



HAL
open science

Place du dépistage des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention chez les femmes demandant une interruption volontaire de grossesse : à propos de 159 femmes consultant au centre de santé et de prévention sexuelle de Saint-Paul de La Réunion entre juin et octobre 2014

Léa Ferreri

► **To cite this version:**

Léa Ferreri. Place du dépistage des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention chez les femmes demandant une interruption volontaire de grossesse : à propos de 159 femmes consultant au centre de santé et de prévention sexuelle de Saint-Paul de La Réunion entre juin et octobre 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01233394

HAL Id: dumas-01233394

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233394v1>

Submitted on 25 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N°95

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Léa FERRERI

Née le 23 Décembre 1987, à Dijon (21)

Le 14 Septembre 2015

Titre

Place du dépistage des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention chez les femmes demandant une interruption volontaire de grossesse : à propos de 159 femmes consultant au centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul de La Réunion entre Juin et Octobre 2014.

Directeur de thèse
Madame le Docteur Emmanuelle THORE-DUPONT

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY Président
Monsieur le Maître de conférences Patrick GAILLARD Rapporteur
Madame le Maître de conférences Line RIQUEL Assesseur
Madame le Docteur Hélène MLAMALI..... Assesseur
Madame le Docteur Emmanuelle THORE-DUPONT..... Directrice

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N°95

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Léa FERRERI

Née le 23 Décembre 1987, à Dijon (21)

Le 14 Septembre 2015

Titre

Place du dépistage des infections sexuellement transmissibles et de leur prévention chez les femmes demandant une interruption volontaire de grossesse : à propos de 159 femmes consultant au centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul de La Réunion entre Juin et Octobre 2014.

Directeur de thèse
Madame le Docteur Emmanuelle THORE-DUPONT

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY Président
Monsieur le Maître de conférences Patrick GAILLARD Rapporteur
Madame le Maître de conférences Line RIQUEL Assesseur
Madame le Docteur Hélène MLAMALI..... Assesseur
Madame le Docteur Emmanuelle THORE-DUPONT..... Directrice

Voir c'est savoir, vouloir c'est pouvoir, oser c'est avoir.

Alfred de Musset

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard Gay,
Médecin généraliste
Professeur des universités
Directeur du département de médecine générale
Université Bordeaux Segalen

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Patrick Gaillard,
Médecin généraliste
Maître de conférences associé
Université de La Réunion

Je ne peux que te remercier pour tout ce que tu m'as apporté. Après m'avoir montré la plus belle médecine générale durant six mois de stage dans ton cabinet, tu m'as apporté ton aide précieuse dans l'aboutissement de ce travail. Ton exercice est exemplaire. Un grand merci.

A Madame le Docteur Line Riquel,
Médecin généraliste
Maître de conférences associé
Université de La Réunion

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci également pour votre contribution dans la formation des internes en médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Hélène Mlamali,
Gynécologue obstétricien
Praticien Hospitalier
Responsable des interruptions volontaires de grossesse
Service de gynécologie obstétrique de Saint Paul de La Réunion

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de juger ce travail. Votre présence en tant que gynécologue était indispensable. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Emmanuelle Thore-Dupont,
Médecin généraliste
Praticien Hospitalier
Coordinatrice du centre de santé sexuelle et de prévention de Saint Paul de La Réunion

Un grand merci pour avoir accepté de diriger pour la première fois un travail de thèse, de m'avoir soutenue, encourager et guider jusqu'au bout. Je t'encourage à réitérer l'expérience !

Aux secrétaires du centre santé et de prévention sexuelle de Saint Paul, Clara et Prisca, un grand merci pour votre aide précieuse dans le recueil de données. Sans vous, ce travail n'aurait pu aboutir.

A Madame Daniel, pour sa collaboration et sa disponibilité. Vous avez accepté avec gentillesse et rapidité de répondre à mes questions, je vous en remercie.

Aux infirmières et sages-femmes du centre pour leurs conseils avisés quant au questionnaire.

A Clément Filisetti, interne du service de recherche et de l'unité de soutien méthodologique du centre hospitalier universitaire Bellepierre de Saint Denis pour ton analyse statistique.

A Camille, merci du fond du cœur pour m'avoir fait partager tes talents de traductrice.

A toutes les femmes ayant accepté de participer à cette étude, merci.

A mes parents, pour les valeurs que vous m'avez transmises et pour avoir toujours cru en moi.

A ma maman, ta présence ce jour est à l'image de ton soutien durant ces longues années d'études. Merci d'être là. Merci pour ton amour, ton écoute et ta patience.

A mon papa, pour ta transmission de la valeur du travail, j'y ai trouvé ma force pour aller jusqu'au bout. Je sais que tu es fier. La distance nous a toujours séparés mais tu as continuellement été à mes côtés. Merci mon papou.

A mon petit frère, nos chemins sont différents mais le lien qui nous unit n'a jamais été aussi puissant.

A ma petite sœur, je te souhaite tout le meilleur du monde pour ce qui t'attend. En espérant t'avoir donné envie d'aller au bout de tes rêves.

A toute ma famille.

A mes amies de Dijon Cloclo, ti Cha, Marie et Mailhou, merci de m'avoir apporté toute la douceur et la chaleur recherchées à chaque retour aux sources. Après le Color's club, les soirées filles à n'en plus finir, les danses endiablées sur Womanizer, nous voilà enfin Docteur !

A ma Mti, merci d'avoir toujours trouvé les mots quand j'en avais besoin, merci d'être venue me rendre visite aussi loin. A ces moments de joie et de peine, à nos fous rires et nos débats sans fin. A la vie !

A mes amies d'enfance Marine et Pauline, merci d'être là depuis tant d'années.

A mes amis de La Réunion Jeanne, Elsa, Juju, Charlotte, Amina et Ludo, Benou, Marine, Anne So, Glenn, Sabrina, Hugo, Sidonie et Quentin, merci pour ces moments fabuleux partagés ensemble durant quatre années formidables. En espérant qu'ils perdurent au-delà de cette île intense.

A ma choupi, pour toutes ces sensations que je n'oublierais jamais.

A mon amoureux, merci de me faire avancer et de croire en moi. A cette vie que nous partageons et aux nouveaux horizons.

TABLE DES MATIERES

TABLEAUX ET FIGURES	10
ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
1. Objectif principal	16
2. Objectifs secondaires	17
MATERIEL ET METHODE	18
1. Schéma d'étude.....	18
2. Durée et lieu de l'étude.....	18
3. Population	18
3.1. Méthode de recrutement	18
3.2. Critères d'inclusion.....	19
3.3. Critères d'exclusion	19
4. Réalisation du questionnaire.....	19
5. Recueil des données.....	20
6. Variables étudiées	22
7. Saisie et analyse des données statistiques.....	22
RESULTATS.....	23
1. Population	23
2. Connaissances des patientes sur les infections sexuellement transmissibles	24
3. Le message de prévention dans le centre de santé de Saint Paul.	24
4. Objectif principal : le moment le plus opportun selon les femmes pour aborder le sujet des IST	25
5. Objectifs secondaires	26
5.1. Le professionnel de santé.....	26
5.2. Le dépistage	27
5.3. La remise des résultats des prélèvements (sanguin et vaginal)	31
6. Le dépistage du partenaire	32

7. La satisfaction des femmes sur le centre de santé de Saint Paul durant le parcours de l'IVG.....	34
---	----

DISCUSSION 35

1. Choix du recueil des données	35
1.1. Le délai de quinze jours après l'IVG	35
1.2. L'entretien téléphonique	35
2. Epidémiologie.....	36
2.1. Age moyen	36
2.2. Taux de participation	36
2.3. Les causes de la non-participation à l'étude	36
3. La prévention	37
3.1. L'information donnée sur les IST et ce qu'elles en retiennent.....	37
3.2. Objectif principal : venir au centre durant l'IVG est un moment approprié pour parler des IST.	38
3.3. Plus adapté aux femmes plus jeunes	39
3.4. Revenir dans le même centre mais plutôt après l'IVG	41
3.5. Peu importe le professionnel de santé avec qui aborder le sujet des IST dans le centre.....	41
3.6. Rôle du médecin traitant	42
4. Le dépistage	43
4.1. La proposition du dépistage	43
4.2. Causes du refus de prélèvement biologique et vaginal.....	44
4.3. Consultation pré IVG : moment le plus opportun pour les prélèvements sanguin et vaginal	45
4.4. Le médecin généraliste non privilégié	45
5. La remise des résultats à favoriser au centre	47
6. Le dépistage chez le partenaire.....	47
6.1. Moins de femmes abordent réellement le sujet avec leur partenaire	47
6.2. Les femmes plus jeunes abordent plus facilement le dépistage avec leur partenaire	48
6.3. Plus informer pour mieux dépister.....	49
7. Une approche globalement satisfaisante lors de leur parcours dans le centre....	49
8. Forces et limites de l'étude	50
8.1. Les forces	50

8.2. Les limites	50
9. Propositions et perspectives.....	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES	62
Annexe 1 : Fiche distribuée aux patientes les informant de notre étude	62
Annexe 2 : Questionnaire.....	63
SERMENT MEDICAL	66
RESUME	68

TABLEAUX ET FIGURES

FIGURES

- Figure 1** : Diagramme de flux reprenant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population étudiée 21
- Figure 2** : Causes de la non-participation à l'étude des patientes jointes par téléphone (N=44)..... 23
- Figure 3** : Pourcentage de femmes pensant que venir au centre pendant l'IVG est un moment adapté pour aborder le sujet des IST..... 25
- Figure 4** : Causes de refus du dépistage par prélèvement sanguin 27
- Figure 5** : Causes de refus du dépistage par prélèvement vaginal 29
- Figure 6** : Pourcentage des femmes se souvenant avoir abordé le sujet du dépistage chez le partenaire dans le centre (N=157) 32
- Figure 7**: Pourcentage de femmes ayant demandé à leur partenaire de faire le dépistage (N=157)..... 32
- Figure 8** : Marguerite des six compétences principales de la médecine générale. 42

TABLEAUX

- Tableau 1** : Age des femmes participant à l'étude..... 24
- Tableau 2** : Moyenne d'âge des femmes en fonction de l'appréciation du moment... 25
- Tableau 3** : Femmes préférant aborder le sujet des IST à un autre moment 26
- Tableau 4** : Moment le plus adapté d'après les femmes pour réaliser le dépistage par prélèvement sanguin 28
- Tableau 5** : Moment le plus adapté d'après les femmes pour réaliser le dépistage de *Chlamydiae trachomatis* par prélèvement vaginal 30
- Tableau 6** : Moment le plus adapté d'après les femmes pour leur remettre les résultats de dépistage..... 31

Tableau 7 : Rapport entre le fait d’informer les femmes lors de l’IVG sur le dépistage des IST du/des partenaire(s) et la proportion de femmes proposant réellement à leur partenaire de faire le dépistage.	33
Tableau 8 : Moyenne d’âge des femmes abordant le sujet du dépistage avec leur partenaire.....	33
Tableau 9 : Satisfaction des femmes sur le centre de santé de Saint Paul durant leur parcours IVG.....	34

ABREVIATIONS

CBS : Communication Brève liée à la Sexualité

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

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

CNIL : Comité Nationale de l'Informatique et des Libertés

DU : Diplôme Universitaire

FCS: Fausse Couche Spontanée

FCU : Frottis Cervico-Utérin

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KABP: Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices

MG : Médecin Généraliste

NRP : ne répond pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

REPERE : Réseau Périnatal Réunion

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), définies en 2001 par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, sont causées par « des agents exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle et qui justifient la prise en charge du ou des partenaires ». Il existe plus de trente bactéries, virus et parasites sexuellement transmissibles (1).

Les IST peuvent être peu symptomatiques ou asymptomatiques. L'infection à *Chlamydiae trachomatis* ou la syphilis sont ainsi favorisées par la transmission à l'insu des personnes infectées. Cela justifie d'autant la mise en œuvre d'un dépistage.

Les IST concernées par le dépistage chez la femme sont (2) :

- par prélèvement sanguin : Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), Virus de l'Hépatite B (VHB) et syphilis.
- par prélèvement vaginal : gonocoque et *Chlamydiae trachomatis*.
- par frottis cervico-vaginal : *Papilloma Virus Humain* (HPV).

On constate depuis quelques années, une augmentation du nombre de personnes atteintes, toutes infections sexuellement transmissibles (IST) confondues (1).

Ainsi, une recrudescence de la syphilis à La Réunion a été mise en évidence depuis 2006 (3). Elle atteignait des personnes de plus en plus jeunes avec un âge médian des cas signalés de 24 ans [16-54ans] en 2010. Cette même année, trois quarts des femmes atteintes avaient moins de 25 ans. La proportion de femmes touchées représentait 36% de la totalité des cas contre 12% en 2009. L'évolution se fait vers une forme latente précoce (asymptomatique) avec un risque de syphilis congénitale chez la femme enceinte. Le dépistage est plus que jamais essentiel pour améliorer le délai de prise en charge et réduire les risques de transmission.

Concernant l'infection à *Chlamydiae trachomatis* (CT), il s'agit de l'IST bactérienne la plus fréquente chez les femmes. Pour 58% des cas rapportés en 2013 l'infection était asymptomatique. Les tranches d'âge les plus touchées sont les 15-24 ans chez les femmes (4). La propagation et la gravité de cette infection tiennent à sa découverte souvent tardive, avec un retentissement parfois alarmant : risques de salpingite, grossesse extra-utérine, stérilité. La contamination passe inaperçue chez 60 à 70% d'entre elles (5).

