



HAL
open science

Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles dans l'armée française

Pauline Brouillet

► **To cite this version:**

Pauline Brouillet. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles dans l'armée française. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01342566

HAL Id: dumas-01342566

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01342566>

Submitted on 15 Mar 2017

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

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



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

AVERTISSEMENT

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

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N°19

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des infections
sexuellement transmissibles dans l'armée française

Présentée et soutenue publiquement
le 11 mars 2016

Par

Pauline BROUILLET

Née le 21 mars 1990 à La Garenne-Colombes (92)

Codirigée par Mme Le Docteur Magali Billhot
et Mme Le Docteur Sandrine Duron

Jury :

M. Le Professeur Rémy Michel Président
Mme Le Professeur Audrey Merens Membre
M. Le Professeur Henri Partouche Membre
M. Le Docteur Kévin Cocquempot Membre
Mme Le Docteur Cécile Ficko Membre



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

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'honneur

Commandeur de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le médecin général Jean-Bertrand NOTTET

Directeur adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes académiques

REMERCIEMENTS

A notre Président de jury

Monsieur le Professeur Rémy MICHEL

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Que ce travail soit l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A nos maîtres et juges

Madame le Professeur Audrey MERENS

Vous nous faites l'honneur de compter parmi les membres de notre jury, nous vous remercions d'accepter de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Associé Henri PARTOUCHE

Merci d'avoir accepté de juger notre travail, nous vous exprimons notre respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Kevin COCQUEMPOT

Merci d'avoir accepté de vous associer aux membres de notre jury. Nous vous remercions également pour les enseignement précieux au cours de notre formation d'interne.

Madame le Dr Cécile FICKO

Merci d'avoir accepté de vous associer aux membres de notre jury. Nous vous prions de recevoir nos chaleureux remerciements.

A nos directrices de thèse

Madame le Dr Magali BILLHOT

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.
Un grand merci pour votre accompagnement précieux et pour
votre patience inébranlable tout au long de ce travail de thèse.

Madame le Dr Sandrine DURON

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.
Un grand merci pour votre accompagnement précieux et pour
votre patience inébranlable tout au long de ce travail de thèse.
Merci pour l'aide inestimable et le soutien pour l'analyse des
données.

Aux équipes des CMA de Grenoble et de Saint-Dizier et de la FAN de Toulon pour leur soutien dans le recueil des données.

Aux équipes médicales qui m'ont formée au cours de ces trois années d'internat.

Aux Dr Sion, Cocquempot et Couderc pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine d'unité.

A Fabienne, tu nous as quitté trop tôt. Je te dois ma vocation.

A mes parents, pour leur soutien inestimable. A Papa, pour ta présence discrète mais fondamentale tout au long de mon parcours. A Maman pour ton aide précieuse en toutes circonstances, pilier inébranlable de mes études médicales. Merci, sans vous je n'en serai pas là.

A mes frères et soeur pour votre généreux soutien à la seule scientifique de la famille !

A mes amies d'enfance, Elsa, Emma, Charlotte, Déborah, Marie, merci pour votre fidélité malgré l'éloignement.

A mes amis de la boîte, Krystel, Mailys, Florian, Hélène, Juliette, pour les moments inoubliables passés ensemble.

A mes co-internes, Noémie, Fabien et Joy sans qui certains stages auraient été bien tristes.

Et enfin, à Aurélien pour ta présence au quotidien et ton soutien sans faille. Pour ta confiance et ton amour je te remercie. On forme une belle équipe !

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

I	INTRODUCTION	9
II	ETAT DE L'ART	10
II.1	Généralités sur les IST	10
II.2	Epidémiologie récente des infections sexuellement transmissibles..	10
II.2.1	En France	10
II.2.2	Dans les armées françaises	15
II.3	Etat des connaissances vis à vis des IST dans la population générale.....	16
II.3.1	En France	16
II.3.2	Dans les armées françaises	17
II.4	Expositions sexuelles à risque de transmission d'une IST	17
II.4.1	Définition	17
II.4.2	En France	17
II.4.3	Dans les armées françaises	17
II.5	Prévention des IST dans les armées françaises	18
III	MATERIEL ET METHODE	20
III.1	Type d'étude	20
III.2	Population étudiée	20
III.3	Constitution de l'échantillon d'étude	20
III.4	Déroulement de l'étude	20
III.5	Questionnaire	21
III.6	Analyse des données	21
IV	RESULTATS	23
IV.1	Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée... 23	23
IV.2	Etat des connaissances	25
IV.2.1	Germes	25
IV.2.2	Symptômes	27
IV.2.3	Gravité	28
IV.2.4	Connaissances générales	29
IV.2.5	Connaissances globales	31
IV.3	Activité sexuelle.....	32
IV.3.1	Habitudes générales	32
IV.3.2	Moyens de prévention privilégiés	33
IV.4	ESAR.....	34
IV.4.1	Exposition sexuelle à risque	34
IV.4.2	Caractéristiques de la dernière ESAR.....	35
IV.4.3	Facteurs de risques de survenue d'une ESAR	36
IV.5	Dépistage et antécédents d'IST	38
IV.6	Prévention	39
V	DISCUSSION	40
V.1	Commentaires des résultats	40
V.1.1	Caractéristiques socio-démographiques	40
V.1.2	Activité sexuelle et antécédents d'IST	41
V.1.3	Connaissances.....	41
V.1.4	Expositions sexuelles à risque	43
V.1.5	Facteurs de risques d'ESAR	45

V.2 Avantages et limites de l'étude.....	45
V.2.1 Thème de l'étude.....	45
V.2.2 Type d'étude.....	46
V.2.3 Echantillonnage.....	46
V.2.4 Questionnaire.....	46
V.3 Prévention et perspectives.....	46
VI CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
TABLE DES TABLEAUX.....	53
TABLE DES FIGURES.....	53
ANNEXES.....	54

I INTRODUCTION

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) restent en 2016 un enjeu majeur en terme de Santé Publique en France et dans le monde. Les IST se transmettent principalement lors d'un rapport sexuel, mais aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, par les produits sanguins, par transplantation et greffe. Chaque jour, près d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible dans le monde, incluant les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). (1) Ces infections sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité importante, à la fois en terme de retentissement immédiat (infectieux notamment), mais également en terme de retentissement chronique, tels que l'augmentation des décès néonataux ou de la prématurité, le risque de stérilité ou encore le rôle pro-oncogène de certains micro-organismes impliqués. De plus, certaines infections sexuellement transmissibles comme la syphilis augmentent le risque de contracter le virus de l'immunodéficience humaine. En effet, il y aurait une interaction particulièrement forte entre le début de l'infection à VIH et les autres IST. Cette interaction pourrait expliquer au moins 40% des cas de transmission du virus. (2) Face à l'ampleur du problème, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place un plan de lutte contre les infections sexuellement transmissibles de 2006 à 2015 visant à mettre en place une politique de soins d'une part, et de prévention d'autre part avec le meilleur rapport coût/efficacité, les pays les plus touchés étant ceux avec un système de santé plus précaire. (1) La France n'est pas épargnée par les infections sexuellement transmissibles. Pour lutter contre ce problème de santé, un plan de lutte national a ainsi été mis en place pour la période 2010 à 2014. Ses principaux objectifs étaient la généralisation du dépistage et le renforcement des actions de prévention notamment vis à vis des groupes les plus vulnérables, homosexuels masculins notamment. (3) Les conclusions sur l'efficacité de ce plan ne sont pas encore connues. La population militaire principalement composée d'hommes jeunes est particulièrement exposée au risque de contracter une IST en particulier à l'occasion des missions outremer ou à l'étranger où la prévalence de des IST est importante. Mais le risque en métropole même s'il est plus difficile à évaluer n'est pas inexistant. La vie en collectivité, l'influence du groupe sur les comportements individuels et la prise d'alcool ou d'autres substances addictives, expliqueraient ce sur-risque. (4,5) Il apparaît donc important de s'intéresser particulièrement à cette population, ce que propose ce travail.

L'objectif de ce travail était d'obtenir une évaluation des connaissances, des attitudes et des pratiques vis à vis des infections sexuellement transmissibles auprès d'un échantillon de militaires français pour contribuer à mieux cibler les moyens de prévention à adopter et les messages à transmettre. Ce travail a pour objectif également de comparer les résultats obtenus à ceux des enquêtes réalisées précédemment dans la population générale et en milieu militaire et pouvoir ainsi évaluer l'évolution de cette problématique dans le temps.

II ETAT DE L'ART

II.1 Généralités sur les IST

En France, les IST les plus fréquentes sont le VIH, les papillomaviroses, l'herpès génital, les chlamydioses, la gonococcie et la syphilis. Les IST peuvent avoir plusieurs expressions cliniques : infections génitales basses ou hautes associées ou non à une expression clinique générale. Elles sont fréquemment asymptomatiques d'où la modification du terme de Maladie Sexuellement Transmissible vers celui d'Infection Sexuellement Transmissible. Lorsqu'elles sont symptomatiques, les symptômes sont souvent peu spécifiques. Il peut exister un syndrome grippal (notamment dans la primo-infection au VIH), un écoulement urétral chez l'homme ou des leucorrhées chez la femme, associés ou non à des brûlures urinaires. Ces derniers symptômes sont souvent retrouvés dans l'infection à gonocoque ou dans la chlamydia. Des ulcérations génitales sont fréquemment décrites et concernent surtout la syphilis et l'herpès. Le diagnostic de certitude se fait soit par prélèvement local génital soit par prélèvement sanguin.

Les facteurs de risque identifiés de contracter une IST sont le sexe féminin, la précocité du premier rapport sexuel, l'homosexualité masculine et les antécédents d'IST. Le diagnostic de ces infections repose donc d'abord sur le dépistage (interrogatoire du patient, anamnèse) puis sur la clinique et la biologie. Les co-infections étant fréquentes du fait du mode de transmission, il est recommandé un dépistage systématique de toutes les autres IST lors d'un diagnostic positif d'IST. (6)

II.2 Epidémiologie récente des infections sexuellement transmissibles

II.2.1 En France

II.2.1.1 Infection par le VIH/ SIDA

L'infection par le VIH/SIDA est une maladie à déclaration obligatoire. En 2008, le taux d'incidence de l'infection par le VIH était de 17 pour 100000 personnes-années avec 6490 nouveaux cas déclarés. Environ 6200 personnes ont découvert leur séropositivité en 2013, ce chiffre reste stable depuis 2008 après une nette diminution (Figure 1). (7)

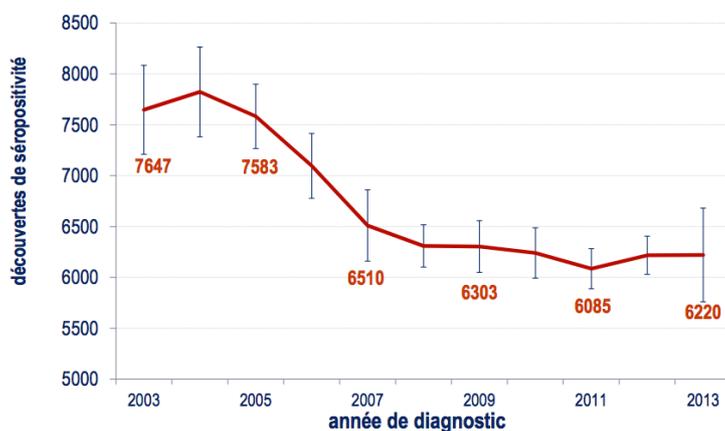


Figure 1 Evolution du nombre de découvertes de séropositivité (7)

