, la transmission par voie sexuelle a pris une importance croissante ces dernières années, essentiellement chez les homosexuels masculins ayant des pratiques sexuelles à haut risque, pouvant être associées à l'injection de drogues de synthèse psycho-actives (SLAM) toute PVVIH doit être dépistée pour le VHC avec un test ELISA de dernière génération. Il faut reconstruire le statut sérologique des patients évalués en 1990-1991 par les tests ELISA de première génération. De plus, il faut maintenir une surveillance sérologique régulière, au moins annuelle, chez les sujets négatifs dont l'exposition au risque persiste (en particulier les homosexuels masculins, les usagers de drogue intraveineux, les détenus). (16)

La Haute Autorité de Santé, à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), a positionné les tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C, comme une offre de dépistage complémentaire intéressante pour permettre de proposer le dépistage, dans un cadre médicalisé et non médicalisé, à certains individus que les structures habituelles de dépistage n'arrivent pas actuellement à rejoindre. (49)

Concernant la syphilis, le premier TROD INSTI multiplex de dépistage des anticorps anti-VIH1/VIH2/Syphilis en 1 minute, est disponible depuis juillet 2015, validé par le Centre National de

Référence de la Syphilis de l'Hôpital Cochin. (50) Il s'agit d'un test qualitatif par immunochromatographie, recouvert d'antigènes spécifiques, qui détecte la présence d'anticorps anti-Tréponème pallidum. C'est donc un test spécifique. (51)

Sa sensibilité est de 72,5% pour le diagnostic sérologique d'une syphilis primaire, de 100% lors du diagnostic de syphilis secondaire et de 95.5% dans le diagnostic de syphilis latente précoce. Sa sensibilité sur l'ensemble du panel est de 88.3%. La spécificité est de 100% pour le diagnostic sérologique de la syphilis. Il présente également une sensibilité de 100% et une spécificité de 100% pour le diagnostic d'infection à VIH comparé à un test ELISA classique. (50)

## **4- ORGANISATION DU DEPISTAGE EN FRANCE**

### **4-1 : Le dépistage en CDAG/CIDDIST**

#### 4-1-1 : Généralités

Le dispositif de dépistage de l'infection par le VIH a été fondé sur un certain nombre de principes spécifiques. L'accent a été placé sur l'importance du volontariat et de la responsabilisation individuelle dans la démarche de dépistage ainsi que sur la nécessité d'un consentement éclairé clairement exprimé et le respect de la confidentialité. Les CDAG ont été conçues comme les instruments primordiaux de cette politique de prévention de l'infection par le VIH, reposant sur la responsabilisation individuelle et l'incitation au dépistage volontaire. Les missions qui leur ont été assignées concernaient « *l'aide à l'adoption d'attitudes personnelles de prévention, le diagnostic, l'accompagnement vers une prise en charge adaptée et le soutien dans le maintien d'attitudes préventives au long cours pour les personnes atteintes* ». Par ailleurs, le principe de gratuité et la possibilité de l'anonymat devaient favoriser l'accès au dépistage, notamment pour les populations les plus vulnérables et exposées. (19)

En France, depuis 1988, des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH ont été mises en place dans chaque département, pour permettre une démarche individuelle et volontaire de dépistage de l'infection par le VIH. Il existe actuellement plus de 380 CDAG, dont les missions ont été régulièrement élargies par les autorités sanitaires. Les CDAG ont été initialement créés par le ministère chargé de la Santé pour permettre l'accès au dépistage, contribuer à la politique de prévention et favoriser la prise en charge des patients. Les CDAG sont désignés par le préfet. Les dépenses sont supportées par l'Assurance maladie pour 85%, et par l'État pour 15%. (52)

La circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 a défini cinq objectifs prioritaires : (53)

- permettre une prise en charge précoce après une exposition aux risques
- rendre le dispositif visible pour tous
- faciliter l'accès au dépistage des personnes précarisées et des personnes vulnérables aux risques
- renforcer la prévention
- renforcer le lien entre dépistage et prise en charge

Selon l'article 35 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, la compétence des consultations de dépistage du VIH a été étendue au dépistage du virus de l'hépatite C (VHC), reconnu comme problème de santé publique majeur, puis au dépistage et à la prévention du virus de l'hépatite B (VHB), dont la transmission se fait principalement par voie sexuelle. (68) Plus récemment, l'augmentation du nombre de diagnostics de syphilis en France, en particulier à Paris, a conduit les autorités sanitaires à renforcer le dépistage de cette maladie dans certaines populations à risque (homosexuels masculins et hétérosexuels multipartenaires) et à proposer la réalisation d'un dépistage de la syphilis dans les CDAG à l'occasion d'un passage ou d'une demande de test VIH.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 crée, dans son article 47, une nouvelle structure appelée centre gratuit d'information, de dépistage, et de diagnostic (CeGIDD). Ces nouveaux centres, financés par l'Assurance maladie, ont remplacé les CDAG et les CIDDIST à compter du 1er



janvier 2016. Comme présenté dans le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014, il s'agit notamment de proposer une réorganisation du dispositif permettant de prendre en charge de manière globale et unifiée le dépistage du VIH et des IST et d'assurer les traitements de premier recours pour ces dernières. (54)

Egalement, depuis janvier 2016, les tests peuvent être anonymes ou nominatifs, au choix du consultant. Si celui-ci choisit l'anonymat, il sera toujours possible de le lever par la suite, notamment en cas de traitement pour une IST. Bien entendu, comme toute structure de santé, le CeGIDD est soumis au secret médical.

#### 4-1-2 : Activité de dépistage et population fréquentant le dispositif

En 2014, parmi les 5,3 millions de sérologies VIH qui ont été réalisées, 7% soit 350 000 sérologies ont été réalisés dans le cadre d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG/Ciddist), chiffre qui reste stable au cours du temps. (8) En 2013, la proportion de sérologies positives était plus élevée pour les tests réalisés en CDAG (3,6 pour 1 000 tests) que pour les tests non anonymes (2,1 pour 1 000). (56)

Les CDAG drainent une population jeune, donc plus à risque pour l'infection par le VIH que la population générale. Selon le bilan de 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en CDAG en France (55) le nombre d'hommes testés était supérieur au nombre de femmes (sex ratio 1,2). La tranche d'âge des 20-29 ans est la plus représentée: 54 % des personnes appartenait à cette classe. Globalement, 70% des personnes qui se présentent dans un CDAG ont moins de 30 ans. La population ayant recours aux CDAG est différente de la population générale. Parmi les hétérosexuels, les consultants sont plus jeunes, souvent multipartenaires, utilisent moins les préservatifs, en particulier avec les partenaires occasionnels. Les homosexuels et les bisexuels sont plus représentés (11,2% des hommes et 6,7% des consultants) que dans la population générale (0,8 % des hommes dans la population générale), et 4,2 % des consultants se sont définis comme bisexuels. Ainsi, les CDAG sont identifiés comme étant des lieux de recours au test dans un contexte de risque sexuel.

Concernant l'hépatite C, l'InVS a publié une étude sur la surveillance de l'activité de dépistage des anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC) dans les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en France entre 2011-2014, réalisée sur 216 CDAG (hors prison). (57) Près de 500 000 tests Ac anti-VHC ont été réalisés. Au total, la population testée pour l'hépatite C dans les CDAG entre 2011 et 2014 est une population jeune à prédominance masculine (55%chez des hommes, âgés entre 20 et 39 ans pour 69 % d'entre eux). Le taux de positivité des tests Ac anti-VHC réalisés en CDAG était de 0,89 % : deux fois plus élevé chez les hommes (1,14 %) que chez les femmes (0,58 %), légèrement plus élevé en France métropolitaine (0,90%) que dans les DOM (0,74%), le plus élevé dans la tranche d'âge des 30 – 39 ans.

#### 4-1-3 : Description du fonctionnement

Lors d'une consultation de dépistage au CDAG, le consultant remplit un questionnaire (âge, niveau d'études, situation professionnelle, motif de dépistage, pratiques sexuels, ATCD d'IST..). (Annexe 4)

Puis, il y a l'entretien médical – counseling pré-test. Le test de dépistage doit être prescrit par un médecin et ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne. Une information préalable doit être donnée afin de préparer la personne à l'éventualité d'un résultat positif. Ce temps de dialogue permet également d'aborder les questions de prévention. Une consultation de dépistage n'aboutit pas automatiquement à la réalisation d'un test. C'est le dialogue avec le médecin qui conduira à la décision de prescrire ou non un test.

Ensuite, le bilan sanguin et/ou le TROD est réalisé par l'infirmière, qui répond en même-temps aux questions du patient.

La remise des résultats est entre J3 et J7. Le consultant a un code pour pouvoir venir récupérer ses résultats, vu que le dépistage est anonyme. Le résultat, qu'il soit positif ou négatif, doit être rendu et expliqué lors d'une consultation. La personne peut alors s'entretenir avec le médecin et bénéficier de conseils adaptés à la situation. L'accompagnement et le counseling mis en place sont des facteurs

favorisant la prise en charge des personnes atteintes après l'annonce du résultat positif du test. Ils sont également propices à une réflexion sur les comportements de prévention après un résultat négatif.

✓ Le CeGIDD de Dijon se trouve 1 rue Nicolas Berthot, 21000.

## **4-2 : Le dispositif de dépistage associatif**

### 4-2-1 : Généralités

Aujourd'hui, une place primordiale est reconnue aux structures associatives au sein du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH. Sur le modèle des expériences développées aux USA et dans certains pays européens, l'objectif est d'élargir l'offre de dépistage, notamment en direction des populations les plus exposées, afin de mieux répondre à leurs besoins. Les structures associatives ne devraient pas être considérées comme en concurrence avec les dispositifs dédiés existants mais plutôt comme les relais de réponses spécifiques visant à atteindre une population qui ne se fait pas ou insuffisamment dépister. Notamment, la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) considèrent que l'utilisation des TDR pouvait être envisagée dans des structures alternatives décentralisées au plus près de la population cible. (19)

### 4-2-2 : Les différentes expérimentations de dépistage en France

**AIDES** est la première association française de lutte contre le VIH et les hépatites virales, créée en 1984. L'association mène des actions d'information, de prévention, de soutien et de mobilisation des personnes concernées par le VIH et les hépatites. **Act Up-Paris** est une association militante de lutte contre le sida, créée en juin 1989, suivant le modèle américain. Pour AIDES, la réduction des risques (RdR) est une démarche qui consiste à soutenir les personnes et trouver avec elles des solutions adaptées à leurs pratiques et dans le respect de celles-ci afin de réduire les risques de contamination et/ou de transmission du VIH et des hépatites. La réduction des risques englobe les actions de réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs et de réduction des risques sexuels. Cette politique fait l'objet d'une controverse publique entre AIDES et Act Up-Paris. AIDES défend la réduction des risques,

mettant en avant le rapport réflexif au risque, à savoir la capacité des individus d'adapter leurs comportements préventifs à des situations particulières. En revanche, Act Up-Paris défend une norme préventive stricte : l'utilisation systématique du préservatif. (63)

En 1992, plusieurs associations de lutte contre le sida et un groupe de chercheurs fondent **Ensemble contre le Sida**, pour lutter contre la pandémie en finançant à la fois la recherche et l'aide aux malades. Ensemble contre le Sida s'appuie sur la Fondation de France qui gère ses fonds et sur la Fondation pour la Recherche Médicale qui s'occupe du financement des programmes scientifiques et médicaux tandis qu'Ensemble contre le Sida se consacre aux programmes de prévention et d'aide aux malades. Le 7 avril 1994, ils organisent le premier **Sidaction** : opération médiatique mobilisant durant trois jours une vingtaine de chaînes de télévisions et de radios, ainsi que des bénévoles dans toute la France. Le financement de Sidaction repose, en 2014, entre 90 et 94% sur des fonds privés.

Sidaction est la seule association française de lutte contre le VIH à financer la recherche. La moitié de ses ressources nettes est ainsi attribuée à des programmes de recherche scientifique et médicale menés en France et dans les pays en développement. Sidaction soutient des projets de recherche fondamentale, appliquée et clinique dans tous les domaines de la recherche biomédicale sur le VIH (virologie, immunologie, vaccins préventifs et thérapeutiques, traitements), ainsi que des travaux de recherche en sciences de l'homme et de la société, en épidémiologie et en santé publique, portant sur le VIH.

**ACTIS** est une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et membre de l'Union Nationale des Associations de Lutte contre le Sida, dont les locaux d'accueil se trouvent à St-Etienne et au Puy-en-Velay. Elle mène des actions d'accueil, d'accompagnement et de soutien aux personnes séropositives ainsi que des actions de prévention, notamment auprès des personnes incarcérées/sortant de prison et des homosexuels. Pour son activité d'accueil et d'écoute, l'association dispose d'un local à Saint-Étienne et d'un autre au Puy-en-Velay. Actis organise des formations destinées à ses membres et aux professionnels,

notamment du secteur médico-social. Elle est également une structure dite de « bas-seuil » pour l'accueil des usagers de drogues.

Le projet regroupe des actions de prévention auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) sur les lieux de rencontres extérieurs (deux à trois interventions par mois) et dans huit établissements commerciaux, ainsi qu'une permanence de dépistage par TROD « hors les murs » en partenariat avec le Ciddist et l'hôpital (permanence dans un local dédié un mardi sur deux de 17h à 20h).

Le projet DIMMAGAY se différencie des actions du dispositif ACTIS, vu qu'à Saint-Etienne il n'y a pas de dépistage des hépatites et de la syphilis.

Le Checkpoint-Paris, situé au cœur de Paris dans le quartier du Marais, est une antenne du CeGIDD des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis - Lariboisière - Fernand Widal. La différence par rapport au projet DIMMAGAY se pose sur le fait que le Checkpoint propose un TROD en première intention sans confirmation par un test ELISA classique.

#### 4-2-3 : Le projet dijonnais « DIMMAGAY »

##### 4-2-3-1 : CIGaLes

CIGaLes est une association loi 1901 fondée le 14 décembre 1995 et installée à Dijon depuis 2001. Elle est membre de la Fédération nationale LGBT. CIGaLes a créé et développé un lieu de reconnaissance et d'identification pour les personnes lesbiennes, gays, bis et transgenres de Dijon et sa région. En moyenne entre 20 et 25 personnes fréquentent le local chaque semaine. Ses champs d'intervention sont multiples :

- Accueil et écoute : Permanences bihebdomadaires pour les personnes en questionnement sur leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, assurées par un groupe de volontaires formés, activité soutenue et suivie par l'ARS de Bourgogne. Les entretiens sont individuels, confidentiels, gratuites et anonymes.

- Activités conviviales : Les activités conviviales ont pour objectif de créer des espaces d'échange et de rencontre entre personnes LGBT. Les activités sont ouvertes aux adhérents-es et aux personnes sympathisantes qui soutiennent le projet associatif de CIGaLes. Les personnes hétérosexuelles sont aussi les bienvenues.
- Militantisme : Actions et campagnes en faveur de l'égalité des droits pour ces personnes (marche régionale des Fiertés LGBT, Journée mondiale de lutte contre les LGBT-phobies (17 mai). Cela recouvre des champs différents comme : l'accès à toute femme de la procréation médicalement assistée, le changement d'état civil libre et gratuit pour toute personne transgenre qui en fait la demande.
- Lutte contre les discriminations-phobies : CIGaLes participe à des réunions institutionnelles de lutte contre les discriminations : à la Commission extra-municipale de lutte contre les discriminations de la Ville de Dijon et au Tribunal de Grande Instance de Dijon. CIGaLes participe également au dispositif municipal AMACOD (Antenne Municipale et Associative de lutte contre les Discriminations) et réalise ponctuellement des interventions en milieu scolaire.
- Prévention de la santé et sexualité : Actions de prévention et de réduction des risques sexuels. Informations sur le dépistage, les IST et le VIH SIDA.

#### 4-2-3-2 : Le dispositif DIMMAGAY et la genèse du projet de collaboration avec CIGaLes

Il s'agit d'une action de consultation de dépistage du VIH et des IST, ouvert depuis avril 2011 dans les locaux de l'association, en partenariat avec l'équipe du CDAG de Dijon.

Le rapport de la HAS de 2009 a émis des orientations quant- à l'utilisation du TRD pour faciliter le dépistage du VIH des populations insuffisamment rejointes. Le TROD peut être envisagé dans des structures conventionnelles de dépistage (CDAG- CIDDIST) et dans des structures alternatives, par des personnes habilitées à pratiquer le dépistage, afin de faciliter l'accès à la connaissance du statut sérologique. Le TROD représente, donc, un outil intéressant pour les dispositifs de dépistage hors les

murs et/ou en direction de populations prioritaires, notamment parce que le résultat est quasi immédiat et limite ainsi le nombre des personnes qui n'ont pas connaissance de leur statut sérologique.

Devant les données épidémiologiques, qui prouvent que la population HSH en France est insuffisamment dépisté, le dispositif DIMMAGAY travaille en partenariat avec l'association CIGALES, afin d'explorer l'attractivité d'un dispositif de dépistage « non traditionnel » et d'évaluer l'intérêt du dépistage rapide par rapport à la technique classique.

*Depuis début 2016, l'activité DIMMAGAY se déroule dans les locaux du CEGIDD de Dijon (ex-CDAG, 1 rue Nicolas Berthot à Dijon) le 2ème mardi du mois en soirée entre 17h30 et 21h.*

#### 4-2-3-3 : Les objectifs du dispositif DIMMAGAY

Ce projet propose un dépistage « gayfriendly », anonyme et gratuit mais pas impersonnel, dans une structure associative communautaire. Il s'agit d'un dépistage pour le VIH, par un TROD VIH, associé à un bilan sérologique (VIH, hépatite B et C, syphilis) pour les autres IST. C'est un travail médicoassociatif délocalisé avec counselling médical et counselling par un pair. (59) Les objectifs de ce projet comportent, également, la réduction de prise des risques, la diminution du nombre de personnes séro-interrogatives, la régularité du dépistage en fonction des risques, la promotion de la vaccination contre l'hépatite B chez les homosexuels masculins et de la prévention des IST en général.

*Globalement, ce qui est différent des autres projets est qu'il s'agit d'un dispositif médicalisé, qui s'adresse également aux séropositifs, en proposant un dépistage combiné VIH + IST associées.*

#### 4-2-3-4 : Population cible

Le dispositif DIMMAGAY s'adresse spécifiquement à des HSH, séronégatifs mais aussi séropositifs. Cette population est en effet particulièrement exposée et se caractérise par une incidence et une prévalence élevée de l'infection.

#### 4-2-3-5 : Financement

*Le projet DIMMAGAY est financé par Sidaction et l'ARS Bourgogne.* Un salarié associatif est embauché à temps partiel, responsable de la coordination des différents acteurs associatifs ainsi que de la promotion de l'activité du dépistage au sein de la communauté HSH. Les locaux de CIGALES sont considérés comme une antenne de la CDAG. Ainsi, l'activité réalisée à DIMMAGAY est intégrée à la CDAG. Cela comprend la mobilisation du personnel (médecins, infirmières, secrétaires) et le coût des bilans biologiques. Les TDR sont fournis à titre gracieux par le laboratoire Biomérieux.

#### 4-2-3-6 : Recrutement des patients

Le recrutement est principalement réalisé par le pair communautaire sur les sites de rencontres gays et sur Internet. A Dijon, deux saunas sont implantés en centre-ville, l'un qui a plus de 25 ans d'existence et l'autre, plus récent, qui est l'un des plus grands saunas du quart nord-est de la France. Le dernier lieu à mentionner est un cruising bar qui fonctionne depuis 2008 en soirées privées. Tous trois sont signataires de la Charte de responsabilité du Syndicat National des Entreprises Gay. (SNEG) Les équipes de CIGALES entretiennent de cordiales relations avec chacun de ces établissements.

Egalement, CIGALES réalise régulièrement des sorties de prévention, en général un soir par semaine, sur le parking du lac Kir, historique lieu de rencontres extérieures pour les hommes qui recherchent des relations sexuelles anonymes.

Un dernier lieu festif pour la communauté LGBT reste les grandes soirées dansantes qu'organise l'association au rythme de 4 par an environ. Elles s'organisent depuis 1996 et rassemblent des hommes et des femmes homo-bisexuelles et transidentitaires des deux régions Bourgogne et La Franche-Comté.

Tous ces lieux sont des cibles de communication pour faire connaître le Projet DIMMAGAY et inciter les hommes rencontrés à venir s'y faire dépister régulièrement.

Les hommes homo-bisexuels dijonnais utilisent aussi beaucoup Internet pour leurs recherches de partenaires sexuels. Il y a plusieurs sites de rencontres selon la sexualité :



- LGBT : GayRomeo.com / PlanetRomeo.com
- Gays : BearWWW.com et NetHomo.com
- Barebackers\* : BBackZone.com

\* Le *barebacking*, littéralement « chevauchée à cru », désigne la pratique de rapports sexuels volontairement non protégés, et par extension un courant polymorphe prônant le culte et la revendication de cette forme de pratique sexuelle, ainsi que le culte du sperme. Forgé au sein de la communauté gay américaine au milieu des années 1990, il se distingue de la notion de relapse, qui désigne le « relâchement des comportements préventifs ». En France, ce terme apparaît dans la presse gay et dans le milieu associatif de lutte contre le sida à la fin des années 1990, à la suite de la commercialisation des trithérapies et de la baisse des cas de sida.

