



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Guylain RAVONJISON

le 25 juin 2009

**Profil des consultants du Centre de Dépistage
Anonyme et Gratuit de Sarreguemines au cours de sa
première année d'activité**

Examineurs de la thèse :

M. Ch. RABAUD, Professeur

Président

M. Th. MAY, Professeur

M. F. ALLA, Professeur

Mme B. CZERNICHOW, Docteur en Médecine

Juges

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Guylain RAVONJISON

le 25 juin 2009

**Profil des consultants du Centre de Dépistage
Anonyme et Gratuit de Sarreguemines au cours de sa
première année d'activité**

Examineurs de la thèse :

M. Ch. RABAUD, Professeur

Président

M. Th. MAY, Professeur

M. F. ALLA, Professeur

Mme B. CZERNICHOW, Docteur en Médecine



Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNAYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : Chimie Organique, Minérale, Industrielle

Monsieur Franck DALIGAULT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain LARCAN
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur Le Professeur Christian RABAUD

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Il nous a témoigné sa confiance en acceptant la présidence du jury de notre thèse.

Il a su nous donner des conseils avec beaucoup de sollicitude.

Que ce travail soit l'occasion de lui témoigner notre respect et notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Thierry MAY

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Nous avons apprécié son enseignement de qualité durant nos études.

Nous sommes très honorés de sa présence dans notre jury.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François ALLA

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention (type mixte : clinique)

C'est avec bienveillance qu'il a accepté de juger ce travail.

Nous lui en sommes particulièrement reconnaissants.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Bella CZERNICHOW

Docteur en Médecine. Gastro-entérologue

Un stage dans son service nous a permis d'apprécier sa compétence.

Nous la remercions pour sa disponibilité et pour sa courtoisie.

A Paul, il est mon bonheur et ma fierté

A Pascaline, mon amour

A ma Maman, qui m'a tant donné

A toute ma famille

A tous mes amis

A tous les médecins qui ont participé à ma formation médicale

A tous les médecins qui m'ont confié leurs patients

A tous ceux qui m'ont soutenu ou aidé dans l'élaboration de ce travail, en particulier les membres du CDAG de Sarreguemines, les membres de la DDASS de Moselle, les membres du CAST de Sarreguemines

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

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

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

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	15
INTRODUCTION	19
GENERALITES	22
A. Les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit	23
1. Repères chronologiques	23
2. Législation	24
3. Part des CDAG dans le dépistage du VIH	25
B. Le CDAG de Sarreguemines	25
1. Fonctionnement du CDAG de Sarreguemines	25
2. Territoire de compétence	27
3. Recrutement des consultants	27
C. Données épidémiologiques	29
1. Epidémiologie de l'infection par le VIH	29
2. Epidémiologie de l'hépatite B	33
3. Epidémiologie de l'hépatite C	34
D. Enquête nationale sur le profil des consultants de CDAG en 2004, enquête épidémiologique transversale	37
RELEVÉ D'ACTIVITÉ	40
A. Objectif de l'étude	41
B. Matériel et méthode	41
C. Caractéristiques démographiques et sociales	43
1. Age et sexe	43
2. Lieu d'habitation	43
3. Pays d'origine	44
4. Situation de famille	45
5. Profession	46

D. Orientations et comportements sexuels	47
1. Orientation sexuelle	47
2. Partenaires sexuels au cours des trois derniers mois	47
E. Circonstances et motif de la venue au CDAG	48
1. Antécédent d'infection sexuellement transmissible	48
2. Prise de risques	49
3. Nombre de tests antérieurs et dons de sang	51
4. Motif de la venue	52
F. Autres données.....	53
G. Sérologies	55
DISCUSSION	57
A. Une étude sur un an	58
B. Description de la population	59
C. Comparaison du profil des consultants avec des données nationales en se basant sur l'enquête épidémiologique de 2004	62
1. Caractéristiques démographiques et sociales	62
2. Orientations et comportements sexuels	63
3. Circonstances et motif de la venue au CDAG	63
4. Prescription de tests de dépistage et résultats des tests	64
5. Comparaisons régionales	65
D. Evolution vers un CIDDIST	66
E. Activité des CIDDIST de Moselle en 2008	67
F. En pratique	68
CONCLUSION	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
INDEX DES FIGURES	78

ANNEXES	80
----------------------	----

Annexe 1 : Texte de loi relatif au fonctionnement d'un CDAG	81
---	----

Annexe 2 : Feuille d'entretien utilisée au CDAG	83
---	----

Annexe 3 : Carte géographique de la Moselle	85
---	----

RESUME	86
---------------------	----

INTRODUCTION

Le Syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) aura profondément marqué la fin du XXe siècle, tant par son retentissement social que politique. Des carences sont apparues quant à la prévention de la propagation de cette maladie infectieuse et quant au suivi des différentes populations exposées. C'est ainsi que de nombreux malades se sont trouvés exclus du champ de diagnostic de la santé publique, essentiellement des malades ayant des conduites addictives par injection, des homosexuels, des prostituées, des personnes socialement précaires ou ignorantes du danger.

En France, les premiers cas remontent au début des années 1980. Malgré les avancées des connaissances scientifiques et les progrès thérapeutiques, l'absence de traitement curatif et de vaccin fait perdurer cette menace mortelle. Cependant l'arrivée de thérapeutiques antirétrovirales en 1996 a permis de considérablement diminuer le nombre de cas de sida.

Depuis 1996, de nouvelles tendances ont été observées : une diminution du nombre d'usagers de drogues nouvellement infectés par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), une augmentation des pratiques sexuelles à risque chez les homosexuels, une augmentation du nombre de personnes originaires d'Afrique subsaharienne infectées par le VIH et une féminisation de l'infection à VIH.

Il est apparu qu'en plus d'une meilleure information, un dépistage précoce s'imposait. Les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) répondent à ces exigences. De par leurs conditions d'accès, leur gratuité et leur répartition sur l'ensemble du territoire, ils offrent le moyen le plus aisé pour réaliser un test de dépistage, notamment aux personnes précarisées ou plus exposées aux risques. La fréquentation de ces centres permet aussi de recevoir des informations et des conseils de prévention.

Les CDAG offrent également un dépistage des infections par le Virus de l'Hépatite B (VHB) et le Virus de l'Hépatite C (VHC) afin d'étendre le dépistage à de possibles coïnfections avec le VIH chez ces populations à risque.

Le CDAG de Sarreguemines a ouvert ses portes en mai 2006. Notre travail vise à décrire la population qui a eu recours à ce centre durant sa première année d'activité.

Plusieurs enquêtes épidémiologiques ont décrit le profil des consultants de CDAG en France, parmi lesquelles la plus récente réalisée en octobre 2004 a été

publiée en novembre 2006. Cette dernière, réalisée au plan national, montre bien que le dispositif français de dépistage anonyme et gratuit accueille une population plus exposée au risque de contamination.

Après avoir exposé les repères chronologiques concernant les CDAG, décrit la mise en place du CDAG de Sarreguemines, et rappelé quelques notions d'épidémiologie concernant les virus du sida et des hépatites B et C, nous présenterons le relevé d'activité décrivant les consultants du CDAG de Sarreguemines. Leurs caractéristiques seront comparées à celles de l'enquête nationale publiée en 2006.

Nous comptons ainsi cibler les populations qui fréquentent le CDAG de Sarreguemines pour pouvoir donner des pistes quant aux actions de prévention à mener ou à améliorer selon les caractéristiques de cette population et élargir le recrutement aux populations qui en ont le plus besoin.

GENERALITES

A- Les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit

1. Repères chronologiques

Les premiers dépistages de l'infection par le VIH ont été effectués de façon obligatoire sur les dons de sang à partir du mois d'août 1985, gratuitement et sans justification d'identité.

Pour offrir une alternative aux centres de transfusion sanguine, la loi du 30 juillet 1987 a institué que « dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le VIH » (1).

La circulaire du 20 janvier 1988 a exposé les fonctions des CDAG dans le dispositif de lutte contre l'infection par le VIH :

- accueil et information,
- examen médical et biologique,
- orientation... mais sans suivi des personnes positives.

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'une politique de responsabilisation des personnes, basée sur l'information d'une part et le dépistage volontaire d'autre part. Un numéro d'anonymat est attribué à l'intéressé et le résultat du dépistage lui est remis au cours d'un entretien avec un médecin s'il le demande (2).

Les décrets du 17 juillet et 6 août 1992 ont étendu le dispositif (gratuit mais non systématiquement anonyme) aux Dispensaires Antivénériens (DAV) non désignés comme CDAG, aux consultations prénuptiales, prénatales et postnatales de Protection Maternelle et Infantile (PMI), puis aux Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) (3,4).

La circulaire du 9 juillet 1998 a défini de nouveaux objectifs aux CDAG en raison de la transformation des stratégies thérapeutiques et des modifications des possibilités diagnostiques :

- permettre une prise en charge précoce après exposition aux risques,
- rendre le dispositif visible par tous en diffusant des informations destinées au public,

- faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables aux risques,
- renforcer la prévention en aidant les consultants à définir une stratégie personnelle de prévention,
- renforcer le lien entre dépistage et prise en charge.

Enfin, la compétence des consultations de dépistage du VIH a été étendue au dépistage du virus de l'hépatite C (VHC), puis au dépistage et à la prévention du virus de l'hépatite B (VHB) (5).

En 2006, on pouvait répertorier 307 CDAG sur l'ensemble de la France et 76 antennes en milieu carcéral (6).

2. Législation

Concernant les modalités de fonctionnement, le décret du 19 décembre 2005 a précisé que le CDAG doit garantir :

- un accueil et un entretien individuel d'information et de conseil,
- l'analyse du risque et la prescription éventuelle par un médecin de tests sérologiques de dépistage de l'infection,
- la remise des résultats au cours d'un entretien individuel avec un médecin,
- la présence d'un médecin et d'un infirmier sur les lieux aux heures d'ouverture,
- la désignation d'un coordinateur médical (7).

D'après le décret du 30 décembre 1999, les dépenses afférentes aux activités de dépistage sont prises en charge par l'assurance maladie. Ces dépenses comprennent les consultations médicales et les investigations biologiques (8).

Auparavant, les CDAG étaient gérés par les Conseils Généraux. Depuis la loi du 13 août 2004, c'est le représentant de l'Etat qui désigne dans chaque département au moins une consultation de dépistage anonyme et gratuit. Les départements peuvent toutefois passer convention avec l'état pour continuer à assumer ces missions (9). Certains départements ont pris argument de cette loi pour se désengager, les versements compensatoires de l'état étant limités. Quand ces désengagements se traduisent par des suppressions de locaux et de postes, la réorientation se fait naturellement vers les

hôpitaux. Le décret du 19 décembre 2005 (7) relatif à cette loi est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Ce fut le cas pour l'ouverture du CDAG de Sarreguemines, qui a fait suite à la fermeture du CDAG de Forbach, le CDAG de Sarreguemines dépendant du Centre Hospitalier Général du Parc de Sarreguemines.

3. Part des CDAG dans l'activité de dépistage du VIH

L'activité de dépistage du VIH se maintient à un niveau élevé en France et augmente même depuis 2001 : 82 tests réalisés pour 1000 habitants en 2004, ce qui est plus élevé que dans la plupart des autres pays de l'Europe de L'Ouest. Le nombre de sérologies effectuées en CDAG est lui aussi en augmentation. L'activité des laboratoires d'analyse permet d'estimer que 7% des sérologies sont effectuées dans le cadre des CDAG et que 12% des sérologies positives y sont dépistées. La proportion de sérologies positives est deux fois plus importante en CDAG que dans les autres contextes de dépistage (médecine générale, hôpital...) (10).

B- Le CDAG de Sarreguemines

1. Fonctionnement du CDAG de Sarreguemines

Le CDAG de Sarreguemines a ouvert ses portes le 22 mai 2006. Bien que dépendant de l'Hôpital du Parc, il se trouve à distance de celui-ci, dans un appartement au rez-de-chaussée d'une maison individuelle dans un quartier résidentiel de la ville, au 17 rue Fulrad. Seule une discrète plaque sur la façade mentionne le lieu.

Sur place se trouvent, durant les horaires d'ouverture, une secrétaire et une infirmière. Pour des problèmes de disponibilité le médecin n'est pas sur place, il intervient pour donner les résultats de dépistage positif.

Les horaires du CDAG varient d'un jour à l'autre pour proposer différentes plages horaires de consultation et permettre ainsi à chacun de venir consulter quels que soient ses horaires de travail. Le CDAG est ouvert quatre heures par jour du lundi au vendredi. Les consultants peuvent s'y rendre librement ou en prenant rendez-vous.

La consultation étant anonyme, un numéro d'identification est utilisé pour chaque personne. Le patient conservera le carton individuel où figure son numéro jusqu'à la remise des résultats. On retrouve ce numéro sur chaque tube de prélèvement, sur la feuille d'examen du laboratoire et sur la feuille d'entretien.

C'est l'infirmière qui réalise l'entretien, consigne ses notes sur la feuille d'entretien, informe le patient et, si elle le juge nécessaire, réalise le prélèvement sanguin. La secrétaire assure l'accueil et les prises de rendez-vous. Les personnes venant en couple sont reçues individuellement.

Les feuilles d'entretien utilisées ont été inspirées par celles du CDAG de Metz Bon Secours, qui depuis 2006 est devenu Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST). Ces feuilles d'entretien ont été élaborées par les intervenants du CDAG de Metz. Les réponses aux items de la feuille d'entretien sont la base d'une exploitation statistique, et elles permettent une information des consultants concernant le sida.