En 2013, les découvertes de séropositivité ont concerné des homosexuels masculins pour 43% ; des hétérosexuels nés à l'étranger pour 23% (femmes) et 15% (hommes); des hétérosexuels nés en France pour 10% (hommes) et 8% (femmes). (Figure 2). (7)

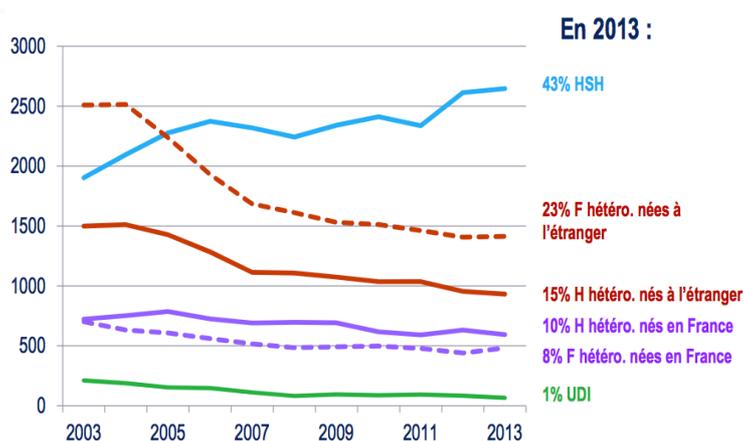


Figure 2 Découvertes de séropositivité par mode de contamination (7)

Les co-infections avec les hépatites B et C représentent respectivement 5 et 4% des découvertes de séropositivité (variables renseignées pour 51% des découvertes sur la période 2012-2013). Les co-infections toutes IST confondues représentent 16% des découvertes de séropositivité (variables renseignées pour 45% des découvertes sur la période 2012-2013) (Figure 3). (7)

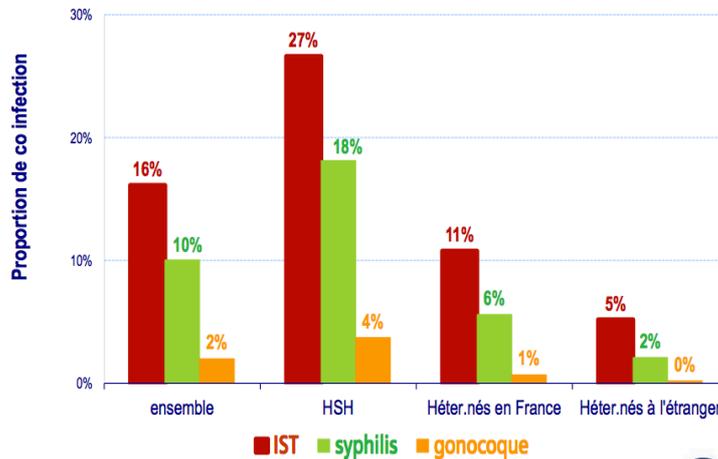


Figure 3 Co-infections ou antécédents d'IST dans les 12 mois précédant la découverte de séropositivité sur la période 2012-2013 (7)

II.2.1.2 Syphilis

Les cas de syphilis récente ou précoce (c'est à dire datant de moins d'un an) sont surveillés depuis 2000 grâce au réseau RésIST des cliniciens. Après une augmentation rapide au début de la décennie, le nombre de cas est stable ces dernières années. On note cependant une augmentation du nombre de cas hors Ile de France. La majorité des nouveaux cas (86%) en 2013 étaient des homosexuels masculins, avec une augmentation du nombre de nouveaux cas dans cette population. Les cas féminins restent peu importants avec 4% des nouveaux cas en 2013 (Figure 4). (8)

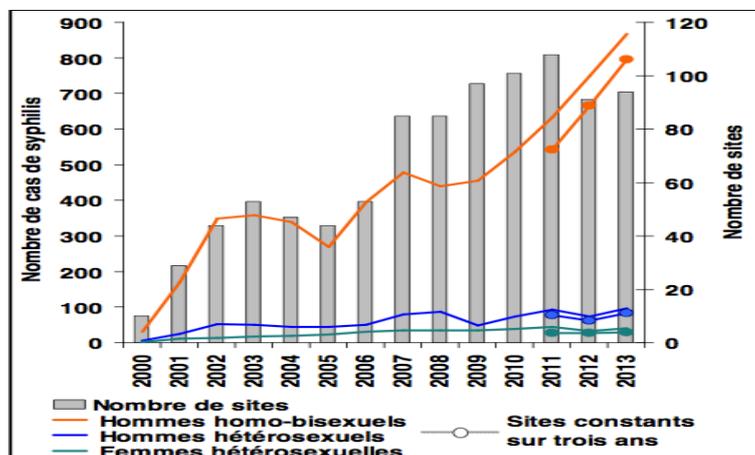


Figure 4 Evolution du nombre de cas de syphilis récente (8)

II.2.1.3 Gonococcie

Les infections gonococciques sont surveillées par deux réseaux sentinelles. Le réseau national des gonocoques (Rénago) permet de surveiller la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques. Le réseau RésIST des cliniciens récolte des informations sur les patients atteints de gonococcie depuis 2004. Le nombre

d'infection à gonocoque a progressé pendant toute la décennie, il a doublé de 2010 à 2013 passant de 534 en 2010 à 1200 en 2013. L'augmentation est plus marquée chez les homosexuels masculins mais est présente également chez les hétérosexuels, quel que soit le sexe (Figure 5). (8)

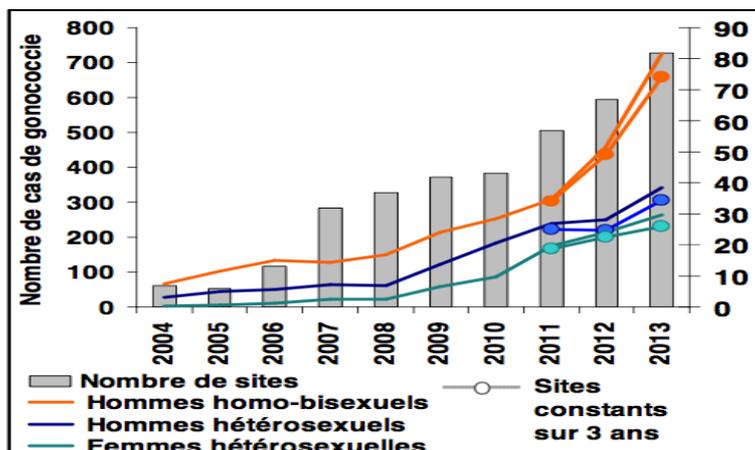


Figure 5 Evolution du nombre de nouveaux cas de gonococcies (8)

Le réseau Rénago constate que la résistance des souches de gonocoque à la ciprofloxacine reste élevée (40%). Le traitement de première intention de la gonococcie repose sur les céphalosporines de 3e génération, or la sensibilité des souches de gonocoque à cette classe d'antibiotiques diminue. Plus particulièrement la sensibilité aux céphalosporines orales (céfixime) mais également en 2010, 2 cas de résistance à la ceftriaxone ont été décrits (Figure 6). (8) (9)

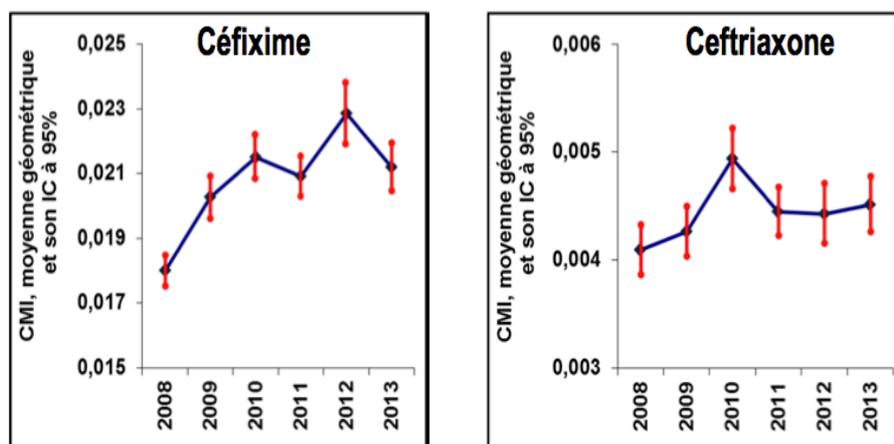


Figure 6 Gonocoque : résistance aux céphalosporines (9)

II.2.1.4 Chlamydiae

Les infections uro-génitales à Chlamydiae sont surveillées par le réseau Rénachla depuis 2000. Le nombre de cas (diagnostic direct d'une infection à *Chlamydia trachomatis*) est en augmentation plus nette chez les femmes que chez les hommes. A partir de 2011, l'augmentation des cas est plus marquée chez les

sujets symptomatiques qu'asymptomatiques ce qui inverse la tendance remarquée depuis 2008 (Figure 7). (8)

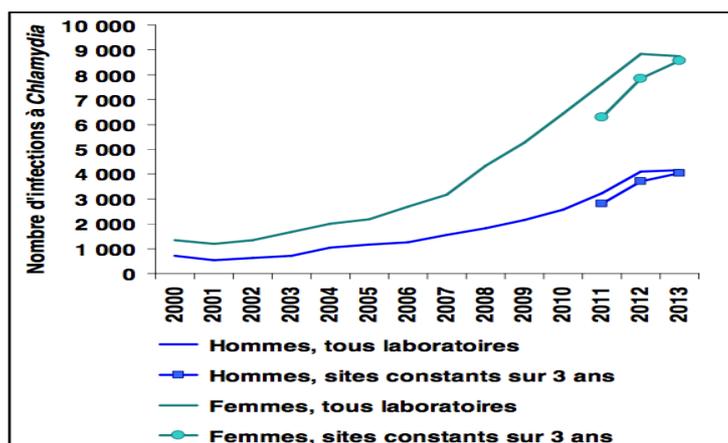


Figure 7 Evolution du nombre d'infections à Chlamydiae (8)

II.2.1.5 Hépatite B

L'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire en France, ce qui permet sa surveillance. La contamination par l'hépatite B est en baisse en France avec 1391 cas déclarés entre 2003 et 2013 et moins de 100 cas depuis 2010. La contamination par voie sexuelle est le premier mode de contamination (55% des cas), suivi de la contamination à l'occasion d'un voyage en pays d'endémie (32%), les usagers de drogue représentant 5% des contaminations (Figure 8). (8) (10)

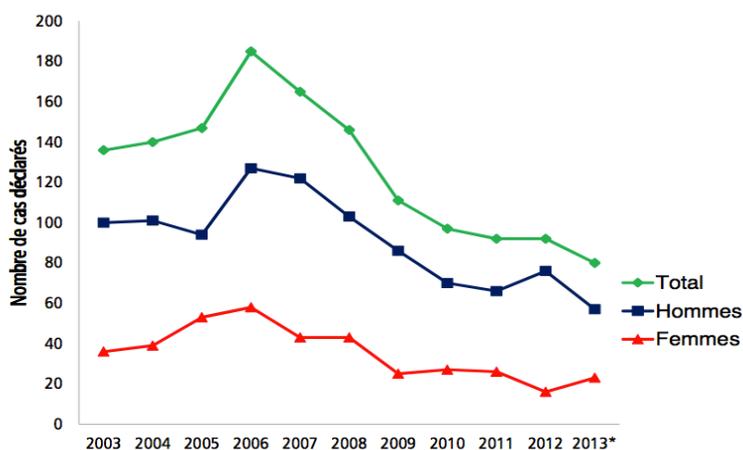


Figure 8 Evolution du nombre déclaré d'hépatite B aigüe (8)

