



HAL
open science

Définition de la proportion de la population issue de la médecine générale qui n'utilise pas de préservatif au cours d'un rapport sexuel occasionnel, étude des déterminants, et place qu'occupe le médecin généraliste dans la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles

Vincent Valinducq

► **To cite this version:**

Vincent Valinducq. Définition de la proportion de la population issue de la médecine générale qui n'utilise pas de préservatif au cours d'un rapport sexuel occasionnel, étude des déterminants, et place qu'occupe le médecin généraliste dans la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01242258

HAL Id: dumas-01242258

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01242258>

Submitted on 11 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°83

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : Médecine générale

Définition de la proportion de la population issue de la médecine générale qui n'utilise pas de préservatif au cours d'un rapport sexuel occasionnel, étude des déterminants, et place qu'occupe le médecin généraliste dans la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles.

Présentée et soutenue publiquement
le 3 septembre 2015

Par

Vincent VALINDUCQ

Né le 14 octobre 1981 à Harfleur (76)

Dirigée par Mme Le Docteur Mylène Pradelle, MG

Jury :

M. Le Professeur Nicolas Dupin, PU-PH Président
M. Le Professeur Eric Caumes, PU-PH Membre
M. Le Docteur Sébastien Gallien, MCU-PH Membre
M. Le Docteur Jérôme Pacanowski, PH Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Au Professeur DUPIN Nicolas, pour avoir accepté de présider cette thèse, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Pr CAUMES Eric, Dr GALLIEN Sébastien, Dr PACANOWSKI Jérôme et au Dr PRADELLE Mylène qui me font l'honneur de juger cette thèse.

Ce rêve d'enfant a commencé un soir de rentrée d'école en CP, tenant la main de maman en lui disant « un jour, je serai médecin », elle me répondant « passe d'abord ton brevet, après on verra ». Finalement, après des études pharmaceutiques et un travail de Docker sur le port du Havre me voilà aujourd'hui devant vous à soutenir ma thèse de Médecine Générale.

Je remercie mes parents Denis et Nadine, ainsi que mon frère Sébastien pour leur indispensable soutien dans ce long projet. Vous avez été présents et pris soin de moi (chocolat, raisin, restau, courses, repassage, chèque...) et avez rendu possible ce rêve.

Mes remerciements vont également au Dr GRYSOY qui m'a montré que la médecine générale était intéressante et que l'on pouvait l'exercer avec plaisir et facilité.

Remerciements à mes amis et famille : Cyril, Caro, Christelle, Sandrine, Mickael, Stan, So, Herve, Noel, Cédric, Sylvain...sans oublier mes co-internes : Sophie, Charlotte.

Merci à Mylène pour ton amitié, ta générosité et pour ton aide dans la réalisation de cette thèse. Tu rends les choses simples, merci pour ce que tu m'apportes dans tous les domaines même les plus improbables, je nous souhaite une longue route ensemble.

Remerciements à mon meilleur ami Ronan qui depuis le début me supporte, m'encourage chaque jour, il pourrait devenir médecin par procuration tellement je l'ai appelé.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
ABREVIATION	6
INTRODUCTION.....	8
1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE	10
1.1. La Syphilis.....	
1.2. Les gonococcies.....	
1.3. Les infections à <i>Chlamydia</i>	
1.4. La Lymphogranulomatose Vénérienne (LGV)	
1.5. Le VIH.....	
1.5.1. Epidémiologie	
1.5.2. Dépistage du VIH	
1.6. Les Hépatites.....	
1.7. Infections à papillomavirus humains (HPV)	
2. LA SOCIETE FACE AUX IST - CONNAISSANCES, ATTITUDES ET CROYANCES	19
2.1. Connaissances	
2.2. L'utilisation du préservatif	
2.3. Site de rencontre, application smartphone et vie sexuelle	
3. LE MEDECIN GENERALISTE FACE AUX IST	24
3.1. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage	
3.1.1. Dans la population générale	
3.1.2. Dans les populations « à risque »	
3.2. Réévaluation de la stratégie du dépistage	
4. MATERIELS ET METHODES	28
4.1. Sujets participants.....	28
4.2. Mise en place de l'étude.....	28

4.3. Le questionnaire	29
4.4. Analyse statistique.....	29
5. RESULTATS : DESCRIPTION DE L ECHANTILLON.....	30
5.1. Taux de réponse.....	30
5.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants	31
5.3. Objectif principal: Proportion de la population issue de la médecine générale ne se protégeant pas lors d'un rapport sexuel occasionnel.....	32
5.4. Objectif secondaire : Les déterminants de la non utilisation du préservatif.....	34
5.4.1. Déterminants sociodémographiques	34
5.4.2. Situations à risque favorisant le rapport occasionnel non protégé	35
5.4.3. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des IST.....	38
5.4.4. Place du médecin traitant dans la prévention des IST	42
6. DISCUSSION	44
6.1. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature.....	44
6.1.1. Objectif principal : Pourcentage de la population issue de la médecine générale qui ne se protège pas lors d'un rapport sexuel occasionnel.....	44
6.1.2. Objectifs secondaire :.....	45
6.1.2.1. Déterminants de la non utilisation du préservatif.....	45
6.1.2.2. Place du médecin traitant dans la prévention des IST	
6.2. Les limites de l'étude.....	52
6.2.1. Représentativité de l'échantillon	52
6.2.2. Taux de réponse globale et taux de participation	55
6.2.3. Puissance de l'étude	56
6.3. Les forces de l'étude.....	56
6.3.1. La population étudiée	56
6.3.2. Taux de réponse et taux de participation.....	56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE	60
Annexe : Questionnaire	65

Table des tableaux

Tableau 1 : évolution des comportements sexuels (a) au cours des 12 derniers mois chez des patients ayant une syphilis, réseau RésIST, France.....	22
Tableau 2 : Taux de réponse en fonction de la localisation du cabinet médical	30
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus	32
Tableau 4 : Rapports sexuels non protégés.....	33
Tableau 5 : déterminants de la non-protection lors de rapports sexuels occasionnels.....	36
Tableau 6 : Description des situations dans lesquelles se sont produites des relations sexuelles non protégées dans l'ensemble de l'échantillon.....	37
Tableau 7 : Connaissances , attitudes et pratiques vis-à-vis des risques d'IST	41
Tableau 8 : place du médecin généraliste dans la prévention des IST	43

Table des figures

Figure 1 : Evolution des nombres de cas de syphilis recentes selon le sexe, France 2000-2013	11
Figure 2 : Evolution des nombres de cas de gonococcies selon le sexe, France 2000-2013	12
Figure 3 : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, France 2000-2013	13
Figure 4 : Evolution du nombre de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectales et de rectites à souche non L, CNR Chlamydiae, France, 2002-2013	14
Figure 5 : Nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH en France, 2003-2013 (données au 31/12/2013 corrigées pour les délais de déclaration et la sous déclaration)	15
Figure 6 : Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic, France 2003-2013 (données au 31/12/13 corrigées pour les délais de déclaration , la sous déclaration et les valeurs manquantes)	15
Figure 7 : Sérologies VIH réalisées en France. LaboVIH, 2003-2013.....	16
Figure 8 : Evolution des connaissances des modes de transmission du VIH selon la classe d'âge.....	20
Figure 9 : Evolution des craintes vis-à-vis des différentes maladies 1992-2010	20

ABREVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé
BEH : Bilan Epidémiologique Hebdomadaire
CDAG : Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit
CEP : Certificat d'Etude Primaire
CSP : Catégorie Socio-Professionnelle
CT : Chlamydia Trachomatis
EBV : Epstein Barr Virus
HAS : Haute Autorité de Santé
HPV : Human Papillomavirus
HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
LGBT : Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transsexuel, transgenres
MG : Médecine Générale
NG : Neisseria Gonorrhoeae
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance maladie

Introduction

Depuis le début des années 2000, on assiste à une recrudescence des Infections Sexuellement Transmissibles. Celles que l'on pensait éradiquées comme la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et la syphilis sont à nouveau et de plus en plus diagnostiquées dans la plupart des pays occidentaux. Le VIH contamine quant à lui chaque année en France 7000 personnes et environ 40 000 à 50 000 sont infectés par le virus sans le savoir (1).

L'augmentation des IST est contemporaine de deux phénomènes : la diffusion des traitements antirétroviraux pour le VIH et l'augmentation des comportements sexuels à risques (2). En effet, les années 1980 et le début des années 90 ont vu de larges campagnes de prévention du sida entraînant ainsi une diminution de l'incidence de la syphilis récente et de la gonococcie dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest, y compris en France. Cette baisse s'expliquait par une diminution des comportements sexuels à risque (3). La mise sur le marché des multi thérapies antirétrovirales au milieu des années 1990 a vu une résurgence de ces comportements dans la population générale mais surtout chez les homo/bisexuels masculins, et une recrudescence des cas de gonococcie et de la syphilis en Europe de l'Ouest et aux Etats Unis (4). L'incidence de ces deux IST, représente un indicateur très sensible du relâchement des comportements (du fait d'un temps d'incubation court et de symptômes bruyants) et un signal précoce par rapport au risque accru d'infection par le VIH (2).

Ces dernières années, l'émergence de sites de rencontres et l'évolution des mœurs ont rendu plus simple l'accès à une activité sexuelle occasionnelle définie comme toute activité sexuelle avec pénétration (vaginale, orale ou anale) en dehors de toute relation sentimentale établie (5). Une étude récente met en évidence que 33% des étudiants ne se protègent jamais lors d'un rapport sexuel occasionnel (6).

Devant l'évolution sociétale tant sur le plan de l'union et/ou désunion civile, l'accès décomplexé aux sites de rencontres ainsi que l'avancée de la recherche médicale concernant

le dépistage et la prise en charge des IST, il a semblé intéressant via cette étude de s'intéresser au comportement sexuel de la population et de définir la position du médecin généraliste dans la prévention des IST.

L'objectif principal de cette étude est de définir la proportion de la population issue de la médecine générale qui ne se protège pas lors d'un rapport sexuel occasionnel au cours des douze derniers mois. Les objectifs secondaires seront de définir les variables de la non utilisation du préservatif et d'étudier la position du médecin généraliste dans la prévention des IST.

1. Les Infections Sexuellement Transmissibles – Epidémiologie en France

En France, les infections sexuellement transmissibles font l'objet d'une surveillance épidémiologique. L'organisation de cette surveillance est faite par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et se fonde sur les données issues de plusieurs réseaux.

- Rénago (gonocoque) et Rénachla (chlamydiae), réseaux de laboratoires volontaires
- RésIST (réseau de cliniciens pour la syphilis et la gonococcie)
- CNR (Centres Nationaux de Référence) pour les infections à syphilis, gonocoque, chlamydiae, LGV et HPV
- L'enquête LaboHep permet la surveillance épidémiologique des hépatites B et C.

D'autres sources telles que des enquêtes transversales collectent des données comportementales auprès des populations les plus sensibles (KABP, EPGL, HEPAIG, Prévagay, etc.) contribuant ainsi à une meilleure compréhension des dynamiques des différentes IST.

En 2012, l'INVS (7) (8) rapporte une augmentation du nombre de diagnostic positif aux infections à syphilis, gonococcie, chlamydiae trachomatis et de rectite non lymphogranulomateuse.

1.1. La Syphilis

Les données au 31 décembre 2013 (7) publiées par l'InVS, montrent que depuis 4 ans, il existe une tendance à l'augmentation du nombre de syphilis récente (regroupant la syphilis primo et secondaire et la syphilis récente de moins de un an pour les anglo-saxons et de moins de deux ans pour les américains (9)) alors qu'une baisse avait été constaté de 2007 à 2009. En 2013, cette infection touche essentiellement les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH), avec 87% des cas (contre 83% en 2011). Concernant les femmes, 4% de

cas de syphilis ont été rapportés en 2012 et 2013, globalement plus jeunes que les hommes (28 ans contre 36 ans). (Figure 1)

Depuis 2010, le nombre de cas franciliens représente environ un quart des cas rapportés.

Les coïnfections VIH-syphilis représentent plus d'un tiers des cas rapportés, 32% sont séropositifs connus et 2% le découvrent à l'occasion du diagnostic de la syphilis.

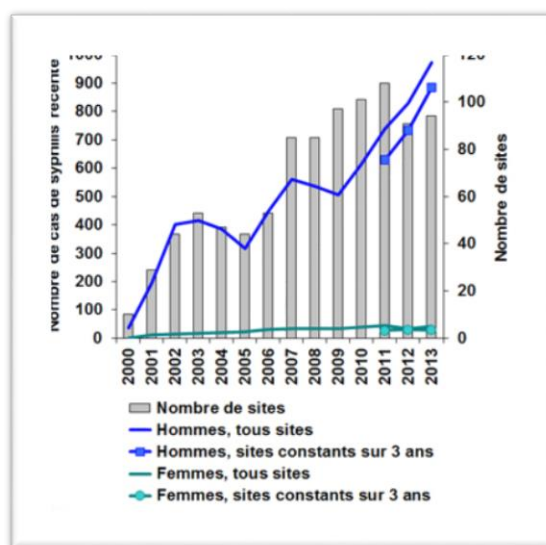


Figure 1: évolution des nombres de cas de syphilis récente selon le sexe, France 2000-2013

1.2. Les gonococcies

Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter en 2013 au sein des deux réseaux de surveillance chez l'homme comme chez la femme (7). Cette augmentation concerne à la fois l'Ile-de-France et les autres régions métropolitaines, ce qui s'explique en partie par une montée en charge progressive du dépistage par PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné *Chlamydia* / gonocoque, notamment chez la femme.

En 2013, les femmes ayant une gonococcie restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 22 ans contre 27 ans pour les patients du réseau Rénago, et 21 ans contre 26 ans pour les patients du réseau RésIST.

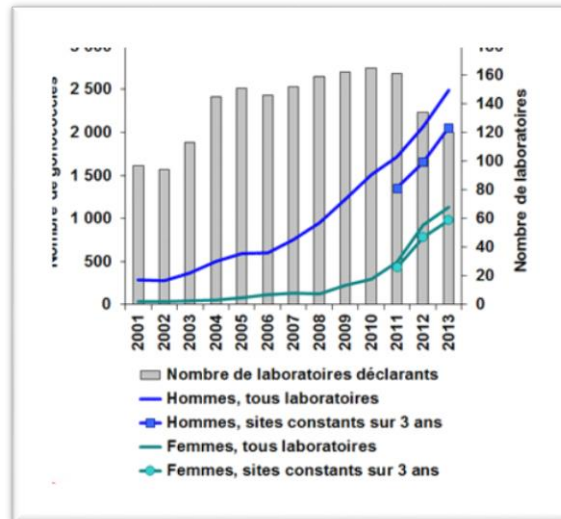


Figure 2 : évolution des nombres de cas de gonococcies selon le sexe, France 2000-2013

L'augmentation des gonococcies est observée quelle que soit l'orientation sexuelle, mais de façon plus marquée chez les homo-bisexuels. Les hommes homo-bisexuels représentent 54 % des cas rapportés au réseau RésIST en 2013.

Une augmentation des gonococcies symptomatiques et asymptomatiques est observée chez les hommes à travers les deux réseaux. 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.

Les co-infections gonocoque et VIH représentent 10 % des cas en 2013, ce qui est stable par rapport à 2009. En 2013, ces co-infections ont été rapportées très majoritairement chez des hommes homo-bisexuels (proportion de co-infections : 19 %)

1.3. Les infections à *Chlamydia*

Le nombre d'infections urogénitales à *Chlamydia* continue d'augmenter chez l'homme comme chez la femme (notamment les tranches d'âge des 20-24 ans) dans les sites du réseau de surveillance à participation constante sur les 3 dernières années. Cette augmentation reflète en partie un accroissement des pratiques de dépistage. (Figure 3)

L'augmentation est plus marquée chez les sujets asymptomatiques que chez les sujets symptomatiques pour les deux sexes. En 2012, la proportion de sujets asymptomatiques représente 60% des cas rapportés alors que la proportion représentait 23% des cas au début de la décennie. En 2012, le taux de positivité (nombre de cas positifs/ nombre de recherches) est

d'environ 7% chez les hommes et les femmes, ce qui est supérieur à la prévalence dans la population générale, estimée entre 1 et 3% par l'enquête Natchla (réalisée en 2006) ce qui témoigne d'un dépistage mieux ciblé sur des personnes plus à risque.