Au sujet du gonocoque, selon les réseaux RésIST et Rénago, le nombre d'infections continue d'augmenter en 2013, chez l'homme comme chez la femme, quelle que soit l'orientation sexuelle et concerne toutes les régions de France. Cette augmentation des cas dépistés est en partie liée à la pratique de la PCR (Polymerase Chain Reaction)

depuis 2009. Chez l'homme, les infections symptomatiques restent très largement majoritaires tandis que chez la femme, les infections symptomatiques et asymptomatiques sont à des niveaux plus proches (4).

A propos de l'infection par le VHB, les DOM et l'Ile-de-France sont les régions les plus concernées. A La Réunion, entre 2010 et 2012, dans le CDAG ayant participé à l'étude, le taux de positivité (nombre de tests Ag Hbs positifs/nombre de tests Hbs réalisés) était de 1,95% contre à 0,69% en France métropolitaine. L'activité de dépistage du VHB est importante à La Réunion avec 68 tests réalisés pour 1000 habitants contre 37/1000 en France métropolitaine en 2012 (6). L'infection par le VHB se caractérise par une hépatite aiguë, le plus souvent asymptomatique. L'évolution est spontanément favorable dans 90 % des cas, mais deux types de complications peuvent survenir : l'hépatite fulminante et le portage chronique de l'antigène HBs. L'évolution vers la chronicité augmente le risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire. (7). Cela justifie d'autant plus un dépistage.

Concernant l'infection par le VIH, entre 2003 et 2012, 31 nouveaux cas ont été notifiés en moyenne chaque année à La Réunion. Ce taux de découverte est inférieur à la moyenne nationale et aux autres départements d'outre-mer. Les contaminations hétérosexuelles représentaient 55% des cas (8).

Globalement, on estime à 3 % le pourcentage de femmes de moins de 25 ans touchées par une IST (1).

Nous n'avons néanmoins pas retrouvé de donnée sur la prévalence des IST dans les centres d'orthogénie sauf pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

L'étude de De Barbeyrac et al. en 2005 retrouve une prévalence de 5,2% de *Chlamydia trachomatis* dans le centre d'orthogénie de Bordeaux. Une prévalence élevée de 16,1% est observée chez les mineures (5). L'étude Natchla menée en France en 2006 dans une population majeure de 18 à 44 ans a montré que la prévalence était plus élevée chez les 18-29 ans. Elle était de 3,2% chez les femmes (9).

Devant cette recrudescence des IST et l'importante morbidité chez les personnes jeunes, le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 accorde une importance particulière à la prévention, à l'éducation pour la santé et à son adaptation aux différents publics. Il en fait sa première mesure d'action (1).

La deuxième mesure d'action du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 concerne le dépistage. Il réorganise les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et les Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST (CIDDIST) en créant des réseaux de centres de santé sexuelle.

Les centres d'orthogénie ont été désignés comme des lieux où le dépistage est fortement recommandé.

Un centre de santé et de prévention sexuelle a ouvert en Avril 2014 à Saint Paul de La Réunion afin de répondre aux nouvelles recommandations. Il regroupe les CDAG-CIDDIST, le centre d'orthogénie, les consultations en gynécologie médicale, les consultations de sexologie, le réseau de violence intra familiale et le centre de vaccination. Il mêle des actions de prévention adaptées aux différents publics avec un environnement favorable et s'intègre dans une approche globale de la santé sexuelle.

On sait que le nombre d'IVG à La Réunion est plus élevé qu'en métropole. Selon la DRESS, le taux de recours à l'IVG à La Réunion en 2012 est de 19,4 pour 1000 femmes contre 14,5‰ en métropole. L'écart ne semble pas diminuer depuis 1990 (10).

Selon l'enquête nationale réalisée en 2007, les femmes ayant eu recours à l'IVG à La Réunion sont plus jeunes qu'en métropole. En effet, les femmes réunionnaises ont en moyenne 25 ans lors de leur première IVG, contre 26 ans en France entière. La moitié des femmes pratiquant ce type d'intervention pour la première fois a moins de 23 ans (11).

Devant ces caractéristiques démographiques, les femmes demandant une IVG apparaissent comme une population cible à la prévention et au dépistage des IST. De fait, l'HAS recommande de proposer systématiquement un dépistage des IST ainsi qu'un frottis-cervico-vaginal au cours de la deuxième consultation de demande d'IVG (12).

En 2015, la prévention et le dépistage des IST au sein du centre de santé de Saint Paul se déroule en pré-IVG, lors de la deuxième consultation de demande d'IVG comme le suggèrent les recommandations. Durant son « parcours IVG », la patiente rencontre pendant une demi-journée plusieurs professionnels de santé. Tout d'abord, elle s'entretient avec un médecin afin de discuter de la demande d'IVG, de la contraception et de pratiquer l'examen clinique puis échographique. Le médecin lui propose de pratiquer le frottis-cervico vaginal ainsi que le prélèvement vaginal à la recherche de *Chlamydiae trachomatis*. La recherche de gonocoque se fait en fonction de la symptomatologie. Elle rencontre ensuite une sage-femme qui refait le point sur l'état de santé de la patiente et ses questionnements concernant l'IVG ou la contraception. Pour terminer, la patiente s'entretient autour des IST avec un(e) infirmier(e) qui lui transmet un message de prévention selon une rencontre de type « counseling ». Elle lui propose un bilan sanguin de dépistage conforme aux recommandations avec le bilan général pré opératoire. Un entretien avec une psychologue et une assistante sociale sont systématiquement proposés. Une consultation de contrôle dite « post-IVG » est donnée environ quinze jours après l'IVG en elle-même. Les résultats du dépistage des IST lui sont alors remis.

Avant l'ouverture du centre de santé et de prévention sexuelle, il a été observé durant l'année 2013 au CDAG-CIDDIST de Saint Paul un faible taux de remise des résultats du dépistage auprès des femmes demandant une IVG :

- sur 868 IVG, 752 entretiens pré-test ont été effectués
- sur ces 752 entretiens, 518 personnes ont été dépistées
- seulement 85, soit 16,4% sont venues chercher leurs résultats.

Ces chiffres montrent que le discours sur la prévention et le dépistage des IST donné aux femmes durant leurs parcours dans le centre d'orthogénie, n'a pas été entendu.

Dans une étude qualitative réalisée par l'ORS en 2010 sur les pratiques et perceptions de la prise en charge de l'IVG à La Réunion (13) la peur, l'appréhension et la culpabilité sont les principaux ressentis lors du premier contact avec le service d'IVG. Des études sur les réponses psychopathologiques liées à l'IVG suggèrent que les réactions négatives telles que l'anxiété et la dépression sont plus importantes avant la réalisation de l'IVG qu'après celle-ci. L'anticipation de la douleur, l'appréhension préopératoire et la peur des complications seraient des éléments majeurs expliquant l'anxiété des femmes avant l'avortement. Ces réactions psychologiques négatives en relation avec l'IVG peuvent être en lien avec le manque de réceptivité des messages de prévention délivrés en pré-IVG (14) (15).

A ce jour, nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature sur l'avis des femmes durant leur parcours en centre d'orthogénie concernant le moment, ni le lieu, ni le professionnel de santé avec qui elles aimeraient aborder le risque sexuel.

Ces femmes apparaissant comme une population cible, il nous a semblé intéressant de les interroger afin de tenter d'améliorer la répercussion du discours sur le dépistage et la prévention des IST.

Quel est le moment le plus approprié durant le parcours d'une femme demandant une IVG pour aborder le message de prévention concernant le risque sexuel ?

1. Objectif principal

Notre objectif principal était d'identifier le moment le plus opportun pour apporter le message de prévention sur les IST lors du parcours médical d'une femme demandant une IVG dans le centre de santé de Saint Paul de La Réunion.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de déterminer lors du parcours médical d'une femme demandant une IVG :

- Le moment le plus adapté pour lui proposer le bilan de dépistage des IST.
- Le moment le plus adapté pour lui remettre les résultats du dépistage.
- Le professionnel de santé avec lequel elle préfèrerait recevoir le message de prévention du risque sexuel.

MATERIEL ET METHODE

1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, d'enquête d'opinion, par recueil téléphonique à l'aide d'un questionnaire.

2. Durée et lieu de l'étude

Elle s'est déroulée de juin 2014 à octobre 2014 inclus, au niveau du centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul de La Réunion.

3. Population

3.1. Méthode de recrutement

Toutes les femmes demandant une IVG, dans le centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul, se voyaient proposer par l'intermédiaire du secrétariat la participation à notre étude. Le recueil était exhaustif car toutes les femmes demandant une IVG durant la période de l'étude se sont vues proposer le questionnaire.

Nous avons créé, avec ma directrice de thèse, une fiche expliquant notre travail et les informant d'un futur appel téléphonique respectant leur anonymat. Cette fiche leur était remise lors du premier contact dans le centre de santé par les secrétaires. Les patientes donnaient ensuite, ou non, leur accord de façon verbale en indiquant leur numéro de téléphone qui était noté au dos de cette fiche d'information (annexe 1).

Je récupérais ensuite au centre les fiches afin d'obtenir les coordonnées téléphoniques des patientes.

3.2. Critères d'inclusion

Toutes les femmes demandant une IVG dans le centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul ayant donné leur accord ont été incluses.

3.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Les femmes refusant de participer à l'étude.
- Les femmes n'ayant finalement pas réalisé l'IVG.
- Les femmes ayant réalisé l'IVG ailleurs que dans le centre de santé de Saint Paul (ville ou autre centre d'orthogénie hospitalier)
- Les femmes ne répondant pas au téléphone.

4. Réalisation du questionnaire

Dans un premier temps, le questionnaire a été testé sur 5 patientes afin de vérifier la compréhension et la clarté de chaque question. A la suite, nous avons modifié la formulation de quelques questions afin d'en faciliter la compréhension par les patientes. Pour finir, il a été relu et validé par l'unité de soutien méthodologique du CHU de Saint Denis.

Le questionnaire était composé de questions fermées. Il se composait de deux parties :

- une première partie analysant la satisfaction générale de la patiente lors de son parcours. Les réponses à ces questions ne faisaient pas partie de nos objectifs mais avaient pour but de rassurer la patiente de prime abord afin qu'elle ne se sente pas évaluée.
- la seconde partie abordait le sujet de la prévention et du dépistage des IST.

Le tableau de la question évaluant la connaissance des femmes sur les infections sexuellement transmissibles a été établi afin de faciliter le recueil lors de l'entretien téléphonique. Seule la question était posée. Si un mot présent dans le tableau était prononcé par la patiente, il était coché. En fonction des mots cochés, la définition était ensuite classée comme « erronée » ou « acceptable ». Si deux mots ou plus étaient prononcés, la définition était classée comme « acceptable ». Au fur et à mesure des

questionnaires, plusieurs femmes répondaient spontanément « je ne sais pas ». Nous avons alors créé, au cours des entretiens téléphoniques, une troisième case « ne sait pas ».

Lors de la question concernant les raisons du refus du dépistage, beaucoup de femmes me répondaient qu'elles l'avaient déjà fait. Une septième raison a été ajoutée au cours des questionnaires : « déjà fait ».

Lors de la question sur la préférence du professionnel de santé avec qui aborder le sujet des IST dans le centre, plusieurs femmes ont répondu « peu importe », nous avons donc ajouté cette réponse lors de l'analyse des données.

5. Recueil des données

Dix à quinze jours après leur premier passage dans le centre, l'entretien téléphonique leur était proposé.

Leur accord verbal était de nouveau demandé. Les données étaient alors rendues anonymes par numérotation.

Si elles n'étaient pas disponibles pour répondre, un rendez-vous téléphonique leur était proposé à un moment plus approprié.

Les femmes à qui il n'avait pas été proposé de participer à l'étude lors de leur passage au centre, étaient tout de même appelées dans les mêmes délais. Elles donnaient, ou non, leur accord au moment de l'appel téléphonique.

La durée du questionnaire était de quatre à six minutes.

Les femmes ne répondant pas au téléphone étaient relancées cinq à huit fois.

Aucun message vocal n'a été laissé.

