



**HAL**  
open science

**Évaluation des connaissances des jeunes de 18 à 25 ans  
concernant l'infection par le VIH-Sida et impact sur leur  
dépistage : étude observationnelle auprès de 683  
étudiants des Hauts-de-Seine**

Émilie Bruneel

► **To cite this version:**

Émilie Bruneel. Évaluation des connaissances des jeunes de 18 à 25 ans concernant l'infection par le VIH-Sida et impact sur leur dépistage : étude observationnelle auprès de 683 étudiants des Hauts-de-Seine. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01251702

**HAL Id: dumas-01251702**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01251702>**

Submitted on 6 Jan 2016

**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.

## 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° 122

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Evaluation des connaissances des jeunes de 18 à 25 ans concernant  
l'infection par le VIH-Sida et impact sur leur dépistage : étude  
observationnelle auprès de 683 étudiants des Hauts-de-Seine

Présentée et soutenue publiquement  
le 29 septembre 2015

Par

**Emilie BRUNEEL**

Née le 7 mars 1988 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Vincent Jullien

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury ..... Président

Mme Le Professeur Elisabeth Rouveix-Nordon

Mme Le Docteur Alix Greder-Belan

M. Le Docteur François Bloede



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

## REMERCIEMENTS

à Monsieur le Professeur Philippe JAURY, d'avoir accepté de présider ce jury mais aussi de m'avoir suivi et accompagné au cours de ces trois années de DES de médecine générale.

à Madame le Professeur Elisabeth ROUVEIX-NORDON et à Monsieur le Docteur François BLOEDE d'avoir accepté d'évaluer mon travail en faisant partie de ce jury.

à Madame le Docteur Alix GREDER-BELAN, d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour vos conseils et votre relecture. Merci aussi de m'offrir l'opportunité de pouvoir continuer à travailler à vos côtés et aux côtés de toute l'équipe du service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses de l'Hôpital André Mignot que j'affectionne depuis mon premier passage en tant que jeune interne.

à Monsieur le Docteur Vincent JULLIEN, pour le soutien que tu m'as apporté au cours de ces années. Merci surtout de m'avoir accompagné et guidé dans ce travail de recherche.

à Monsieur le Docteur Boris HEJBLUM, pour ton aide pour l'analyse statistique. Merci d'avoir toujours été disponible (même de l'autre côté de l'océan) pour m'apprendre, m'expliquer et me conseiller.

à tous les intervenants et à tous les étudiants ayant participé à ce travail.

à tous les professionnels de santé qui ont participé à ma formation pendant ces 9 années et qui m'ont appris et permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

à mes anciens co-internes, Hélène, Aurélie, Clotilde, Clémence, Erwan, Alice, Annabelle, Laura, Pierre, Louis et Jules pour ces supers moments partagés en stage et en dehors.

à Elsa, Sophie, Pauline Q., Pauline G., Agathe et tous les autres. Je suis contente d'avoir partagé ces années de médecine avec vous et j'ai hâte de nous voir grandir encore.

à mes amis Camille P, Jen, Caroline, Sarah, Marie et Camille C. On a passé plus de la moitié de notre vie ensemble. Vous m'avez vu progresser petit à petit jusqu'à aujourd'hui, merci pour votre soutien et votre amitié sans limite.

à Alison pour ta traque acharnée des fautes d'orthographe.

à ma grand-mère Jeanine de faire ma promotion en tant que médecin dans tout le Sud-Ouest depuis que j'ai eu mon concours en première année et à mon grand-père Franck d'avoir toujours su que j'arriverai au bout. Merci à mes grands-parents Jean-Claude et Eliane pour votre soutien tout au long de ces années.

à mes parents Annie et Philippe et à ma sœur Florine. Merci de m'avoir soutenu, épaulé et conseillé depuis toujours. Merci d'avoir cru en moi dès le début de mes études. Je n'aurais jamais été capable d'arriver au bout sans vous trois. Merci pour tout.

à Jean-Gaël, tu m'accompagnes depuis le début de cette aventure et tu as partagé les hauts et les bas avec moi sans ciller. Merci de m'avoir soutenu dans toutes les phases de ce travail. Merci tout simplement d'être là à mes côtés tous les jours.

## ACRONYMES et SIGLES

**ALD** : Affection Longue Durée  
**ANRS** : Agence Nationale de la Recherche sur le Sida  
**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé  
**BEH** : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire  
**BTS** : Brevet de Technicien Supérieur  
**CDAG** : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit  
**CDC** : Center Disease Control  
**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants  
**CNS** : Conseil National du Sida  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CSF** : Contexte Sexualité en France  
**DO** : Déclaration Obligatoire  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes  
**Ifop** : Institut français d'opinion politique  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**InVS** : Institut de Veille Sanitaire  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**IVG** : Interruption volontaire de grossesse  
**KABP** : Knowledge, Attitude, Belief and Practice  
**LMDE** : La Mutuelle Des Etudiants  
**ONU** : Organisation des Nations Unies  
**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquis  
**TROD** : Test Rapide d'Orientation Diagnostique  
**UDI** : Usager de Drogue Injectable  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	2
ACRONYMES et SIGLES.....	3
INTRODUCTION .....	6
1.1 GENERALITES .....	8
1.1.1 Histoire de la découverte du VIH .....	8
1.1.2 Incidence et prévalence de l'infection par le VIH .....	9
1.1.3 Caractéristiques et mode de contamination des personnes découvrant leur séropositivité au VIH en 2013 .....	11
1.1.4 Circonstances de découvertes et stade de l'infection au diagnostic .....	12
1.1.5 Conclusion .....	13
1.2 DEPISTAGE .....	14
1.2.1 Politique actuelle de dépistage : enjeux et limites.....	14
1.2.2 Activité de dépistage des médecins généralistes.....	17
1.2.3 Opportunités manquées.....	18
1.2.4 Dépistage et opinion de la population générale .....	18
1.2.5 Différents tests de dépistage .....	19
1.2.6 Conclusion .....	22
1.3 LES JEUNES : UNE POPULATION PARTICULIERE .....	23
1.3.1 L'entrée dans la sexualité .....	23
1.3.2 Sentiment d'information, nouveaux moyens de prévention, limites de l'éducation à la sexualité .....	24
1.3.3 Place du médecin généraliste auprès des jeunes.....	26
1.3.4 Utilisation du préservatif chez les jeunes .....	27
1.3.5 Un dépistage insuffisant.....	28
1.3.6 Connaissances des jeunes concernant le VIH.....	28
1.3.7 Conclusion .....	30
ETUDE .....	31
2.1 OBJECTIFS DE LA THESE .....	31
2.2 METHODES .....	31
2.2.1 La population .....	31
2.2.2 Rédaction du questionnaire .....	31
2.2.3 Diffusion du questionnaire .....	33
2.2.4 Analyse statistique .....	34
2.3 RESULTATS .....	36
2.3.1 Profil de la population interrogée .....	36
2.3.2 Le dépistage dans notre population d'étude .....	38
2.3.3 Connaissances globales de l'infection par le VIH-Sida .....	40
2.3.4 Connaissances et lien avec le dépistage : score de connaissance.....	42
2.3.5 Vision du préservatif et des autres moyens de prévention.....	45
2.3.6 D'où proviennent les connaissances des jeunes .....	46
2.3.7 Désir d'information sur le VIH-Sida et vision du médecin généraliste comme vecteur d'information .....	46
2.4 DISCUSSION .....	47
2.4.1 Population étudiée et comparaison à la population générale.....	47
2.4.2 Des jeunes sexuellement actifs.....	49
2.4.3 Un dépistage insuffisant et essentiellement basé sur le volontariat .....	50

2.4.4	Des connaissances variables en fonction de l'âge, encore des lacunes, notamment concernant le TPE et les modes de transmission .....	51
2.4.5	Un lien fort entre le niveau de connaissance et l'activité de dépistage .	53
2.4.6	Le préservatif : moins reconnu comme un moyen efficace de protection ? Une prévention basée sur une stratégie de dépistage. ....	54
2.4.7	Souhait d'information et place du médecin généraliste.....	55
CONCLUSION.....		57
BIBLIOGRAPHIE.....		59
ANNEXES .....		62
Annexe 1 – Le questionnaire.....		62
Annexe 2 – Exemple de dépliant distribué lors de l'intervention .....		68

## INTRODUCTION

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), responsable du SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), concerne 6200 nouveaux cas par an en France (1). Malgré d'importants progrès dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des personnes infectées, l'épidémie reste active. Près de 30 000 personnes ignorent encore leur séropositivité (2) au VIH et sont responsables de près de 60% des nouvelles contaminations. La problématique du VIH/Sida reste donc un enjeu de santé publique.

Des études (3-6) récentes montrent que les jeunes semblent banaliser l'infection par le VIH-Sida, qu'ils craignent moins l'infection que leurs aînés se sentant moins à risque. Leurs connaissances des modes de transmission ne cessent de baisser. Leur utilisation du préservatif au premier rapport reste élevée mais s'effondre ensuite suggérant des prises de risque. Ils sont également nombreux à avoir plusieurs partenaires par an multipliant leur risque d'exposition au VIH-Sida et aux autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Parallèlement, seulement 36% des jeunes étudiants de la cohorte de La Mutuelle des Etudiants (LMDE) 2012 (7) ont déjà effectué un dépistage tandis que 72% des jeunes interrogés déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles. Plus inquiétant, dans l'étude Ifop 2015 (8), seulement 55% des jeunes interrogés déclarent avoir fait un test de dépistage avant d'avoir un rapport sexuel sans préservatif.

Les recommandations élargies de dépistage de la population générale proposées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009 (9) dans le cadre du plan de lutte contre le VIH-Sida (10) semblent difficiles à mettre en œuvre selon différentes études (11-15) et ne permettent pas de limiter l'épidémie (16-18).

Un des piliers majeurs de la prévention est la diffusion d'information concernant le VIH-Sida. Une étude (7) de 2012 a mis en évidence un résultat intéressant : les étudiants se sentant les mieux informés sur le VIH-Sida ont plus recours au dépistage. Ils ont également un meilleur niveau de connaissance de l'infection. Une meilleure connaissance globale de l'infection sensibilise probablement les jeunes au dépistage.

Nous avons souhaité étudier le lien entre le niveau de connaissance de l'infection par le VIH-Sida d'une population donnée, en l'occurrence les jeunes scolarisés de 18 à 25 ans, avec le dépistage de l'infection. Notre hypothèse de travail était que, plus les jeunes connaissent la maladie, plus ils se font dépister. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude observationnelle à l'aide d'un questionnaire pour décrire notre population, évaluer le taux de dépistage et leur connaissance en 2015 sur l'infection par le VIH-Sida.

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence un lien entre le niveau de connaissance et l'activité de dépistage de la population étudiée. Les objectifs secondaires étaient de connaître les vecteurs d'information utilisés par les jeunes et

leur souhait d'information concernant la problématique afin de mettre en évidence d'éventuelles perspectives d'amélioration de notre prévention.

Dans une première partie, nous présentons un rappel sur l'épidémiologie de l'infection par le VIH-Sida en France, la place et l'enjeu du dépistage et nous décrivons notre population étudiée : les jeunes, leur sentiment et niveau d'information, leur activité de dépistage, leur utilisation du préservatif, leur relation avec le médecin généraliste. Dans une deuxième partie nous présentons la méthodologie et les résultats de notre étude et discutons des résultats les plus pertinents.

## 1.1 GENERALITES

### 1.1.1 Histoire de la découverte du VIH

Le VIH est un rétrovirus infectant l'Homme rendant l'organisme vulnérable à de multiples infections opportunistes responsables en partie du Sida.

Les débuts de l'épidémie de Sida datent du 5 juin 1981, quand le Center Disease Control (CDC) (19) américain annonce une recrudescence, dans les villes de Los Angeles, San Francisco et New York, de cas de pneumonies à *Pneumocystis jirovecii* et de sarcomes de Kaposi, deux maladies n'affectant que les immunodéprimés. Il est remarqué que chez ces patients, le nombre de lymphocytes T4 est très bas.

Les patients atteints sont soit homosexuels, soit hémophiles, soit toxicomanes ce qui suggère une transmission par voie sexuelle ou sanguine. L'hypothèse la plus probable est que cet état d'immunodépression est favorisé par un agent infectieux, notamment un virus capable d'attaquer les lymphocytes.

C'est en 1982, après identification des premiers cas français, que la recherche française débute, menée par l'unité d'oncologie virale de l'Institut Pasteur (Pr Jean-Claude Chermann, Pr Françoise Barré-Sinoussi et Pr Luc Montagnier).

Le virus est difficile à mettre en évidence car il détruit les cellules infectées. Les chercheurs français décident d'isoler le virus dans des organes riches en lymphocytes : les ganglions d'un patient atteint d'une lymphadénopathie. Un échantillon mis en culture permet de mettre en évidence une activité de transcriptase inverse confirmant la présence d'un rétrovirus. L'examen au microscope électronique permet de visualiser pour la première fois le virus en février 1983. Ce nouveau virus est appelé Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) et les résultats sont publiés dans Science le 20 mai 1983 (20).

Le terme de Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) est choisi en 1986.

La communauté internationale prend très vite conscience de la gravité de l'épidémie qui se transforme rapidement en pandémie. Dans ce contexte, l'Assemblée Générale des Nations Unies vote une résolution le 26 octobre 1987 invitant tous les États et toutes les agences onusiennes à coopérer pour lutter contre cette pandémie. Depuis, la lutte contre le VIH-Sida est devenue une priorité pour l'Organisation des Nations Unies (ONU) à travers son programme Onusida, ainsi que pour nombre de gouvernements. La communauté scientifique est également très active en vue de mettre au point un vaccin, faisant du VIH le virus le plus étudié à ce jour.

Depuis 1987, les politiques de prévention n'ont cessé d'être actives :

- Promotion des moyens de protections (préservatifs...) ;
- Politique de dépistage et amélioration des méthodes (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) avec gratuité du dépistage, Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD)) ;
- Amélioration de l'information (spot publicitaire, éducation sexuelle, sites d'information) ;
- Mise en place d'un traitement post-exposition ;
- Prescription d'antirétroviraux à toutes les personnes séropositives quel que soit leur taux de CD4 afin de limiter la transmission ;
- Prescription de traitement pré-exposition aux personnes à risque.

La prise en charge des patients vivants avec le VIH est en constante amélioration avec un suivi clinique et immunologique au long cours, des traitements de plus en plus efficaces avec une toxicité contrôlée, des aides sociales et psychologiques et un contrôle des comorbidités.

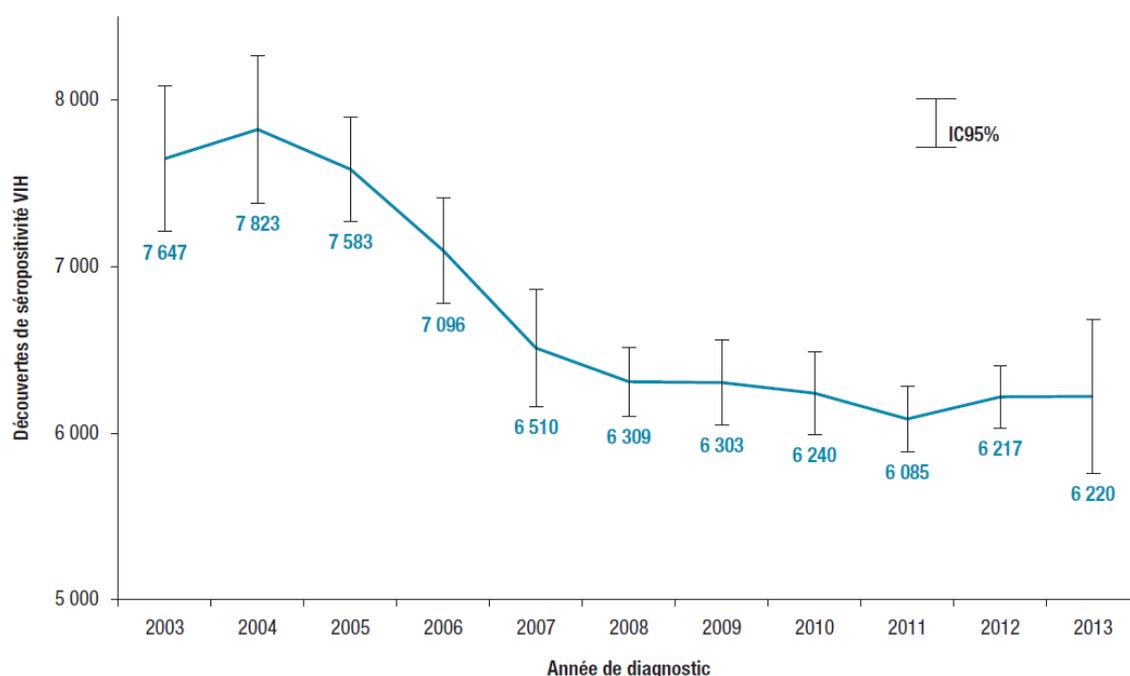
### **1.1.2 Incidence et prévalence de l'infection par le VIH**

L'incidence de l'infection par le VIH est le nombre de personnes nouvellement contaminées une année donnée, qu'elles aient été diagnostiquées ou non.

En 2009, dans le cadre de l'Action Coordonnée 23 de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS AC23), deux méthodes (21, 22) de calcul de l'incidence à partir de la déclaration obligatoire (DO) de séropositivité au VIH (23) ont permis de fournir des estimations sur l'incidence de l'infection par le VIH en France. Ces méthodes produisent des estimations proches de l'ordre de 7000 à 8000 nouvelles contaminations par an, soit un taux d'incidence de 17 à 19 pour 100 000 personnes-années en France.

En 2013, en France, on estime le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH à 6 220 (IC95% : [5 759 ; 6 681]) à partir de 4 859 déclarations reçues à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013 (en tenant compte de la sous-déclaration et des données manquantes) (1). Le nombre de découvertes de séropositivité, après avoir diminué significativement entre 2004 et 2008, s'est depuis stabilisé autour de 6 200 par an.

**Figure 1 : Nombre estimé de découvertes de séropositivité au VIH en France, 2003-2013 (données au 31/12/2013 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration) selon l'InVS (1)**



La prévalence de l'infection par le VIH est le nombre de personnes infectées par le VIH, diagnostiquées ou non, à un instant donné.

En France, elle est calculée à partir de plusieurs sources de données (2) :

- Celle de la Caisse Nationale de l'Assurance-Maladie (CNAM) des travailleurs salariés sur le nombre de personnes bénéficiant de l'Affection Longue Durée au titre du VIH (ALD n°7) : permet d'estimer le nombre de personnes séropositives dans le système de soins à 111 500 en 2010 et 113 600 en 2011 (avec une hausse de 11% depuis 2008).
- Celle de la DO des nouvelles infections associée à une méthode de rétrocalcul en se basant sur le délai supposé entre l'infection et la découverte de séropositivité au VIH permet d'estimer le nombre de personnes ignorant leur séropositivité en 2010 à 28 800 (IC95% : [19 100 ; 36 700]). Ces personnes seraient à l'origine de 60% des nouvelles contaminations, d'où l'intérêt de les dépister le plus précocement possible.