**Grindr** est une application de rencontres destinée aux hommes homosexuels, bisexuels ou bicurieux, disponible sur iOS (Apple), Blackberry OS et Android. Cette application, lancée en Mars 2009 aux Etats Unis, permet de discuter et d'échanger des photos avec des hommes géolocalisés autour de soi. En mars 2012, Grindr emploie 45 personnes, l'application dépasse les 3,5 millions d'utilisateurs répartis dans 192 pays, dont 224 000 en France. En septembre 2015, le total des utilisateurs Grindr s'élèverait à 10,5 millions d'utilisateurs.

**Facebook** est également un réseau social qui permet le recrutement des patients.

#### 4-2-3-7 : Déroulement de la consultation de dépistage

Les différentes étapes pour un primo-consultant dans le dispositif DIMMAGAY sont les suivantes :

Accueil par le pair associatif : Le volontaire donne au consultant un questionnaire anonyme confidentiel, sur lequel il colle le numéro d'anonymat, et lui propose de s'isoler dans la pièce principale

de l'association pendant environ 10min pour le remplir. (Annexe 5) Le consultant le met ensuite dans une enveloppe cachetée et le dépose dans une urne verrouillée. Le volontaire propose systématiquement un TROD VIH, un contrôle et dépistage de la syphilis et des hépatites B et C par prise de sang et contrôle du niveau des anticorps pour les personnes vaccinées contre l'hépatite B. Puis, il accompagne le consultant auprès de l'infirmière dans une autre pièce.

Temps avec l'infirmière pour les prélèvements : L'infirmière répond à des éventuelles questions et puis elle réalise le prélèvement pour le TROD et le prélèvement sanguin. (Elisa de 4<sup>ème</sup> génération, sérologie VHB, VHC, syphilis). Elle assure la lecture du TROD en collaboration avec le médecin - *double lecture systématique*. Les résultats médicaux seront rangés au secrétariat de la CDAG et ramenés par l'infirmière à la consultation suivante. L'infirmière assurera les bilans différés, a six semaines. Elle déterminera si un nouveau risque a été pris dans l'intervalle. Dans ce cas, le patient est considéré comme effectuant un nouveau passage dans le dispositif. On lui demande de remplir un auto-questionnaire allégé. (Annexe 6) L'infirmière conduit ensuite le consultant pour l'entretien associatif.

Entretien avec le volontaire : L'entretien de counselling communautaire, qui a lieu dans une pièce isolée en tête à tête avec un volontaire, se concentre sur l'évaluation de prise de risques, la vérification des connaissances du consultant, ses pratiques et ses questionnements.

Entretien médical : Il commence par la remise du résultat du test rapide. *En cas de résultat positif*, l'accent est mis sur la forte probabilité d'une séropositivité. Il sera indispensable d'attendre le résultat des tests sanguins (Elisa test, WB). L'entretien portera ensuite sur la diminution des risques, notamment sur l'utilisation impérative de préservatifs pour tout rapport sexuel. *Si le TROD est négatif*, le médecin reprend les éléments de counselling initié précédemment par le bénévole. Il insiste particulièrement sur le fait que le TROD ne dépiste pas les séroconversions inférieures à trois mois. Les différents IST sont abordées : transmission, signes cliniques, facteurs de risque. Une attention particulière est apportée à la détermination de la date du dernier risque sexuel. Si cette date est inférieure à 6 semaines, le consultant

reviendra pour un nouveau bilan. Son retour n'est pas considéré comme une nouvelle entrée dans le dispositif, mais comme un suivi de son premier passage. Il verra alors directement l'infirmière.

Questionnaire de satisfaction : Le volontaire associatif propose au consultant de répondre à ce questionnaire. (Annexe 7)

Consultation de remise des résultats : A partir du 7<sup>ème</sup> jour au sein du dispositif, ou au CDAG selon le souhait du patient. C'est le médecin qui rend les résultats.

## **DEUXIEME PARTIE : DESCRIPTION DE DEUX STRATEGIES DIJONNAISES DE DEPISTAGE DES IST CHEZ LES HSH**

### **5- DESCRIPTION ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

#### **5-1 : Objectif de l'étude**

##### 5-1-1 : Objectif principal

Description et comparaison, sur une période de 2 ans, entre Avril 2011 et Mars 2013, de deux stratégies de dépistage du VIH et des autres IST pour la population HSH à Dijon. Les deux stratégies à comparer sont le CDAG/CIDDIST existant par rapport au dispositif DIMMAGAY.

Les paramètres à comparer sont :

- Le nombre total des consultants qui ont rempli le questionnaire DIMMAGAY.
- Comment ils ont eu connaissance de DIMMAGAY.
- Le motif de consultation au dispositif.
- L'âge.
- Le mode de vie.
- Le nombre de partenaires les derniers 12 mois.
- Les pratiques sexuelles.
- Le niveau des risques (pratiques sexuelles, partenaire séropositif, utilisation de l'alcool ou des drogues pendant les rapports)
- Le recours au dépistage du VIH.

- Le dépistage des autres IST (VHC, VHB, syphilis).
- La vaccination contre l'hépatite B.
- Les ATCD d'IST.
- Le niveau d'études.
- La situation professionnelle.
- La couverture sociale.
- Le retour dans le dispositif.
- Nombre total des IST dépistées – Proportion de séropositifs retrouvés.
- Le niveau de satisfaction.



Sur la période étudiée, 267 hommes au CDAG ont également rempli le questionnaire du DIMMAGAY, permettant une comparaison à l'identique pour cette étude.

### 5-1-2 : Objectif secondaire

Orienter les médecins généralistes de la Bourgogne vers le dépistage le plus efficace et le plus adapté à cette population cible.

### **5-2 : Hypothèse de l'étude**

L'hypothèse repose sur le fait qu'un dispositif de dépistage médicalisé, délocalisé dans une structure communautaire associé à un counselling par des pairs, en direction exclusive des HSH, est plus attirant qu'un dispositif de dépistage traditionnel, pour cette population vulnérable.

### **5-3 : Type d'étude**

Etude prospective descriptive.

### **5-4 : Critères d'inclusion**

- Etre un homme déclarant avoir, ou avoir eu au moins une fois dans sa vie, des relations sexuelles avec un ou d'autres hommes.
- Etre majeur.
- Ne pas être sous tutelle et /ou curatelle.

*Est définie comme **HSH** toute personne de sexe masculin qui, au moins une fois dans sa vie, a eu un rapport sexuel avec un autre homme, sans tenir compte de la définition qu'ils font de leur orientation*

*sexuelle. En effet, pour de multiples raisons, certain nombre de ces hommes choisissent de ne pas se définir comme homosexuels ou bisexuels, certains se qualifient même d'« hétérosexuels ».*

- ✓ Au total, 130 consultants ont été vus au sein du dispositif DIMMAGAY, pendant la période de l'étude.
- ✓ Concernant le CDAG, 267 hommes ont été inclus à l'étude.

### **5-5 : Analyse des biais de l'étude**

- ✓ Le biais de non-réponse. Tous les questionnaires ne sont pas remplis à 100%. Il y a certains non-répondants. En plus, sur certaines questions il y avait plusieurs réponses possibles.
- ✓ Au sein du dispositif CDAG, pour la période étudiée entre avril 2011 et mars 2013, il n'y a pas que 267 personnes qui se sont fait dépistées. Mais les 267 dossiers inclus sur cette étude sont les personnes qui ont accepté de remplir le questionnaire du CDAG et en plus le questionnaire de Dimmagay, sur la base du volontariat.
- ✓ A la CDAG, la date de naissance est demandée, sur la base du volontariat. Nous nous permettons l'approximation suivante : toute date de naissance identique est rapportée au même patient. Nous pensons ainsi calculer, au plus juste, le nombre de HSH différents ayant recours au dépistage. Dans le dispositif DIMMAGAY, la date de naissance est également demandée. De plus, à chaque nouveau recours au dispositif, le consultant indiquera le nombre de dépistage antérieurs effectués à DIMMAGAY.
- ✓ Finalement, tout est basé sur la sincérité des réponses à l'auto-questionnaire.

### **5-6 : Traitement des données**

L'analyse a été réalisée avec l'aide d'un médecin hospitalier, dans le service d'Epidémiologie du CHU, le Dr ASTRUC Karine.

La distribution des caractéristiques de deux groupes ont été comparées en réalisant, pour les variables qualitatives, le test du Chi2 ou le test exact de Fisher en fonction des conditions d'application et pour les variables quantitatives, le test de Student. Pour l'ensemble de ces tests, le risque d'erreur de 1ère espèce retenu est  $\alpha=5\%$ . L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata/IC 14.0.

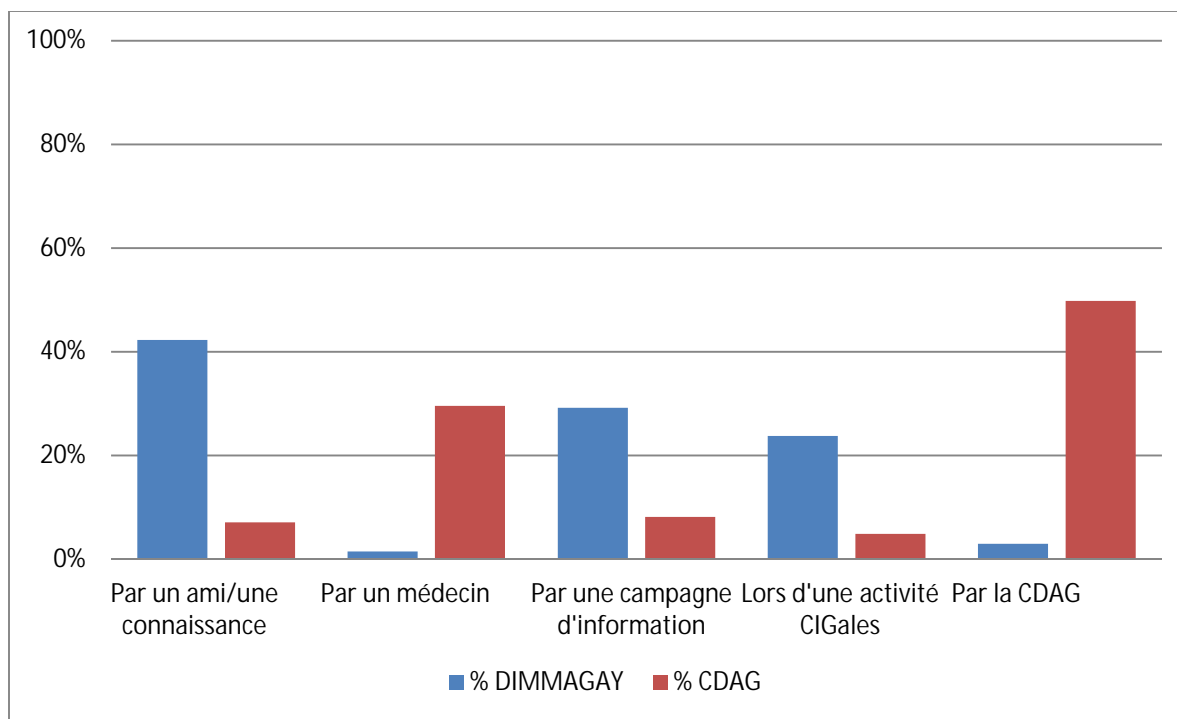
## 6- RESULTATS

### 6-1 : Comparaison du questionnaire rempli dans les deux dispositifs

#### 6-1-1 : Faisons connaissance

##### Question 1 : Comment avez-vous eu connaissance de Dimmagay ?

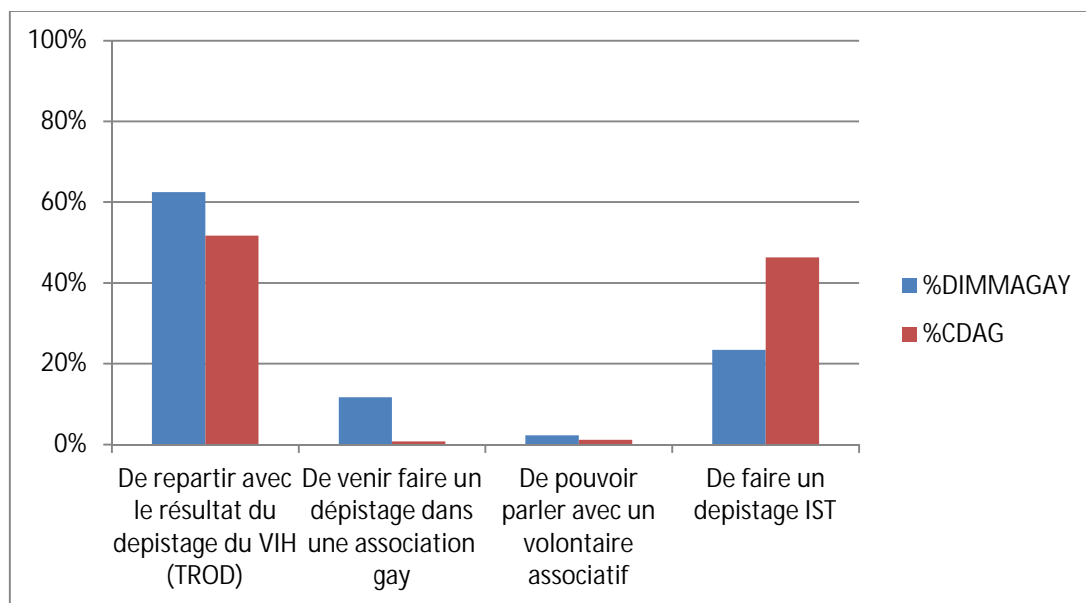
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Par un ami/une connaissance	55	43.70%	19	7.40%
Par un médecin	2	1.50%	79	30.50%
Par une campagne d'information	37	29.40%	20	7.70%
Lors d'une activité CIGales	29	23.00%	12	4.60%
Par la CDAG	3	2.40%	129	49.80%
Total	130	100%	259	100%



- On note que 42.30% ont répondu par un ami /une connaissance et que 1.50% par un médecin. Il semble, donc, important de renforcer la formation des médecins généralistes pour mieux repérer les situations à risque de transmission, en les encourageant à aborder aisément le sujet de la sexualité avec leurs patients et à les orienter vers un centre de dépistage adapté.

**Question 1bis :** Ce qui m'intéresse le plus ici aujourd'hui, c'est :

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
De repartir avec le résultat du dépistage du VIH (TROD)	80	62.50%	134	51.70%
De venir faire un dépistage dans une association gay	15	11.70%	2	0.80%
De pouvoir parler avec un volontaire associatif	3	2.30%	3	1.20%
De faire un dépistage IST	30	23.40%	120	46.30%
Total	128	100%	259	100%



- L'attractivité du TROD est reconnue parmi la population HSH, vu que la majorité des consultants (62.50% pour le DIMMAGAY et 51.70% pour le CDAG) sont attirés par le fait de repartir avec le résultat du dépistage du VIH par un test rapide. Les médecins généralistes sont invités, donc, à utiliser ce test au cabinet, afin de faciliter l'accès à la connaissance du statut sérologique et aux possibilités de prise en charge préventive et thérapeutique de l'infection par le VIH pour certaines populations qui recourent insuffisamment au dispositif de dépistage.

### Question 2 : Age

	DIMMAGAY	CDAG
Moyenne d'âge	35	28

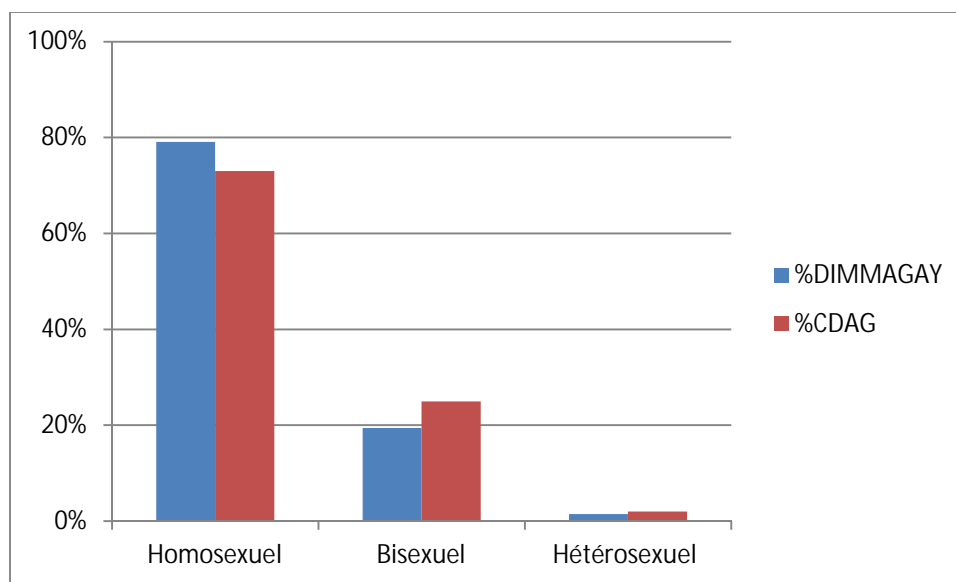
-La moyenne d'âge des consultants, vus au sein de deux dispositifs, est entre 28 et 35 ans, il s'agit donc des patients jeunes.



6-1-2 : Mode de vie

**Question 4 :** Vous vous définissez comme :

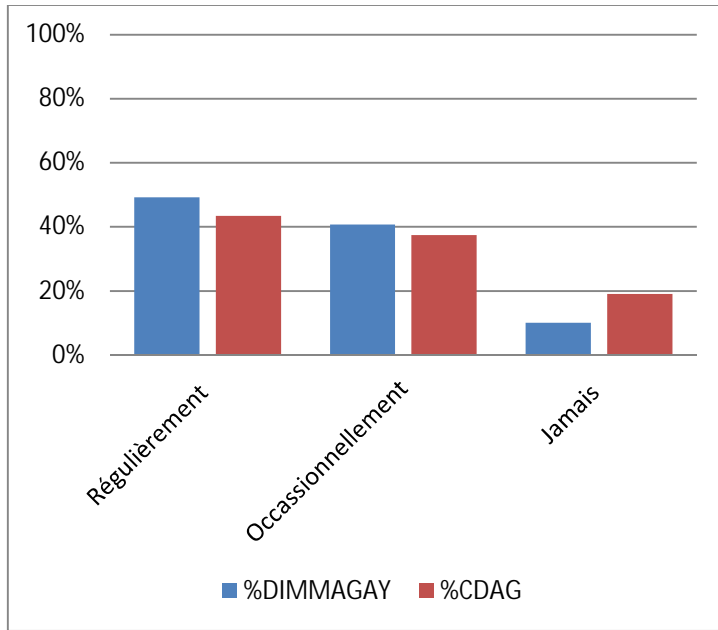
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Homosexuel	102	79.10%	194	73.00%
Bisexuel	25	19.40%	67	25.00%
Hétérosexuel	2	1.50%	5	2.00%
Total	129	100%	266	100%



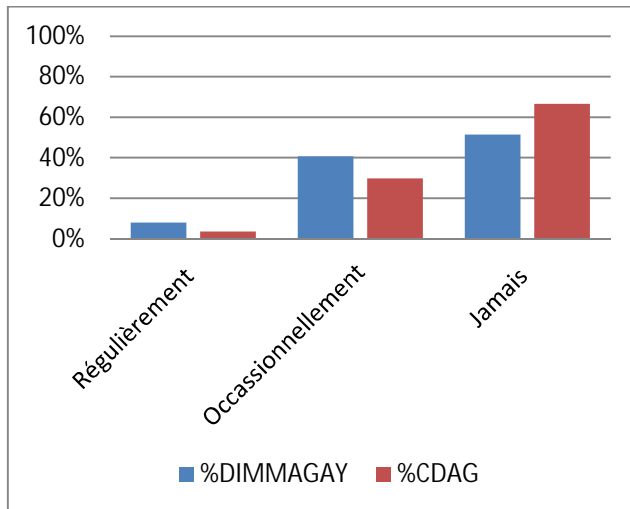
**Question 5 :** Ces 12 derniers mois, avez-vous fréquenté ces lieux ou sites gays ?