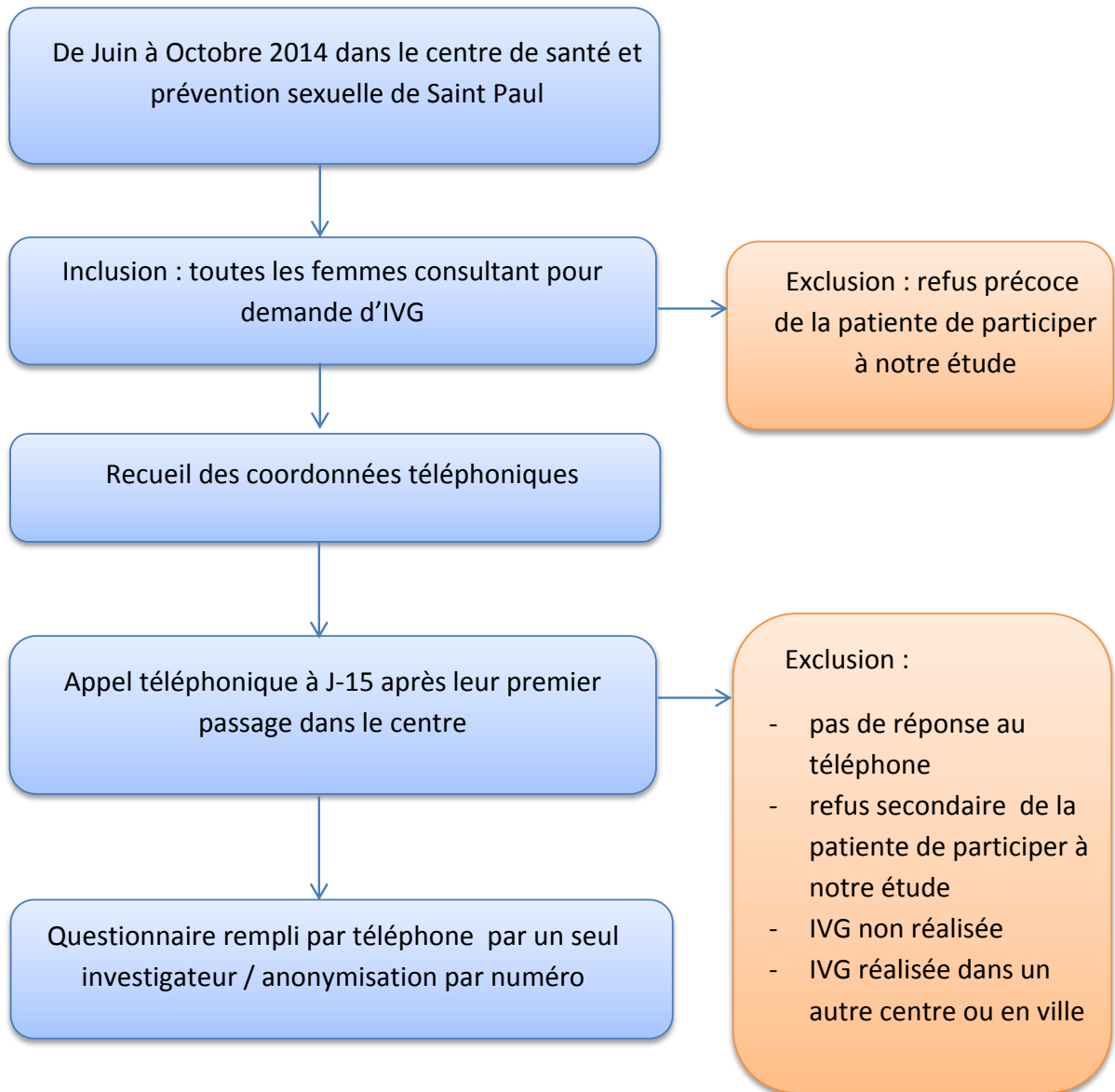


Figure 1 : Diagramme de flux reprenant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population

6. Variables étudiées

Nous avons étudiées plusieurs variables :

- Variables qualitatives tri ou bi modales : questions sur le moment opportun pour proposer le dépistage et la prévention des IST, le dépistage du partenaire, la remise des résultats ainsi que la satisfaction des femmes sur le centre.
- Variable quantitative : l'âge.

7. Saisie et analyse des données statistiques

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide de Clément Filisetti, interne en santé publique dans le service de la recherche et de l'Unité de Soutien Méthodologique (USM) du Centre Hospitalier Universitaire de Saint Denis de La Réunion.

Les variables qualitatives sont exprimées en termes de fréquence et de pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en termes de moyennes, médianes, écart-types, minimum et maximum.

Les comparaisons bi variées de pourcentage ont été effectuées par les tests du Khi deux de Pearson selon les conditions d'application. Les comparaisons de moyenne ont été effectuées grâce au test de Student selon les conditions d'application.

Les données issues des questionnaires ont été encodées grâce au logiciel Excel 2010 (version 14.0.7151.5001) puis analysées à l'aide des logiciels SPSS 20 et EPI Info 7. Le seuil de significativité était de 0,05%.

RESULTATS

1. Population

Sur les 264 IVG réalisées entre juin et octobre 2014, 159 patientes ont été incluses soit un taux de participation de 60,2%.

61 patientes (23,1%) ont refusé spontanément la participation à notre étude lors du premier contact avec les secrétaires dans le centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul.

44 patientes ont été appelées mais n'ont finalement pas été incluses dans l'étude pour diverses raisons présentées en figure 2.

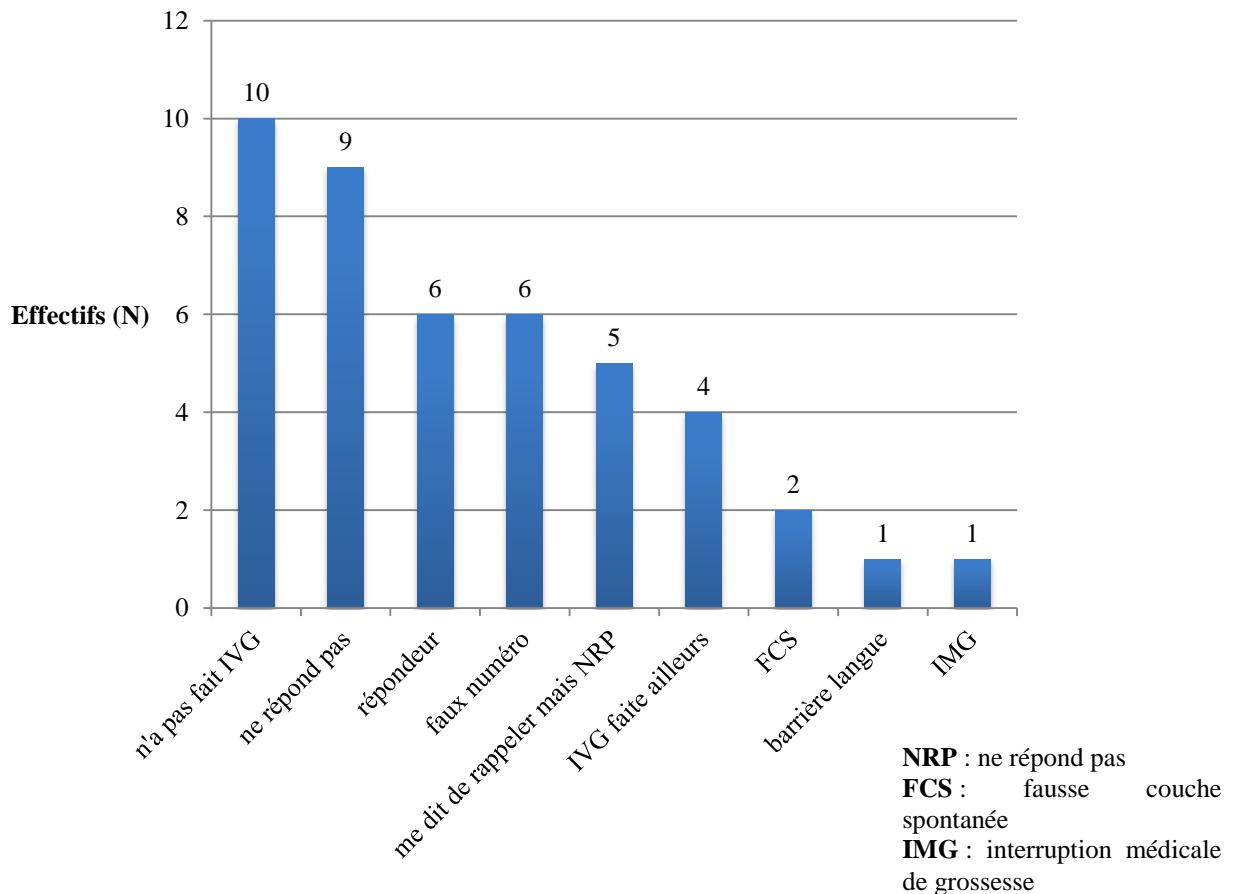


Figure 2 : Causes de la non-participation à l'étude des patientes jointes par téléphone (N=44)

Tableau 1 : Age des femmes participant à l'étude

		Age des patientes (années)
Moyenne		27,59
Minimum		14
Maximum		46
Centiles	25	22,00
	50	26,00
	75	33,50

2. Connaissances des patientes sur les infections sexuellement transmissibles

41,4% des patientes ont donné une définition acceptable des IST alors que seulement 8,8% ont donné une définition erronée. Elles étaient 49,1% à répondre spontanément qu'elles ne savaient pas définir une IST.

3. Le message de prévention dans le centre de santé de Saint Paul.

56,3% des femmes se souvenaient avoir abordé le sujet des IST dans le centre de santé de Saint Paul contre 43,7% qui ne s'en souvenaient pas.

4. Objectif principal : le moment le plus opportun selon les femmes pour aborder le sujet des IST

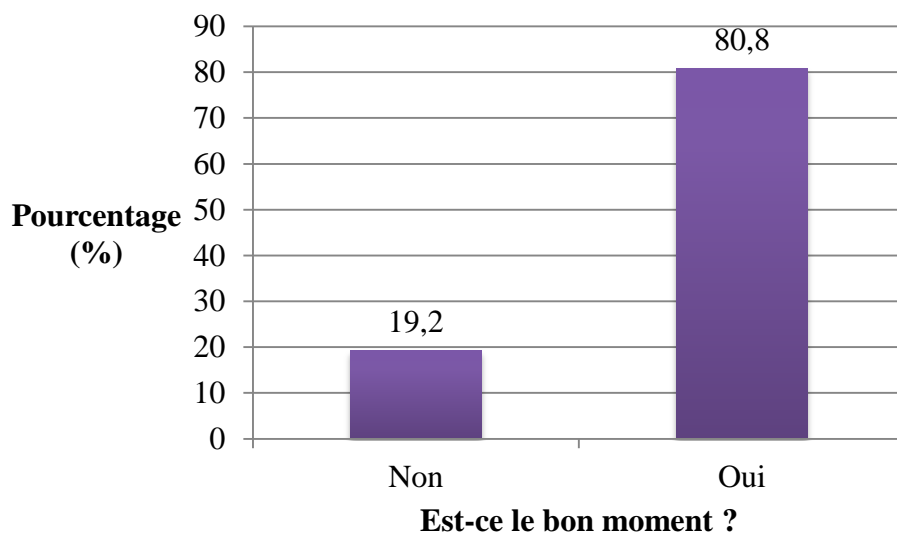


Figure 3 : Pourcentage de femmes pensant que venir au centre pendant l'IVG est un moment adapté pour aborder le sujet des IST

Tableau 2 : Moyenne d'âge des femmes en fonction de l'appréciation du moment

		Effectifs(N)	Moyenne d'âge (années)
Est-ce le bon moment ?	Non	30	30,20
	Oui	125	27,06

p=0,032

Concernant les patientes qui auraient préféré aborder le sujet des IST à un autre moment, 38,7% aimeraient l'aborder à distance de l'IVG avec leur médecin généraliste.

Tableau 3 : Femmes préférant aborder le sujet des IST à un autre moment

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
avec MG	12	38,7
après IVG, dans même centre	11	35,5
autres	8	25,8
Total	31	100,0

MG = médecin généraliste

Concernant les 8 patientes ayant répondu « autres », une a proposé « avant l'IVG » sans précision, une en post-IVG, une lors de la scolarisation en collège et lycée, une « l'avait déjà fait » et quatre ne se sont pas prononcées.

5. Objectifs secondaires

5.1. Le professionnel de santé

Parmi les onze personnes qui préféreraient revenir au centre, cinq n'ont pas de préférence concernant le professionnel de santé avec qui aborder le message de prévention, quatre préféreraient l'aborder avec une sage-femme, une avec un médecin et une avec une infirmière.

5.2. Le dépistage

5.2.1. Par prélèvement sanguin

Un dépistage des IST par prélèvement sanguin a été proposé à 145 patientes, soit 91,2% des femmes.

Sur les 145 patientes à qui un dépistage par prélèvement sanguin a été proposé, 124 l'ont accepté et 21 l'ont refusé soit 14,5% des femmes.

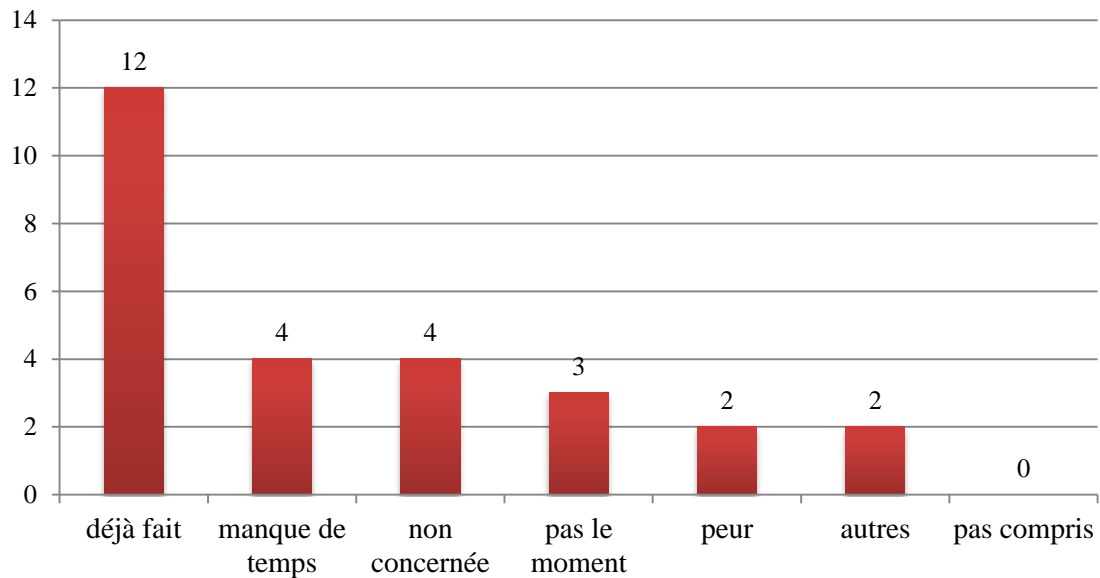


Figure 4 : Causes de refus du dépistage par prélèvement sanguin

Les réponses « autres » incluait une patiente disant qu'elle ferait le dépistage durant la consultation post-IVG et une qui était trop « contrariée » pour effectuer le bilan.