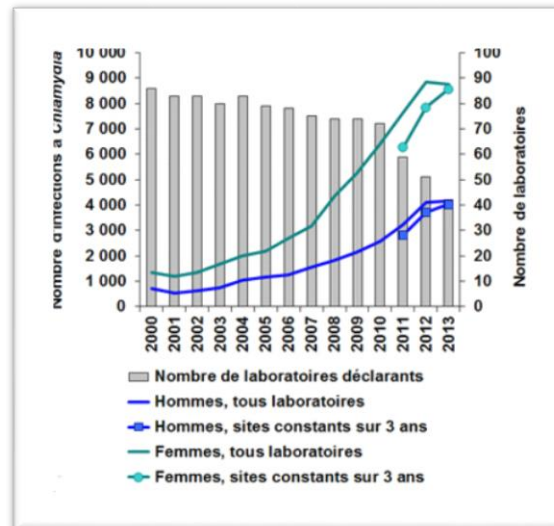


Figure 3 : Évolution du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia* et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2013

1.4. La Lymphogranulomatose Vénérienne (LGV)

Après avoir été relativement stable entre 2008 et 2012, le nombre de LGV rapporté a augmenté en 2013. Le nombre de rectites à *Chlamydia* sérovar non L est en augmentation sur les cinq dernières années, et particulièrement en 2013 (7) (figure 4). L'augmentation en 2013 du nombre de LGV et de rectites non L est en partie le reflet du développement du réseau de surveillance qui comporte de nouveaux partenaires, médecins et laboratoires.

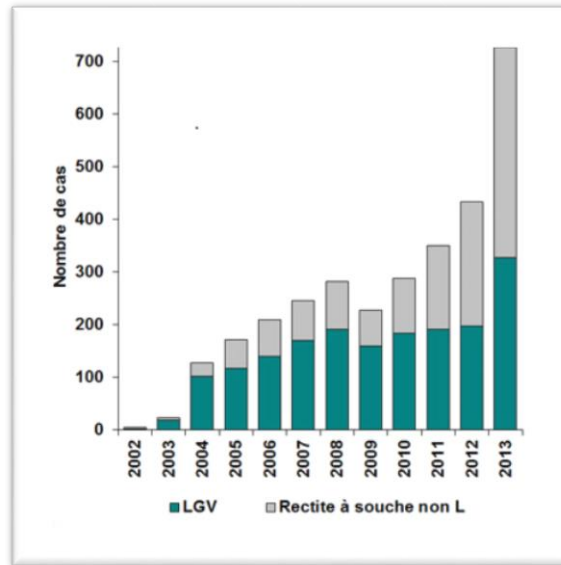


Figure 4: Évolution du nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et de rectites à souche non L, CNR *Chlamydiae*, France, 2002-2013

La majorité des cas de LGV est diagnostiquée en Ile-de-France. Cependant, la proportion de LGV diagnostiquées dans les autres régions métropolitaines a augmenté : elle est de 30 % en 2013. Depuis 2012, la proportion de rectites non L diagnostiquées hors Ile-de-France a dépassé 50 %.

Les classes d'âge les plus touchées sont les 30-49 ans pour les LGV et les 20-39 ans pour les rectites non L. L'âge médian en 2013 était de 40 ans pour les LGV et de 30 ans pour les rectites non L.

Les co-infections LGV et VIH restent très fréquentes, représentant 81 % des cas en 2013. Les co-infections rectites non L et VIH restent fréquentes mais sont en diminution : elles représentent près de 30 % des cas en 2012-2013 (la proportion de co-infections était supérieure à 70 % en 2007-2008)

1.5. Le VIH

1.5.1. Epidémiologie

En 2013, 6 220 personnes ont découvert leur séropositivité VIH (figure 5) dont 43% d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 37% d'hétérosexuels nés à l'étranger, 18% d'hétérosexuels nés en France et 1% d'usagers de drogues. Entre 2012 et 2013, le nombre de découvertes est resté stable, quel que soit le mode de contamination dans

le cadre d'une tendance à la diminution chez les hétérosexuels et à l'augmentation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (10) (figure 6). Parmi les patients diagnostiqués positif en 2013, on retrouve un âge médian au diagnostic de 36,6 ans. Les personnes de 25 à 49 ans représentaient 70% des découvertes en 2013, cette proportion ayant diminué au cours du temps (77% en 2003).

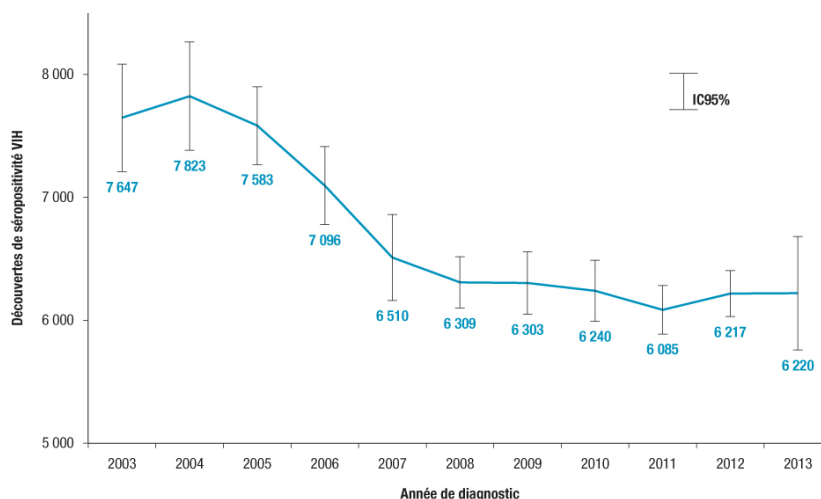


Figure 5 : Nombre estimé de découvertes de séropositivité VIH en France, 2003-2013 (données au 31/12/2013 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration)

La quasi-totalité de ces contaminations est due à un contact sexuel. Le nombre de cas de contamination par rapports sexuels chez les homosexuels et hétérosexuels, est respectivement 2650 et 3400.

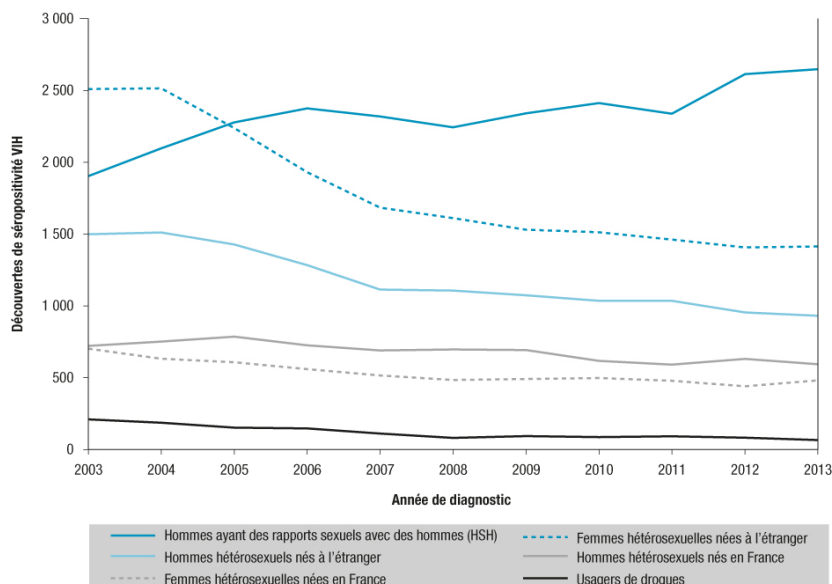
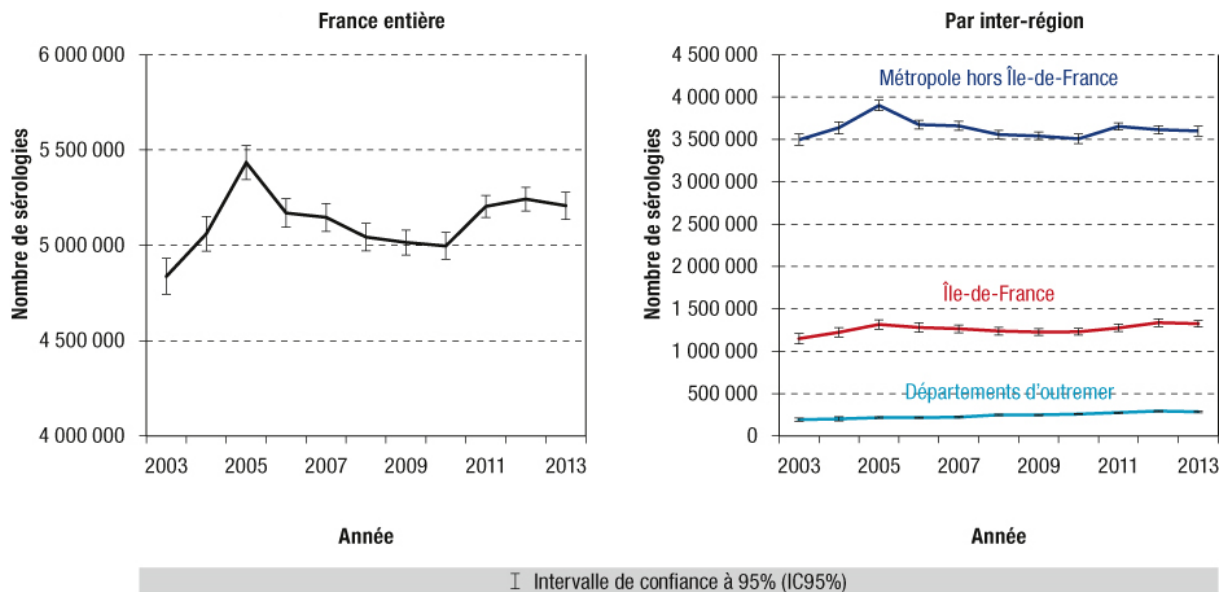


Figure 6: Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic, France 2003-2013 (données au 31/12/13 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)

1.5.2. Dépistage du VIH

L'activité de dépistage du VIH en France a augmenté dans la première année qui a suivi les recommandations d'élargissement du dépistage, puis s'est stabilisée sur 2011-2013. Le groupe d'experts du rapport MORLAT (11) (12) (13) relève en 2013 les difficultés d'application de cette recommandation, notamment celle de la mobilisation des professionnels de santé liée à la difficulté de prescrire un test en dehors de toute exposition et de tout contexte clinique, et préconise en conséquence de réajuster la stratégie de dépistage.

En 2013, 5,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées, soit 80 pour 1 000 habitants, nombre stable depuis 2011 (figure 7). Parmi elles, 11 278 ont été confirmées positives, soit 172 par million d'habitants. Ce nombre a augmenté de 7% par rapport à 2011 à l'échelle nationale, augmentation observée dans les DOM et en métropole hors Île-de-France, mais pas en Île-de-France.



NB : les échelles des deux graphiques sont différentes.

Figure 7 : Sérologies VIH réalisées en France. LaboVIH, 2003-2013

Environ 344 000 sérologies ont été réalisées dans un cadre anonyme et gratuit en 2013, avec une proportion de sérologies positives pour 1 000 tests plus élevée (12) que parmi les sérologies non anonymes (1).

Environ 56 500 TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) ont été réalisés par des structures associatives ou de prévention, dont 8,6 pour 1 000 se sont révélés positifs.

L'augmentation du nombre de sérologies positives observée depuis 2011 peut être expliquée par un dépistage plus ciblé, qu'il s'agisse de dépistage communautaire par TROD ou de la répétition de tests dans des populations particulièrement exposées, qui sont les deux autres axes de la stratégie de dépistage du Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014.

1.6. Les Hépatites

L'enquête LaboHep menée par l'InVS suit au niveau national et régional l'évolution de l'activité de dépistage des hépatites B et C ainsi que l'évolution des caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées positives.

Les principaux indicateurs utilisés pour surveiller la morbidité liée au VHB sont l'incidence des formes aiguës qui mesure la circulation virale dans la population et la prévalence de l'antigène HBs (Ag HBs).

Depuis mars 2003, la déclaration de l'hépatite B aiguë symptomatique est obligatoire mais persiste une proportion importante de sous-déclaration.

En 2004, la prévalence de l'antigène HBs, sur 3,2 millions de personnes infectées par le VHB au cours de leur vie, est de 0,65%, soit 281 000 personnes. La prévalence du portage de l'antigène HBs en 2004 est supérieure à celle de 1994 (comprise entre 0,2 et 0,4%) (14). Selon l'InVS, la prévalence de l'AgHBs est plus élevée chez l'homme (1,1%) que chez la femme (0,21%), chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire (1,8%) que chez les non bénéficiaires (0,57%), chez les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (5,25 %) que chez celles nées en France métropolitaine (0,55%).

La transmission du VHB est principalement liée aux rapports sexuels, le VHC se transmet presque exclusivement par le sang dans le cadre de partage de matériel d'injection. De rares cas de transmission sexuelle du VHC ont été documentés depuis le début des années 2000. Si la voie sexuelle semble beaucoup moins propice à la transmission du VHC qu'à celle du VIH ou du VHB, la présence d'autres IST, responsables de lésions érosives des muqueuses génitales, peut faciliter sa transmission.

Les résultats de l'enquête menée par l'InVS et la CNAM (14) estime la prévalence globale des anticorps anti-VHC à 0,84% en 2004 soit environ 367 000 personnes infectées par

le VHC au cours de leur vie. L'estimation du taux de prévalence des anticorps anti-VHC est plus élevée chez les femmes. Il semblerait également que l'incidence de l'infection par le VHC ait diminué entre 1994 et 2004 notamment pour les cohortes d'âge les plus jeunes.

Aujourd'hui, il n'existe pas de donnée nationale relative à l'incidence de l'hépatite C concernant la population générale.

L'activité de dépistage est estimée grâce au nombre de prélèvements pour sérologies anti-VHC et AgHBs (15), le nombre de prélèvements pour contrôle/confirmation anti-VHC et AgHBs positifs pour la première fois dans le laboratoire et l'indicateur de contrôle de positivité (ICP) ou rapport du nombre de tests confirmés positifs sur l'activité sérologique globale.

Les personnes diagnostiquées, en 2010, AgHBs ou anti-VHC positives sont majoritairement des hommes (respectivement 58% et 59%). La tranche d'âge la touchée chez les personnes positives anti-VHC est 40-49 ans pour les hommes et 50-59 ans pour les femmes. Pour l'AgHBs, les personnes sont majoritairement âgées de 20-39 ans.

1.7. Infections à papillomavirus humains (HPV)

Depuis 2009, le Centre national de référence (CNR) des HPV de l'Institut Pasteur à Paris est chargée de la surveillance des infections à papillomavirus humains.

Suite à un programme de dépistage du cancer du col utérin entre juillet 2009 et novembre 2012, la première grande étude française de génotypage des HPV (13) rapporte une prévalence de l'infection par les HPV 16/18 de 47,2% dans les lésions précancéreuses, de 20,2% dans les lésions bénignes et de 3,9% dans les frottis normaux. Les HPV 16/18 étaient détectés dans 64% des lésions précancéreuses chez des femmes âgées de moins de 30 ans.