Quand l'infirmière décide d'effectuer un prélèvement sanguin, elle a pour consigne d'effectuer un dépistage systématiquement pour le VIH (ELISA), le VHC (ELISA) et le VHB (Ag HBs, anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc).

Un rendez-vous est alors donné au consultant afin qu'il se présente pour la remise des résultats, environ une semaine après cette première consultation.

A la remise des résultats, le carton individuel avec le numéro d'anonymat est exigé. On s'assure que la personne correspond bien aux éléments de la fiche d'entretien (âge, sexe). La personne est reçue seule. Si les résultats sont positifs, ils sont remis par un médecin qui se déplace pour cela. Si les résultats sont négatifs, ils sont remis par l'infirmière. La remise des résultats s'accompagne toujours d'un rappel d'informations concernant les modes de transmission possibles des virus et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Si la consultation au CDAG était secondaire à une prise de risque datant de moins de trois mois, le consultant est invité à se présenter pour un nouveau dépistage trois mois plus tard. S'il se présente une deuxième fois, un nouveau dossier est ouvert.

Comme tous les CDAG de France depuis 2004, le CDAG de Sarreguemines adresse un bilan d'activité annuel à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

2. Territoire de compétence

Le CDAG de Sarreguemines est le seul centre de ce type en Moselle-Est. Les CDAG les plus proches sont ceux de Sarrebourg (65 kilomètres), Metz (81 kilomètres) et Strasbourg (100 kilomètres). Il existe quatre autres CDAG en Moselle : à Thionville, à Sarrebourg et deux à Metz.

Le CDAG de Sarreguemines s'adresse aux populations de Sarreguemines et ses alentours (Sarralbe), du Bassin Houiller (Freyming-Merlebach, Stiring-Wendel, Forbach), du Pays de Bitche (Bitche, Rohrbach-Lès-Bitche), et de l'Alsace Bossue (Sarre-Union). L'annexe n°3 situe ces villes sur le plan géographique. Cela représente 224 885 personnes réparties dans un rayon de 30 kilomètres d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (11). A noter la situation à 20 kilomètres de Sarrebrück, en Allemagne, dont l'agglomération regroupe 350 000 personnes.

Les transports en commun sont inégalement répartis. Il existe des lignes ferroviaires directes depuis Sarreguemines vers le pays de Bitche, l'Alsace Bossue et Sarralbe, mais pas vers le bassin houiller (qui regroupe 110 448 personnes). Il existe une liaison par bus vers Forbach. La liaison avec Sarrebrück est directe avec le tramway.

3. Recrutement des consultants

L'information de l'ouverture du CDAG de Sarreguemines a été diffusée au printemps 2006 par les médias locaux : un article dans le Républicain Lorrain est paru, un sujet à la radio sur France Bleu Lorraine Nord a été diffusé, ainsi qu'un sujet sur la chaîne de télévision locale Mosaïk.

En dehors des heures d'ouverture, l'infirmière du CDAG se déplace dans différentes structures pour y faire de l'information et de la prévention sur les IST, pour présenter le CDAG et éventuellement proposer un dépistage sur place en respectant le mode de fonctionnement du CDAG.

Différents axes d'actions extérieures ont été déterminés : les populations marginalisées vivant dans des foyers d'accueil d'une part et l'information à la population adolescente d'autre part.

L'infirmière s'est rendue dans des foyers d'hébergement tels que le foyer Espoir à Forbach qui héberge des femmes seules ou avec enfant, le CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) de Forbach, le foyer SONACOTRA (Société Nationale de Construction de logements pour les Travailleurs) de Forbach, et le foyer UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) de Sarreguemines qui s'occupe d'hébergement d'urgence. Un dépistage anonyme et gratuit a été proposé dans les quatre centres précédemment cités.

Ont aussi été visités : le foyer AMLI (association pour l'Accompagnement le Mieux-être et le Logement des Isolés) à Sarreguemines, et le foyer du jeune travailleur à Sarreguemines. Dans ces deux foyers, le dépistage n'a pas été proposé par souhait de la direction des foyers en raison de l'absence de local approprié sur place. Dans ces cas, la visite donne lieu à une information sur les IST ainsi que sur l'existence et le fonctionnement du CDAG.

La visite de ces centres de logements sociaux a été retenue en raison de son public isolé, fragile et socialement instable.

L'infirmière du CDAG s'est également adressée à des populations plus jeunes à travers des associations comme Mission Locale ou l'Association Culture et Libertés qui s'occupe de jeunes en situation d'échec scolaire. Ont également été organisées des rencontres au sein des lycées de Sarreguemines et Forbach et de certains collèges. Le dépistage sur place n'a pas été proposé car le contexte ne s'y prêtait pas, notamment vis-à-vis d'un public mineur, et qui souvent n'a jamais eu de prise de sang. De plus, l'anonymat du dépistage n'est pas facile à assurer dans un établissement scolaire. Lors des séances d'information en milieu scolaire, l'infirmière a utilisé un questionnaire comportant vingt questions auxquelles il fallait répondre par vrai ou faux, afin d'évaluer les connaissances et d'instaurer le dialogue avec les lycéens.

Des réunions ont aussi été organisées avec le CMSEA (Comité Mosellan de Sauvegarde des Enfants, des adolescents et des Adultes) de Forbach. Un dépistage anonyme et gratuit y a été proposé.

A noter que le CAST (Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes) de Sarreguemines organise en son sein des dépistages indépendants du CDAG.

Des rencontres ont également eu lieu avec les Restos du Cœur de Sarreguemines. Le contact avec les personnes présentes s'est limité à une information et à un message de prévention vis à vis du sida, les gens ne venant pas à cet endroit pour un dépistage.

Le CDAG possède également une antenne d'activité à la maison d'arrêt de Sarreguemines où l'infirmière se rend une fois par semaine pour informer et pratiquer un dépistage anonyme et gratuit. Mais le contexte est différent, la démarche des détenus n'est pas basée sur le volontariat, le dépistage étant proposé systématiquement à tout nouvel incarcéré. Le détenu est alors libre d'accepter ou non le dépistage. L'implication n'est pas la même qu'ailleurs. Preuve en est que seul le tiers des personnes dépistées est venue pour la remise des résultats (49 personnes sur 147 en 2006).

C- Données épidémiologiques

1. Épidémiologie de l'infection par le VIH

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estimait en 1995 le nombre de personnes vivant avec le VIH à 20 millions dans le monde. Dix ans plus tard, en 2005, l'Onusida/OMS l'estime à 40,3 millions. La majorité vit en Afrique subsaharienne (25,8 millions) ou en Asie du sud et du sud-est (7,4 millions) (12). Mais l'épidémie n'épargne aucune région du monde. On constate que lorsqu'elle atteint des groupes très exposés comme les usagers de drogues, elle diffuse ensuite à la population générale. Le virus a tué plus de 20 millions de personnes depuis l'identification des premiers cas de sida en 1981 et près de 3 millions pour la seule année 2003 (13).

Le mode de transmission sexuel (rapports hétérosexuels majoritairement) est le mode de transmission le plus fréquent.

Près de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes. En Afrique subsaharienne, les trois quarts des jeunes de 15 à 24 ans infectés par le VIH sont du sexe féminin (12).

On observe récemment une diminution de la transmission du VIH au sein de populations très exposées comme les usagers de drogue dans les pays occidentaux grâce aux politiques de réduction des risques (12).

En France, depuis la découverte du premier cas et jusqu'en 1994, le nombre annuel des cas de sida a augmenté de manière dramatique pour atteindre un pic de 5800 diagnostics en 1994. Les populations les plus touchées étaient les personnes contaminées par rapports homosexuels et les usagers de drogues injectables.

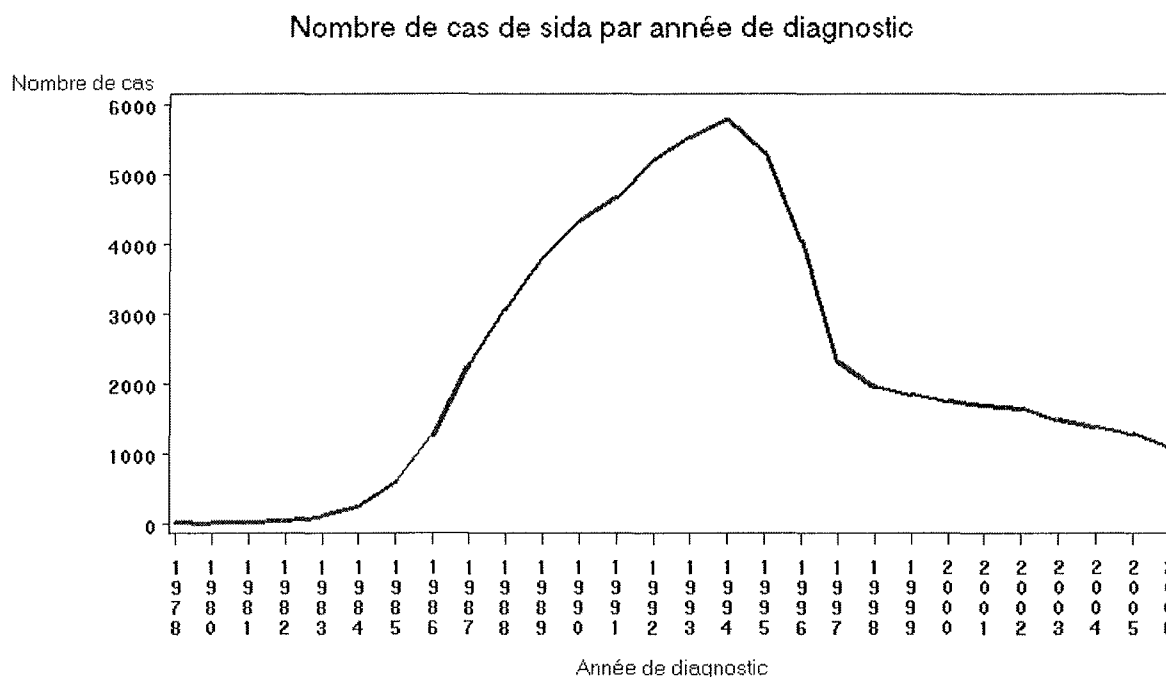
A l'apparition des traitements antirétroviraux en 1996, on a observé une diminution très importante des cas de sida (2300 cas diagnostiqués en 1997).

Jusqu'en 2002, une diminution des cas de sida a été observée chez les homosexuels et les usagers de drogues, alors que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, le nombre des cas de sida a augmenté à nouveau lentement de 2000 à 2002.

Les tendances récentes (12) montrent qu'en France, deux sous-groupes sont particulièrement concernés par l'infection par le VIH :

- les homosexuels masculins qui, du fait d'une augmentation de la fréquence des rapports non protégés, représentent près d'un quart des découvertes de séropositivité et des cas de sida,
- les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne qui représentent une découverte de séropositivité sur trois.

Dans cette dernière population immigrée, le nombre de cas de sida a augmenté de 44% entre 1998 et 2004, alors que dans le même temps, le nombre de cas de sida diminuait de 52% dans la population française. La contamination est majoritairement hétérosexuelle et touche principalement les femmes (12).



Source InVS Surveillance du sida - données au 30/06/2007 non corrigées pour la sous-déclaration, redressées en 2005 et 2006 pour les délais de déclaration

Figure 1 (16)

On peut estimer la prévalence de l'infection par le VIH en 2003 à 97000 en France (15). Près d'un quart des personnes qui découvrent leur séropositivité pour le VIH, en 2003/2004 se sont contaminées dans les six mois précédents. En 2003, 1420 nouveaux cas de sida ont été diagnostiqués.

La réduction de la transmission du VIH se poursuit chez les utilisateurs de drogues.

On estime à environ 7000 le nombre de découvertes de séropositivité en France en 2004. Ce chiffre est en légère baisse : 6700 en 2005, 6300 en 2006 (14) et 6500 en 2007 (17).

6 personnes sur 10 découvrant leur séropositivité en 2007 ont été contaminées par rapports hétérosexuels et parmi celles-ci, la moitié est de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (17).

En France on observe une spectaculaire baisse des décès dus au VIH depuis la fin des années 1980 grâce à l'amélioration des traitements et aux efforts de prévention.

L'infection par le VIH a entraîné le décès de 809 personnes en France en 2006. Ce chiffre est stable depuis 2000 (18).

La moitié de ces décès n'est pas directement liée à l'infection par le VIH (19). Les principales causes de décès non liés au VIH sont les cancers non classant sida (les cancers autres que le lymphome malin non hodgkinien, la maladie de Kaposi, le lymphome cérébral primitif, le cancer du col de l'utérus), les complications des co-infections par le VHB ou par le VHC, les maladies cardiovasculaires et le suicide.

L'allongement de la durée de vie suite à l'apparition des multithérapies antirétrovirales a entraîné l'émergence de complications de maladies chroniques, ainsi qu'une exposition plus longue à des facteurs oncogènes comme les papillomavirus, le VHB, le VHC ou le tabagisme. Il est donc nécessaire, dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, d'associer le dépistage des infections par le VHB et le VHC, de certains cancers (cancer du poumon, les hépatocarcinomes, la maladie de Hodgkin), la lutte contre la consommation de tabac et la prise en charge des troubles psychologiques.

L'infection par le VIH fait partie des maladies à déclaration obligatoire auprès du médecin inspecteur de Santé Publique de la DDASS quel que soit le stade, c'est-à-dire y compris l'infection asymptomatique ou symptomatique en dehors du SIDA selon le décret n° 99-363 du 6 mai 1999 (20). Cette notification anonyme a été modifiée par la circulaire du 10 février 2003 (21).