- Sites de rencontre sur Internet :

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Régulièrement	58	49.20%	111	43.40%
Occasionnellement	48	40.70%	96	37.50%
Jamais	12	10.10%	49	19.10%
Total	118	100%	256	100%

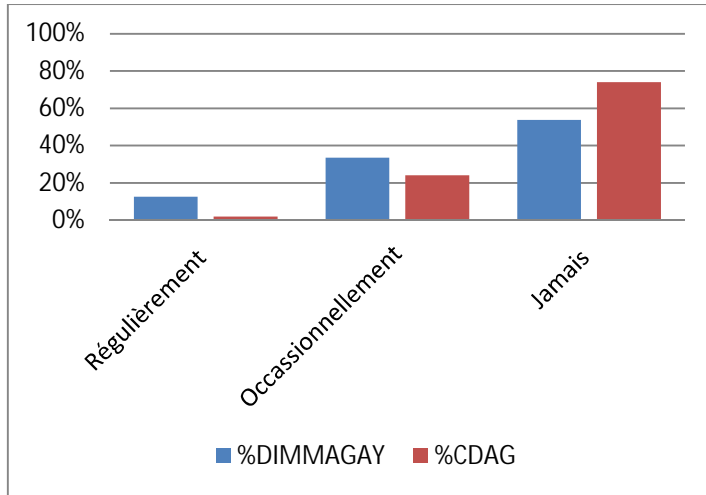


- Lieux de dragage extérieurs :



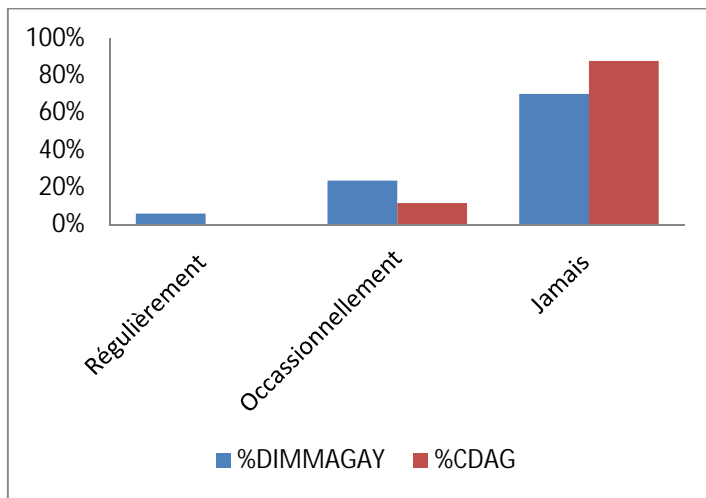
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Régulièrement	11	9.20%	9	3.60%
Occasionnellement	37	30.80%	75	29.80%
Jamais	72	60.00%	168	66.60%
Total	120	100%	252	100%

- Saunas :



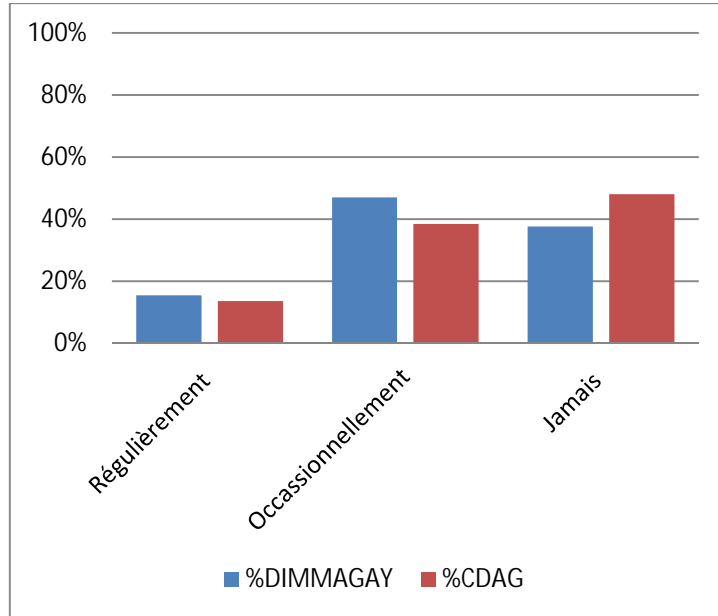
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Régulièrement	15	12.60%	5	2.00%
Occasionnellement	40	33.60%	61	24.00%
Jamais	64	53.80%	188	74.00%
Total	119	100%	267	100%

- Backrooms, sex clubs, videoclubs :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Régulièrement	7	6.10%	1	0.40%
Occasionnellement	27	23.70%	29	11.70%
Jamais	80	70.20%	218	87.90%
Total	114	100%	248	100%

- Bars ou clubs sans backroom :



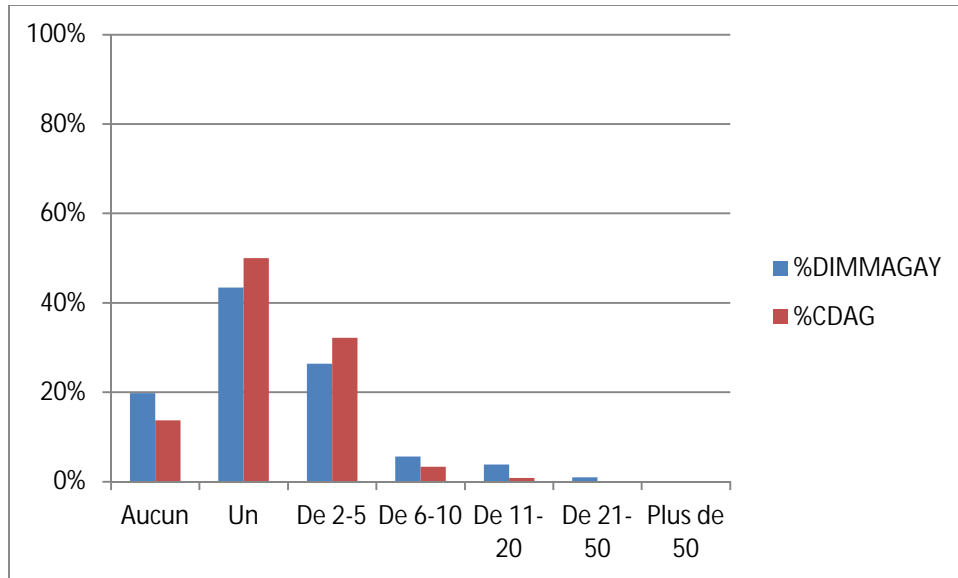
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Régulièrement	18	15.40%	34	13.60%
Occasionnellement	55	47.00%	96	38.40%
Jamais	44	37.60%	120	48.00%
Total	117	100%	250	100%

- Pour la recherche de leurs partenaires sexuels, la population HSH dijonnaises utilise plus souvent les sites Internet, 49.20% au Dimmagay et 43.40% au CDAG, suivis par les bars ou clubs sans backroom.

**Question 6 : Nombre de partenaires ces douze derniers mois :**

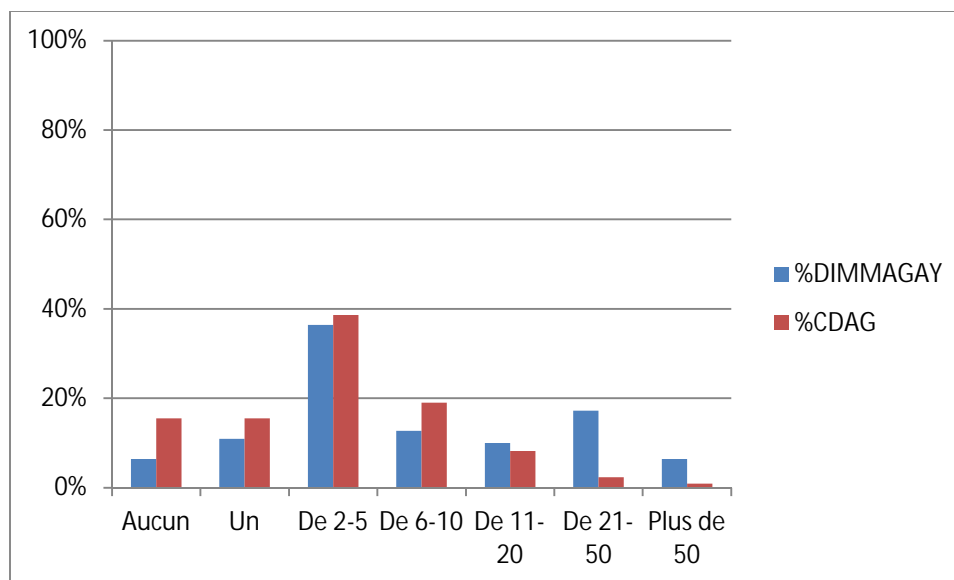
- Partenaires stables :

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Aucun	21	19.80%	33	13.70%
Un	46	43.40%	121	50.00%
De 2-5	28	26.40%	78	32.20%
De 6-10	6	5.60%	8	3.30%
De 11-20	4	3.80%	2	0.80%
De 21-50	1	1.00%	0	0%
Plus de 50	0	0%	0	0%
Total	106	100%	242	100%



- Partenaires occasionnels :

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Aucun	7	6.40%	34	15.50%
Un	12	10.90%	34	15.50%
De 2-5	40	36.40%	85	38.60%
De 6-10	14	12.70%	42	19.00%
De 11-20	11	10.00%	18	8.20%
De 21-50	19	17.20%	5	2.30%
Plus de 50	7	6.40%	2	0.90%
Total	110	100%	220	100%

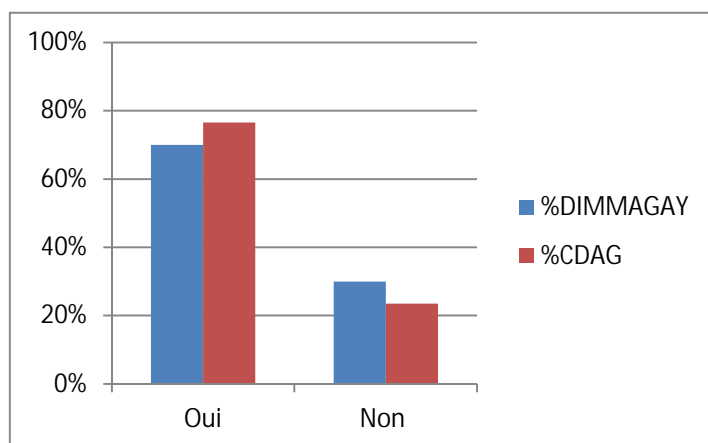


- Concernant le nombre des partenaires occasionnels les derniers 12 mois, on note que les consultants du Dimmagay sont plus souvent des multipartenaires : 23.60% ont eu plus de 10 partenaires versus 11.40% pour les consultants du CDAG.

### 6-1-3 : Sexualité avec vos partenaires

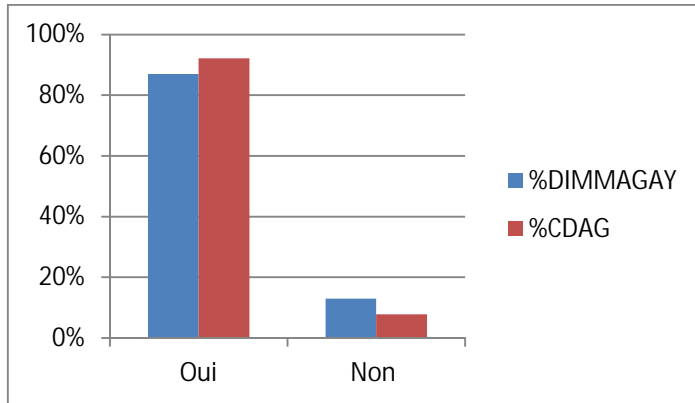
- Sexualité avec des partenaires stables :

**Question 7 :** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation stable avec un ou des homme(s)?



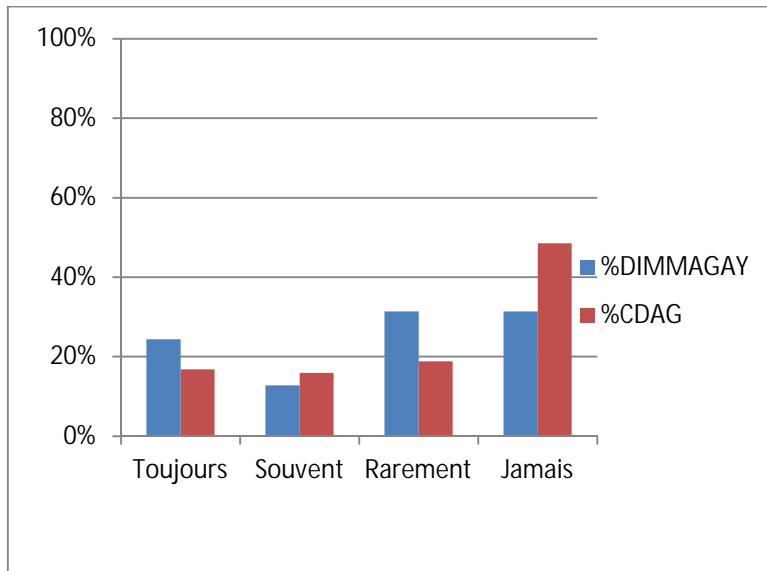
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	80	70.00%	189	76.50%
Non	35	30.00%	58	23.50%
Total	115	100%	247	100%

**Question 8 : Pénétration anale :**



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	80	87.00%	189	92.20%
Non	12	13.00%	16	7.80%
Total	92	100%	205	100%

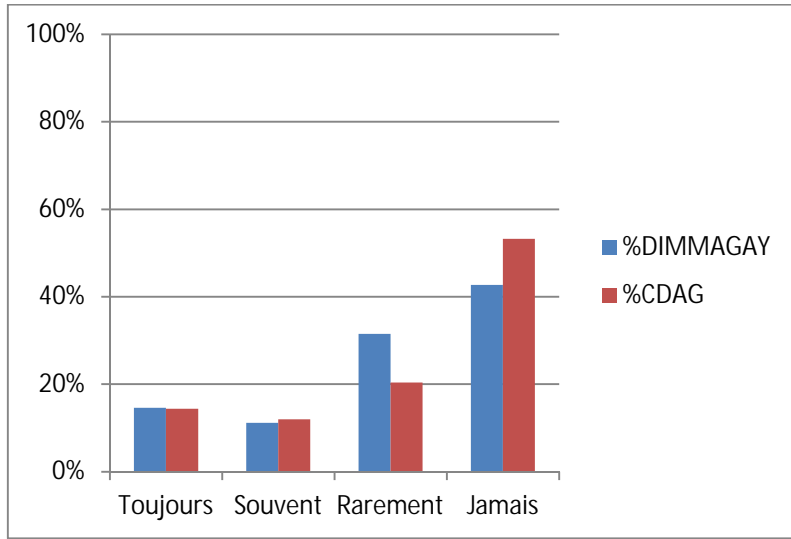
- Les pénétrer sans préservatif :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Toujours	21	24.40%	34	16.80%
Souvent	11	12.80%	32	15.90%
Rarement	27	31.40%	38	18.80%
Jamais	27	31.40%	98	48.50%
Total	86	100%	202	100%

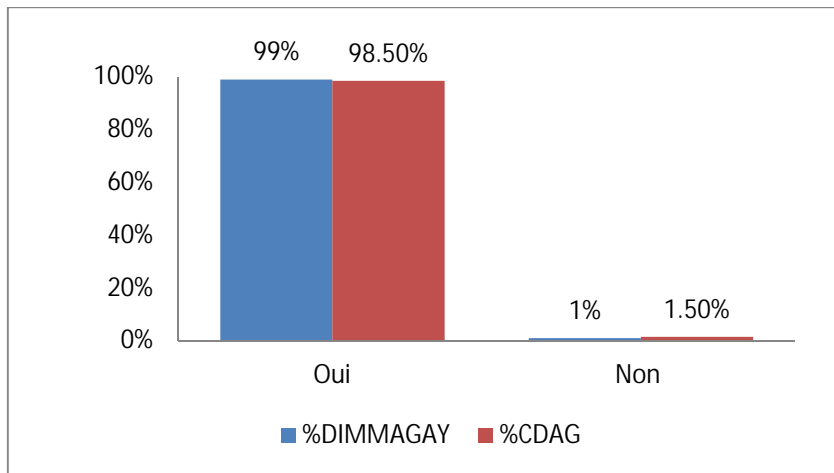
- En ce qui concerne les pratiques sexuelles avec des partenaires stables, 24.40% des consultants du Dimmagay décrivent toujours des pénétrations anales actives sans préservatif, au lieu de 16.80% pour les consultants du CDAG.

- Vous faire pénétrer sans préservatif :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Toujours	13	14.60%	29	14.40%
Souvent	10	11.20%	24	12.00%
Rarement	28	31.50%	41	20.40%
Jamais	38	42.70%	107	53.20%
Total	89	100%	201	100%

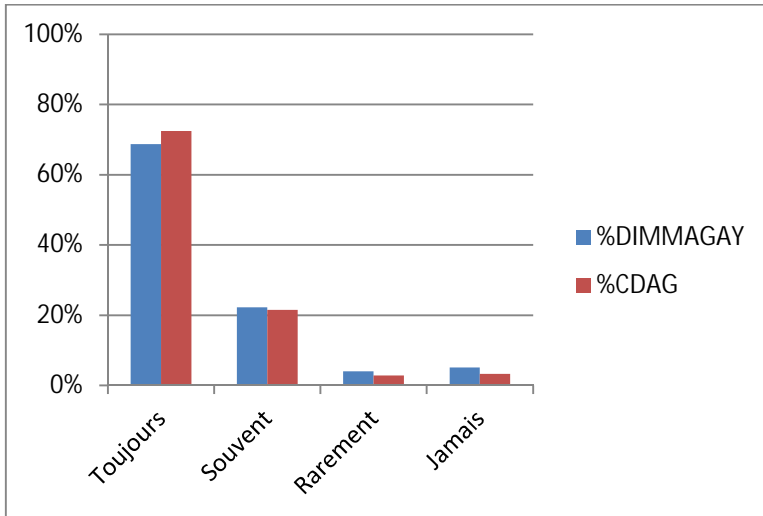
- Fellation :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	95	99%	202	98.50%
Non	1	1%	3	1.50%
Total	96	100%	205	100%

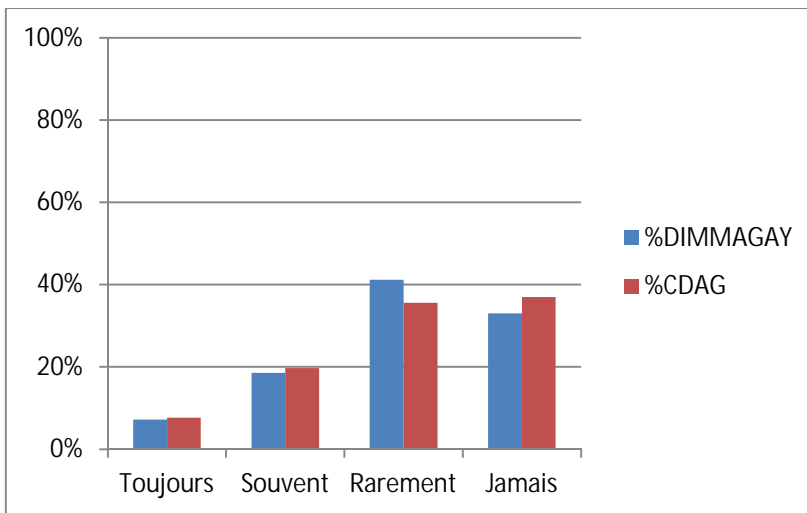


- Fellation non protégée :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
<b>Toujours</b>	<b>68</b>	<b>68.70%</b>	<b>155</b>	<b>72.40%</b>
Souvent	22	22.20%	46	21.50%
Rarement	4	4.00%	6	2.80%
Jamais	5	5.10%	7	3.30%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>	<b>214</b>	<b>100%</b>

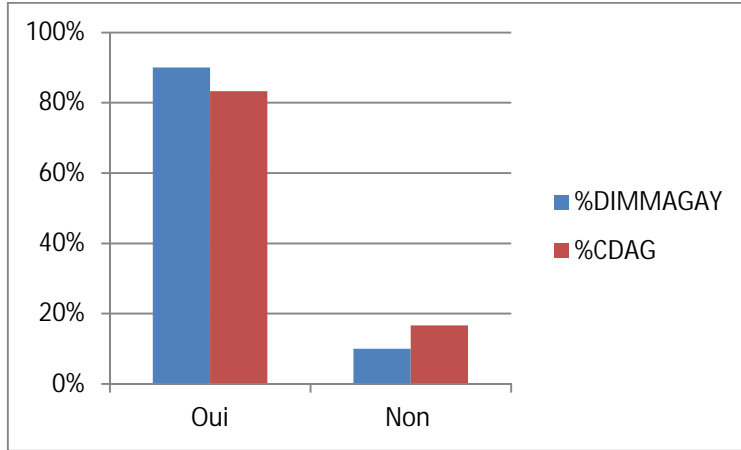
- Ejaculation buccale :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Toujours	7	7.20%	16	7.70%
Souvent	18	18.60%	41	19.70%
Rarement	40	41.20%	74	35.60%
Jamais	32	33.00%	77	37.00%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>208</b>	<b>100%</b>