II.2.1.6 Papillomavirus humain (HPV)

La surveillance du papillomavirus est récente, l'incidence des condylomes est d'environ 50000 cas par an, elle est proche entre hommes et femmes et est liée à l'HPV dans 90% des cas. L'incidence du cancer du col de l'utérus est d'environ 3000 cas par an et est lié au HPV dans 100% des cas. L'incidence du cancer anal est

inconnue, elle serait 5 fois plus faible que celle du cancer du col de l'utérus, plus fréquente chez les homosexuels masculins et les patients contaminés par le VIH. (8) (11)

II.2.2 Dans les armées françaises

Dans les armées françaises, un système de surveillance épidémiologique réglementaire existe depuis 1996. Tous les médecins y participent, quel que soit leur lieu de d'exercice. Les 3 événements suivants sont surveillés dans le cadre de la Surveillance Epidémiologique des Armées (SEA) :

- Infections sexuellement transmissibles (hors VIH) : diagnostic clinique et/ou biologique d'une infection liée à un des huit agents pathogènes les plus fréquemment responsables d'IST (syphilis, gonorrhée, chlamydie, trichomonase, hépatite B, herpès, papillomavirus humain.) (2)

- Séroconversion VIH : apparition des anticorps anti-VIH dans le sang suite à la contamination par le virus (entre 2 et 12 semaines après l'exposition au virus) ; la séroconversion est souvent asymptomatique ou se manifeste par un syndrome grippal ; le diagnostic se fait par test Elisa complété d'un Western Blot permettant de détecter la présence des anticorps anti-VIH dans le sang. (6)

- SIDA : le syndrome d'immunodéficience acquise est le dernier stade de l'infection par le VIH, il peut se déclarer 10 à 15 ans après la séroconversion ; il correspond à la survenue de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées à la déplétion profonde de l'immunité cellulaire (lymphocytes T CD4 + < 200/mm³) (6)

Les nouveaux cas des événements ci-dessus répondant aux critères de déclaration et survenant chez un militaire français sont déclarés. Une fiche de renseignements (appelé fiche spécifique de déclaration) comprenant des données individuelles sur chaque cas est remplie par le médecin militaire, quel que soit le lieu de diagnostic et de prise en charge du patient. En 2006, 67 IST et 10 contaminations par le VIH ont été déclarées. Le taux d'incidence était de 19,2 pour 100000 pour les IST et de 2,8 cas pour 100000 dans le cas des séroconversions VIH. A noter que 59,7% des IST et 70% des contaminations par le VIH avaient eu lieu à l'étranger. (12) En 2008, les taux d'incidence des IST et du VIH dans les armées étaient respectivement de 17,3 et de 2,6 pour 100 000. Les IST les plus déclarées étaient le gonocoque, les chlamydiae et l'herpès. (13) En 2014, 128 cas d'IST ont été déclarés via les fiches spécifiques de déclaration. Le taux d'incidence des IST était de 41 pour 100000. La plupart des contaminations étaient présumées avoir eu lieu en France métropolitaine (71,4%). On remarque donc une augmentation de l'incidence des IST depuis 2006 avec une augmentation des contaminations présumées en France Métropolitaine. (Figure 9) (14)

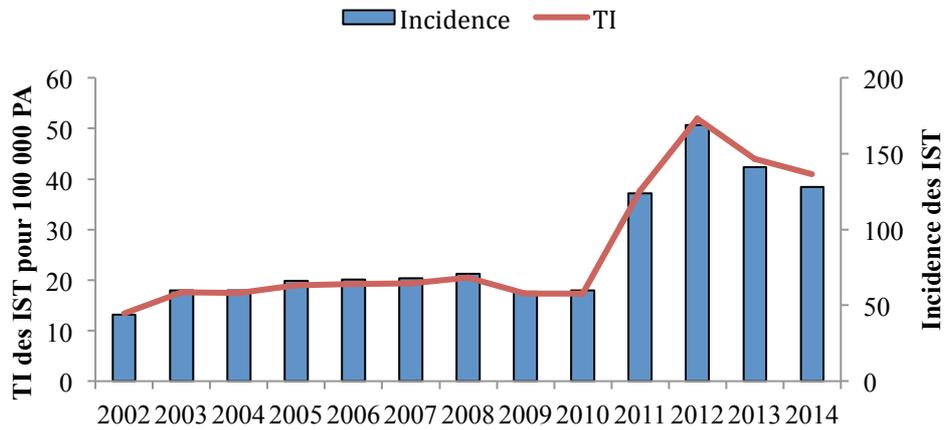


Figure 9 Incidence et taux d'incidence des IST déclarées par fiche spécifiques dans les armées de 2002 à 2014 (14)

II.3 Etat des connaissances vis à vis des IST dans la population générale.

II.3.1 En France

Depuis les années 2000, les enquêtes KABP (Knowledge, Attitude, Beliefs and Practice) s'intéressent aux connaissances, attitudes, croyances et comportements vis à vis du VIH/SIDA dans la population générale adulte en Ile-de-France puis plus récemment en France métropolitaine et dans les départements d'outremer. L'enquête de 2010 a montré que les connaissances sur le VIH/SIDA restent stables depuis 2004 avec cependant une augmentation du nombre de jeunes ne croyant pas à l'efficacité du préservatif pour se protéger du VIH. L'utilisation du préservatif diminue par rapport à 2004 surtout chez les jeunes et le VIH a été banalisé dans cette population. (15) (16) L'apparition du traitement antirétroviral a eu pour effet de diminuer l'usage du préservatif et les comportements de prévention notamment dans la population homosexuelle masculine. (17) (18)

Les enquêtes auprès des adolescents européens ont montré des lacunes dans les connaissances sur les IST en dehors du VIH/ SIDA. (19) (20) Les connaissances sur les symptômes des IST comme l'infection uro-génitale à Chlamydiae et l'infection à Papillomavirus sont limitées avec une méconnaissance du caractère asymptomatique et de la nécessité de dépistage de ces deux infections et une méconnaissance sur le vaccin existant contre le papillomavirus. (21) Les connaissances des jeunes et de la population générale semblent donc meilleures vis à vis du VIH que des autres IST et l'utilisation du préservatif en diminution. (22)

II.3.2 Dans les armées françaises

La population militaire est une population jeune issue de la population générale, les connaissances de cette population vis à vis des IST ne semblent pas meilleures que dans la population générale avec la constatation de la même disparité de connaissances entre le VIH/SIDA et les autres IST. (23) Les connaissances sur les pratiques à risque sont limitées avec une méconnaissance sur la possibilité de transmission d'une IST lors des rapports oro-génitaux ainsi que sur l'augmentation du risque lors des rapports anaux. La trithérapie post-exposition est par contre bien maîtrisée par les militaires français qui connaissent son existence et son mode de prescription. (24)

II.4 Expositions sexuelles à risque de transmission d'une IST

II.4.1 Définition

Un contact lors d'un rapport sexuel d'une muqueuse avec un liquide biologique susceptible de contenir des virus ou des bactéries pathogènes (sperme, sécrétions vaginales) est une situation d'exposition potentielle à cet agent pathogène et donc de transmission. (25) Les rapports anaux sont plus à risque de transmission que les rapports par voie vaginale, en raison principalement d'une muqueuse plus fragile. Le risque de transmission existe pour les rapports oro-génitaux, il est augmenté par les lésions des muqueuses buccales. (26)

La seule méthode de prévention validée contre les IST est le préservatif (masculin ou féminin). Un rapport sexuel sans préservatif ou avec un incident de préservatif avec un partenaire occasionnel ou nouveau est donc considéré comme une exposition sexuelle à risque de transmission d'une IST. (1)

II.4.2 En France

Il n'existe pas en France de recueil spécifique des expositions sexuelles à risque de transmission d'une IST (ESAR). Cependant, l'analyse des rapports d'activité de 28 COREVIH a montré que les expositions sexuelles représentaient plus de la moitié des expositions devant les accidents d'exposition au sang. Ces derniers sont répertoriés par les C-CLIN et concernent principalement des professionnels de santé alors que les expositions sexuelles à risque sont mal recensées à l'échelon national et non analysées. (27)

II.4.3 Dans les armées françaises

Depuis 2000, les ESAR font partie des événements surveillés dans le cadre de la SEA. Une fiche de recueil d'informations individuelles anonyme est remplie par le médecin militaire devant toute ESAR et envoyée au Centre d'Epidémiologie et de

Santé Publique des Armées qui les analyse. Toutes les ESAR survenant chez un militaire français en activité qui consulte un médecin militaire sont donc déclarées, en France ou à l'étranger.

Entre 2005 et 2007, 2241 ESAR ont été déclarées avec un taux d'incidence annuel de 214 pour 100000 avec un âge moyen de 26 ans. Les ESAR étaient survenues hors de France métropolitaine dans 93% des cas. Le partenaire sexuel était une prostituée dans 66% des cas. (28)

Pour la période 2012 à 2014, 1107 ESAR ont été déclarées ce qui correspond à une diminution d'incidence des ESAR par rapport aux périodes antérieures. L'âge moyen était de 26 ans avec une survenue hors de France Métropolitaine dans 82,1% des cas, principalement en Afrique et avec une prostituée dans 56,4% des cas. Le taux d'utilisation du préservatif était de 60,9%, significativement inférieur à la période 2007-2008. La fréquence d'utilisation du préservatif variait selon le type de rapport et restait plus faible pour la fellation (21,4%). Le rapport conduisant à l'ESAR avait eu lieu sous l'emprise de substances psychoactives dans 59,7% des cas, principalement l'alcool. (29)

II.5 Prévention des IST dans les armées françaises

Une politique de prévention des IST existe dans les armées françaises, elle est organisée par le Service de Santé des Armées (SSA). (5) Les militaires français devant être déployés en outremer ou à l'étranger reçoivent une éducation collective avec des informations sur les risques sanitaires des pays de déploiement. Une information sur les IST, leur prévention et l'importance de la consultation d'un médecin en cas d'ESAR leur est dispensée. Ils sont aussi reçus en consultation par le médecin d'unité qui revoit au cas par cas les militaires pour l'éducation sanitaire individuelle. Les militaires sont également vus en consultation au retour de mission avec à cette occasion une incitation au dépistage. L'incitation au dépistage est également faite dans le cadre de la Visite Médicale Périodique, une fois tous les deux ans.

Il n'existe cependant pas de support pédagogique validé par le SSA ni de conduite à tenir précise pour l'éducation sanitaire. Chaque médecin, aidé de son équipe médicale, se charge de la prévention.

Lors des missions, des préservatifs sont mis gratuitement à disposition des militaires au service médical. Lors d'une ESAR, le médecin d'unité qui reçoit le patient dispose d'un kit de prophylaxie antirétrovirale, y compris en outremer ou à l'étranger. (Figure 10)

La surveillance épidémiologique permet aussi d'évaluer les stratégies mises en place et de les adapter.