Au total, le nombre de personnes vivant avec le VIH en France en 2010 peut être estimé à 149 900 (IC95% : [134 700 ; 164 900]).

### **1.1.3 Caractéristiques et mode de contamination des personnes découvrant leur séropositivité au VIH en 2013**

Selon l'InVS (1), en 2013, parmi les découvertes de séropositivité au VIH :

- 70% des personnes sont âgées de 25 à 49 ans ;
- 17% sont âgées de 50 ans et plus ;
- 13% ont moins de 25 ans.

Entre 2003 et 2013, seule la catégorie des plus de 50 ans a augmenté (de 13% à 17%).

La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité a continué d'augmenter en 2013, où elle a atteint 69% alors qu'elle était de 57% en 2003.

54% des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2013 sont nées en France et 31% en Afrique subsaharienne (Cameroun, Congo-Brazzaville, Côte d'Ivoire, République Démocratique du Congo, Mali). Le pourcentage de personnes découvrant leur séropositivité en 2013 nées en Afrique subsaharienne diminue (de 44% à 31%) alors que celles nées en France augmente depuis 2003 (de 41% à 54%).

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité :

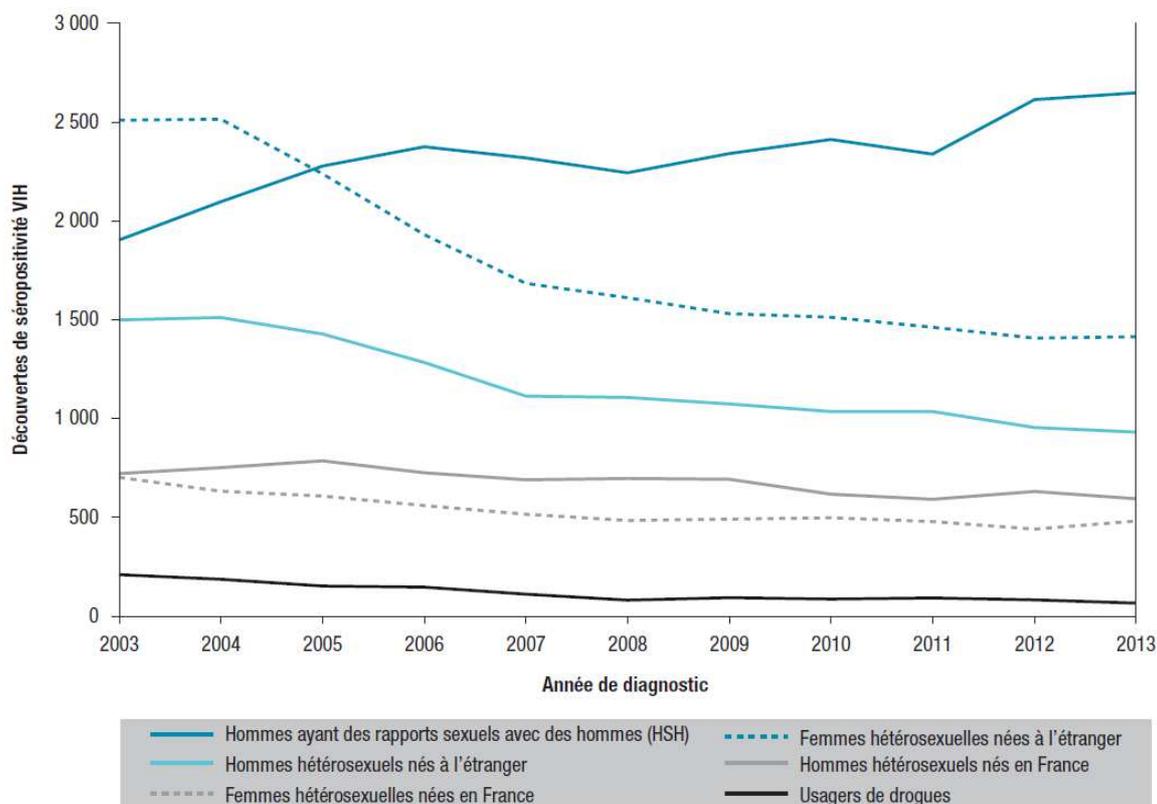
- 55% ont été infectées par rapports hétérosexuels ;
- 43% par rapports homosexuels (+14% par rapport à 2011) ;
- 1% par usage de drogue injectable (UDI).

Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels :

- 55% sont des femmes ;
- 53% sont nés en Afrique Subsaharienne.

Concernant les découvertes de séropositivité chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 83% sont nés en France. Ce mode de contamination continue d'augmenter avec une épidémie toujours active dans ce groupe.

**Figure 2 : Découvertes de séropositivité au VIH par mode de contamination, sexe, pays de naissance et année de diagnostic, France, 2003-2013 (données au 31/12/2013 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) selon l'InVS (1)**



### 1.1.4 Circonstances de découvertes et stade de l'infection au diagnostic

En 2013 (1), les motifs de dépistages sont :

- Présence de signes cliniques d'infection par le VIH : 38% ;
- Exposition récente au VIH : 21% ;
- Bilan systématique : 23% ;
- Présence d'une pathologie autre associée au VIH ou prise de risque ancienne : 14%.

Dans 77% des cas, la sérologie a été réalisée à l'initiative d'un médecin.

Parmi les découvertes de séropositivité au VIH en 2013, 25% sont tardives (<200 CD4/mm<sup>3</sup> ou stade Sida) et 39% précoces (≥500 CD4/mm<sup>3</sup> ou primo-infection). Les diagnostics tardifs concernent principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels.

Les diagnostics précoces ont augmenté en 2013 par rapport à 2011 uniquement chez les HSH sans augmentation significative chez les hétérosexuels.

### 1.1.5 Conclusion

Le nombre de personnes infectées par le VIH vivant en France en 2010 peut être estimé à 149 900 dont 111 500 connues et prises en charge avec une hausse encourageante de 11% par rapport à 2008. Malheureusement, l'épidémie reste active. Le nombre de nouveaux diagnostics (6 220 en 2013) n'est pas suffisant pour faire diminuer la taille de la population qui ignore son statut sérologique (environ 28 800) et qui serait à l'origine de 60% des nouvelles contaminations.

Le taux d'incidence reste très élevé chez les HSH et a fortement augmenté en 2013 (+14% par rapport à 2011). Ceci pourrait être en partie expliqué par la hausse de diagnostics précoces avec une forte activité de dépistage dans ce groupe. La majoration des autres IST(25) et des comportements sexuels à risques (26) dans ce groupe suggère tout de même qu'une augmentation de l'incidence de l'infection par le VIH est probable.

Enfin, les jeunes ne sont pas à l'abri d'être exposés et encore moins contaminés par le VIH-Sida. En France, un jeune de moins de 25 ans est infecté par le VIH toutes les 12h. De plus, les données issues des réseaux de surveillance des IST (27) montrent que les jeunes sont plus à risque de contracter une IST. Concernant l'infection à Chlamydia, les tranches d'âge les plus touchées sont les 15-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes. Concernant la gonococcie, les moins de 29 ans concentrent la grande majorité des cas. Il est donc important de poursuivre nos efforts de prévention et notre activité de dépistage pour mieux contrôler l'épidémie.

## 1.2 DEPISTAGE

### 1.2.1 Politique actuelle de dépistage : enjeux et limites

La promotion du dépistage est essentielle si l'on veut réduire la durée entre la contamination et le diagnostic d'infection par le VIH. Cela permet une identification plus précoce des personnes séropositives avec comme intérêt :

- Un accès plus précoce à une prise en charge médicale ;
- Une limitation des comportements à risque et donc des nouvelles contaminations ;
- Un contrôle de l'épidémie cachée.

Compte tenu de ces enjeux, la HAS (9) a émis en octobre 2009 dans le cadre du plan VIH-Sida IST 2010-2014 (10) de nouvelles recommandations sur la stratégie de dépistage.

La HAS recommande une proposition large de dépistage de la population générale (personne de 15 à 70 ans sans facteur de risque d'exposition) en plus du dépistage des populations à risque. Le libre consentement du patient est bien sûr toujours obligatoire.

La décision de généralisation du dépistage a été prise devant la persistance d'un retard au dépistage affectant certains groupes de population ne se considérant pas comme exposés (28) :

- les sujets de plus de 40 ans,
- les hétérosexuels,
- les hommes,
- les sujets en couple de façon stable,
- les personnes ayant des enfants.

#### **Recommandations de dépistage HAS 2009 :**

- Population générale de 15 à 70 ans indépendamment de l'évaluation du risque d'exposition.
- Selon les populations, proposition régulière d'un dépistage chez :
  - Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
  - Les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ;
  - La population des départements français d'Amérique et des Caraïbes ;
  - Les usagers de drogues injectables ;
  - Les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne ;
  - Les personnes en situation de prostitution ;
  - Les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.
- Selon les circonstances, proposition systématique dans le cadre de :
  - Suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ;
  - Suspicion ou diagnostic de tuberculose ;

- Projet de grossesse et grossesse ;
- Interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Première prescription d'une contraception ;
- Viol ;
- Incarcération.

Des rythmes de dépistage ont ainsi été définis :

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

**Le groupe d'expert (2) mené par le Pr Philippe Morlat** soutient les propositions concernant le dépistage ciblé de la HAS et ajoute même qu'il faudrait proposer une sérologie de dépistage dans les situations suivantes :

- Les populations en situation de précarité ;
- L'entourage familial de personne vivant avec le VIH;
- Eléments clinico-biologiques évocateurs : cancer, zona, pneumopathie, infections herpétiques récidivantes, dermites séborrhéiques, asthénie chronique, syndrome pseudo-grippal prolongé ou atypique, lymphopénie, thrombopénie, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexpliquée, etc...

**Malgré ces recommandations il existe des limites à la généralisation du dépistage :**

- **Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (29) ne recommande pas de dépistage universel en médecine générale comme le préconise la HAS. Leurs arguments sont les suivants :**
  - Une étude transversale (16) réalisée aux urgences des hôpitaux d'Ile-de-France a montré que la proposition systématique d'un test de dépistage rapide était bien acceptée par les consultants adultes. Malgré ce constat, seulement 18 sujets testés sur 12 754 (0,14%) étaient positifs au VIH et 17 d'entre eux avaient des facteurs de risque identifiables. Les auteurs concluent qu'une stratégie de dépistage systématique du VIH aurait un impact mineur en termes de santé publique.
  - Absence d'étude en médecine générale évaluant l'impact d'un dépistage universel.
  - Réticence des médecins généralistes au dépistage universel mis en évidence dans une étude prospective (11): sur 315 médecins généralistes ayant répondu à une enquête via internet, 56% sont réticents invoquant la difficulté de convaincre le patient et 44% reconnaissent qu'ils ne sont pas convaincus eux-mêmes de l'intérêt d'un dépistage systématique.
  - Selon l'enquête Baromètre santé médecin généraliste 2009 (12) (échantillon représentatif de 2000 médecins généralistes), la proposition d'un test de dépistage du VIH aux personnes sans facteur

de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps est majoritairement rejetée : 48,3% sont «plutôt pas d'accord» et 14,7% «pas du tout d'accord» avec cette proposition.

- Le CNGE propose donc aux médecins généralistes d'évaluer les risques encourus pour chaque patient et de proposer un test de dépistage classique si nécessaire.
- **Plusieurs travaux de recherche ont été menés par des internes de médecine générale et mettent en avant les mêmes conclusions :**
  - Maëva Moldent (13), interne de médecine générale à Rennes, a évalué l'intérêt et la réalisation du dépistage systématique auprès de 27 médecins généralistes bretons. La consigne était de rajouter systématiquement une sérologie VIH lors de la prescription d'un bilan biologique. Seulement 6 médecins ont suivi les consignes à la lettre pendant l'étude. Malgré un taux de dépistage majoré de 400%, aucun diagnostic de séropositivité n'a été fait. Ceci est lié à l'absence de facteurs de risques dans la population étudiée. La conclusion de son étude est que le dépistage systématique devrait concerner uniquement la population en zone de forte prévalence.
  - L'étude SHIVA (14), menée par Céline Descamps (Université Paris Diderot) a évalué l'évolution des pratiques de dépistage de l'infection par le VIH des médecins généralistes avant et après la diffusion des nouvelles recommandations de la HAS. Le nombre de sérologies VIH prescrites par chaque médecin généraliste a été recueilli, avec son accord, dans le laboratoire correspondant du praticien, sur deux périodes : du 1<sup>er</sup> Octobre 2009 au 1<sup>er</sup> Octobre 2010 et du 1<sup>er</sup> Octobre 2010 au 1<sup>er</sup> Octobre 2011. 43 médecins généralistes ont participé. 1448 prescriptions de dépistage ont été analysées. Le nombre global de dépistages effectués sur les deux périodes n'a pas varié : 17,11 en moyenne par médecin sur la première année et 16,5 sur la deuxième année. Seulement 53,5% des généralistes déclaraient connaître la recommandation. 41,9% des médecins généralistes ont augmenté leur nombre de prescriptions de sérologies VIH entre les deux périodes de l'étude, avec un taux d'augmentation qui ne dépasse pas 12% par médecin. L'influence de la recommandation sur les prescriptions a été globalement indétectable, et au mieux faible sur quelques généralistes. Les freins limitant la prescription d'une sérologie VIH sont la présence d'un accompagnant lors de la consultation, le grand nombre de messages préventifs que les médecins doivent délivrer et l'absence de risque VIH identifié par le patient ou par le médecin.
  - Valentina Rocchetti (15), interne en médecine générale à Paris, a tenté d'évaluer les pratiques de dépistage des médecins généralistes suite aux nouvelles recommandations de la HAS de 2009. Les conclusions de son travail sont que les médecins généralistes parisiens n'ont pas modifié leur pratique de dépistage depuis la publication de la nouvelle stratégie de dépistage.

- **Une autre étude (17) réalisée dans des services d'urgences confirme le manque d'impact en santé publique de ce mode de dépistage devant le faible nombre de cas découverts en dehors des populations à forte prévalence.**
- Dans l'année qui a suivi la publication des recommandations d'élargissement du dépistage, le nombre de sérologies réalisées a augmenté puis s'est stabilisé sur 2011-2013 (18). Le nombre de sérologies positives a augmenté de 7% entre 2011 et 2013 sans retentissement sur l'incidence des nouvelles découvertes de VIH en France (chiffre stable depuis 2008 selon les données de l'InVS de 2013). Il est trop tôt pour savoir si cette augmentation constitue une tendance qui va se poursuivre les années suivantes, et si elle va permettre de diminuer le nombre de personnes infectées par le VIH en France qui ignorent leur séropositivité.

L'influence des nouvelles recommandations semble être indétectable auprès des professionnels de santé. L'ensemble de ces éléments incite à réajuster les recommandations de la HAS. Le groupe d'expert mené par le Professeur Morlat (2) propose aux médecins d'accentuer leur attention sur les situations à risque classiques et de proposer un test de dépistage aux personnes n'en ayant pas eu depuis longtemps lorsque l'occasion se présente.

### **1.2.2 Activité de dépistage des médecins généralistes**

L'activité du dépistage en France est globalement élevée aux alentours de 5 millions de tests réalisés par an (18). 77% des sérologies sont réalisées dans des laboratoires de ville suggérant qu'elles sont majoritairement prescrites par des médecins généralistes. Le reste des sérologies est réalisé dans des laboratoires hospitaliers.

L'enquête Baromètre santé médecin généraliste (12) réalisée en 2009 a interrogé les médecins généralistes sur leur activité de dépistage :

- 93,9% déclarent avoir prescrit au moins un test de dépistage du VIH dans le mois précédant l'enquête.
- Le nombre moyen de sérologies prescrites par médecin est de 5,9 [5,5 ; 6,3] par mois.
- Concernant l'occasion de dépistage : 58,2% des sérologies sont réalisées à la demande du patient, 34% à l'initiative du médecin et 7% dans le cadre d'un protocole de dépistage (grossesse par exemple).

### 1.2.3 Opportunités manquées

L'étude Opportunités (30) a évalué la fréquence des occasions manquées de dépistage (en présence de facteurs de risque) ou de diagnostic (en présence d'indications cliniques chez le consultant) dans les trois années précédant le diagnostic d'infection par le VIH (période de 2006 à 2010) :

- 48% des homosexuels séropositifs ont déclaré leur orientation sexuelle lors de la première consultation et 55% de ceux-ci n'ont pas eu de prescription de dépistage.
- Parmi les personnes ayant présenté des symptômes évocateurs d'infection par le VIH, 61% ont consulté et parmi elles, seulement 18% ont été testées.
- Enfin, selon les répondants, un test VIH n'a été prescrit que dans 52% des cas en présence d'un symptôme évocateur d'IST.

Les auteurs concluent que les stratégies basées sur la reconnaissance des facteurs de risque ou des indications cliniques sont insuffisantes. Les médecins pourraient faire davantage de dépistages orientés sur des populations spécifiques ou sur la base de signes cliniques évocateurs.

### 1.2.4 Dépistage et opinion de la population générale

La plupart des tests de dépistage sont réalisés à la demande des consultants et donc sur la base du volontariat (12).

Les études KABP (3) (Knowledge, Attitude, Belief and Practice) étudient les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population générale face au VIH-Sida. La première édition date de 1992. Cette étude a été répétée en 1994, 1998, 2004 et enfin 2010. Ces travaux permettent de mettre en évidence une évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements au fil des années.

#### Concernant l'Île-de-France :

- Le nombre de personnes déclarant s'être déjà fait dépister au moins une fois au cours de la vie est en hausse par rapport à 2004. 66,2% des hommes et 78,5% des femmes déclarent avoir déjà effectué un test de dépistage au cours de leur vie en 2010 contre respectivement 53% des hommes et 66,4% des femmes en 2004.
- Les tests les plus récents sont réalisés pour la majorité dans un laboratoire d'analyses que ce soit avec ou sans prescription médicale, puis à l'hôpital puis dans un CDAG.
- Les tests les plus récents sont davantage réalisés sans raison particulière, c'est-à-dire juste pour savoir, se rassurer.
- Environ 80% des répondants accepteraient de se faire dépister lors de leur prochaine visite chez le médecin généraliste et lors d'un passage dans un service d'urgence.
- Près de trois quarts des répondants déclarent qu'ils se dépisteraient plus facilement s'il existait un test de dépistage à faire soi-même à domicile.

## 1.2.5 Différents tests de dépistage

- **Test de dépistage sanguin classique (Elisa) :**

Actuellement, les biologistes n'utilisent qu'un seul réactif de type Elisa à lecture objective permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'antigène p24 du VIH-1. Ces réactifs sont communément appelés tests combinés de 4<sup>ème</sup> génération. Un test de confirmation est réalisé sur le premier échantillon, à l'initiative du biologiste, dès que le test Elisa est positif. Un second prélèvement sanguin de contrôle (Elisa) doit ensuite être réalisé. Selon les résultats, ou en cas de suspicion de syndrome de primo-infection, des analyses supplémentaires peuvent être réalisées, notamment la quantification de l'ARN VIH plasmatique.