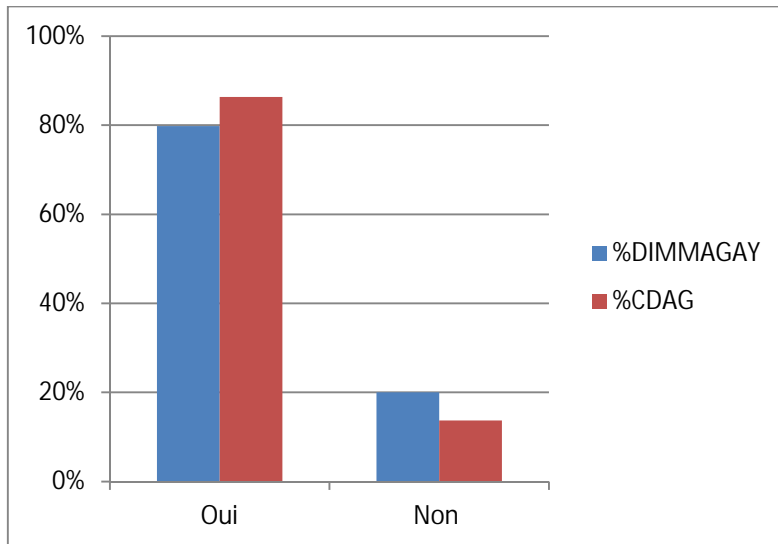
- Sexualité avec des partenaires occasionnels :

**Question 9 :** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?



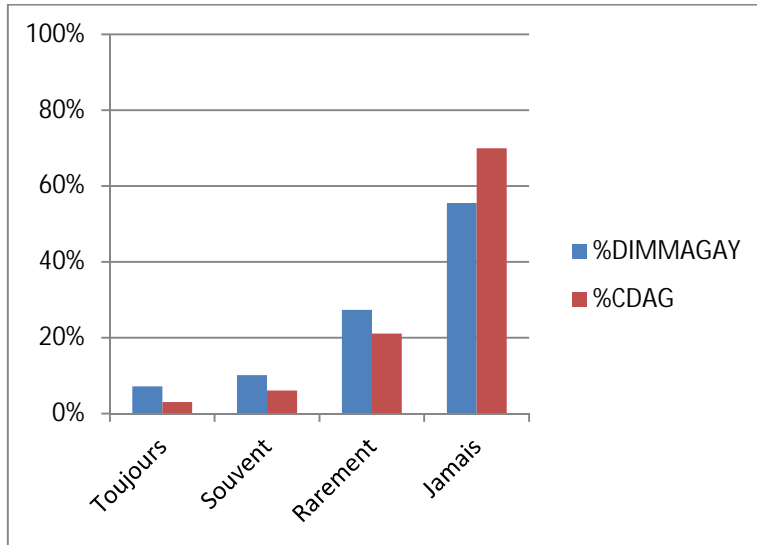
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	114	90%	214	83.30%
Non	13	10%	43	16.70%
Total	127	100%	257	100%

**Question 10 :** Pénétration anale :



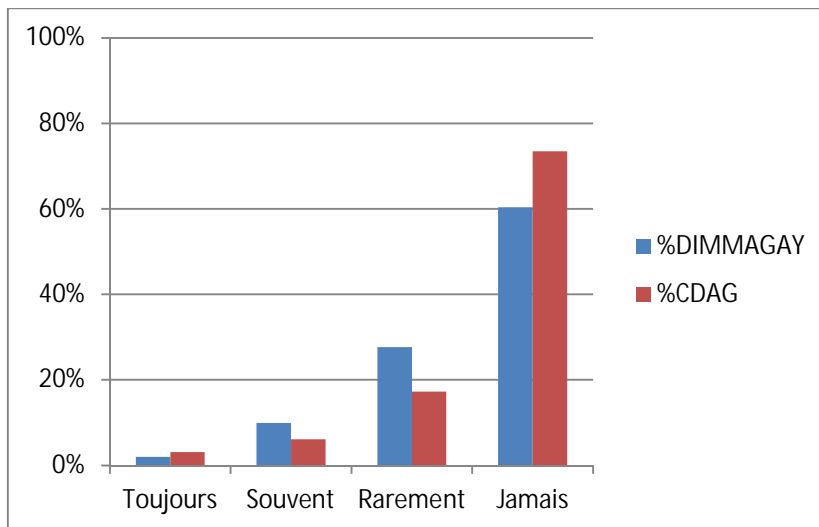
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	87	80%	183	86.30%
Non	22	20%	29	13.70%
Total	109	100%	212	100%

- Les pénétrer sans préservatif :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Toujours	7	7.10%	6	3.00%
Souvent	10	10.10%	12	6.00%
Rarement	27	27.30%	42	21.10%
Jamais	55	55.50%	139	69.90%
Total	99	100%	199	100%

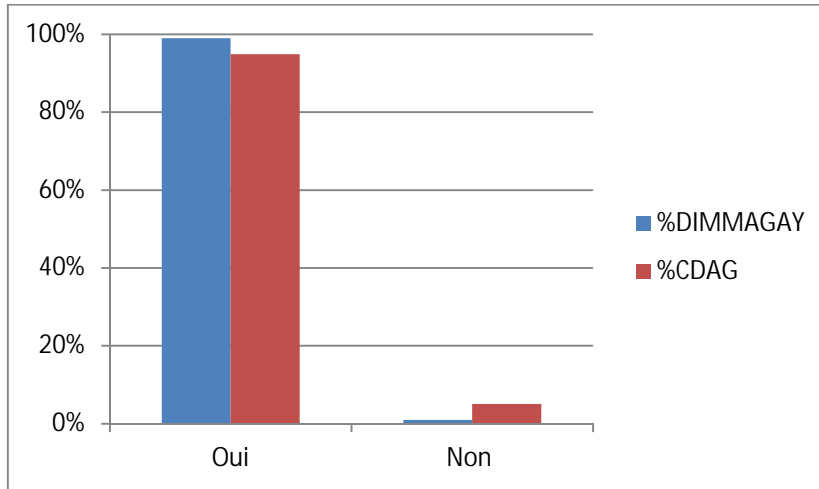
- Vous faire pénétrer sans préservatif :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Toujours	2	2.00%	6	3.10%
Souvent	10	9.90%	12	6.10%
Rarement	28	27.70%	34	17.30%
Jamais	61	60.40%	144	73.50%
Total	101	100%	196	100%

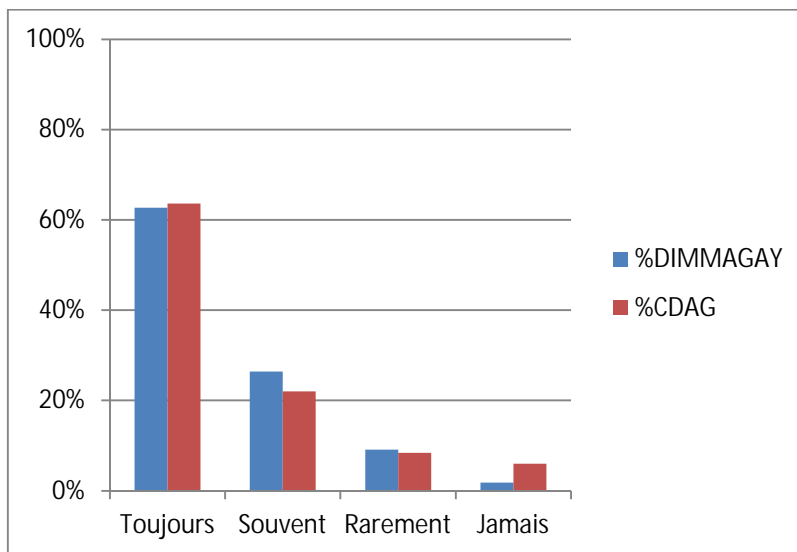
- Au sein du Dimmagay, 90% des consultants ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels les derniers 12 mois, versus 83.30% pour le CDAG. Des pénétrations anales actives sans préservatifs ont été régulièrement rapportées par 17.20% des consultants du Dimmagay, versus 9% pour le CDAG.

- Fellation :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	95	99%	185	94.90%
Non	1	1%	10	5.10%
Total	96	100%	195	100%

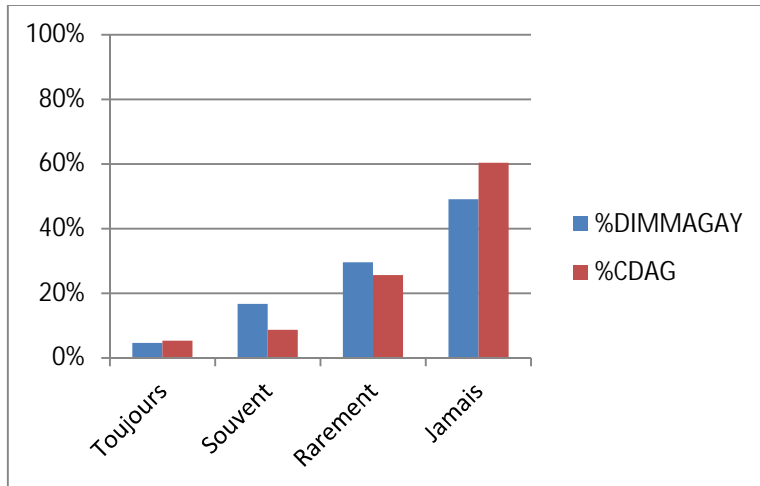
- Fellation non protégée :



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Toujours	69	62.70%	136	63.60%
Souvent	29	26.40%	47	22.00%
Rarement	10	9.10%	18	8.40%
Jamais	2	1.80%	13	6.00%
Total	110	100%	214	100%

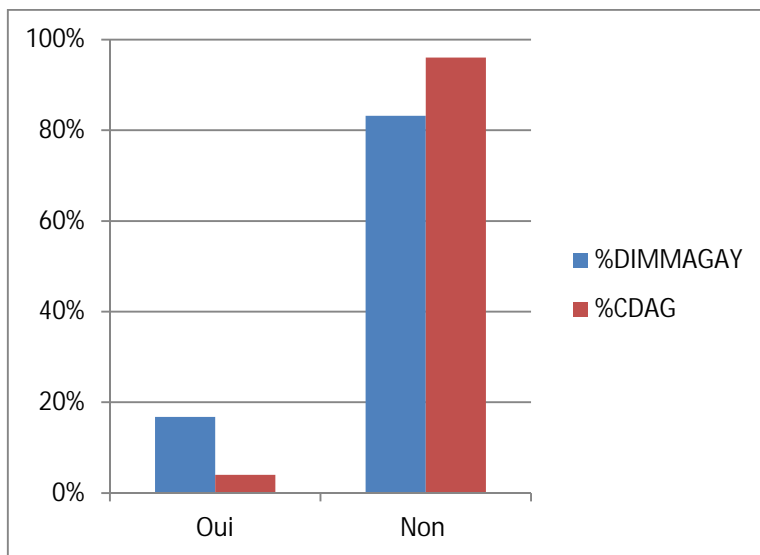
- Ejaculation buccale :

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Toujours	5	4.60%	11	5.30%
Souvent	18	16.70%	18	8.70%
Rarement	32	29.60%	53	25.60%
Jamais	53	49.10%	125	60.40%
Total	108	100%	207	100%



#### 6-1-4 : Le niveau des risques

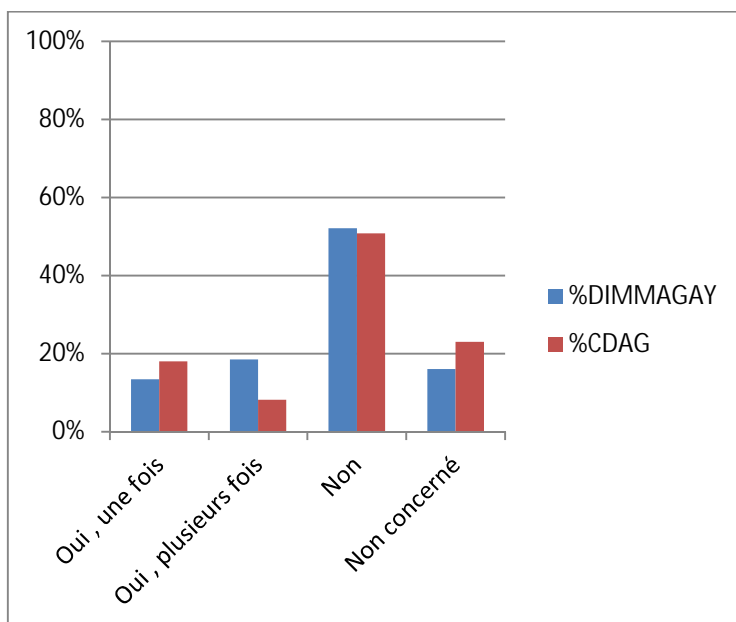
**Question 11 :** Au cours des douze derniers mois, avez vous eu un partenaire séropositif ?



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	17	17.00%	10	4.00%
Non	84	83.00%	243	96.00%
Total	101	100%	253	100%

- Au cours de 12 derniers mois, 17% des HSH vus au Dimmagay ont signalé avoir eu un partenaire séropositif, au lieu de 4% pour les HSH vus au CDAG.

**Question 12 :** Ces 12 derniers mois, avez-vous pratiqué la pénétration anale sans préservatif avec un partenaire dont vous ne connaissiez pas le statut sérologique (pour le VIH) ou qui était d'un statut sérologique différent du votre ?

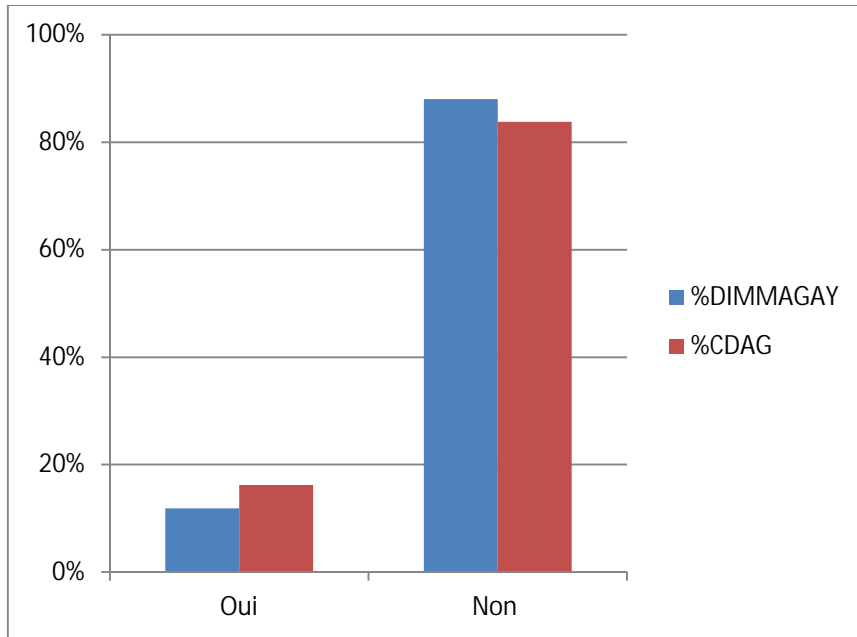


	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui, une fois	16	13.40%	46	18.00%
Oui, plusieurs fois	22	18.50%	21	8.20%
Non	62	52.10%	130	50.80%
Non concerné	19	16.00%	59	23.00%
Total	119	100%	256	100%

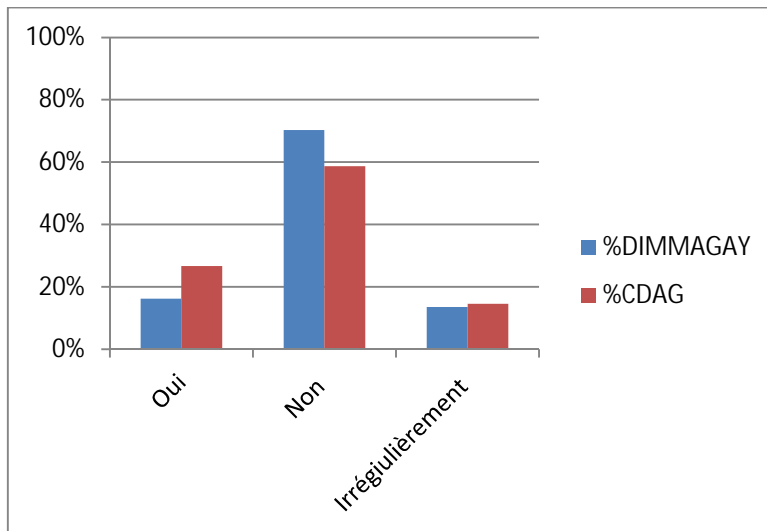
- Plusieurs pénétrations anales sans préservatif, pendant les derniers 12 mois, avec un partenaire de statut sérologique (pour le VIH) différent ou inconnu, ont été déclarées par 18.50% des consultants du Dimmagay, versus 8.20% pour le CDAG.

**Question 13 :** Au cours de 12 derniers mois, avez-vous eu une relation stable avec une ou des femme(s) ?

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	14	12%	40	16.20%
Non	104	88%	207	83.80%
Total	118	100%	247	100%



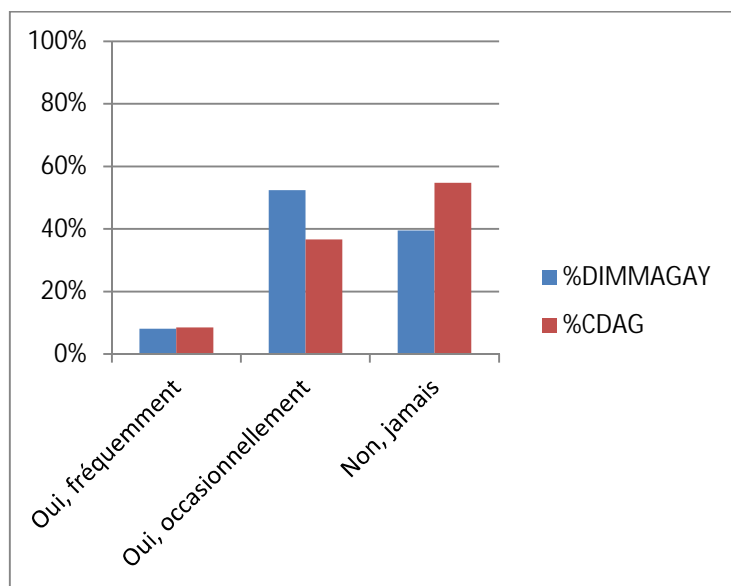
**Question14 :** Si oui, avez-vous eu des rapports protégés avec cette (ces) partenaire(s) ?



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	6	16.20%	20	26.70%
Non	26	70.30%	44	58.70%
Irrégulièrement	5	13.50%	11	14.60%
Total	37	100%	75	100%

- Concernant les rapports sexuels avec une femme, 70.30% des consultants du Dimmagay ont rapporté des rapports non protégés, versus 58.70% pour le CDAG.

**Question 15 :** Avez-vous consommé et /ou utilisé de l'alcool, des drogues, du Popper avant ou après vos rapports sexuels ?



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui, fréquemment	10	8.10%	22	8.50%
Oui, occasionnellement	65	52.40%	95	36.70%
Non, jamais	49	39.50%	142	54.80%
Total	124	100%	259	100%

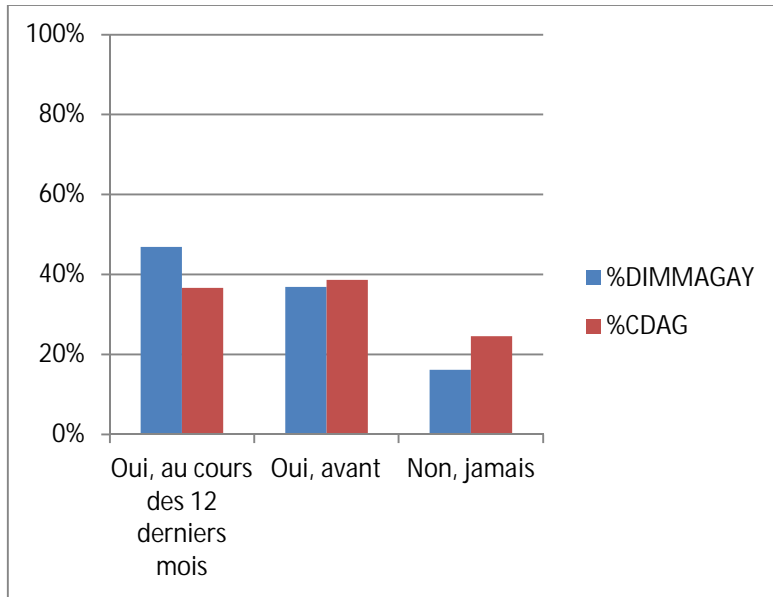
- Plus que la moitié des HSH (52.40%) vus au Dimmagay ont consommé de l'alcool, des drogues ou du Popper avant ou après leurs rapports sexuels, au lieu de 36.70% pour le CDAG. La consommation des drogues au moment des rapports sexuels, avec des partenaires occasionnels, est considérée comme un facteur de risque supplémentaire.