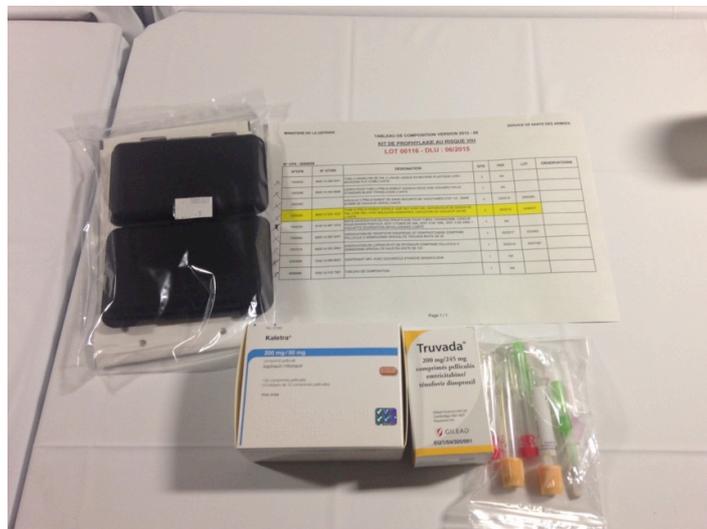


Figure 10 Kit de prophylaxie anti-rétrovirale en dotation dans les postes de secours, SSA (photo : S. Duron)

III MATERIEL ET METHODE

III.1 Type d'étude

L'étude réalisée était une enquête transversale multicentrique à l'aide d'un questionnaire standardisé anonyme distribué dans trois Centres Médicaux des Armées s'intéressant aux caractéristiques socio-démographiques, aux connaissances, aux habitudes et aux pratiques des militaires français vis à vis de la prévention de la transmission des IST.

III.2 Population étudiée

La population étudiée était les militaires français d'active de trois Centre Médicaux des Armées (CMA), le CMA de Grenoble, le CMA de Saint-Dizier-Chaumont et la Force d'Action Navale de Toulon.

Le SSA est organisé en centres médicaux des armées comprenant chacun plusieurs antennes médicales composées de 1 à 5 médecins, d'une équipe infirmière et d'une équipe d'aide-soignants ou brancardiers secouristes.

III.3 Constitution de l'échantillon d'étude

Pour des raisons pratiques, l'échantillon utilisé dans ce travail de thèse est un échantillon de convenance, ainsi ni les CMA ni les militaires n'ont été tirés au sort. Il a cependant été décidé de travailler avec un CMA dans chacune des 3 armées (armée de l'air, armée de terre et marine) et de proposer systématiquement sur une période donnée, à l'ensemble des militaires reçus pour une Visite Médicale Périodique (médecine du travail) de compléter le questionnaire. Cette méthode permettait de limiter les effets de l'absence de tirage au sort et de laisser intervenir le hasard, tous les militaires devant réaliser cette visite au moins une fois tous les deux ans.

III.4 Déroulement de l'étude

Le recueil des données a eu lieu de février 2015 à avril 2015. 340 questionnaires ont été apportés dans les trois Centre Médicaux des Armées (CMA) ainsi qu'une enveloppe par questionnaire.

Le questionnaire a été distribué accompagné d'une enveloppe vierge par l'infirmière, l'auxiliaire sanitaire ou la secrétaire du CMA en même temps que le questionnaire médico-biographique à tous les militaires venant consulter avant la Visite Médicale Périodique. Le questionnaire était rempli en salle d'attente par le patient puis glissé dans l'enveloppe qui était cachetée et recueillie dans une boîte identifiée dans la salle d'attente.

Les patients ne désirant pas participer à l'étude étaient invités à remplir uniquement la partie socio-démographique et à rendre ainsi le questionnaire non

complété. Tous les patients étaient donc volontaires pour participer à l'étude. L'anonymat des réponses a été garanti par la mise sous pli cacheté et le système de boîte de recueil en salle d'attente. Une fois les questionnaires remplis, ils ont été récupérés et décachetés pour l'analyse des données.

III.5 Questionnaire

Le questionnaire distribué (Annexe 2) comprenait 4 parties: une première partie portait sur les caractéristiques socio-démographiques du répondant, une deuxième partie sur les connaissances sur les IST et leur prévention, une troisième partie s'intéressait aux habitudes et aux pratiques et une dernière partie interrogeait sur les moyens de prévention.

La partie sur les connaissances a été réalisée à partir des sites d'informations du ministère de la santé sur les IST. (30) (31) Les questions portaient sur la connaissance des germes responsables d'IST, sur l'évaluation de leur gravité et sur la connaissance des symptômes pouvant faire évoquer une IST. Enfin des questions générales sur les modes de prévention, de transmission et les conséquences des différentes IST concluaient cette partie.

La partie sur les habitudes a été rédigée à partir des enquêtes KABP et d'une étude précédente réalisée en milieu militaire (16) (24) dans le but de comparer les résultats. Elle était composée de questions générales sur les habitudes sexuelles (âge du premier rapport sexuel, orientation sexuelle, moyens de prévention privilégiés habituellement...) puis de questions sur les ESAR et les circonstances de la dernière ESAR.

Les questions de la partie sur la prévention ont été écrites à partir des études sur les moyens ayant fait preuve de leur efficacité en milieu militaire et civil dans la prévention des IST, retrouvées notamment sur les sites de l'INPES et du ministère de la santé. (32) Cette partie comprenait des questions sur les modes d'information sur les IST privilégiés par les patients.

Le questionnaire a été préalablement testé sur des internes en médecine générale et en médecine interne et sur un échantillon de 10 militaires non soignants ne participant pas à l'étude, afin de vérifier sa faisabilité en un temps limité.

III.6 Analyse des données

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi-Info 6 avec création préalable d'un masque de saisie. L'ensemble des 340 questionnaires distribués ont été reçus et enregistrés. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Stata SE 12.1.

Une première partie descriptive des données a été réalisée sur les caractéristiques de la population, les connaissances et la prévention.

Cinq notes de connaissance ont été calculées à partir des questions de connaissances :

- une note sur la connaissance des germes responsables d'IST, calculée en attribuant 1 point par germe connu et 0 point si le germe présenté n'était pas coché, obtenant ainsi une note sur 7.

- une note sur la connaissance des symptômes des IST, calculée en attribuant 1 point si le symptôme était connu et 0 point si le symptôme n'était pas connu, obtenant ainsi une note sur 5.

- une note sur la connaissance de la gravité des IST, calculée sur le même modèle (1 point si la gravité était correctement évaluée et 0 point si la réponse était fausse), obtenant une note sur 7.

- pour les connaissances générales, les questions étaient posées sous la forme de "vrai" ou "faux", 1 point était attribué si la réponse était bonne et 0 point si la réponse était fausse ; les questions portant sur le VIH et l'utilisation du préservatif ont été notées sur 2 points, considérées comme plus importantes à connaître. La note obtenue a ensuite été ramenée sur 20.

Enfin, une moyenne de ces 4 notes (germes, symptômes, gravité, générales) a été calculée et également ramenée sur 20 pour plus de lisibilité, elle représente les connaissances globales.

Une deuxième partie analytique a été réalisée dans le but de mettre en évidence des facteurs de risque d'exposition sexuelle à risque. Une analyse univariée par facteur de risque a été réalisée à l'aide du test du Chi 2 ou de Fischer lorsque les conditions d'application du test du Chi 2 n'étaient pas remplies. Une analyse multivariée au moyen de modèles de régression logistique a ensuite été réalisée en incluant les facteurs les plus significatifs lors de l'analyse univariée. Pour ce faire, les variables pour lesquelles le p de l'analyse univariée était inférieur ou égal à 20% ont été introduites dans le modèle de régression logistique multivarié de départ. Pour ce travail, le seuil de signification était fixé à 5%.

IV RESULTATS

IV.1 Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

L'échantillon d'étude était caractérisée par une majorité d'hommes (87,9%), plutôt jeunes (âge moyen : 32 ans ; âge médian : 30 ans ; extrême : 19-62 ans). Dans notre échantillon, près de la moitié des personnes appartenaient à la Marine nationale (44,7%), suivi de l'Armée de terre (32,1%) et de l'Armée de l'air (19,2%). Près de 3 sujets sur 4 avaient un niveau d'étude inférieur à "bac + 2" (72,6%) Sur le plan du mode de vie, 60,3 % étaient en couple stable et la moitié (48%) avaient des enfants. Au niveau de la mobilité, 85% étaient déjà partis en mission à l'étranger dont 83,4% au moins deux fois. (Tableau I)

Tableau I Caractéristiques socio-démographiques de la population

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Sexe (n=340)	Masculin	299	87,9
	Féminin	41	12,1
Age (ans) (n=330)	< 25	69	20,9
	25-35	147	44,5
	> 35	114	34,5
Niveau d'étude (n=325)	Pas de diplôme	11	3,4
	< bac + 2	225	69,2
	> bac + 2	89	27,4
Catégorie de grade (n=298)	Militaire du rang	126	42,3
	Sous - officier	155	52,0
	Officier	17	5,7
Armée d'appartenance (n=302)	Terre	97	32,1
	Air	58	19,2
	Marine	135	44,7
	Autres	12	4,0
Situation familiale (n=325)	Célibataire/Divorcé	129	39,7
	En concubinage	50	15,4
	Marié/pacsé	146	44,9
Enfants (n=329)	Oui	158	48,0
	Non	171	52,0
Missions (n=334)	Oui	284	85,0
	Non	50	15,0
Nombre de missions (n=283)	1	47	16,6
	2-5	129	45,6
	>5	107	37,8

IV.2 Etat des connaissances

IV.2.1 Germes

Les connaissances des sujets inclus concernant les germes responsables d'IST étaient relativement bonnes puisque 55% d'entre eux obtenaient une note supérieure ou égale à 5/7. (Figure 11) Toutefois, le rôle des chlamydiae et du gonocoque n'était pas connu pour une grande partie de l'échantillon (respectivement 72,9 et 74,4%). (Tableau II) Enfin, la moitié seulement de l'échantillon savait que le papillomavirus était un germe responsable d'IST. La connaissance des germes responsables d'IST ne variait pas significativement selon l'âge ni le sexe sauf pour le papillomavirus et les chlamydiae. En effet, 73,2 % des femmes savaient que le HPV était responsable d'IST contre 47,8% des hommes ($p=0,002$). De même, 46,3% des femmes connaissaient le rôle des chlamydiae contre 24,4% des hommes ($p=0,005$).