Le diagnostic sérologique de l'infection par le VIH est établi par la méthode immuno-enzymatique (ELISA) en première intention. La séroconversion a lieu deux à douze semaines après la contamination. La proportion d'infections à VIH-2 est de 2% en 2007 (17). Un test positif en méthode ELISA doit être confirmé par la méthode de référence, le Western blot (22). La mesure de l'antigène p24 sert pour la primo-infection par le VIH, avant l'apparition des anticorps, environ deux à quatre semaines après la contamination. Cet antigène n'est toutefois détectable que de façon transitoire durant quelques semaines.

2. Epidémiologie de l'hépatite B

Plus de 350 millions de personnes dans le monde sont porteuses chroniques du virus de l'hépatite B dont près de 300 000 sujets en France. La moitié de ces derniers ignore leur infection.

On distingue trois zones à travers le monde : les régions à forte prévalence de l'antigène HBs (Afrique, Asie du Sud-Est), des régions à prévalence intermédiaire (Europe de l'Est, Afrique du Nord, Grèce, Japon) et des régions à prévalence faible (Europe du Nord et Amérique du Nord).

En France, on estime à 0,68% la fréquence du portage de l'antigène HBs. Cette fréquence atteint 1,1% des hommes. 3% des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) sont porteurs de l'antigène HBs (23)

La répartition sur l'ensemble du territoire français n'est pas homogène : la plus forte prévalence du portage de l'antigène HBs est observée dans le quart nord-est de la France (1,12%), tandis que la plus faible prévalence est observée dans le quart nord-ouest (0,20%) (24).

L'insuffisance hépatique terminale et le carcinome hépatocellulaire dus au VHB sont responsables de plus d'un million de décès par an à travers le monde et représentent actuellement 5 à 10% des cas de transplantation hépatique. Le VHB est responsable de 75% des cas de carcinome hépatocellulaire (25). D'où la nécessité de renforcer le dépistage et d'étendre la couverture vaccinale.

Il existe plusieurs profils clinico-virologiques de l'hépatite B, allant du portage inactif à la cirrhose compliquée de carcinome hépatocellulaire, en passant par l'hépatite aiguë et l'hépatite chronique. Environ 20% des patients porteurs chroniques de l'antigène HBs développent une cirrhose. La cirrhose avec ses complications propres d'hypertension portale et d'insuffisance hépatocellulaire ou de carcinome hépatocellulaire, est responsable de 80% de la mortalité liées à l'infection par le VHB. En cas de cirrhose constituée, la survie à 5 ans varie de 52 à 82%.

Les principaux paramètres modifiant l'évolution de l'infection par le VHB vers la cirrhose sont l'immunosuppression, la surconsommation d'alcool et les cofacteurs comme l'infection associée par le virus de l'hépatite D (VHD).

La transmission se fait par voie parentérale, sexuelle et materno-fœtale.

Figure 2 - Principaux profils sérologiques et virologiques de l'hépatite B

	Ag HBs	Ac HBs	Ac HBc	Ag HBe	Ac HBe	ADN du VHB
Hépatite aiguë (1)	+	-	+(IgM)	+	-	+
Hépatite aiguë guérie (2)	-	+	+(IgG)	-	+	-
Porteur inactif de l'Ag HBs+ (2)	+	-	+	-	+	-
Hépatite chronique (VHB sauvage) (1)	+	-	+	+	-	+
Hépatite chronique (mutant pré-C) (1)	+	-	+	-	+	+
Cirrhose active	+	-	+	+	-	+
Cirrhose inactive	+	-	+	-	+	-

Ag : Antigène ; Ac : Anticorps ; Ig : Immunoglobuline

(1): activité sérique augmentée des aminotransférases; (2): activité sérique normale des aminotransférases

Le dépistage de l'antigène HBs est nécessaire chez les personnes originaires d'un pays à forte prévalence, les sujets ayant eu des comportements à risque (sexuel, usage de drogues, piercing, tatouage), ainsi que ceux ayant eu des soins lourds, notamment de chirurgie, avant les années 1980. Le dépistage permet d'évaluer le stade de l'hépatite, d'en dépister les complications et de commencer un traitement adapté.

L'infection aiguë symptomatique par le VHB est une maladie à déclaration obligatoire.

3. Epidémiologie de l'hépatite C

Près de 170 millions de personnes sont infectées par le VHC à travers le monde.

En Europe, on retrouve un gradient nord-sud de la prévalence des anticorps anti-VHC allant de 0,5% dans les pays du nord à 2% dans les pays du pourtour méditerranéen (26).

La prévalence en France se situe à des taux intermédiaires autour de 0,86%.

L'incidence de l'hépatite C en France pourrait être actuellement d'environ 5000 nouveaux cas par an dont plus de 70% chez les usagers de drogue.

La prévalence est sensiblement plus élevée en cas de précarité sociale : chez les bénéficiaires de la CMU la prévalence est de 2,65% alors qu'elle est de 0,76% chez les non-bénéficiaires de la CMU (26).

La prévalence des anticorps anti-VHC varie également selon les régions : la prévalence la plus forte est retrouvée en Ile de France (1,10%), tandis que la prévalence la plus faible est retrouvée dans le quart nord-ouest de la France (0,35%). La prévalence dans le quart nord-est est de 0,83% (24).

Parmi les personnes infectées par le VHC, la répartition en classe d'âge est différente entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, la courbe de répartition présente un pic pour la classe d'âge 30-39 ans puis diminue régulièrement pour les classes d'âge plus élevées. Chez les femmes, on observe un même pic pour la classe d'âge 30-39 ans, puis une diminution jusqu'à 60-69 ans et enfin un deuxième pic pour la classe d'âge des 70-79 ans. Le pic observé dans les deux sexes après l'âge de 30 ans peut être expliqué par une proportion importante d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, anciens ou actuels. La proportion élevée de femmes plus âgées peut être le fait d'infections nosocomiales et d'antécédents de transfusions sanguines avant 1990, ainsi que d'une espérance de vie plus longue chez les femmes (27).

L'infection aiguë par le VHC passe le plus souvent inaperçue : en 2000-2001, 30 à 34% des hépatites C ont été découvertes du fait de symptômes, alors que 34 à 41% des hépatites C chroniques nouvellement prises en charge ont été découvertes fortuitement indiquant ainsi que la précocité du dépistage peut probablement encore être améliorée.

Le risque de passage à la chronicité varie de 55 à 85%. Cette infection chronique expose au risque de cirrhose à long terme.

Les facteurs influençant la progression vers la cirrhose sont l'âge lors de la contamination (les malades contaminés après 40 ans ont une progression de la fibrose beaucoup plus rapide que si la contamination intervient avant cet âge), la consommation d'alcool et le sexe masculin (26).

Le VHC est la deuxième cause de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire en France (26).

A noter qu'en cas de co-infection par VHC-VIH, la sévérité des lésions histologiques est accrue avec une évolution non seulement plus fréquente (2 à 5 fois), mais aussi plus rapide vers la cirrhose. Cela est en partie expliqué par l'existence de nombreux facteurs de comorbidité (alcool, drogues, médicaments) et par la toxicité hépatique des antirétroviraux (26).

La prise de drogues intraveineuses est actuellement le premier mode de contamination par le VHC et serait responsable de 4400 nouvelles infections par an en France. La prévalence de l'infection par le VHC chez les usagers de drogues intraveineuses est très élevée, et se situe à 73%. L'importance de ce réservoir d'infection chronique continue d'alimenter la transmission du fait du partage, même réduit, du matériel d'injection (26). A noter le rôle important joué par le partage de matériel de préparation tel le coton. Le partage de seringue est devenu rare. Du fait d'une plus forte contagiosité du VHC par rapport au VIH, et de sa résistance en dehors du milieu biologique, le risque de contamination par le VHC n'a pas diminué aussi vite que celui d'infection par le VIH. Au cours des dix dernières années, la politique de réduction des risques est restée sans effet sur la prévalence de l'infection par le VHC.

Jusqu'en 1990, la transfusion a joué un rôle majeur dans la diffusion de l'infection par le VHC. Le nombre de sujets infectés par voie transfusionnelle en France au cours des dernières décennies a été estimé entre 100.000 et 400.000. Au cours des 15 dernières années, l'ensemble des mesures portant sur les dons de sang a permis de diminuer le risque de contamination par le VHC à un risque résiduel de 1/6.650.000 dons, ce qui représente actuellement un don potentiellement infecté tous les 2,5 ans (26).

La transmission nosocomiale a joué un rôle important dans le développement de l'infection par le VHC, ce mode ayant représenté environ 15% des contaminations. La contamination était favorisée par une désinfection insuffisante du matériel médico-chirurgical non jetable et la réutilisation du matériel jetable avant les différentes

recommandations de la Direction Générale de la Santé entre 1994 et 1999. Depuis 1996, ce mode de contamination est en recul grâce aux règles d'hygiène et aux recommandations de désinfection du matériel médical non jetable, mais l'importance du risque nosocomial est difficile à évaluer. Le taux de séroconversion dans les centres d'hémodialyse, dans lesquels la prévalence pouvait atteindre 30% au début des années 1990, est estimé actuellement à 0,35% par an (26).

Les autres modes de contamination par le VHC sont plus rares : l'exposition professionnelle liée à une blessure accidentelle avec du matériel souillé, la transmission mère-enfant notamment au moment de la naissance, et la transmission entre sujets vivant sous le même toit dans des conditions de forte promiscuité et des conditions d'hygiène défectueuses avec partage d'objets de toilette responsables de petites plaies (26).

Le diagnostic sérologique de l'infection par le VHC repose sur les méthodes ELISA. En cas de positivité, la sérologie est confirmée par l'amplification génique (PCR) qui permet de rechercher l'ARN du VHC dans le sérum.

D- Enquête nationale sur le profil des consultants de CDAG en 2004, enquête épidémiologique transversale

Pour permettre l'accès à l'information et à un dépistage volontaire de l'infection par le VIH, des CDAG ont donc été mis en place à partir de 1988.

Au cours des dix premières années d'activité, les seules données épidémiologiques concernant les consultants résultaient de la collecte de données d'activité sans information épidémiologique individuelle.

Les personnes recourant au dépistage anonyme du VIH en France étaient majoritairement des hommes âgés de moins de 30 ans, avec des disparités régionales et locales importantes.

On observait également des disparités dans l'activité des CDAG en terme de proportion de positifs au dépistage.

L'absence de données épidémiologiques autres que le sexe et l'âge des consultants au niveau des bilans d'activité rendait difficile l'interprétation de ces disparités.

Rappelons que de 1988 à 2003, les CDAG adressait chaque trimestre un bilan d'activité aux médecins inspecteurs de santé publique des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Les bilans trimestriels étaient transmis à l'InVS. Depuis 2004, les CDAG adressent directement leurs bilans annuels à l'InVS.

Une enquête épidémiologique nationale a été réalisée en 1999 (28) par l'InVS à partir d'un questionnaire épidémiologique commun. Cette enquête constituait une référence à laquelle les CDAG pouvaient se comparer sur plusieurs critères : la description des consultants, les motifs de venue, le comportement, la stratégie personnelle de prévention et le recours au dépistage. Elle décrivait également les réponses des CDAG aux attentes des consultants : la prescription des sérologies et les résultats.

Cette enquête a été renouvelée en 2000 (29).

Ces deux études ont montré que les consultants de CDAG étaient plus à risque de contamination par le VIH que la population générale.

Afin de disposer de données plus récentes, une nouvelle enquête nationale a été réalisée en octobre 2004 dans l'ensemble des CDAG de France, hors antennes de prison, toujours sur la base du volontariat et de l'anonymat (30). Le questionnaire de 2004 était proposé à tous les nouveaux consultants au cours d'une semaine donnée et regroupait cinq items : les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents de dépistage, les circonstances et motifs de demande du test, l'orientation sexuelle et la prise de risque vis-à-vis du VIH, ainsi que la décision médicale concernant la prescription des tests et leurs résultats.

Parmi les 273 sites de CDAG, 202 (74%) centres ont participé à l'enquête, ce qui a permis d'inclure 5398 consultants représentant toutes les régions. Le niveau de participation des consultations comme celui des consultants était en hausse par rapport aux deux enquêtes nationales précédentes de 1999 et 2000 (4028 réponses en 1999).

D'après le recueil annuel des informations sur le sexe et l'âge des consultants, émanant de tous les CDAG de France, adressé à l'InVS, les participants de l'enquête sont représentatifs des consultants de l'ensemble de l'année 2004.

C'est aux résultats de cette enquête que nous comparerons le profil des consultants du CDAG de Sarreguemines au bout d'un an d'activité.

RELEVÉ D'ACTIVITÉ

A- Objectif de l'étude

Notre étude vise à décrire point par point les caractéristiques des consultants du CDAG de Sarreguemines et ainsi d'établir un profil des consultants. Seront décrits :

- leurs caractéristiques démographiques et sociales,
- leurs orientations et comportements sexuels,
- les circonstances de leur venue au CDAG,
- et enfin les sérologies effectuées et leurs résultats.

Ces résultats seront ensuite décrits et comparés aux résultats de l'enquête épidémiologique nationale de 2004 réalisée par l'InVS : « Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale ».

Nous pourrions alors mesurer l'efficacité des messages de prévention et pointer l'amélioration nécessaire du dépistage chez les personnes exposées au risque de contamination.

B- Matériel et méthode

Notre travail a consisté à examiner une à une les 323 feuilles d'entretien correspondant à l'activité du 22 mai 2006 au 21 mai 2007, ainsi que les résultats des sérologies demandées.

Lors des consultations, c'est l'infirmière qui rédige la feuille d'entretien.

Les résultats biologiques proviennent du laboratoire de l'Hôpital du Parc de Sarreguemines.