L'incidence du cancer du col de l'utérus diminue depuis 1980 (15 cas pour 100 000 personnes en 1980 contre 6,7 en 2012). Depuis les années 2000, on constate toutefois un ralentissement de cette baisse.

2. La société face aux IST- Connaissances, attitudes et croyances

L'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face aux IST n'a jamais cessé d'évoluer au cours de ces dernières années. Rythmée par les découvertes scientifiques, les messages de prévention ou encore la facilité d'accès aux soins, il est intéressant de se poser la question des connaissances actuelles.

2.1. Connaissances

L'enquête KABP (Knowledge, Attitude, Behavior, Practice), réalisée entre 1992-2010 via un questionnaire identique répété 6 fois en 20 ans (16), rapporte que les modes de transmission et l'efficacité des moyens pour se protéger du VIH sont dans l'ensemble bien connus : depuis 1994, plus de 99% des répondants savent que le VIH se transmet « lors de rapports sexuels sans préservatif » ou « lors d'une piqure de drogue avec une seringue usagée », et 94% savent qu'utiliser un préservatif est un moyen efficace pour se protéger du VIH. En revanche, en 2010 ils sont plus nombreux qu'en 1994 à penser que le virus peut se transmettre « par une piqure de moustique » (24,3% en 2010 contre 13,9 % en 1994, $p < 0,001$) et toujours aussi nombreux à croire qu'il peut « se transmettre dans les toilettes publiques » (16,8% en 2010 contre 16,7% en 1994, $p > 0,05$). Il apparaît qu'en 2010, la classe d'âge 18-30 ans, est pour la première fois, la moins bien informées que leurs aînés (figure 8). Les répondants les plus diplômés restent ceux qui connaissent le mieux la maladie et ses mécanismes de transmissions.

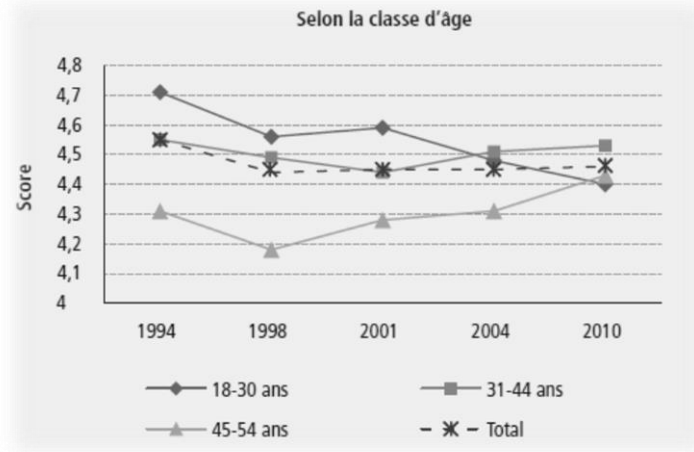


Figure 8 : Evolution des connaissances des modes de transmission du VIH selon la classe d'âge.

En 2010, 21,9% des répondants à l'étude KABP déclarent craindre « beaucoup » ou « pas mal » le sida pour eux-mêmes, 20,1% les hépatites et 19% les autres IST (figure 9). Le Sida, reste plus craint par les jeunes que par les aînés et par les moins diplômés que les plus diplômés depuis 20 ans d'enquêtes.

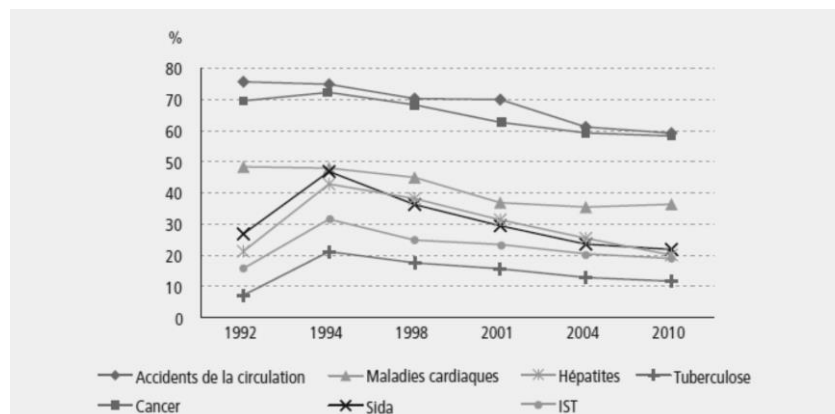


Figure 9 : Evolution des craintes vis-à-vis des différentes maladies 1992-2010

2.2. L'utilisation du préservatif

Cette même étude comportementale KABP (16) rapporte que l'efficacité du préservatif est de moins en moins reconnue. Cette moindre efficacité reflète en partie le fait que les jeunes, utilisant plus fréquemment le préservatif, sont peut-être plus susceptibles d'avoir déjà été confrontés à des expériences de rupture ou de glissement du préservatif (17). Tout d'abord en 2010, 58,9% des répondants à l'étude considèrent le préservatif comme « tout à fait efficace », contre 72,9% en 1992 ($p < 0,001$). Toujours en 2010, les répondants sont plus nombreux à croire qu'en 2004 que la transmission du VIH est possible lors de rapport sexuels protégé par un préservatif : 24,6% en 2010 contre 13,8% en 1994 ($p < 0,001$). Cette diminution de la perception de l'efficacité du préservatif est surtout observée chez les jeunes âgés entre 18 et 30 ans. Parmi les répondants les plus diplômés on retrouve une perception d'efficacité plus importante et le refus d'avoir des rapports protégés avec une personne séropositive.

L'usage correct et régulier des préservatifs masculins ou féminins pendant la pénétration vaginale ou anale protège de la propagation des infections sexuellement transmissibles, parmi lesquelles le VIH. D'après les données connues, les préservatifs masculins en latex ont une efficacité protectrice d'au moins 85% contre la transmission sexuelle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (18).

Il semblerait qu'en 2004, l'utilisation du préservatif n'était pas encore une habitude car seul 33 à 37% des personnes sexuellement active l'utilisant de manière systématique (19). Les comportements sexuels sont globalement stables en ce qui concerne tant le nombre de partenaires sexuels que l'utilisation systématique du préservatif (tableau 1). L'utilisation régulière (« toujours » ou « souvent ») au cours des 12 derniers mois du préservatif lors des fellations reste rare (6 % en 2013) (7) quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la fellation est un mode de contamination très efficace des IST dont la syphilis et le gonocoque.

	2000-2010	2011	2012	2013
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	46	36	38	37
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	44	38	46	32
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	18	23	11	24
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	9	3	8	16
Utilisation régulière (b) du préservatif (%)				
Fellation	8	6	6	6
Nombre médian de partenaires				
Homosexuels masculins	9	6	6	6
Hommes bisexuels	6	6	6	7
Hommes hétérosexuels	2	2	2	2
Femmes hétérosexuelles	1	1,5	1	2

(a) Les informations sur les comportements ne sont disponibles que pour environ deux tiers des patients.

(b) Utilisation du préservatif « souvent » ou « toujours ».

Tableau 1 : Évolution des comportements sexuels (a) au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une syphilis, réseau RésIST, France, 2000-2013

Concernant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, il semble être moins utilisé en 2010 : 18,5% des hommes et 13,0% des femmes déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel, proportions les plus faibles depuis 1994. Le préservatif reste davantage utilisé par les jeunes que par les plus âgés, mais son utilisation est en diminution pour les 18-30 ans. L'utilisation du préservatif est plus fréquente parmi les patients qui ont déjà réalisé un dépistage VIH dans les 12 derniers mois : en 2010 16,7% des femmes et 29,3% des hommes contre respectivement 12,0% et 16,5% parmi ceux qui n'ont pas fait de test ($p < 0,001$).

Plus récemment en 2014, une étude commandée par une mutuelle étudiante met en évidence que 33% des étudiants ne se protègent jamais lors d'un rapport sexuel occasionnel et cela pour différentes raisons : les deux partenaires ont fait un test de dépistage (environ 60 % des cas), « cela enlève la magie du rapport sexuel » (environ 20 %) et l'un des deux utilise un autre moyen de contraception (environ 50 % des cas)(6).

D'autres indicateurs comme le nombre de cas d'IST, l'incidence de l'hépatite B aiguë (20) ou encore le nombre d'interruption volontaire de grossesse (21) mettent en évidence la persistance de comportements à risque, notamment chez les jeunes.

2.3. Sites de rencontre, applications smartphone et vie sexuelle

Ces dernières années, l'accès à internet, les smartphones, et l'évolution des mœurs ont rendu plus facile les rencontres entre deux partenaires de même sexe ou de sexe opposé. L'accès à une activité sexuelle occasionnelle définie comme toute activité sexuelle avec pénétration (vaginale, orale ou anale) en dehors de toute relation sentimentale établie est de plus en plus simple (5). Cette évolution a pour conséquence indirecte une recrudescence des IST. Une étude américaine, sur ce mode de rencontre, réalisée en 2015 montre qu'entre 2013 et 2014 les cas de syphilis ont progressé de 79%, ceux de gonorrhée et de VIH respectivement de 30% et 33% (22). L'Institut de veille sanitaire (InVS) confirme également ce phénomène en France, il a établi une corrélation entre les IST et les applis de rencontres sur smartphone.

Une étude française vient également de publier ses résultats, montrant que les sites de rencontres mènent de plus en plus souvent à des « coups d'un soir ». C'est le cas aujourd'hui pour 38% des Français, contre 22% en 2012 (23).

3. Le médecin généraliste face aux IST

3.1. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage

Le ministère de la santé et des sports via le plan national de lutte contre le VIH et IST a mis l'accent sur l'importance du dépistage et cela grâce au « trépied du dépistage » (1). L'enjeu était d'atteindre et de dépister les personnes qui ignorent encore leur séropositivité, notamment celles qui ne s'estiment pas comme « à risque » car elles se mettent en danger et représentent une source potentielle de diffusion de l'épidémie.

Le trépied repose sur :

- Le dépistage dans le système de soin, par les professionnels de santé de premier recours. Toute la population est concernée, indépendamment d'une notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH. Il se fait via le médecin traitant à l'occasion d'un recours aux soins. Une offre de dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances doit également être faite pour les IST et le VIH.
- Le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence : La population ciblée est celle qui ne veut ou ne peut se rendre dans le dispositif « classique », notamment les HSH, ou encore des migrants, prostitués...
- Le dépistage anonyme et gratuit : Maintien du dispositif actuel du dépistage VIH et/ou des autres IST avec une réorganisation pour gagner en efficacité et lisibilité.

Le médecin généraliste est un acteur principal dans le dépistage tant pour la population générale que la population à risque, chez qui un suivi et un dépistage régulier est recommandé.

3.1.1. Dans la population générale

Le médecin généraliste est le professionnel de santé qui coordonne les soins et la santé en général. La sexualité est un sujet important à aborder avec les patients car elle fait partie d'une prise en charge globale du patient. De plus, ses retentissements sont inclus dans la définition de la santé par l'OMS ainsi que dans ses recommandations.

Cependant, les médecins généralistes revendiquent leurs stratégies d'évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité qu'ils attribuent à leur ignorance, leur absence de formation et aux difficultés liées à leur gêne pour aborder ces questions (24).

L'ensemble des IST doit être abordé, aussi bien hépatite B, gonococcie, syphilis ou encore l'infection à chlamydia car ceux-ci se transmettent plus facilement que le VIH lors de rapports sexuels non protégés. Les vaccinations doivent être encouragées notamment contre hépatite B et HPV.

3.1.2. Dans les populations « à risque »

Le médecin généraliste veille à l'ensemble de l'état de santé de son patient, aussi bien dans sa composante physique que psychique. Il connaît bien entendu ses antécédents médicaux personnels et familiaux mais également sa situation familiale, ses facteurs de risques notamment en ce qui concerne les IST.

Le médecin généraliste est le plus à même de repérer les patients devant faire l'objet d'une attention particulière en matière d'IST.

Les recommandations de la HAS d'octobre 2009 (25), complétées par les conclusions du rapport MORLAT (11) sur le dépistage ciblé et régulier des personnes âgés de 15 à 70 en dehors de situation à risques, permettent au médecin généraliste de s'appuyer sur les données de la sciences afin de repérer les populations à risque et les situations devant faire pratiquer le dépistage.

Voici ci-dessous les situations et population a risque :

- > Selon les situations :
 - o suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite C
 - o suspicion ou diagnostic de tuberculose
 - o projet de grossesse et grossesse

- o interruption volontaire de grossesse (IVG)
 - o première prescription d'une contraception
 - o viol
- > Selon les populations :
- o Personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois
 - o Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
 - o Les populations des départements français d'Amérique
 - o Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne
 - o Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH
 - o Les personnes en situation de prostitution
 - o L'entourage familial de personnes séropositives
 - o Les personnes en situation de précarité, notamment ceux consultant dans les PASS (permanence d'accès aux soins de santé)
- .
- > Sur la base de certaines données cliniques ou biologiques particulières
- o Cancers, tuberculose, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermite séborrhéique, asthénie chronique, syndrome pseudo-grippal prolongé ou atypique,
 - o lymphopénie, thrombopénie, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexplicée, etc ..

3.2. Réévaluation de la stratégie du dépistage

Actuellement il existe une réévaluation de la stratégie de dépistage du VIH proposé par la HAS en 2009 (26), la demande venant de la Direction Générale de la Santé (sous-direction des risques infectieux, bureau des infections par le VIH, les IST et les hépatites). Le but étant d'évaluer la pertinence de maintenir la stratégie de dépistage proposée par la HAS en 2009 afin de rationaliser les coûts et de poursuivre sa mise en œuvre si elle est jugée adéquate (campagne d'information et d'incitation au dépistage), ou de la réajuster dans le cas contraire.

En effet, de nouvelles données incitent à réexaminer l'impact d'une offre de dépistage systématique en population générale et son intérêt en termes de santé publique :

- Le dépistage universel a été faiblement accepté par les médecins généralistes avec pour conséquence une faible prescription.

- Deux études évaluant une offre systématique de dépistage du VIH dans les services d'urgences d'Ile de France ont montré une faisabilité limitée en population générale et l'identification d'un faible nombre de cas en dehors des populations à forte prévalence.

- Malgré un nombre de tests de dépistage très important les données de surveillance épidémiologique indiquent qu'une proportion élevée de personnes vivant avec le VIH est toujours diagnostiquée tardivement. En 2012, 44% ont été diagnostiquées à un stade tardif ou stade très tardif. Entre 20 % et 30 % des découvertes de l'infection à VIH s'inscrivent dans une démarche diagnostique sur indication médicale. Les données incitent également à réexaminer les recommandations concernant la fréquence du dépistage parmi certaines populations à risque et en particulier les HSH qui représentent de loin la population la plus touchée en France (incidence d'environ 1% par an) et contribuent pour plus de 40% des nouvelles contaminations. Malgré un niveau élevé de recours au dépistage (environ un homme sur deux fait un test dans l'année), 31 % des nouveaux diagnostics chez les HSH sont des diagnostics tardifs.

Par ailleurs, les recommandations de la HAS de 2009 préconisaient le recours aux tests de dépistage rapide d'orientation diagnostique (TROD) dans un cadre organisationnel particulier (dépistage communautaire par des structures associatives et en Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)). Un recueil et des analyses des données produites par le dépistage rapide communautaire mis en place en France depuis 2011 ont eu lieu au sein de certaines associations. L'évaluation de l'intérêt de l'utilisation des TROD doit être poursuivie pour l'ensemble du dispositif de dépistage (y compris les CDAG/CIDDIST). L'arrivée sur le marché français en 2015, des autotests de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH) représente une étape importante dans l'évolution des approches de dépistage de l'infection. Ce travail devra également évaluer la place que pourraient avoir les ADVIH dans la stratégie de dépistage ainsi que leur impact sur les différents modes de recours. Enfin, l'arrivée de TROD pour le VHC, et potentiellement pour le VHB et la syphilis, nécessite de s'interroger sur la pertinence d'un dépistage combiné du VIH et de ces autres infections afin de faciliter un dépistage simple, rapide et global.