- **Les Tests Rapide à Orientation Diagnostique (TROD) :**

Il s'agit de tests unitaires, à lecture subjective, de réalisation simple et fournissant un résultat entre 5 et 30 minutes selon le dispositif utilisé. Les tests rapides peuvent être réalisés sur différents fluides biologiques dont le sang total (en cas de recueil par microponction au bout du doigt) et la salive.

Il faut savoir que la qualité des TROD sur sang total est aussi bonne qu'un test Elisa classique en cas de réalisation lors de l'infection chronique.

Ces tests sont en revanche moins sensibles s'ils sont réalisés lors de la phase de séroconversion ou sur de la salive.

Ces tests peuvent être utilisés depuis 2010 par des professionnels de santé lors de certaines situations d'urgences (31) :

- Sujet source en cas d'exposition supposée au VIH.
- Suspicion diagnostique de maladie évocatrice de stade Sida.
- Accouchement d'une femme dont le statut sérologique n'est pas connu.

Tout test rapide positif doit être confirmé par un test combiné de 4<sup>ème</sup> génération.

Les autres formes d'utilisation sont :

- **Par les CDAG.** S'ils pratiquent des TROD, ces actes visent à être complémentaires et ne doivent pas induire une diminution de la pratique des tests plus fiables. Au moins une étude (32) montre que lorsqu'un, ou plusieurs dépistages classiques sont simultanés au TROD, de nombreux usagers ne reviennent pas chercher l'ensemble de leurs résultats.
- **Par les services d'urgence.** Les différentes études (16) montrent une bonne acceptabilité du test par les consultants.
- **Par le milieu associatif.** Par exemple, le Kiosque, à travers son dispositif CheckPoint-Paris, a réalisé de 2010 à 2012 une étude (33) de faisabilité de ce type de dispositif associatif médicalisé de dépistage du VIH utilisant des tests rapides auprès d'un public d'HSH. CheckPoint fonctionne, avec ou sans rendez-vous, sur des plages horaires généralement non couvertes par les CDAG et propose la réalisation d'un dépistage gratuit et anonyme par du personnel médical. Depuis son ouverture, CheckPoint fait face à

une demande importante et fonctionne actuellement à saturation. Les personnes choisissent ce dispositif parce que le résultat est rendu lors de la même visite (78%), que c'est un service associatif destiné aux HSH (43%), que les horaires sont pratiques (39%) et qu'il n'y a pas de prise de sang (28%). Au cours des deux ans, 5 242 tests ont été réalisés. 13% des personnes testées n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH. Le taux de sérologie positive était de 2,46% avec 129 infections par le VIH diagnostiquées, dont 31 primo-infections et 19 infections récentes datant de moins de 2 mois. Enfin, 99% des personnes diagnostiquées séropositives ont pu être immédiatement orientées vers une prise en charge médicale.

- **Par les médecins généralistes.** Le développement des TROD en cabinet de médecine générale fait partie du plan national de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010/2014 (10). En pratique, leur utilisation semble plus compliquée :
  - En 2012, l'étude DEPIVIH (34) a évalué la faisabilité et l'acceptabilité des TROD en médecine de ville auprès d'une centaine de médecins généralistes. 382 tests rapides Vikia® (lecture différée de 30 minutes) ont été réalisés et n'ont donné lieu à aucun résultat positif. 8% des résultats se sont avérés indéterminés. Parmi les patients testés, près de 22% n'avaient jamais eu recours au dépistage et pour les autres, le dernier test remontait en moyenne à près de 3 ans. Dans les 2/3 des cas, le test a été réalisé à la demande du patient après avoir pris connaissance de l'affiche informative en salle d'attente. 42% des médecins font état de difficultés dans la réalisation du test, quasiment toutes liées au recueil de la goutte de sang. Un autre obstacle rencontré par les soignants est le caractère chronophage de la procédure. Néanmoins, 6 médecins sur 10 se déclarent prêts à utiliser le principe du TROD dans leur pratique quotidienne. Les raisons principales données par les praticiens défavorables à cette idée sont la difficulté d'utilisation, le manque de temps, la peur de devoir rendre un résultat positif et la demande des patients jugée insuffisante. Les résultats démontrent une adhésion forte au principe du dépistage rapide puisque plus de 9 patients sur 10 jugent préférable la remise immédiate du résultat et recommanderaient le TROD à un ami. DEPIVIH montre qu'une procédure de dépistage du VIH par TROD en cabinet de médecine générale rencontre une très forte acceptabilité et un haut degré de satisfaction de la part des patients tout en préconisant la formation des médecins à cet outil et l'amélioration de la présentation technique du produit. Une étude DEPIVIH2 a débuté en 2013 avec l'utilisation du test INSTI® à lecture immédiate qui devrait améliorer la faisabilité du test en médecine libérale.
  - Les résultats de la thèse de Claire Poirier (35) évaluant la faisabilité et l'acceptabilité des TROD en cabinet de ville vont dans le même

sens que l'étude DEPIVIH. Même si ceux-ci sont bien acceptés par les praticiens, il existe de nombreux freins à leur utilisation : peu d'occasions et peu de demandes pour une pathologie rare, manipulation du test complexe, difficultés à proposer le test, crainte d'avoir à annoncer une séropositivité sans préparation préalable, rallongement majeur de la durée de consultation.

- **Les autotests :**

Les autotests sont des tests à résultats rapides réalisés par l'intéressé lui-même.

Aux Etats-Unis, la commercialisation du test OraQuick® (test salivaire) a été autorisée en juillet 2012 avec un prix unitaire de 40 \$USD. Ce test a une spécificité de 99,8% et une sensibilité de 92,9%.

Tout test positif doit bien évidemment être confirmé par un test combiné classique.

En France, le Conseil National du Sida (CNS) a émis un avis favorable (36) en mars 2013 concernant la mise en vente des autotests. Ceux-ci compléteront l'offre de dépistage et permettront peut-être d'augmenter le nombre de personnes traitées à un stade précoce.

A l'approche de leur commercialisation, et à la demande de la Direction générale de la santé, la HAS a publié (37) un document d'information en avril 2015 à l'attention des professionnels de santé et des associations en contact avec les potentiels utilisateurs :

- L'autotest est un dispositif de dépistage additionnel et complémentaire qui ne doit pas remplacer l'offre de dépistage existante ;
- Seuls les autotests ayant obtenu le marquage CE seront vendus en pharmacie (sans ordonnance) et pourront être réalisés et interprétés par l'utilisateur à son domicile ;
- Ces tests ne sont pas fiables à 100% et tout résultat positif devra être confirmé par un test en laboratoire. A noter qu'ils sont peu sensibles en cas d'infection récente (inférieure à 3 mois) ;
- Le dépistage doit être accompagné et implique que l'utilisateur puisse être conseillé à tout moment en cas de doutes et d'interrogations ;
- Pour s'informer, plusieurs options s'offrent à l'utilisateur : s'adresser à son pharmacien ou à une association de lutte contre le Sida ou encore, à tout moment, appeler le numéro vert de Sida Info Service.

Un autotest français (société AAZ) sera disponible à partir du 15 septembre 2015 dans les pharmacies et sur leur site Internet. Le prix public indicatif sera de 25 à 28 euros.

### **1.2.6 Conclusion**

L'activité de dépistage vis-à-vis du VIH est importante en France et est essentiellement basée sur le volontariat car 2/3 des tests sont faits à la demande des consultants. Malheureusement, le taux de dépistage n'est pas suffisant pour contrôler l'épidémie cachée. Si la généralisation du dépistage semble difficile à mettre en place du point de vue des médecins, les consultants seraient eux favorables à une proposition large de dépistage. Aussi, il semble indispensable que les médecins restent vigilants aux situations devant faire proposer un test de dépistage (orientation sexuelle, origine géographique, multipartenariat, changement de situation affective, symptômes évocateurs, autres IST..). L'essor des méthodes de dépistages autres que le test de dépistage sanguin classique permettra probablement de renforcer l'offre de dépistage des professionnels de santé auprès de la population générale.

## 1.3 LES JEUNES : UNE POPULATION PARTICULIERE

### 1.3.1 L'entrée dans la sexualité

D'après le dernier Baromètre Santé (4), en 2010, l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17,1 ans pour les garçons et 17,7 ans pour les filles. Cet âge médian n'a pas évolué depuis les années 70 et reste stable mais la sexualité a changé depuis. Pour les femmes de 60 à 69 ans, 70% des premiers partenaires étaient ou sont devenus des conjoints. Ce n'est le cas que de 33% des premières partenaires des hommes du même âge.

Aujourd'hui les expériences des hommes et des femmes se sont rapprochées. Parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans, elles ne sont plus que 20% à avoir eu leur premier rapport avec quelqu'un qui est devenu leur conjoint. Ce taux est de 6% chez les hommes du même âge.

Selon l'enquête Contexte Sexualité en France (CSF) (5) réalisée en 2006, le nombre moyen de partenaires des femmes et des hommes au cours des douze derniers mois s'élève respectivement à 1,0 et 1,3. Les femmes sont moins nombreuses que les hommes (7,1% versus 12,1%) à avoir eu au moins 2 partenaires au cours de la période. Ces proportions sont plus élevées aux âges jeunes qui correspondent aux périodes de recherche de partenaires : elles atteignent leur maximum à 18-19 ans pour les femmes (22,3%) et à 20-24 ans pour les hommes (31,7%).

4,0% des femmes et 4,1% des hommes de 18 à 69 ans déclarent avoir déjà eu des pratiques sexuelles avec un partenaire du même sexe. Parmi ces personnes, 13,4% des femmes et 12,4% des hommes ne rapportent de telles expériences qu'avant l'âge de 18 ans.

Les nouveaux moyens de communication font désormais partie du scénario des rencontres affectives et sexuelles. Une étude (38) récente montre l'essor de ce mode de rencontre. 40% des personnes interrogées en 2015 déclarent s'être déjà inscrites à un site de rencontre contre seulement 10% en 2006 (5). Dans la mesure où il s'agit d'une nouvelle technologie, il n'est pas étonnant de constater que ce sont les jeunes qui se connectent le plus : 43% des jeunes de 18 à 24 ans se sont déjà connectés et 30% ont déjà utilisé une application de rencontre sur son téléphone. La proportion de femmes qui se connectent est égale à celle des hommes. Cette connexion à des sites de rencontre se prolonge parfois en des rencontres sexuelles : 26% de la population interrogée déclare avoir eu au moins un partenaire sexuel rencontré sur Internet (e-partenaire) contre 3,5% en 2006. En 2013, 80% des appels des jeunes passés à Sida Info Service concernaient des rapports à risque avec un e-partenaire occasionnel (39).

### 1.3.2 Sentiment d'information, nouveaux moyens de prévention, limites de l'éducation à la sexualité

Dans l'enquête Baromètre Santé de 2010 (4), 88% des jeunes de 15 à 30 ans se sentent plutôt bien voire très bien informés sur le VIH-Sida. Ce chiffre est stable depuis 2000. Concernant les IST autre que le Sida, le sentiment d'information est beaucoup plus faible (64%). Les jeunes se distinguent du reste de la population par le fait qu'ils expriment moins de craintes sur de nombreux thèmes (accident de la route, tabac, alcool, cancer...). Concernant le VIH-Sida la crainte est à la baisse : 37,9% des jeunes interrogés en 2000 craignent le VIH-Sida pour eux-mêmes contre seulement 33,1% en 2005.

D'autres enquêtes menées par La Mutuelle Des Etudiants (LMDE) montrent des résultats concordants :

- 3<sup>ème</sup> Enquête nationale sur la santé des étudiants 2011 (6) : 82% des étudiants s'estiment bien informés sur le VIH-Sida, tandis qu'ils ne sont que 57% concernant les IST. 41% reconnaissent manquer d'informations sur les IST. Le Sida fait peur à 81% des étudiants, mais ils sont tout de même 20% à penser avoir moins de risques que les autres d'être contaminés.
- Enquête sur les connaissances et comportements des jeunes étudiants face au VIH-Sida (Journée mondiale de lutte contre le VIH-Sida 2012) (7) : 88,5% des jeunes interrogés se disent bien informés sur le VIH-Sida et les IST, dont 26% très bien informés. Les hommes sont plus nombreux à se déclarer très bien informés. Le sentiment d'être très bien informé semble progresser avec l'âge, les jeunes âgés de 24 ans et plus étant plus nombreux à le déclarer. En plus d'évaluer le sentiment d'information des jeunes, cette étude a permis d'établir un score de connaissances à partir de 5 questions sur le VIH. Les jeunes se déclarant très mal informés sont également les moins nombreux à obtenir le score maximal de 5 bonnes réponses au test de connaissance, les plus nombreux à n'obtenir qu'une seule bonne réponse, et les seuls à n'obtenir aucune bonne réponse.

Aujourd'hui, les jeunes sont quasi-tous des internautes (40) : 96,2% des jeunes de 15 à 29 ans disposent d'un accès Internet à leur domicile. Le taux de fréquentation au cours des 3 derniers mois dans cette population est de 97,7% dont 88,3% de fréquentation quotidienne. 75% ont utilisé l'Internet mobile (smartphone, tablette...) dans les 3 derniers mois.

45% des 15-30 ans de l'enquête Baromètre Santé 2010 (4) déclarent avoir utilisé Internet au cours des douze mois précédant l'étude pour chercher des informations ou des conseils sur la santé.

Ces données justifient l'investissement croissant réalisé depuis quelques années par les acteurs de la prévention dans les outils et médias utilisant Internet : création de sites dont le contenu est dédié à la cible «jeunes » ([www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com)) par

exemple) contenant les numéros et sites Internet utiles, développement de pages Facebook®, ou encore d'applications mobiles.

Concernant l'éducation sexuelle en milieu scolaire, la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (41) confère à l'éducation nationale l'obligation de faire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées par groupe d'âge homogène ». Plus récemment, la circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011 (42) précise que la généralisation de l'éducation à la sexualité fait partie des sept objectifs prioritaires du programme d'action mis en place dans le cadre de la politique éducative de santé. Elle rappelle que les trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être résolument mises en œuvre et note la nécessité de faciliter l'accès à la contraception et de maintenir un bon niveau d'information sur le VIH-Sida et les principales IST.

De plus, le Plan National de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010-2014 (10) identifie les jeunes comme l'un des publics prioritaires en matière de prévention, d'information et d'éducation à la santé. Il souligne que l'information préventive doit être délivrée aux jeunes (scolarisés ou non) dès leur entrée dans la sexualité car il s'agit de favoriser l'adoption de comportements de prévention au moment où se fait l'apprentissage des relations affectives et sexuelles.

Parmi les différentes actions à mettre en place dans le cadre de la prévention, certaines visent plus directement les jeunes.

Le Plan recommande ainsi de :

- poursuivre la sensibilisation des jeunes à la prévention et améliorer leurs connaissances sur le VIH et les IST,
- promouvoir et rendre plus accessible le préservatif masculin auprès de la population générale et plus particulièrement auprès des jeunes,
- former les professionnels menant des interventions collectives en éducation à la sexualité et de prévention du VIH-Sida et des IST auprès des jeunes.

Malgré les différents textes législatifs en vigueur tentant de généraliser l'information et l'éducation sexuelle, les résultats sont insuffisants :

- En 2005, le CNS (43) met en évidence l'existence de situations hétérogènes en fonction des politiques régionales, du bon vouloir des chefs d'établissements et de l'implication, souvent basée sur le volontariat, des différents membres des équipes pédagogiques.
- Dans son rapport (44) réalisé en 2009, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) souligne également que « les obligations légales concernant l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires ne sont que partiellement et inégalement appliquées ». L'IGAS relève notamment que « l'organisation des séances d'éducation à la sexualité se heurte à d'importantes difficultés matérielles » telles que l'intégration dans le programme ou la mise à disposition de salles et de créneaux horaires et que « faute d'impulsion suffisante pour les résoudre ces difficultés freinent la mise en œuvre des dispositions légales là où il n'existe pas une forte dynamique

locale ». Elle conclut à la nécessité impérative de renforcer l'approche préventive et précise que « l'absence de bilan des actions engagées depuis 2001 rend impossible de mesurer l'ampleur des efforts à accomplir pour satisfaire aux dispositions de la loi ».

Face à ces différents constats, le dernier rapport des experts français sur la prise en charge de l'infection par le VIH (2) relève que l'éducation à la sexualité doit être renforcée et développée auprès des jeunes scolarisés ou non sur l'ensemble du territoire conformément aux textes en vigueur car l'information est un des piliers de la prévention de l'infection par le VIH-Sida. Les vecteurs d'information doivent être plus nombreux et adaptés à la demande des jeunes.

### **1.3.3 Place du médecin généraliste auprès des jeunes**

Le médecin généraliste est actuellement au centre du parcours de soin. Depuis le 17 août 2004, date à laquelle est parue la loi relative à l'assurance maladie au journal officiel, chaque patient de plus de 16 ans se doit de déclarer un médecin traitant auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Selon l'enquête Baromètre santé 2010 (4) :

- 96,2% des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé (47,4% en excellente ou très bonne santé, 48,8% en bonne santé), seuls 3,8% ont le sentiment d'une santé plutôt médiocre ou mauvaise.
- Au cours des douze mois précédant l'étude, 79,2% des 15-30 ans déclarent avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste.

Une enquête menée en 1998 a étudié la relation médecin-adolescents/adultes jeunes (45). Cette relation avec le médecin traitant peut être biaisée par le fait que le médecin occupe le statut de médecin de famille. Les adolescents ont majoritairement un médecin attitré qui dans 85% des cas est le même que celui de leurs parents. Les motifs de consultation sont essentiellement liés à une pathologie intercurrente ou lors de la visite annuelle liée le plus souvent à la rédaction d'un certificat de non contre-indication aux sports. Seulement 17% des consultations mentionnées dans cette étude ont eu lieu à l'insu des parents. Ces consultations ont essentiellement pour motif : des problèmes gynécologiques, une demande de contraception, une demande de test VIH, des problèmes de toxicomanie ou des troubles psychologiques. Cette enquête a par ailleurs mis en évidence que 70% des adolescents interrogés souhaiteraient que leur médecin les informe spontanément sur des thèmes tels que la contraception, les IST, le tabac, l'alcool et les drogues.

La thèse de Mailys Chambon Pamelle (46) soutenue en 2009 a pour objectif d'évaluer le rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du VIH-Sida auprès des jeunes de 18 à 25 ans. Cette étude montre un défaut d'implication des médecins généralistes ressenti par les jeunes car pour 82,5% des jeunes interrogés, le médecin traitant n'est pas à l'heure actuelle un vecteur d'information sur l'infection par le VIH-Sida. L'étude montre également que 50% des jeunes interrogés souhaitent que leur médecin généraliste devienne une de leurs sources

d'information sur le VIH. 73% des jeunes se disent satisfaits que le médecin donne lors d'une consultation des conseils pour éviter une contamination par le VIH. Seulement 12,5% se disent gênés et un seul jeune s'est dit choqué que ce thème soit abordé en consultation.