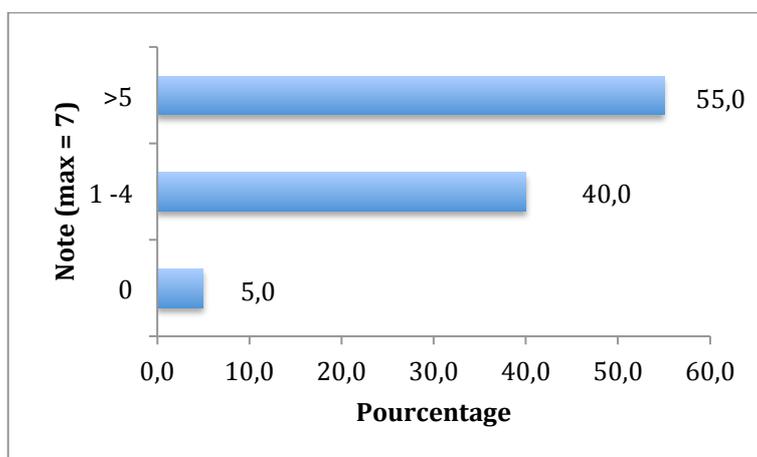


Figure 11 Distribution des notes selon la connaissance des germes (note maximale = 7)

Tableau II Connaissances des germes responsables d'IST

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Syphilis	Oui	300	88,2
	Non	40	11,8
Gonocoque	Oui	87	25,6
	Non	253	74,4
Herpès génital	Oui	291	85,6
	Non	49	14,4
Hépatite B	Oui	306	90,0
	Non	34	10,0
Chlamydiae	Oui	92	27,1
	Non	248	72,9
VIH	Oui	290	85,3
	Non	50	14,7
HPV	Oui	173	50,9
	Non	167	49,1

IV.2.2 Symptômes

Les symptômes qui pouvaient correspondre à une IST étaient bien connus pour 62% de la population avec une note supérieure ou égale à 3/5 (Figure 12). Les brûlures urinaires étaient le symptôme le mieux connu (86,5% de bonnes réponses) tandis que l'éruption cutanée et les courbatures étaient les symptômes les moins bien connus (60,9% de mauvaises réponses). On note que la fièvre n'était pas connue comme un symptôme d'IST par 56,5% des répondants. (Tableau III)

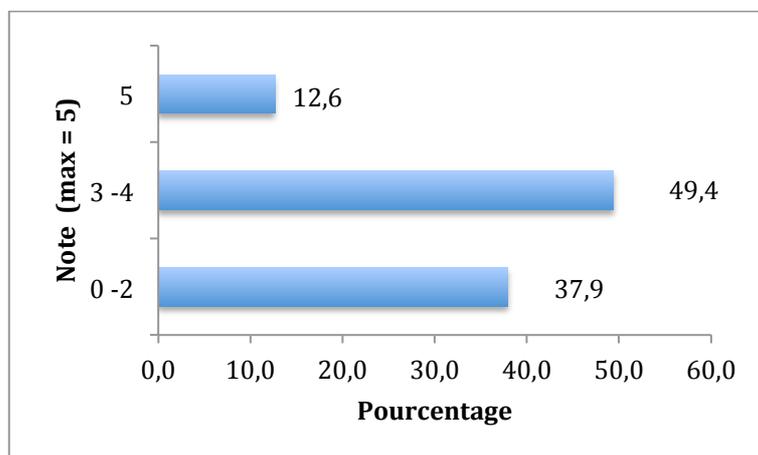


Figure 12 Distribution des notes selon la connaissance des symptômes d'IST (note maximale = 7)

Tableau III Connaissances des symptômes des IST

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Fièvre	Oui	192	56,5
	Non	148	43,5
Ecoulement génital	Oui	203	59,7
	Non	137	40,3
Eruption cutanée	Oui	133	39,1
	Non	207	60,9
Courbatures	Oui	133	39,1
	Non	207	60,9
Brûlures urinaires	Oui	301	88,5
	Non	39	11,5

IV.2.3 Gravité

La gravité potentielle des différentes IST était bien évaluée par 60,3% de la population avec une note supérieure ou égale à 5/7 (Figure 13). Les *Chlamydiae* étaient jugées comme de faible gravité par 60,6%. Le gonocoque était jugé de gravité élevée par 78,5% . (Tableau IV)

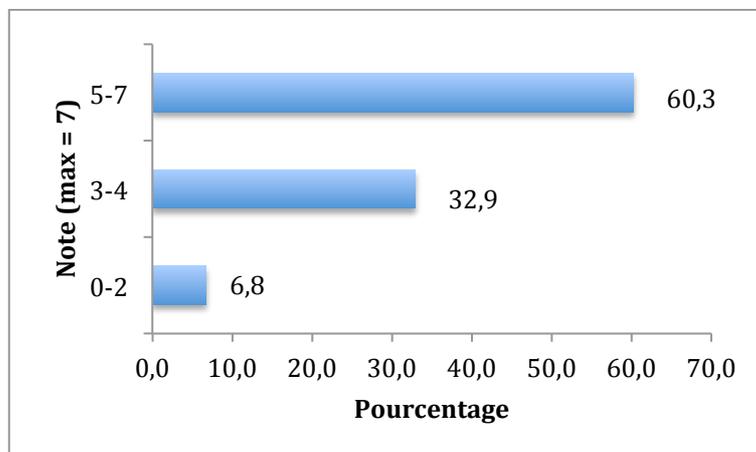


Figure 13 Distribution des notes selon la connaissance de la gravité (note maximale = 7)

Tableau IV Evaluation de la gravité des IST

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Syphilis	Grave	262	77,1
	Peu grave	78	22,9
Gonocoque	Grave	267	78,5
	Peu grave	73	21,5
Herpès génital	Grave	174	51,2
	Peu grave	166	48,8
Hépatite B	Grave	304	89,4
	Peu grave	36	10,6
Chlamydiae	Grave	134	39,4
	Peu grave	206	60,6
VIH	Grave	317	93,2
	Peu grave	23	6,8
HPV	Grave	239	70,3
	Peu grave	101	29,7

La connaissance de la gravité des différentes pathologies n'était pas significativement associée à l'âge ni au sexe sauf pour les *Chlamydiae*. Ainsi, 50,7% des personnes âgées de moins de 25 ans considéraient que les infections à

Chlamydiae pouvaient être graves, contre 42,2% chez les 25-35 ans et 30,7% chez les 35 ans ou plus ($p=0,02$).

IV.2.4 Connaissances générales

Les connaissances générales étaient globalement médiocres (Tableau V), avec des lacunes concernant les complications et les séquelles à moyen/long terme. Ainsi 3 personnes sur 4 ne savaient pas que l'infection par *Chlamydiae* était responsable de stérilité. La connaissance du traitement post-exposition du VIH était cependant bonne avec 71,2% de bonnes réponses. On note que 50,3% pensaient que se laver après l'acte sexuel diminuait le risque de transmission.

Tableau V Connaissances générales sur les IST

Variables		n	%
Un préservatif peut être réutilisé dans certaines conditions	Vrai	24	7,1
	Faux	316	92,9
Il faut se faire dépister après chaque rapport sexuel non protégé	Vrai	284	83,5
	Faux	56	16,5
Une rupture de préservatif entraîne un risque de transmission	Vrai	308	90,6
	Faux	32	9,4
Se laver après l'acte sexuel permet de diminuer le risque de transmission	Vrai	171	50,3
	Faux	169	49,7
La prise de la pilule seule ne protège pas des IST	Vrai	271	79,7
	Faux	69	20,3
Il n'y a pas de risque de transmission d'une IST lors d'un rapport oro-génital	Vrai	70	20,6
	Faux	270	79,4
Il existe un traitement post-exposition	Vrai	242	71,2
	Faux	98	28,8
Les rapports par voie anale sont plus à risque de transmission	Vrai	123	36,2
	Faux	217	63,8
La transmission de l'herpès génital est possible sans symptômes visibles	Vrai	216	63,5
	Faux	124	36,5
Certaines IST peuvent être à l'origine de cancer	Vrai	99	29,1
	Faux	241	70,9
On peut guérir de l'infection par le VIH	Vrai	75	22,1
	Faux	265	77,9
L'infection par Chlamydiae peut entraîner une stérilité chez la femme	Vrai	83	24,4
	Faux	257	75,6
Une IST provoque toujours des symptômes visibles	Vrai	68	20,0
	Faux	272	80,0

IV.2.5 Connaissances globales

Au total, les connaissances des IST, de leurs modes de transmission, de leurs symptômes et de leur gravité étaient médiocres avec une moyenne globale de 13 sur 20. Les notes s'étaient de 0 à 20 avec une médiane à 14. (Figure 14)

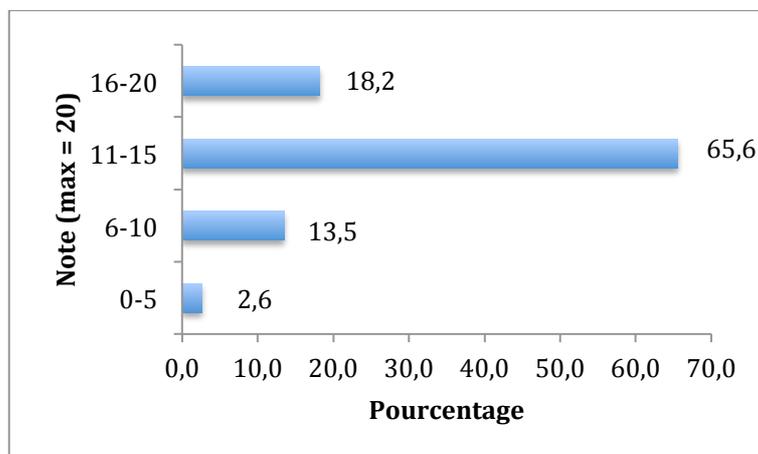


Figure 14 Distribution des notes selon la connaissance globale (note maximale = 20)

IV.3 Activité sexuelle

IV.3.1 Habitudes générales

La majorité de la population (97,2%) était hétérosexuelle avec un âge moyen au premier rapport de 16,8 ans. Sur le plan des conduites à risque, 44,6% avaient déjà eu un rapport dans un contexte d'alcoolisation. 30% avaient eu 2 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois. (Tableau VI)

Tableau VI Habitudes sexuelles générales

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Age du premier rapport (ans) (n=330)	<16	76	23,0
	16-18	149	45,2
	>18	105	31,8
Orientation sexuelle (n=319)	Hétérosexuel	310	97,2
	Homo/Bi	9	2,8
Nb de partenaire(s) dans les 12 derniers mois (n=307)	1	215	70,0
	2-5	54	17,6
	6-10	16	5,2
	>10	22	7,2
Rapport sexuel dans un contexte d'alcoolisation (=325)	Oui	145	44,6
	Non	180	55,4
Rapport sexuel dans un contexte de drogues (n=326)	Oui	15	4,6
	Non	311	95,4

IV.3.2 Moyens de prévention privilégiés

Le préservatif masculin était le moyen de prévention des IST le plus souvent utilisé (74,8%) et l'utilisation de la pilule comme un moyen de prévention des IST était déclarée par 14,8% des militaires interrogés. Le préservatif féminin était très peu utilisé (3,9% des cas) (Tableau VII)

Tableau VII Méthodes de prévention privilégiées lors d'un rapport sexuel chez les patients ayant eu un rapport dans les 12 derniers mois (n=305)

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Préservatif masculin	228	74,8
Préservatif féminin	12	3,9
Méthode du retrait	20	6,6
Douche	29	9,5
Rapport anal uniquement	0	0,0
Rapport oro-génital uniquement	6	2,0
Pilule	45	14,8
Aucun	12	3,9

Lors d'un rapport sexuel par voie oro-génitale, 13,6% déclaraient utiliser le préservatif masculin seul et 5,6% le préservatif masculin ou féminin.