#### 6-1-5 : Recours au dépistage VIH

**Question 16 :** Avez-vous déjà fait un ou plusieurs tests de dépistage de VIH /Sida ?

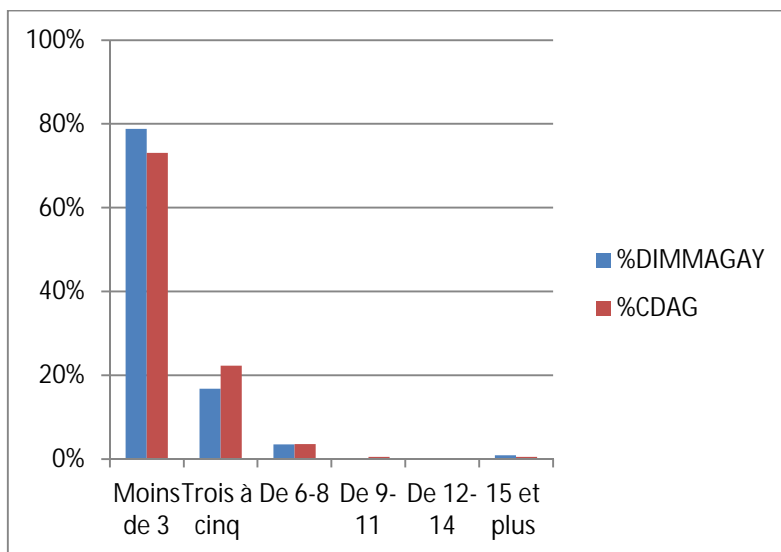
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	61	46.90%	97	36.70%
Oui, avant	48	36.90%	102	38.70%
Non, jamais	21	16.20%	65	24.60%
Total	130	100%	264	100%





-Malgré les comportements sexuels à risque, les participants au dépistage dans une structure associative présentent un recours au dépistage VIH récent plus important, avec 46.90% d'avoir réalisé au moins un test les 12 derniers mois, versus 36.70% pour le CDAG.

**Question 17 : Combien de tests avez-vous fait au cours des 2 dernières années ?**



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Moins de 3	89	78.80%	141	73.10%
Trois à cinq	19	16.80%	43	22.30%
De 6-8	4	3.50%	7	3.60%
De 9-11	0	0.00%	1	0.50%
De 12-14	0	0.00%	0	0.00%
15 et plus	1	0.90%	1	0.50%
Total	113	100%	193	100%

**Question 19 : Connaissez-vous le résultat de votre dernier test ?**

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui, séronegatif	94	81.70%	175	76.40%
<b>Oui, séropositif</b>	<b>13</b>	<b>11.30%</b>	0	0.00%
Non, vous n'avez pas encore les résultats	2	1.80%	35	15.30%
Non, vous n'avez pas souhaité connaître le résultat	0	0.00%	4	1.70%
Vous ne savez pas	6	5.20%	15	6.60%
Total	115	100%	229	100%

- Concernant le résultat du test du dépistage, on note que 11.30% des consultants au Dimmagay savent déjà qu'ils sont séropositifs, au lieu de 0% pour le CDAG.

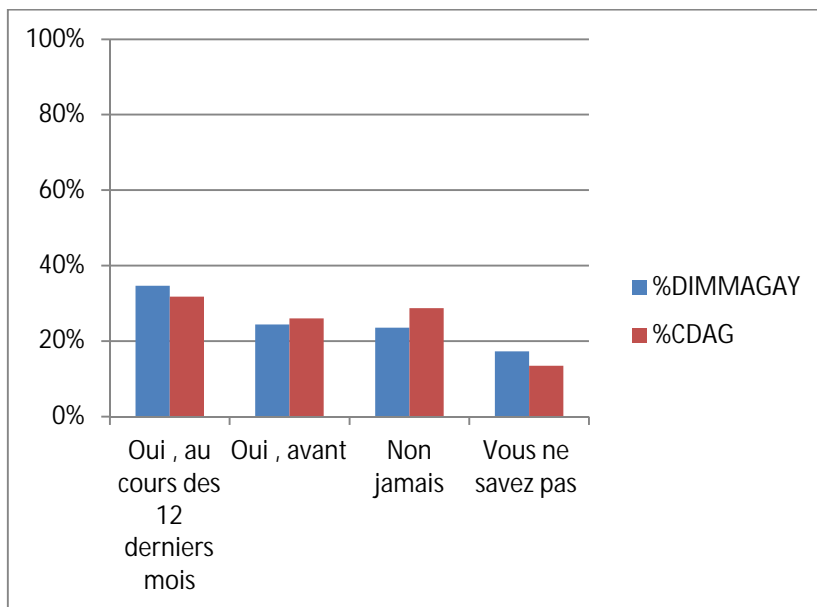
**Question 20 : Pour quelles raisons principales faites-vous ce test aujourd'hui ?**

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Problème de sante, IST	9	7.00%	16	6.00%
<b>Vous avez eu des RS non protégés</b>	<b>55</b>	<b>42.00%</b>	<b>104</b>	<b>39.00%</b>
Vous voulez avoir des RS non protégés	19	14.60%	66	24.70%
Changement du partenaire	24	18.50%	66	24.70%
<b>Vous vérifiez souvent votre sérologie</b>	<b>56</b>	<b>43.30%</b>	<b>69</b>	<b>26.00%</b>
Suite a des violences sexuelles ou rapports non consentis	0	0.00%	1	0.40%
RS payants	0	0.00%	2	0.80%
Total	163		324	

- Pour les deux populations étudiées, les deux motifs principaux du test de dépistage sont la pratique des RS non protégés et la vérification systématique de leur statut sérologique.

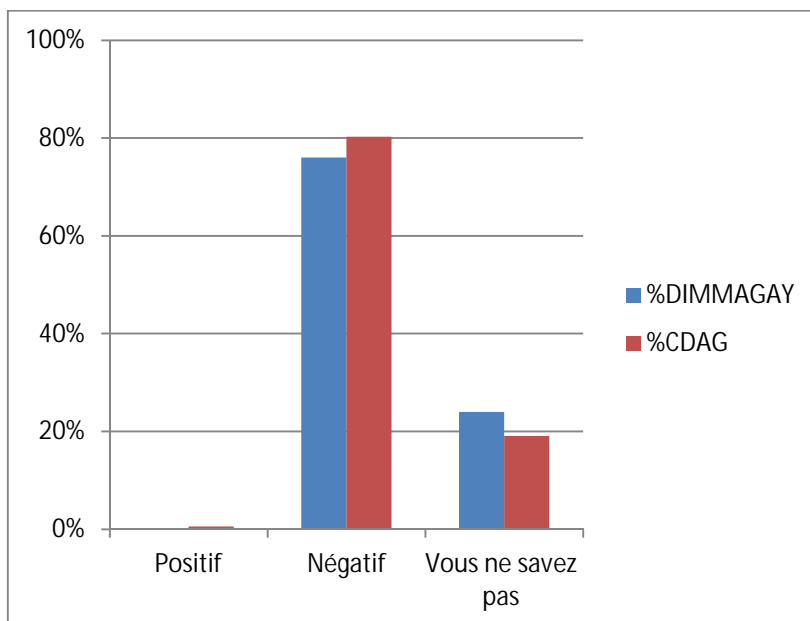
**6-1-6 : Dépistage des autres IST**

**Question 22 : Avez-vous déjà fait un test de dépistage pour l'hépatite C ?**



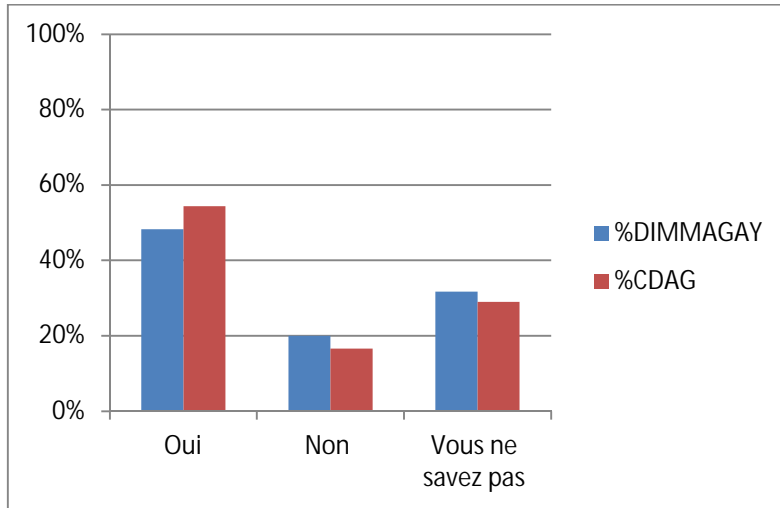
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui, au cours des 12 derniers mois	44	34.70%	82	31.80%
Oui, avant	31	24.40%	67	26.00%
Non jamais	30	23.60%	74	28.70%
Vous ne savez pas	22	17.30%	35	13.50%
Total	127	100%	258	100%

- Si oui, quel est le résultat ?



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Positif	0	0.00%	1	0.60%
Négatif	73	76.00%	143	80.30%
Vous ne savez pas	23	24.00%	34	19.10%
Total	96	100%	178	100%

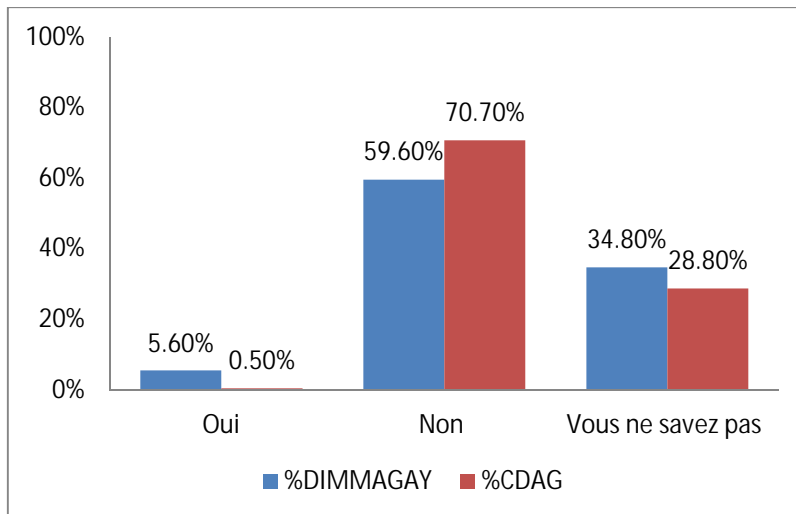
**Question 23 : Vous êtes vacciné contre l'hépatite B ?**



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	58	48.30%	141	54.40%
Non	24	20.00%	43	16.60%
Vous ne savez pas	38	31.70%	75	29.00%
Total	120	100%	259	100%

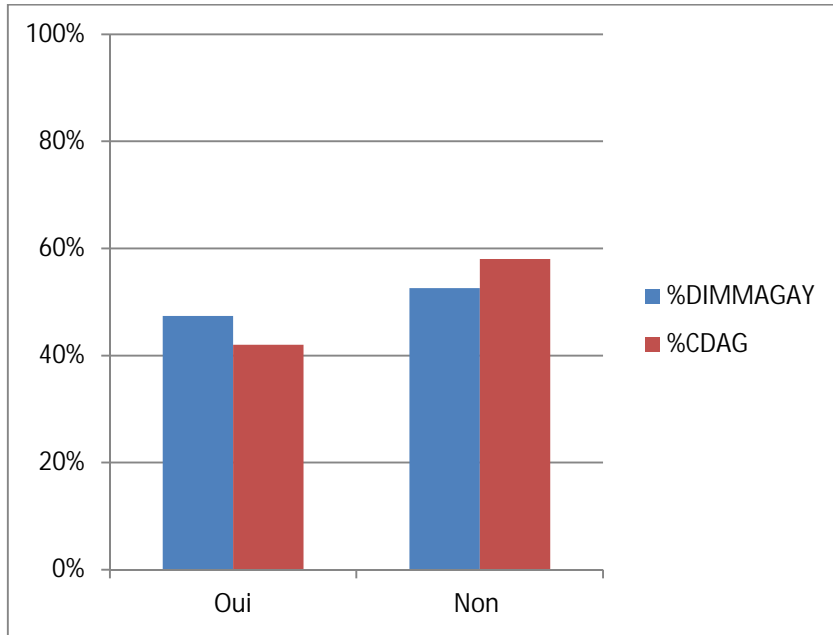
- A propos de l'hépatite B, le taux des patients vaccinés est plus élevé pour le CDAG (54.40% versus 48.30%).

- Vous avez une hépatite B chronique ?



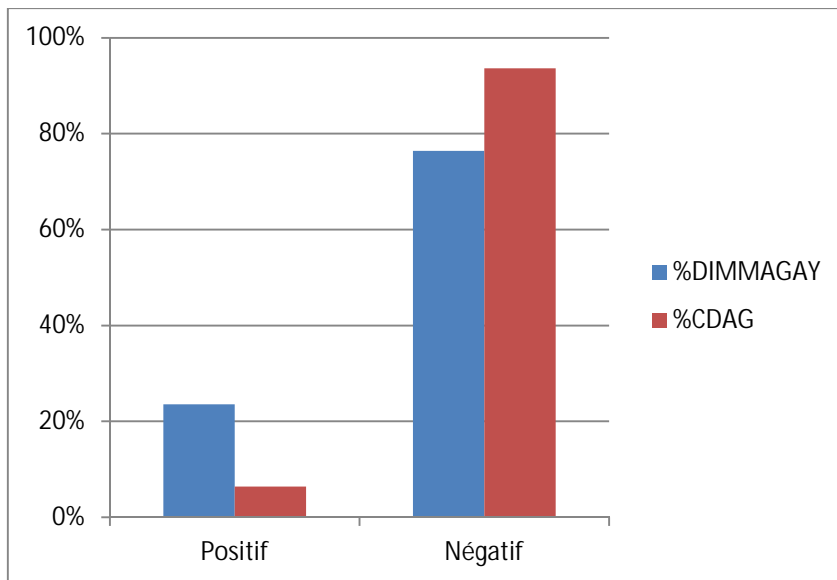
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	5	5.60%	1	0.50%
Non	53	59.60%	147	70.70%
Vous ne savez pas	31	34.80%	60	28.80%
Total	89	100%	208	100%

**Question 24 : Ces 12 derniers mois, avez-vous fait un test de dépistage de la syphilis ?**



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Oui	55	47%	101	42.00%
Non	61	53%	140	58.00%
Total	116	100%	241	100%

**Question 25 : Quel est le résultat de ce dépistage syphilis ?**



	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Positif	13	23.60%	6	6.40%
Négatif	42	76.40%	88	93.60%
Total	55	100%	94	100%

- Au sujet du dépistage combiné VIH- IST, un peu plus de 30% des consultants (34.70% pour le Dimmagay et 31.80% pour le CDAG) ont également fait un test de dépistage pour l'hépatite C récemment. Les chiffres sont légèrement plus élevés pour la syphilis, avec un taux de 47% pour le

Dimmagay et 42% pour le CDAG. 23.60% des consultants au Dimmagay ont eu un dépistage de la syphilis positif, au lieu de 6.40% pour le CDAG.

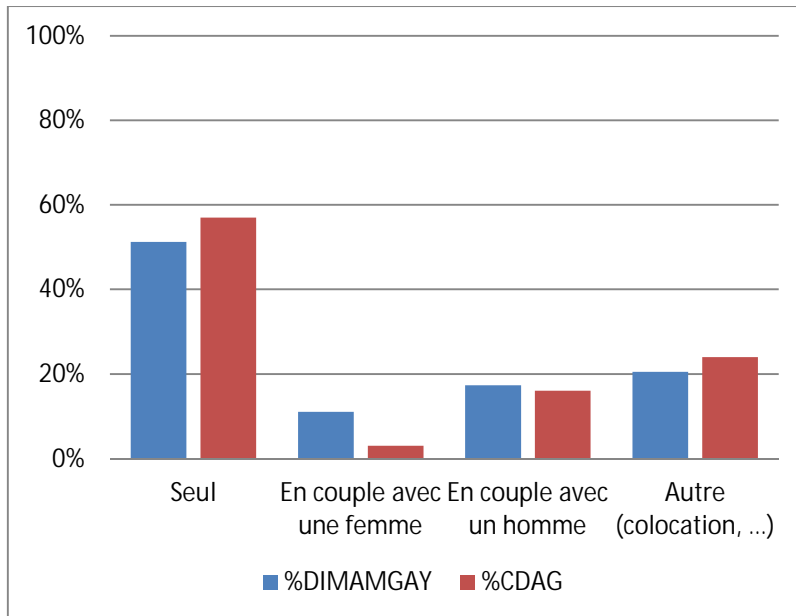
**Question 26 :** Ces 12 derniers mois, avez-vous eu l'une des IST suivantes ?

	DIMMAGAY	CDAG
	Nb	Nb
Gonococcie	3	6
LGV (rectale ou génitale)	0	0
Condylomes	5	4

- Sur la population des HSH étudiée, on note également les ATCD d'IST comme le gonocoque et les condylomes, pour les deux groupes.

### 6-1-7 : Profil social

**Question 27 :** Vous habitez :



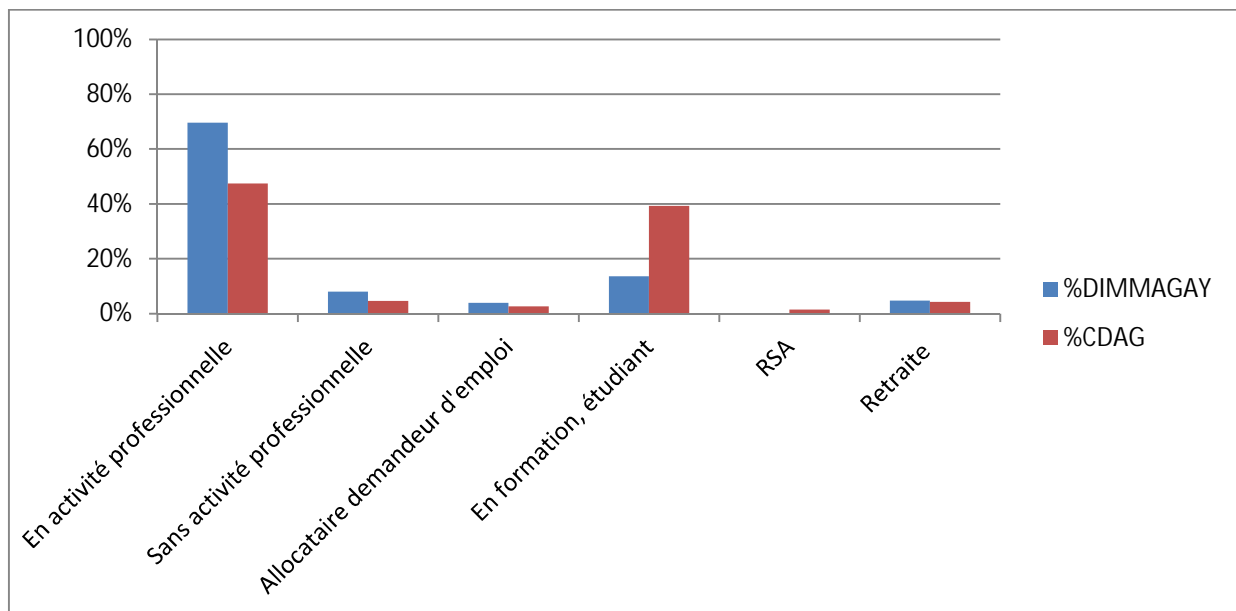
	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Seul	65	51.20%	149	57.00%
En couple avec une femme	14	11.00%	8	3.00%
En couple avec un homme	22	17.30%	42	16.00%
Autre (colocation, ...)	26	20.50%	63	24.00%
Total	127	100%	262	100%

**Question 28 : Quel est votre niveau d'études ?**

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Primaire	1	0.80%	0	0.00%
Collège, lycée, CAP, BEP	26	20.50%	51	19.60%
Baccalauréat	18	14.20%	41	15.80%
1er cycle universitaire, BTS	29	22.80%	74	28.50%
2eme cycle universitaire	30	23.60%	50	19.20%
3eme cycle ou Grandes écoles	23	18.10%	44	16.90%
Total	127	100%	260	100%

**Question 29 : Quelle est votre situation actuelle ?**

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
En activité professionnelle	87	69.60%	122	47.50%
Sans activité professionnelle	10	8%	12	4.70%
Allocataire demandeur d'emploi	5	4%	7	2.70%
En formation, étudiant	17	13.60%	101	39.30%
RSA	0	0%	4	1.50%
Retraite	6	4.80%	11	4.30%
Total	125	100%	257	100%



**Question 30 : Votre couverture sociale actuelle :**

	DIMMAGAY		CDAG	
	Nb	%	Nb	%
Sécurité sociale avec mutuelle	107	84.90%	227	88%
Sécurité sociale sans mutuelle	5	4%	15	5.80%
En tant qu'ayant droit	1	0.80%	2	0.80%
CMU	5	4%	7	2.70%
AME	0	0%	0	0%
Aucune couverture sociale	1	0.80%	0	0%
Ne sait pas	7	5.50%	7	2.70%
Total	126	100%	258	100%

- Concernant le profil socioprofessionnel des participants, pour les deux groupes étudiés, il s'agit plutôt des hommes célibataires, majoritairement diplômés (1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> cycle universitaire), en activité professionnelle, avec une bonne couverture sociale.