En conclusion, le médecin généraliste est vu comme un des interlocuteurs privilégiés pour aborder l'infection par le VIH-Sida et les autres IST auprès des jeunes patients. Il devrait se rassurer vis-à-vis de la bonne acceptabilité de ce thème au cours d'une consultation.

### **1.3.4 Utilisation du préservatif chez les jeunes**

Les jeunes utilisent largement le préservatif (5) à l'entrée dans la sexualité. Ainsi, 89% des femmes et 88% des hommes âgés de 18 et 24 ans l'ont utilisé au premier rapport sexuel, alors que ce n'était le cas que de 9,9% des femmes et 8,3% des hommes âgés de 60 à 69 ans pour leur premier rapport sexuel.

L'enquête réalisée par la LMDE (7) au 1<sup>er</sup> décembre 2012 confirme ces résultats :

- 87,4% des jeunes ont utilisé un préservatif masculin lors de leur premier rapport sexuel.
- Mais ils ne sont plus que 57,3% à en avoir utilisé un lors de leur dernier rapport.
- Les principales raisons avancées pour justifier le non-recours au préservatif sont la confiance dans le partenaire pour près de 23% des étudiants, la qualité du rapport sexuel (pour 19% des hommes et 10% des femmes) ou encore le fait d'avoir fait un dépistage (pour 11% des hommes et 23% des femmes).

L'enquête (6) sur la santé des jeunes réalisée en 2011 montre que seulement 78% des étudiants interrogés déclarent utiliser systématiquement un préservatif avec un nouveau partenaire.

L'étude Ifop (8) réalisée en 2015 pour le Sidaction a pour but d'évaluer la prévention contre le VIH-Sida chez les jeunes. Ces résultats sont plus inquiétants. 58% des jeunes sondés déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Seulement 47% de ceux ayant un partenaire sexuel non régulier déclarent en avoir utilisé un lors de leur dernier rapport sexuel.

L'enquête KABP 2010 (3) confirme un certain relâchement des jeunes vis-à-vis de l'utilisation du préservatif comparativement aux années 90. En 2010, 23% des jeunes femmes et 34% des jeunes hommes ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, contre respectivement 31% et 40% en 1994. Un autre constat tiré de cette étude est que les jeunes sont de plus en plus nombreux à remettre en cause l'efficacité du préservatif :

- 59% des 18-30 ans considèrent le préservatif comme « tout à fait efficace », contre 73% en 1992.
- 25% croient possible la transmission du VIH lors de rapports sexuels protégés en 2010, contre 14 % en 1994.

### **1.3.5 Un dépistage insuffisant**

En France (3), le recours au dépistage au moins une fois dans la vie a augmenté chez les jeunes de 18 à 30 ans par rapport à 2004. En 2010, 64,5% des jeunes femmes répondant à l'enquête déclarent s'être fait dépister au moins une fois contre 52,2% en 2004, les résultats sont similaires chez les jeunes hommes. Les 18-30 ans sont plus nombreux que leurs aînés à avoir réalisé un test dans les douze derniers mois : un quart des hommes et des femmes. Depuis 2001, les jeunes sont également les plus nombreux (89,6% en 2010) à estimer que demander un test de dépistage à ses partenaires ou faire soi-même régulièrement un test constitue une stratégie efficace de protection.

L'enquête (7) réalisée en 2012 par la LMDE auprès de jeunes étudiants montre des résultats plus inquiétants. 63,6% des étudiants interrogés n'ont jamais réalisé de test de dépistage du VIH-Sida. 24,2% l'ont fait une fois, et 12,2% plusieurs fois. Le taux de dépistage est plus important chez les femmes et augmente avec l'âge.

Dans cette enquête, les jeunes se déclarant très bien informés sur le VIH-Sida et les IST sont plus nombreux à avoir réalisé un test de dépistage au moins une fois dans leur vie (44%), tandis que les jeunes se déclarant très mal informés sont les moins nombreux à avoir déjà réalisé un test de dépistage (23,5%). Il semblerait que plus les jeunes sont bien informés sur le VIH-Sida et les IST, plus ils ont recours au test de dépistage du VIH-Sida.

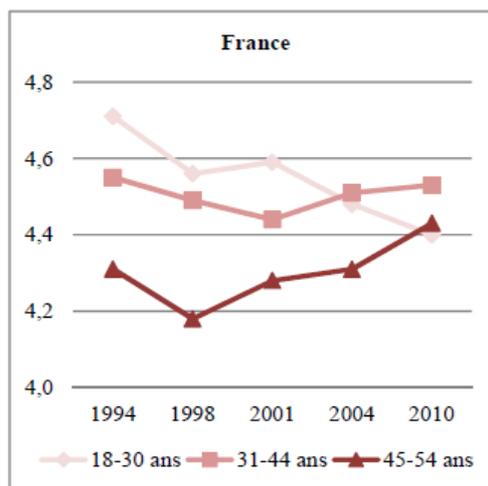
Dans l'étude Ifop (8), seulement 55% des jeunes ont fait un test de dépistage avant d'avoir un rapport sexuel non protégé avec leur partenaire.

### **1.3.6 Connaissances des jeunes concernant le VIH**

- **Les modes de transmission**

En 2010 (3), on constate une stabilité du niveau de connaissance des modes de transmission dans la population générale. 21,4% des personnes sondées pensent toujours à tort que la transmission peut se faire par une piqûre de moustique, 13,1% par le partage de toilettes publiques et 6,4% en buvant dans le verre d'une personne contaminée. Depuis le début des études KABP, les jeunes âgés de 18 à 30 ans sont pour la première fois ceux ayant les moins bonnes connaissances concernant les moyens de transmission. Le score construit à partir des connaissances des moyens de transmission est à la baisse depuis 1994 chez les jeunes suggérant une érosion progressive des connaissances dans ce groupe.

**Figure 3 : Evolution du score moyen de connaissances certaines selon la classe d'âge en France – 1994 à 2010 selon KABP (3)**



- **Connaissance du traitement post-exposition (TPE)**

Le risque de transmission sexuelle du VIH varie selon les pratiques. Les rapports sexuels peuvent être classés par niveau de risque décroissant : anal réceptif avec éjaculation, vaginal réceptif avec éjaculation, anal insertif, vaginal insertif, fellation réceptive, pratique de fellation. Le risque de contamination par le VIH est estimé 40 fois plus élevé pour un rapport anal réceptif que pour une fellation réceptive en présence de sperme. Le TPE est indiqué pour réduire le risque d'infection par le VIH après un risque élevé. Il s'agit notamment d'une pénétration non protégée avec une personne séropositive pour le VIH ou d'une pénétration non protégée avec une personne de statut VIH inconnu, mais à haut risque (personne source ayant des partenaires sexuels multiples, originaire de pays de forte prévalence du VIH, UDI, facteurs physiques augmentant le risque de transmission : ulcérations génitales ou anales, IST associée, saignement). La première prise d'antirétroviraux doit avoir lieu au plus vite, au mieux dans les 4 h et au plus tard dans les 48 h suivant la prise de risque. Le traitement est poursuivi quatre semaines.

Ce traitement est plus connu des répondants franciliens en 2010 (3) qu'en 2004 même s'il reste peu connu. Ainsi, en 2010, 21,8% d'entre eux déclarent en avoir entendu parler et 4,3% « peut-être » contre respectivement 16,1% et 6,3% en 2004. C'est la seule question de connaissance de l'étude KABP 2010 où l'on observe une hausse significative chez les 18-30 ans, classe d'âge qui, par ailleurs, a une meilleure connaissance que les autres : 28,9% des 18-30 ans déclarent en effet avoir entendu parler du traitement d'urgence contre 19,4% des 31-44 ans et 16,5% des 45-54 ans.

Par contre, une étude (47) de 2012 montre que suite à un rapport sexuel à risque vis-à-vis du VIH, les adolescents n'adopteraient pas suffisamment la bonne attitude. Seulement 57,8% se rendraient sans attendre aux urgences. Pour les autres, leur prise en charge ne serait pas optimale en cas de risque avéré de contamination par le VIH, car 30,1% consulteraient leur médecin traitant sans urgence et 24,8% attendraient 6 semaines avant de faire un test de dépistage.

### 1.3.7 Conclusion

Il semblerait que le VIH-Sida suscite moins de crainte qu'auparavant chez les jeunes. C'est une maladie moins visible. Par ailleurs, le discours médiatique tout d'abord essentiellement préventif s'est fortement médicalisé avec l'introduction des traitements contre le VIH-Sida, renforçant l'idée que c'est aujourd'hui une maladie chronique (3). Les jeunes en particulier le perçoivent davantage comme une maladie des générations plus anciennes. Ils montrent une certaine indifférence vis-à-vis de la problématique du VIH-Sida et leurs connaissances concernant l'infection sont à la baisse. S'ils conservent de bons réflexes de protection en début de vie sexuelle, leur utilisation du préservatif est loin d'être systématique et leur prise de risque n'est pas nulle. La prévention doit être renforcée et devrait passer par les informations délivrées par le médecin généraliste celui-ci semblant être un des interlocuteurs privilégiés des jeunes. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire reste insuffisante malgré la présence de textes législatifs la rendant obligatoire. L'apport d'information doit être permanent et adapté à cette population (utilisation d'Internet ?). De plus, même si les jeunes considèrent avoir un bon niveau d'information concernant l'infection par le VIH-Sida, leur activité de dépistage semble insuffisante.

# ETUDE

## 2.1 OBJECTIFS DE LA THESE

Les jeunes semblent être de moins en moins concernés par l'infection par le VIH-Sida avec un niveau de connaissance à la baisse et une activité de dépistage trop faible. Une étude (7) a montré que les étudiants ayant le sentiment d'être bien informés sont aussi ceux qui se dépistent le plus. Parallèlement, elle montre que les mieux informés sont ceux qui ont de meilleurs scores au test de connaissances.

L'objet de ce travail de thèse est d'envisager un lien entre le niveau de connaissance des jeunes et leur activité de dépistage du VIH, afin de se renseigner sur les perspectives d'amélioration de notre activité de prévention.

Nous avons donc souhaité évaluer le niveau de connaissance et le souhait d'information de cette population afin d'identifier les différents thèmes posant problème. Nous avons également souhaité évaluer l'association entre le niveau de connaissance et l'activité de dépistage : est-il possible qu'une meilleure connaissance soit liée à une plus grande sensibilisation des jeunes au dépistage ?

## 2.2 METHODES

### 2.2.1 La population

La population cible est l'adulte de 18 à 25 ans scolarisé dans différents cursus scolaires. La population choisie se compose d'individus majeurs afin notamment de surseoir au problème de l'autorisation parentale pour la participation à une étude.

Nous avons choisi d'inclure des étudiants car nous avons besoin d'un échantillon de grande taille plus facile à obtenir en milieu scolaire (cf. 2.2.4 Analyse statistique).

Nous avons choisi les Hauts-de-Seine pour son hétérogénéité en termes de filières scolaires : territoire regroupant à la fois des écoles d'ingénieurs, une faculté, des lycées généraux, polyvalents et professionnels.

Ne disposant pas d'un registre précis de la population cible, l'échantillonnage est dit non probabiliste car aucune base de données ne peut nous fournir une liste exhaustive de tous les individus appartenant à la population choisie et garantir une randomisation fiable.

### 2.2.2 Rédaction du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) est en parti inspiré de l'étude KAPB (3). Les questions concernant les connaissances des jeunes se sont ensuite ajoutées après avoir fait une analyse approfondie des différents questionnaires proposés dans d'autres types d'études (7, questionnaire Sidaction et AIDS Champagne-Ardenne).

Une première correction a été réalisée par le Dr Vincent JULLIEN. Une seconde correction a été faite par l'équipe médicale du service de médecine interne et de maladies infectieuses de l'Hôpital André Mignot (Versailles) dirigé par le Dr Alix GREDER-BELAN. Le questionnaire a été distribué de façon informatique à un panel de 50 étudiants de 18 à 25 ans pour tester sa compréhension.

Le questionnaire est strictement anonyme. Un préambule de quelques lignes explique aux personnes interrogées l'utilité de la participation à cette étude et garantit l'anonymat des réponses. Il est constitué de 33 questions (4 questions ouvertes et 29 questions fermées). Un espace a été laissé pour d'éventuels commentaires.

Le questionnaire peut se diviser en 5 parties :

- Une partie précisant le profil du répondant :
  - Age,
  - sexe,
  - type de formation scolaire,
  - statut marital,
  - orientation sexuelle,
  - activité sexuelle,
  - connaissance d'une personne séropositive pour le VIH.
- Une partie concernant les connaissances des jeunes sur l'infection par le VIH-Sida. Cette partie nous a permis de construire un score de connaissance de 0 à 11. Lorsque le jeune répondait juste à la question, il obtenait 1 point, 0 en cas de réponse fausse ou d'absence de réponse. Pour les réponses à choix multiples, l'étudiant obtenait 1 point si toutes les bonnes réponses étaient cochées, 0 dans le cas contraire. Les thèmes des questions portaient sur :
  - Le micro-organisme responsable du VIH,
  - la signification de l'acronyme VIH,
  - la signification de l'acronyme Sida,
  - les modes de transmissions possibles,
  - l'épidémie cachée,
  - l'incidence de l'infection par le VIH chez les jeunes,
  - leur connaissance du TPE,
  - le délai optimal pour prendre le TPE,
  - les modes de contamination les plus fréquents (rapport hétérosexuel, rapport homosexuel, utilisation de drogue injectable),
  - le but de la trithérapie (limiter la transmission de l'infection, limiter la progression de la maladie, permettre la guérison),
  - la différence entre infection par le VIH et Sida.
- Une partie concernant leur vision du préservatif et des autres modes de prévention.
- Une partie concernant l'accès des jeunes à l'information et leur relation avec leur médecin généraliste concernant le thème des IST/VIH-Sida.
- Une partie concernant le dépistage.

Sur le plan pratique, le questionnaire a été généré à partir du logiciel Google Drive®.

### 2.2.3 Diffusion du questionnaire

#### **Auprès des étudiants en bac professionnel et Brevet de Technicien Supérieur (BTS) :**

16 lycées professionnels, polyvalents ou généraux des Hauts-de-Seine proposant ces diplômes ont été sollicités par courriers électroniques. 3 ont répondu à notre demande.

- Le lycée professionnel Louis Dardenne à Vanves proposant 3 bacs professionnels (gestion-administration, accueil, accompagnement-soin et service à la personne) et 1 CAP petite enfance. Une information préalable a été mise dans les carnets de correspondance pour prévenir les élèves et leurs parents de ma venue. Le recueil de données s'est fait sur 3 matinées. Mon intervention s'est effectuée auprès des classes de premières et terminales de chaque section sur une heure de cours accompagnée de Mme BOUCHET, infirmière scolaire. Le questionnaire a été distribué à toute la classe, y compris aux élèves mineurs. Seules les données concernant les élèves majeurs ont été analysées.
- Le lycée professionnel Léonard de Vinci à Bagneux proposant 4 bacs professionnels, 1 CAP et 1 Mention complémentaire dans le domaine de l'électrotechnique et de l'électromécanique. Le recueil de données s'est fait sur 2 demi-journées. L'intervention a été réalisée auprès des élèves majeurs uniquement, sur une séance dédiée organisée par Mme BOTHOREL, infirmière scolaire.
- Le lycée polyvalent Léonard de Vinci à Levallois Perret proposant 3 BTS (assistant de gestion, microtechnique, optique/opticien-lunetier). Le recueil de données s'est réalisé sur 2 demi-journées. L'intervention a été faite auprès de toutes les classes sur une heure de cours accompagnée de Mme GAQUIERE, infirmière scolaire.

Dans ces 3 établissements, le questionnaire a été distribué sous format papier.

Dans un but préventif, nous avons donné les réponses au questionnaire, répondu aux questions des élèves, distribué des brochures sur les IST, des cartes de Sida Info Service avec leur numéro vert et des préservatifs masculins à la fin de chaque intervention.

Les brochures sur les IST et les préservatifs ont été obtenues auprès du Centre Régionale d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) d'Ile-de-France. Les cartes de Sida Info Service ont été obtenues auprès du service relation presse de l'association.

#### **Auprès des étudiants suivant une formation en école d'ingénieur:**

Les associations étudiantes de L'Ecole Centrale Paris (Châtenay-Malabry) et de l'Ecole Polytechnique Féminine (Sceaux) ont été sollicitées par courrier électronique. Seul le bureau des étudiants de l'Ecole Centrale Paris a répondu à notre demande. Nous avons convenu avec Aurèle GALLE (responsable de la communication externe de l'association) de diffuser le questionnaire sur la page d'accueil de l'association sur le réseau social Facebook®.

## **Auprès des étudiants à la faculté :**

Une partie des questionnaires a été distribuée au format papier sur une journée à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense. Les lieux de distribution étaient : la cafétéria, les halls des différentes Unités de Formation et de Recherche (U.F.R), le hall de la bibliothèque, la maison des étudiants. Des brochures et moyens de prévention étaient proposés aux étudiants répondants au questionnaire. Les autres questionnaires ont été diffusés sur différents groupes d'étudiants sur le réseau social Facebook® :

- Philosophie (L1),
- sciences sociales (L1),
- psychologie (L1 à L3),
- droit (L1 à L3), droit international (M1)
- arts du spectacle (L1 à L3),
- science politique (M1),
- administration économique et sociale (L3).

### **2.2.4 Analyse statistique**

L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence une relation entre le niveau de connaissance sur l'infection par le VIH-Sida et l'activité de dépistage des jeunes de 18 à 25 ans scolarisés.

Après discussion avec le Dr. Boris HEJBLUM (Docteur en biostatistique, diplômé de l'Université de Bordeaux), nous avons décidé d'utiliser une régression logistique multivariée où l'on a expliqué la variable binaire dépistage (1 si l'étudiant s'est fait dépisté au moins 1 fois dans sa vie, 0 sinon) avec la variable « *niveau d'information* » (qui correspond au score de connaissance obtenu par l'individu). Les analyses ont été effectuées par le Dr. Boris HEJBLUM à l'aide du logiciel libre R.

L'enquête LMDE au 1<sup>er</sup> décembre 2012 (7) nous permet de formuler des hypothèses sur un certain nombre de quantités d'intérêts dans la population des étudiants français. Chez les étudiants ayant le sentiment d'être très bien informés, le taux de dépistage est estimé à 44% contre 24% chez les étudiants ayant le sentiment d'être mal informés. Dans cette étude, un score de connaissance a été construit à partir de 4 questions sur le VIH-Sida : une sur les modes de transmission, une sur le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010 en France, une sur le nombre de personnes séropositives dans le monde et une sur les modes de protection possibles. Les étudiants ayant le sentiment d'être très bien informés obtiennent un score moyen de 69% de bonnes réponses. Chez les étudiants ayant le sentiment d'être très mal informés, ce score est à 54% soit une différence de 15% entre les 2 groupes.