4. Matériels et Méthodes

Cette thèse est une étude quantitative : prévalence de la non utilisation du préservatif au sein d'une population de médecine générale issue d'Ile de France lors d'un rapport sexuel occasionnel dans les 12 derniers mois. Elle a été réalisée dans plusieurs cabinets de médecine générale et d'île de France dans les arrondissements suivants : 3, 4, 5, 11, 13, 14, 18,16 et maison médicale Longjumeau avec pour objectif d'être le plus représentatif possible tout en prenant en compte les populations dites « à risques » (Homosexuelle, migrants/étrangers...)

4.1. Sujets participants

Les patients devaient répondre aux critères suivant pour pouvoir répondre au questionnaire :

- Etre âgé d'au moins 18 ans sans limite d'âge supérieur
- Avoir eu au moins un rapport sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois. Précision donnée par le médecin sur de la notion de « rapport sexuel occasionnel » comme étant une activité sexuelle occasionnelle avec pénétration (vaginale, orale ou anale) en dehors de toute relation sentimentale.
- Etre issue d'une patientèle de médecine générale située en île de France.

4.2. Mise en place de l'étude

L'étude s'est déroulée du 02 mars 2015 au 06 juin 2015. Les questionnaires ont été remis aux patients par 19 médecins via 9 cabinets de médecine générale avec répartition équitable de 45 questionnaires par centre soit au total 405 questionnaires.

Le questionnaire, situé dans une enveloppe, était distribué en fin de consultation par les médecins généralistes à tous les patients. Les informations étaient données par le médecin sur les conditions pour participer à l'étude avec précision d'un anonymat garanti.

Si le patient remplissait les conditions, celui-ci pouvait répondre seul au questionnaire, le remettait dans l'enveloppe, puis le déposait dans une boîte fermée.

Si le patient ne remplissait pas les conditions, celui-ci devait laisser le questionnaire non rempli dans l'enveloppe et le déposer dans la boîte fermée.

4.3. Le questionnaire

Le questionnaire comprenait 3 parties (annexe 1). Il avait été testé préalablement par 13 « patients test » pour s'assurer de la bonne compréhension des questions.

La première et deuxième partie renseignaient sur les caractéristiques sociodémographiques des participants (âge, sexe, catégorie socioprofessionnel, pays de naissance...) et sur leurs connaissances, attitudes et pratiques sexuelles.

La dernière partie du questionnaire abordait la place de leur médecin traitant dans le dépistage des IST.

4.4. Analyse statistique

Les questionnaires ont été remis aux patients sous format papier.

La saisie des données a été faite sur le logiciel Excel.

L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel R version 3.0.3 (<http://cran.r-project.org>). Pour les Statistiques descriptives: variables catégorielles ou binomiales: fréquences (%); variables continues: médiane [Q1 ; Q3] (min ; max)
Calcule Odds Ratio pour définir la force d'association entre les variables, Intervalle de confiance IC à 95%. p significatif quand $p < 0,05$. Modèle utilisé : régressions logistiques univariées.

5. Résultats – Description de l'échantillon

5.1. Taux de réponse

Au total 405 questionnaires distribués dans 9 centres, 228 questionnaires distribués dont 200 questionnaires remplis soit un taux de réponse globale de 87,7% et 28 questionnaires non remplis. Le taux de participation globale des médecins est de 56,3%. (Tableau 2)

Arndt	Nombre de Médecin	Nombre de questionnaires répondus	Nombre de questionnaires non remplis	Taux de réponse (%)	Nombre de questionnaires non distribués	Taux de participation du médecin(%)
II	4	7	2	15,5	36	20
III	2	29	1	64,4	15	66,7
IV	2	43	2	95,5	0	100
V	2	31	3	68,9	34	25,5
XIII	3	6	2	13,3	37	17,8
XIV	3	11	4	24,4	30	33,3
XVI	1	31	3	68,8	11	75,6
XVIII	3	8	5	17,8	32	28,9
Longjumeau	3	34	6	77,7	5	88,9

Tableau 2 : Taux de réponse en fonction de la localisation du cabinet médical

Arndt : arrondissement

5.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées dans le tableau 3. La répartition Homme (H) /Femme (F) dans la population générale est respectivement 117 et 83. 90,5% est d'origine française. Concernant la situation familiale : 71,5% sont célibataires, divorcés ou veufs et 23% sont en couples (concubinage, marié ou pacsé). Le niveau d'étude de la population générale est élevée avec 78% ayant fait des études supérieures.

Dans la population générale, un médecin traitant a été désigné à 87%. Concernant le dépistage, 85% des répondants ont déjà réalisé un dépistage d'une IST au cours des 12 derniers mois (majoritairement chez les homosexuels 96,1%).

Tableau 3 - Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus

Caractéristiques	Personnes Homo / Bisexuelles (N=77)		Personnes hétérosexuelles (N=123)		Total (N=200)	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Sexe						
<i>Homme</i>	71	92.2%	46	37.4%	117	58.5%
<i>Femme</i>	6	7.8%	77	62.6%	83	41.5%
Age (médiane [Q1 ; Q3] (min ; max))	31.0 [26.0 ; 37.0] (19.0, 63.0)		27.0 [25.0 ; 35.0] (18.0 ; 73.0)		29.0 [25.0 ; 36.0] (18.0 ; 73.0)	
Pays de naissance						
<i>France</i>	68	88.3%	113	91.9%	181	90.5%
<i>Autre</i>	9	11.7%	10	8.1%	19	9.5%
Situation familiale						
<i>Célibataire</i>	55	71.4%	88	71.5%	143	71.5%
<i>Concubinage</i>	15	19.5%	20	16.3%	35	17.5%
<i>Marié(e) / Pacsé(e)</i>	7	9.1%	4	3.3%	11	5.5%
<i>Divorcé(e)</i>	0	0.0%	10	8.1%	10	5.0%
<i>Veuf (ve)</i>	0	0.0%	1	0.8%	1	0.5%
Niveau d'étude						
<i>Niveau collège, lycée, CAP ou BEP</i>	7	9.1%	9	7.3%	16	8.0%
<i>Baccalauréat ou Brevet professionnel</i>	10	13.0%	18	14.6%	28	14.0%
<i>Etudes supérieures</i>	60	77.9%	96	78.1%	156	78.0%
Situation professionnelle						
<i>Sans emploi</i>	4	5.2%	4	3.3%	8	4.0%
<i>Etudiant</i>	8	10.4%	35	28.5%	43	21.5%
<i>Agriculteurs, exploitants</i>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>	8	10.4%	4	3.3%	12	6.0%
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	32	41.6%	33	26.8%	65	32.5%
<i>Professions intermédiaires</i>	4	5.2%	5	4.1%	9	4.5%
<i>Employés</i>	19	24.7%	39	31.7%	58	29.0%
<i>Ouvriers</i>	1	1.3%	0	0.0%	1	0.5%
<i>Retraité</i>	1	1.3%	1	0.8%	2	1.0%
<i>Autre</i>	0	0.0%	2	1.5%	2	1.0%
Désignation d'un médecin traitant	67	87.0%	107	87.0%	174	87.0%
Sujets ayant déjà réalisé au moins un dépistage d'une IST	74	96.1%	96	78.1%	170	85.0%

5.3. Objectif principal : Proportion de la population issue de la médecine générale ne se protégeant pas lors d'un rapport sexuel occasionnel.

Dans la population générale, 65,5% des répondants ont eu au moins un rapport sexuel occasionnel non protégé au cours de 12 derniers mois. (Tableau 4)

L'analyse en sous-groupe ne montre pas de différence significative entre les hétérosexuels (67,5%) et homo/bisexuels (62,4%) (OR=0,8 [0,4-1,5] ; p=0,457). En revanche, la comparaison de moyenne du nombre de rapport sexuel non protégé est significative: moyenne hétérosexuelle = 2.8 vs moyenne homosexuelle= 6.6 avec p=0.034. (Tableau 4).

Tableau 4 – Rapports sexuels occasionnels non protégés

Caractéristique	Personnes Homo / Bisexuelles (N=77)		Personnes hétérosexuelles (N=123)		Total (N=200)	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Rapports sexuels non protégés	48	62.4%	83	67.5%	131	65.5%
Nombre de rapports sexuels occasionnels non protégés dans les 12 derniers mois (médiane [Q1 ; Q3] (min ; max))	2.5 [1.0 ; 3.0] (1.0 ; 60.0)		1.0 [1.0 ; 2.5] (1.0 ; 30.0)		2.0 [1.0 ; 3.0] (1.0 ; 60.0)	
Actes sexuels non protégés pratiqués lors des 12 derniers mois						
<i>Pénétration vaginale</i>	5	6.5%	80	65.0%	85	42.5%
<i>Pénétration anale</i>	37	48.1%	20	16.3%	57	28.5%
<i>Rapport oro-génital</i>	68	88.3%	94	76.4	162	81.0%
<i>Utilisation de sex-toys</i>	9	11.7%	10	8.1%	19	9.5%

5.4. Objectif secondaire : Les déterminants de la non utilisation du préservatif

5.4.1. Déterminants sociodémographiques (tableau 5)

Dans notre population générale, le sexe n'est pas un facteur déterminant à la pratique d'un rapport sexuel occasionnel non protégé, pas de différence significative (F: 41,5%, H : 58,5%. OR= 1,24 [0,69-2,24] ; p= 0,476).

La situation familiale n'est pas un facteur déterminant à la pratique d'un rapport sexuel occasionnel non protégé notamment chez les célibataires représentés à 71,5% (OR=1,5 [0,42-5,22] ; p= 0,518).

Le niveau d'étude n'est pas dans notre population générale un facteur déterminant à la pratique d'un rapport sexuel à risque. 78% diplômés d'études supérieures, (OR=0,58 [0,22-1,39] ; p=0,242).

Le fait d'avoir réalisé un dépistage au cours des 12 derniers mois est un facteur déterminant significatif d'un rapport sexuel occasionnel non protégé avec un taux de 85% (OR=2,52 [1,15-5,61] ; p=0,021).

L'orientation sexuelle n'est pas un facteur déterminant significatif pour la pratique d'un rapport sexuel occasionnel non protégé.

La difficulté d'acheter un préservatif n'est pas un facteur limitant significatif pour la pratique d'un rapport sexuel occasionnel non protégé. 8,5% de notre population générale (OR=1.81 [0,61-6,61] ; p=0.318).

5.4.2. Situations à risque favorisant le rapport occasionnel non protégé (tableau 6)

- Population générale

58% des répondants de notre population générale rapportent avoir eu au moins un rapport sexuel occasionnel non protégé sous substance psychoactive dans les douze dernier mois : alcool dans 50% des cas et drogues (cannabis, ecstasy...) dans 20.6% des cas.

3 situations sont plus à même de favoriser une prise de risque lors de rapport sexuel occasionnel : 45,8% des répondants disent avoir eu des rapports sexuels occasionnels non protégés suite à une soirée entre amis. 31,3% suite à l'utilisation de sites de rencontre ou applications smartphones et 31.3% avec un ancien partenaire.

- Population Hétérosexuelle vs Homo/bisexuelle

L'analyse en sous-groupe rapporte que l'alcool est une variable présente de façon similaire dans les deux groupes 50% chez les homo/bisexuels vs 49.5% chez les hétérosexuels, il n'y a pas de différence significative (OR= 0,29 [0,07-1,03] ; p=0,064). Il y a en revanche respectivement 35,4% des homo/bisexuels vs 12% des hétérosexuels qui reconnaissent avoir eu au moins un rapport sexuel non protégé suite à la consommation de drogues, ce qui est significativement plus important chez les homo/bisexuels.(OR= 3,97 [1,51-11] ; p=0,006)

52% des répondants homo/bisexuels et 42,1% des hétérosexuels déclarent avoir eu un rapport sexuel occasionnel non protégé après une soirée entre amis, absence de différence significative entre les deux groupes (OR=1,49 [0,73-3,06] ; p=0,273).

45,3% des répondants homo/bisexuels contre 22,8% des hétérosexuels disent avoir eu un rapport sexuel occasionnel non protégé après une rencontre via application smartphone et/ou site internet, ce qui est majoritairement significatif chez les homo/bisexuels (OR=2,85 [1,33-6,19] ; p=0,007).

Avoir un rapport sexuel avec un ami est un facteur favorisant la pratique d'un rapport sexuel non protégé chez 6,3% des homo/bisexuels et 24,1% des hétérosexuels et ce de manière majoritairement significative chez les hétérosexuels (OR=0,21 [0,05-0,66] ; p=0,016).

Tableau 5 – Déterminants de la non-protection lors de rapports sexuels occasionnels

Caractéristique	Total (N=200)		OR	IC95%	p-value
	Effectifs	Pourcentage			
Sexe					
<i>Femme</i>	83	41.5%	1		
<i>Homme</i>	117	58.5%	1.24	[0.69 ; 2.24]	0.476
Age (médiane [Q1 ; Q3] (min ; max))	29.0 [25.0 ; 36.0]	(18.0 ; 73.0)	1.04	[1.01 ; 1.08]	0.027
Pays de naissance					
<i>France</i>	181	90.5%	1		
<i>Autre</i>	19	9.5%	0.34	[0.13 ; 0.89]	0.029
Situation familiale					
<i>Marié(e) / Pacsé(e)</i>	11	5.5%	1		
<i>Concubinage</i>	35	17.5%	1.41	[0.34 ; 5.62]	0.623
<i>Célibataire</i>	143	71.5%	1.50	[0.42 ; 5.22]	0.518
<i>Divorcé(e)</i>	10	5.0%	Non estimable		0.983
<i>Veuf (ve)</i>	1	0.5%	Non estimable		0.995
Niveau d'étude					
<i>Baccalauréat ou Brevet professionnel</i>	28	14.0%	1		
<i>Niveau collège, lycée, CAP ou BEP</i>	16	8.0%	0.73	[0.19 ; 2.98]	0.655
<i>Etudes supérieures</i>	156	78.0%	0.58	[0.22 ; 1.39]	0.242
Situation professionnelle					
<i>Sans emploi</i>	8	4.0%	1		
<i>Etudiant</i>	43	21.5%	0.83	[0.2 ; 3.8]	0.818
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>	12	6.0%	3.00	[0.38 ; 29.17]	0.302
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	65	32.5%	0.96	[0.18 ; 4.26]	0.958
<i>Professions intermédiaires</i>	9	4.5%	0.75	[0.10 ; 5.29]	0.772
<i>Employés</i>	58	29.0%	1.44	[0.27 ; 6.59]	0.638
<i>Ouvriers</i>	1	0.5%	Non estimable		
<i>Retraité</i>	2	1.0%	Non estimable		
<i>Autre</i>	2	1.0%	Non estimable		
Désignation d'un médecin traitant	174	87.0%	2.11	[0.91 ; 4.88]	0.079
Sujets ayant déjà réalisé au moins un dépistage d'une IST	170	85.0%	2.52	[1.15 ; 5.61]	0.021
Orientation sexuelle					
<i>Hétérosexuel(le)</i>	123	61.5%	1		
<i>Homo / Bi sexuel(le)</i>	77	38.5%	0.79	[0.44 ; 1.45]	0.457
Peur des IST	156	78.0%	1.42	[0.71 ; 2.83]	0.313
Difficultés à acheter des préservatifs	17	8.5%	1.81	[0.61 ; 6.61]	0.318
Sujet des IST abordé avec le médecin traitant	91	45.5%	1.29	[0.69 ; 2.40]	0.428

Tableau 6 – Description des situations dans lesquelles se sont produites les relations sexuelles non protégées dans l'ensemble de l'échantillon

Caractéristique	Personnes Homo / Bisexuelles (N=48)		Personnes hétérosexuelles (N=83)		OR	IC95%	p-value	Total (N=131)	
	Effectifs	%	Effectifs	%				Effectifs	%
Usage de substances psychoactives	32	64%	44	53%	1.77	[0.85 ; 3.77]	0.129	76	58.0%
<i>Alcool</i>	24	50%	41	49,4%	0.29	[0.07 ; 1.03]	0.064	65	50.0%
<i>Drogues</i>	17	35.4%	10	12%	3.97	[1.51 ; 11.00]	0.006	27	20.6%
<i>Médicaments</i>	1	2%	2		0.69	[0.03 ; 7.55]	0.769	3	2.3%
Circonstances du rapport sexuel non protégé									
<i>Vacances</i>	13	27%	13	15.6%	2.00	[0.83 ; 4.81]	0.118	26	19.8%
<i>Soirée entre amis</i>	25	52%	35	42.1%	1.49	[0.73 ; 3.06]	0.273	60	45.8%
<i>Site de rencontre sur internet</i>	22	45.3%	19	22.9%	2.85	[1.33 ; 6.19]	0.007	41	31.3%
<i>Rencontre en bar / discothèque</i>	14	29.1%	16	19.2%	1.72	[0.75 ; 3.96]	0.197	30	22.9%
<i>Rencontre sur le lieu de travail / d'étude</i>	0	0	3	3.6%	NE			3	2.3%
<i>Avec un ancien partenaire</i>	18	37.5%	23	27.7%	1.57	[0.73 ; 3.34]	0.246	41	31.3%
<i>Avec un(e) ami(e)</i>	3	6,3%	20	24.1%	0.21	[0.05 ; 0.66]	0.016	23	17.6%
<i>Autre</i>	2	41.7%	0	0	NE			2	1.5%

5.4.3. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des IST. (Tableau 7)

Dans notre étude 33% des répondants rapportent avoir entendu parler pour la dernière fois des IST par les médias. Ils sont 17% à l'avoir été par leur médecin généraliste.