Tableau 4 : Moment le plus adapté d'après les femmes pour réaliser le dépistage par prélèvement sanguin

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
Pré IVG	92	58,6
MG	39	24,8
Post IVG	12	7,6
Autres*	14	8,9
Total	157	100,0
Manquante	2	
Total	159	

IVG = interruption volontaire de grossesse

MG = médecin généraliste

* Résultats de la question à réponse ouverte : lycée/collège, avant les rapports sexuels non protégés, à n'importe quel moment à distance de l'IVG, ne se prononce pas, dépistage régulier fait avec le médecin traitant ou le gynécologue, revenir à tout moment dans le centre, si doute sur conjoint, avant chaque relation sérieuse, ne veut pas faire car ne se sent pas concernée, si doute.

5.2.2. Par prélèvement vaginal.

Un dépistage de *Chlamydiae trachomatis* par prélèvement vaginal (auto prélèvement ou médicalisé) a été proposé à 132 patientes, soit 81,4% des femmes.

Sur les 132 patientes à qui un dépistage par prélèvement vaginal a été proposé, 122 l'ont accepté et 10 l'ont refusé soit 7,6% des femmes.

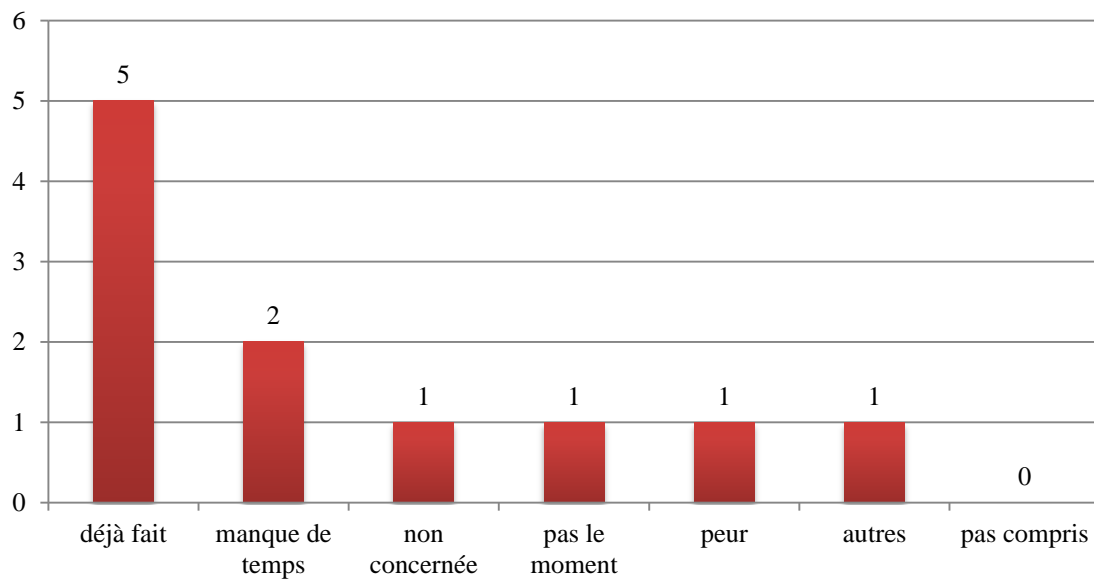


Figure 5 : Causes de refus du dépistage par prélèvement vaginal

Tableau 5 : Moment le plus adapté d'après les femmes pour réaliser le dépistage de *Chlamydiae trachomatis* par prélèvement vaginal

	Effectifs(N)	Pourcentage (%)
Pré IVG	95	60,5
MG	30	19,1
Post IVG	20	12,7
Autres*	12	7,6
Total	157	100,0
Manquante	2	
Total	159	

IVG = interruption volontaire de grossesse

MG= médecin généraliste

* Résultats de la question à réponse ouverte : avec le gynécologue habituel, à n'importe quel moment, ne se prononce pas, revenir à tout moment dans le centre, avant chaque relation sérieuse, à l'adolescence.

5.3. La remise des résultats des prélèvements (sanguin et vaginal)

Tableau 6 : Moment le plus adapté d'après les femmes pour leur remettre les résultats de dépistage

	Effectifs(N)	Pourcentage (%)
Post IVG	77	49,0
RDV centre	39	24,8
MG	37	23,6
Autres	4	2,5
Total	157	100,0
Manquante	2	
Total	159	

IVG : interruption volontaire de grossesse

MG : médecin généraliste

6. Le dépistage du partenaire

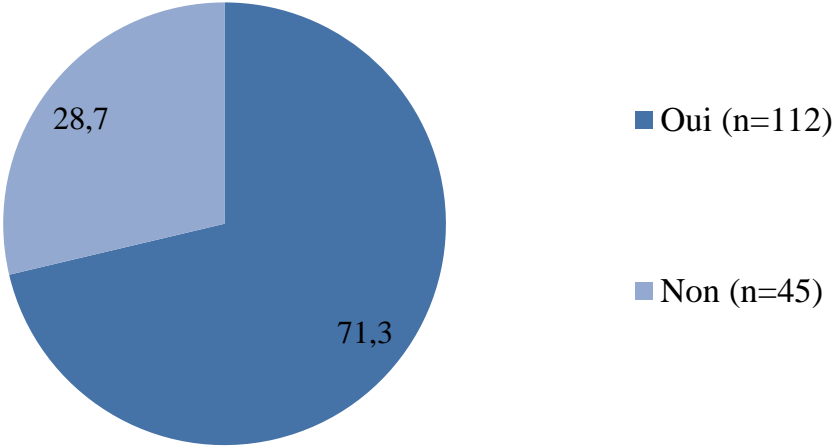


Figure 6 : Pourcentage des femmes se souvenant avoir abordé le sujet du dépistage chez le partenaire dans le centre (N=157)

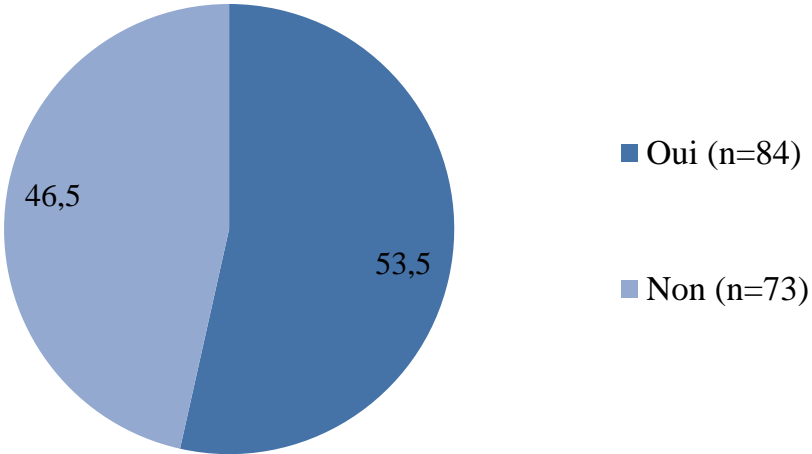


Figure 7: Pourcentage de femmes ayant demandé à leur partenaire de faire le dépistage (N=157)

Tableau 7 : Rapport entre le fait d'informer les femmes lors de l'IVG sur le dépistage des IST du/des partenaire(s) et la proportion de femmes proposant réellement à leur partenaire de faire le dépistage.

		Ont-elles demandé à leur partenaire de faire le dépistage ?		
		Non N(%)	Oui N(%)	Total N(%)
Leur a-t-on parlé du dépistage chez le partenaire ?	Non	31(68,9)	14(31,1)	45(100)
	Oui	42(37,5)	70(62,5)	112(100)
	Total	73(46,5)	84(53,5)	157(100)

$p < 0,001$

Tableau 8 : Moyenne d'âge des femmes abordant le sujet du dépistage avec leur partenaire

	Effectifs(N)	Moyenne d'âge (années)
Non	72	28,96
Oui	84	26,49

$p=0,032$

7. La satisfaction des femmes sur le centre de santé de Saint Paul durant le parcours de l'IVG

Tableau 9 : Satisfaction des femmes sur le centre de santé de Saint Paul durant leur parcours IVG

	Général	Administration	Endroit	Intimité
	N=159 (100%)	N=159 (100%)	N=159 (100%)	N=159 (100%)
Pas du tout	1 (0,6%)	0 (0%)	5 (3,1%)	1 (0,6%)
Un peu	7 (4,4%)	7 (4,4%)	41 (25,8%)	7 (4,4%)
Plutôt	52 (32,7%)	31 (19,5%)	57 (35,8%)	25 (15,6%)
Très	99 (62,3%)	121 (76,1%)	56 (35,2%)	126 (79,2%)

DISCUSSION

1. Choix du recueil des données

1.1. Le délai de quinze jours après l'IVG

Après discussion avec l'équipe de soutien méthodologique et ma directrice de thèse, il nous est apparu plus judicieux de proposer le questionnaire à une distance modérée de l'IVG.

Nous pouvons imaginer que la demande d'une IVG est un moment délicat et parfois traumatisant dans la vie d'une femme. Il nous paraissait maladroit de proposer le questionnaire au moment de l'IVG avec un risque majoré de refus de participation à l'étude.

Le délai de quinze jours a été décidé, car les femmes sont encore dans le parcours médical tout en ayant pris de la distance par rapport au geste traumatisant.

Le questionnaire n'a pas été proposé au moment de la consultation de contrôle en post-IVG car cela aurait entraîné un biais de sélection sachant que 70% des patientes ayant pratiqué une IVG se présentent au rendez-vous de contrôle.

1.2. L'entretien téléphonique

Après discussion avec l'équipe de soutien méthodologique et ma directrice de thèse, il nous est apparu plus judicieux de proposer le questionnaire par entretien téléphonique.

L'entretien par téléphone permet de mettre une distance physique avec la patiente qui se sent alors moins évaluée et lui permet de répondre de façon plus anonyme aux questions.

2. Epidémiologie

2.1. Age moyen

Notre étude retrouvait un âge moyen de 27,6 ans, s'étendant de 14 à 46 ans. Plus de la moitié des femmes ayant eu recours à une IVG avaient moins de 26 ans. Ces chiffres se rapprochent de ceux observés par l'ORS de La Réunion en 2012 qui retrouvait une moyenne d'âge de 26,9 ans, s'étendant de 13 à 48 ans (16) avec une médiane à 26 ans.

2.2. Taux de participation

Notre taux de participation de 60,2% était satisfaisant.

Le moyen d'interrogation des femmes par questionnaire téléphonique entraîne des biais de sélection et de réponse. Je me suis confrontée aux mauvais numéros recueillis ou à la non réponse des patientes face à un numéro masqué ou qu'elles ne connaissaient pas.

L'interface par téléphone était néanmoins adaptée à mon questionnaire court de 4 à 6 minutes.

Le téléphone permettait une interrogation de qualité centrée sur l'écoute et entièrement anonyme. Il a également permis de fixer des rendez-vous permettant un entretien au domicile des femmes, ce qui crée des conditions optimales de dialogue. Le fait d'être chez elles, dans leur propre environnement, favorisait la confiance et les centrait sur leurs ressentis.

2.3. Les causes de la non-participation à l'étude

La première cause de non-participation à notre étude était la non-réponse au téléphone. Elle représentait 20 patientes cumulées. Cette barrière était prévisible en choisissant la méthode téléphonique pour interroger les femmes.

La deuxième cause de non-participation lorsque les patientes arrivaient à être jointes par téléphone était le fait qu'elles n'avaient pas réalisé l'IVG demandée (10 patientes). Cette réponse était acceptable, mais, de par sa facilité d'expression, pouvait-être surexprimée.

La troisième cause principale était la confrontation à un faux numéro. Elle représentait 6 patientes.

3. La prévention

3.1. L'information donnée sur les IST et ce qu'elles en retiennent

La moitié des femmes interrogées répondaient qu'elles ne connaissaient pas la définition des IST et 8,8% donnaient une définition erronée.

En revanche, 56,3% des femmes se souvenaient avoir abordé le sujet des IST au centre.

Cette différence de pourcentage peut s'expliquer par la peur du jugement et la facilité à répondre « je ne sais pas » plutôt que tenter de donner une définition.

Des études sur les réponses psychopathologiques liées à l'IVG suggéraient que les réactions négatives telles que l'anxiété et la dépression étaient importantes lors des entretiens pré IVG (14). Chaque patiente développait des réactions psychologiques différentes face à la demande d'IVG. Certaines développaient des attitudes défensives, d'autres des attitudes d'indifférence. Ces mécanismes d'auto-défenses permettaient de lutter contre l'angoisse (17). Il existe également un sentiment d'ambivalence avec les effets physiologiques qu'entraînent la gestation tels que les nausées ou le besoin accru de sommeil qui se heurtent au refus de poursuivre la grossesse. Cette contradiction souligne l'ambiance psychologique conflictuelle, lors de l'entretien pré-IVG, que peut présenter la patiente. Dans le but de contenir son angoisse, la femme aimerait réaliser le plus rapidement possible l'interruption de grossesse (18).

Ces réactions psychologiques négatives en relation avec l'IVG peuvent être en lien avec le manque de réceptivité des messages de prévention délivrés en pré-IVG.

L'entretien de type « counseling » proposé à la patiente en pré-IVG ne paraît pas approprié à ce moment. La notion de counseling a été développée dans les années 90 afin de diminuer les comportements sexuels à risque. Le counseling, défini comme une information-conseil personnalisé, vise à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes, faire face à une crise nécessitant de sa part une série de changements auxquels elle ne se sent pas forcément préparée. L'étude Project RESPECT (19) a montré en 1998 que l'entretien en face à face de type counseling permettait de diminuer le taux d'infection par IST et des pratiques à risque. Actuellement discuté en prévention primaire (20), le counseling semble être associé à une réduction des pratiques à risque mais uniquement chez les personnes séropositives. Il apparaît donc comme une stratégie de prévention secondaire (12). De plus, le counseling en prévention primaire est rarement pratiqué car il nécessite une formation spécifique. Il ne doit pas non plus être imposé mais entrer dans une démarche de dépistage de la part du patient. Le dépistage des IST n'étant pas la demande première

de la patiente lors de la réalisation de l'IVG, la démarche de dépistage par counseling ne paraît pas adaptée.