En conclusion dans cette étude, les personnes considérant être bien informées se font plus dépister que celles se considérant mal informées. Ce sont également celles qui ont un meilleur niveau d'information évalué par le score de connaissance.

A partir de cette étude, nous avons réalisé un calcul de nombre de sujets nécessaires de 438 jeunes (219 dans chaque groupe : dépisté et non dépisté) avec un risque alpha à 5%, une puissance de 90% et une différence de +/- 15% concernant le taux de bonnes réponses à notre test de connaissance.

Le logiciel Google Drive® permet d'enregistrer les réponses recueillies par les questionnaires remplis par Internet. Les réponses des questionnaires papiers ont été intégrées manuellement sur la même base de données. Une fois la période d'inclusion terminée, le tableau des résultats Google Drive® a été transformé en format tableur Excel®.

La première partie de l'analyse des données était purement descriptive avec un calcul de pourcentage. La deuxième partie de l'analyse prévoyait une analyse statistique à l'aide d'une régression logistique multivariée décrite précédemment.

## 2.3 RESULTATS

Pour obtenir le nombre de sujets nécessaires, il a fallu distribuer 756 questionnaires de novembre 2014 à avril 2015.

Certains questionnaires ont été exclus de l'analyse :

- 33 étudiants interrogés étaient mineurs, tous étudiants en bac professionnel,
- 20 étudiants n'avaient pas renseigné leur âge ou avaient plus de 25 ans,
- 20 étudiants ont eu des difficultés à répondre au questionnaire : moins de 5 réponses sur 10 aux questions de connaissances pour la plupart ou absence de renseignement du statut d'étudiant.

Au total, 683 questionnaires ont pu être analysés.

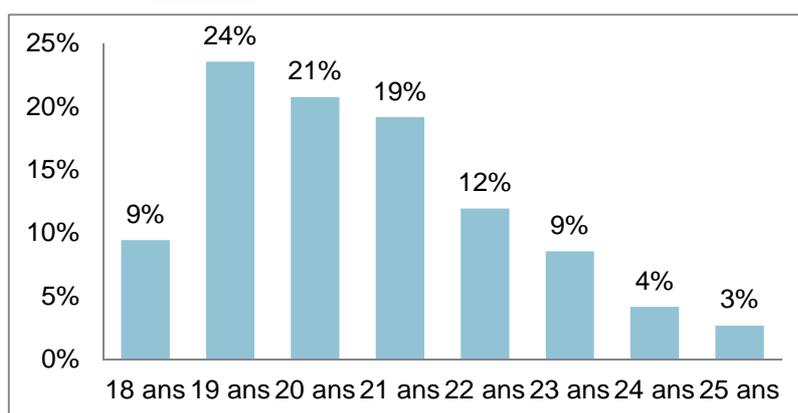
### 2.3.1 Profil de la population interrogée

- **Caractéristiques générales : cursus scolaire, sexe et âge**

CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION							
Réponses au questionnaire n	683						
Femme n (%)	429 (64%)						
Age moyen (ans)	20,4						
CURSUS SCOLAIRE	Total		Femmes		Hommes		Age moyen (ans)
	n	%	n	%	n	%	
Faculté	372	55%	280	75%	93	25%	21
Ecole d'ingénieur	65	10%	17	31%	38	69%	21,4
BTS	97	14%	55	57%	42	43%	20,6
Bac professionnel	145	21%	77	53%	68	47%	18,8

A noter que parmi les étudiants en école d'ingénieur, 10 n'ont pas renseigné leur sexe.

**Figure 1 Répartition de la population selon l'âge**



- **Statut marital, orientation sexuelle et activité sexuelle**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>STATUT MARITAL</b>		
Couple	300	44%
Célibataire	354	52%
Union libre (>2 partenaires)	28	4%
<b>ORIENTATION SEXUELLE</b>		
Hétérosexuel	618	91%
Homosexuel masculin	10	1,5%
Homosexuel féminin	10	1,5%
Bisexuel masculin	11	1,5%
Bisexuel féminin	22	3%
Non renseigné	12	1,5%
<b>ACTIVITE SEXUELLE</b>		
Oui	500	73%
Non	176	26%
Non renseigné	7	1%
<b>NOMBRES DE PARTENAIRES SUR LES 12 DERNIERS MOIS chez les jeunes sexuellement actifs</b>		
0	24	3%
1	246	36%
≥ 2	203	30%
N'a pas répondu	27	4%
<b>CONNAISSANCE D'UN PROCHE INFECTE PAR LE VIH</b>		
Oui	25	4%

### 2.3.2 Le dépistage dans notre population d'étude

Dans notre population, 219 étudiants (32%) ont déjà effectué au moins 1 dépistage pour l'infection par le VIH-Sida. L'âge moyen est de 21 ans. Il est de 20,1 ans dans la population non dépistée.

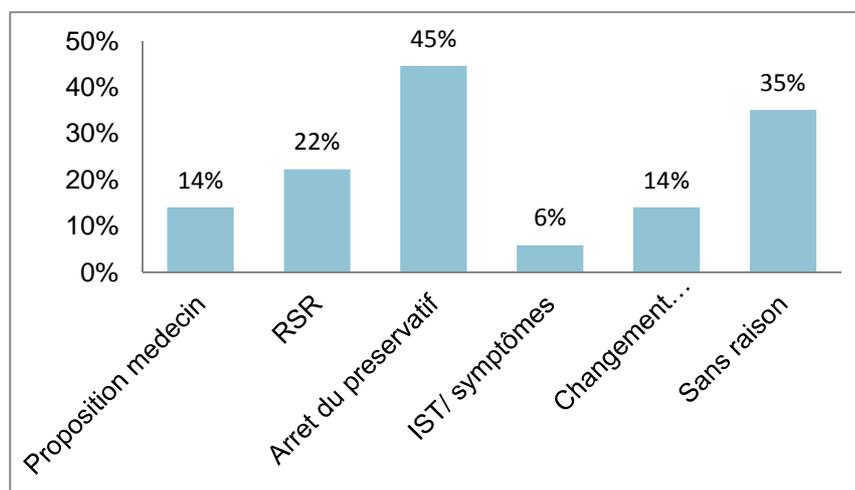
- **Caractéristiques des dépistés :**

FILIERES	n	%
Total	219	100%
Faculté	149	68%
Ecole d'ingénieur	26	12%
BTS	14	6%
Bac professionnel	30	14%
SEXE	n	%
Femmes	143	67%
Hommes	72	33%

- **Caractéristiques des dépistages :**

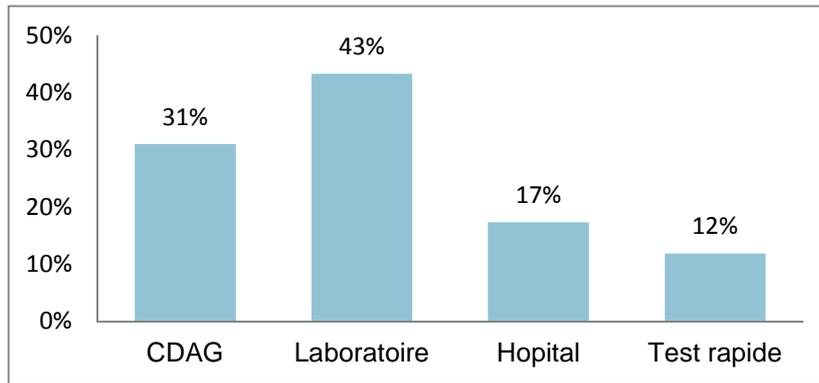
39% des dépistés ont fait plusieurs tests au cours de leur vie. 53% des tests ont été réalisés il y a moins d'un an. Les motifs de recours au dépistage sont présentés sous forme de figure.

**Figure 2 Motif de recours au dépistage**



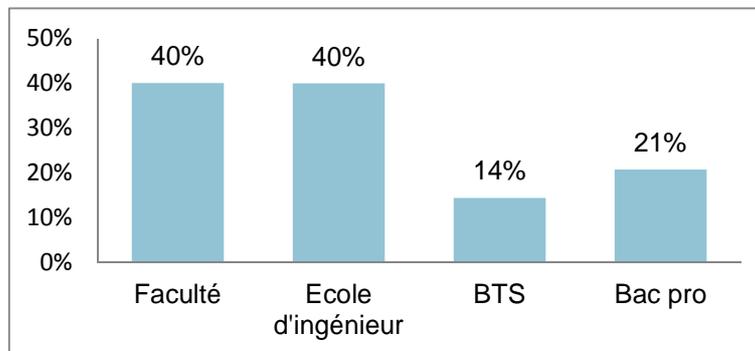
RSR : rapport sexuel jugé à risque

**Figure 3 Lieux de réalisation du test de dépistage VIH-Sida**

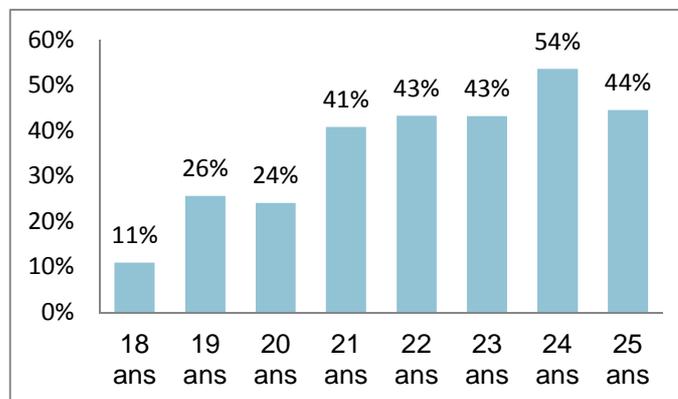


- **Activité de dépistage selon le niveau scolaire, le sexe et l'âge:**

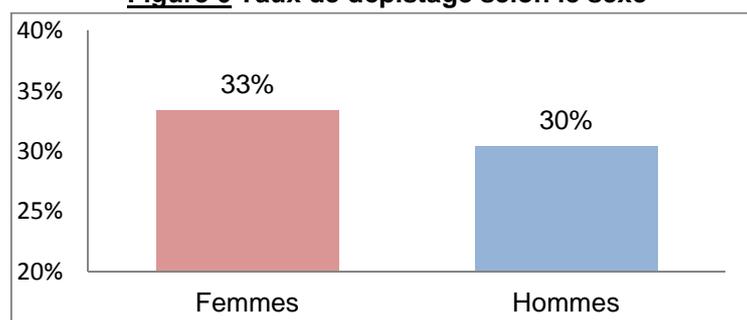
**Figure 4 Taux de dépistage selon le type de cursus scolaire**



**Figure 5 Taux de dépistage selon l'âge**



**Figure 6 Taux de dépistage selon le sexe**



### 2.3.3 Connaissances globales de l'infection par le VIH-Sida

- **Agent pathogène, connaissance de la signification de l'acronyme VIH-Sida, infection par le VIH et stade Sida**

	bonnes réponses n (%)	bonnes réponses chez les 18-21 ans (%)	bonnes réponses chez les 22-25 ans (%)
Agent pathogène VIH	610 (89%)	87%	97%
Acronyme VIH	541 (79%)	73%	96%
Acronyme SIDA	389 (57%)	48%	80%
VIH=Sida	451 (66%)	63%	74%

Concernant ces items, il n'y a pas de différence de connaissances entre les 2 sexes.

- **Modes de transmission du VIH**

678 (99%) et 643 (94%) étudiants savent respectivement qu'un rapport sexuel non protégé et l'usage de drogue avec une seringue souillée sont des moyens de transmettre le VIH-Sida.

Concernant les fausses croyances :

	n (%)	réponse chez les 18-21 ans (%)	réponses chez les 22-25 ans (%)
Piqûre de moustique	300 (44%)	45%	43%
Griffure par une personne séropositive	93 (14%)	15%	10%
Embrasser	75 (11%)	12%	8%
Partager des sanitaires	69 (10%)	11%	7%
Rapport sexuel protégé	48 (7%)	6%	11%
Boire dans le même verre	39 (6%)	7%	3%
Serrer la main	9 (1%)	1%	2%
Faire la bise	8 (1%)	1%	2%

- **Estimation de l'épidémie cachée**

243 jeunes (36%) ont une bonne estimation de l'épidémie cachée actuelle tandis que 45% et 18% d'entre eux la sous ou surestiment.

La différence entre les jeunes de 18 à 21 ans et ceux de 22 à 25 ans sur cet item est de 5%.

Par contre, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir une estimation juste (41% versus 32%) ou une surestimation (27% versus 14%).

- **Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH-Sida chez les jeunes**

197 (29%) des étudiants interrogés savent qu'un jeune de 16 à 24 ans est infecté par le VIH-Sida toutes les 12h en France.

Les jeunes de 22 à 25 ans ont une meilleure connaissance de l'incidence de l'infection par le VIH-Sida que les plus jeunes (42% versus 24%).

Les hommes ont plus de bonnes réponses à cette question que les femmes (40% versus 22%).

- **Connaissance du traitement post-exposition**

235 étudiants (34%) savent qu'il est possible de prendre un traitement en cas d'exposition potentielle au VIH-Sida pour réduire le risque de transmission. 216 d'entre eux (92%) savent qu'il faut prendre le traitement dans les 48h suivant l'exposition au risque.

Plus l'étudiant est âgé meilleure est sa réponse à la question : 42% pour les 22-25 ans versus 32% chez les 18-21 ans.

Le taux de bonne réponse est de 35% chez les femmes et de 30% chez les hommes.

- **Connaissance des objectifs de la trithérapie**

	n (%)	% de réponses chez les 18-21 ans	% de réponses chez les 22-25 ans
<b>Réponses exactes</b>			
Limitier la transmission	205 (30%)	34%	21%
Limitier la progression	623 (90%)	89%	97%
<b>Réponses inexactes</b>			
Guérir la maladie	39 (6%)	7%	3%

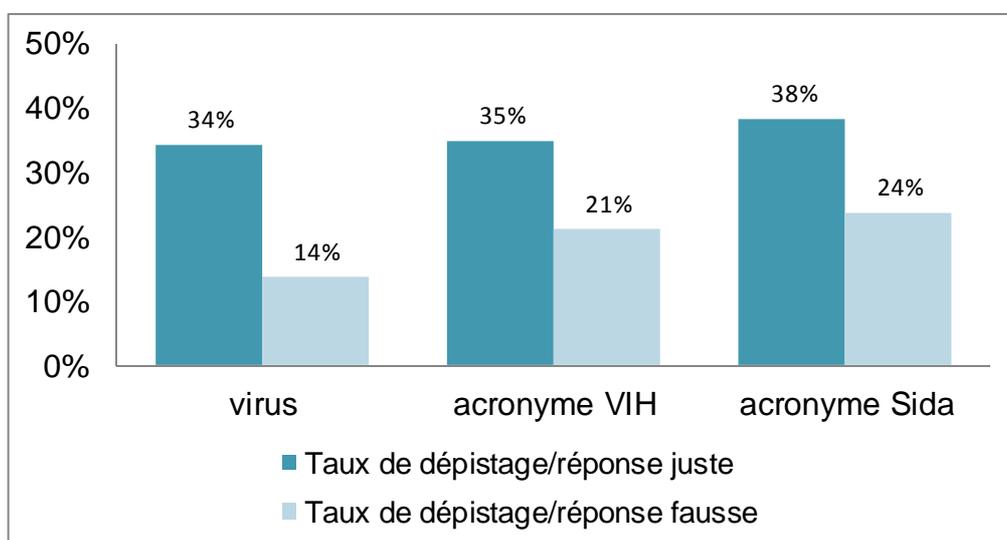
### 2.3.4 Connaissances et lien avec le dépistage : score de connaissance

Dans une première partie, pour chaque item nous comparons le taux de dépistage chez les personnes ayant répondu juste ou faux à la question dans l'ensemble de la population étudiée (n=683). NB : pour tous les items, il n'y a pas de différence majeure concernant les connaissances entre les étudiants ayant déjà eu des rapports sexuels et ceux n'en ayant jamais eu.

Dans une deuxième partie, nous comparons le taux de dépistage en fonction du score de connaissance chez les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels (n=507). NB : aucun étudiant n'a déclaré avoir fait un dépistage du VIH alors qu'il n'a pas débuté sa sexualité.

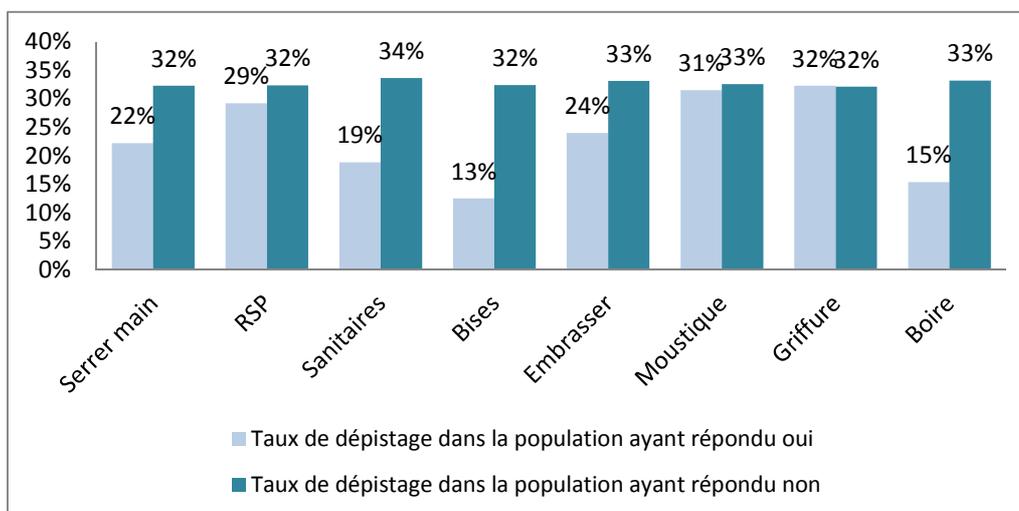
- **Agent pathogène, connaissance de la signification de l'acronyme VIH-Sida**

**Figure 7** Taux de dépistage selon les connaissances de l'acronyme VIH-Sida et du micro-organisme responsable de l'infection par le VIH



- **Modes de transmission du VIH**

**Figure 8** Taux de dépistage selon les fausses croyances des modes de transmission du VIH



- **Estimation de l'infection par le VIH-Sida chez les jeunes**

Le taux de dépistage dans la population ayant une bonne estimation de l'incidence du VIH-Sida chez les jeunes est de 37% versus 30% chez ceux ayant une mauvaise estimation.

- **Connaissance du traitement post-exposition**

39% des jeunes ayant connaissance du traitement post-exposition se sont dépistés contre 28% de ceux ne connaissant pas son existence.