Les consultations des personnes s'étant présentées plus d'une fois au cours de cette année ont donné lieu à chaque fois à l'ouverture d'un nouveau dossier. Ceci est notamment le cas lors d'une convocation à trois mois pour contrôle des sérologies après une prise de risque récente.

Ont été incluses toutes les feuilles d'entretien des consultants s'étant présentés au CDAG de Sarreguemines, qu'un dépistage ait été effectué ou non, que la personne soit revenue en consultation pour remise des résultats ou non, que le consultant ait été dirigé ou non vers un autre service.

Ont également été incluses les personnes ayant bénéficié d'un dépistage à l'extérieur du CDAG, notamment lors de la visite d'une structure autre par l'infirmière du CDAG.

N'ont pas été incluses les données provenant de l'antenne de la prison de Sarreguemines. Les personnes incarcérées ne sont pas représentatives de la population générale avec notamment une plus forte prévalence de l'infection par le VHC. De plus le dépistage leur est proposé systématiquement. Rappelons que l'enquête nationale de 2004 n'inclut pas non plus les dépistages réalisés en maison d'arrêt.

Les données utilisées sont conservées au CDAG de Sarreguemines.

Le modèle de feuille d'entretien est demeuré inchangé tout au long de ces douze mois d'étude. Ce modèle provient du CDAG de Metz à l'Hôpital Bonsecours, où il a été élaboré par les intervenants de ce CDAG. Ces feuilles d'entretien ont été utilisées sans aucune modification au CDAG de Sarreguemines. Une feuille d'entretien a été remplie pour chacun des consultants désirant un dépistage ou seulement des informations.

Le recueil des données a toujours été effectué par la même infirmière. Le CDAG fonctionne avec une seule et unique infirmière (le CDAG est fermé en période de vacances).

Le consultant est libre de refuser de répondre au questionnaire et peut demander à bénéficier d'un dépistage directement.

A son ouverture, le CDAG fonctionnait avec très peu de consultants à un rythme de 2 ou 3 consultants par semaine. 179 personnes ont consulté jusqu'au 31 décembre 2006, soit 24,4 personnes par mois. L'existence du CDAG a ensuite été de plus en plus connue auprès de la population locale, et le rythme des consultations a augmenté. Du 1^{er} janvier au 21 mai 2007, 144 personnes ont consulté, soit 30,9 personnes par mois.

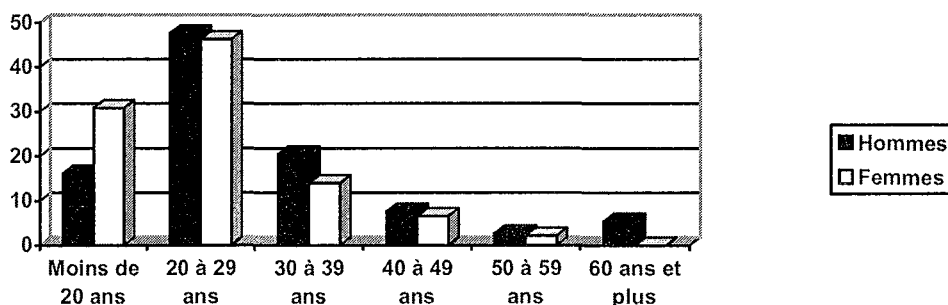
C- Caractéristiques démographiques et sociales

1. Age et sexe

La majorité des consultants du CDAG de Sarreguemines est de sexe masculin (57,6%) et jeune (49% de l'effectif a moins de 25 ans). L'âge des consultants varie de 16 à 72 ans avec une moyenne de 27,6 ans. Les femmes sont plus jeunes puisque 58,8% d'entre elles ont moins de 25 ans pour 42,2% chez les hommes, et la moyenne d'âge des femmes est de 25,3 ans contre 29,4 ans chez les hommes.

La répartition des consultants par classe d'âge suit la même évolution chez les hommes et chez les femmes.

Figure 3 - Répartition des consultants selon le sexe et la classe d'âge (%)



2. Lieu d'habitation

La majorité des consultants (51,8%) ont déclaré habiter entre 10 et 35 kilomètres du CDAG, ce qui concerne : les communes entourant Sarreguemines, le pays de Bitche, le bassin houiller de Forbach, et l'Allemagne proche (le CDAG se trouve à deux kilomètres de la frontière franco-allemande). 36,2% des consultants ont déclaré habiter à moins de 10 kilomètres du CDAG, ce qui concerne la ville de Sarreguemines même. Et 7,4% ont parcouru plus de 35 kilomètres depuis leur domicile pour consulter au CDAG (pour mémoire les autres CDAG les plus proches de Sarreguemines sont celui

de Sarrebourg à 65 kilomètres et ceux de Metz à 81 kilomètres). Pour les 4,6% restants, la rubrique du lieu d'habitation n'était pas renseignée.

Les items de la feuille d'entretien ne permettent pas de connaître le lieu de vie des consultants, notamment de préciser s'ils sont issus d'un foyer stable, ou d'un foyer d'hébergement.

3. Pays d'origine

Au cours des douze mois d'observation, 90% des consultants du CDAG de Sarreguemines avaient pour pays d'origine la France, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les personnes ayant déclaré avoir un autre pays d'origine que la France et qui ont consulté au CDAG avaient une moyenne d'âge de 26,6 ans.

Figure 4 - Répartition des consultants immigrés selon le continent d'origine

<u>Continent d'origine</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Europe de l'est	9	29,1
Europe occidentale	8	25,8
Afrique du nord	7	22,6
Afrique subsaharienne	5	16,1
Amérique	1	3,2
Asie et Océanie	1	3,2
<u>Total</u>	<u>31</u>	<u>100</u>

A noter que parmi les immigrés comptabilisés pour l'Europe occidentale, sont présents une majorité d'allemands (5) en raison de la proximité de la frontière franco-allemande.

A noter aussi que les immigrés de l'Europe de l'est sont pour 8 d'entre eux des arméniennes qui étaient logées dans un foyer d'hébergement d'urgence et qui ont

bénéficié du dépistage le même jour, ce qui relativise la représentativité des personnes d'Europe de l'est.

Le groupe ethnique (Blanc, Noir ou Asiatique), bien que figurant sur la feuille d'entretien du CDAG, n'a pas été relevé. En effet, il n'est pas très précis notamment pour le recensement des consultants du pourtour méditerranéen. De plus, il peut revêtir aux yeux de certaines personnes un caractère raciste. C'est pour cette dernière raison que la DDASS de Moselle a demandé à ce que ce critère soit retiré des feuilles d'entretien pour l'avenir.

Sur les nouvelles feuilles d'entretien utilisées depuis l'été 2007, figure une nouvelle rubrique pour dire si le consultant est un immigré ou non. Le reste du questionnaire n'a pas été modifié.

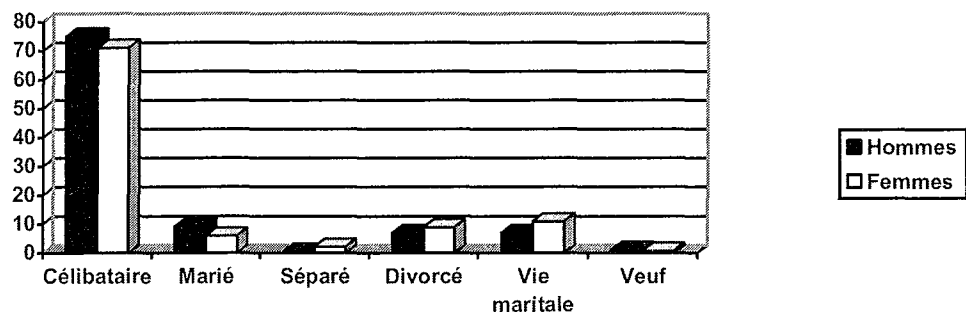
4. Situation de famille

Les célibataires représentent la majorité des consultants avec 73,5%. Tandis que les personnes mariées représentent 7,8% des consultants. On recense également 1,2% de personnes séparées, 7,8% de divorcées, 8,7% de personnes vivant maritalement et 1% de personnes veuves. Aucune personne pacsée ne s'est présentée à la consultation au cours de l'année d'étude.

Le questionnaire ne permet pas de mentionner si les consultants se sont présentés en couple ou non. Rappelons que si les consultants se présentent en couple, ils sont reçus individuellement par l'infirmière afin de préserver le secret médical.

Le questionnaire mentionne les grossesses antérieures mais pas l'existence ou non d'enfants.

Figure 5 – Répartition des consultants selon le sexe et la situation de famille (%)



Parmi les consultants, 9 femmes ont dit avoir déjà été enceintes. Aucune femme n'a consulté au CDAG se sachant enceinte.

5. Profession

Les consultants sont pour la majorité des employés ou ouvriers (52%). 32,7% sont des lycéens et étudiants. On observe des disparités entre hommes et femmes comme le montre la figure 6 : les femmes sont le plus souvent lycéennes ou étudiantes, ce qui explique le fait que les femmes à avoir consulté au CDAG sont plus jeunes que les hommes. A noter la très faible part de cadres et professions libérales à s'être présentés.

Figure 6 – Répartition des situations professionnelles en fonction du sexe (%)

<u>Sexe</u>	<u>Employés et ouvriers</u>	<u>Lycéens et étudiants</u>	<u>Sans emploi</u>	<u>Non renseigné</u>	<u>Cadres et professions libérales</u>
Hommes	63,6	27,8	4,8	1,7	2,1
Femmes	35,9	39,6	14,1	8,9	1,5
<u>Total</u>	<u>52</u>	<u>32,7</u>	<u>8,7</u>	<u>4,7</u>	<u>1,9</u>

D- Orientation et comportements sexuels

1. Orientation sexuelle

La très grande majorité des consultants (91,6%) déclare avoir une pratique exclusivement hétérosexuelle, aussi bien chez les hommes (88,3%) que chez les femmes (96,3%).

Les hommes déclarent également une pratique bisexuelle à 5,4%, et une pratique homosexuelle à 5,9%. Dans 0,4% des cas la rubrique n'est pas renseignée.

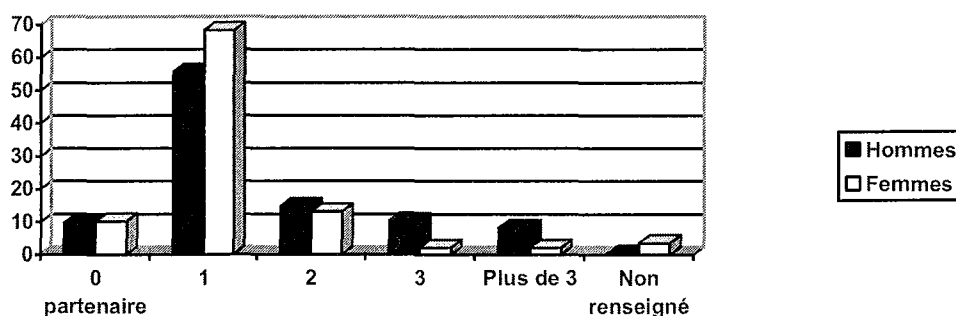
Les femmes quant à elles déclarent une pratique bisexuelle à 0,7%, et une pratique homosexuelle à 1,5%. Dans 1,5% des cas la rubrique n'est pas renseignée.

2. Partenaires sexuels au cours des trois derniers mois

Parmi les consultants du CDAG pendant l'année d'observation, 55.7% des hommes et 68.3% des femmes disent n'avoir eu qu'un seul partenaire au cours des trois derniers mois.

9,8% des hommes et 10,3% des femmes déclarent n'en avoir eu aucun au cours de cette même période de trois mois.

Figure 7 – Nombre de partenaires au cours des trois derniers mois selon le sexe (%)

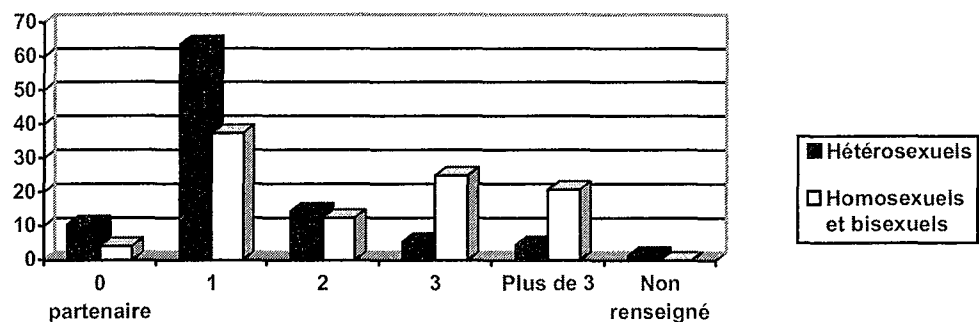


La feuille d'entretien ne permet pas de savoir si les rapports étaient protégés ou non.

On ignore également si les partenaires étaient des partenaires stables ou occasionnels.

Les hétérosexuels (hommes et femmes confondus) n'ont majoritairement eu qu'un seul partenaire sexuel au cours de trois derniers mois (63,7%). Peu d'hétérosexuels ont eu plusieurs partenaires. Chez les homosexuels et les bisexuels, le nombre de partenaires est variable : 37,5% ont eu un partenaire, 12,5% en ont eu deux, 25% en ont eu trois et 20,8% en ont eu plus de trois.

Figure 8 – Nombre de partenaires au cours des trois derniers mois précédant la consultation selon l'orientation sexuelle (%)



E- Circonstances et motif de la venue au CDAG

1. Antécédent d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)

Parmi les 323 consultants du CDAG au cours de l'année d'observation, 23 ont déclaré avoir eu par le passé une IST, soit 7,1%. Les IST qui ont été mentionnés sur la feuille d'entretien sont : l'herpès génital, les condylomes, la blennorragie et les infections à chlamydia trachomatis.