La « communication brève liée à la sexualité » (CBS) paraît plus appropriée à l'approche de la sexualité en soins primaires. Cette notion a été développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 2012 afin d'améliorer les conseils en santé sexuelle en soins primaires. Une revue de la littérature a retrouvé 31 articles (21) montrant l'efficacité d'une CBS dans la diminution des comportements sexuels à risque et l'amélioration des connaissances, attitudes et comportements dans la prévention des IST chez différents publics en soins primaires. Plus concrètement, la CBS est en entretien court et succinct (moins de 60 minutes) centré sur l'aidé et son contexte. Elle permet l'expression des émotions et renforce l'estime du patient. Elle explore leurs propres expériences et permet l'autonomisation dans les prises de décision. Des questions simples et ouvertes telles que « comment vous vous sentez par rapport à votre vie intime ? » ou « comment ça va à la maison ? », « avez-vous des questions ou des préoccupations au sujet des questions » ou encore « quelles difficultés avez-vous dans l'utilisation de préservatifs ou le suivi de votre contraceptif ? » permettent d'engager la communication (22).

Insister sur le message de prévention à cette étape de l'IVG dans le parcours de la femme ne paraît pas le moment le plus adapté pour améliorer la connaissance des femmes sur la prévention des IST. Une approche brève paraît plus appropriée qu'un entretien fastidieux de type counseling.

3.2. Objectif principal : venir au centre durant l'IVG est un moment approprié pour parler des IST.

En contradiction avec le résultat précédent expliquant qu'en pré IVG les femmes n'étaient pas dans un état psychologique idéal pour recevoir une information, elles répondaient majoritairement que venir au centre de santé et de prévention sexuelle lors de l'IVG était le moment opportun pour aborder le sujet des IST.

En posant la question à réponse binaire fermée « *pour vous, venir au centre est-il le bon **moment** pour aborder les sujet des IST* » je sous-entendais « le moment en pré IVG » car actuellement, le sujet des IST est abordé en pré IVG par l'infirmière du dépistage. Cette question a été interprétée par les femmes, à juste titre, « *est-ce que venir au centre est le bon **endroit** pour aborder le sujet des IST ?* », ce qui peut expliquer cette contradiction dans les réponses.

Cette réponse montre que le centre de santé et de prévention sexuelle est le lieu privilégié par les femmes pour aborder le sujet de la sexualité mais que le moment avant l'IVG n'est pas le moment opportun.

La mesure 8 du plan national 2010-2014 de lutte contre le VIH-SIDA et les IST en direction des populations d'outre-mer incite à expérimenter les centres de santé sexuelle ayant pour compétence de réaliser des activités de dépistage, sexologie, contraception et soins (23). Ils offrent sur le même lieu une palette de services médicaux et sociaux. La création de ces centres répond à l'idée d'une approche globale de l'éducation à la sexualité et de la contraception, à la prévention, au dépistage, à la vaccination et au traitement si nécessaire (24).

Il s'agit d'une approche de la santé sexuelle en direction de la population générale fondée sur le concept développé par l'OMS depuis 2002. La santé sexuelle n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou de handicap mais aussi un état de bien-être physique, psychologique, social en rapport avec la sexualité (25).

Ce nouveau dispositif, ouvert en Avril 2014 à Saint Paul, semble répondre à la demande de la population interrogée. En effet, il réunit dans une unité de temps, de lieu et d'équipe, l'information, la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des IST. Il propose une approche globale centrée sur la patiente avec une équipe exclusivement féminine formée à l'entretien de type « counseling ». En effet l'appariement des intervenants par genre et par culture semblerait améliorer les comportements sexuels à risque (26).

3.3. Plus adapté aux femmes plus jeunes

La moyenne d'âge concernant l'appréciation du moment opportun différait de 3,2 ans de façon significative ($p < 0,005$) chez les femmes interrogées. En effet, les femmes jugeant que venir au centre durant l'IVG était le bon moment pour aborder le sujet des IST étaient âgées en moyenne de 27 ans alors que celles pensant le contraire étaient âgées de 30,2 ans.

Cette différence significative d'âge ne faisait pas partie de nos objectifs à la mise en place de l'étude mais a été mise en évidence lors des analyses statistiques.

Il est déjà connu que la permanence des plannings familiaux sont majoritairement fréquentés par des femmes (92% en 2013, 93% en 2012), dont 34,3% sont des mineures. Il est de même pour l'éducation à la sexualité dans les plannings familiaux qui intéresse majoritairement les mineures. Les consultations pour demande de dépistage VIH/IST sont la troisième cause de passage dans les plannings familiaux, après la contraception et les demandes d'IVG (27).

Malgré les nombreuses campagnes d'information ciblant les adolescents et l'obligation à l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées (28), les jeunes femmes paraissent en demande d'informations.

La majorité des études retrouvées sont réalisées auprès d'une population d'adolescents. Elles montrent que le manque de connaissance des adolescents sur les IST se maintient.

L'étude KABP menée La Réunion en 2012 montrait que la majorité de la population connaissait les modes de transmission du VIH mais que des idées fausses persistaient en particulier chez les plus jeunes et les moins diplômés. Par exemple 32 % de l'ensemble des personnes interrogées pensaient que « le virus du sida peut être transmis par une piqûre de moustique » et 35% des 15-17 ans pensaient que « la transmission est possible dans les toilettes publiques » (29).

L'étude de C. Grondin et al. sur les connaissances en matière de sexualité, IST et vaccination contre le HPV retrouvait qu'un adolescent sur deux avait des connaissances jugées insuffisantes en matière de sexualité (30).

Suite à la demande des patientes et à l'opportunité du passage dans le centre de santé et de prévention sexuelle lors de l'IVG, le message de prévention est à améliorer particulièrement chez les jeunes femmes d'après notre étude et notamment auprès des adolescentes d'après les études régionales.

Dans une étude réalisée auprès d'adolescents d'une classe de troisième en Maine-et-Loire sur leurs besoins, attentes et connaissances en éducation sexuelle et affective, 50% des filles et 16% des garçons ressentaient le besoin de parler de sexualité à quelqu'un. Les moyens pédagogiques qu'ils souhaitaient utiliser pour leur éducation sexuelle étaient des moyens ludiques et innovants. Les vidéos suivies d'une discussion ainsi que les jeux de société ou les jeux de rôle étaient évoqués en priorité (31). Une revue de la littérature mettait également en avant les jeux de rôle et les vidéos pour transmettre le message de prévention auprès des adolescents, surtout en milieu scolaire (32). L'exemple de l'espace tête-à-tête ouvert en 2006 à Paris pour les jeunes de 13 à 25 ans, montrait qu'ils étaient satisfaits à 76% des échanges qui se faisaient grâce à des animations de groupe, vidéos, bornes informatiques ou ateliers pédagogiques (33).

Il serait intéressant de mettre en place, pour les femmes jeunes et adolescentes, des séances basées sur des moyens de communication vivants et ludiques afin de dédramatiser le sujet. Par exemple, une borne vidéo en salle d'attente délivrant des messages sur la prévention et le dépistage des IST ou des groupes de discussion en petit comité pourraient être mis en place.

Les études KABP réalisées en 2012 à la Réunion ou en 2010 en Ile de France montraient une différence de comportement sexuel entre les jeunes générations et les personnes plus âgées. Les femmes plus âgées apparaissaient plus réticentes à utiliser le préservatif. Par exemple en 2010, en Ile de France, elles étaient 27,4% des 18-30 ans à utiliser le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel contre 12,5% des 31-44ans (34). A la Réunion, 59% des personnes interrogées déclaraient avoir utilisé le

préservatif lors de leur dernier rapport sexuel et ce pourcentage était plus élevé (82%) chez les plus jeunes : 18-29ans (29). Une attention particulière doit être portée lors du message de prévention adressé aux femmes adultes.

La revue de la littérature montre une plus grande efficacité d'une approche personnalisée, en séance individuelle avec un professionnel de santé en face à face de type counseling chez les femmes adultes (32)(19). L'approche individuelle réalisée au centre devrait correspondre à la demande des femmes plus âgées. Mais il apparaît probablement comme un endroit trop impersonnel qui ne leur convient pas.

Afin qu'elles se l'approprient au mieux, le message de prévention des IST doit être adapté à l'âge de la patiente.

3.4. Revenir dans le même centre mais plutôt après l'IVG

Parmi les femmes préférant aborder le sujet des IST à un moment différent qu'en pré IVG, un tiers répondaient qu'elles aimeraient revenir au centre en post-IVG.

Il n'a pas pu être établi en terme statistique que l'avortement en lui-même est responsable d'un traumatisme psychologique, dès lors qu'il résulte d'un choix libre. Il est plutôt perçu comme le soulagement d'une angoisse envahissante. Malgré la fréquence de sentiments plus ou moins mêlés de regrets, de tristesse et de culpabilité, ils restent transitoires (35). L'IVG connaît généralement une issue favorable. Selon l'étude de Lazarus, deux semaines après une IVG, 76 % des femmes rapportaient un sentiment de soulagement, tandis que l'émotion négative la plus commune, à savoir la culpabilité, était notée chez seulement 17 % d'entre elles (36). A La Réunion, les ressentis sont similaires. La peur ou le malaise face au jugement sont prégnants mais ne sont pas systématiques (13).

La femme en post-IVG paraît rapidement soulagée, cette dimension psychologique positive est favorable à la délivrance d'un message de prévention des IST à distance de l'IVG.

3.5. Peu importe le professionnel de santé avec qui aborder le sujet des IST dans le centre

Parmi les femmes préférant revenir au centre pour parler de sexualité et de prévention des IST, cinq patientes n'avaient pas de préférence concernant le professionnel de santé. Elles étaient quatre à exprimer qu'elles préféreraient aborder la prévention des IST avec une sage-femme.

Le professionnel de santé avec qui aborder le sujet des IST n'importe pas si celui-ci est apte à écouter et guider la patiente dans son raisonnement ainsi que de l'accompagner dans la démarche de dépistage. L'intervenant doit savoir prendre en charge la patiente dans la globalité de sa vie sexuelle, sous des aspects de santé morale, sociale et physique.

3.6. Rôle du médecin traitant

Parmi les femmes qui préféreraient aborder le sujet du dépistage et de la prévention des IST à un autre moment que durant l'IVG, elles étaient 38,7% à vouloir l'aborder avec leur médecin généraliste.

Lors de la mise en place de notre étude, nous nous attendions à un pourcentage plus élevé. Le médecin traitant constitue souvent le premiers recours et un point d'entrée dans le système de soins. De plus, « l'éducation en santé, le dépistage, la prévention individuelle et communautaire » font partie des six compétences principale de la spécialité médecine générale d'après le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (37).

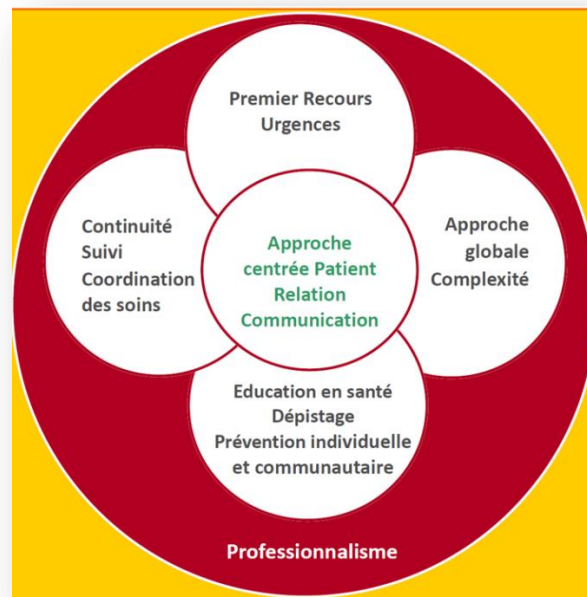


Figure 8 : Marguerite des six compétences principales de la médecine générale.

Une thèse réalisée en 2014 sur la perception et attentes des patients à La Réunion en médecine générale montrait une satisfaction globale des patients concernant leur prise en charge en médecine générale (38).

Il a également été montré dans l'enquête nationale sur le recours à l'IVG à La Réunion en 2007 que le médecin généraliste habituel était le premier praticien contacté (y compris téléphonique) lors d'une demande d'IVG. Six réunionnaises sur dix contactaient leur médecin généraliste habituel contre 3 femmes sur 10 en France entière (11). Ces chiffres montrent la proximité et les relations plus intimes que peuvent entretenir les patientes réunionnaises avec leur médecin traitant.

Mais pour d'autres patientes, le médecin traitant est parfois le médecin de famille et n'est pas forcément le meilleur interlocuteur pour aborder la sphère intime et privée car il connaît leurs parents ou leur fratrie. L'enjeu est de garder leur sexualité invisible aux apparentés familiaux, d'où le fait qu'elles puissent être à la recherche d'anonymat (39).

Du point de vue des médecins généralistes, ils étaient seulement un tiers à considérer avoir un rôle de prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle et uniquement 58,7% à s'accorder qu'il était facile d'aborder avec leur patient la vie affective et sexuelle car ils craignaient d'être intrusifs. Néanmoins, il existait un lien entre la facilité d'aborder le sujet sur la vie affective et sexuelle et l'utilisation d'un questionnaire. Ainsi, les médecins déclaraient aborder plus facilement ce thème avec un questionnaire pour 54,6% d'entre eux versus 14,4% qui n'en utilisaient pas ($p < 0,01$) (40).

Il serait donc intéressant de proposer un questionnaire pré établi aux médecins généralistes afin de faciliter l'abord de la sexualité et favoriser la prévention des IST en cabinet libéral.