**6-2 : Le retour dans le dispositif**

- Nombre de retour dans le dispositif DIMMAGAY = 77.
- Nombre de retour dans le dispositif CDAG = 68.

- On note un retour plus important dans le milieu associatif, chose qui prouve l'attractivité de ce dispositif chez la population HSH.

**6-3 : Nombre total des IST dépistées – Proportion de séropositifs retrouvés**

	DIMMAGAY	CDAG
	Nb - Proportion	Nb - Proportion
Découverte VIH positif	3 (2.3%)	3 (1.1%)
Découverte VHC positif	2 (1.5%)	0 (0%)
Découverte syphilis positif	11 (8.5%)	14 (5.2%)
Nombre total de personnes dépistées	130	267



- Finalement, on constate qu'au sein du dispositif DIMMAGAY la proportion de VIH et d'autres IST dépistées est plus élevée par rapport au CDAG.

#### **6-4 : Questionnaire de satisfaction**

Questionnaire de satisfaction rempli au dispositif DIMMAGAY :

Note pour l'ensemble de la consultation	9.2
Accueil associatif	9.4
Test de dépistage rapide	9.2
Entretien associatif	9.5
Entretien médical	9.4
Conseillerez-vous à un ami d'y venir ?	100% OUI
Pensez-vous revenir ?	2 réponses non

- Selon les résultats du questionnaire de satisfaction, on voit une attractivité importante du dispositif DIMMAGAY pour la population HSH dijonnaise.

#### **6-5 : Résumé des résultats**

Lorsqu'on compare les deux groupes (DIMMAGAY versus CDAG), la répartition des réponses diffère significativement si  $p < 0.05$ . Le résultat du test a été déclaré « statistiquement significatif » pour les questions suivantes :

##### **Question 1 : $p=0.000$**

On note que seulement 1.50% des consultants ont eu connaissance du dispositif DIMMAGAY par un médecin, suggérant que les médecins généralistes ne promeuvent pas suffisamment cette structure.

##### **Question 1bis : $p=0.000$**

L'attractivité du TROD est reconnue parmi la population HSH, vu que la majorité des consultants (62.50% pour le DIMMAGAY et 51.70% pour le CDAG) sont attirés par le fait de repartir avec le résultat du dépistage du VIH par un test rapide.

**Question 6 : p=0.000**

Concernant le nombre des partenaires occasionnels les derniers 12 mois, on note que les consultants du Dimmagay sont plus souvent des multipartenaires : 23.60% ont eu plus de 10 partenaires versus 11.40% pour les consultants du CDAG.

**Question 8 : p=0.015**

En ce qui concerne les pratiques sexuels avec des partenaires stables, 24.40% des consultants du Dimmagay décrivent toujours des pénétrations anales actives sans préservatif, au lieu de 16.80% pour les consultants du CDAG.

**Question 11 : p=0.000**

Au cours de 12 derniers mois, 17% des HSH vus au Dimmagay ont signalé avoir eu un partenaire séropositif, au lieu de 4% pour les HSH vus au CDAG.

**Question 12 : p=0.015**

Plusieurs pénétrations anales sans préservatif, pendant les derniers 12 mois, avec un partenaire de statut sérologique (pour le VIH) différent ou inconnu, ont été déclarées par 18.50% des consultants du Dimmagay, versus 8.20% pour le CDAG.

**Question 15 : p=0.011**

Plus que la moitié des HSH (52.40%) vus au Dimmagay ont consommé de l'alcool, des drogues ou du Popper avant ou après leurs rapports sexuels, au lieu de 36.70% pour le CDAG. La consommation des

drogues au moment des rapports sexuels, avec des partenaires occasionnels, est considérée comme un facteur de risque supplémentaire.

**Question 27 : p=0.014**

**Question 29 : p=0.000**

Concernant le profil socioprofessionnel des participants, pour les deux groupes étudiés, il s'agit plutôt des hommes célibataires et en activité professionnelle.

Les résultats précédents nous permettent de « créer un profil » du consultant au DIMMAGAY : *il s'agit plutôt d'un jeune homme célibataire, en activité professionnelle, avec plusieurs partenaires occasionnels, qui présente des pratiques sexuelles à risque : pénétrations anales non protégées, partenaires séropositifs, pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu, consommation de l'alcool, des drogues, du Popper avant ou après les rapports sexuels.*

Il est, également, intéressant de souligner un retour plus important dans le milieu associatif que dans la « structure traditionnelle », prouvant l'attractivité du dispositif DIMMAGAY chez la population HSH. Pendant la période étudiée, 77 personnes sont retournées au sein de Dimmagay versus 68 pour le CDAG.

## **7- DISCUSSION**

L'étude des résultats de deux dispositifs de dépistage nous donne plusieurs informations intéressantes concernant le profil social, le mode de vie, la sexualité et le niveau des risques de la population fréquentant ces deux structures, ainsi que le dépistage combiné des IST, le nombre total des IST dépisté, le retour dans le dispositif et le niveau de satisfaction des consultants.

Globalement, on constate que les HSH ayant recours au dépistage dans une structure associative, « non traditionnelle » comme le Dimmagay, prennent plus de risques (personnes multipartenaires,

pratiques sexuelles non protégées, plusieurs partenaires occasionnels, partenaires séropositifs, utilisation des drogues et / ou de l'alcool pendant les rapports sexuels, non vaccinés contre l'hépatite B, ATCD de syphilis.)

On note, également, une proportion supérieure de séropositifs retrouvés au sein du dispositif DIMMAGAY.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que malgré les comportements sexuels à risque, les consultants de DIMMAGAY présentent un recours au dépistage VIH récent plus important.

On voit, donc, que cette structure associative occupe une place importante dans la démarche volontaire de dépistage, chez la population HSH de Dijon. Il s'agit d'un dispositif de dépistage du VIH et des IST, en complément des structures existantes, attractif et adapté aux besoins et au mode de vie de cette population à risque. Son rôle est de contribuer à réduire la proportion d'infections à VIH non diagnostiquées et le nombre de découvertes tardives, assurer un dépistage rapide assorti de son résultat pour éviter les résultats non réclamés et proposer un counseling pré-et post-test, en adaptant le message et les outils de prévention aux pratiques sexuelles du public accueilli. Parallèlement, offrir aux consultants confirmés séropositifs des services de soutien et de conseil et assurer une orientation adaptée pour qu'ils s'inscrivent dans une démarche de suivi médical.

Concernant le dépistage du VIH en Bourgogne, selon le Bulletin de veille sanitaire du janvier 2016, le nombre de sérologies VIH est stable et l'un des plus bas en France (58 sérologies par 1000 habitants en 2014). (70). L'élargissement, donc, du dépistage pour réduire la part des non diagnostiqués et des diagnostics tardifs semble crucial.

La promotion d'un dépistage combiné VIH-IST dans un dispositif médicalisé, délocalisé dans une structure communautaire, comme le DIMMAGAY, semble une alternative intéressante, selon les résultats de notre étude. La possibilité de repartir avec le résultat du TROD, ainsi que l'opportunité de parler avec un pair associatif est assez attirante pour la population HSH, qui ne fréquente pas suffisamment les

dispositifs de dépistage « traditionnels ». Une structure alternative décentralisée semble mieux répondre aux besoins de cette population cible.

Par ailleurs, on note une faible exhaustivité de la DO VIH en Bourgogne en 2013, qui permet d'obtenir des résultats moins précis (70). C'est pourquoi, pour pouvoir disposer de résultats fiables, notamment à l'échelle des régions et des départements, il faut souligner l'importance pour les cliniciens de compléter et retourner toute déclaration VIH, même s'ils ne disposent pas de l'ensemble des informations, et pour les biologistes, de participer à la surveillance virologique.

Sur le plan national, malgré le fait que le nombre de découvertes de séropositivité à VIH reste stable depuis 2007, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue d'augmenter chez les HSH, même chez les plus jeunes, incitant à cibler cette population dans les campagnes de prévention (8). En plus, les diagnostics tardifs concernent encore un HSH sur 6 et un hétérosexuel sur 3, soulignant la nécessité de poursuivre les efforts. D'autant plus que la progression des autres IST depuis plusieurs années, notamment des syphilis récentes et des infections à gonocoques, et l'augmentation des comportements sexuels à risque observée dans l'enquête Presse Gays et lesbiennes 2011 (11), indiquent un relâchement de la prévention chez les HSH.

Pour cette population vulnérable, il est important de mobiliser l'ensemble des méthodes de prévention dans une logique de prévention combinée : le préservatif, le dépistage régulier (VIH + IST), en s'aidant des TROD et autotests VIH ainsi que les antirétroviraux à titre prophylactique. La lutte contre la stigmatisation de cette population insuffisamment dépistée est, également, considérée primordiale.

L'accent du dispositif de dépistage a été placé sur l'importance du volontariat et de la responsabilisation individuelle ainsi que sur la nécessité d'un consentement éclairé clairement exprimé et le respect de la confidentialité. Par ailleurs, le principe de gratuité et la possibilité de l'anonymat doit favoriser l'accès au dépistage, notamment pour les populations les plus vulnérables et exposées.

Le médecin généraliste, comme premier intervenant dans le parcours des soins, joue un rôle crucial dans la sensibilisation des patients sur le dépistage des IST. Il ne faut pas négliger de proposer à tous les patients entre 15-70 ans, un dépistage de l'infection par le VIH, hors notion des situations à risque accru, afin de connaître leur statut sérologique, selon les recommandations de la HAS de 2009 (19). C'est l'occasion d'aborder le sujet de la prévention des IST, la sexualité, la contraception, les drogues, le tabac, la vaccination, surtout quand il s'agit des patients jeunes. De plus, le médecin généraliste doit être alarmé concernant la fréquence de dépistage chez certaines populations à risque, comme les HSH. Si on estime qu'un patient est réticent et qu'il ne souhaite pas détailler ses pratiques sexuelles, on a également l'opportunité de lui proposer l'Autotest VIH qui est en vente libre en pharmacie.

Selon les résultats de notre étude, pour la population HSH dijonnaise, le médecin traitant est invité à orienter ses patients vers une structure adaptée et efficace, comme le DIMMAGAY, pour un dépistage combiné.

Par ailleurs, afin de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque, comme la population HSH, le développement de l'utilisation des TDR en cabinets de médecine générale devrait être promu.

Dans le cadre de l'élargissement de l'offre de dépistage, le développement du rôle des structures associatives devrait être envisagé, sur le modèle des expériences développées aux USA et dans certains pays européens. Les structures associatives ne devraient pas être considérées comme en concurrence avec les dispositifs dédiés existants, mais plutôt comme les relais de réponses spécifiques visant à atteindre une population qui ne se fait pas suffisamment dépister.

Le counselling, défini comme une information-conseil personnalisé, fait partie intégrante de la démarche de dépistage de l'infection par le VIH depuis 1987 (19). Il s'agit de favoriser la proposition de dépistage, accompagner le patient afin de réduire l'impact traumatique de l'annonce éventuelle d'une séropositivité ainsi qu'offrir une promesse thérapeutique forte de l'infection par le VIH. Il comporte,

également, l'aide au changement, visant à la modification des pratiques sexuelles ou à la réduction des risques.

Le counselling dans le cadre d'une structure associative présente a priori un haut degré de pertinence dans la démarche de dépistage car il est réalisé par un pair. Il apparaît, donc, plus facile d'instaurer un climat de confiance et d'assurer le soutien et l'accompagnement du consultant.

En conclusion, devant la persistance d'un retard au dépistage affectant de façon plus particulière certains groupes de population ne se considérant pas comme « à risque », et parce que l'épidémie d'infection par le VIH continue d'atteindre plus particulièrement la population HSH, une stratégie de dépistage renforcée devrait être promue par tous les acteurs du système de santé.

En Bourgogne, où l'activité globale de dépistage du VIH paraît insuffisante, une structure associative comme le DIMMAGAY devrait occuper une place primordiale, afin d'assurer les actions de prévention de cette population qui n'a pas un accès suffisant au dépistage. Les médecins généralistes sont invités à orienter leurs patients HSH vers ce dispositif efficace, qui répond mieux aux besoins de cette population vulnérable.

## **8- INTERET POUR LE MEDECIN GENERALISTE**

Le constat de la persistance d'un retard au dépistage, affectant certains groupes de la population, conduit à la nécessité de développer le rôle de certains dispositifs non dédiés, dans le cadre de la démarche volontaire de dépistage. C'est là où s'impose le rôle crucial du médecin généraliste, comme premier intervenant au parcours des soins.

Concernant le dépistage du VIH et des autres IST et la prise en charge d'un patient séropositif, le médecin généraliste doit informer le patient sur les risques de transmission, insister sur la prévention des

IST, expliquer la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH, identifier les signes cliniques faisant évoquer une primo-infection par le VIH, identifier les groupes à risques et proposer un dépistage adapté selon le cas, annoncer le diagnostic, effectuer la demande d'ALD (No7), s'assurer de l'observance du traitement, repérer les interactions médicamenteuses, prendre contact rapidement avec un médecin spécialiste en cas d'effet indésirable lié au traitement, établir une relation de confiance, d'empathie et de respect et garantir l'accompagnement psychologique du patient et de son entourage. (64)

En plus, une autre piste d'évolution, concerne le développement de l'utilisation des TDR en cabinets de médecine générale, afin de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque.

La prescription d'un bilan de dépistage d'IST est, également, l'occasion d'aborder le sujet de la prévention, la sexualité, la contraception, les drogues, le tabac, la vaccination, surtout quand il s'agit des patients jeunes.

*Ce travail a, donc, comme objectif de sensibiliser les médecins généralistes sur l'importance du dépistage du VIH et des IST et d'insister sur l'existence des dispositifs dédiés, afin d'élargir l'offre de dépistage, notamment en direction des populations les plus exposées. Selon les résultats de cette étude, le dispositif DIMMAGAY est une structure associative bien adaptée à des HSH, une population cible.*



# UNIVERSITE DE BOURGOGNE

## THESE SOUTENUE PAR MADAME ANDRIANAKOU GEORGIA

### CONCLUSIONS

Même si le nombre de découvertes de séropositivité à VIH est stable depuis 2007, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue d'augmenter chez les HSH, même chez les plus jeunes. Parallèlement, on constate la progression des autres IST (syphilis récentes, infections à gonocoques et lymphogranulomatoses vénériennes) chez les HSH. En outre, la tendance à une plus grande précocité des diagnostics sur les années récentes ne se poursuit pas en 2014.

Devant le constat d'un recours au dépistage VIH – IST insuffisant chez la population HSH, surtout en Bourgogne, notre étude a comme objectif principal la description et comparaison, sur une période de 2 ans, de deux stratégies de dépistage du VIH et des autres IST pour la population HSH à Dijon. Les deux stratégies à comparer sont le CDAG/CIDDIST existant par rapport au dispositif DIMMAGAY.

L'hypothèse de cette étude repose sur le fait qu'un dispositif de dépistage médicalisé, délocalisé dans une structure communautaire, associé à un counselling par un pair, en direction exclusive des HSH, est plus attirant qu'un dispositif de dépistage traditionnel, pour cette population vulnérable.

Selon les résultats de notre étude, concernant le profil socioprofessionnel des participants, pour les deux groupes étudiés, il s'agit plutôt des hommes célibataires, en activité professionnelle.

On note que seulement 1.50% des consultants ont eu connaissance de DIMMAGAY par un médecin. Il semble, donc, important de renforcer la formation des médecins généralistes pour mieux repérer les situations à risque de transmission, en les encourageant à aborder aisément le sujet de la sexualité avec leurs patients et à les orienter vers un centre de dépistage adapté.


Dans l'ensemble, l'attractivité du TROD est reconnue parmi la population HSH dijonnaise, vu que la majorité des consultants (62.50% pour le DIMMAGAY et 51.70% pour le CDAG) sont attirés par le fait de repartir avec le résultat du dépistage du VIH par un test rapide.

Globalement, on constate que les HSH ayant recours au dépistage dans une structure associative, « non traditionnelle » comme le DIMMAGAY, prennent plus de risques (personnes multipartenaires, pratiques sexuels non protégés, plusieurs partenaires occasionnels, partenaires séropositifs, utilisation des drogues et / ou de l'alcool pendant les rapports sexuels).

Par ailleurs, il est intéressant de souligner un retour plus important dans le milieu associatif que dans la « structure traditionnelle », prouvant l'attractivité du dispositif DIMMAGAY chez la population HSH dijonnaise. Pendant la période étudiée, 77 personnes sont retournées au sein du dispositif DIMMAGAY versus 68 pour le CDAG. En outre, cette attractivité importante est également démontrée en tenant compte les résultats du questionnaire de satisfaction.

Enfin, on note une proportion supérieure de séropositifs dépistés au sein du dispositif DIMMAGAY avec un taux de 2.3%, versus 1.1% pour le CDAG. Pareil pour la découverte de l'hépatite C et syphilis.

Le Président du jury,



Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 23 MARS 2017  
Le Doyen



Pr. F.HUET

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) CDC. MMWR. Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles. Juin 1981. Disponible en ligne : [https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june\\_5.htm](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm)
- (2) Institut Pasteur. La recherche sur le VIH/sida à l'Institut Pasteur. 2013. Disponible en ligne : <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/espace-presse/documents-presse/la-recherche-sur-le-vihsida-l-institut-pasteur/2008-deux-prix-nobel-pour-la-decouverte-du-virus-du-sida>
- (3) Science. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. Nuno R. Faria, Andrew Rambaut, Marc A. Suchard, Guy Baele, Trevor Bedford, Melissa J. Ward, Andrew J. Tatem, João D. Sousa, Nimalan Arinaminpathy, Jacques Pépin, David Posada, Martine Peeters, Oliver G. Pybus, Philippe Lemey. Octobre 2014. Disponible en ligne : <http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56>
- (4) United nations. Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015. Disponible en ligne : [http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport\\_2015.pdf](http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf)
- (5) Un aids. Le sida en chiffres 2015. 2015. Disponible en ligne : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_fr.pdf)
- (6) OMS. VIH/sida. Juillet 2016. Disponible en ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
- (7) ONUSIDA. Statistiques mondiales 2015. 2016. Disponible en ligne : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf)
- (8) InVS. Infection par le VIH/SIDA et les IST. Point épidémiologique. 2015. Disponible en ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>
- (9) CRIPS. La situation du VIH en 2015. Mars 2015. Disponible en ligne : [http://education-sante-ra.org/publications/2015/fiche\\_pratique\\_crips\\_13.pdf](http://education-sante-ra.org/publications/2015/fiche_pratique_crips_13.pdf)
- (10) COREVIH Bourgogne. Données épidémiologiques 2014. Novembre 2015. Disponible en ligne : [http://www.docvadis.fr/corevihbourgogne/document/corevihbourgogne/rapport\\_epidemiologique\\_vih\\_bourgogne\\_2014/fr/metadata/files/0/file/Corevih%20de%20Bourgogne%20-%20Rapport%20%C3%A9pid%20miologique%202014.pdf](http://www.docvadis.fr/corevihbourgogne/document/corevihbourgogne/rapport_epidemiologique_vih_bourgogne_2014/fr/metadata/files/0/file/Corevih%20de%20Bourgogne%20-%20Rapport%20%C3%A9pid%20miologique%202014.pdf)
- (11) InVS. Enquête PRESSE GAYS ET LESBIENNES 2011. Disponible en ligne : [http://invs.santepubliquefrance.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL\\_ReunionAssos\\_2012.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL_ReunionAssos_2012.pdf)
- (12) ENIPSE. PREVAGAY, la recherche vient là où vous êtes. Septembre 2015. Disponible en ligne : <http://www.enipse.fr/2015/09/prevagay-2015-la-recherche-vient-la-ou-vous-etes/>
- (13) Ipergay. Bilan des enquêtes qualitatives dans IPERGAY. Aout 2016. Disponible en ligne : <http://www.ipergay.fr/images/bilan.entretiens.ipergay.pdf>