- Connaissances des IST

Le sous-groupe hétérosexuel se sent moins bien informé que le sous-groupe homo/bisexuels concernant les IST (Hépatites, Syphilis, HPV, Gonocoques) et cela de façon significative notamment pour la Syphilis : 43,1% des hétérosexuels se sentent informés vs 64,9% des homo/bisexuels avec (OR=2,45 [1,37-4,45] ; p=0,003). Constat identique pour l'infection à gonocoque : 35,8% d'hétérosexuels vs 54,5% d'homosexuels (OR=2,15 [1,21-3,87] ; p= 0,009).

Absence de différence significative sur l'impression de connaissance du VIH, 97,4% des homo/bisexuels homosexuels se disent informés vs 95,1% des hétérosexuels (OR=1,92 [0,43-13,36] ; p =0,431).

Le sous-groupe homo/bisexuels déclare à 85,7% avoir peur des IST vs 73,2% des hétérosexuels la différence étant significative (OR=2,20 [1,06-4,85] ; p = 0,040)

Concernant la protection des IST, absence de différence significative entre les deux sous-groupes. 97,4% des homo/bisexuels vs 98,4% des hétérosexuels rapportent qu'un rapport sexuel avec préservatif protège des IST (OR=0,62 [0,07-5,25]; p=0,636). L'efficacité totale du préservatif est reconnue à 81,8% des homo/bisexuels homosexuels comme 100% efficace, contre 23,6% des hétérosexuels mais absence de différence significative (OR= 1,73 [0,97-3,13], p=0,062) entre les deux sous-groupes.

- Connaissances des situations à risque

Le rapport oro-génital est considéré comme plus à risque et de façon significative par les hétérosexuels que par les homo/bisexuels (23,6% vs 11,7%) (OR=0,43 [0,18-0,93] ; p=0,041).

Concernant le rapport avec pénétration vaginale, 97,4% des homosexuels et 100% des hétérosexuels savent qu'il est à risque de contracter une IST, sans différence significative. Même résultat concernant la pénétration anale, 98,7% des homosexuels et 99,2% des

hétérosexuels savent qu'il est à risque sans différence significative (OR=1,61 [0,06-41,0] ; p=0,739).

28,6% des homosexuels pensent que l'utilisation de toilette publique est à risque de contracter une IST vs 16,2% des hétérosexuels et cela avec une différence significative (OR=0,49 [0,24-0,97] ; p=0,040).

Les deux sous-groupes pensent qu'il est possible de contracter une IST lors de l'utilisation de seringue usagée sans différence significative (85,7% homo/bisexuels vs 83,7% hétérosexuel)

Absence de risque de contracter une IST lorsque l'on embrasse une personne pour 18,2% des homo/bisexuels et 8,1% des hétérosexuels, sans différence significative (OR=0,86 [0,36-2,10] ; p =0,734).

62,3% des homo/bisexuel et 39,8% pour des hétérosexuels (OR= 0,40 [0,22-0,71] ; p= 0,002) pensent qu'utiliser un sextoy est un risque pour contracter une IST.

- Pratiques lors d'un rapport sexuel occasionnel

66,5% de la population générale rapportent qu'utiliser un préservatif est simple et obligatoire. 74% des homo/bisexuels considèrent qu'utiliser un préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel est simple et obligatoire, ils sont 61,8% des hétérosexuels à avoir le même avis, absence de différence significative (OR= 0,57 [0,30-1,05] ; p= 0,076)

La confiance expliquant la non utilisation du préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel est retrouvée chez 13% des homosexuels et 30% des hétérosexuels et cela avec une différence significative (OR=2,88 [1,38-6,51] ; p=0,007).

Une faible quantité d'homo/bisexuels ou d'hétérosexuels craignent de perdre leur érection lors de la pose du préservatif, respectivement 13% et 12,2% avec absence de différence significative (OR=0,93 [0,40-2,25] ; p= 0,869).

Peu de répondants affirment « ne pas oser demander au partenaire de mettre un préservatif », 2,6% dans le sous-groupe homo/bisexuels et 9,8% dans le sous-groupe hétérosexuel (OR=4,05 [1,07-26,53] ; p=0,072).

20,8% des répondants homo/bisexuels et 30% des hétérosexuels déclarent ne pas utiliser de préservatif car leurs rapports sexuels ne sont pas toujours prévus. Absence de différence significative entre les deux groupes (OR=1,64 [0,85-3,28] ; p=0,149).

- Actes sexuels non protégés pratiqués lors des 12 derniers mois (tableau 4)

88,3% des homosexuels et 76,4% des hétérosexuels rapportent avoir eu un rapport oro-génital non protégé au cours des 12 derniers mois.

65% des hétérosexuels ont eu un rapport vaginal non protégé.

48,1% des homosexuels et 16,3% des hétérosexuels ont eu un rapport anal non protégé.

Tableau 7 – Connaissances, Attitudes et Pratiques vis-à-vis des risques d'IST

Caractéristique	Homo / Bisexuels (N=77)		hétérosexuels (N=123)		OR	IC95%	p-value	Total (N=200)	
	Effectifs	%	Effectifs	%				Effectifs	%
Niveau d'information ressenti									
<i>VIH</i>	75	97.4%	117	95.1%	1.92	[0.43 ; 3.36]	0.431	192	96.0%
<i>Hépatites</i>	53	68.8%	64	52.0%	2.04	[1.13 ; 3.74]	0.020	117	58.5%
<i>Syphilis</i>	50	64.9%	53	43.1%	2.45	[1.37 ; 4.45]	0.003	103	51.5%
<i>HPV</i>	34	44.2%	37	30.1%	1.83	[1.02 ; 3.33]	0.044	71	35.5%
<i>Gonocoques</i>	42	54.5%	44	35.8%	2.15	[1.21 ; 3.87]	0.009	86	43.0%
Peur des IST	66	85.7%	90	73.2%	2.20	[1.06 ; 4.85]	0.040	156	78.0%
Croyances sur la protection des IST									
<i>POP</i>	2	2.6%	4	3.3%	0.79	[0.11 ; 4.17]	0.792	6	3.0%
<i>Préservatif</i>	75	97.4%	121	98.4%	0.62	[0.07 ; 5.25]	0.636	196	98.0%
<i>Stérilet</i>	4	5.2%	0	0.0%	NE		0.994	4	2.0%
<i>RS sans pénétration</i>	11	14.3%	19	15.4%	0.91	[0.40 ; 2.01]	0.823	30	15.0%
Connaissances des situations à risque									
<i>Pénétration vaginales</i>	75	97.4%	123	100.0%	NE		0.995	198	99.0%
<i>Pénétration anales</i>	76	98.7%	122	99.2%	1.61	[0.06 ; 1.00]	0.739	198	99.0%
<i>Rapports oro-génitaux</i>	9	11.7%	29	23.6%	0.43	[0.18 ; 0.93]	0.041	162	81.0%
<i>Piqûre de moustique</i>	4	5.2%	11	8.9%	1.79	[0.59 ; 6.66]	0.333	15	7.5%
<i>Utilisation de toilette publique</i>	22		20		0.49	[0.24 ; 0.97]	0.040	42	
<i>Seringue usagée</i>	66		103		0.86	[0.38 ; 1.88]	0.708	169	
<i>Embrasser une personne sur la bouche</i>	14		10		0.86	[0.36 ; 2.10]	0.734	24	
<i>Utilisation de sextoys</i>	48		49		0.40	[0.22 ; 0.71]	0.002	97	
Croyance en l'efficacité totale du préservatif	29		63		1.73	[0.97 ; 3.13]	0.062	92	
Pratiques lors d'un RS occasionnel									
<i>L'utilisation du préservatif est simple et obligatoire</i>	57		76		0.57	[0.30 ; 1.05]	0.076	133	
<i>peur de perdre l'érection</i>	10		15		0.93	[0.40 ; 2.25]	0.869	25	
<i>N'ose pas demander à son partenaire</i>	2		12		4.05	[1.07 ; 6.53]	0.072	14	
<i>RS imprévus</i>	16		37		1.64	[0.85 ; 3.28]	0.149	53	
<i>Par confiance</i>	10		37		2.88	[1.38 ; 6.51]	0.007	47	

5.4.4. Place du médecin traitant dans la prévention des IST (tableau 8)

Dans la population générale, ils sont 45,5% à avoir abordé le sujet des IST avec leur médecin généraliste. L'analyse en sous-groupe rapporte que c'est le cas pour 63,6% du sous-groupe homo/bisexuels et 34,1% des hétérosexuels (OR=2,00 [0,74-6,37] ; p=0,198). Il s'agissait du motif initial pour 31,2% de la population homo/bisexuelle vs 10,6% de la population hétérosexuelle (OR=2,86 [1,59-5,24] ; p=0,001).

Le sous- groupe homo/bisexuels est plus satisfait et de façon significative de la réponse que les hétérosexuels (61% vs 30,9%) (OR=2,99 [1,67-5,47] ; p<0,001).

71% de la population générale pense que le sujet est facile à aborder, 21,5% d'entre eux trouvent que c'est difficile d'en parler, 16% craignent le jugement, une minorité affirme qu'ils sentent le médecin gêné ou que leur médecin est trop âgé. L'analyse en sous-groupe rapporte que les hétérosexuels ont plus de difficultés à parler de sexualité que les homosexuels et cela de façon significative 25,2% vs 15,6% (OR=0.49 [0.25-0.93] ; p=0.032).

Concernant le dépistage, 34,5% de la population générale a fait un dépistage des IST au cours des 12 derniers mois. L'analyse en sous-groupe rapporte qu'ils sont 50,6% dans le sous-groupe homo/bisexuels contre 24,4% dans le groupe hétérosexuel à avoir fait un dépistage, soit quasiment le double et cela de façon significative (OR=3.18 [1.74 ; 5.89] ; p<0.001).

Sur le plan préventif, 73,5% de la population générale est favorable à un dépistage systématique annuel, 65,5% souhaitent une information orale, 54% souhaitent une mise à disposition de préservatif dans la salle d'attente, 52% souhaite une information par documentation en accès libre dans la salle d'attente et enfin 10,5% de la population se sent suffisamment informée.

Tableau 8– Place du médecin généraliste dans la prévention des IST

Caractéristique	Homo / bisexuels (N=77)		hétérosexuels (N=123)		OR	IC95%	p-value	Total (N=200)	
	Effectifs	%	Effectifs	%				Effectifs	%
Nombre de consultation du médecin traitant dans les 12 derniers mois médiane [Q1 ; Q3] (min ; max)	3.0 [2.0 ; 5.0] (0.0 ; 20.0)		2.0 [1.0 ; 4.0] (0.0 ; 25.0)		2.47	[0.94 ;7.75]	0.087	3.0 [1.0 ; 4.0] (0.0 ; 25.0)	
Sujet des IST abordé avec le MG	49	63,6	42	34,1	2.00	[0.74 ;6.37]	0.198	91	
<i>Motif initial de consultation</i>	24	31,2	13	10,6	2.86	[1.59 ;5.24]	0.001	37	
<i>Satisfaction sur les réponses</i>	47	61	38	30,9	2.99	[1.67 ;5.47]	< 0.001	85	
Sujet facile à aborder	60	77,9	82	66,7	1.72	[0.90 ;3.39]	0.106	142	
<i>Difficulté à parler de sexualité</i>	12	15,6	31	25,2	0.49	[0.25 ;0.93]	0.032	43	
<i>Crainte du jugement du médecin</i>	10	13	22	17,9	0.53	[0.27 ;1.00]	0.054	32	
<i>Médecin géné</i>	3	3,9	11	8,9	0.58	[0.12 ; .24]	0.460	14	
<i>Médecin trop vieux</i>	4	5,2	9	7,3	1.09	[0.26 ;4.04]	0.896	13	
Dépistage des IST proposé dans les 12 derniers mois	39	50,6	30	24,4	3.18	[1.74 ;5.89]	<0.001	69	
Moyens d'informations souhaités									
<i>Information orale</i>	53	68,8	78	63,4	1.27	[0.70 ;2.36]	0.433	131	
<i>Documentation en salle d'attente</i>	45	58,4	59	48	1.52	[0.86 ;2.72]	0.150	104	
<i>Dépistage systématique annuel</i>	60	77,9	87	70,7	1.46	[0.76 ;2.89]	0.264	147	
<i>Mise à disposition de préservatifs</i>	45	58,4	63	51,2	1.34	[0.76 ;2.39]	0.319	108	
<i>Ne souhaite pas plus d'information</i>	7	9	14	11,4	0.78	[0.28 ;1.97]	0.608	21	

6. Discussion

6.1. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

6.1.1. Objectif principal : Pourcentage de la population issue de la médecine générale qui ne se protège pas lors d'un rapport sexuel occasionnel.

Dans notre étude, 65,5% déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel occasionnel non protégé au cours des 12 derniers mois, alors qu'ils sont 66,5% à considérer comme simple et obligatoire l'utilisation du préservatif à chaque rapport occasionnel (OR=0.57 [0.30- 1.05] ; p=0.076). L'utilisation systématique du préservatif est une habitude pour 33 à 37% des personnes sexuellement actives (19).

Ce résultat est similaire dans le sous-groupe hétérosexuel et homo/bisexuels comparativement à la littérature en 2004. Selon l'enquête presse gay, la population homo/bisexuelle utiliserait moins le préservatif depuis ces dernières années : 38% des HSH déclarent au moins une pénétration anale sans préservatif dans les 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels de statut VIH inconnu ou différent contre 33% en 2004 (27) . Cette population reste pourtant très concernée par les IST (80% des cas de syphilis, 42% des cas de gonorrhée) et par le VIH, dont les découvertes d'infection ont augmenté de 30% en 2012 (28) .