IV.4 ESAR

IV.4.1 Exposition sexuelle à risque

Dans la vie entière, 43,2% déclaraient avoir déjà eu un rapport sexuel non protégé avec un partenaire occasionnel dont 18% plus de 5 fois (Figure 15). Cinquante-trois personnes (16,7%) déclaraient avoir eu une ESAR avec un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois. (Tableau VIII)

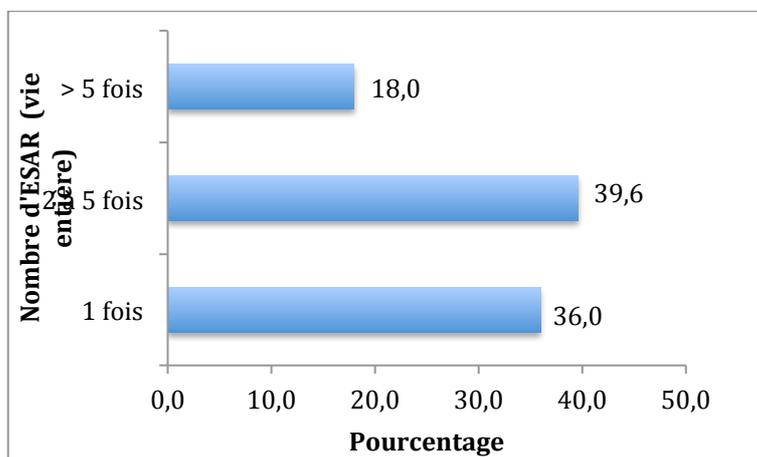


Figure 15 Distribution du nombre d'ESAR dans la vie entière

Tableau VIII ESAR dans les 12 derniers mois (n=318)

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Rapport non protégé	Oui	53	16,7
	Vaginal	32	60,4
	Anale	13	24,5
	Oro-génital	5	9,4
	Non	265	83,3

IV.4.2 Caractéristiques de la dernière ESAR

Les analyses portant sur la dernière exposition sexuelle à risque ont été réalisées auprès de 139 personnes.

La dernière ESAR était survenue en France dans 81,6% des cas et en mission de courte durée à l'étranger dans 14,7% des cas. Dans la plupart des cas, l'ESAR était survenue à l'occasion d'un rapport hétérosexuel. Il s'agissait d'un rapport tarifé dans 10,4% des cas. Il n'y avait aucune circonstance particulière (alcool, drogue, saignement) dans 69,3% des cas. Dans 70,2% des ESAR, le risque ressenti vis à vis des IST était nul ou faible. (Tableau IX)

Tableau IX Circonstances de la dernière ESAR

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Lieu (n=137)	MCD ou OPEX	20	14,6
	MLD ou permanent	6	4,4
	Métropole	111	81,0
Circonstances particulières (n=134)	Aucune	97	69,3
	Alcool-drogue	33	24,6
	Saignement	4	3,0
Type rapport (n=136)	Hétérosexuel	133	97,8
	Homosexuel	3	2,2
Type partenaire (n=135)	Occasionnel	63	46,7
	Prostituée	14	10,4
	Stable/Autre	58	43,0
Risque ressenti (n=134)	Aucun/Inconnu	43	32,1
	Faible	51	38,1
	Modéré	23	17,2
	Important	17	12,7
Préservatif (n=133)	Oui	69	51,9
	Non	64	48,1

Parmi les 139 ESAR analysées (dernières ESAR survenues), le port d'un préservatif était déclaré dans 51,9% des cas, et parmi ceux-ci la rupture du préservatif était rapportée dans près de 8 cas sur 10 (n= 79,4%). Lorsqu'aucun préservatif n'avait été utilisé (48,1%), la raison principale était l'absence de risque ressenti. (Figure 16)

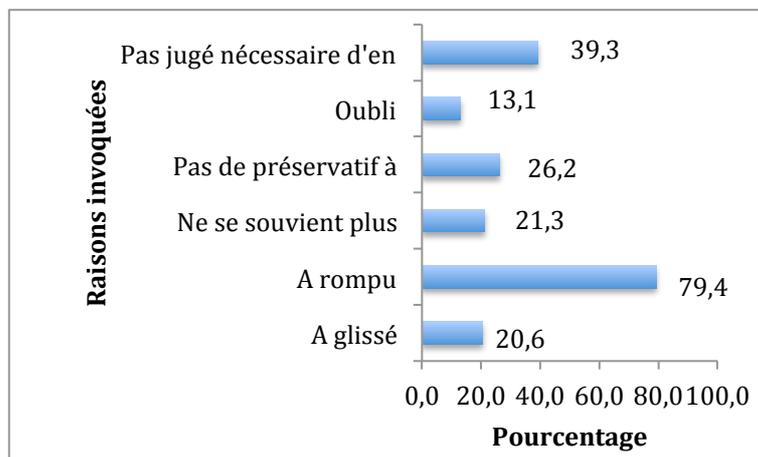


Figure 16 Répartition des raisons de l'absence de préservatif

Lorsque l'ESAR avait eu lieu en métropole, 40% des répondants disaient avoir consulté un médecin contre 60% en opérations extérieures ou en missions de courte durée. (Tableau X)

Tableau X Consultation médicale en fonction du lieu de survenue de l'ESAR

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Consultation médicale	MCD/OPEX (n=20)	12	60,0
	Métropole (n=111)	44	39,6

IV.4.3 Facteurs de risques de survenue d'une ESAR

Une analyse univariée au moyen de modèles de régression logistique a été réalisée pour rechercher les facteurs de risques des ESAR au sein de notre échantillon. Cette analyse a permis de retrouver une association statistiquement significative entre la survenue de l'ESAR et un âge inférieur à 25 ans, le fait d'être célibataire, d'être militaire du rang, d'effectuer entre 2 et 5 missions par an et d'avoir de multiples partenaires.

Au terme de l'analyse multivariée, seul le multi-partenariat restait significativement associé à la survenue d'ESAR, toutes choses égales par ailleurs ($p=0,003$). Ainsi, le risque d'ESAR était multiplié par 3,8 (IC 95%=1,1-13,0) lorsque le nombre de partenaires dans les douze derniers mois était compris entre 2 et 5 ; et multiplié par 7,7 (IC 95%=2,2-26,5) lorsque le nombre de partenaires était supérieur à 6, en prenant comme référence un seul partenaire.

Tableau XI Facteurs de risque d'ESAR

Variables	n	%	OR brut IC 95%	p	IC 95% OR ajusté	p
Age (ans)				0,01		0,68
<25	14	26,9	3,1 (1,2-7,5)		1,7 (0,5-5,7)	
25-35	29	55,8	3,0 (1,3-6,7)		1,6 (0,3-8,1)	
>35	9	17,3	1		1	
Sexe				0,93		0,66
Masculin	47	88,7	1,0 (0,4-2,6)		0,7 (0,1-3,5)	
Féminin	6	11,3	1		1	
Situation familiale				0,00		0,79
Célibataire	32	61,5	3,7 (1,8-7,7)		1,5 (0,4-6,1)	
Concubinage	8	15,4	2,1 (0,8-5,5)		1,05 (0,2-4,3)	
Marié/pacsé	12	23,1	1		1	
Enfants				0,06		0,23
Oui	19	36,5	1		1	
Non	33	63,5	1,7 (0,9-3,2)		0,49 (0,1-1,6)	
Catégorie de grade				0,00		0,35
Militaire du rang	29	63,0	2,8 (1,48-5,48)		1,6 (0,6-4,4)	
Officier/Sous-officier	17	37,0	1		1	
Armée d'appartenance				0,34		
Marine	20	43,5	1,8 (0,8-4,6)			
Terre	18	39,1	1,3 (0,5-3,2)			
Air/Autres	8	17,4	1			
Nombre de missions				0,04		0,50
1	9	18,8	1		1	
2 à 5	28	58,3	1,1 (0,5-2,7)		2,1 (0,6-7,9)	
5 et plus	11	22,9	0,4 (0,2-1,2)		1,8 (2,23-26,54)	
Age du premier rapport (ans)				0,79		0,21
<17	22	41,5	1,08 (0,6-2,0)		1,7 (0,7-4,4)	
>=17	31	58,5	1		1	
Nombre de partenaires				0,00		0,00
Un seul	19	36,5	1		1	
2 à 5	18	34,6	5,4 (2,6-11,4)		3,8 (1,1-13,0)	
6 et plus	15	28,8	7,4 (3,3-16,9)		7,7 (2,2-26,5)	
Rapport à risque (alcool ou drogue)				0,18		0,52
Oui	27	54,0	1,5 (0,8-2,8)		0,7 (0,3-1,9)	
Non	23	46,0	1		1	
Connaissances				0,62		0,30
<11	10	18,9	1,5 (0,6-4,2)		2,4 (0,6-2,0)	
11 à 15	34	64,2	1,05 (0,5-2,3)		1,03 (0,3-3,0)	
>15	9	17,0	1		1	

IV.5 Dépistage et antécédents d'IST

Au sein de notre échantillon, 201 personnes (63,8%) avaient déjà réalisé un test de dépistage d'une IST dont la majorité (88,6%) avaient réalisé un test de dépistage du VIH et 12,9% avaient réalisé un test de dépistage des *Chlamydiae*. (Tableau XII)

Tableau XII Dépistage des IST

Variables		Effectifs	Pourcentage (%)
Besoin d'aller se dépister? (n=313)	Oui	23	7,3
	Non	290	92,7
Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage? (n=315)	Oui	201	63,8
	VIH	178	88,6
	Hépatite B	62	30,8
	HPV	22	10,9
	Chlamydiae	26	12,9
	Syphilis	30	14,9
Non	114	36,2	

En ce qui concerne les antécédents d'IST dans la vie entière, 8,2% déclaraient avoir déjà eu au moins une IST sans cas déclaré de VIH ou d'hépatite B.

IV.6 Prévention

Après avoir rempli le questionnaire distribué, 18,8% déclaraient ressentir le besoin d'être informé sur les IST. La mise à disposition de dépliants dans la salle d'attente ou d'un site internet d'information était plébiscitée respectivement par 71,1% et 69% des répondants. La consultation avec un médecin était considérée par 51,9% d'entre eux comme un bon moyen d'information mais représentait quand même un moyen d'information moins plébiscité.

(Tableau XIII)

Tableau XIII Mode d'information privilégiée

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Consultation (n=293)	Oui	152	51,9
	Médecin militaire sur demande	49	32,2
	Médecin militaire lors VMP	36	23,7
	Médecin civil seul	45	29,6
	Médecin civil avec partenaire	13	8,6
	Non	141	48,1
Information collective (n=282)	Oui	159	56,4
	Non	123	43,6
Dépliants salle d'attente (n=286)	Oui	203	71,0
	Non	83	29,0
Site internet (n=286)	Oui	200	69,9
	Non	86	30,1
Newsletter (n=264)	Oui	25	9,5
	Non	239	90,5

V DISCUSSION

V.1 Commentaires des résultats

V.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

En 2013, l'armée française était composée de 222245 personnels militaires. Les différences observées entre les caractéristiques socio-démographiques de l'Armée française et la population de l'étude sont expliquées par le fait que les Centres Médicaux des Armées regroupent plusieurs armées et par la répartition aléatoire des Visites Médicales Périodiques sur une courte période. La Marine est ainsi sur-représentée et les officiers sont sous-représentés. On retrouve cependant des caractéristiques similaires avec une population d'hommes jeunes, une majorité de sous-officiers et de militaires du rang et une représentation de toutes les armées. (33)

Tableau XIV Caractéristiques de la population militaire et de la population de l'échantillon

		Répartition dans l'étude (%)	Répartition du MDD (%)*
Sexe	Masculin	88	85
	Féminin	12	15
Catégorie de grade	Militaire du rang	42	39
	Sous-officier	52	45
	Officier	6	16
Armée d'appartenance	Terre	32	52
	Air	19	21
	Marine	45	17
	Autres	4	10
Age (ans)	< 25	21	25
	25-35	45	60
	> 35	35	15

* MDD = Ministère de la Défense

V.1.2 Activité sexuelle et antécédents d'IST

La comparaison avec les données recueillies en population générale met en exergue plusieurs différences, tout d'abord, dans notre étude, l'âge moyen au premier rapport était de 16,8 ans ce qui est un peu plus jeune que la moyenne nationale en 2008 lors de l'enquête "Contexte de la Sexualité en France" avec 17,2 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes. Ensuite, le multipartenariat était plus fréquent que dans la population générale avec 30% des répondants ayant déclaré plus d'un partenaire dans les 12 mois précédents contre 18% des hommes et 7,9% des femmes en population générale. (34)

Enfin, en ce qui concerne le dépistage des IST, 63,8% des interrogés ont déclaré en avoir déjà réalisé un au cours de leur vie, la plupart (88,6%) déclaraient avoir été dépistés pour le VIH. Ces chiffres sont un peu inférieurs à ceux de la population générale où de 66,5% des hommes et 78,5% des femmes déclarent avoir déjà fait un test de dépistage. Les militaires français étant reçu en Visite Médicale Périodique au moins une fois tous les deux ans, le dépistage vis à vis des IST devrait être supérieur au dépistage national. De plus, les IST semblent plus fréquentes dans l'armée française avec 8,2% des répondants qui déclaraient avoir déjà contracté une IST au cours de leur vie contre 1,5% des hommes et 2,7% des femmes de la population générale française. (16)

V.1.3 Connaissances

Les connaissances vis à vis des IST de la population de cette étude étaient médiocres avec une moyenne globale de 13/20 et seulement 20% des militaires interrogés ayant une note comprise entre 16 et 20.