- **Connaissance des objectifs de la trithérapie**

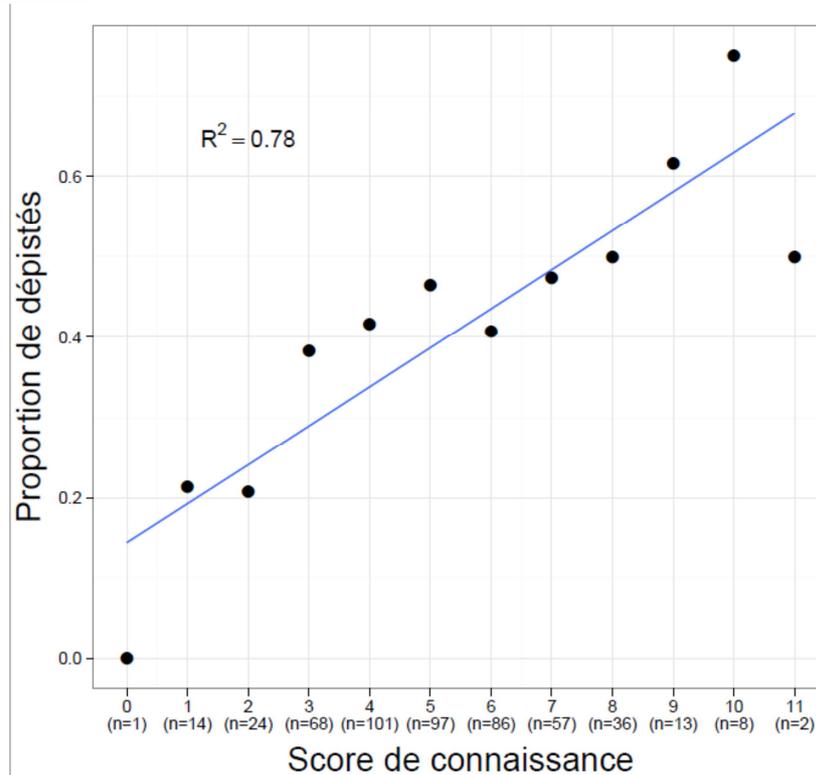
	n oui	Taux de dépistage (%)	n non	Taux de dépistage (%)
<b>Réponses exactes</b>				
Limiter la transmission	205	22%	477	36%
Limiter la progression	622	33%	60	20%
<b>Réponses inexactes</b>				
Guérir la maladie	39	21%	643	33%

- **Score de connaissance dans la population étudiée (n=683)**

n total =683 Score moyen= 4,97		
Score de connaissance	n individus (%)	Age moyen (ans)
0	1 (0.1%)	20
1	17 (2%)	19,6
2	37 (5%)	19,8
3	100 (15%)	19,9
4	148 (22%)	20,4
5	120 (18%)	20,6
6	115 (17%)	20,7
7	74 (11%)	21,1
8	45 (6%)	21,7
9	16 (2%)	22,2
10	8 (1%)	21,8
11	2 (0.1%)	20

- **Activité de dépistage et lien avec le score de connaissance**

**Figure 9** Activité de dépistage selon le score de connaissance (n=507)



La Figure 9 illustre l'association observée entre le score de connaissance et la proportion de dépistés.

Une régression logistique multivariée a été réalisée à partir de 507 données, échantillon restreint aux individus ayant déjà eu des relations sexuelles. Les résultats présentés sont ajustés sur l'âge, le sexe et le statut marital (dichotomisé en couple ou non), potentiels facteurs de confusion dans la relation entre le dépistage et le score de connaissance.

Variable	RC (IC 95%)	p
Score de connaissance	1,13 (1,02-1,25)	0,024
Age	1,21 (1,08-1,34)	<0,001
Sexe (référence hommes)	0,61 (0,41-0,90)	0,013
Statut marital (réf. célibataire)	1,64 (1,13-2,40)	0,009

Nous observons un rapport de cote significatif pour la relation entre la probabilité de dépistage et le niveau de connaissance ( $p < 0.024$ ). Cela confirme une augmentation de la probabilité de dépistage avec l'augmentation du score de connaissance, et ce même ajusté sur les facteurs de confusion potentiels que sont le sexe, l'âge ou le fait d'être en couple ou non. Ainsi, si tous les biais de confusion ne sont pas écartés, la confiance dans une association réelle entre la proportion de dépistés et le score de connaissance dans notre étude est nettement renforcée par cette analyse multivariée.

Par ailleurs, nous notons une augmentation de la probabilité de dépistage lorsque l'âge augmente ( $p < 0.001$ ) ou lorsque l'individu est en couple ( $p < 0.009$ ), ajusté sur les autres variables du modèle. Le fait d'être un homme est associé à une diminution de la probabilité de réaliser un test de dépistage avec un rapport de cote significatif ( $p < 0.013$ ).

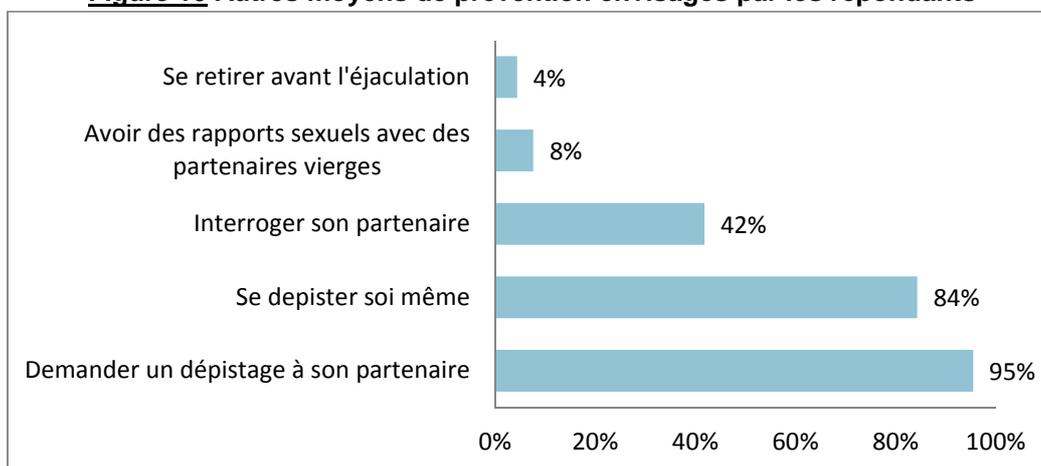
### 2.3.5 Vision du préservatif et des autres moyens de prévention

91 (13%) étudiants interrogés pensent que le préservatif n'est pas un moyen efficace de protection contre le VIH-Sida.

- 24 (26%) sont des hommes, 66 (73%) sont des femmes, 1 personne n'a pas précisé son sexe,
- 70 (77%) ont moins de 21 ans.

85 (93%) étudiants pensent que le préservatif n'est pas efficace à 100% car il peut se déchirer. Dans le reste des cas, le préservatif n'est pas efficace car non utilisé lors des préliminaires.

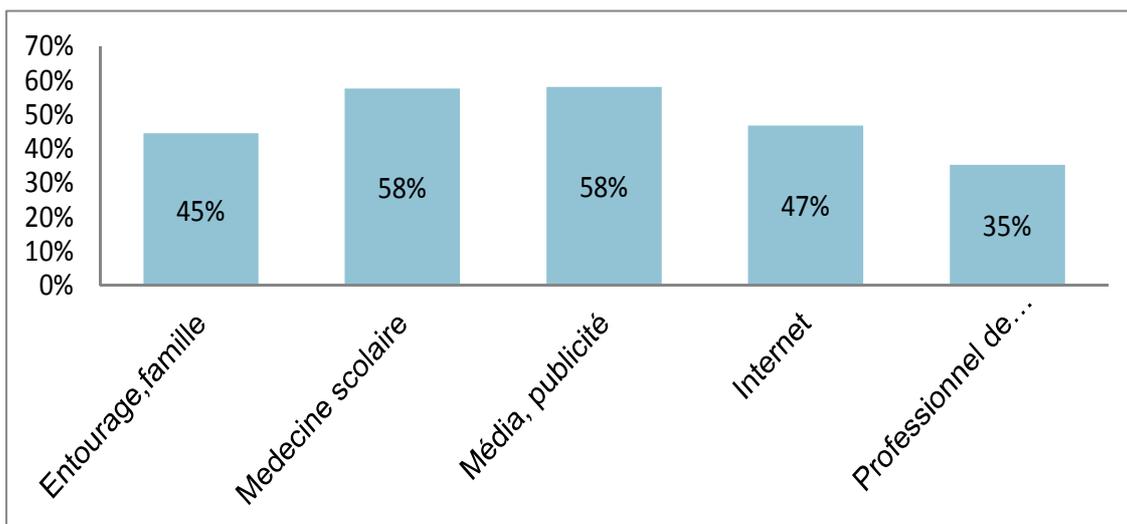
**Figure 10** Autres moyens de prévention envisagés par les répondants



7 étudiants suggèrent que l'abstinence est un moyen de protection efficace contre le VIH-Sida. 3 étudiants pensent que prendre la pilule permet de se protéger du virus.

### 2.3.6 D'où proviennent les connaissances des jeunes

**Figure 11** Vecteurs d'informations concernant le VIH-Sida de la population interrogée



### 2.3.7 Désir d'information sur le VIH-Sida et vision du médecin généraliste comme vecteur d'information

643 étudiants, soit 94% de la population interrogée, ont un médecin généraliste. 82% d'entre eux ont vu leur médecin généraliste dans les 12 dernier mois.

Aimeriez-vous avoir plus d'information sur le VIH-Sida ou les autres IST ? (n=675)	
Oui	456 (67%)
Non	219 (33%)
Votre médecin a-t-il déjà abordé le sujet ? (n= 643)	
Oui	157 (24%)
Non	486 (76%)
Si non, auriez-vous aimé qu'il aborde le sujet ? (n=486)	
Oui	187 (39%)

## 2.4 DISCUSSION

### 2.4.1 Population étudiée et comparaison à la population générale

Notre étude est un sondage empirique puisque nous ne disposons pas d'une base de données recensant tous les individus de 18 à 25 ans étudiant dans les Hauts-de-Seine susceptibles d'être interrogés. Il s'agit d'un échantillonnage basé sur le volontariat des jeunes interrogés sur place ou sur le réseau social Facebook® et sur le volontariat des proviseurs des lycées sollicités. Les biais de sélection sont fréquents lors de l'emploi de méthode d'échantillonnage non probabiliste telle que celle-ci.

L'importance de ce biais va être évaluée en étudiant la représentativité de l'échantillon par rapport aux différents référentiels disponibles.

- **Concernant la répartition selon les différents cursus scolaires et le sexe au sein de la population étudiée**

Le référentiel statistique de l'éducation nationale publié en 2014 nous permet d'obtenir certaines informations (48). En 2013 :

- 1 283 400 étudiants étaient inscrits à la Faculté (hors filières santé et instituts universitaires de technologie (IUT)). 56% étaient de sexe féminin. En excluant les filières sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) et sciences fondamentales, les femmes représentaient 66,5% des étudiants.
- 126 500 jeunes suivaient une formation d'ingénieur. Les femmes ne représentaient que 28,5% de cette population.
- 255 000 personnes étaient inscrites en BTS. Les femmes représentaient 50,4% des étudiants dans cette filière.
- 670 300 jeunes étaient étudiants en bac professionnel dont 209 000 majeurs. Les femmes représentaient 44,8% des inscrits dans cette filière.

	Population sondée	% de femmes	Population éducation nationale 2014	% de femmes
Faculté	55%	75%	68,5%	66,5%
Ecole d'ingénieur	10%	31%	6,7%	28,5%
BTS	14%	57%	13,6%	50,4%
Bac professionnel	21%	53%	11,2%	44,8%

Dans notre étude, les étudiants en bac professionnel et en école d'ingénieur sont surreprésentés par rapport à la population recensée par l'éducation nationale en 2013 au profit des étudiants en faculté. Cette limite est directement liée à la méthode d'échantillonnage.

Notre population est plus féminine que la population étudiante nationale. Ceci pouvant être expliqué par un recrutement plus important dans les filières de la faculté fortement féminine (philosophie, psychologie, droit).

- **Concernant la répartition selon chaque tranche d'âge au sein de la population étudiée**

Les données de L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au premier janvier 2015 (49) nous permettent de comparer l'âge de la population étudiée à celui de la population française. Aucun document ne nous permet d'évaluer la moyenne d'âge selon le niveau scolaire en population générale.

	Population étudiée	Population française
18 ans	9%	13%
19 ans	24%	13%
20 ans	21%	12%
21 ans	19%	12%
22 ans	12%	12%
23 ans	9%	12%
24 ans	4%	13%
25 ans	3%	13%

La population étudiée est plus jeune que la population française. Les jeunes de 18 à 21 ans représentent 73% de notre population contre 50% de la population générale.

Ce résultat peut s'expliquer simplement par le fait que notre population cible est une population scolarisée donc vraisemblablement plus jeune que la population générale recensée par l'Insee.

Les étudiants en bac professionnel sont plus jeunes que dans les autres filières. Ce résultat n'est pas étonnant étant donné que la plupart des jeunes intégrant une formation en lycée professionnel le font après la classe de 3<sup>ème</sup>. Les étudiants en école d'ingénieur sont eux plus âgés que les autres. Ce résultat était également attendu car près de 70% des étudiants inscrits dans une formation d'ingénieur le font après avoir fait une classe préparatoire aux grandes écoles, en général 2 ans après l'obtention de leur baccalauréat.

- **Concernant la connaissance d'un proche infecté par le VIH**

La proximité des jeunes par rapport au VIH est faible dans notre étude. 4% des étudiants interrogés déclarent connaître une personne séropositive pour le VIH. Ces résultats sont très éloignés de ceux de l'étude KABP (3) 2010 où 11% des Français de 18 à 30 ans affirment avoir un proche infecté par le VIH. Le fait que notre population soit plus jeune que la population de KABP pourrait expliquer cette différence. Une autre hypothèse est que notre étude est réalisée 5 ans après la dernière étude KABP alors que l'infection par le VIH-Sida est de moins en moins visible auprès des jeunes comme constaté dans différentes études. De plus, l'étude KABP met en évidence une baisse constante du pourcentage de jeunes déclarant connaître une personne séropositive au cours des années (-5% entre 2004 et 2010). Il faudra attendre la prochaine édition de KABP pour voir si cette tendance se poursuit et confirme nos résultats.

## 2.4.2 Des jeunes sexuellement actifs

Dans notre population, 73% des jeunes déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles. Ces résultats sont similaires aux différentes études concernant la santé des jeunes(6,7).

30% des étudiants interrogés déclarent avoir eu au moins 2 partenaires sur les 12 derniers mois. Ils représentent 41% des étudiants sexuellement actifs. Comme dans les études présentées en introduction (4,5), il existe une différence entre les hommes et les femmes pratiquant le multipartenariat dans notre étude : 40% des hommes contre seulement 24% des femmes disent avoir eu au moins 2 partenaires sur les 12 derniers mois.

Dans l'étude CSF (5) et l'étude KABP 2010 (3), les jeunes de 18 à 25 ans sont plus nombreux que dans les autres classes d'âge à avoir eu plus d'un partenaire sur les 12 derniers mois. En effet au-delà de 25 ans, le nombre de personnes en couple augmente et la recherche de partenaires a tendance à diminuer.

Personnes déclarant au moins 2 partenaires sur les 12 dernier mois (%)					
	Population étudiée	CSF 18-25 ans	CSF population générale	KABP IdF 18-30 ans	KABP IdF population générale
Hommes	40%	30%	12,5%	31,5%	18%
Femmes	24%	20%	7%	15,1%	7,9%

Les jeunes de notre étude semblent être plus nombreux que les jeunes des études précédentes à déclarer avoir eu au moins 2 partenaires sur les 12 derniers mois. Nos hypothèses pour trouver une explication à ce constat sont :

- D'une part, les 2 populations ne sont pas strictement comparables, l'une étant étudiante/scolarisée, probablement plus jeune et l'autre une population plus générale de 18-30 ans. Nous pouvons penser que la population de KABP, plus âgée, contient plus de personnes en couple de façon stable.
- D'autre part, nous pouvons supposer que le scénario de la sexualité des jeunes s'est modifié depuis 2010 avec l'essor des sites de rencontres favorisant éventuellement le multipartenariat (38).

Concernant les pratiques sexuelles avec une personne du même sexe, nos résultats sont globalement comparables à l'étude CSF (5).

Pratiques sexuelles avec une personne du même sexe chez les 18-25 ans		
	Population étudiée (%)	Enquête CSF (%)
Hommes	3%	3,8%
Femmes	4,5%	5,7%

En conclusion, les jeunes sont sexuellement actifs et sont nombreux à déclarer au moins 2 partenaires par an suggérant une certaine prise de risque vis-à-vis du VIH-Sida et des autres IST. La proposition de dépistage devrait être renforcée auprès de cette population comme recommandé par la HAS (dépistage régulier des sujets ayant plus d'un partenaire par an).

### 2.4.3 Un dépistage insuffisant et essentiellement basé sur le volontariat

Dans notre population, seulement 32% des jeunes ont déjà réalisé un test de dépistage du VIH-Sida. Le taux de dépistage est plus important chez les plus âgés et chez les femmes (33% contre 30%). Ces données sont comparables aux données présentées en introduction (7). Le modèle de régression logistique multivariée nous a permis de confirmer l'association forte entre la probabilité de réaliser un test de dépistage et le fait d'être une femme. Pareillement, nous avons pu montrer que plus l'étudiant est âgé plus la probabilité de faire un test de dépistage est grande.

L'association entre l'activité de dépistage et le fait d'être une femme pourrait être expliquée par l'hypothèse qu'elles sont plus sensibilisées que les hommes à la contraception et au risque encouru lors de rapports non protégés notamment à cause du risque de grossesse. Par ailleurs, nous pouvons supposer que les femmes sont plus médicalisées que les hommes et la réalisation d'un test leur est plus fréquemment proposée au moment de la prescription de la pilule ou lors d'une grossesse.

Les expériences sexuelles et les rencontres augmentent avec l'âge. Il semble donc logique que les plus âgés soit plus confrontés au dépistage.

Comparativement aux autres études (6,7) le taux de dépistage dans notre population est plus faible. Les hypothèses émises pour expliquer cette différence sont :

- Que notre population est discrètement plus jeune : l'âge moyen est de 20,3 ans contre 21 ans dans l'étude LMDE 2012.
- La seconde hypothèse, plus pessimiste, est que l'activité de dépistage est de plus en plus faible au fil du temps chez les jeunes. En effet, le taux de dépistage ne cesse de décroître dans cette population au cours des différentes études : il était de 64,5% en 2010 dans l'enquête KABP, de 44% en 2011 et enfin de 36% en 2012 dans les études de la LMDE.

Dans notre étude, la plupart des tests de dépistage sont réalisés à la demande de l'étudiant, sur la base du volontariat ce qui est comparable aux autres études (3,8). Ces résultats suggèrent une certaine responsabilisation de la population interrogée vis-à-vis de sa santé sexuelle.

Les motifs les plus fréquents de recours au dépistage dans notre étude sont :

- l'arrêt du préservatif pour 45%,
- sans raison/ sur demande du jeune dans 35%,
- après un rapport sexuel jugé à risque dans 22%.

Une proposition systématique du médecin n'intervient que dans 14% des cas de dépistage.