Le pourcentage de répondants ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel non protégé est sous-estimé dans notre étude suite à un problème de compréhension du questionnaire. En effet, 31 patients ont considéré n'avoir pas eu de rapport de sexuel occasionnel non protégé alors qu'ils ont répondu oui à « avoir eu un rapport sexuel oro-génital » engendrant ainsi un biais de réponse. Cela implique qu'ils ne considèrent pas comme à risque un rapport oro-génital non protégé. Un calcul correcteur prenant comme effectif de référence les 162 patients ayant répondu oui à la pratique oro-génital (au lieu des 131 ayant répondu oui à la question rapport sexuel protégé) permet d'obtenir 81% de répondants ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel non protégé.

On aurait pu penser que le rapport non protégé aurait été majoritairement un rapport sexuel à risque mineur (rapport oro-génital) mais finalement le taux de rapport sexuel à risque majeur (pénétration anale et/ou vaginale) est très important également.

Le nombre de rapport sexuel occasionnel non protégé au cours des 12 derniers mois de notre étude est plus important dans le sous-groupe homo/bisexuel que dans le groupe hétérosexuel, avec un rapport 2,5 fois plus important pour les homosexuels/bisexuels.

La littérature retrouve qu'au cours des 12 derniers mois il existe un nombre médian de partenaires plus important chez les homo/bisexuels (6 à 7 partenaires) montrant une activité sexuelle plus importante que chez les hommes et femmes hétérosexuels qui ont un nombre médian de partenaire à 2 (tableau 1) (7).

Ces éléments ne nous permettent pas de conclure que les homo/bisexuels se protègent moins que les hétérosexuels mais qu'ils ont plus de rapports non protégés du fait qu'ils ont aussi sans doute une activité sexuelle beaucoup plus importante.

6.1.2. Objectifs secondaires :

6.1.2.1. Déterminants de la non utilisation du préservatif

- Circonstances
- Alcool/drogue

L'étude des circonstances pendant lesquelles se passe le rapport sexuel occasionnel non protégé rapporte que la consommation d'alcool est présente dans plus d'une fois sur deux aussi bien dans la population générale (58%) que lors de l'analyse en sous-groupe (OR=0,29 [0.07 ; 1,03] ; p=0.270). Il n'y pas de différence significative sur la consommation d'alcool lors de l'analyse en sous-groupe, ce qui traduit que la population homo/bisexuelle et hétérosexuelle sont toutes deux influencées par la consommation d'alcool, probablement en lien avec une désinhibition et un caractère festif. En revanche, les homo/bisexuels déclarent de manière significativement plus importante que les hétérosexuels avoir au moins eu un rapport sexuel non protégé suite à la prise de drogue.

La Direction Générale de la Santé (DGS) dans un rapport sur l'analyse des connaissances disponibles sur les problèmes de santé et leurs déterminants (29) rapporte que « les risques immédiats liés à la consommation excessive aiguë d'alcool sont dus à son effet

désinhibiteur et sont représentés par les comportements sexuels à risques, les suicides et les accidents (route, travail, domestiques)».

En 1998 a été intégré à l'enquête KABP l'analyse de la gestion du risque au cours de l'histoire entre deux partenaires (30). Les données collectées mettent en évidence un effet défavorable de l'alcool sur l'adoption de comportements de prévention dans le contexte des relations sexuelles. L'étude souligne que la consommation d'alcool conduit à une baisse de la prévention et notamment à une moindre utilisation du préservatif graduellement au degré d'alcoolémie. En effet, 82,6% des personnes n'ayant pas consommé d'alcool ont utilisé le préservatif lors du premier rapport avec leur nouveau partenaire contre 73,3% pour celles ayant consommé de l'alcool sans être ivres et seulement 53,8% des personnes déclarant avoir été un peu ou beaucoup ivres (31).

➤ Notion de confiance

On note qu'une part importante de la population générale : 45,8% des répondants ont eu un rapport sexuel occasionnel non protégé suite à une soirée entre amis (45,8%) ou avec un ancien partenaire (31,3%). Cela traduit une notion de confiance, de réassurance. La notion de confiance dans le partenaire pour la non utilisation du préservatif apparaît dans notre étude à 23,5% dans la population générale, à hauteur de 13% dans le groupe homo/bisexuels et à hauteur de 30% dans le groupe hétérosexuel. A noter une différence significative entre les deux groupes (OR=2,88 [1,38-6,51] ; p= 0,007), les hétérosexuels rapportant faire plus facilement confiance que les homosexuels.

➤ Application Smartphone/Internet

Concernant l'utilisation d'internet et d'application smartphone, 31,3 % de la population générale rapportent avoir eu un rapport sexuel occasionnel non protégé via ce moyen de communication. En 2015, 38% des français rapportent dans une étude française avoir eu des « coups d'un soir » via des sites de rencontres, ils étaient 22% en 2012 (23). Peu

de références actuelles existent sur le lien entre l'utilisation de ces applications et la fréquence d'utilisation de préservatif, cependant on assiste à une recrudescence des IST via ce mode de rencontre. En effet, en 2015 une étude américaine s'est intéressée au phénomène, et a montré qu'entre 2013 et 2014, les cas de syphilis ont progressé de 79%, ceux de gonorrhée et de VIH respectivement de 30% et 33% (22). L'analyse en sous-groupe mais en évidence une utilisation plus significative de ces applications dans la population homo/bisexuelle plutôt que la population hétérosexuelle (22% vs 19% OR=2,85 [1,33-6,19]; p=0,007).

L'enquête Net Gay Baromètre (32) souligne qu'internet favorise, par son anonymat et sa facilité d'accès, l'exploration affective et sexuelle des jeunes HSH. Dans les premiers résultats de l'enquête, 74,2% des jeunes HSH considèrent qu'internet a un impact positif sur les rencontres socio-sexuelles et 96,3% d'entre eux citent internet comme espace privilégié à des fins de rencontre. Les moins de 25 ans sont plus nombreux à utiliser internet pour se socialiser (91% vs 85,9% pour l'ensemble des répondants), pour des raisons affectives (68,1% vs 57,5%) et pour trouver du soutien médical ou psychologique (8,2% vs 7,2%). Par contre, ils sont moins nombreux à utiliser internet pour trouver des aventures sexuelles (62,2% vs 76,9%) ou faire du cybersexe (57,6% vs 62,7%).

Suite au lancement de l'application Grindr en 2009, le marché des applications sexuelles à destination des gays s'est rapidement développé. Grindr est une application de rencontres destinée aux HSH permettant de discuter et d'échanger des photos avec des hommes géolocalisés autour de soi. En 2013, Grindr comptabilisait plus de 7 millions d'utilisateurs dans 192 pays (33).

Une étude sur l'utilisation d'internet (34) par les utilisateurs homo/bisexuels ayant un passé de pratiques à risques montre qu'ils utilisent internet comme un moyen efficace pour trouver des partenaires avec le même profil. La distance et l'anonymat permis par l'application favorisent l'expression de désirs particuliers (barebacking, fist-fucking,...). Cette situation facilite également les échanges autour des préservatifs et du statut sérologique des utilisateurs de l'application pouvant être plus complexe dans la vie réelle.

- Connaissances, attitudes et pratiques

Notre étude rapporte que 96% de notre population générale se sent bien informée sur le VIH, 98% rapporte qu'utiliser un préservatif protège des IST, ce résultat est proche de celui de l'enquête KABP (16) qui rapporte que 99% des répondants savent que le VIH se transmet « lors de rapports sexuels sans préservatif » .

L'analyse comparative des sous-groupes rapporte que les deux populations se sentent bien informés sur le VIH. Il existe cependant une différence significative sur le sentiment d'être bien informé sur les hépatites, syphilis, HPV, gonocoques. En effet, celles-ci sont mieux connues par les homo/bisexuels. Il est possible de mettre en relation cette meilleure connaissance des IST avec le fait que la population homo/bisexuelle a le plus peur de contracter une IST et cela de manière significative (85,7% vs 73,2% OR=2,20 [1,06-4,85] ; p= 0,040), les amenant à plus s'informer via internet notamment. En effet, une étude parue dans le Journal of Sex Research sur l'utilisation d'internet en générale par les hommes gays et bisexuels (34) montre que ceux-ci se sont très tôt appropriés les nouvelles technologies notamment pour chercher des informations en lien avec leur santé afin de pallier les difficultés à obtenir des réponses auprès de sources classiques.

Depuis le début des années 90's, les connaissances sur le VIH ont évolué mais pour autant les idées fausses persistent comme dans notre étude, les enquêtes KABP montrent que les préjugés sont tenaces sur les modes de contamination. La quasi-totalité des franciliens interrogés savent que le VIH se transmet lors de rapports sexuels sans préservatif (99% dans notre étude) et lors d'une piqure de drogue avec une seringue usagée (84,5% dans notre étude). Ils sont de plus en plus nombreux malgré tout à penser, à tort, que le virus peut se transmettre par une piqure de moustique ou dans les toilettes publiques. Dans notre étude, 21% pensent qu'utiliser les toilettes publiques est à risque de contracter une IST, 12% en embrassant et 7,5% par une piqure de moustique. On constate donc que même si les personnes interrogées ont dans l'ensemble une bonne connaissance du VIH, certains mécanismes sont mal maîtrisés. Les résultats de notre étude sont concordants avec ceux des enquêtes KABP sauf pour la transmission par piqure de moustique, plus importante dans les enquêtes KABP (24.3% en 2010) , ce qui s'explique sans doute par le biais de notre recrutement, notre population générale dans l'étude étant globalement dans des CSP plus élevées que la population générale française.

L'âge médian de notre population générale est de 29 ans avec une composition de 78% ayant fait des études supérieures, ceci pouvant engendrer un biais de réponse car non représentatif de la population française. D'après l'étude KABP, Il apparaît qu'en 2010 la classe d'âge 18-30 ans est pour la première fois la moins bien informée que leurs aînés. Les répondants les plus diplômés restent ceux qui connaissent le mieux la maladie et ses mécanismes de transmissions (compatible avec nos résultats).

La peur de contracter une IST est plus importante dans notre étude que dans la littérature bien que cette dernière trouve un taux en fonction de chaque IST et non un taux globale comme pour notre étude. En effet, 78% de notre population a peur de contracter une IST, alors qu'en 2010, 21,9% des répondants à l'étude KABP déclarent craindre « beaucoup » ou « pas mal » le sida pour eux-mêmes, 20,1% les hépatites et 19% les autres IST.

Cette même enquête KABP rapporte que 94% de la population savent qu'utiliser un préservatif est un moyen efficace pour se protéger du VIH, contre 98% dans la population générale de notre étude.

Concernant les situations à risques, 81% de la population générale de notre étude considèrent à risque de transmission d'une IST la pratique d'un rapport oro-génital, alors qu'ils sont également 81% a déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel occasionnel oro-génital non protégé. Ils sont plus nombreux à le penser et de façon significative dans le groupe hétérosexuel que dans le groupe homo/bisexuel. La littérature rapporte que l'utilisation régulière (« toujours » ou « souvent ») au cours des 12 derniers mois du préservatif lors des fellations reste rare (6 % en 2013) (7) quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la fellation est un mode de contamination très efficace des IST dont la syphilis et le gonocoque. Il y a donc 94% de la population française qui ne se protège pas obligatoirement lors de cet acte sexuel, résultat proche de celui retrouvé dans notre étude.

Le VIH reste plus craint par les jeunes que par les aînés et par les moins diplômés que les plus diplômés depuis 20 ans d'enquêtes.

L'utilisation du préservatif est simple et obligatoire pour 66,5% de notre population sachant qu'ils ont répondu à 65,5% avoir eu un rapport sexuel occasionnel non protégé, qui en fait après re-calcul théorique (sus-cité) est plus proche de 81%, ce qui traduit bien que la population générale considère le rapport oro-génital comme n'étant pas un rapport sexuel à risque. En 2004, l'utilisation systématique du préservatif est une habitude pour 33 à 37% des personnes sexuellement (19).

6.2.2. Place du médecin traitant dans la prévention des IST

Dans notre étude, 87% de la population générale a désigné un médecin traitant, répartition identique dans les deux sous-groupes. 45,5% de la population générale a déjà abordé le sujet avec un médecin généraliste, soit moins de 1 patient sur 2. Parmi eux, 18,5% déclarent qu'il s'agissait du motif initial de la consultation, et qu'ils ont été satisfaits de la réponse à 42,5%. Encore une fois, moins de 1 patient sur 2 a été satisfait de la réponse, ce résultat est inquiétant et soulève un problème dans l'éducation et la prévention des IST par les médecins généralistes.

Un article paru dans le journal du sida (35) rapporte que lorsque l'on interroge un médecin généraliste à savoir si la prévention des comportements sexuels à risque fait partie de leurs fonctions, la quasi-totalité des médecins généralistes répondent par oui (36). En réalité, les pratiques de dépistage du VIH par les médecins sont variées, et plus encore les modalités de la prévention délivrée aux patients. Une étude menée en 2003 par l'Observatoire régional de santé (ORS) de Rhône-Alpes, rapporte que la moitié des médecins disaient qu'«aborder les questions de prises de risque avec leurs patients ne pose pas de problème» (37). Quand est-il de l'autre moitié ? Malaise face au thème de la sexualité, peur de paraître intrusif, crainte de choquer des patients, notamment en raison de leur âge, ou de rompre le lien de confiance ? Tous ces obstacles empêchent parfois les médecins de prescrire des sérologies VIH/IST et d'informer leurs patients.

71% de notre population générale déclare aborder facilement le sujet, l'analyse en sous-groupe rapportant qu'ils sont 77,9% à le penser dans la population homo/bisexuelle et 66,7% dans la population hétérosexuelle. Il existe probablement un biais de recrutement de

notre échantillon. En effet, l'un des médecins généralistes qui a participé à l'étude est installé dans le marais et à des consultations spécialisées VIH facilitant ainsi la communication et l'échange sur les IST. Une revue parue en 2015 rapporte la nécessité d'offrir des services de santé adaptés aux jeunes HSH (38). En effet, il y a un manque de connaissances des acteurs vis-à-vis des besoins spécifiques des jeunes HSH. La majorité des répondants d'une étude américaine auprès de professionnels de santé déclarent ainsi ne pas aborder l'orientation sexuelle avec un jeune sexuellement actif.

En France le dépistage de l'infection VIH fait intervenir les structures traditionnelles d'offre de soins, à l'hôpital et en médecine de ville, et des structures dédiées comme les CDAG. De nouveaux acteurs, notamment associatif vont élargir à l'avenir l'offre de dépistage.

Au cours des 12 derniers mois, seul 34,5% de la population générale a fait un dépistage des IST. Le résultat du dépistage est une information manquante dans notre étude due à un problème méthodologique. Nous aurions pu rajouter une question en demandant si les personnes avaient déjà contracté une IST quelle qu'elle soit. L'analyse en sous-groupe rapporte que 50,6% des homo/bisexuels a été dépisté contre 24,4% des hétérosexuels. Bien qu'il soit cohérent que la population à risque soit plus dépistée, notamment suite aux recommandations de 2009, ce chiffre semble loin des attentes de HAS. Le fait que la population à risque est un taux de dépistage plus important s'explique aussi par le fait qu'ils ont eu plus de partenaires au cours des 12 derniers mois impliquant ainsi un contrôle plus régulier. Encore une fois le rôle de notre médecin généraliste participant à notre étude et exerçant dans le marais surestime probablement cette statistique. En 2009, plus de neuf médecins ont prescrit une sérologie VIH dans le mois (39). En moyenne, le médecin généraliste prescrit 6 sérologies par mois. Cette moyenne est significativement plus élevée dans les régions Ile-de-France et PACA. En 2009, deux médecins généralistes sur trois déclarent avoir un patient séropositif dans sa patientèle.