Ces 23 consultants ayant eu une IST sont : 10 femmes pour une moyenne d'âge de 28,7 ans, et 13 hommes pour une moyenne d'âge de 34,6 ans.

Ces 23 personnes ont majoritairement un comportement hétérosexuel (95,7%).

Les femmes n'ont majoritairement eu qu'un seul partenaire sexuel au cours des trois derniers mois (80%) ; tandis que les hommes en ont eu pour la plupart au moins deux (61,5%).

Parmi ces 23 personnes, 13 (56,5%) ont déclaré avoir déjà eu recours par le passé à un test de dépistage d'IST, en CDAG ou dans une autre structure.

Parmi l'ensemble des consultants, 6 hommes et 3 femmes, soit 2,8% des consultants, ont déclaré présenter au moment de la consultation des signes qui leur évoquaient une IST.

Ont été mentionnés chez les hommes : des brûlures pendant les rapports, des brûlures mictionnelles, des dépôts blanchâtres sur la verge sans autre précision et une blennorragie.

Ont été mentionnés chez les femmes : des condylomes, des douleurs du bas ventre sans autre précision et des saignements anormaux.

2. Prise de risques

116 des consultants (35,9%) ont déclaré ne pas avoir eu de comportement à risque parmi ceux mentionnés sur la feuille d'entretien (annexe 1), pour une moyenne d'âge de 28,9 ans pour les hommes et de 23,8 ans pour les femmes.

Quant aux 207 autres consultants (64,1%), ils ont admis avoir eu un ou plusieurs comportements à risque par rapport à l'infection par le VIH, le VHC ou le VHB (la somme des prises de risque est supérieure au nombre total de consultants, car un consultant a pu avoir plusieurs conduites à risque).

Figure 9 – Répartition des comportements correspondant à une prise de risque selon le sexe

<u>Prise de risque</u>	<u>Hommes</u>			<u>Femmes</u>		
	<u>Nombre</u>	<u>%</u>	<u>Âge</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>	<u>Âge</u>
Partenaire de VIH+	75	39,3	29,8	42	28,8	27,1
Piercing	40	20,9	24,7	46	31,5	22
Intervention chirurgicale	28	14,7	36,3	25	17,1	30,2
Tatouage	22	11,6	29,9	20	13,7	26,4
Acupuncture	7	3,7	39,6	5	3,4	33,6
Transfusion	6	3,1	31	3	2	33,3
Essai de toxicomanie par paille *	6	3,1	25,9	1	0,7	27
Essai de toxicomanie par voie intraveineuse	3	1,6	38,7	2	1,4	31,5
Partenaire de toxicomane ancien	1	0,5	32	2	1,4	29,5
Partenaire de toxicomane actuel	2	1	22,5	0	0	
Etat de toxicomanie par paille **	1	0,5	22	0	0	
<u>Total</u>	<u>191</u>	<u>100</u>		<u>146</u>	<u>100</u>	

* une seule prise de drogue

** plusieurs prises de drogue

Les risques mentionnés dans ce tableau sont ceux figurant sur la feuille d'entretien.

La répartition des comportements correspondant à une prise de risque est à peu près identique qu'il s'agisse des hommes ou des femmes. A noter que le piercing est cité en premier lieu chez les femmes.

Les personnes qui consultent au CDAG et qui déclarent avoir eu un comportement à risque sont, dans le cas le plus fréquent, mentionnées comme ayant été des partenaires de personnes infectées par le VIH.

On observe que très peu de toxicomanes (13 personnes) se présentent au CDAG, qu'ils aient eu une prise de substance par voie intraveineuse ou par voie inhalée, qu'il s'agisse de consommateurs réguliers ou novices.

N'ont été mentionnés par aucun consultant les risques suivants : l'état de toxicomanie (prises répétées de drogue) par voie intraveineuse, l'hémophilie, la transplantation, la dialyse, la mésothérapie et la prostitution. Ces risques sont mentionnés sur la feuille d'entretien.

3. Nombre de tests antérieurs et dons de sang

41% de l'ensemble des consultants avait déjà effectué un test de dépistage au moins une fois au cours de leur vie (sans précision du type de dépistage VIH, VHB ou VHC). Le délai depuis le dernier test n'est pas connu.

Parmi ces 41%, 14,3% déclarent avoir un comportement bisexuel ou homosexuel, ce qui est plus important que leur représentativité au sein des consultants du CDAG (8,4%).

Parmi les consultants, 43,9% des hommes ont déjà effectué un dépistage contre 36,8% des femmes.

La répartition par âge des personnes ayant déjà effectué un test est identique à celle de l'ensemble des consultants, avec une majorité de personnes âgées de 20 à 29 ans (51,5%).

Ces mêmes personnes déclarent avoir en majorité (54,6%) eu un seul partenaire sexuel au cours des trois derniers mois.

Concernant leurs activités professionnelles, ce sont les employés et ouvriers qui ont le plus souvent eu recours à un test de dépistage par le passé (92 personnes), suivis des lycéens et étudiants (29 personnes), des personnes sans emploi (13 personnes) et des cadres et des professions libérales (4 personnes).

Lorsqu'on compare ces chiffres aux effectifs de chacune de ces catégories, on constate que 55,1% des employés et ouvriers ont déjà effectué un test précédemment,

contre 46,4% des sans emploi, 66,7% des cadres et professions libérales et seulement 27,6% des lycéens et étudiants.

30,5% (57 personnes) des hommes ont déjà donné leur sang, contre 21,3% (29 personnes) des femmes. Ces données concernent les personnes ayant effectué auparavant un ou plusieurs dons de sang.

Rappelons que lors d'un don du sang, sont systématiquement dépistées les maladies transmissibles par le sang (31). Il s'agit de la syphilis, des infections par le VIH, des infections par le VHC, des infections par le VHB, et des infections par le HTLV (Human T cell Leukemia/lymphoma Virus est un rétrovirus endémique au Japon et aux Caraïbes qui peut être responsable de leucémie ou de lymphome à cellule T ou encore de paraparésie spastique tropicale).

4. Motif de la venue

Il s'agit là des réponses notées dans la rubrique « motif de venue » en bas de la feuille d'entretien. Cette rubrique comporte une partie avec des choix de réponses fermés et une partie où la réponse est libre.

L'item « motif de venue » sur les feuilles d'entretien est le plus difficile à exploiter. En effet la rubrique notifiant le motif de venue sur la feuille d'entretien n'est pas toujours remplie, le consultant n'ayant pas systématiquement justifié sa venue auprès de l'infirmière qui réalise l'entretien.

Voyons tout d'abord les motifs de venue qui étaient clairement indiqués sur la feuille d'entretien. Pour 48 hommes (25,7% des hommes) et 39 femmes (28,7% des femmes), la venue au CDAG de Sarreguemines s'inscrit dans une démarche de couple, pour arrêter l'utilisation du préservatif avec le partenaire.

La rubrique portant sur l'absence de test du partenaire, donc sur un doute sur le statut sérologique du partenaire, a été cochée par 3 hommes (1,6%) et 6 femmes (4,4%).

2 hommes (1,1%) et une femme (0,7%) ont dit se présenter au CDAG car leur partenaire n'a pas réalisé de test depuis longtemps.

Un seul homme (0,5%) est venu car sa partenaire avait récemment effectué un test de dépistage.

De manière plus significative, 10 hommes (5,3%) et 5 femmes (3,7%) ont consulté pour un dépistage après une rupture de préservatif.

Ont été mentionnés les motifs de venue suivants : une demande d'information sur les IST, un dépistage de contrôle trois mois après le comportement à risque, une inquiétude après deux dons du sang refusés, un accident d'exposition au sang, une utilisation à deux reprises du même préservatif, sans raison particulière « juste pour voir » ou « pour faire le point », pour confirmer une hépatite B connue, pour confirmer une hépatite C connue chez un toxicomane, et enfin un consultant s'est présenté pour faire part de son ressenti après un mois de traitement antirétroviral débuté en urgence suite à une prise de risque.

En se basant sur les prises de risques déclarées, et non sur les motifs de consultation lorsqu'ils ne sont pas clairement notés, on peut supposer que 77 hommes (41,1%) et 35 femmes (25,7%) se sont présentés au CDAG par peur d'une contamination après un rapport non protégé. Ce qui représenterait le premier motif de venue chez les hommes et le deuxième chez les femmes après la démarche de couple.

Chez les consultants dont le motif de venue principal n'est pas clairement indiqué, il devient très difficile voire impossible de déduire le motif à partir des prises de risques déclarées lorsque plusieurs ont été mentionnées, à moins que le motif de consultation soit le cumul de plusieurs prises de risques.

F- Autres données

Au cours de l'année d'activité, seules 5 personnes ne se sont pas présentées au CDAG pour la remise des résultats après leur premier passage.

Un seul consultant a dû être adressé le jour même au service des urgences de l'Hôpital du Parc afin d'éventuellement débiter un traitement antirétroviral: le préservatif s'était rompu lors d'un rapport avec une personne dont il ignorait le statut

sérologique, 48 heures avant la consultation. Les sérologies ont été réalisées ainsi qu'un dosage de l'antigène p24 (nous ne disposons pas des résultats).

Si un consultant se présente moins de trois mois après une prise de risque et que le dépistage effectué se révèle négatif, il lui est très vivement recommandé de revenir au CDAG pour un autre dépistage, trois mois après la prise de risque initiale, ce fut le cas pour 12 consultants. Cependant il n'y a pas de moyen de savoir si le consultant se présente bien une deuxième fois pour les sérologies de contrôle puisque un deuxième dossier est ouvert et il n'a été mentionné que quatre fois sur la nouvelle feuille d'entretien que le consultant se présentait pour un deuxième dépistage. Les consultants peuvent très bien consulter au CDAG à deux reprises sans préciser qu'ils sont déjà venus.

Au cours de l'année, 20 dépistages se sont déroulés lors d'une visite d'un foyer d'hébergement.

Les données de la rubrique « dernier rapport sexuel non protégé » n'ont pas été exploitées par manque de précision sur la feuille d'entretien : on ne sait pas si cela correspond à un rapport avec le partenaire habituel, ou alors à un rapport avec une personne dont le consultant ignore le statut sérologique, ce qui serait le motif de consultation au CDAG.

D'autres diagnostics biologiques ont été réalisés à la demande de certains consultants, en plus des sérologies habituelles. Chez 3 personnes, a été réalisée une sérologie pour le diagnostic de la syphilis (TPHA et VDRL). Les 3 résultats étaient négatifs. 2 femmes ont également demandé un diagnostic biologique de grossesse, qui pour l'une d'entre elles s'est révélé positif.

Quel que soit le motif de consultation, les consultants ont toujours bénéficié d'informations à propos des infections par le VIH, le VHC et le VHB, sous forme de rappels sur les modes de contamination et de prévention.

G- Sérologies

Chez 4 hommes et une femme (1,5% des consultants), aucune sérologie n'a été réalisée suite à la consultation au CDAG, soit le consultant venait uniquement pour recueillir des informations, ou pour faire part de son ressenti après mise en route d'un traitement antirétroviral soit, dans un cas, le consultant était un toxicomane qui se savait contaminé par le VHC et pour lequel l'infirmière n'a pas réussi à réaliser le prélèvement sanguin afin d'effectuer les sérologies du VIH et du VHB.

Lorsqu'un dépistage a été effectué, les trois sérologies VIH, VHC et VHB ont systématiquement été réalisées.

Au cours de sa première année d'activité, le CDAG n'a compté aucun nouveau diagnostic d'infection par le VIH, le VHC ou le VHB. Les tests ELISA pour le VIH et le VHC ont tous été négatifs.

Dans trois dossiers, les résultats des sérologies étaient absents. Renseignement pris auprès de l'infirmière du CDAG, les résultats des sérologies étaient bien tous négatifs au cours de l'année d'étude, y compris pour les résultats qui s'étaient égarés.

Pour l'infection par le VHB, 120 hommes et 85 femmes (63,5% des consultants) étaient immunisés contre le VHB après vaccination (anticorps anti-HBs positifs). Les anticorps anti-HBc et les antigènes HBs étaient négatifs pour tous les consultants sauf pour un seul d'entre eux qui s'est présenté au CDAG précisément pour confirmer une infection par le VHB qu'il connaissait déjà et qui avait été diagnostiquée dans une autre structure.

Toutes les remises de résultat ont été faites par l'infirmière du CDAG puisque aucune nouvelle contamination n'a été dépistée.

Rappelons que la procédure prévoit une remise des résultats par un médecin quand un résultat de sérologie fait le diagnostic d'une nouvelle infection.

Aucun autre examen biologique de type Western Blot n'a été réalisé pour le diagnostic de l'infection par le VIH.

Il en est de même pour le dosage de l'ARN viral du VHC par PCR, et le dosage de l'ADN viral du VHB par PCR, qui n'ont tous les deux pas été réalisés au cours de l'année, aucune indication n'ayant été retenue.

DISCUSSION

Les données précisées par l'étude des feuilles d'entretien décrivent une à une les caractéristiques des consultants du CDAG de Sarreguemines au cours de sa première année d'activité. Cela permet de dresser un tableau des demandes de dépistage dans le cadre anonyme.

Nous allons en faire une synthèse avant comparaison avec les données nationales. Nous essayerons ensuite de préciser le recrutement du CDAG de façon à ajuster les messages de prévention et proposer des dépistages aux personnes les plus exposées aux risques.

A- Une étude sur un an

Considérer l'ensemble des consultants sur une année d'activité de mai 2006 à mai 2007 nous permettra d'établir un profil représentatif des consultants du CDAG de Sarreguemines.