Les connaissances et les pratiques de la population générale sont étudiées depuis 1992 par les enquêtes KABP, (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*), la dernière datant de 2011. Elles synthétisent l'état et l'évolution des connaissances de la population Française vis à vis du VIH et de ses modes de transmission depuis 1992. (16) Il apparaît donc pertinent de comparer les résultats obtenus au cours de cette étude avec ceux recueillis lors de l'enquête KABP de 2011. Des enquêtes ont également été réalisées en Europe sur les connaissances des autres IST, ciblant particulièrement les adolescents. La population de notre étude étant jeune, la comparaison avec les résultats de ces enquêtes européennes apporte donc également un éclairage intéressant malgré quelques limites dues en particulier à des différences méthodologiques (entretiens présents, questionnaires, entretien téléphonique).

Vis à vis du VIH, le traitement post-exposition était bien connu parmi les militaires interrogés (77% de bonnes réponses) contrairement à la population générale puisque lors de l'enquête KABP de 2011 seul 20% des répondants connaissaient le traitement d'urgence. Ceci peut s'expliquer par le travail d'information et d'éducation à la santé réalisé par les médecins des forces, la conduite à tenir en cas d'exposition sexuelle à risque et en particulier la nécessité de

consulter précocement étant des messages fréquemment rappelés aux militaires dans le cadre de leur profession. Cependant, 20% des interrogés pensaient que l'on peut guérir de l'infection par le VIH contre seulement 3,9% dans la population générale lors de l'enquête KABP de 2011.

En ce qui concerne les autres IST, les connaissances sur la syphilis, l'hépatite B et l'herpès étaient comparables avec celles de la population de jeunes lycéens et étaient globalement bonnes. (19)

En revanche, l'HPV est mal connu par les militaires français avec 49% d'entre eux qui disaient n'en avoir jamais entendu parler contre 33% des adolescents européens. (20) Trente pourcent des répondants de notre étude estimaient que cette infection était "peu grave" et 71% des répondants ne savaient pas que l'HPV peut être responsable du cancer du col de l'utérus. (35) Ces résultats étaient meilleurs que ceux des adolescents européens (82% de mauvaises réponses) mais restent insuffisants en raison de l'existence d'une prévention primaire par vaccination et frottis cervico-vaginal de dépistage. (36) La méconnaissance de l'HPV peut être expliquée par la majorité d'hommes qui composaient l'échantillon, en effet, les femmes semblent mieux connaître cette pathologie. (37) On observait ainsi dans notre étude que la connaissance du HPV était significativement meilleure parmi les femmes de notre échantillon, par rapport aux hommes. Toutefois, cette association n'était pas retrouvée pour la connaissance de la gravité des infections dues au papillomavirus.

Pour les *Chlamydiae*, 73% ne connaissaient pas l'existence de cette infection ce qui est similaire à la population des adolescents européens (71% de méconnaissance) et seulement 25% savaient que l'infection par *Chlamydiae* peut entraîner une stérilité chez la femme. (38) Les femmes, dans notre échantillon, connaissaient mieux que les hommes le rôle des *Chlamydiae* mais ne connaissaient pas mieux la gravité des infections dues à cet agent pathogène, ni les conséquences en termes de stérilité.

Sur le plan des modes de transmission, l'utilité du préservatif, son mode d'emploi et son inefficacité en cas de rupture étaient bien connues (91% de bonnes réponses) mais les résultats de la présente étude restaient inférieurs aux résultats nationaux de l'enquête KABP de 2011 (99,4% des répondants ayant une bonne réponse). L'existence d'un risque de transmission d'une IST lors d'un rapport oro-génital était maîtrisé (79% de bonnes réponses) mais l'augmentation du risque lors d'un rapport anal était méconnu (seulement 36% de bonnes réponses). Se laver après l'acte sexuel était considéré comme un moyen de prévention des IST par 50% des répondants de cette étude contre 13,7% dans la population générale lors de l'enquête KABP en 2011.

Au total, les connaissances vis à vis des IST de notre échantillon de militaires français étaient moins bonnes que celles de la population générale. Dans notre étude, il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le manque de connaissance et une augmentation des expositions à risque, cependant le changement de comportement et une meilleure connaissance de la pathologie réduisent l'incidence et la prévalence des IST dans la plupart des pays où cette prévalence est élevée. (1) (39) De plus, les connaissances des militaires français en matière d'IST devraient

être meilleures que celle de la population générale, ces derniers bénéficiant de séances d'éducation sanitaire collectives et individuelles.

V.1.4 Expositions sexuelles à risque

Le recueil des expositions sexuelles à risque dans la population générale française est rendu compliqué par la multiplicité des intervenants, l'absence de traçabilité et le manque de moyen au niveau national. (27)

Dans l'armée française, les expositions sexuelles à risque sont soumises à la surveillance épidémiologique des armées et ont déjà fait l'objet de plusieurs travaux, le dernier datant de 2010. (24) La comparaison entre cette étude et la nôtre a été rendue possible par l'emploi de questions similaires dans le questionnaire distribué. L'échantillon était bien sûr différent mais la population cible restait la même ce qui nous a permis d'étudier l'évolution depuis 3 ans des caractéristiques des ESAR dans l'armée française.

Dans l'étude d'AS Pitel, (24) 47,7% des répondants déclaraient avoir eu au moins une ESAR dans leur vie dont 69,8% au moins deux. Les résultats obtenus dans notre étude retrouvaient 43,2% d'interrogés ayant déjà eu une ESAR au cours de leur vie avec 57,6% qui en avaient eu au moins deux. Ces résultats sont en faveur d'une stabilité des ESAR dans l'armée française entre 2011 et 2014 (p-values respectivement égales à 0,58 et 0,12).

La consultation médicale post-ESAR n'était pas réalisée par 61,5% des répondants en 2010 contre 53,8% dans notre étude. De plus, on remarque dans notre étude que la consultation médicale était plus souvent réalisée si l'ESAR avait eu lieu en opération extérieure ou en mission de courte durée à l'étranger ou en outremer. Malgré les limites de ces analyses et en particulier les faibles effectifs, il semble que la présence d'un médecin militaire dans chaque unité y compris à l'étranger et sa disponibilité pour recevoir les patients après une ESAR a une grande importance notamment pour la mise en place du traitement post-exposition. (26) Mais ceci pourrait également s'expliquer par une perception du risque plus élevée hors de métropole, incitant davantage les militaires exposés à consulter rapidement.

En ce qui concerne les circonstances de survenue de la dernière ESAR, le pourcentage d'ESAR survenues hors de France métropolitaine est significativement plus élevé dans notre étude (18,9%) par rapport à celle d'AS Pitel (7,2%) en 2011 ($p=0.001$). Il semble donc que la fréquence des ESAR en opération extérieure soit en augmentation depuis 2011, même si ces résultats nécessitent d'être confirmés par d'autres travaux sur des effectifs plus importants. Ces résultats interrogent car l'éducation sanitaire est obligatoire avant les départs en mission où l'accent est mis sur les risques augmentés à l'étranger et en outremer du fait de la forte prévalence des IST dans certaines régions du monde, en Afrique notamment.

Un dixième des ESAR (10,4%) est survenu avec une prostituée dans notre étude contre 4,1% dans l'étude de 2011.

L'association des comportements à risque est également un phénomène important à prendre en compte puisqu'une ESAR sur 4 survient dans un contexte d'alcoolisation aigüe, cette situation étant stable au cours du temps. En effet, la

notion de rapport sous l'emprise de l'alcool est rapportée dans 24,6% des ESAR dans notre étude et était estimée à 25,3% en 2011 dans l'étude d'AS Pitel ($p=40$). Ce contexte d'alcoolisations aiguës conduisant à une ESAR peut s'expliquer par une augmentation croissante des épisodes d'ivresse aiguë chez les jeunes de 20 à 25 ans depuis 2005. En effet, 57,4% des hommes de cette tranche d'âge et 32,6% des femmes déclaraient au moins un épisode d'ivresse aiguë au cours de l'année précédente dans la population générale en 2011. (40) En milieu militaire, 48% des interrogés déclaraient avoir une consommation régulière d'alcool entre 2005 et 2009 et 21% déclaraient avoir eu un épisode d'ivresse aiguë au cours du dernier mois. (41) Les ESAR dans un contexte d'alcoolisation posent un problème supplémentaire rappelant l'importance d'une prévention globale des comportements à risque en insistant sur leur association. (42)

L'augmentation des comportements à risque et les rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool peuvent également expliquer les nombreux accidents de préservatifs rapportés. Ainsi dans notre étude, un peu plus de la moitié des ESAR correspondaient à des échecs de préservatifs (port de préservatif au moment du rapport mais rupture ou glissement) dont une majeure partie (79,4%) était des ruptures de préservatif. On note qu'en 2011, la situation était similaire, le port de préservatif étant rapporté pour 44% des ESAR mais avec une rupture de préservatif dans près de $\frac{3}{4}$ des cas (74,8%). Or, on estime à seulement 0 à 6,7% le taux de rupture et entre 0,6% et 13,1% le taux de retrait des préservatifs (tests en laboratoire) avec une augmentation des risques en cas d'utilisation irrégulière et de méconnaissance de la technique de mise en place. (43) (44) L'utilisation du préservatif dans les conditions optimales recommandées ne semble donc pas acquise chez tous les militaires français même si la rupture de préservatif peut intervenir en l'absence de mauvaise utilisation, elle est plus fréquente lors d'un mésusage, en particulier lors d'un rapport sexuel sous l'emprise de l'alcool. (45)

Les ESAR sans préservatif représentaient dans notre étude 48,1% des ESAR, dans l'étude d'AS Pitel elles représentaient 56% des ESAR. La raison de non utilisation du préservatif était le plus souvent l'absence de risque ressenti vis à vis du partenaire dans les deux études. Les ESAR avec une prostituée restent nombreuses dans notre étude alors que 70,2% des répondants estiment n'avoir ressenti aucun ou un faible risque ressenti vis à vis du partenaire, ces résultats avaient été retrouvés dans l'étude de 2011 avec une discordance entre le nombre d'ESAR avec une prostituée et le risque ressenti vis à vis du partenaire.