Dr Garry rapporte dans son travail de thèse qu'elle a mené auprès de 303 médecins généralistes de l'agglomération Nantaise (40) que la principale difficulté exprimée par le médecin généraliste était le caractère intrusif dans la vie privée du patient, la position délicate

de « médecin de famille » arrive en deuxième position puis le manque de temps au cours de la consultation et enfin le manque d'information sur la pathologie VIH. Dans la littérature sur les freins au dépistage, une revue parue aux Etats-Unis en 2007 (41) rapporte le manque de temps et le manque de connaissances. La peur d'offenser le patient était moins citée.

L'Observatoire Régional Santé Rhône-Alpes signale que le médecin généraliste a une perception basse du risque de leurs patients et une banalisation du test du VIH qu'il considère comme « toujours négatif » (37).

La fin de notre étude s'est intéressée aux moyens d'information sur les IST par lequel le patient souhaiterait être informé. A 73,5%, la population générale souhaiterait avoir un dépistage systématique annuel, 65,5% se suffiraient d'une information orale, 52% d'une information écrite disponible en salle d'attente, 54% souhaiterait une mise à disposition gratuite de préservatif dans la salle d'attente et enfin 10,5% ne souhaite pas être plus informés. Ce taux de 1 patient sur 10 ne souhaitant pas d'information supplémentaire est un probable biais de sélection du fait du haut niveau d'étude de notre population générale.

6.2. Les limites de l'étude

6.2.1. Représentativité de l'échantillon

La population étudiée n'est pas représentative de la population générale. D'une part parce que la population des consultants dans les 9 cabinets médicaux et ceux consultant à Longjumeau est différente de la population générale, d'autre part le cabinet qui a le meilleur taux de réponse est situé dans le quartier du marais à Paris créant ainsi un biais de recrutement qui est non représentatif de la proportion homosexuelle de la population générale (38,5% dans l'étude contre 4 à 10% dans la population générale française (42)).

Au niveau sociodémographique la population hétérosexuelle et homo/bisexuelle est sensiblement similaire. En ce qui concerne les connaissances, attitudes et pratiques, notre population a finalement été divisée en deux sous-groupes pour l'analyse statistique à savoir hétérosexuel vs homosexuel/bisexuelle pour une étude comparative plus pertinente plutôt

qu'une étude sur la population générale qui n'était pas représentative ni significative statistiquement sur l'analyse des déterminants.

Age médian

L'âge médian dans la population générale de l'étude est plus jeune que celui de la population générale française avec 29 vs 39,8 (43). L'âge médian des sous-groupes est de 27 pour les hétérosexuels et de 31 pour les homosexuels.

Pays de naissance

Le pays de naissance dans la population générale, sous-groupe hétérosexuel et homosexuel est majoritairement la France avec respectivement 90,5%, 91,5% et 88,3%

Situation familiale

La situation familiale la plus représentée dans notre population générale de l'étude est «célibataire » avec 71,5% alors que dans la population générale française la situation familiale majoritaire est le mariage avec 45,1% (44) et on y retrouve 39,4% de célibataire. L'analyse en sous-groupe rapporte également une majorité de célibataires chez les hétérosexuels comme chez les homo/bisexuels (71,5% vs 71,4%).

La catégorie socio professionnelle

La CSP la plus représentée dans population générale de l'étude est « cadres et professions intellectuelles » avec 32,5%. Dans la population générale française la CSP la plus représentée est celle regroupant les employés et les ouvriers avec 28,3% (45)

L'analyse en sous-groupe rapporte que la CSP la plus représentée dans le groupe hétérosexuel est « employé » avec 31,7% (identique à la population de générale française) alors que l'on retrouve une majorité de « cadres et professions intellectuelles » dans le groupe homo/bisexuels avec 41,6%.

Le niveau d'étude

Le niveau d'étude dans la population générale de l'étude est supérieur à celui de la population générale française. En effet 78% des répondant sont titulaires d'un diplôme supérieur contre 13,5% dans la population générale française (tout âge confondu) (46). L'analyse en sous-groupe confirme également cette tendance. 78,1% des patients du sous-

groupe hétérosexuelle est titulaire d'un diplôme d'études supérieures contre 77,9% dans le sous-groupe homo/bisexuels

Il existe un biais de sélection car les personnes ne pouvant répondre seules au questionnaire (illettrisme, barrière linguistique orale ou écrite) n'ont pas pu participer à l'étude. En effet, les cabinets médicaux dans les II, XIII et XVIII arrondissement de Paris ont une population de migrants à fort caractère social et les médecins participants m'ont souvent fait part de la difficulté du patient à remplir le questionnaire. A l'inverse de forts taux de réponse sont retrouvés dans des arrondissements dit « favorisés » comme le IV et Vème.

Répartition hommes/femmes

La population générale de l'étude est composée de plus d'hommes que de femmes (58,5% vs 41,5%) alors que le sex ratio est de 1 dans la population générale française. L'analyse en sous-groupe rapporte que le groupe hétérosexuel est composé de plus de femmes que d'hommes (62,6% vs 37,4%) tandis que dans le sous-groupe homosexuel les hommes prédominent (88,3% vs 11,7%)

Désignation d'un Médecin traitant

Dans la population générale de l'étude, le sous-groupe homo/bisexuels et hétérosexuel déclare à 87% avoir désigné un médecin traitant, contre 78% dans la population générale française.

Cabinet médical

Le choix des cabinets médicaux ne s'est pas fait par tirage au sort. En effet, pour certains il s'est fait par connaissance (ancien lieu de stage) et pour d'autres il a été ciblé sur une population dite « à risque » telle qu'une population de migrants ou d'homosexuels entraînant un biais de recrutement car non représentatif de la population générale. L'objectif initial étant d'être le plus près possible et le plus représentatif de la population générale, de nombreux cabinets médicaux ont été démarchés dans plusieurs arrondissements de Paris mais les médecins n'ont pas tous accepté de participer à cette étude notamment en apprenant le caractère sexuel (attitudes, connaissances et pratiques) du questionnaire. En effet, au total via différentes structures (cabinet, maison médicale..), 48 médecins ont été sollicités, seuls 23 ont

acceptés de participer à l'étude soit 47,9%. Motifs invoqués pour le refus : la difficulté d'aborder la sexualité, le manque de temps, le nombre de sollicitation important d'internes pour la participation à des thèses.

6.2.2. Taux de réponse globale et taux de participation

Le taux de réponse globale est de 87,7%. Le taux de participation globale des médecins est de 56,3%. Pour rappel, le médecin devait distribuer le questionnaire à tous patients âgé d'au moins 18 ans. Cela peut s'expliquer par la présence d'autres motifs de non réalisation que le refus, comme la barrière linguistique, la motivation du médecin lui-même à distribuer le questionnaire parfois moindre dans les cabinets à orientation sociale, ou parce que leurs patients ont une compréhension « limitée », ou encore la difficulté de distribuer le questionnaire aux gens mariés.

Le taux de participation le plus faible est dans le XIII^{ème} arrondissement avec 17,8%. Il s'agissait d'un centre médical social, tout comme le cabinet du II^{ème} et XVIII^{ème} arrondissement de Paris (respectivement 20% et 28,9%) qui sont des cabinets avec une patientèle de migrants avec une protection sociale type CMU, AME. Au total, 28 questionnaires non remplis soit 12,2 % des questionnaires distribués. Il est important de préciser que sur les 28 questionnaires non remplis, il n'a pas été défini la proportion de patients ne souhaitant pas volontairement répondre ou celle de ceux qui étaient exclus des critères d'inclusion, il s'agit là d'un biais de méthodologie. Il aurait fallu rajouter une case : « ne souhaite pas répondre » ou « je ne remplis pas tous les critères d'inclusion » pour rendre possible le calcul du « taux de refus ».

Il est intéressant de noter que les patients consultant dans le marais (IV^{ème} arrdt) étaient les plus volontaires, avec le taux de réponse le plus important. Les médecins de ce cabinet médical ont rapporté n'avoir aucune difficulté à aborder la sexualité avec les patients facilitant la distribution du questionnaire.

6.2.3. Puissance de l'étude

Notre étude manque de puissance en raison d'un effectif limité. L'effectif limité peut s'expliquer par la participation moyenne des médecins. De plus, il s'agit d'une étude limitée à 9 cabinets médicaux et limitée dans le temps. Enfin, la majorité des questionnaires ont été

distribué au printemps, cela peut remettre en question la représentativité de notre échantillon par rapport à la population habituelle.

6.3. Les forces de l'étude

6.3.1. La population étudiée

Des études sur les connaissances, attitudes et pratiques avaient déjà été réalisées notamment les enquêtes nationales KABP (Knowledge, Attitude, Beliefs and practises) de l'ANRS (16). L'analyse des caractéristiques sociodémographique a également été étudiés ((19) (47)).

L'originalité de cette étude est d'avoir comparé la population hétérosexuelle et homosexuelle dans leurs pratiques, leurs connaissances notamment depuis l'apparition de nouveaux moyens de rencontres (application smartphone, site internet..) mais également d'étudier la place qu'occupe leur médecin traitant dans la prévention des IST.

6.3.2. Taux de réponse et taux de participation

Le taux de réponse globale sur l'ensemble des cabinets médicaux est très bon avec 87,7% malgré un taux de participation des médecins traitant moyen 56,3%. L'étude en sous-groupe comparant population Homo/bisexuelle vs population hétérosexuelle a été possible et intéressante grâce une inclusion significative du nombre de patients homo/bisexuels.

Conclusion

Dans un climat de recrudescence des IST, notre étude met en évidence des comportements sexuels à risque avec 65,5% de notre population déclarant avoir eu au moins un rapport sexuel occasionnel non protégé au cours des douze derniers mois. Le pourcentage de répondants ayant au moins eu un rapport sexuel occasionnel non protégé est sous-estimé dans notre étude suite à un problème de compréhension du questionnaire. En effet, 31 patients ont considéré n'avoir pas eu de rapport sexuel occasionnel non protégé alors qu'ils ont répondu oui à « avoir eu un rapport sexuel oro-génital » engendrant ainsi un biais de réponse. Un calcul correcteur prenant comme effectif de référence les 162 patients ayant répondu oui à la pratique oro-génital (au lieu des 131 ayant répondu oui à la question rapport sexuel protégé) permet d'obtenir 81% de répondants ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel non protégé. A en croire le nombre de patients déclarant n'avoir pas eu de rapport sexuel non protégé malgré le fait qu'ils aient pratiqué un rapport oro-génital, ce type de rapport semble ne pas être considéré comme un rapport sexuel à risque alors qu'il est un vecteur de transmission des IST. Une action d'information et de prévention ciblée sur cette pratique semble avoir toute sa place pour limiter certaines contaminations buccales notamment syphilis, gonocoque et chlamydiae.

Concernant l'impression ressentie par les répondants sur leur connaissance des IST, celle-ci est globalement bonne. La population la mieux informée est une population dite « à risque » à savoir la population homo/bisexuelle. Cette même population rapporte également avoir le plus peur des IST alors qu'elle a 2,5 fois plus de rapports sexuels à risque que la population hétérosexuelle dans notre étude. Ils sont malgré tout plus nombreux que les hétérosexuels à déclarer avoir réalisé un dépistage d'IST au cours des 12 derniers mois, ce nombre plus important de dépistages étant sans doute lié à la sensibilisation importante de la communauté homo/bisexuelle face à l'épidémie de VIH depuis les années 80's(1). Cependant on assiste à une banalisation du VIH auprès des jeunes qu'ils perçoivent comme une maladie chronique mais pas mortelle avec laquelle il est facile de vivre au quotidien. Il semblerait que chez les jeunes hétérosexuels le préservatif soit utilisé essentiellement comme moyen de contraception (16).

Dans notre étude on a montré que 31,3% des répondants ont eu un rapport sexuel occasionnel non protégé suite à une rencontre via une application smartphone ou site de rencontre et ce particulièrement chez les homo/bisexuels (45,3%). Face aux applications smartphone qui facilitent les rapports sexuels à caractère occasionnel, il semble nécessaire de développer des espaces d'information ou de forums de discussion autour de la prévention sur certains sites et applications de rencontre. En France l'association AIDES (48)(49) a investi l'écosystème digital à travers des campagnes d'information et de prévention mais aussi avec la présence de militants sur différents sites et applications de drague incontournables. A l'heure actuelle, peu de littérature existe sur le lien entre le nombre de rapport sexuel occasionnel non protégé et l'utilisation de ces applications, ce qui pourrait constituer un autre module à inclure dans les études comportementales de type KABP.

La place du médecin généraliste dans la prévention des IST est beaucoup trop faible. Ces derniers ont un réel problème pour aborder le sujet qu'ils considèrent intrusif dans l'intimité de leur patient et difficile d'abord mais ils sont souvent limités par leur propre pudeur. Dans notre étude, 3 médecins nous ont rapportés leurs difficultés à aborder ce sujet avec leurs patients, ce qui a limité leur investissement dans l'étude. Une formation médicale continue traitant la façon d'aborder le sujet de la sexualité avec un patient sans voyeurisme ni jugement pourrait aider les médecins généralistes dans cette tâche qui leur incombe. Former les médecins généralistes sur les IST, le mode de transmission, les situations à risques et le moyen de dépistage semble également être un axe majeur pour banaliser ces maladies comme des pathologies fréquentes en médecine générale notamment pathologie du système digestif type constipation ou météorisme abdominal. L'apparition récente de test de dépistage rapide d'orientation diagnostique (TROD) réalisable pourrait contribuer à augmenter le nombre de dépistage du VIH, seulement et seulement si les médecins généralistes se forment sur les indications, l'utilisation, voire même sur l'annonce du résultat, ce qui ne semble encore évident à l'heure actuelle selon l'étude DEPITROD (50). L'arrivée de TROD pour le VHC et potentiellement le VHB et la syphilis, nécessite de s'interroger sur la pertinence d'un dépistage combiné du VIH et de ces autres infections de réalisation facile au cabinet.

En 2015, chaque personne majeur pourra acheter des autotests de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH), constituant un moyen facile de dépistage sans prescription

médicale, sans la gêne d'avoir à demander à son médecin une sérologie suite à un rapport sexuel à risque, ou encore d'éviter d'aller dans un CDAG souvent ressenti comme anxiogène et pouvant limiter son recours.

Le préservatif est la protection la plus simple et la plus fiable pour se protéger du VIH-sida et les IST. Il existe des préservatifs de toutes sortes, pour les hommes, pour les femmes, de toutes les tailles et de toutes les couleurs. Avant d'arrêter le préservatif avec son partenaire, le médecin doit rappeler à son patient qu'il faut faire le test du dépistage du VIH Sida et des IST (infections sexuellement transmissibles). Récemment, 3 collégiens britanniques ont inventé un préservatif qui change de couleur lorsqu'il entre en contact avec une infection sexuellement transmissible (IST). Encore mieux, la couleur n'est pas la même en fonction de l'IST : vert pour la chlamydia, jaune pour l'herpès, bleu pour la syphilis, violet pour le papillomavirus (51). On peut imaginer dans le futur que des innovations comme celles-ci renforceront la lutte contre les IST.

Au travers de cette thèse, nous espérons que les pratiques des médecins généralistes seront améliorées notamment en les décomplexant via une formation spécialisée sur les IST, leur permettant de prescrire avec plus de facilité et de façon adaptée à leur patientèle des bilans d'IST, comme le souhaiteraient de façon annuelle et systématique 73,5% de notre population.