- (14) NEJM. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. Jean-Michel Molina, M.D. December 2015. Disponible en ligne : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506273#t=article>
- (15) Legifrance.gouv. Arrêté du 7 juin 2016 fixant la liste des traitements préventifs assurés par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic. 10 juin 2016. Disponible en ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000032672994](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032672994)
- (16) Rapport Morlat. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. 2013. Disponible en ligne : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Morlat\\_2013\\_Mise\\_en\\_ligne.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf)
- (17) Rapport Morlat. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Actualisation 2014. Disponible en ligne : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/experts-vih\\_actualisations2014.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/experts-vih_actualisations2014.pdf)
- (18) InVS. La co-infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH : données de l'enquête ANRS-Vespa2. Perrine Roux, Baptiste Demoulin, Philippe Sogni, Patrizia Carrieri, Rosemary Dray-Spira, Bruno Spire, France Lert, Fabienne Marcellin et le groupe Vespa2. 2013. Disponible en ligne : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/27/pdf/2013\\_26-27\\_5.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/27/pdf/2013_26-27_5.pdf)
- (19) HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France.2009. Disponible en ligne : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_depistage\\_vih\\_HAS\\_2009-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_depistage_vih_HAS_2009-2.pdf)
- (20) HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France : dépistage en population générale et dépistage ciblé - Feuille de route. 2015. Disponible en ligne: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/feuille\\_de\\_route\\_vih\\_201503\\_2015-03-31\\_17-41-14\\_255.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/feuille_de_route_vih_201503_2015-03-31_17-41-14_255.pdf)
- (21) SFLS. Le depistage VIH. 2015. Disponible en ligne : <http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/pdf/2014/depistage-vih-pre-et-post-test-2014-2015.pdf>
- (22) HAS. Autotests de dépistage de l'infection par le VIH. Mars 2015. Disponible en ligne : <http://www.automesure.com/library/pdf/auto-vih-QR-has.pdf>
- (23) Sidaction. Lutte contre le sida : quel état des lieux? Avril 2015. Disponible en ligne : <https://www.sidaction.org/sites/default/files/t77.pdf>
- (24) ANRS. Epidémie cachée : la majorité des personnes ignorant leur séropositivité devrait être sous traitement. Avril 2013. Disponible en ligne : [http://www.anrs.fr/content/download/4583/25796/file/CP\\_24\\_avril\\_2013\\_Epidemie\\_cachee.pdf](http://www.anrs.fr/content/download/4583/25796/file/CP_24_avril_2013_Epidemie_cachee.pdf)
- (25) ANRS. Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011. Disponible en ligne : [https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj34qq9gbHPAhWDwxQKHQYIBDAQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anrs.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F5016%2F27855%2Ffile%2FD%25C3%25A9pistage%2520de%2520l%27infection%2520VIH%2520en%2520France%25202009-2011.pdf&usq=AFQjCNHAbzJxwP\\_rZX6-zmfPqdvY28RMqw](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj34qq9gbHPAhWDwxQKHQYIBDAQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anrs.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F5016%2F27855%2Ffile%2FD%25C3%25A9pistage%2520de%2520l%27infection%2520VIH%2520en%2520France%25202009-2011.pdf&usq=AFQjCNHAbzJxwP_rZX6-zmfPqdvY28RMqw)

- (26) Antiviral therapy. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, Costagliola D, ANRS C004 French Hospital Database on HIV Clinical Epidemiological Group. 2007;12:89-96. Disponible en ligne : <https://www.intmedpress.com/serveFile.cfm?sUID=2b566d46-898b-4495-817d-eda696335d6b>
- (27) CRIPS. La prévention du VIH et des IST chez les jeunes. Février 2016. Disponible en ligne : <http://paca.lecrips.net/spip.php?article386>
- (28) PLOS Pathogens. Post-treatment HIV-1 controllers with a long-term virological remission after the interruption of early initiated antiretroviral therapy ANRS VISCONTI Study. Sáez-Ciri3n A, Bacchus C, Hocqueloux L, Avettand-Fenoel V, Girault I, Lecuroux C, Potard V, Versmisse P, Melard A, Prazuck T, Descours B, Guernon J, Viard JP, Boufassa F, Lambotte O, Goujard C, Meyer L, Costagliola D, Venet A, Pancino G, Autran B, Rouzioux C; ANRS VISCONTI Study Group. 2013 Mar;9(3):e1003211. Disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23516360>
- (29) Prescrire. Autotest de d3pistage du HIV en officine. Informer et accompagner les utilisateurs. Revue Prescrire. 2015; 35(383):659.
- (30) AIDS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. 2006 Jun 26;20(10):1447-50. Disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16791020>
- (31) HAS. Autotests de d3pistage du VIH : Information 3 l'intention des professionnels de sant3 et des associations. Mars 2015. Disponible en ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/argumentaire\\_advih\\_201503.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/argumentaire_advih_201503.pdf)
- (32) Sante.gouv. Prise en charge m3dicale des personnes infect3es par le VIH – Rapport Yeni. 2006. Disponible en ligne : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_experts\\_2006.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_experts_2006.pdf)
- (33) CRIPS. Le d3pistage de l'infection 3 VIH. 2013. Disponible en ligne : [http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Depistage\\_VIH\\_sept2013.pdf](http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Depistage_VIH_sept2013.pdf)
- (34) ANRS. ANRS COM'TEST. 2008. Disponible en ligne : <http://www.lecrips.net/GED/73081.pdf>
- (35) BMJ. ANRS–COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. Karen Champenois, Jean-Marie Le Gall, C3dric Jacquemin, Sophie Jean, Cyril Martin, Laura Rios, Olivier Benoit, St3phanie Vermoesen, France Lert, Bruno Spire, Yazdan Yazdanpanah. BMJ Open, 2012, e000693, 7 p. Disponible en ligne : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000693.long>
- (36) ANRS. D3pistage du VIH : Lancement de la recherche ANRS DRAG'TEST. Mars 2010. Disponible en ligne : <https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjKovmg2LTPAhVJuRQKHQpKAwwQFggjMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.anrs.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F3231%2F18096%2Ffile%2FDRAG%2520DP25mars10-2.pdf&usq=AFQjCNEEfBFNAkFnMUJNARWBzQjoULSsdQ&bvm=bv.134052249,d.bGs>

- (37) PLOS. Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men: An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANRS-DRAG Study). Lorente N, Preau M, Vernay-Vaisse C, Mora M, Blanche J, et al. Plos One, 2013, vol.8, n°4, 7 p.  
Disponible en ligne : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0061225>
- (38) Legifrance.gouv. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). Disponible en ligne :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023093746&categorieLien=id>
- (39) CRIPS. Le test rapide de dépistage du VIH. Janvier 2016. Disponible en ligne :  
<http://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/decryptage-test-rapide-vih.htm>
- (40) CRIPS. Les TROD - tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH. 2013. Disponible en ligne : <http://paca.lecrips.net/spip.php?article378#part3>
- (41) PLOS. Sensitivity of Five Rapid HIV Tests on Oral Fluid or Finger-Stick Whole Blood: A Real-Time Comparison in a Healthcare Setting. 2010. Disponible en ligne :  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0011581>
- (42) JID. Detection of Acute HIV Infection: A Field Evaluation of the Determine® HIV-1/2 Ag/Ab Combo Test. ROSENBERG N E, KAMAMGA G, PHIRI S, et al. 2012, n°205, pp. 528-534.  
Disponible en ligne : <https://jid.oxfordjournals.org/content/205/4/528.full>
- (43) PLOS. Programmatic Evaluation of a Combined Antigen and Antibody Test for Rapid HIV Diagnosis in a Community and Sexual Health Clinic Screening Programme. TAEGTMEYER M, MACPHERSON P, JONES K, et al. 2011, vol.6, n°11, 5 p. Disponible en ligne:  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0028019>
- (44) SFLS. Diagnostic Virologique du VIH. 2013. Disponible en ligne :  
[http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/diaporamas/2013/trod-vih-s-fafi-kremer\\_sfls-2013.pdf](http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/diaporamas/2013/trod-vih-s-fafi-kremer_sfls-2013.pdf)
- (45) Sfdermato. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles. Février 2016. Disponible en ligne: [http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(1\).pdf](http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf)
- (46) InVS. Mesure de la couverture vaccinale en France : sources et données actuelles. 2012. Disponible en ligne: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2012/Mesure-de-la-couverture-vaccinale-en-France>
- (47) HAS. Dépistage de l'hépatite B : des tests rapides (TROD) pour toucher les populations éloignées du système de soins. Juillet 2016. Disponible en ligne: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2657573/fr/depistage-de-l-hepatite-b-des-tests-rapides-trod-pour-toucher-les-populations-eloignees-du-systeme-de-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2657573/fr/depistage-de-l-hepatite-b-des-tests-rapides-trod-pour-toucher-les-populations-eloignees-du-systeme-de-soins)
- (48) J Hepatol. Performance of rapid tests for detection of HBsAg and anti-HBsAb in a large cohort, France. Bottero J, Boyd A, Gozlan J et al. mars 2013; 58(3) : 473-478. Disponible en ligne:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23183527>

(49) HAS. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. 2014. Disponible en ligne: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place\\_des\\_trod\\_dans\\_la\\_strategie\\_de\\_depistage\\_de\\_vhc-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc-_rapport.pdf)

(50) SFLS. Actualités sur les infections sexuellement transmissibles. Octobre 2015. Disponible en ligne: <http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/pdf/2015/actualites-infections-sexuellement-transmissibles--sfls-01-octobre-201.pdf>

(51) ANSM. Contrôle du marché des tests rapides d'orientation diagnostique de la syphilis. Décembre 2015. Disponible en ligne: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/312edcae6bde10cadd654e6ecf12dde.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/312edcae6bde10cadd654e6ecf12dde.pdf)

(52) Médecine sciences. Les CDAG et la prise en charge de l'infection par le VIH. Elisabeth Bouvet et Stéphane Le Vu. 2004. vol. 20, n° 12, p. 1145-1148. Disponible en ligne: <https://www.erudit.org/revue/ms/2004/v20/n12/009878ar.pdf>

(53) InVS. Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du VIH. Disponible en ligne: [https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwisiZmG7LXPAhWCfhoKHUdVCBsQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Finvs.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F47325%2F206369%2Fversion%2F1%2Ffile%2Fcirc\\_090798.pdf&usg=AFQjCNG2GgIxoI22cKRoBrrAaoWG\\_1Y17g](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwisiZmG7LXPAhWCfhoKHUdVCBsQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Finvs.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F47325%2F206369%2Fversion%2F1%2Ffile%2Fcirc_090798.pdf&usg=AFQjCNG2GgIxoI22cKRoBrrAaoWG_1Y17g)

(54) Legifrance. LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. Disponible en ligne: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=12BE0419C0C2E16CB30B4B3E13691A41.tpdila15v\\_2?idArticle=LEGIARTI000029954549&cidTexte=LEGITEXT000029954521&dateTexte=20160930](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=12BE0419C0C2E16CB30B4B3E13691A41.tpdila15v_2?idArticle=LEGIARTI000029954549&cidTexte=LEGITEXT000029954521&dateTexte=20160930)

(55) BEH. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en France. Le Vu S, Herida M, Pillonel J, et al. 2004 ; 17 : 65-6. Disponible en ligne: [http://www.actupparis.org/IMG/pdf/BEH\\_17\\_2004.pdf](http://www.actupparis.org/IMG/pdf/BEH_17_2004.pdf)

(56) InVS. Dépistage du VIH : une augmentation du nombre de tests positifs dans une activité de dépistage importante et stable. François Bourdillon. 2014. Disponible en ligne: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/32-33/pdf/2014\\_32-33\\_0.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/32-33/pdf/2014_32-33_0.pdf)

(57) InVS. Activité de dépistage des Ac anti-VHC dans les CDAG France 2011-2014. Disponible en ligne: [invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatite-C/Surveillance-de-l-activite-de-depistage-de-l-hepatite-C/Consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-CDAG/Surveillance-de-l-activite-de-depistage-des-anticorps-diriges-contre-le-virus-de-l-hepatite-C-anti-VHC-dans-les-Consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-CDAG-France-2011-2014](http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatite-C/Surveillance-de-l-activite-de-depistage-de-l-hepatite-C/Consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-CDAG/Surveillance-de-l-activite-de-depistage-des-anticorps-diriges-contre-le-virus-de-l-hepatite-C-anti-VHC-dans-les-Consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-CDAG-France-2011-2014)

(58) Cigales. Disponible en ligne: [www.cigales-lgbt.org](http://www.cigales-lgbt.org)

(59) Sidaction. Disponible en ligne: <https://www.sidaction.org/programmes-france/dimmagay>

(60) CDC. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Dawn K. Smith, Lisa A. Grohskopf, Roberta J. Black, PhD et al. January 21, 2005 / 54(RR02);1-20. Disponible en ligne : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>

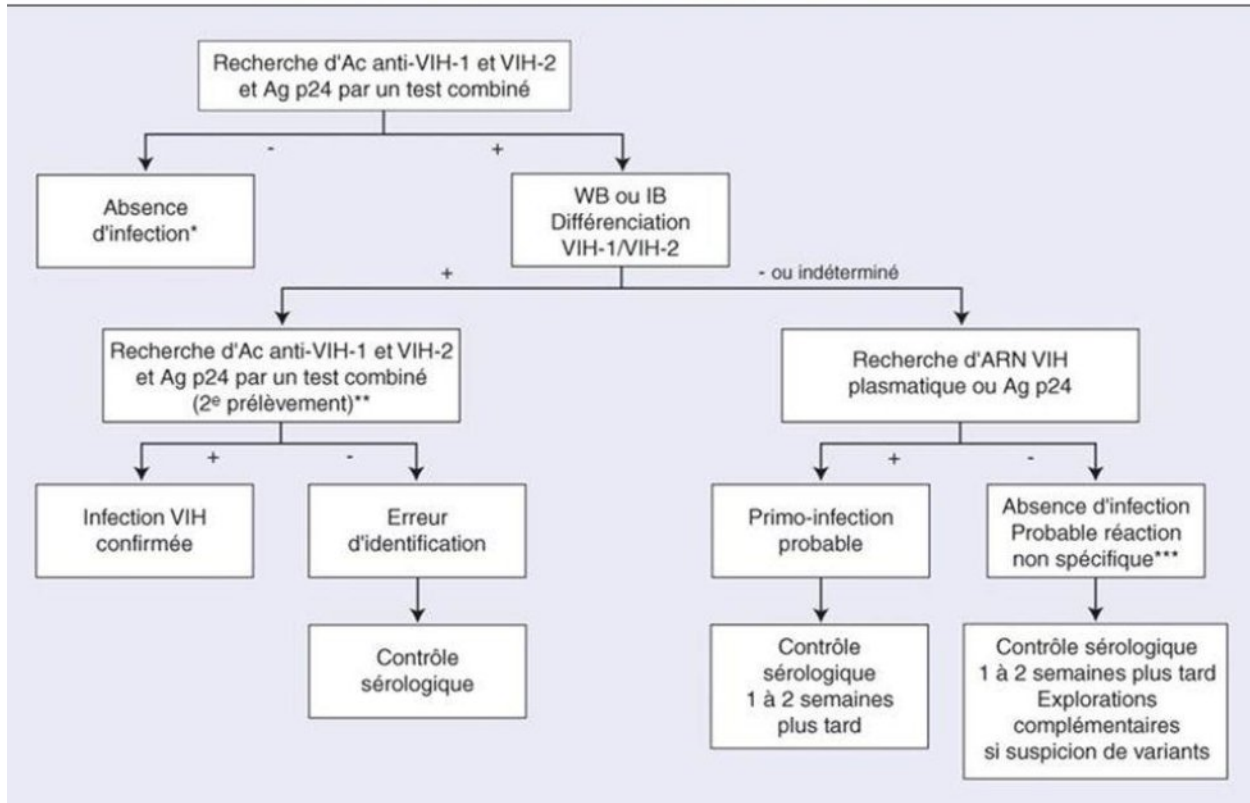
- (61) CATIE. Chiffrer les risques lors d'une exposition au VIH. 2012. James Wilton. Disponible en ligne : <http://www.catie.ca/fr/printpdf/pdm/ete-2012/chiffrer-les-risques-lors-dune-exposition-vih>
- (62) InVS. Transmission mère-enfant du VIH en France : l'impact majeur des stratégies de prévention – Résultats de l'Enquête périnatale française ANRS-EPF. Josiane Warszawski et al. BEH, 8 avril 2008 / n°14-15. Disponible en ligne : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2008/14\\_15/index.htm](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2008/14_15/index.htm)
- (63) GSS. Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention. Girard Gabriel. Presses Universitaires de Rennes, 2013. Disponible en ligne : <https://gss.revues.org/3167>
- (64) SPILF. Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 2009. Disponible en ligne : [http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/\\_documents/consensus/VIH\\_ville-court-2009.pdf](http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/VIH_ville-court-2009.pdf)
- (65) InVS. DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ VIH ET DE SIDA, FRANCE, 2003-2013. 2015. Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Yann Le Strat et al. Disponible en ligne : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/9-10/pdf/2015\\_9-10\\_1.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/9-10/pdf/2015_9-10_1.pdf)
- (66) UnAids. Le point sur l'épidémie du SIDA. 2007. Disponible en ligne : [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf)
- (67) AIDS. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: an expanding epidemic. Urbanus AT, van de Laar TJ, Stolte IG, Schinkel J et al. 2009. Jul 31;23(12):F1-7. Disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19542864>
- (68) Legifrance. Code de la sante publique. Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 , Article L355-23. Disponible en ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=25ADFB0B444D9525AF235859879EA646.tpdila17v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006692932&dateTexte=20161023&categorieLien=id#LEGIARTI000006692932](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=25ADFB0B444D9525AF235859879EA646.tpdila17v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006692932&dateTexte=20161023&categorieLien=id#LEGIARTI000006692932)
- (69) SidaSciences. La co-infection syphilis – VIH. 2012. Disponible en ligne : <http://sidasciences.inist.fr/?La-co-infection-syphilis-VIH>
- (70) InVS. Surveillance des IST (syphilis et gonococcies) et du VIH-Sida en Bourgogne. 2016. Disponible en ligne : [http://www.invs.sante.fr/content/download/122335/432569/version/27/file/bvs\\_bfc\\_01\\_2016.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/122335/432569/version/27/file/bvs_bfc_01_2016.pdf)
- (71) HCSP. Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus. 2016. Disponible en ligne : [http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20160219\\_recovaccinhphvhommes.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20160219_recovaccinhphvhommes.pdf)



## ANNEXES

Annexe 1 : Algorithme de dépistage de l'infection VIH.

### Algorithme de dépistage de l'infection VIH chez l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois



## Annexe 2 : Autotest de dépistage de l'infection VIH.

### SIDA | LES AUTOTESTS DISPONIBLES EN PHARMACIE

#### Quand ?

À partir du 15 septembre 2015.

#### Combien ça coûte ?

De 25 à 28 euros.

#### Pour qui ?

Délivrés sans ordonnance, un mineur peut en acheter seul.



#### Comment ça marche ?

- 1 Désinfecter le bout du doigt et piquer.
  - 2 Prélever la goutte de sang et placer l'échantillon dans le support (qui contient le produit révélateur d'anticorps).
  - 3 Attendre 15 min.
- Si le résultat est positif : 2 barres (+)
- Si le résultat est négatif : 1 barre (-)



#### Le test est-il fiable ?

Fiabilité : 99% si la contamination date de plus de 3 mois.

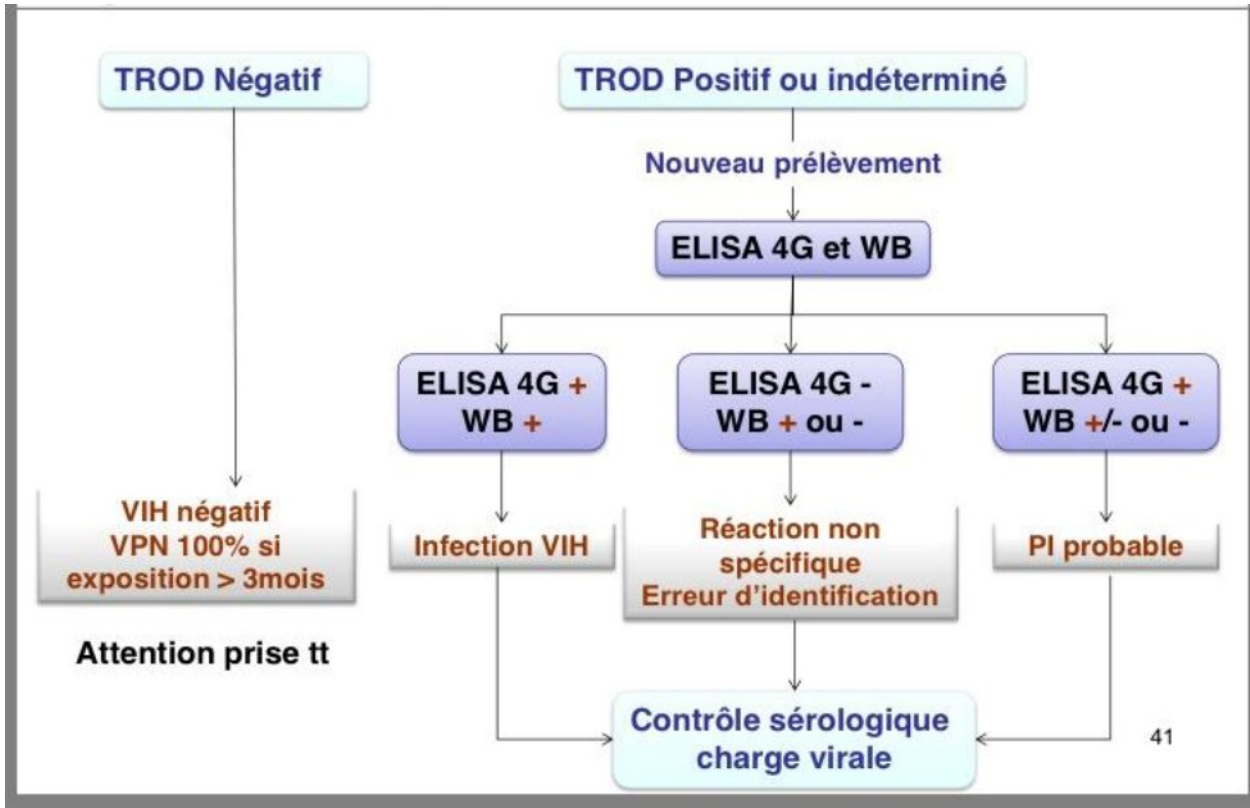
#### Que faire si le test est positif ?