4. Le dépistage

4.1. La proposition du dépistage

Un dépistage par prélèvement sanguin et prélèvement vaginal (auto prélèvement ou médicalisé) a été proposé à la majorité des patientes, respectivement à 91,2% et 81,4%. Selon nos résultats, moins de prélèvements vaginaux que de sérologies ont été proposés aux femmes durant leur parcours dans le centre que de sérologies.

Conformément aux recommandations de l'ANAES parues en 2003, le dépistage de *Chlamydiae trachomatis* par prélèvement vaginal est systématique uniquement chez les femmes de moins de 25 ans ou quel que soit l'âge si elles ont eu plus d'un partenaire dans les 12 derniers mois (41).

Les indications du dépistage par prélèvement vaginal sont donc plus restrictives, ce qui peut expliquer la différence de pourcentage entre les deux techniques de dépistage (sanguin et vaginal).

Il est également probable que plusieurs d'entre elles aient confondu leur suivi gynécologique (frottis cervico vaginal) avec la prévention des IST (prélèvement vaginal).

Le prélèvement vaginal étant un geste invasif et abordant d'avantage la sphère de l'intime, il est possible que certaines femmes aient également refusé le prélèvement par appréhension du geste.

4.2. Causes de refus de prélèvement biologique et vaginal

La principale cause de refus, que ce soit pour le prélèvement sanguin ou le prélèvement vaginal, était la raison « déjà fait ». Cette cause a d'ailleurs été rajoutée en cours de recueil de données car de nombreuses patientes donnaient cette raison spontanément.

Il se peut qu'il y ait une confusion entre le prélèvement vaginal et le frottis cervico vaginal également lors de la réponse à cette question.

Nous pouvons sinon penser qu'il existe un taux important de dépistage des IST par les gynécologues ou médecins généralistes libéraux.

Selon une thèse réalisée en 2011 interrogeant 87 médecins généralistes sur le dépistage organisé de *Chlamydia trachomatis* en cabinet libéral, l'abord des IST en médecine générale paraît difficile. Le principal frein au dépistage était le fait d'évoquer une IST dans une consultation non spécifiquement dédiée (52,8%) (42). Néanmoins nous pouvons supposer, comme lors d'une première consultation pour une grossesse, que le médecin traitant ose proposer un bilan de dépistage des IST lors de la demande d'une IVG. La proximité des patientes réunionnaises avec leur médecin généraliste peut également expliquer le fait qu'elles aient déjà réalisé le prélèvement vaginal avec leur médecin traitant.

La deuxième cause de refus était le manque de temps. Les patientes doivent être prévenues lors de la prise du premier rendez-vous qu'elles vont rencontrer plusieurs professionnels de santé et passer plusieurs heures dans le centre.

Pour le prélèvement sanguin, la troisième cause de refus était le fait qu'elles ne se sentaient pas concernée par le dépistage. L'effectif était malgré tout faible (4 patientes sur 157). En les interrogeant par téléphone, les femmes ayant donné cette réponse ajoutait « qu'elles avaient confiance en leur conjoint ». Il s'agissait possiblement de

femmes ayant une relation stable et pratiquant l'IVG sur un échec de contraception (11).

4.3. Consultation pré IVG : moment le plus opportun pour les prélèvements sanguin et vaginal

Le prélèvement vaginal à la recherche de *Chlamydia trachomatis* est proposé selon les recommandations ANAES (41) aux patientes lors de leur passage dans le centre. Néanmoins l'acceptation du dépistage n'a pas été étudiée en fonction de la technique de prélèvement (auto ou hétéro).

La majorité des patientes préféraient bénéficier du dépistage, que ce soit sanguin ou vaginal, lors de la rencontre en pré IVG, respectivement pour 57,9% et 59,7% d'entre elles.

Il paraît alors important de distinguer le discours sur la prévention et l'action de dépister.

En pré-IVG, il a été montré que les patientes développaient des réactions psychologiques négatives, telle que l'anxiété face à l'appréhension de la douleur ou du geste préopératoire. Ces interactions psychologiques pourraient les rendre imperméables au discours de prévention (13) (15). Néanmoins, nous pouvons penser qu'elles se rendent plus disponibles pour les prélèvements lors du moment pré-IVG car elles sont systématiquement prélevées pour le bilan préopératoire. Ceci évite deux prélèvements sanguins.

Du point de vue médical, il apparaît délicat que le prélèvement précède le discours de prévention. Ce raisonnement est développé dans la notion de counseling. Le counseling permet de délivrer une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et l'appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test (12). Cette notion est actuellement controversée (20). Nous l'avons développé précédemment : le counseling semble être associé à une réduction des pratiques à risque mais uniquement chez les personnes séropositives. Le fait de prélever avant d'informer ne paraît pas alors si absurde.

4.4. Le médecin généraliste non privilégié

Elles étaient 24,5% pour le prélèvement sanguin et 18,9% pour le prélèvement vaginal à vouloir le pratiquer en médecine générale.

Le pourcentage pour le prélèvement vaginal était moins élevé que celui du prélèvement sanguin. On suppose que les femmes préféreraient une consultation

spécialisée gynécologique concernant leur sphère intime. Elles étaient d'ailleurs plus nombreuses à répondre qu'elles préféreraient revenir au centre pour réaliser le prélèvement vaginal en post-IVG par rapport au prélèvement sanguin (12,6% versus 7,5%).

Dans une thèse effectuée auprès de 63 patientes dans les Deux Sèvres, il a été retrouvé que seulement 15,8% des patientes considéraient que le médecin traitant était le plus apte à effectuer leur suivi gynécologique contre 66,7% pour le gynécologue (43). De même, dans une thèse en médecine générale réalisée en 2009, sur 184 patientes interrogées, 80% des patientes étaient suivies sur le plan gynécologique mais seulement un quart l'étaient par leur médecin traitant. Les principaux freins étaient l'intimité et l'aspect pudique que suggérait l'examen gynécologique (44).

Ces données témoignent de l'importance accordée au spécialiste concernant l'abord de la sphère intime, notamment en métropole. Ces chiffres sont probablement différents à la Réunion. En 2007, 14 % des patientes réunionnaises contre 22 % des patientes en France entière privilégiaient leur gynécologue habituel concernant le premier professionnel de santé contacté lors de la demande d'IVG (11). De plus, la pratique de FCU par les médecins généralistes réunionnais est en nette augmentation. En effet ils étaient moins 10% à réaliser les FCU en 1996 alors qu'ils étaient 38% en 2000-2001 (45).

Il apparaît également possible de la part des patientes d'aborder la sphère gynécologique en consultation avec leur médecin généraliste. En effet, dans une étude par questionnaire téléphonique réalisée auprès de 117 femmes âgées de 25 à 64 ans dans le Val d'Oise, 64,1 % des patientes interrogées répondaient que ce dépistage n'avait jamais été abordé par un médecin généraliste. Seules 6,8 % des femmes avaient déjà eu un frottis cervico-vaginal réalisé par un médecin généraliste. La majorité des femmes (59,8 %) était favorable à une augmentation du nombre de FCU réalisés par les médecins généralistes (46).

Une étude suisse a montré que 95% des personnes interrogées auraient trouvé normal que leur médecin leur pose des questions sur leur vie sexuelle afin de recevoir des conseils de prévention. 90,9% souhaitaient que ce soit leur médecin qui aborde le sujet (47).

Les médecins généralistes doivent renforcer auprès de leurs patientes leur image de compétences en gynécologie. Le suivi chronique en gynécologie fait partie des missions de prévention que doit remplir le médecin généraliste. En effet, dans la définition européenne de la médecine générale, la WONCA préconise une approche globale comportant « la capacité à promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies » (48).

5. La remise des résultats à favoriser au centre

La moitié des femmes interrogées préféreraient qu'on leur remette leurs résultats de dépistage des IST lors de la consultation post-IVG. De plus elles étaient un quart à vouloir revenir en consultation spécifique de dépistage au centre pour récupérer leurs résultats. Donc trois quart d'entre elles privilégiaient le centre de santé pour obtenir leurs résultats.

Nous avons différencié la consultation post-IVG et le rendez-vous au centre de santé sexuelle afin de montrer aux femmes qu'il ne s'agissait pas que d'un centre d'IVG mais qu'il présentait également des professionnels de santé spécialisés dans le dépistage des IST.

Il faut savoir qu'en 2013, avant la création du centre de santé et de prévention sexuelle, environ 70% des patientes se rendaient à la consultation post IVG et seulement 13,3% des femmes allaient chercher leurs résultats au CDAG-CIDDIST. Les chiffres tendent à s'améliorer depuis l'ouverture du centre en 2013.

Nous notons que dans ce domaine le médecin traitant n'était de nouveau pas mis en valeur. Elles étaient seulement un quart à privilégier l'envoi des résultats à leur médecin référent. Les coordonnées du médecin référent sont demandées dès le premier contact avec les secrétaires, il ne s'agit pas automatiquement du médecin traitant. Ces chiffres montrent la distance qu'entretiennent les femmes avec leur médecin traitant, qui est souvent le médecin de famille (39).

6. Le dépistage chez le partenaire

6.1. Moins de femmes abordent réellement le sujet avec leur partenaire

La majorité des patientes se souvenaient avoir abordé le sujet du dépistage des IST chez leur partenaire lors de leur parcours dans le centre. Mais le pourcentage des patientes ayant réellement demandé à leur partenaire de faire le dépistage diminuait passant de 71,3% à 53,5%. Ce chiffre est probablement surestimé du fait du biais d'acquiescement des patientes inhérent au mode de recueil déclaratif.

Peu de données sont actuellement disponibles sur les connaissances, représentations et comportements sexuels à La Réunion.

Seule une étude KABP a été réalisée en 2012 auprès d'un échantillon de 1025 réunionnais âgés de 15 à 59 ans (29). L'âge du premier rapport sexuel apparaît être plus bas chez les réunionnais comparé aux franciliens. Celui-ci se situait entre 15 et 16 ans pour les personnes interrogées de moins de 30 ans à La Réunion contre un âge moyen de 16,5 ans pour les hommes et 17,2 ans pour les femmes en Ile de France en 2010 (34). Cette précocité des rapports sexuels serait logiquement l'image d'une assurance dans l'abord de la sexualité avec le partenaire.

Il semble exister un certain tabou au sein des familles réunionnaises à parler de sexualité. Lors de l'étude qualitative publiée en 2010 interrogeant douze patientes ayant pratiqué une IVG à La Réunion, toutes les patientes ont déclaré n'avoir reçu aucune éducation sexuelle dans leur famille (13). Ce schéma éducationnel semble se reproduire au sein du couple.

Nous pouvons également supposer que l'importance des religions joue un rôle majeur dans l'abord de la sexualité dans le couple. En effet, le poids des religions est important à La Réunion et peut être hostile à l'abord de la sexualité avec le(s) partenaire(s). Plus une culture est imprégnée des codes culpabilisants de la religion sur la sexualité, plus la sexualité est impactée négativement. Laurence Pourchez, dans « Grossesse, naissance et petite enfance en société créole » décrit les difficultés à parler de sexualité à La Réunion (49). « Même si les tabous relatifs à la procréation ont évolué, ils sont encore suffisamment importants pour qu'une certaine gêne s'installe au moment d'aborder les sujets ayant trait à la sexualité. »

6.2. Les femmes plus jeunes abordent plus facilement le dépistage avec leur partenaire

L'âge moyen des femmes abordant le dépistage avec leur partenaire était plus faible de 2,5 ans comparé à celles ne l'abordant pas (26,5 ans versus 29 ans).

Notre étude est une enquête d'opinion qui demande une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. Néanmoins, ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes plus âgées sont dans une relation stable et ont confiance en leur partenaire. Cette supposition est en contradiction avec les chiffres retrouvés par la DRASS en 2007 qui montraient que, parmi les femmes ayant subi une IVG à La Réunion, celles de moins de 20 ans vivaient plus souvent en couple que celles de plus de 20 ans (11).

Nous pouvons supposer que les femmes jeunes sont plus sensibilisées au dépistage des IST, par le biais de la scolarisation, que les femmes plus âgées depuis l'obligation de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire instaurée en 2003 (28).

6.3. Plus informer pour mieux dépister

Nous avons retrouvé que le rapport entre le fait d'informer les femmes lors de leur IVG sur le dépistage des IST de leur partenaire et la proportion de femmes proposant réellement à leur partenaire de faire le dépistage était significatif.

Il est donc essentiel d'expliquer à la patiente l'importance du dépistage chez leur(s) partenaire(s).

Un carton invitant le partenaire à se faire dépister est donné à chaque patiente lors de la consultation post-IVG. Par ce biais indirect, nous espérons augmenter les dépistages. Nous n'avons malheureusement pas de donnée exploitant le nombre de partenaires venant se faire dépister au centre car les prélèvements sont rendus anonymes.

7. Une approche globalement satisfaisante lors de leur parcours dans le centre.

Les femmes étaient en majorité très satisfaites sur les items demandés (général, intimité et administration). Cette appréciation est généralement positive sur le plan humain lors du « parcours IVG » sur l'île (13). Elles étaient par contre plus mitigées concernant l'endroit. Plusieurs d'entre elles précisait qu'elles avaient eu des difficultés à trouver le lieu du centre, pensant que celui-ci était encore au sein du Centre Hospitalier Gabriel Martin.

Suite au récent déménagement du centre d'IVG de Saint Paul, les coordonnées ne sont pas encore connues de la population ni de tous les médecins généralistes ou gynécologues libéraux. Il est important d'en informer les femmes lors de la prise du premier rendez-vous et surtout les médecins libéraux (généralistes et gynécologues), via envoi postal ou courriel. Une campagne de communication est prévue prochainement via le réseau REPERE ainsi qu'une inauguration du centre.