Les résultats de l'étude Ifop 2015 (8) sont similaires : 39% des jeunes interrogés ont fait un dépistage parce qu'ils souhaitaient arrêter le préservatif avec leur partenaire, 36% lors d'un bilan de santé et 19% sans raison particulière. Seulement 10% des personnes interrogées ont fait un test de dépistage sur proposition de leur médecin.

Dans notre étude, la plupart des tests sont réalisés dans un laboratoire de ville (43%) suggérant qu'ils ont été prescrits par un médecin.

Bien que le médecin semble être un des prescripteurs privilégiés de tests de dépistage, il n'est apparemment pas en première ligne de la démarche de dépistage, basée essentiellement sur le volontariat.

Dans l'étude de Mailys Chambon Pamelles (46), 39% de la jeune population interrogée se dit satisfaite que la question du dépistage soit abordée par leur médecin traitant. 24,5% dit ne pas avoir besoin d'en parler car un test de dépistage a déjà été réalisé. Seulement 2,5% de la population ne souhaite pas aborder cette question avec leur médecin généraliste. En conclusion, il existe une proportion non négligeable de cette population satisfaite de se voir proposer un test de dépistage. Toujours dans cette étude, 39% des répondants s'adresseraient à leur médecin généraliste pour faire un test de dépistage et 44% s'adresseraient au CDAG en première intention.

Dans l'étude KABP 2010 (3), plus de 85% des jeunes de 18 à 30 ans interrogés accepteraient volontiers de réaliser un test de dépistage s'il était proposé lors de leur prochaine visite chez leur médecin.

Toutes ces études, dont la nôtre, suggèrent que le médecin connaît des limites (nombreux messages préventifs à délivrer, motif de consultation du jeune souvent peu propice à l'abord de la sexualité) concernant la proposition de dépistage mais que son intervention est la bienvenue.

#### **2.4.4 Des connaissances variables en fonction de l'âge, encore des lacunes, notamment concernant le TPE et les modes de transmission**

- **Connaissances globales des jeunes**

Pour toutes les questions de notre enquête, les réponses sont meilleures chez les plus âgés. Ces résultats sont comparables à l'étude LMDE de 2012 (7) où les plus jeunes sont les plus nombreux à avoir obtenu le score minimal au test de connaissance.

Nous pouvons supposer que l'activité sexuelle augmente avec l'âge et que les plus âgés ont plus de connaissances car ils sont plus exposés à certains questionnements. Aussi, le moment du dépistage est souvent propice à la délivrance d'une information concernant le VIH-Sida. Le taux de dépistage étant plus élevé chez les plus âgés, ces derniers ont vraisemblablement bénéficié de plus d'informations que les plus jeunes.

Enfin, les jeunes majeurs de notre étude sont essentiellement élèves en bac professionnel et n'ont pas suivi le second cycle général. En terminale scientifique, le programme de Science de la Vie et de la Terre (SVT) aborde le thème de l'immunologie. L'étude des réactions immunitaires est abordée à partir de l'exemple du Sida. En première économique et sociale et littéraire le sujet de la contraception

est abordé et représente 12h heures d'enseignement. Le seul enseignement commun aux filières générales et professionnels abordant le VIH-Sida est effectué en classe de 3<sup>ème</sup> dans la partie intitulée « Risque infectieux et protection de l'organisme ». Les modes de contamination, de protection, de dépistage et l'impact du virus sur le système immunitaire sont expliqués lors de cet enseignement. Néanmoins, les 2 lycées professionnels où le questionnaire a été distribué ont bénéficié d'une séance d'éducation sexuelle facultative lors de la journée mondiale du VIH-Sida (1<sup>er</sup> décembre 2014) : l'une sous forme d'exposé autour de la contraception et de l'infection par le VIH-Sida et les autres IST (en association avec le centre de planification familiale), l'autre par l'intervention du centre de planification familial dans le hall du lycée.

- **Une bonne connaissance des moyens de transmission du VIH-Sida**

Dans notre étude, les jeunes ont bien identifié l'absence d'utilisation d'un préservatif lors d'un rapport sexuel (99%) et la piqûre avec une seringue usagée (94%) comme des facteurs de risque de transmission du VIH-Sida.

Ces résultats sont comparables aux différentes études sur le sujet :

- Dans l'étude LMDE 2012 (7), 97,5% des jeunes interrogés identifient l'absence de préservatif comme un risque de transmission de l'infection.
- Dans l'étude Ifop 2015 (8), 98% des jeunes interrogés identifient un rapport sexuel non protégé ou l'utilisation d'une seringue souillée comme un moyen de transmission du VIH-Sida.

- **Mais de nombreuses fausses croyances**

Malgré une bonne connaissance des moyens de transmission du VIH-Sida, les jeunes de notre population ont de nombreuses fausses croyances. Certains de ces résultats sont comparables aux autres études (3,8). Par contre nous notons que 40% de notre population pense qu'une piqûre de moustique est un moyen de transmettre le VIH-Sida, chiffre bien plus élevé que dans les autres études. Cette croyance est tenace et ne semble pas disparaître avec l'âge puisqu'il n'y a pas de différence entre les 18-21 ans et les 22-25 ans.

	Population étudiée	KABP 2010	Ifop 2015
Piqûre de moustique	40%	21,4%	-
Embrasser	11%	-	15%
Sanitaires	10%	13,1%	13%
Boire	6%	6,4%	12%
Serrer la main	1%	-	5%

Dans l'étude KABP de 2010 (3), les jeunes de 18 à 30 ans sont pour la première fois ceux à avoir de moins bonnes connaissances sur les modes de transmission du VIH-Sida suggérant un certain désintérêt envers la maladie.

- **Une sous-estimation de l'épidémie cachée et de l'incidence de l'infection par le VIH-Sida chez les jeunes traduisant une moindre crainte de l'infection**

La sous-estimation de l'épidémie cachée et de l'incidence de l'infection par le VIH-Sida chez les jeunes pourrait traduire une moindre crainte de notre population vis-à-vis de cette thématique. Bien que dans l'étude Ifop 2015 (8), 83% des jeunes interrogés déclarent craindre le VIH-Sida, ils sont 33% à penser qu'ils ont moins de risque que les autres à pouvoir être contaminés par le VIH. Ce chiffre est en augmentation depuis 2009 où ils n'étaient que 22% à avoir cette idée. Toujours dans cette étude, ils sont 38% à penser que le taux de contamination chez les 15-24 ans est à la baisse. Ce chiffre est également en augmentation puisqu'ils n'étaient que 25% en 2009.

- **Une connaissance insuffisante du TPE**

Dans notre étude, 34% des étudiants interrogés savent qu'il est possible de prendre un traitement pour limiter le risque de transmission du VIH-Sida en cas de doute sur une exposition. Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude KABP 2010 (3) où 28,9% des 18-30 ans déclarent connaître l'existence du traitement d'urgence. Ce résultat est en augmentation par rapport à 2004 où seulement 15,5% des jeunes déclaraient connaître le TPE. Même si cette progression est satisfaisante, la connaissance du TPE reste insuffisante faisant craindre une possible sous-utilisation de celui-ci après un risque de contamination. Ces données suggèrent que nous pourrions améliorer notre communication concernant le TPE.

#### **2.4.5 Un lien fort entre le niveau de connaissance et l'activité de dépistage**

Les résultats de l'enquête de la LMDE (7) menée en 2012 suggèrent que les jeunes ayant un meilleur sentiment d'information ont un meilleur résultat au test de connaissance. Ceux ayant un meilleur sentiment d'information sont également les plus nombreux à se dépister. Même si nous pouvons supposer qu'une meilleure connaissance augmente l'activité de dépistage, aucune association statistique n'a été établie jusque-là.

L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence un éventuel lien entre la connaissance du VIH-Sida et l'activité de dépistage. Plusieurs éléments nous permettent de répondre favorablement à notre hypothèse :

- Pour la plupart des items du questionnaire de notre enquête, le taux de dépistage est plus élevé lorsque l'étudiant a une bonne connaissance confirmant les résultats de la LMDE.
- La figure 9 montre une association forte entre le niveau de connaissance et l'activité de dépistage.
- Notre modèle de régression logistique multivariée montre l'existence d'un lien fort entre le niveau de connaissance du VIH-Sida et l'activité de dépistage. Plus le score de connaissance augmente plus la probabilité de réaliser un test de dépistage augmente, même lorsque l'on ajuste sur l'âge, le sexe et le

statut marital (célibataire ou en couple) des individus qui sont des facteurs de confusion potentiels.

Globalement, il semble qu'une meilleure connaissance de l'infection par le VIH-Sida est associée à une augmentation de l'activité de dépistage. Alors que la proposition de dépistage élargi semble avoir des limites et que l'activité de dépistage de notre population semble insuffisante, l'apport de plus d'informations et l'amélioration des connaissances sur la thématique pourraient être une piste pour promouvoir un dépistage spontané et volontaire.

Une des limites de notre étude est qu'il nous est impossible de savoir si c'est le dépistage qui a un impact sur la connaissance, ou l'inverse. En effet, nous pouvons supposer que la population dépistée bénéficie de plus d'informations que la population non dépistée. Pour évaluer cet effet, il faudrait réaliser, par exemple, une étude interventionnelle cas-témoin avec un suivi sur le long terme pour évaluer l'activité de dépistage en fonction de la présence ou l'absence d'information donnée.

#### **2.4.6 Le préservatif : moins reconnu comme un moyen efficace de protection ? Une prévention basée sur une stratégie de dépistage.**

Dans notre étude, 87% des jeunes interrogés considèrent que le préservatif est un moyen efficace de se protéger du VIH-Sida.

Ces résultats sont encourageants, mais nous pouvons nous poser la question d'une remise en cause du préservatif.

- D'une part, ce taux était plus élevé en 2010 (3) où 94% de la population interrogée répondait favorablement à cette question.
- D'autre part, des nuances (3) s'observent entre les déclarations « *tout à fait efficace* » (qui baissent depuis 1992) et « *plutôt efficace* » (qui ne cessent d'augmenter). En 2010, 59% des répondants considèrent le préservatif comme « *tout à fait efficace* », contre 73% en 1992. Ils sont également plus nombreux qu'en 2004 à croire possible la transmission du VIH lors de rapports sexuels protégés par un préservatif : 25% en 2010 contre 14% en 1994. Dans notre étude, les résultats sont plus rassurants concernant cet item car seulement 7% des jeunes interrogés pensent que la transmission est possible avec un rapport sexuel protégé.

Un élément rassurant est que 95% et 84% de notre population considère que demander un dépistage à son partenaire ou se faire dépister est une stratégie efficace de protection ce qui est plus que dans l'étude KABP de 2010 (3) (respectivement 89,6% et 71,5%).

## 2.4.7 Souhait d'information et place du médecin généraliste

67% de la population étudiée souhaite avoir plus d'information sur le VIH-Sida ce qui est rassurant. En effet, les jeunes interrogés semblent encore avoir de l'intérêt pour cette problématique.

Dans notre population, 58% des étudiants disent avoir eu des informations sur le VIH-Sida via la médecine scolaire ou les médias. Le second vecteur d'information est Internet et l'entourage pour 47% et 45% des cas. Les professionnels de santé n'interviennent qu'en 3<sup>ème</sup> position auprès de notre population (35%).

Même si la plupart des jeunes ne voient pas le médecin généraliste comme le vecteur principal d'information, 42% de ceux ayant un médecin généraliste et n'ayant jamais abordé le sujet du VIH-Sida avec lui souhaitent que leur médecin devienne une de leur source d'information. Il existe donc une demande, dans des proportions non négligeables, de discussions avec le médecin sur l'infection par le VIH.

Ces résultats sont comparables à d'autres travaux d'études et nous permettent de préciser les autres vecteurs d'information souhaités :

- Dans l'étude de Maïlys Chambon-Pamelle (46) : seulement 17,5% des jeunes interrogés considèrent leur médecin traitant comme vecteur d'information du VIH-Sida/IST alors que 50% d'entre eux souhaiteraient qu'il soit une de leur source d'information privilégiée. Les autres sources d'informations souhaitées sont les reportages télévisés (77%) et les plaquettes d'informations (65%).
- Dans l'étude de Julia Tortuyaux (47) : 70% des jeunes interrogés pourraient aborder le sujet de la sexualité et des IST avec leur médecin généraliste. 57% d'entre eux souhaitent être à l'initiative de cette discussion.
- Dans l'étude d'Elsa Donguy (50) : 32,5% des personnes interrogées pensent que le médecin traitant est la source d'information la plus efficace après les médias (42,3%).

Maïlys Chambon-Pamelle a également interrogé sa population d'étude sur les moments propices pour parler du VIH-Sida/IST. 76,5%, 63,5% et 52% des personnes interrogées pensent qu'une consultation pour une IST, la prescription de pilule ou une vaccination contre l'hépatite B sont des moments de choix pour aborder le sujet.

Internet est également une source majeure d'information pour le public jeune. Dans notre population, 47% des étudiants ont eu des informations sur le VIH-Sida sur le web. Une étude (51) récente confirme l'importance de ce vecteur d'information :

- 35% des jeunes interrogés cherchent principalement leurs informations sur le VIH-Sida sur Internet,
- dont 8% sur des réseaux sociaux numériques.

Hors du milieu scolaire, l'essentiel de la prévention en direction des jeunes se fait donc sur Internet. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a conçu un site dédié – [www.onsexprime.fr](http://www.onsexprime.fr) – où l'éducation sexuelle, les questions de genre, les discriminations croisent les conseils sur les modes de

contraception, avec des renvois à des lignes téléphoniques dédiées, dont celle de l'association Sida Info Service (0 800 840 800). Une autre initiative originale est venue de l'association HF Prévention qui, en partenariat avec le laboratoire MSD, a conçu la première application pour smartphone permettant de géolocaliser les points de vente de préservatifs les plus proches ou encore de trouver un centre pour se faire dépister. Encore plus innovant hors de nos frontières, au Brésil, le Ministère de la Santé a créé des faux profils sur des sites de rencontres amoureuses. Lorsque l'on rentre en contact avec l'un deux, des messages préventifs s'affichent.

Concernant la prévention via la médecine scolaire, première source d'information chez nos jeunes (58%), plusieurs supports d'aide aux intervenants peuvent être cités pour améliorer celle-ci :

- Éduscol, le portail Internet de l'éducation nationale au profit des professionnels de l'éducation, donne accès à un ensemble de textes et de ressources, guides d'intervention pour les collèges et les lycées, et données épidémiologiques sur le VIH et les autres IST.
- Sida Info Service a mis en ligne un « kit sida pour collèges et lycées » à l'occasion de la journée mondiale contre le sida. Au menu : témoignages, liens utiles et chiffres clés sur le VIH.

## CONCLUSION

L'infection par le VIH-Sida suscite moins de crainte qu'auparavant. C'est une maladie moins visible. Les jeunes en particulier la perçoivent davantage comme une maladie des générations plus anciennes. S'ils conservent de bons réflexes de protection en début de vie sexuelle, ils montrent, comme leurs aînés, une certaine indifférence vis-à-vis de cette maladie au fil du temps.

Une des principales mesures du plan national de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010-2014 est de mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics et notamment aux jeunes (scolarisés ou non) dès leur entrée dans la sexualité. Il s'agit de favoriser l'adoption de comportements de prévention au moment où se fait l'apprentissage des relations affectives et sexuelles. À 17 ans, près de 50 % des jeunes ont déjà eu un premier rapport sexuel. Un tiers des jeunes déclarent plus d'un partenaire sexuel dans l'année écoulée, et ce chiffre est en augmentation suggérant des prises de risques. Cette information préventive est d'autant plus importante à renouveler et à adapter aux outils de communication moderne (Internet, réseaux sociaux...) que l'on observe une dégradation du niveau de connaissance du VIH-Sida des 18-29 ans.

Même si l'activité de dépistage semble augmenter progressivement d'années en années chez les jeunes de l'étude KABP, d'autres études montrent des résultats différents. Dans tous les cas le dépistage reste insuffisant et la politique de dépistage généralisé ne semble pas être en mesure d'augmenter celui-ci.

Dans notre étude, nous constatons que, si les moyens de transmettre le VIH-Sida semblent bien connus des étudiants de 18 à 25 ans, ceux-ci ont de nombreuses fausses croyances. Leur connaissance du traitement post-exposition est insuffisante et fait craindre une possible sous-utilisation de celui-ci après exposition à un risque. Les répondants sont nombreux à sous-estimer l'épidémie cachée et l'incidence du VIH-Sida suggérant une moindre crainte de l'infection. Ces résultats sont malheureusement retrouvés dans d'autres études. L'efficacité du préservatif semble remise en cause avec une fiabilité de moins en moins reconnue. Une donnée rassurante est qu'une stratégie préventive basée sur le dépistage est jugée efficace par la majorité des étudiants interrogés.

Autre élément majeur de notre enquête, la majorité des répondants souhaite plus d'information sur l'infection par le VIH-Sida. Alors que leur vecteur principal d'information est la médecine scolaire ou Internet, près de la moitié aimerait que leur médecin généraliste aborde le sujet.

En plus d'évaluer les connaissances des jeunes, notre étude montre qu'il existe un lien fort entre le niveau de connaissance de l'infection par le VIH-Sida et l'activité de dépistage ce qui n'avait pas été démontré auparavant. Plus grande est la connaissance, plus grande est la probabilité de réaliser un test de dépistage et ce même ajusté sur les facteurs de confusion potentiels que sont le sexe, l'âge ou le fait

d'être en couple ou non. Notre étude présente tout de même une limite. En effet nous ne pouvons conclure qu'à une association entre l'activité de dépistage et le niveau de connaissance et non à un lien de causalité.