Mais des biais sont à garder à l'esprit :

- lors de son année de démarrage, le CDAG manquait encore de notoriété auprès de la population de la Moselle-Est,
- concernant les prises de risque avouées, les chiffres obtenus sont à prendre avec prudence car il est possible que les consultants ne répondent pas à cette question avec franchise, notamment à l'abord de sujets extrêmement personnels, réprimés par la loi comme le racolage ou la toxicomanie, ou potentiellement graves tant sur le plan personnel et médical que sur le plan social et professionnel,
- le nombre de rapports déclarés avec des personnes contaminées par le VIH est vraisemblablement surestimé. On peut imaginer que les gens qui ont eu un rapport sexuel non protégé avec une personne dont ils ignorent le statut sérologique redoutent que cette personne soit infectée par le VIH, et qu'à l'interrogatoire par l'infirmière ils préfèrent dire, dans le doute, qu'ils ont eu un rapport avec un partenaire infecté par le VIH.

La lecture des résultats de notre enquête doit prendre en compte l'anonymat et l'impossibilité de vérifier la véracité des déclarations des consultants.

Mais une certaine qualité des réponses apportées peut être retenue :

- d'une part du fait de la certitude pour les consultants de l'anonymat, de par le fonctionnement même du CDAG et de par sa localisation dans un quartier résidentiel de Sarreguemines peu fréquenté à l'écart du centre hospitalier et du centre ville,
- et d'autre part du fait des consultants eux-mêmes qui font la démarche de s'adresser au CDAG (mises à part les consultations effectuées en dehors du site du CDAG où l'infirmière va à la rencontre des consultants, mais qui sont largement minoritaires), ce qui suppose une certaine confiance de leur part envers cette structure.

Le relevé des informations par écrit lors de l'entretien avec le consultant aurait pu être un frein dans la relation de confiance entre le consultant et le personnel du CDAG. Mais cela n'a pas été le cas, la feuille d'entretien étant présentée comme un outil pédagogique et un moyen d'aborder les risques de contamination un à un et les moyens de s'en protéger. Le relevé des informations sur papier est également présenté aux consultants comme un outil statistique pour le CDAG. L'anonymat est toujours garanti. Le rôle de cette feuille est avant tout d'informer et de prévenir.

B- Description de la population

Rappelons que la grande majorité des consultants viennent de Sarreguemines et de ses environs : seuls 7,4% ont parcouru plus de 35 kilomètres pour venir au CDAG. On peut donc comparer les données sociodémographiques des consultants du CDAG à celles de la population générale de Sarreguemines qui est de 23191 habitants d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (11).

Les données sociodémographiques recueillies dans notre enquête pour cette année d'observation montrent que la population qui a fréquenté le CDAG avec une moyenne d'âge de 27,6 ans est plus jeune que la population générale de l'agglomération de Sarreguemines (11) avec une moyenne d'âge de 38,6 ans.

A titre de comparaison, lors d'une enquête réalisée au CDAG de Nancy en 2001, l'âge médian des consultants était de 23 ans (32).

La population fréquentant le CDAG est à très nette prédominance masculine, puisque le sex-ratio (H/F) est de 1,36. Alors que pour la population générale de Sarreguemines, la répartition des sexes est inverse, la population est plus féminine avec un sex-ratio (H/F) de 0,97.

Les personnes n'étant pas de nationalité française ont représenté 9,6% du total des consultants au cours de l'année d'observation, avec une forte représentation de la population d'origine allemande du fait de la proximité de la frontière franco-allemande (à deux kilomètres du CDAG).

A noter le faible pourcentage de consultants originaires de régions considérées comme étant à risque d'infection, telles l'Afrique subsaharienne ou l'Asie du Sud-Est. La population d'origine étrangère représente 8,5% de la population sarregueminoise (11), sans connaître le détail des origines. Il est probable que peu de personnes étrangères originaires de ces régions du monde plus à risque, résident à Sarreguemines. A l'échelle de la France, la population étrangère représente 5,6% des plus de 18 ans.

Le CDAG a donc attiré une population étrangère surtout européenne.

Selon notre enquête, les célibataires représentent 73,5% des personnes s'étant présentées au CDAG. Hors, au sein de l'agglomération sarregueminoise, ils ne représentent que 36% de la population parmi les personnes âgées de 15 ans et plus (11). Les personnes célibataires sont donc plus fortement représentées chez les consultants du CDAG que dans la population générale.

Les lycéens et étudiants représentent 32,7% des consultants du CDAG au cours de l'année d'observation, alors que les données de l'INSEE montrent que la population scolarisée chez les plus de 16 ans ne représente à Sarreguemines que 7%.

Quant aux employés, ouvriers et professions intermédiaires, ils représentent la majorité des consultants avec 52%. Au sein de la population générale de Sarreguemines, chez les personnes âgées de 15 ans ou plus, ils sont également les plus nombreux avec 45% des habitants.

Les cadres et professions libérales ne représentent que 1,9% des consultants du CDAG, alors qu'ils sont 8,7% dans la population sarregueminoise âgée de 15 ans ou plus (11).

Les personnes sans activité professionnelle représentent 8,7% des consultants du CDAG alors qu'ils sont 20,5% chez les personnes de 15 ans ou plus.

Les lycéens et étudiants, bien qu'ils ne soient pas les plus représentés parmi les consultants, ont plus tendance à venir consulter au CDAG de Sarreguemines. A titre de comparaison, dans l'enquête réalisée en 2001 au CDAG de Nancy, qui est une ville à forte population estudiantine, les étudiants représentent plus de la moitié de l'effectif global des consultants du CDAG.

Parmi les personnes âgées de 18 à 69 ans, à une échelle nationale, 4% des femmes et 4,1% des hommes (33) déclarent avoir déjà eu des rapports avec une personne du même sexe au cours de leur vie. Les consultants du CDAG ont déclaré avoir un comportement homosexuel ou bisexuel plus fréquemment que dans la population générale, avec 7,4% des cas.

Dans la population générale française, les donneurs de sang sont 1,5 millions (34) ; ramené à la population âgée de 18 à 65 ans, 4,2% des français ont déjà donné leur sang par le passé. Parmi les consultants du CDAG de Sarreguemines, ils sont 26,6% à avoir donné leur sang. Les personnes demandant un dépistage au CDAG sont beaucoup plus nombreuses à avoir donné leur sang que les autres. Etait-ce pour bénéficier d'un dépistage gratuit de maladies infectieuses chez des personnes peut-être plus à risque sans afficher leurs motivations réelles ? Ou alors certains donneurs de sang ont-ils eu peur d'une contamination lors du prélèvement de sang ? Ou bien alors la fréquence des dons de sang est-elle supérieure à Sarreguemines qu'ailleurs (on ne dispose pas de renseignement à ce sujet) ?

Les dépistages effectués n'ont permis aucun nouveau diagnostic d'infection par le VIH, le VHB ou le VHC. L'incidence tout comme la prévalence de ces trois infections est inférieure dans ce CDAG par rapport à la population générale. Rappelons qu'en France 12% des sérologies positives sont dépistées dans les CDAG, et que la prévalence de ces trois infections n'est pas négligeable au plan national.

Il existe également à Sarreguemines un Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes (CAST). Les toxicomanes n'y consultent en général pas dans le but de bénéficier d'un dépistage d'une maladie infectieuse, mais plutôt pour une aide, un sevrage ou une substitution. C'est après quelques entretiens qu'un dépistage du VIH, du VHB et du VHC leur est proposé. Ce dépistage se déroule de façon anonyme et gratuite

dans les locaux du CAST. Il peut également avoir lieu dans un laboratoire de ville après prescription par un médecin du CAST ou lors d'une hospitalisation pour sevrage ou mise en route d'une substitution au Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines.

Pour résumer les données de notre enquête, le profil type de la population ayant fréquenté le CDAG de Sarreguemines au cours de la première année d'activité est plutôt jeune, de sexe masculin, célibataire, plus souvent homosexuelle ou bisexuelle que dans la population générale, plus souvent lycéenne ou étudiante que dans la population générale, et plus souvent d'origine étrangère, mais provenant rarement de pays où ces trois infections ont une forte prévalence. La population ayant consulté au CDAG de Sarreguemines est moins touchée que le reste de la population par les infections à VIH, VHB ou VHC.

Voyons maintenant si les caractéristiques de la population du CDAG de Sarreguemines sont identiques aux caractéristiques des consultants des CDAG à travers la France.

C- Comparaison du profil des consultants avec des données nationales en se basant sur l'enquête épidémiologique de 2004 (30)

1. Caractéristiques démographiques et sociales

L'enquête transversale menée par l'InVS au cours d'une semaine du mois d'octobre 2004 dans l'ensemble des CDAG de France (métropole et départements d'outre-mer), hors antennes de prison, a montré que les consultants de CDAG étaient majoritairement masculins (54%) et jeunes (51% de l'effectif étant âgé de moins de 25 ans). La moyenne d'âge était de 27,5 ans. Les femmes étaient plus jeunes.

Les données de notre enquête menée au CDAG de Sarreguemines sont superposables : une majorité d'hommes, avec la même médiane pour les classes d'âges, une moyenne d'âge globale identique, avec une population féminine plus jeune que la population masculine.

Dans les deux enquêtes, le pourcentage de consultants de nationalité française est sensiblement le même : 92% pour l'enquête de l'InVS, et 90% pour la nôtre.

Dans l'enquête nationale, les migrants sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (39,6% des immigrants). Comme nous l'avons vu, cette tendance n'est pas extrapolable au CDAG de Sarreguemines qui attire plutôt des allemands du fait de la proximité de la frontière. Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont-ils moins nombreux à vivre dans l'agglomération sarregueminoise ?

2. Orientations et comportements sexuels

L'enquête nationale de l'InVS retrouve une grande majorité de consultants hétérosexuels à travers la France : 82% chez les hommes et 96% chez les femmes. Dans notre enquête, la répartition des consultants du CDAG de Sarreguemines suit la même répartition : 88% des hommes et 96% des femmes ont une pratique exclusivement hétérosexuelle.

Dans l'enquête de l'InVS, les consultants ont été interrogés sur leurs nombres de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. Il en ressort qu'une majorité des femmes (55%) et des hommes (63%) ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année écoulée, aussi bien chez les hétérosexuels que chez les bisexuels et les homosexuels pour lesquels la tendance est encore plus marquée.

Concernant le CDAG de Sarreguemines, à propos du nombre de partenaires sexuels, nous ne disposons de données que sur les trois mois précédant la consultation.

Les données de notre enquête ne suivent pas la tendance nationale puisque les hommes et les femmes n'ont eu majoritairement qu'un seul partenaire sexuel au cours des trois derniers mois, toutes orientations sexuelles confondues.

3. Circonstances et motif de la venue au CDAG

L'enquête épidémiologique nationale montre que près de 60% de l'ensemble des consultants avaient effectué un test de dépistage du VIH au moins une fois au cours de leur vie. Les facteurs associés à la réalisation d'un test antérieur sont : le jeune âge, le

fait de consulter à Paris plutôt qu'en Province, être une femme, s'estimer plus à risque de contamination que les autres, venir seul plutôt qu'en couple ou accompagné d'amis, avoir des relations homosexuelles ou bisexuelles et être salarié plutôt qu'étudiant.

Quant aux consultants du CDAG de Sarreguemines, ils sont moins nombreux à avoir effectué un test de dépistage du VIH par le passé puisque cela représente 41% de l'effectif total. Les facteurs associés à la réalisation d'un test antérieur rejoignent la tendance nationale pour : le fait d'avoir des relations homosexuelles ou bisexuelles, et le fait d'être salarié plutôt qu'étudiant. Par contre les facteurs divergent pour : le sexe, les hommes ayant plus souvent eu recours à un dépistage par le passé que les femmes, et le fait de s'estimer plus à risque de contamination que les autres. En effet les personnes ayant déjà effectué un dépistage ont eu en majorité un seul partenaire sexuel au cours des trois derniers mois, de plus peu de personnes migrantes ou consommatrices de drogues se sont présentées au CDAG.

Pour ce qui concerne le motif de la venue, l'étude nationale et l'étude sarregueminoise retrouvent le même résultat : les consultants viennent principalement dans une démarche de couple pour arrêter l'utilisation des préservatifs avec le partenaire (24% dans l'étude nationale).

Mais comme nous l'avons constaté dans notre étude, le motif de la venue au CDAG de Sarreguemines n'est pas toujours clairement notifié. Au vu des prises de risques déclarées, nous avons supposé qu'un grand nombre de consultant sont venus par peur de contamination après un rapport sexuel. Ceci rejoint l'étude nationale, puisque le deuxième motif de consultation en CDAG en France (23%) est la peur d'une contamination après un rapport sexuel.

4. Prescription de tests de dépistage et résultats des tests

En France, 94% des consultants ont bénéficié après leur entretien d'au moins un dépistage et 93% ont reçu une prescription pour dépistage du VIH. Quand un dépistage VIH était prescrit, il l'était seul dans 48% des cas. Le dépistage VIH était accompagné d'un dépistage VHB dans 33% des cas et d'un dépistage VHC dans 39% des cas.

Au CDAG de Sarreguemines, la situation n'est pas du tout comparable. 98,5% des consultants ont bénéficié d'un dépistage. Quand un dépistage était effectué, il concernait systématiquement à la fois le VIH, le VHB et le VHC. En effet le choix de

tel dépistage plutôt qu'un autre répond à une prescription médicale. Le médecin responsable du CDAG n'est présent sur place qu'à temps partiel (il est par ailleurs chef du service de Gastro-Entérologie de l'Hôpital du Parc de Sarreguemines qui se trouve à 2 kilomètres). L'infirmière étant seule au CDAG, elle a reçu pour consigne d'effectuer systématiquement le dépistage des trois infections dès lors qu'un prélèvement était fait ; ceci afin de dépister les coinfections dans le cadre d'une prise de risque. C'est pour ces mêmes problèmes de disponibilité du médecin que l'infirmière remet le résultat des sérologies lorsqu'elles sont négatives. Le médecin se déplace si un dépistage est positif afin de proposer une prise en charge adaptée.