8. Forces et limites de l'étude

8.1. Les forces

L'originalité de notre étude est une de ses principales forces. En effet, aucun travail n'a été réalisé sur ce sujet à La Réunion. Elle a permis de recueillir l'avis des patientes sur le dépistage et la prévention des IST lors du « parcours IVG » afin d'en améliorer concrètement leur prise en charge au sein du centre et en médecine générale. Elle a également permis de recueillir leur satisfaction globale concernant ce nouveau centre de santé et de prévention.

Notre échantillon était représentatif des femmes demandant une IVG à La Réunion avec une moyenne d'âge, un maximum, un minimum et une médiane similaires aux chiffres retrouvés par l'ORS en 2012 (16).

Le questionnaire par téléphone à distance modérée de l'IVG était un moyen adapté de communication. Il a permis de recueillir un nombre satisfaisant de données dans une période de cinq mois.

Un pré-test a été réalisé sur le questionnaire. Il a été analysé sur 5 patientes ayant consulté au centre, mais non incluses dans nos résultats finaux. Ceci a permis de limiter les biais en corrigeant les incompréhensions de certaines questions.

L'anonymat des données était précisé et respecté dès le début de l'entretien téléphonique.

J'étais la seule interrogatrice, ce qui limite les biais de réalisation lors du recueil des données.

Le questionnaire n'était pas standardisé mais a été corrigé par l'unité de soutien méthodologique afin qu'il puisse être analysé.

Nous pouvons noter le faible taux de refus de la part des patientes. Certains tests statistiques restaient néanmoins non significatifs possiblement par manque de puissance (faibles effectifs).

8.2. Les limites

Notre étude était une étude transversale, elle représente un faible niveau de preuve scientifique (grade C des recommandations) (50).

Il s'agissait d'une étude déclarative, d'enquête d'opinion, par questionnaire téléphonique. La fiabilité des réponses est l'enjeu majeur de ce type d'étude abordant des sujets sensibles. L'interprétation des résultats doit se faire avec précaution. Cependant, les effectifs et pourcentages analysés restent intéressants au niveau du local et permettraient d'améliorer la prise en charge des patientes demandant une IVG au sein du centre.

La méthode d'interrogation entraîne des biais de prévarication par facilité de réponse et dépend de l'humeur et de la disponibilité de la personne interrogée. Pour diminuer ce biais, il était proposé aux femmes non disponibles au moment de l'appel un moment plus approprié pour répondre au questionnaire.

Certaines propositions ont été ajoutées au questionnaire en cours de recueil, ceci limite la qualité de l'étude.

Il existait un biais de sélection car parfois les secrétaires omettaient de proposer aux femmes la participation à notre étude. Je tentais tout de même de les appeler dans le même délai que les femmes ayant accepté afin de leur proposer le questionnaire.

Théoriquement, une patiente pouvait être incluse deux fois dans l'étude mais en pratique, durant un délai de quatre de mois de recueil, cette situation était peu probable.

L'analyse des catégories socioprofessionnelles ainsi que les conditions maritales auraient pu également être étudiées afin de comparer la représentativité de l'échantillon.

L'acceptation du dépistage par prélèvement vaginal aurait pu être analysée en fonction de la réalisation par auto prélèvement ou par prélèvement par le médecin. Ceci aurait permis d'identifier un éventuel frein au dépistage et d'améliorer ensuite les pratiques.

Enfin, l'accord de la CNIL (Comité Nationale de l'Informatique et des Libertés) ou d'un comité de protection des personnes aurait pu être demandé. Nous n'avons pas jugé nécessaire de les solliciter car l'accord des femmes quant à leur participation à notre étude était systématiquement demandé. Les données étaient ensuite anonymisées. Les coordonnées ont été supprimées.

9. Propositions et perspectives

Les centres de santé et de prévention sexuelle soutenus par le plan 2010-2014 de lutte contre le VIH/SIDA et les IST semblent être un lieu adapté et privilégié par les femmes pour aborder leur santé sexuelle, notamment les plus jeunes. A compter du 1^{er} Janvier 2016, la fusion des CDAG et CIDDIST entrainera la création des CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic. Les objectifs sont d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage des IST, de mieux garantir la continuité du parcours de soins, de simplifier le régime juridico-financier et enfin de faciliter le suivi (51).

Au sein du centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul, il serait intéressant de développer des moyens de communication variés et ludiques afin de sensibiliser en particulier les adolescentes et femmes jeunes. Des bornes vidéo diffusant des messages de prévention adaptés aux patientes, en français et créole, peuvent être mises en place dans la salle d'attente. Des ateliers pédagogiques et des animations en petit groupe pourraient également être développés afin de diffuser des messages de prévention, en post IVG.

Comme démontré ci-dessus, le moment en pré-IVG n'est pas le moment opportun pour que les femmes s'approprient le message de prévention des IST. Néanmoins, dans le but d'améliorer les connaissances durant ce moment délicat, des moyens indirects pourraient être mis en place. Deux méta-analyses consacrées à l'efficacité des interventions via internet sur le comportement sexuel ont réuni une trentaine d'articles de 2007 à 2010. Ces interventions sont jugées efficaces pour augmenter la connaissance sur la santé sexuelle et sur la prévention des IST avec la diminution des comportements à risque et l'augmentation de l'usage du préservatif (52) (53) (54). Un site internet est disponible en français (www.info-ist.fr) proposant des vidéos ludiques, des tests et des conseils personnalisés (55). Un carton mentionnant ce site internet pourrait être remis à la patiente en pré-IVG afin qu'elle le consulte chez elle à un moment qu'elle juge approprié. Elle aurait ensuite l'opportunité d'exprimer ses interrogations en consultation post-IVG ou lors d'une consultation au centre de prévention sexuelle.

La formation des professionnels de santé doit être améliorée. En France, seule l'université Paris-Diderot propose un diplôme inter universitaire en santé sexuelle. La formation doit permettre le développement de compétences en counseling et surtout en méthodologies d'interventions brèves de type CBS. Cette formation est à différencier des formations de sexologue ou de sexualité humaine qui ont pour objectif les prises en charge thérapeutiques des troubles sexuels.

Au niveau du dépistage des IST durant leur parcours dans le centre, il semble important de bien expliquer à la patiente la différence entre le frottis cervico-vaginal,

facilement fait en médecine de ville, et le dépistage des IST par prélèvement vaginal. Les patientes ont tendance à confondre ces deux analyses, refusant à tort le prélèvement vaginal à la recherche de *Chlamydia trachomatis*.

Le message sur le dépistage du partenaire doit être délivré avec insistance. La remise à la patiente d'un carton d'invitation à donner à son/ses partenaire(s) est un bon moyen de communication indirect.

Au niveau des médecins généralistes, il serait intéressant de développer un questionnaire «d'abord de la sexualité en médecine générale». Ce sujet est en effet parfois difficile à aborder en consultation pour de multiples raisons. Un questionnaire est un moyen concret qui facilite l'échange avec la patiente. D'autant plus que les patientes paraissent disponibles et attendent souvent que le médecin aborde lui-même ces sujets sensibles.

Il a été montré, dans l'étude qualitative publiée en 2010 par l'ORS, que les informations sur le « parcours IVG » délivrées par les médecins traitants sont régulièrement approximatives ou erronées selon les professionnels des services d'IVG de l'île (13). Afin de faire connaître le centre de santé et le « parcours IVG » au réseau libéral, il serait intéressant pour les médecins généralistes d'organiser des rencontres ville-hôpital ou des visites au sein de leur cabinet. Cela permettrait d'informer les médecins traitants sur le réseau disponible et de mieux coordonner, avec les services hospitaliers, la prise en charge des patientes.

Parallèlement, le lieu du centre paraît difficile à trouver. C'est dans notre étude la première cause d'insatisfaction des femmes venant pour une demande d'IVG. Il serait judicieux de communiquer aux médecins libéraux (gynécologues et généralistes), via un mail ou courrier postal, les nouvelles coordonnées du centre d'orthogénie. Des pancartes plus informatives et visuelles pourraient être mise en place dans le secteur.

Depuis la loi de juillet 2001 et la circulaire d'application de novembre 2004, l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse est possible hors établissement de santé jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. Les médicaments sont alors délivrés par un médecin ayant signé une convention avec un établissement pratiquant des IVG. Cette réforme permet d'éviter l'hospitalisation et atténue le caractère traumatisant de l'IVG. Elle permet également à la patiente de choisir le praticien qui la suivra. A La Réunion, selon l'analyse des bulletins statistiques d'interruption de grossesse en 2012, la part des IVG réalisées en cabinet de médecins généralistes évolue passant de 1,7% en 2008 à 4,5% en 2012. La moitié des IVG médicamenteuses sont réalisées en cabinet libéral (16). A l'ouest de l'île, le nombre de médecins généralistes réalisant les IVG en cabinet libéral se développe passant de seulement deux médecins généralistes à cinq d'ici fin 2015.

CONCLUSION

Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 recommande un dépistage des IST chez les femmes fréquentant les centres d'orthogénie.

Notre étude montre que la prise en charge globale de la patiente dans le centre de santé et de prévention sexuelle de Saint Paul de La Réunion apparaît être la stratégie adaptée pour aborder le risque sexuel durant l'IVG, en particuliers chez les femmes jeunes. Des outils de communication ludiques et innovants devraient être élaborés afin d'améliorer la transmission du message sur la prévention des IST.

Le moment le plus opportun pour délivrer le message de prévention du risque sexuel semble être après la réalisation de l'IVG. Les femmes développent des mécanismes psychologiques de défense avant l'IVG inhibant leurs facultés d'attention et d'écoute.

Cependant, concernant le dépistage des IST, les femmes préfèrent réaliser les prélèvements sanguins et biologiques avant l'IVG. Ils sont réalisés en même temps que le bilan préopératoire, évitant ainsi plusieurs traumatismes cutanés.

La remise des résultats des prélèvements est à poursuivre lors de la consultation en post-IVG au centre pour la majorité des patientes.

Il semble également important d'insister sur le dépistage du partenaire, notamment chez les femmes plus âgées durant la consultation post-IVG. Un carton remis à la patiente invitant leur partenaire à se faire dépister paraît être un bon moyen indirect de communication.

Les femmes n'ont pas montré de préférence concernant le professionnel de santé avec qui aborder leur santé sexuelle. Il serait intéressant de développer une formation universitaire ouverte aux différents professionnels de santé afin de faciliter l'échange et l'abord du risque sexuel avec les patientes. Des questions ouvertes et simples suffisent souvent à ouvrir le dialogue avec la patiente comme le montre les dernières données sur la CBS.

Malheureusement le médecin généraliste n'apparaît pas être l'interlocuteur de référence dans le dépistage et la prévention des IST lors du « parcours IVG ». En effet, souvent médecin de famille, il n'est pas privilégié par les femmes pour aborder le sujet IST dans le contexte délicat de l'IVG. Néanmoins, certaines études montrent qu'il existe une ouverture de la part des patientes pour parler de leur santé sexuelle avec leur médecin généraliste. Des outils d'aide à l'abord de la sexualité, tel qu'un questionnaire standardisé, devraient être élaborés afin d'aider les médecins. De même, les liens du

réseau ville-hôpital devraient être renforcés en réalisant des rencontres avec les médecins généralistes. De plus, l'ouverture se développe vers les IVG ambulatoires permettant à la patiente de choisir le praticien qui la suivra.

Enfin, il serait intéressant de réaliser une étude multicentrique interrogeant les femmes dans des centres d'orthogénie différents ainsi que celles réalisant l'IVG en cabinet de ville. Nous pourrions alors analyser les avis des femmes en fonction du lieu de réalisation de l'IVG.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [Internet]. 2010 [cité 19 févr 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014-3.pdf
2. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Informations et ressources pour les professionnels de santé [Internet]. Inpes; 2011 [cité 2 juill 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/index.htm
3. CIRE Océan Indien. Point épidémiologique RésIST-Réunion 2010 [Internet]. ARS Océan Indien; 2011 [cité 19 févr 2015]. Disponible sur: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Veille_et_securite_sanitaire/Gestion_de_crise_sanitaire/CIRE/Systemes_de_surveillance/resIST/23_2011_PE_ResIST_2010_Sem21.pdf
4. Données Rénachla, Rénago, RésIST. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles [Internet]. Insitut de Veille Sanitaire; 2014 [cité 2 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
5. Institut de Veille Sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Chlamydia trachomatis : étude de prévalence dans les structures de médecine à vocation préventive. [Internet]. BEH 37-38. InVS; 2006 [cité 10 mars 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/index.htm
6. Institut de veille sanitaire (France), Département des maladies infectieuses. Indicateurs régionaux de dépistage et de prévalence des hépatites B et C: 2010-2012 [Internet]. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014 [cité 24 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Indicateurs-regionaux-de-depistage-et-de-prevalence-des-hepatites-B-et-C>
7. Antona D, Larsen C. Épidémiologie de l'hépatite B en France. *Virologie*. 1 juill 2010;14(1):23-34.
8. CIRE Océan Indien. Infection à VIH et Sida à La Réunion [Internet]. Observatoire régional de santé La Réunion; 2013 [cité 2 juill 2015]. Disponible sur: http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/VIH_Sida_2013.pdf

9. La Ruche G, Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, De Barbeyrac B, Dupin N, et al. Épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. *Presse Médicale*. avr 2013;42(4, Part 1):432-9.
10. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. [Internet]. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques (DRESS); 2014 [cité 19 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er884.pdf>
11. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales. Le recours à l'IVG à La Réunion. Enquête nationale 2007. Synthèse des résultats. [Internet]. DRASS La Réunion; [cité 19 févr 2015]. Disponible sur: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publication_s/Promotion_de_la_sante/Perinatalite_IVG_comportements_sexuels/synthese_des_resultats_de_l_enquete_Nationale_2007.pdf
12. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégie et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations [Internet]. HAS; 2009 [cité 18 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf
13. Perche M. Pratiques et perceptions de la prise en charge de l'IVG à La Réunion. Etude qualitative [Internet]. Observatoire régional de santé La Réunion; 2010 [cité 23 juin 2015]. Disponible sur: http://www.ors-reunion.org/IMG/file/etudes/RAPPORT_Etude_IVG_Quali_2010.pdf
14. Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Can Fam Physician*. oct 2000;46:2033-40.
15. Wells N. Pain and distress during abortion. *Health Care Women Int*. sept 1991;12(3):293-302.
16. Observatoire régionale de la Santé. Analyse des bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse de La Réunion, année 2012 [Internet]. Agence de Santé Océan Indien; 2013 [cité 18 févr 2015]. Disponible sur: http://www.ors-reunion.org/IMG/file/etudes/Rapport_BIG_2012.pdf
17. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. avr 2004;33(2):125-30.
18. Mortureux A. La place de la parole dans l'entretien pré-IVG. *Laennec*. 2010;58(2):6.

19. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM. Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. *JAMA*. oct 1998;280(13):1161-7.
20. Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, et al. Effect of risk-reduction counseling with rapid hiv testing on risk of acquiring sexually transmitted infections: The aware randomized clinical trial. *JAMA*. 23 oct 2013;310(16):1701-10.
21. Cooper B, Toskin I, Kulier R, Allen T, Hawkes S. Brief sexuality communication—a behavioural intervention to advance sexually transmitted infection/HIV prevention: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 oct 2014;121:92-103.
22. Troussier T, Direction générale de la santé. Approche de la communication brève liée à la sexualité (CBS). *Journ Luttre Contre Infect Sex Transm Promot Santé Sex* [Internet]. 6 mars 2015 [cité 20 avr 2015]; Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/S1_AM_approche-communication_T_TROUSSIER.pdf
23. Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. En direction des populations d’outre-mer [Internet]. [cité 18 févr 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf
24. Jourdain Menninger D, Lecoq G. Evaluation de la mise en oeuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2010 [cité 18 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000044.pdf>
25. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 16 févr 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
26. Institut national de prévention et d’éducation pour la santé. Interventions efficaces en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes. Synthèse des connaissances-Résultats saillants [Internet]. Inpes; 2012 [cité 18 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/synthese-ist.pdf>
27. Le Planning Familial. Le rapport d’activités [Internet]. 2013 [cité 18 févr 2015]. Disponible sur: http://www.planning-familial.org/sites/internet/files/ra_consolide_2013.pdf

28. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cité 17 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
29. Observatoire régionale de la Santé. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques lié aux comportements sexuels. Enquête KABP Réunion 2012. Premiers résultats. Synthèse [Internet]. ORS La Réunion; 2014. Disponible sur: http://www.ors-reunion.org/IMG/pdf/KABP_2012_synthese.pdf
30. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Arch Pédiatrie. août 2013;20(8):845-52.
31. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Arch Pédiatrie. mars 2010;17(3):219-25.
32. Kersaudy-Rahib D, Clément J, Lamboy B, Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. Santé Publique. 1 févr 2013;1(N°1 Suppl.):13-23.
33. Géry Y. Santé sexuelle, à quels professionnels s'adresser ? Santé En Action INPES [Internet]. mars 2013 [cité 19 févr 2015];(423). Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf>
34. Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (France), Observatoire régional de santé (Ile-de-France). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en Île-de-France en 2010 [Internet]. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2011 [cité 18 févr 2015]. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/plaquette_KABP.pdf
35. Dayan J, Andro G, Dugnat M, et al. Interruption de grossesse. Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité [Internet]. 2e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cité 18 févr 2015]. p. 353-61. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294710247000165>
36. Lazarus A. Psychiatric Sequelae of Legalized Elective First Trimester Abortion. J Psychosom Obstet Gynecol. 1 janv 1985;4(3):141-50.

37. Attali C, Bail. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. Collège national des généralistes enseignants [cité 22 juin 2015]. Disponible sur: http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/Marguerite_version_definitive-1-.pdf
38. Forin CJ-H. Pratique de la médecine générale : perceptions et attentes des patients de l'Île de La Réunion. 1 déc 2014;122.
39. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. 23 juin 2011;23(2):77-87.
40. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Inpes; 2011 [cité 19 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
41. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis en France. févr 2003 [cité 2 mars 2015]; Disponible sur: http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/Autres-Mod-Oblig/MT7-1/ECN/MT7-1_89_infect_uro-genit_basse_chlamydia_ANAES_fev2003.pdf
42. Cebollada J. Les infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis : enquête sur les savoirs et connaissances des médecins généralistes ainsi que leur opinion sur un dépistage organisé en cabinet. Thèse doctorat : médecine :Paris Descartes; 2011.
43. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. [Internet] [Médecine générale]. Thèse doctorat : médecine : Poitiers; 2013 [cité 4 mars 2015]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>
44. Delannoy-Eglinger A, Hannequart P, Université du droit et de la santé. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? Etude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. Lille; 2009.
45. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire [Internet]. HAS; 2010 [cité 3 juill 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
46. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Santé Publique. 22 juill 2013;25(3):255-62.

47. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 8 mars 2011 [cité 3 mars 2015]; Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2011.13178>
48. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Ram P, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. *WONCA Eur.* 2002;52p.
49. Pourchez L. Grossesse, naissance et petite enfance en société créole: Ile de la Réunion. Karthala Editions; 2002. 436 p.
50. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. HAS Paris; 2013 [cité 22 juin 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
51. LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 [Internet]. 2014-1554. Sect. Médecine déc 22, 2014. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029953502>
52. Bailey JV, Murray E, Rait G, et al. Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. In: *The Cochrane Collaboration*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 20 avr 2015]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006483.pub2>
53. Noar SM, Black HG, Pierce LB. Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis: *AIDS.* janv 2009;23(1):107-15.
54. Nguyen-Thanh V, Haroutunian L, Lamboy B. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé: une synthèse de littérature. *Mars* 2014. 2:38.
55. Les IST [Infections Sexuellement Transmissibles] - Accueil [Internet]. [cité 20 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.info-ist.fr/index.html>

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche distribuée aux patientes les informant de notre étude.

A TOUTES LES FEMMES DEMANDANT UNE IVG

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse en médecine, je cherche à améliorer la prise en charge des femmes demandant une IVG dans le centre de santé sexuelle de Saint Paul, notamment sur le dépistage et la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Avec votre accord, je vous proposerai un questionnaire par téléphone, 10 à 15 jours après votre passage dans le centre.

Il s'agit de répondre par téléphone à une dizaine de questions simples, de façon complètement anonyme et sans aucune obligation.

Pour d'amples informations, vous pouvez vous adresser au secrétariat ou auprès du Dr THORE.

Je vous remercie d'avance pour collaboration. Sans votre participation, mon travail n'est pas réalisable !

Léa FERRERI, future docteur en médecine générale.

Annexe 2 : Questionnaire

1- Généralités

- De façon générale, quel est votre ressenti durant votre parcours dans le centre ?

Très satisfaite
Plutôt satisfaite

Un peu satisfaite
Pas du tout satisfaite

- De l'accueil administratif ?

Très satisfaite
Plutôt satisfaite

Un peu satisfaite
Pas du tout satisfaite

- De l'endroit ?

Très satisfaite
Plutôt satisfaite

Un peu satisfaite
Pas du tout satisfaite

- Du respect de votre intimité ?

Très satisfaite
Plutôt satisfaite

Un peu satisfaite
Pas du tout satisfaite

2- Les infections sexuellement transmissibles (IST)

- Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est pour vous une IST ?

Mots prononcés	Oui	Non	Approximatif
Maladies/infections transmises			
Rapport sexuel			
Bactéries, virus, champignons			
Asymptomatique			
Dépistage			
Prévention			

(Définition acceptable erronée)

3- La prévention des IST

- Vous a-t-on expliqué les IST et les moyens de les éviter durant votre passage dans le centre ?

Oui Non

- Pour vous, venir au centre est-il le bon moment pour aborder le sujet des IST ?

Oui Non

- Si non, à quel moment auriez-vous préféré aborder ce sujet ?

- A distance de l'IVG avec votre médecin généraliste
- Après l'IVG dans le même centre avec quel professionnel de santé?
Une sage-femme
Un médecin
Un(e) infirmier(e)
- Autres

- Vous a-t-on parlé de l'importance du dépistage chez votre partenaire ?

Oui Non

- Si oui, avez-vous demandé à votre partenaire de faire le dépistage ?

Oui Non

4- Le dépistage des IST

- Vous a-t-on proposé une prise de sang pour rechercher ces IST ? oui
 non NSP

- Si oui, avez-vous accepté ? OUI NON

- Si non, quelles étaient les raisons de ce refus ? (plusieurs réponses sont possibles) :

- par peur
- par manque de temps
- vous ne pensez pas être concernée
- ce n'était pas le moment
- vous n'avez pas compris ce que c'était
- autres

- Pour vous, quel est le moment le plus adapté pour faire la prise de sang ?

- Lors de la consultation pré-IVG avec l'infirmière du dépistage
 - Lors de la consultation post IVG
 - A distance prescrite par votre médecin traitant
 - Autres
- Vous a-t-on proposé un prélèvement vaginal à la recherche des IST ?
oui non
- L'avez-vous accepté ? oui non
- Si non, quelles étaient les raisons de ce refus ? (plusieurs réponses sont possibles) :
- Par peur
 - Par manque de temps
 - Vous ne pensez pas être concernée
 - Ce n'était pas le moment
 - Vous n'avez pas compris ce que c'était
 - Autres
- Quel est le moment le plus adapté pour vous pour faire le prélèvement vaginal ?
- Lors de la consultation pré IVG avec le gynécologue
 - Lors de la consultation post IVG avec l'infirmière
 - A distance avec votre médecin traitant
 - Autres
- Comment aimeriez-vous obtenir les résultats de vos prélèvements ?
- De façon anonyme avec le médecin au moment de la consultation post IVG
 - De façon anonyme lors d'un rdv donné au centre avec le médecin du dépistage
 - avec votre médecin traitant, les résultats lui seront envoyés de façon non anonyme
 - Autres

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITLE AND ABSTRACT: The role of screening and prevention of sexually transmitted diseases (STD) among women who require abortion : experience driven among 159 women who come for a medical consultation at the health center of St Paul (Reunion Island) between June & October 2014.

BACKGROUND: Following the alarming increase in sexually transmitted diseases and the significant morbidity amongst young people, the national plan against AIDS and STD 2010-2014 has been specifically oriented towards prevention. It recommends STD screen-tests for women who go to family planning centers. The aim was to identify the most adequate moment for a women to be informed of STD when she comes for an abortion at Saint Paul (Reunion) health center. The plan also studied the medical team, the right moment for the screening test and the handing out of results.

METHODS: this cross-sectional descriptive study took place between June and October 2014. A survey was administered on the phone to all women, 10 to 15 days after their abortion request at the health center.

RESULTS: 159 female patients answered the survey. 80,8% of them believe that coming to the health center for their abortion is the adequate moment to talk about STD, especially young women. They do not seem to worry about the team that is going to be in charge. Concerning the screening through blood testing, 58,6% of women would rather do it at the health center, whereas 24,8% of them would give preference to their general practitioner. Concerning the vaginal test, 60,5% of the women would prefer doing it at the health center whereas 19,1% of them would favor their general practitioner. Three-quarter of women would rather have their results directly available at the health center.

CONCLUSION: Health center who offer sexual prevention advice seem to be the most adequate place to talk about STD, especially to young women. We need to innovate towards pedagogical content. Nevertheless, it is crucial not to forget that a large amount of women is still relying on their general practitioner.

KEY WORDS: sexually transmitted disease, abortion induced, primary prevention, anonymous testing, community health center, general practice.

RESUME

INTRODUCTION : Devant la recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) et l'importante morbidité chez les personnes jeunes, le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 accorde une importance particulière à la prévention. Il recommande un dépistage des IST chez les femmes fréquentant les centres d'orthogénie. L'objectif principal était d'identifier le moment le plus opportun pour une femme demandant une IVG dans le centre de santé de Saint Paul de La Réunion pour recevoir le message de prévention sur les IST. Le professionnel de santé, le moment pour le dépistage et la remise des résultats ont également été étudiés.

MATERIEL ET METHODES : Notre étude transversale descriptive s'est déroulée de juin à octobre 2014. Un questionnaire téléphonique a été proposé à toutes les femmes 10 à 15 jours après leur demande d'IVG dans le centre. Leur accord oral était demandé.

RESULTATS : 159 patientes ont été incluses. 80,8% des femmes pensent que venir au centre durant leur IVG est un moment adapté pour aborder le sujet des IST, en particuliers les femmes jeunes. Le professionnel de santé avec qui aborder le sujet n'importe peu. Concernant le dépistage par prélèvement sanguin, 58,6% des femmes interrogées préféreraient le réaliser dans le centre en pré-IVG contre 24,8% avec le médecin généraliste. Concernant le prélèvement vaginal, 60,5% des femmes interrogées préféreraient le réaliser dans le centre en pré-IVG contre 19,1% d'entre elles avec le médecin généraliste. Trois quarts des femmes préféreraient qu'on leur remette les résultats au centre.

CONCLUSION : Les centres de santé et de prévention sexuelle semblent être l'endroit adapté pour aborder le sujet des IST notamment chez les femmes jeunes. Des moyens ludiques doivent y être innovés. Néanmoins, il existe une ouverture de la part des patientes envers leur médecin généraliste qui doit être explorée.

DISCIPLINE : Médecine générale.

MOTS-CLES : maladie sexuellement transmissible, interruption volontaire de grossesse, prévention primaire, dépistage anonyme, centre de santé, médecine générale.