BIBLIOGRAPHIE

1. CUBAYNES MH, BESSA Zi, FALIU B, CATE L. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [Internet] [Internet]. Ministère de la santé et des sports; Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
2. 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):432- 9.
3. Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? BMJ. 1 juin 2002;324(7349):1324- 7.
4. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. Resurgent Bacterial Sexually Transmitted Disease Among Men Who Have Sex With Men -- King County, Washington, 1997-1999 [Internet]. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4835a1.htm>
5. Vrangalova Z, Ong AD. Who Benefits From Casual Sex? The Moderating Role of Sociosexuality. Soc Psychol Personal Sci. 1 nov 2014;5(8):883- 91.
6. SMEREP. [Sida Info Service]- Etude Harris Interactive. [Internet]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/?Pres-d-un-etudiant-sur-trois-ne-se>
7. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. Bulletins des réseaux de surveillance des (IST)_ Rénago, Rénéchla et RésIST: données au 31 decembre 2012 [Internet]. 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>
8. VIRIOT D, FOURNET N,. Journée de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et promotion de la santé sexuelle - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/journee-de-lutte-contre-les-infections-sexuellement-transmissibles-ist-et-promotion-de-la-sante-sexuelle.html>
9. DUPIN N. Syphilis- Aspects cliniques. BEH. n°35-36 2001;pp.170- 2.
10. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Roselyne P. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_1.html
11. Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>
12. MORLAT. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. [Internet]. Disponible sur:

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>

13. YENI P. Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>
14. MEFFRE C, LE STRAT Y, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E. INVS | Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/
15. BROUARD C, LEON L, PIOCHE C et al. Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010, BEH. 2013;n°19, pp. 205 - 9.
16. SABONI L ; BELTZER N. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine : enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. Vol.2012(n° 46-47):pp. 525 - 9.
17. Sanders SA, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby RA, Graham CA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. *Sex Health*. mars 2012;9(1):81 - 95.
18. OMS | VIH/sida [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
19. Di Meo M, Grange F, Mulberg C, Guillaume J-C. [Characteristics and evolution of consultants, their risk factors and their behavior at the free anonymous HIV screening center of Colmar (France)]. *Ann Dermatol Vénéréologie*. févr 2004;131(2):165 - 70.
20. JANIER M. Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance - BEH n°26-27-28/2011 - Revue de presse [Internet]. Disponible sur: <http://docireps971.canalblog.com/archives/2011/07/29/21696637.html>
21. VILAIN A, MOUQUET MC. . Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 - Études et résultats DREES n° 765 - Revue de presse [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2008-et-2009,9023.html>
22. RIGOV. HEALTH Releases New Data on Infectious Syphilis, Gonorrhea, and HIV [Internet]. Disponible sur: <https://www.ri.gov/>
23. KRAUS F, SORET C. Sites de rencontres : de plus en plus de «coups d'un soir». IFOP.CAM4.FR [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.estrepublicain.fr/actualite/2015/06/02/sites-de-rencontres-de-plus-en-plus-de-coups-d-un-soir>
24. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. 18 févr 2010;pp. 147- 67.

25. Haute Autorité de Santé - Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/en/hiv-infection-screening-in-france-screening-strategies
26. Haute Autorité de Santé - Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France : dépistage en population générale et dépistage ciblé [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-depistage-en-population-generale-et-depistage-cible
27. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST / Données / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet].. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Donnees/Donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST>
28. Journée mondiale de lutte contre le sida : données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST en France / 2012 / Communiqués de presse / Espace presse / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2012/Journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-donnees-epidemiologiques-sur-l-infection-a-VIH-et-les-IST-en-France>
29. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : Définition d'objectifs. DGS. 2003.
30. BELTZER N. Histoire sexuelle d'une relation entre deux partenaires : comment est géré le risque du VIH. Enquête KABP 1998. | Base documentaire | BDSP. ORS Ile-de-France, ANRS. [Internet]. 2000. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/208702/>
31. Addictions, sexualité et prises de risques - Crips PACA (Centre régional d'information et de prévention du sida Provence-Alpes-Côte d'Azur Marseille Nice) [Internet].. Disponible sur: <http://paca.lecrips.net/spip.php?article189>
32. LEOBON A. Rencontres en ligne, Sexualité et Comportements à risque chez les internautes gays et bisexuels français Résultats du « Net Gay Baromètre 2009 » mise en perspective au regard des 18*25 ans et des répondants se déclarant séropositifs.
33. Grindr Stats and Facts [Internet]. Disponible sur: <http://expandedramblings.com/index.php/business-directory/19774/grindr/>
34. Grov C, Breslow AS, Newcomb ME, Rosenberger JG, Bauermeister JA. Gay and bisexual men's use of the Internet: research from the 1990s through 2013. *J Sex Res.* 2014;51(4):390- 409.
35. TERRAIN: Médecins généralistes - Savent-ils parler du sida? - Article - Arcat - VIH/sida et pathologies associées [Internet]. Disponible sur: http://www.arcat-sante.org/JDS/article/895/TERRAIN_M_decins_g_n_ralistes_Savent_ils_parler_du_sida
36. Comportement, attitude et rôle des médecins et pharmaciens dans la prévention et l'éducation pour la santé - dp050428.pdf. Baromètre santé médecins pharmaciens; 2003.

37. GRUAZ D, FONTAINE D. Evaluation 2004 de la mise en pratique des recommandations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. ORS; 2004.
38. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 26 févr 2015;18(2Suppl 1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344539/>
39. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Les médecins généralistes face au dépistage du VIH: nouveaux enjeux, nouvelles pratiques? [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/depistage-VIH.asp>
40. GARRY B. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE DEPISTAGE DU VIH DES MEDECINS GENERALISTES DE NANTES METROPOLE. Thèse d'exercice de médecine. Nantes: Université de Nantes, UFR de médecine et des techniques médicales, 2010,1 vol (87f).
41. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *AIDS Lond Engl*. 31 juill 2007;21(12):1617- 24.
42. 1%, 4%, 10% d'homosexuels en France... qui dit mieux ? [Internet]. Rue89. Disponible sur: <http://www.rue89.com/rue69/2010/10/17/1-4-10-dhomosexuels-en-france-qui-dit-mieux-171376>
43. Insee - Population - Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population jusqu'en 2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147
44. Insee - Population - État matrimonial légal des personnes de 15 ans ou plus jusqu'en 2014 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natfef02311
45. Insee - Population - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135%EF%BF%BD
46. Insee - Enseignement-Éducation - Niveau de diplôme selon l'âge en 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natfef07232
47. Le Vu S, Semaille-Safar C. INVS | Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale. Institut de veille sanitaire; 2006 [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/
48. Burrell ER, Pines HA, Robbie E, Coleman L, Murphy RD, Hess KL, et al. Use of the Location-Based Social Networking Application GRINDR as a Recruitment Tool in Rectal Microbicide Development Research. *AIDS Behav*. oct 2012;16(7):1816- 20.

49. LECLERCQ V. Au 21e siècle, la prévention sera virtuelle... Prévention gay 2.0. AIDES.
50. Dépistage en médecine de ville | Corevih IDF Nord [Internet]. Disponible sur: <http://www.corevih-idfnord.fr/thematiques/commission-depistage/groupe-de-travail-depistage-en-medecine-de-ville/>
51. Un préservatif qui change de couleur pour dépister les IST - ALKUMA Info [Internet].. Disponible sur: <http://alkuma.info/spip.php?article3798>

Annexe : QUESTIONNAIRE :

Madame, Monsieur,

Veillez répondre au questionnaire anonyme ci-joint, seulement si vous remplissez les 2 critères suivants, puis le remettre dans l'enveloppe, cacheter, et déposer l'enveloppe dans la boîte fermée :

Avoir au moins eu un <u>rapport sexuel avec un partenaire occasionnel</u> au cours des 12 derniers mois.	Etre âgé de 18 ans ou plus
--	----------------------------

Si vous ne respectez pas les 2 critères ci-dessus, veuillez déposer le questionnaire dans la boîte fermée, sans y répondre. Merci.

Questionnaire de thèse de médecine générale sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : VIH/ SIDA, Hépatite, syphilis, Papillomavirus, Chlamydiae, Gonocoque.

VOTRE IDENTITE

1 - Quel est votre sexe?

- Un homme
- Une femme
- Transsexuel

2 - Dans quel pays êtes-vous né? ____

3 - Quel est votre âge? ____

4 - Votre situation familiale actuelle légale?

- Célibataire
- Concubin
- Marié(e) ou pacsé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

5 - Quel est votre niveau d'études ?

- Niveau collège, lycée, CAP ou BEP
- Bac ou brevet professionnel
- Bac+1 à Bac+2
- Bac+3, Bac+4 ou Bac+5
- Supérieur à Bac+5

6 – Quelle est votre situation professionnelle

<input type="checkbox"/> Sans emploi
<input type="checkbox"/> Etudiant
<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants
<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures
<input type="checkbox"/> Professions intermédiaires
<input type="checkbox"/> Employés
<input type="checkbox"/> Retraités
<input type="checkbox"/> Autre

7 – Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui
 Non

VOTRE VIE SEXUELLE

8 - Quelle est votre orientation sexuelle ?

<input type="checkbox"/>	Hétérosexuel(le)
<input type="checkbox"/>	Homosexuel(le)
<input type="checkbox"/>	Bisexuel(le)

9 - Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu a moins un rapport sexuel NON protégé avec un partenaire occasionnel?

- Oui
 Non

➔ Si vous avez répondu « non » à la question 9, passez directement à la question 14.

10 - Si oui, combien ? ____

11 - À quelle occasion le ou les rapports sexuels NON protégés avec un partenaire occasionnel ont-ils eu lieu?

Vacances	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Suite à une soirée entre amis	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Via un site de rencontre internet (meetic, tinder...)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Suite à une rencontre en bar/discothèque	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Au travail/école	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Avec l'un de vos anciens partenaires	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Avec un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Autre : _____				

12 - Au cours d'un rapport sexuel NON protégé avec un partenaire occasionnel vous est-il déjà arrivé d'être sous l'emprise de substances psychoactives (alcool, drogue, médicament)?

- Oui
 Non

13 - Si vous avez répondu oui à la question précédente, il s'agissait:

<input type="checkbox"/>	D'alcool
<input type="checkbox"/>	De drogue (cannabis, cocaïne, MD...)
<input type="checkbox"/>	D'un médicament (anxiolytique, antidépresseur...)
<input type="checkbox"/>	Autre : _____

14 - Au cours des 12 derniers mois, lors d'un rapport sexuel occasionnel, avez-vous pratiqué l'un des actes sexuels ci-dessous SANS préservatif?

Une pénétration vaginale	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Une pénétration anale	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Un rapport oro-génital (fellation, cunnilingus, anulingus)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Utilisation de sex toys	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

15 - Si au cours des 12 derniers mois vous avez eu des rapports sexuels occasionnels AVEC préservatif, pour quelle raison avez-vous mis un préservatif?

Pour vous protéger des Infections sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Comme moyen de contraception	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Sur demande de votre partenaire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

Car vous en mettez systématiquement pour les rapports occasionnels	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Autre : _____				

SENSIBILISATION FACE AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

16 - Vous sentez-vous bien informé (risques de contamination connus, dépistage) pour éviter les principales IST?

VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Les hépatites (B et C)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
La syphilis	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Papillomavirus/Condylomes	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Chlamydiae/Gonocoque	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

17 - Où avez-vous entendu parler des IST pour la dernière fois?

- A l'école
- En famille/entre amis
- Chez mon médecin traitant
- Dans un service hospitalier
- Par les médias (TV, radio, presse, net)
- Jamais entendu parler
- Autre : _____

18 - Avez-vous peur de contracter une IST ?

- Oui
- Non

19 - A votre avis, qu'est-ce qui protège des Infections Sexuellement Transmissibles ?

Pilule contraceptive	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Préservatif (masculin ou féminin)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Stérilet	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Avoir un rapport sexuel sans pénétration	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

20 - Parmi les affirmations suivantes, lesquels sont pour vous, à risque de contracter une IST :

Pénétration vaginale sans préservatif	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pénétration anale sans préservatif	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Rapport oro-génital sans préservatif (fellation, cunnilingus, anulingus)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Piqûre de moustique	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Utilisation de toilettes publiques	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Se piquer avec une seringue usagée	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Embrasser une personne sur la bouche	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Utilisation de sex toys	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

21 - Pensez-vous que le préservatif protège à 100% des IST?

- Oui
- Non

22 - Avez-vous déjà réalisé un dépistage d'une ou plusieurs IST?

- Oui
- Non

23 - Si oui, lesquelles ? _____

24- Avez-vous des difficultés à acheter des préservatifs?

- Oui
 Non

25- Si vous avez répondu oui à la question précédente, pourquoi ?

Vous trouvez gênant d'acheter des préservatifs	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous trouvez le prix trop cher	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Point de vente difficile à trouver	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

26 - Lors d'un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel:

Utiliser un préservatif est pour vous simple et obligatoire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous n'utilisez pas systématiquement de préservatif, car vous avez peur de perdre votre érection au moment de mettre le préservatif	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous n'utilisez pas systématiquement de préservatif car vous n'osez pas le demander à votre partenaire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous n'utilisez pas de préservatif car vos rapports sexuels ne sont pas toujours prévus	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous n'utilisez pas systématiquement de préservatif, car après discussion, vous lui faites confiance	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PREVENTION DES IST

27 - Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste? _____

28 - Au cours de l'une de ces consultations, avez-vous parlé de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles avec un médecin généraliste?

- Oui
 Non

29 - Si Oui, était-ce le motif initial de votre consultation?

- Oui
 Non

30 - Si Oui, avez-vous été satisfait des réponses apportées par un médecin généraliste?

- Oui
 Non

31 - Trouvez-vous qu'il soit facile d'aborder le sujet des IST avec un médecin généraliste?

- Oui
 Non

32 - Si Non pourquoi:

Vous n'osez pas parler de sexualité avec un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous craignez le jugement du médecin généraliste quant à vos pratiques sexuelles	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous trouvez le médecin généraliste gêné quand il aborde ce sujet	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Vous trouvez le généraliste trop âgé pour aborder ce sujet	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Autre : _____				

33 - Au cours des 12 derniers mois, un médecin généraliste vous à-t-il déjà proposé un dépistage des IST sans que vous en ayez formulé la demande au préalable?

- Oui

Non

34 - Par quel moyen aimeriez-vous être mieux assisté/informé par un médecin généraliste pour éviter de contracter une IST :

Information orale donnée par un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
De la documentation accessible dans la salle d'attente du médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Dépistage des IST proposé systématiquement une fois par an par un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Mise à disposition gratuite de préservatifs dans la salle d'attente de votre médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Non, je ne souhaite pas être plus informé, je le suis suffisamment	<input type="checkbox"/>			
Autre : _____				

Titre en français

Définition de la proportion de la population issue de la médecine générale qui n'utilise pas de préservatif au cours d'un rapport sexuel occasionnel, étude des déterminants, et place qu'occupe le médecin généraliste dans la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles

Dans un contexte de recrudescence des IST, il a été intéressant de définir la proportion de de la population issue de la médecine générale qui n'utilise pas le préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel et également d'identifier les déterminants de non utilisation du préservatif. 65,5% de la population a eu un rapport sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois dans notre étude.

Cette étude a évalué via un auto-questionnaire le caractère sociodémographique, les connaissances, attitudes et pratiques sexuelles de 200 patients, ainsi que la place qu'occupe le médecin généraliste dans la prévention des IST. Une analyse statistique sur notre échantillon puis en sous-groupe homo/bisexuel et hétérosexuel a été possible. L'excès de confiance via des inconnus ou ex partenaires, la consommation d'alcool/drogues et les rencontres via l'utilisation d'applications smartphone ou sites internet de rencontre contribuent à cette prise de risque.

Perspectives d'avenir : Former les médecins généralistes sur la façon d'aborder la sexualité sans jugement ni pudeur afin d'optimiser la prescription de dépistage des IST et l'information des risques donnés aux patients quel que soit l'âge ou la sexualité des patients. Rappeler l'efficacité et l'importance d'utiliser le préservatif comme moyen de prévention contre les IST.

Mots clés (français) : Infections sexuellement transmissibles, Prévention, Médecin généraliste

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**