Quant aux résultats des tests, l'enquête nationale de 2004 retrouve une prévalence de l'infection par le VIH de 0,51% pour l'ensemble des consultants. La prévalence est plus élevée pour les immigrés (2,61%) et parmi ceux originaires d'Afrique subsaharienne (4,78%). La prévalence de l'infection est également plus élevée pour les hommes ayant des relations homosexuelles ou bisexuelles (1,6%). La prévalence des anticorps anti-VHC est de 1,48%, et la prévalence de l'antigène HBs de 1,23% pour l'ensemble des consultants.

Là aussi les résultats de l'enquête menée au CDAG de Sarreguemines de mai 2006 à mai 2007 ne sont pas du tout comparables. La prévalence de l'infection par le VIH est nulle, tout comme celle de l'infection par le VHC. La prévalence de l'antigène HBs est de 0,3% (le consultant se savait contaminé et voulait confirmer l'infection).

Notre enquête montre que le CDAG de Sarreguemines attire moins les populations classiquement touchées par les infections par le VIH, le VHC ou le VHB que l'ensemble des CDAG de France.

5. Comparaisons régionales

L'enquête épidémiologique nationale a comparé les différences régionales du nombre de sérologies VIH réalisées en CDAG rapporté à la population des 20-59 ans. En Lorraine, de 4,75 à 6,79 sérologies VIH ont été réalisées pour 1000 habitants. Ce qui situe la Lorraine dans la moyenne basse, par rapport aux autres régions françaises (le maximum est atteint par l'Ile-de-France avec 16.1 sérologies réalisées pour 1000 habitants).

Ces mêmes comparaisons situent la Lorraine dans la moyenne basse pour le nombre de sérologies positives pour 1000 sérologies VIH réalisées en CDAG : de 1,73 à 2,64 sérologies positives pour 1000.

Les consultants de CDAG en Lorraine sont jeunes (65,9% ont moins de 25 ans). Le pourcentage de consultants immigrés en CDAG est dans la moyenne basse nationale (de 3,83 à 6,11%), tout comme la proportion d'hommes homosexuels ou bisexuels parmi les consultants de CDAG (12,28 à 15,65%).

D- Evolution vers un Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

A l'initiative de la DDASS de Moselle qui est responsable du CDAG de Sarreguemines, le CDAG fonctionne comme un Centre d'information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) depuis l'été 2007.

L'accueil, le personnel sur place, les feuilles remplies pendant l'entretien, et toutes les modalités de fonctionnement du CDAG sont conservés.

Sont proposés en plus une information, et dans la mesure du possible un dépistage des IST par l'infirmière du CDAG, ce qui était déjà le cas avant (par exemple des tests de dépistage de la syphilis ont été demandés pendant la durée de notre étude).

Si le dépistage ou le diagnostic des IST nécessite l'intervention d'un médecin, les consultants sont adressés par l'infirmière du CDAG au Centre Hospitalier Général du Parc de Sarreguemines. Un rendez-vous est pris pour le consultant dans les jours qui suivent, soit en service d'Urologie, soit en service de Gynécologie et Obstétrique au planning familial. Ce rendez-vous peut être demandé soit à l'initiative de l'infirmière, soit à l'initiative du consultant.

Le CIDDIST présente une plus grande offre de dépistage et de diagnostic que le CDAG. Le recrutement des consultants reste inchangé.

Cette extension du rôle du CDAG a donné lieu à un article de presse paru dans le Républicain Lorrain en août 2007.

E- Activité des CIDDIST de Moselle en 2008

Figure 10 :

	CIDDIST Metz CHR	CIDDIST Thionville	CIDDIST Sarrebouurg	CIDDIST Sarreguemines (hors prison)	CIDDIST Metz	TOTAL
Nombre de consultants	797	843	379	516	1378	3913
Nombre de personnes dépistées	779	806	369	506	1362	3822
Nombre de dépistage VIH	771	777	366	503	1346	3763
Nombre de diagnostic VIH	3 (0.39)*	5 (0.64)*	0	1 (0.2)*	5 (0.37)*	14 (0.37)*
Nombre de dépistage VHC	657	535	345	503	377	2417
Nombre de diagnostic VHC	4 (0.61)*	3 (0.56)*	0	2 (0.4)*	1 (0.27)*	10 (0.41)*
Nombre de dépistage VHB	611	583	255	503	876	2828
Nombre de diagnostic VHB	3 (0.49)*	0	0	2 (0.4)*	2 (0.23)*	7 (0.25)*

(Pourcentage de personnes infectées par rapport au nombre de dépistage)*

Entre notre étude et l'année 2008, le nombre de consultants est passé à Sarreguemines sur une année de 323 à 516. Le pourcentage du nombre de personnes infectées est passé à 0.2 et 0.4% respectivement pour le VIH et le VHC. Dans notre étude, ces pourcentages étaient nuls. Pour le VHB le pourcentage est passé de 0.31% à 0.4%. Le CIDDIST de Sarreguemines (lors de notre étude, le CDAG fonctionnait déjà quasiment comme un CIDDIST) a donc vu son activité augmenter, et le nombre de diagnostics pour les trois infections également.

Pour le VIH, on observe que les CIDDIST installés dans de plus grandes agglomérations (Metz et Thionville) ont un plus fort pourcentage de consultants infectés.

F- En pratique

Si nous voulons élargir le recrutement du CDAG de Sarreguemines vers une population plus exposée aux risques de contamination, peut-être faudrait t-il assurer une permanence à Forbach (qui se trouve à 20 kilomètres de Sarreguemines). En effet la population du bassin houiller de Forbach est composée d'une plus grande partie d'immigrés, notamment dans les cités de Behren-lès-Forbach et Farebersviller. De plus les personnes résidant dans le bassin houiller ayant peu de ressources peuvent difficilement se déplacer jusqu'à Sarreguemines (les transports en commun sont mal organisés). A Forbach, se trouvent d'autres foyers hébergeant des personnes en situation instable, tel le foyer Emmaüs.

Toutes ces populations à risque auraient avantage à pouvoir bénéficier d'un dépistage anonyme et gratuit proche de chez eux.

Nous pouvons constater que la fréquentation du CDAG de Sarreguemines est en hausse. Cette constatation est intéressante, elle montre que la population locale est informée de l'existence et du principe de fonctionnement du CDAG.

Pour diffuser encore plus cette information et que le CDAG soit connu de tous, il pourrait être judicieux de placer des affiches dans les cabinets médicaux. Certains patients ne souhaitent pas demander à leur médecin généraliste un test de dépistage.

Un affichage d'information pourrait également être mis en place dans différentes structures médicales notamment les services d'accueil des urgences de la Moselle-Est (Sarreguemines, Bitche, Forbach, Freyming-Merlebach, Saint-Avold), les centres de Médecine du travail, les centres médico-psychologiques, les centres médico-sociaux, les centres de protection maternelle et infantile et pourquoi pas les pharmacies.

Une augmentation du nombre des consultants du CDAG, parmi lesquels les personnes exposées aux risques seraient plus nombreuses, donnerait vraisemblablement lieu à des dépistages de sérologies positives, ce qui limiterait la propagation des infections.

CONCLUSION

Les CDAG constituent un outil original dans l'information, la prévention et le dépistage des infections par le VIH, le VHB ou le VHC.

Notre étude a décrit l'ensemble des consultants du CDAG de Sarreguemines pendant une année complète, de mai 2006 à mai 2007. Ce recueil d'information exhaustif nous a permis de dresser le profil de ces consultants. Des différences sont apparues entre le profil des consultants de Sarreguemines et le profil des consultants des autres CDAG de France. Ces différences de profil observées pourraient expliquer en partie la divergence des résultats des sérologies réalisées : aucun nouveau diagnostic au CDAG de Sarreguemines tandis qu'au niveau national, les CDAG ont permis la découverte de plusieurs nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, d'hépatite B, ou d'hépatite C.

L'enquête publiée par l'InVS en 2006 « Dépistage anonyme et gratuit du VIH - Profil des consultants de CDAG en 2004 – Enquête épidémiologique transversale » met en évidence plusieurs points :

- les CDAG semblent accueillir une population plus exposée aux risques de contamination,
- l'anonymat du dépistage favorise la précocité du dépistage et par la suite l'entrée dans le système de soins des personnes contaminées,
- les consultants ont majoritairement moins de 25 ans,
- la proportion d'immigrés, notamment originaires d'Afrique subsaharienne, est en constante augmentation parmi les consultants des CDAG.

Le profil des consultants de Sarreguemines suit la même tendance que les résultats de l'enquête de l'InVS sur les points suivants :

- les consultants sont des hommes jeunes,
- ils sont plus souvent homosexuels ou bisexuels que dans le reste de la population,
- ils consultent souvent au CDAG pour arrêter l'utilisation du préservatif avec leur partenaire.

Par contre on observe des divergences entre les résultats des deux enquêtes sur les points suivants :

- les consultants du CDAG de Sarreguemines ont moins de partenaires sexuels au cours des mois précédant la consultation,

- ces mêmes consultants ont moins fréquemment réalisé un test de dépistage de l'infection par le VIH par le passé, ce qui pourrait montrer que les consultants sarregueminois se sentent moins à risque d'être infectés que les autres consultants,
- le CDAG de Sarreguemines attire peu de personnes originaires de région où la prévalence des infections est plus élevée, par exemple l'Afrique subsaharienne ou l'Asie du Sud-Est.

Peu de consultants de CDAG sont des toxicomanes, aussi bien à Sarreguemines que dans le reste de la France. Ils sont souvent suivis dans des structures qui leur sont spécifiquement destinées.

Le travail d'élargissement du recrutement vers les personnes qui en ont le plus besoin doit se poursuivre afin de dépister le plus rapidement possible les infections, changer les comportements à risque et éviter ainsi de nouvelles contaminations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Article 29 de la loi n°87-588 du 30 juillet 1987.
2. Circulaire DGS/PGE/1.C n°85 du 20 janvier 1988.
3. Décret n°92-691 du 17 juillet 1992.
4. Décret n°92-784 du 6 août 1992.
5. Circulaire DGS/DH n°98-423 du 9 juillet 1998.
URL : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1998/98-30/a0301930.htm>
6. Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 19 février 2008, n°7-8, pp 49-60.
URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/07_08/beh_07_08_2008.pdf
7. Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005.
8. Décret n°99-1177 du 30 décembre 1999.
9. Loi n°2004-809 du 13 août 2004.
10. Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n°3. Données au 30 juin 2005. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, juin 2006.
URL : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/sida_donnees_300605/index.html
11. Recensement de la population française. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), mars 1999.
URL : http://www.recensement.insee.fr/RP99/rp99/page_accueil.paccueil
12. Semaille C, Lot F. Epidémiologie de l'infection par le VIH dans le monde et en France. La revue du praticien, 2006, 56, n°9, pp 944-951.
13. Programme national de lutte contre le vih/sida et les IST. 2005-2008. Ministère délégué à la santé, novembre 2004.
URL : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/sida_2005-2008.pdf

14. L'infection à VIH/sida en France et en Europe. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique, novembre 2007, n°46-47, pp 385-400.
URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/46_47/beh_46_47.pdf
15. Desenclos J-C, Costagliola D, Commenges D, Lellouch J, les membres de l'Action coordonnée 23 de l'Agence nationale de recherche sur le sida "dynamique de l'épidémie". La prévalence de la séropositivité VIH en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2005, n°11, pp 41-44.
16. URL : http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/BDD_sida/index.htm
17. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Lot F, Pinget R, David D, Leclerc M, Couturier S, Benyelles L, Brunnet S, Thierry D, Barin F, Semaille C. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1^{er} décembre 2008, n°45-46, pp 434-443.
URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/45_46/index.htm
18. Aouba A, Péquignot F, Laurent F, Boileau J, Pavillon G, Jouglu E. Mortalité par VIH en France : tendances évolutives depuis les années 1980. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1^{er} décembre 2008, n°45-46, pp 447-452.
URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/45_46/index.htm
19. Lacombe K, Pacanowski J. Comorbidités chez le patient infecté par le VIH. La revue du praticien, 2006, 56, n°9, pp 995-1004.
20. Décret n°99-363 du 6 mai 1999.
21. Nouveau dispositif de notification anonymisée des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2003, n°12-13, pp 69-76.
URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/12_13/beh_12_13_2003.pdf
22. Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale. E. Pilly, 18^e édition, 2002, pp 403-404.
23. Pol S. Epidémiologie et histoire naturelle de l'hépatite B. La revue du praticien, 2005, 55, n°6, pp 599-606.