Nos résultats suggèrent qu'il faut persévérer dans l'apport d'information à cette population et notamment auprès des plus jeunes soit par le biais des professionnels de santé soit par les nouveaux moyens de communications très prisés par cette population. Une amélioration des connaissances, en plus de permettre d'identifier et de limiter les prises de risques, pourrait potentiellement promouvoir un dépistage spontané et volontaire, efficace en matière de santé publique.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(9-10):152-61. [consulté le 30 juin 2015]. Disponible: [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015\\_9-10\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_1.html)
- (2) Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. Paris: La Documentation Française; 2013. 478 p. [consulté le 17 novembre 2014]. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>
- (3) Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-Sida dans la population générale adulte en Ile de France. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. KABP 2010. Paris : ORS Ile-de-France, Décembre 2011.
- (4) Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, 2013, 337 p.
- (5) Bajos N, Bozon M. Enquête contexte de la sexualité en France. Premiers résultats. 13 mars 2007.
- (6) 3<sup>ème</sup> Enquête nationale sur la santé des étudiants 2011. La Mutuelle des Etudiants. 2012.
- (7) Yvon C. 1er décembre 2012 - Journée Mondiale de Lutte contre le Sida. Enquête sur les connaissances et les comportements des jeunes. La Mutuelle des étudiants (LMDE). 2013
- (8) Les jeunes et la prévention contre le VIH-Sida : sondage Ifop pour Sidaction. Paris : IFOP, 2015, 22 p.
- (9) Dépistage de l'infection par le VIH en France – Stratégies et dispositif de dépistage : Argumentaire. Saint-Denis : Haute Autorité de santé; 2009 p. 1-235.
- (10) Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la santé et des sports. Novembre 2010. 266 pages. [consulté le 12 octobre 2014]. Disponible: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf)
- (11) Pialoux et al. Poster JNi 2011. Attitudes et pratiques des médecins généralistes face au Plan National Sida/IST 2010-2014.
- (12) Lert F, Lydié N, Richard JB. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques? Sous la direction de Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. ISBN 978-2-9161-9224-6.
- (13) Moldent M. Intérêt et réalisation du dépistage systématique du VIH en consultation de médecine générale. [thèse] Rennes : Université de Rennes 1 ; 2013.
- (14) Descamps C. Étude SHIVA : Influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le dépistage du VIH en médecine générale. [thèse] Paris : Université Paris Diderot ; 2014.
- (15) Rocchetti V. Dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de médecine générale parisiens en 2013 : une étude épidémiologique observationnelle. [thèse] Paris : Université Paris Descartes ; 2014.
- (16) D'Almeida KW, Kierzek G, De Truchis P et al. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. Arch. Intern. Med. 2012;172(1):12-20.
- (17) Casalino E, Bernot B, Bouchaud O et al. Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area : results from the ANRS URDEP study. PLoS ONE. 2012 ;7(10):e46437.
- (18) Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(32-33):534-40. [consulté le

15 janvier 2015]. Disponible : [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014\\_32-33\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_1.html)

- (19) Center Disease Control. Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1981 Jun;30(21):250-252.
- (20) Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science. 1983 May;220(4599):868–871.
- (21) Le Vu S, Le Strat Y, Barin F et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2010;10:682-7.
- (22) Ndawinz JD, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. AIDS 2011;25:1905-13.
- (23) Déclaration obligatoire VIH : Institut de veille sanitaire. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du sida.
- (24) Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C et al. Découvertes de seropositivité VIH et sida – France, 2003-2011. Bull epidemiol Hebd 2013;(28-29):333-40.
- (25) La Ruche G, Bouyssou A, Delmas G, Basselier B. Données actualisées sur les IST. Novembre 2013. [consulté le 25 novembre 2014]. Disponible: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>
- (26) Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(39-40):510-6.
- (27) Bulletin des réseaux de surveillance des IST - Rénago, Rénachla et RésIST : données au 31 décembre 2013. InVS, 2014, p.17
- (28) Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L et al. The VESPA study group. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. Int J STD AIDS, 2007 May,18:312-317.
- (29) Collège National des Généralistes Enseignants. Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté. Janvier 2012.
- (30) Champenois K, Cousien A, Cuzin L et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infect. Dis. 2013 ;13(1):200.
- (31) Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence. JO du 28/05/2010. [consulté le 18 août 2015]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022320859&fastPos=1&fastReqId=62601366&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
- (32) Picard O, Valin N, Fonquernie L et al. Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011). Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;42:438-41.
- (33) Le Talec JY, Rouzioux C, Kreplac G, et al. Checkpoint-Paris : Rapid HIV screening in a community setting for a strong link to care Copenhagen : HIV in Europe Conference 2012, diaporama, 23 diapositives.
- (34) Gauthier R. Étude DEPIVIH : faisabilité et acceptabilité de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France. [thèse] Paris : Université Paris Diderot ; 2011.
- (35) Poirier C. Evaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité des TROD (Tests rapides d'orientation diagnostique pour le VIH) en médecine générale. [thèse] Tours : Université François Rabelais ; 2014.

- (36) Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH. CNS. Mars 2013.
- (37) Autotests VIH : un document d'information pour accompagner leur utilisation. Haute Autorité de Santé. Avril 2015.
- (38) L'essor des rencontres en ligne ou la montée de la culture du « coup d'un soir ». Paris : IFOP, 2015, 15p.
- (39) Association SIS. Santé sexuelle des jeunes et e-prevention. SIS observatoire 2014.
- (40) Gombault V. L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile. Insee. Juin 2013.
- (41) Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Ministère de la santé et de l'éducation nationale. Journal officiel de la République française, 2001, n°156, pp. 10823-10827.
- (42) Circulaire n°2011-216 : Politique éducative de santé dans les territoires académiques. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative. Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2011, n°46, pp. 3-27.
- (43) Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du Plan national de lutte contre le VIH-Sida et les IST 2010-2014. Paris : CNS, 2014, 29 p.
- (44) Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse. Paris : IGAS, 2009, 93 p.
- (45) Lambillotte A-C. « Le médecin généraliste vu par les adolescents, résultats d'une enquête » Louvain Med., 1998, 117p.
- (46) Chambon Pamelie M. Place du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du VIH-SIDA : enquête auprès des jeunes de 18 à 25 ans. [thèse] Paris: Université Pierre et Marie Curie ; 2009.
- (47) Tortuyaux J. Evaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale. [thèse] Nancy: Université Henri Poincaré ; 2011.
- (48) Repères et références statistiques : enseignement, formation et recherche. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2014.
- (49) Population totale par âge et sexe au premier janvier 2015, France métropolitaine. Insee. 2015.
- (50) Donguy E. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale? Représentations des patients. [thèse] Paris: Université Paris Descartes ; 2012.
- (51) Les jeunes et l'information sur le VIH-Sida. Paris : IFOP, 2014, 17 p.

# ANNEXES

## Annexe 1 – Le questionnaire

### Infection par le VIH et dépistage

Questionnaire d'évaluation des connaissances sur l'infection par la VIH réalisé dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale. Ce questionnaire s'adresse aux étudiants de 18 à 25 ans non séropositifs. Ce questionnaire est strictement anonyme et contient des questions sur vos connaissances et les facteurs pouvant les influencer. Il est conforme à la loi 2004-801 du 06/08/2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. Quel est votre année de naissance?

---

2. Quel est votre sexe?

*Une seule réponse possible.*

F

M

3. Dans quel établissement êtes vous étudiant actuellement?

*Une seule réponse possible.*

Faculté

BTS

Ecole d'ingénieur

CAP/BEP/Bac Pro

4. Actuellement, vous êtes

*Une seule réponse possible.*

Célibataire

En couple

Union libre (> 1 partenaire)

5. Concernant votre orientation sexuelle, vous vous considérez

*Une seule réponse possible.*

Hétérosexuel

Homosexuel

Bisexuel

6. Avez vous déjà eu des rapports sexuels?

*Une seule réponse possible.*

oui

non

7. Si oui à la question précédente, combien de partenaire(s) sexuel(s) avez vous eu durant les 12 derniers mois?
- 

8. Un de vos proche est-il infecté par le VIH?

*Une seule réponse possible.*

- oui  
 non

9. Selon vous, le VIH est

*Une seule réponse possible.*

- une bactérie  
 un champignon  
 un parasite  
 un virus  
 autre  
 ne sait pas

10. Selon vous, l'acronyme VIH correspond à

*Une seule réponse possible.*

- Vecteur d'Infection Humaine  
 Virus de l'Immunodéficience Humaine  
 Vecteur Immortel Humain  
 Virus International Humain  
 Ne sait pas

11. Selon vous, l'acronyme SIDA correspond à

*Une seule réponse possible.*

- Syndrome Indéterminé Diminuant les Anticorps  
 Symptôme Interne Déficitaire en Anticorps  
 Syndrome d'Immunodéficience Acquise  
 Ne sait pas

12. Selon vous, une personne infectée par le VIH est elle toujours atteinte du SIDA?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

13. Selon vous, les moyens de transmettre le VIH sont

*Plusieurs réponses possibles.*

- Serrer la main d'une personne infectée
- Avoir un rapport sexuel non protégé
- Avoir un rapport sexuel protégé
- Partager des sanitaires avec une personne infectée
- Faire la bise à une personne infectée
- Embrasser une personne infectée
- Piquer avec une seringue souillée par du sang infecté
- Se faire piquer par un moustique ayant préalablement piqué une personne infectée
- Se faire griffer par une personne séropositive
- En buvant dans le verre d'une personne infectée

14. Selon vous, combien de personnes sont actuellement infectées par le VIH en France et l'ignore?

*Une seule réponse possible.*

- 5.000
- 10.000
- 30.000
- 100.000

15. En France, les nouvelles contaminations se produisent le plus souvent dans le cadre de

*Une seule réponse possible.*

- rapports hétérosexuels
- rapports homosexuels
- usage de drogue injectable

16. En France, un jeune de 16 à 24 ans est contaminé par le VIH en moyenne

*Une seule réponse possible.*

- toutes les 12h
- toutes les semaines
- tous les mois

17. Pensez vous que le préservatif est un moyen efficace de se protéger de l'infection par le VIH?

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

18. Si non, pourquoi?

---

---

---

---

---

19. Quels autres moyens de protection vous semble efficace?

*Plusieurs réponses possibles.*

- demander un test de dépistage à son/sa partenaire
- interroger ses partenaires sur ses expériences passées
- faire soi-même un test de dépistage
- se retirer avant l'éjaculation
- avoir des relations avec des partenaires vierges
- Autre : \_\_\_\_\_

20. Pensez vous qu'il est possible de prendre un/des médicament(s) pour prévenir la transmission de l'infection par le VIH après un rapport sexuel à risque?

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

21. Si votre réponse à la question précédente est oui, dans quel délai après le rapport faut-il le/les prendre?

*Plusieurs réponses possibles.*

- < 4h
- < 48h
- < 1 semaine
- < 1 mois

22. Le traitement pris par les personnes infectées par le VIH permet de

*Plusieurs réponses possibles.*

- guérir de la maladie
- limiter la transmission
- limiter la progression de la maladie

23. D'où proviennent vos connaissances sur l'infection par le VIH?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Entourage, famille
- Médecine scolaire
- Média, publicité
- Internet
- Professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue, autre)
- Autre : \_\_\_\_\_

24. Aimeriez vous avoir plus d'informations sur le VIH/sida et/ou les infections sexuellement transmissibles?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

25. Avez vous un médecin généraliste?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

26. Si oui, celui ci vous a-t-il déjà parlé de l'infection par le VIH ou des autres Infections Sexuellement Transmissibles

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

27. Si non, auriez vous aimé qu'il aborde le sujet?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

28. Quand l'avez vous vu pour la dernière fois?

*Une seule réponse possible.*

- Il y a plus d'un an
- Il y a moins d'un an

29. Avez vous déjà pratiqué un test de dépistage de l'infection par le VIH?

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

30. Si oui, combien en avez vous fait depuis que vous avez débuté votre sexualité?

---

31. Si oui, de quand date votre dernier test?

*Une seule réponse possible.*

> 1 an

< 1 an

32. Dans quelles circonstances

*Plusieurs réponses possibles.*

Proposition systématique d'un médecin

Après un rapport sexuel jugé à risque

Avant d'arrêter le préservatif avec votre partenaire

Au décours d'une autre infection sexuellement transmissible ou symptôme inquiétant

Après chaque changement de partenaire

Sur votre demande, sans raison

33. Ou avez vous réalisé ces tests?

*Plusieurs réponses possibles.*

CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)

Laboratoire de ville

Hopital

Test de dépistage rapide

Autre

34. Merci pour votre attention, vos commentaires sont les bienvenus! Si vous voulez les réponses, vous pouvez me contacter par mail [emiliebruneel@hotmail.fr](mailto:emiliebruneel@hotmail.fr).

---

---

---

---

---

## Annexe 2 – Exemple de dépliant distribué lors de l'intervention

### TROUVER LES ADRESSES

(Consultation de dépistage anonyme et gratuit) et **Cidépit**

(Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) en Île-de-France  
<http://www.sids-erbs-service.org/Centres-De-Depistage-VH-SI-as-Region-Ile-de-France>

**Adresses des CSFE**  
 Centre de planification et d'éducation familiale  
<http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-c-ea-cadon-familiale.htm>

**Pour faire un test rapide**  
<http://www.sids-erbs-service.org/77020-ou-Terres-de-dépistage-cipote>

**Localisation des CDAG et des pharmacies / Application TUP**  
<http://www.trouverunpremieraid.fr/>

**POUR PLUS D'INFOS**

**sidsinfo-centrales.org**  
 0 800 848 800 (appel confidentiel, anonyme et gratuit, 7 jours sur 7, de 8 à 23 heures)

**hepatitas-info-service.org**  
 0 800 848 800 (appel confidentiel, anonyme et gratuit, 7 jours sur 7, de 8 à 23 heures)

• Et hop, au CDAG !  
 une vidéo du Crips IDF  
<http://www.lecrips-idf.net/2011/medias/vidéo%20de%2008>



On appelle **dépistage** la recherche d'une maladie à un stade précoce, avant que des symptômes se manifestent, afin de prévenir son aggravation.

Pour l'infection à VIH et le hépatites B et C, le dépistage consiste en un test, réalisé selon différentes techniques, qui détecte des éléments indiquant la présence du virus dans le corps (anticorps, antigènes).

**En cas de dépistage**

- D'une infection à VIH : un traitement arrête la progression de la maladie.
- D'une hépatite B qui n'a pas guéri spontanément : un traitement stabilise la maladie et protège le foie.
- D'une hépatite C : un traitement aboutit à la guérison plus de neuf fois sur dix.

**Le dépistage est une démarche volontaire, consentie par la personne.**

**Qu'est-ce qu'un dépistage**





# Dépistages

du VIH et des hépatites B et C




Bât. des communications - septembre 2014

**Subs à une prise de risque**

- Non utilisation du préservatif.
- Ripaille de préservatif.
- Mise en commun ou partage de matériel pour zapper, fumer ou injecter des drogues (seringue, pipe, filtre, récipient).

**Afin de faire le point sur sa santé**

- Pour savoir
- Avant d'arrêter l'usage du préservatif dans une relation stable.
- En cas de projet de grossesse.

**Comment faire un dépistage en pratique**

- Demander à son médecin généraliste de prescrire les tests qui sont réalisés dans un laboratoire d'analyses. La consultation (23 euros) est remboursée à 65 % et les tests à 100 %.
- Ou se rendre dans un lieu de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, Ciddat, CFEF).
- Ou prendre contact avec une association qui réalise gratuitement des tests rapides.

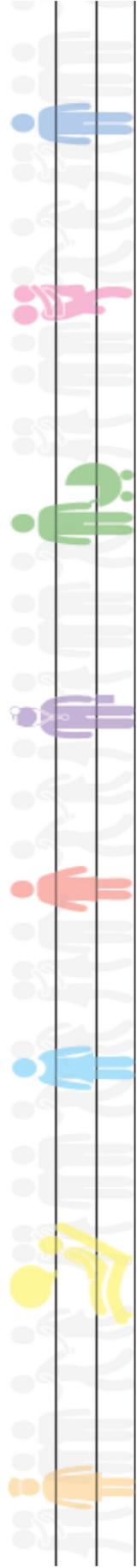
**A quel moment pratiquer un dépistage ?**

**Comment faire un dépistage en pratique ?**

Type de test	Quel virus ?	Comment ?	Où aller ?	Quel délai de réponse ?
Test sur prise de sang	VH VHB VHC	Prélèvement au bras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans un laboratoire avec une autorisation de son médecin</li> <li>• Dans un CDAG (1) ou un Ciddat (2)</li> <li>• Dans un CFEF (3)</li> </ul>	2 à 5 jours
Test rapide (TROD)	VH	Prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt	Dans une association qui pratique des tests rapides	30 minutes

(1) CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit  
 (2) Ciddat : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles  
 (3) CFEF : Centre de planification et d'éducation familiale

**Dépistages de l'infection du VIH et des hépatites B (VHB) et C (VHC)**



## RESUME

**Contexte :** Les jeunes semblent banaliser l'infection par le VIH-Sida avec un niveau de connaissance à la baisse et une activité de dépistage faible.

**Objectif :** Evaluer les connaissances des jeunes de 18 à 25 ans scolarisés sur l'infection par le VIH-Sida et mettre en évidence un lien avec leur activité de dépistage. Définir les perspectives d'amélioration de nos stratégies de prévention.

**Méthodes :** Etude observationnelle auprès de 683 étudiants de 18 à 25 ans scolarisés dans les Hauts-de-Seine dans différents établissements (BTS, faculté, école d'ingénieur et lycée professionnel). Le recueil de données a été fait par un questionnaire soit en présentiel soit par Internet. L'évaluation du lien entre le niveau de connaissance et l'activité de dépistage a été réalisée grâce à une régression logistique multivariée.

**Résultats :** Il existe un lien fort entre le niveau de connaissance des jeunes sur le VIH-Sida et leur activité de dépistage. La probabilité de réaliser un test de dépistage augmente avec le niveau de connaissance ceci même ajusté sur le sexe, l'âge ou le fait d'être en couple, facteurs de confusion potentiels (RC (IC à 95%) : 1,13 [1,02-1,25] ;  $p < 0,024$ ). 67% des étudiants souhaiteraient plus d'information sur le VIH-Sida. 42% de ceux n'ayant jamais abordé le sujet avec leur médecin aimeraient qu'il leur en parle.

**Conclusion :** Plus le niveau de connaissance du VIH-Sida est grand, plus la probabilité de réaliser un dépistage est grande. Les jeunes souhaitent plus d'information sur ce sujet. Une amélioration des connaissances, en plus d'aider à identifier et limiter les prises de risques, pourrait sensibiliser le jeune au dépistage volontaire.

---

**TITLE:** Youth Knowledge Assessment of 18-25 years on HIV-AIDS and its impact on screening: observational study of 683 students of Hauts-de-Seine.

## ABSTRACT

**Context:** Young people seem to make commonplace of the HIV-AIDS with a decline level of knowledge and a low screening activity.

**Backgrounds:** Assess knowledge of 18-25 years old students on HIV-AIDS and highlight a link with their screening activity. Define the prospects for improving our prevention strategies.

**Methods:** Observational study with 683 students from 18 to 25 years enrolled in the Hauts-de-Seine in various institutions (BTS, faculty, engineering school and professional high school). Data collection was done by a questionnaire or-face or by Internet. The evaluation of the link between the level of knowledge and screening activity was conducted through multivariate logistic regression.

**Results:** There is a strong link between the youth knowledge level on HIV-AIDS and screening activity. The higher the score of knowledge increases, the likelihood of achieving a screening HIV test increases even adjusted for sex, age or being a couple, potential confounding factors (OR (95%IC): 1,13 [1,02 to 1,25];  $p < 0,024$ ). 67% of students would like more information on HIV-AIDS. 42% of those who never approached the subject with their doctor would like to speak about it with him.

**Conclusion:** The higher the level of knowledge of HIV and AIDS is, the more likely it is to perform screening. Young people want more information on this subject. Improved knowledge, in addition to help identify and limit risk-taking, could make aware the young to voluntary screening.

---

## MEDECINE GENERALE

**MOTS-CLES :** Connaissance, VIH-Sida, Dépistage, Jeune adulte, Etudiant, Prévention primaire

**KEYWORDS:** Knowledge, HIV-AIDS, Screening, Young Adult, Student, Primary Prevention

---

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