Contactez son médecin et confirmez le test par une prise de sang en laboratoire.

Pour toute question :  
contacter **Sida Info Service** au **0800 840 800**.

**VISACTU**

Annexe 3 : Algorithme d'interprétation des TROD





# ETUDE DIMMAGAY



## FAISONS CONNAISSANCE

1. Comment avez-vous eu connaissance de Dimmagay ?

- Par un ami/une connaissance
- Par un médecin
- Par une campagne d'information
- Lors d'une activité de CIGaLes
- Autre, précisez : .....

ibis. Ce qui m'intéresse le plus ici aujourd'hui, c'est :

Une seule réponse possible

- De repartir avec le résultat du dépistage du VIH (test à lecture rapide)
- De venir faire un dépistage dans une association gay
- De pouvoir parler avec un volontaire associatif
- De faire un dépistage d'IST
- Autre à préciser, de : .....

2. Quelle est votre date de naissance ? \_\_ / \_\_ / 19 \_\_

3. Quel est votre département de résidence ? \_\_\_\_

*(Inscrivez 99 pour l'étranger, 97 pour les Dom/Tom)*

## MODE DE VIE

4. Vous vous définissez comme...

- Homosexuel
- Bisexuel
- Hétérosexuel

5. Ces 12 derniers mois, avez-vous fréquenté ces lieux ou sites gays ?

	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
Sites de rencontre sur internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieux de drague extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bachrooms, sex clubs, vidéoclubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bars ou clubs sans bachroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ces 12 derniers mois, combien avez-vous eu de partenaires sexuels masculins ?

6.1 Partenaire(s) stable(s) :

*(Si pas de partenaires stables, allez à la question 9.)*

- Aucun
- Un
- De 2 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 20
- De 21 à 50
- Plus de 50

6.2 Partenaire(s) occasionnel(s) :

- Aucun
- Un
- De 2 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 20
- De 21 à 50
- Plus de 50

## SEXUALITE AVEC VOS PARTENAIRES

7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation stable avec un ou (des)homme(s) ?  
 Oui  Non

*Si oui :*

8. Ces 12 derniers mois, quelles ont été vos pratiques avec vos partenaires stables masculins ?

Pénétration anale				
Pratiquée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
II OUI :	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Les pénétrer sans préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous faire pénétrer sans préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fellation				
Pratiquée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
II OUI :	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Fellation non protégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejaculation buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ces 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?  
 Oui  Non

*Si oui :*

10. Ces 12 derniers mois, quelles ont été vos pratiques avec vos partenaires occasionnels masculins ?

Pénétration anale				
Pratiquée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
II OUI :	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Les pénétrer sans préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous faire pénétrer sans préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fellation				
Pratiquée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
II OUI :	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Fellation non protégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejaculation buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, pratiques hard, précisez : .....

11. Au cours des douze derniers mois, avez vous eu un partenaire séropositif :  Oui  Non

*Si oui, s'agissait' il :*  Partenaire stable  Partenaire occasionnel

12. Ces 12 derniers mois, avez-vous pratiqué la pénétration anale sans préservatif avec un partenaire dont vous ne connaissiez pas le statut sérologique (pour le VIH) ou qui était d'un statut sérologique différent du votre ?

Oui, une fois  Oui, plusieurs fois  Non  Non concerné

13. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une relation stable avec une ou (des) femme(s) ?

Oui  Non

*Si oui,*

14. Avez-vous eu des rapports protégés avec cette(ces) partenaire(s) ?

Oui  Non  Irrégulièrement

15. Avez-vous consommé et/ou utilisé de l'alcool, des drogues, du Popper avant ou après vos rapports sexuels ?

Oui, fréquemment  Oui, occasionnellement  Non, jamais

## DEPISTAGE VIH

16. Avez-vous déjà fait un ou plusieurs tests de dépistage du VIH/sida ?

- Oui, au cours des 12 derniers mois
- Oui, avant
- Non, jamais

17. Combien de tests avez-vous fait au cours des 2 dernières années ? .....

18. Quand avez-vous fait votre dernier test ? ..... Mois ..... Année(s)

19. Connaissez-vous le résultat de votre dernier test ?

- Oui, séronégatif
- Oui, séropositif
- Non, vous n'avez pas encore les résultats
- Non, vous n'avez pas souhaité connaître les résultats
- Vous ne savez pas

20. Pour quelles raisons principales faites-vous ce test aujourd'hui ?

*Plusieurs réponses possibles*

- Parce que vous avez eu un problème de santé, une infection sexuellement transmissible
- Parce que vous avez eu des rapports sexuels non protégés
- Parce que vous voulez avoir des rapports sexuels non protégés
- Parce que vous avez changé de partenaire
- Parce que vous vérifiez régulièrement votre sérologie
- Suite à des violences sexuelles ou des rapports non consentis
- Suite à des rapports sexuels payants
- Pour d'autres raisons, précisez : .....

21. Si vous êtes séropositif :

A quelle date avez-vous eu connaissance de votre séropositivité :  
..... mois ..... Année

Actuellement, recevez-vous un traitement pour votre infection à VIH ?

- Oui  Non

Votre dernière charge virale était :

- Détectable
- Indétectable
- Vous ne savez pas

## DEPISTAGE HEPATITE C

22. Avez-vous déjà fait un test de dépistage pour l'hépatite C ?

- Oui, au cours des 12 derniers mois
- Oui, avant
- Non, jamais
- Vous ne savez pas

Si oui, quel était le résultat ? :  Positif  Négatif  Vous ne savez pas

## INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

23. Actuellement, à propos de l'hépatite B :

	Oui	Non	Vous ne savez pas
Vous êtes vacciné contre l'hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez une hépatite B chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Ces 12 derniers mois, avez-vous fait un test de dépistage de la syphilis ?

Oui  Non

*Si oui combien ? : .....*

25. Résultat de ce dépistage syphilis :  Positif  Négatif

26. Ces 12 derniers mois, avez-vous eu l'une des IST suivantes :

- Gonococcie (Chaude pisse ou Blennorragie)
- LGV (rectale ou génitale)
- Condylomes

## PROFIL SOCIAL

27. Vous habitez...

- Seul
- Autre cas (colocation, ...)
- En couple avec une femme
- En couple avec un homme

28. Quel est votre niveau d'études ?

- Primaire
- Niveau collège, lycée, CAP ou BEP
- Baccalauréat
- 1<sup>er</sup> cycle universitaire ou BTS
- 2<sup>ème</sup> cycle universitaire ou équivalent
- 3<sup>ème</sup> cycle ou Grandes écoles

29. Quelle est votre situation actuelle ?

- En activité professionnelle ✓
- Sans activité professionnelle
- Allocataire demandeur d'emploi
- Autre : .....
- En formation, étudiant ✓
- RSA ✓
- Retraité

30. Votre couverture sociale actuelle ?

- Sécurité sociale avec mutuelle
- Sécurité sociale sans mutuelle
- Sécurité sociale en tant qu'ayant droit
- CMU
- AME (Aide Médicale d'Etat)
- Aucune couverture sociale (pas de droits ouverts)
- Vous ne savez pas



*Nous vous remercions pour le temps  
et l'attention que vous avez consacrée à ce questionnaire*

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction

**VOTRE POINT DE VUE SUR DIMMAGAY**



**Pour l'ensemble de la consultation**  
*Mettez une croix sur l'échelle de satisfaction*



Pas du tout satisfait Très satisfait



 \_\_\_\_\_ 



**Plus précisément pour chacune des quatre étapes**

**Accueil associatif**  
Pas du tout satisfait Très satisfait

 \_\_\_\_\_ 

**Test de dépistage rapide**  
 \_\_\_\_\_ 

**Entretien associatif**  
 \_\_\_\_\_ 

**Entretien médical**  
 \_\_\_\_\_ 

**Pensez-vous revenir à l'association pour vos prochains dépistages ?**  
 Oui       Non

**Conseilleriez-vous à un ami d'y venir ?**       Oui       Non

Si vous avez répondu « non » à l'une des deux dernières questions ou si vous le souhaitez, vous pouvez laisser une observation complémentaire :

.....

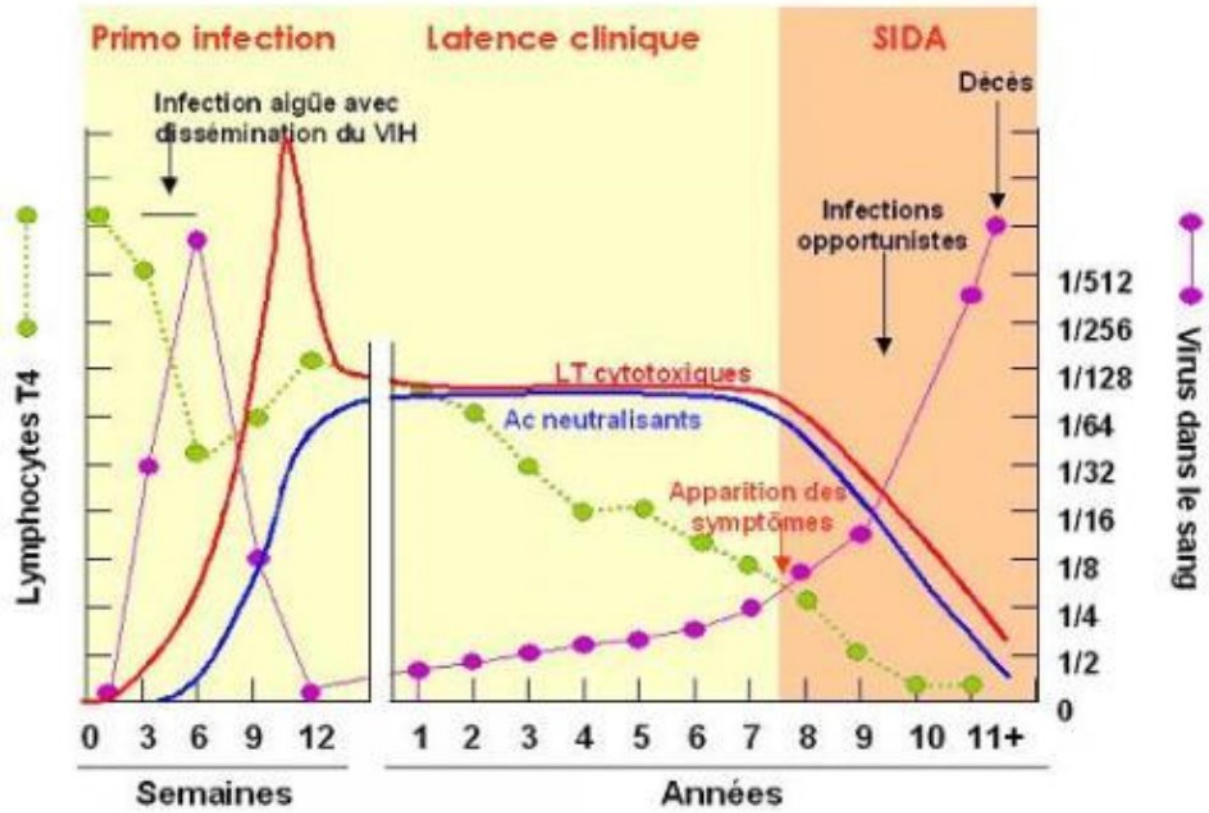
.....

.....

Merci pour votre participation et à bientôt !



Annexe 6 : Evolution de la charge virale et du système immunitaire



Annexe 7 : Risque de transmission du VIH-1 selon la voie d'exposition. (60,61)

Exposure route	Risk per 10,000 exposures to an infected source	Reference
Blood transfusion	9,000	74
Needle-sharing injection-drug use	67	75
Receptive anal intercourse	50	76, 77
Percutaneous needle stick	30	78
Receptive penile-vaginal intercourse	10	76, 77, 79
Insertive anal intercourse	6.5	76, 77
Insertive penile-vaginal intercourse	5	76, 77
Receptive oral intercourse	1	77†
Insertive oral intercourse	0.5	77†

\* Estimates of risk for transmission from sexual exposures assume no condom use.

† Source refers to oral intercourse performed on a man.

	Nombre d'études différentes	Fourchette des estimations	Estimation de méta-analyse
Relation anale passive	4	0,4 % - 3,38 %	1,4 %
Relation anale active	2	0,06 % - 0,62 %	-
Relation vaginale passive	10	0,018 % - 0,150 %	0,08 %
Relation vaginale active	3	0,03 % - 0,09 %	0,04 %

**Voie materno-fœtale :** (62)

Sans traitement, accouchement naturel	Taux de transmission entre 15 – 20%
Sous traitement et césarienne	Risque à 1%
Avec charge virale indétectable	0.4 – 0.6 %

## Annexe 8 : Statistiques

### Question 1 :

Comment avez-vous eu connaissance de Dim	gpe		Total
	dim	cdag	
Lors d'une activité..	29 23.02	12 4.63	41 10.65
Par la CDAG	3 2.38	129 49.81	132 34.29
Par un ami/une conn..	55 43.65	19 7.34	74 19.22
Par un médecin	2 1.59	79 30.50	81 21.04
Par une campagne d'..	37 29.37	20 7.72	57 14.81
Total	126 100.00	259 100.00	385 100.00

Fisher's exact = 0.000

### Question 1bis :

M'intéresse le plus ici, c'est :	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
De faire un dépista..	30 23.44	120 46.33	150 38.76
De pouvoir parler a..	3 2.34	3 1.16	6 1.55
De repartir avec le..	80 62.50	134 51.74	214 55.30
De venir faire un d..	15 11.72	2 0.77	17 4.39
Total	128 100.00	259 100.00	387 100.00

Fisher's exact = 0.000

### Question 6 :

Partenaires occasionnel s	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Aucun	7 6.36	34 15.45	41 12.42
De 11 à 20	11 10.00	18 8.18	29 8.79
De 2 à 5	40 36.36	85 38.64	125 37.88
De 21 à 50	19 17.27	5 2.27	24 7.27

De 6 à 10	14 12.73	42 19.09	56 16.97
Plus de 50	7 6.36	2 0.91	9 2.73
Un	12 10.91	34 15.45	46 13.94
Total	110 100.00	220 100.00	330 100.00

**Pearson chi2(6) = 38.7784 Pr = 0.000**

### Question 8 :

Les   pénétrer   sans   préservat   if	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Jamais	27 31.40	98 48.51	125 43.40
Rarement	27 31.40	38 18.81	65 22.57
Souvent	11 12.79	32 15.84	43 14.93
Toujours	21 24.42	34 16.83	55 19.10
Total	86 100.00	202 100.00	288 100.00

**Pearson chi2(3) = 10.4991 Pr = 0.015**

### Question 11 :

Partenaire   séroposit   if	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Non	84 83.17	243 96.05	327 92.37
Oui	17 16.83	10 3.95	27 7.63
Total	101 100.00	253 100.00	354 100.00

**Pearson chi2(1) = 16.9944 Pr = 0.000**

### Question 12 :

Pénétration anale   inconnue	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Non	62 52.10	130 50.78	192 51.20

	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Non concerné	19 15.97	59 23.05	78 20.80
Oui, plusieurs fois	22 18.49	21 8.20	43 11.47
Oui, une fois	16 13.45	46 17.97	62 16.53
Total	119 100.00	256 100.00	375 100.00

Pearson chi2(3) = 10.4842 Pr = 0.015

### Question 15 :

Consommation alcool, drogue, popper	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Non, jamais	49 39.52	142 54.83	191 49.87
Oui, fréquemment	10 8.06	22 8.49	32 8.36
Oui, occasionnellement	65 52.42	95 36.68	160 41.78
Total	124 100.00	259 100.00	383 100.00

Pearson chi2(2) = 8.9327 Pr = 0.011

### Question 27 :

Vous habitez	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Autres cas	26 20.47	63 24.05	89 22.88
En couple avec un h..	22 17.32	42 16.03	64 16.45
En couple avec une ..	14 11.02	8 3.05	22 5.66
Seul	65 51.18	149 56.87	214 55.01
Total	127 100.00	262 100.00	389 100.00

Pearson chi2(3) = 10.6752 Pr = 0.014

### Question 29:

Situation actuelle	gpe		Total
	dimmagay	cdag	
Allocataire demande..	5 4.00	7 2.72	12 3.14
En activité profess..	87	122	209

	69.60	47.47	54.71
En formation, Etudi..	17 13.60	101 39.30	118 30.89
RSA	0 0.00	4 1.56	4 1.05
Retraité	6 4.80	11 4.28	17 4.45
Sans activité profe..	10 8.00	12 4.67	22 5.76
Total	125 100.00	257 100.00	382 100.00

Fisher's exact = **0.000**

**TITRE DE LA THESE :** Description de deux stratégies dijonnaises de dépistage des IST chez les HSH, à disposition des médecins généralistes de Côte-d'Or.

**AUTEUR :** Georgia ANDRIANAKOU

**RESUME :**

OBJECTIFS : Même si le nombre de découvertes de séropositivité à VIH est stable depuis 2007, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue d'augmenter chez les HSH, même chez les plus jeunes. Parallèlement, on constate la progression des autres IST chez les HSH et la tendance à une plus grande précocité des diagnostics sur les années récentes ne se poursuit pas en 2014.

Devant le constat d'un recours au dépistage VIH – IST insuffisant chez la population HSH, surtout en Bourgogne, notre étude a comme objectif principal la description et comparaison de deux stratégies de dépistage du VIH et des autres IST pour la population HSH à Dijon. Les deux stratégies à comparer sont le CDAG/CIDDIST existant par rapport au dispositif DIMMAGAY.

L'objectif secondaire est d'orienter les médecins généralistes de la Bourgogne vers le dépistage le plus efficace et le plus adapté à cette population cible.

METHODE : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive. Nous avons comparé les questionnaires remplis par 130 consultants au sein du dispositif DIMMAGAY versus 267 au CDAG, entre Avril 2011 et Mars 2013.

RESULTATS : Les résultats de notre étude nous permettent de « créer un profil » du consultant de DIMMAGAY : il s'agit plutôt d'un jeune homme célibataire, en activité professionnelle, avec plusieurs partenaires occasionnels, qui présente des pratiques sexuelles à risque : pénétrations anales non protégées, partenaires séropositifs, pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu, consommation de l'alcool, des drogues, du Popper avant ou après les rapports sexuels.

L'attractivité du TROD est reconnue parmi la population HSH dijonnaise, vu que la majorité des consultants (62.50% pour le DIMMAGAY et 51.70% pour le CDAG) sont attirés par le fait de repartir avec le résultat du dépistage du VIH par un test rapide.

Seulement 1.50% des consultants ont eu connaissance de DIMMAGAY par un médecin.

On note une proportion supérieure de séropositifs dépistés au sein du dispositif DIMMAGAY avec un taux de 2.3%, versus 1.1% pour le CDAG. Pareil pour la découverte de l'hépatite C et syphilis.

Concernant le retour dans le dispositif pendant le période de l'étude, 77 personnes sont retournées au DIMMAGAY versus 68 au CDAG.

CONCLUSION : En Bourgogne, où l'activité globale de dépistage du VIH parait insuffisante, un dépistage combiné VIH- autres IST, médicalisé, délocalisé dans une structure communautaire, associé à un counselling par des pairs, en direction exclusive des HSH, devrait occuper une place primordiale. Les médecins généralistes sont invités à orienter leurs patients HSH vers ce dispositif efficace et attractif.

**MOTS-CLES :** VIH – IST – Dépistage – HSH – CDAG – DIMMAGAY – Médecine Générale- Côte-d'Or