24. Prévalence des hépatites B et C en France 2004. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, décembre 2006.
URL : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html
25. Marcellin P. Hépatites virales B et C. La revue du praticien, 2005, 55, n°6, pp 596-598.
26. Bronowicki J-P, Barraud H, Peyrin-Biroulet L, Epidémiologie et histoire naturelle de l'hépatite C. La revue du praticien, 2005, 55, n°6, pp 607-614.
27. Meffre C, Larsen C, Périn A, Bouraoui L, Delarocque-Astagneau E. Epidémiologie de l'hépatite C : état des lieux. Surveillance de l'activité de dépistage et contrôle de dépistage de l'hépatite C au sein du réseau de laboratoire Rena-VHC, France, 2000-2001. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2003, n°16-17, pp 85-89.
28. Gouëzel P. Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG), un regard sur les consultants, enquête nationale 1999. Collection « enquêtes et études », Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, novembre 2000.
URL : <http://www.invs.sante.fr/publications/sida2000/sida2000.htm>
29. Brouard C. Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH, enquête épidémiologique nationale octobre 2000. Mémoire de DESS de statistiques et méthodologie en recherche biomédicale, Université Paris XI, Institut de veille sanitaire, 2001.
30. Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004-Enquête épidémiologique transversale. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, novembre 2006.
URL : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/index.html
31. Article D 1221-6 du Code de la Santé Publique.
32. Clausse-Hostert V. Comment adapter le message de prévention aux personnes fréquentant notre Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit – 146 p. Th. : Médecine Générale : Nancy : 2005 : n°179072.

33. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur le « contexte de la sexualité en France ». Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), mars 2007.
URL :
<http://www.science.gouv.fr/index.php?qcms=article,view,2551,archives,159,4,,,>
34. Pillonel J, Laperche S, le comité de pilotage. Surveillance épidémiologique des donneurs de sang homologues en France entre 1992 et 2002. Institut de veille sanitaire, France, septembre 2004
URL :
http://www.invs.sante.fr/publications/2004/donneurs_sang_230904/index.html

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de cas de Sida par année de diagnostic	31
Figure 2 : Principaux profils sérologiques et virologiques de l'hépatite B	34
Figure 3 : Répartition des consultants selon le sexe et la classe d'âge	43
Figure 4 : Répartition des consultants immigrés selon le continent d'origine	44
Figure 5 : Répartition des consultants selon le sexe et la situation de famille	46
Figure 6 : Répartition des situations professionnelles en fonction du sexe	46
Figure 7 : Nombre de partenaires au cours des trois derniers mois selon le sexe	47
Figure 8 : Nombre de partenaires au cours des trois derniers mois précédant la consultation selon l'orientation sexuelle	48
Figure 9 : Répartition des comportements correspondant à une prise de risque selon le sexe	50
Figure 10 : Activité des CIDDIST de Moselle en 2008	67

ANNEXES

Article D3121-39 du Code de la Santé Publique inséré par Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 art.7 Journal Officiel du 22 décembre 2005 en vigueur le 1^{er} janvier 2006 :

La demande d'habilitation est adressée au préfet du département où sera situé le centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, accompagnée d'un dossier dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cette demande précise les modalités de fonctionnement des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, en particulier celles qui permettent d'assurer l'anonymat et la gratuité des activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, et garantissent :

1° Le maintien ou la constitution d'une équipe de professionnels dont la composition et l'effectif sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité du centre ;

2° La disponibilité de locaux, d'équipement et de matériel adaptés à l'activité du centre ;

3° Un entretien individuel d'information et de conseil ;

4° La réalisation des consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ;

5° L'analyse globale des risques, un examen clinique et la prescription éventuelle par un médecin d'examen complémentaires à visée diagnostique ;

6° La remise des résultats et une éventuelle prescription thérapeutique, hors les traitements spécifiques à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, au cours d'un entretien avec un individu avec un médecin ;

7° La délivrance des médicaments nécessaires au traitement ambulatoire des infections ;

8° La disponibilité du matériel et des médicaments nécessaires au traitement des éventuelles réactions indésirables graves ;

9° La proposition de dépistage et de traitement éventuel des partenaires en cas de diagnostic positif ;

10° La conclusion d'une convention avec au moins un établissement de santé assurant une consultation de dépistage anonyme et gratuit prévue par l'article L. 3121-2, lorsque l'établissement ou l'organisme n'est pas lui-même désigné en application de l'article D. 3121-21 pour effectuer une telle consultation ;

11° La déclaration au centre régional de pharmacovigilance, dans les conditions prévues par la section 13 du chapitre Ier du titre II du livre Ier de la cinquième partie du présent code, des effets indésirables susceptibles d'être dus au traitement ;

12° La réalisation d'actions d'information et de prévention relatives aux infections sexuellement transmissibles ;

13° Le développement de partenariats avec les professionnels, établissements et organismes qui participent à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et les infections sexuellement transmissibles dans le département et à la prise en charge des personnes atteintes.

ENTRETIEN pour la consultation anonyme de dépistage des porteurs du VIH, VHC, VHB

TRANCHE D'AGE :

< à 18 ans ☐ 18 ou 19 ans ☐ 20 à 29 ans ☐ 30 à 39 ans ☐ 40 à 49 ans ☐ 50 à 59 ans ☐ > 60 ans ☐

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐ PACS ☐

Grossesse(s) antérieure(s) ☐ En cours ☐

GROUPE ETHNIQUE :

Blanc ☐ Noir ☐ Asiatique ☐

PAYS D'ORIGINE :

PROFESSION :

Avez-vous déjà présenté une MST ? : OUI - NON Laquelle ?

Quand ?

Signes cliniques actuels :

Dernière consultation gynécologique :

NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS

ZERO ☐ UN ☐ DEUX ☐ TROIS ☐ Plus de TROIS ☐

COMPORTEMENT SEXUEL :

Hétérosexuel ☐ Bisexuel ☐ Homosexuel ☐

PRISE DE RISQUES :

Partenaire de VIH + : ☐

Toxicomanie : essai : IV ☐ paille ☐

état : IV ☐ paille ☐

Partenaire de toxicomane actuel : ☐ ancien : ☐

Transfusion ☐ Date : Lieu : Hémophile ☐ Transplanté ☐ Dialysé ☐

Prostitution ☐ Intervention chirurgicale (endoscopie, cardiologie, cœlioscopie, arthroscopie) ☐

Acupuncture ☐ Mésothérapie ☐ Piercing ☐ Tatouage ☐

DATE :

- Dernier rapport sexuel non protégé :

- Dernier usage de drogue :

- Accident d'exposition au sang :

- Vaccination contre l'hépatite B ☐ Dernier rappel le :

LIEU D'HABITATION : < 10 km ☐ 10 à 35 km ☐ > 35 km ☐

Nombre de test antérieurs : Dons de sang : Dernier don :

MOTIF DE LA VENUE :

Démarche de couple : ☐ Partenaire testé : jamais ☐ anciennement ☐ en cours ☐

NOTES :

.....

.....

.....

FICHE D'ACCUEIL

Numéro d'anonymat :

Date de la consultation : Date du prélèvement :

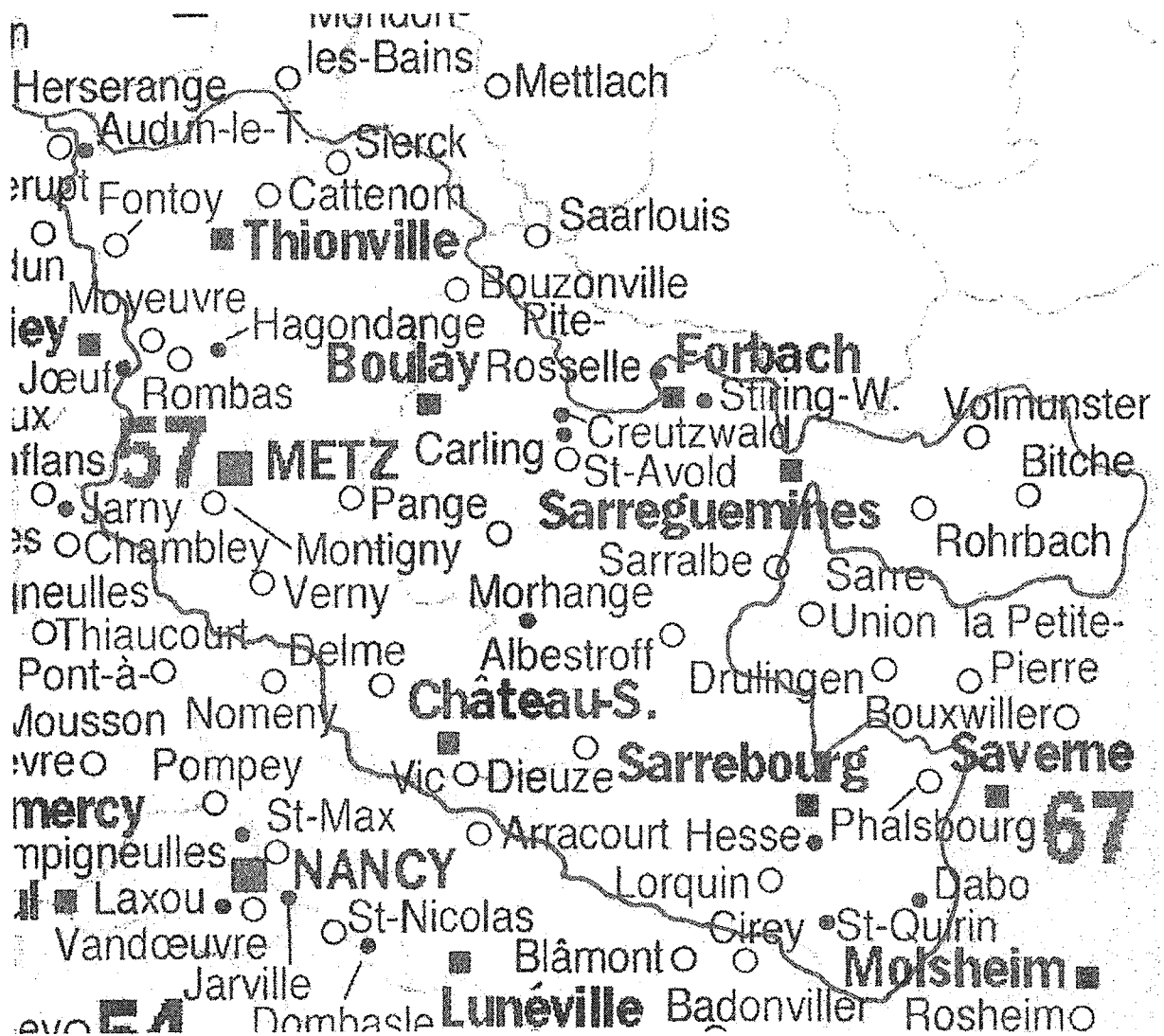
Sexe : M - F Age :

DEMANDE	RESULTAT	
☐ Dépistage précoce VIH	Ag P24	
☐ Dépistage classique VIH	ELISA	
☐ Test de confirmation à plus de 3 mois	ELISA	
☐ Après un ELISA + ou douteux	Western Blot	
☐ Dépistage classique VHC	ELISA : 1° D	
	2° D	
	ARN Viral par PCR	
☐ Dépistage VHB	Ag HBs	
	Anticorps anti-HBs	
	Anticorps anti-HBc	
	ARN Viral par PCR	

Autre recherche :

- ☐ Information VIH
- ☐ Information VHC et/ou VHB
- ☐ Prise en charge d'urgence
- ☐ + orientation référent
- ☐ Accueil d'urgence

CDAG_FICHE D'ACCUEIL.doc -- 08/03/06



SUMMARY :

Consultations for anonymous and free screening (CDAG) were set in 1988 in every french administrative department in order to make the access to HIV screening easier and to get involved in the policy of prevention.

The CDAG of Sarreguemines opened in May 2006. The author examined each of the 323 sheets of interviews filled up by the nurse of the CDAG during the consultations of the first active year.

The aim of its study is to determine the profile of the consultants: namely their social and demographic features, their sexual tendencies and behaviours, the circumstances and reasons for their consulting, and the results of serologies which have been performed.

These data are confronted to those of national epidemiological enquiry performed by the French Institute for Public Health Surveillance (InVS): « Anonymous and free HIV screening. Profile of the consultants of CDAG in 2004 ».

This work has enabled us to notice that the CDAG of sarregueminiens receives less people who are likely to develop an infection than the other CDAG in France. This could explain that in Sarreguemines, the number of new diagnoses of infection with the HIV, the HBV or the HCV is inferior to the data from the other CDAG.

These results show that the CDAG of Sarreguemines must widen and recruit people living in precarious situation and migrants coming from countries at risk in order to target better the populations who most need these care and screen these people who are infected as soon as we can.

VU

NANCY, le 15 mai 2009

Le Président de Thèse

Professeur Ch. RABAUD

NANCY, le 27 mai 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 4 juin 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE :

Des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été mises en place en 1988 dans chaque département afin de favoriser l'accès au dépistage du VIH et participer à la politique de prévention.

Le CDAG de Sarreguemines a ouvert ses portes en mai 2006. L'auteur a examiné chacune des 323 feuilles d'entretien qui ont été remplies par l'infirmière du CDAG lors des consultations au cours de la première année d'activité.

L'objectif de cette étude est d'établir le profil des consultants : leurs caractéristiques démographiques et sociales, leurs orientations et comportements sexuels, les circonstances et les motifs de leurs venues, et les résultats de sérologies effectuées.

Ces données sont confrontées à celles d'une enquête épidémiologique nationale réalisée par l'InVS : « Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004 ».

Ce travail a permis d'observer que le CDAG de Sarreguemines accueille moins de personnes à risque d'infection que les autres CDAG de France. Ce qui pourrait expliquer qu'à Sarreguemines, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, le VHB ou le VHC est inférieur aux données des autres CDAG.

Ces résultats montrent que le recrutement du CDAG de Sarreguemines doit s'élargir vers les personnes en situation précaire et les migrants originaires de régions à risques, afin de mieux cibler les populations qui en ont le plus besoin et dépister au plus tôt les personnes infectées.

TITRE EN ANGLAIS : Profile of the consultants from the anonymous and free screening unit in Sarreguemines during its first active year.

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009

MOTS CLES: VIH, VHB, VHC, dépistage anonyme et gratuit, risque

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