Finalement, malgré les stratégies de prévention mises en place, les ESAR restent d'actualité et leur description montre que le recours à la prostitution, l'association avec d'autres comportements à risque et la persistance de nombreuses ESAR survenant en opérations extérieures, plaident en faveur de la persistance de prises de risque sexuel parmi les militaires français, à prendre en compte dans le cadre de la prévention des IST.

V.1.5 Facteurs de risques d'ESAR

En dehors des études KABP, il existe peu d'études en population générale, la plupart étant consacrées aux populations considérées à risque notamment les homosexuels masculins et les adolescents. Les facteurs de risque de rapports sexuels non protégés dans l'année précédente retrouvés chez les homosexuels masculins étaient principalement le multi-partenariat et le jeune âge ainsi que d'autres comportements à risque (consommation excessive d'alcool, toxicomanie, consommation de médicaments psychotropes) (17) (18) Parmi les adolescents européens, les facteurs de risque de non-utilisation du préservatif sont également la consommation excessive d'alcool mais également le sexe féminin. L'utilisation du préservatif ne semble pas influencée par la qualité de l'éducation sexuelle. (15)

Plusieurs facteurs de risque d'ESAR ont également été retrouvés dans notre étude. Le facteur le plus significatif était le multi-partenariat avec un risque d'avoir une ESAR quatre fois plus élevé chez les répondants ayant eu entre 2 et 5 partenaires dans l'année précédente ($p = 4.10^{-3}$; IC95% = 1,15-12,99) et sept fois plus élevé chez les répondants ayant eu six partenaires ($p = 4.10^{-3}$; IC95% = 2,23 - 26,54). Ces résultats sont comparables à ceux de la population générale. En effet, dans l'étude KABP de 2011, le risque d'ESAR était multiplié par dix chez les hommes ayant eu plus de deux partenaires dans l'année précédente et par six chez les femmes.

Le niveau de connaissance n'influait pas l'utilisation du préservatif dans l'étude KABP, les mêmes résultats ont été retrouvés dans notre étude avec une absence d'association significative entre les notes de connaissance et la survenue d'une ESAR.

En ce qui concerne les comportements à risque, aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence dans notre étude ($p=0,52$) tout comme pour le plus jeune âge ($p=0,68$) ou encore le célibat ($p=0,79$).

Au total, les facteurs de risque d'ESAR retrouvés dans notre étude correspondent en partie à ceux retrouvés dans la littérature, y compris pour des populations à risque et dans l'étude KABP de 2011. (16) (18) Le fait de ne pas avoir retrouvé d'association statistiquement significative avec des facteurs pourtant habituellement décrits peut s'expliquer par les faibles effectifs. En effet, pour cette partie, l'analyse a porté uniquement sur 53 sujets (ceux qui ont déclaré avoir eu une ESAR dans les douze derniers mois.)

V.2 Avantages et limites de l'étude

V.2.1 Thème de l'étude

Bien qu'étant un thème déjà étudié dans de nombreuses études, la persistance de la survenue d'IST en fait un problème d'actualité, notamment chez les militaires. Il était ainsi intéressant d'étudier les connaissances et les pratiques chez les militaires qui sont confrontés à une prise de risque supplémentaire notamment à l'occasion de leur départs réguliers en mission.

La comparaison avec les données de la littérature, notamment en population générale, et la comparaison avec les résultats obtenus en population militaire lors de précédents travaux, a permis de formuler des hypothèses quant à l'évolution sur trois ans des pratiques observées parmi des militaires.

V.2.2 Type d'étude

L'étude présentait comme principal avantage son caractère multicentrique qui a permis d'interroger un échantillon composé de militaires appartenant aux différentes armées.

La méthode de recueil par auto-questionnaire présentait cependant un biais d'information puisque basée uniquement sur les déclarations des sujets inclus dans l'étude. Un biais de mémorisation était également possible, le recueil des données se faisant de manière rétrospective

V.2.3 Echantillonnage

L'absence d'échantillonnage choisi n'a pas permis d'obtenir un échantillon représentatif de la population cible. Cependant le remplissage systématique du questionnaire par les militaires en Visite Médicale Périodique était la méthode qui se rapprochait le plus d'une répartition "au hasard".

Le faible effectif (340 sujets) peut également être à l'origine d'un manque de puissance statistique qui explique en partie les résultats obtenus. Ceci est en particulier le cas pour la recherche de facteurs de risque d'ESAR puisque le nombre de sujets inclus dans l'analyse était encore inférieur.

V.2.4 Questionnaire

Le questionnaire a été rempli par tous les militaires auxquels il a été proposé. La section "commentaire" n'a été remplie que par quelques militaires plus âgés (>45 ans) ne s'estimant pas concernés par ce sujet. Aucun commentaire ne déplorait une trop grande intimité du questionnaire ni une longueur trop importante qui aurait pu être un frein à son remplissage complet. Etant donné la bonne compliance des patients à son remplissage et les informations recueillies, ce questionnaire pourrait être réutilisé dans d'autres études à plus forte puissance pour comparer les résultats.

V.3 Prévention et perspectives

Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST de 2010 à 2015 accorde une importance particulière à la prévention puisqu'il en fait sa première mesure d'action. (3) Le comportement principalement visé est l'augmentation de l'utilisation du préservatif, comportement le plus susceptible d'être modifié. (32)

Le Service de Santé des Armées a déjà mis en place depuis de nombreuses années des séances d'éducation à la santé annuelles, collectives ou individuelles.

Malgré cette attitude déjà basée sur la prévention et le changement des comportements, les connaissances des militaires français en matière d'IST sont insuffisante et les comportements sexuels à risque persistent. Par manque de temps, les séances d'éducation sont souvent collectives alors qu'elles ne sont plébiscitées que par 56,4% des répondants dans notre étude. La consultation de départ en mission sert aussi de séance de séance d'éducation individuelle mais n'est jugée efficace que par 52% des répondants. De plus, la consultation de départ en mission aborde tous les risques auxquels le militaire va être confronté en mission (palud, péril fécal, risque psychologique...) Beaucoup de messages sont donc transmis en peu de temps, cela peut entraîner une saturation de la part des patients et une transmission des messages de moins bonne qualité. Il paraît donc important de modifier le modèle de prévention tel qu'il est actuellement proposé aux militaires français.

Les médecins généralistes estiment à 98,6% que la prévention des IST fait partie de leur fonction, cependant ils se sentent peu efficaces pour modifier le comportement de leur patient vis à vis du préservatif. (46) Les médecins militaires français pointent le manque de formation et de supports pédagogiques récents validés dont ils disposent pour réaliser la prévention des IST, ils réalisent souvent eux mêmes les séances d'information, il n'existe pas dans le Service de Santé des Armées de séance type validée ni de partenariat avec les instances spécialisées dans le civil. (47)

Un des principaux freins à l'utilisation du préservatif est son image négative (diminue le plaisir sexuel, mise en place compliquée au moment du rapport, cher, par toujours accessible), le deuxième frein est la non-perception du risque vis à vis du partenaire comme cela a été retrouvé dans notre étude. Il est également important de noter que le préservatif est souvent perçu comme un manque de confiance vis à vis du partenaire. Ces pistes de réflexion sont à prendre en compte dans les messages de prévention à transmettre. (48)

Il existe des interventions validées qui pourraient servir de base à la mise en place d'une prévention plus homogène dans le Service de Santé des Armées. Les interventions brèves qui ont fait leur preuve dans d'autres comportements à risque et notamment le tabac ont une efficacité sur le changement de comportement. Il s'agit de cibler les patients à risque et de leur transmettre un message de prévention court à l'occasion d'une consultation non dédiée. (49) Parmi les interventions universelles validées, la distribution de préservatifs à grande échelle accompagnés de messages visant à augmenter l'acceptabilité du préservatif et sa disponibilité est un exemple intéressant. Ce genre de journée pourrait être organisée à l'échelle d'un régiment dans les armées françaises. La proposition d'une journée de dépistage est également prometteuse car elle s'accompagne d'une campagne d'information associée. (32) Les militaires interrogés dans notre étude se sont également exprimés en faveur de la mise en place ou l'accessibilité à un site internet d'information mais aussi de l'accès à des dépliants ou des affiches dans la salle d'attente (50)

Les médecins militaires français sont particulièrement impliqués dans l'éducation à la santé des militaires et leur délivrent une information régulière sur les risques sanitaires en métropole comme à l'étranger. Le cadre de la Visite Médicale

Périodique est un bon outil pour aborder les sujets de prévention. Cependant, les résultats de notre étude et de la littérature montrent que les militaires français ont des lacunes tant sur le plan des connaissances que dans leur comportement qui reste à risque vis à vis des IST. La stratégie d'éducation à la santé menée par le Service de Santé des Armées dans le cadre de la prévention des IST nécessite donc d'évoluer, d'être standardisée et homogénéisée pour atteindre l'adoption de comportements protecteurs en santé. En effet, au vu des résultats de notre étude et de la comparaison avec la littérature, les interventions actuelles ne semblent pas suffisamment efficaces pour prévenir les comportements sexuels à risque. Cette démarche d'évolution de l'éducation à la santé a été débutée dans le service de santé des armées et une réflexion pour impliquer dans cette activité d'autres acteurs non médicaux est également en cours. Concernant plus spécifiquement l'évolution de l'éducation pour la santé dans le domaine de la prévention des IST, un programme de recherche portant sur les comportements sexuels chez les militaires français est actuellement mené (programme COSEMIL). Les objectifs principaux du programme COSEMIL sont doubles. Il s'agit à la fois de décrire les comportements sexuels des militaires et d'identifier des situations à risque, en ciblant particulièrement les périodes d'opérations et de missions extérieures, mais aussi de mettre au point et d'évaluer une intervention de santé publique adaptée pour améliorer la prévention des comportements sexuels à risque dans les armées. Cette intervention en santé publique devrait être un outil ou un ensemble d'outils d'éducation à la santé qui devraient être développés dans le courant de l'année 2016 pour être ensuite évalués avant leur possible généralisation.

VI CONCLUSION

Les connaissances des militaires français vis à vis des IST sont insuffisantes et inférieures à celle de la population générale. Elles ont peu évolué depuis 2011 et montrent des lacunes importantes. Les expositions sexuelles à risques sont fréquentes dans cette population avec presque la moitié des interrogés déclarant en avoir eu au moins une. Les circonstances à risque pour ces ESAR sont fréquentes dans notre échantillon, en particulier le recours à la prostitution et l'alcoolisation aigüe au moment du rapport, avec, par ailleurs, un défaut fréquent d'utilisation du préservatif. Une intensification de la réflexion sur la prévention des IST semble donc nécessaire pour favoriser l'adoption de comportements protecteurs de santé sur le long terme chez les militaires français. Ceux-ci semblent en effet plus vulnérables que la population générale du fait de fréquents départs en mission impliquant un éloignement de la cellule familiale et une vie en collectivité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles : 2006-2015. 2007. Disponible sur : www.who.int/fr/
2. Organisation Mondiale de la Santé. Global prevalence and incidence of curable STIs. 2001. Disponible sur : www.who.int/fr/
3. Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. 2010. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr>
4. GAVAND K. Mission à haut risque. *Transversal*. 2007; 36: 13-15.
5. POMMIER DE SANTI V. Evaluation de l'éducation pour la santé dans la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles au sein de l'Armée de Terre. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université Lyon 1. 2003.
6. Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. E-Pilly- Maladies infectieuses et Tropicales. Paris : Alinéa. 2016.
8. LA RUCHE G, VIRIOT D, FOURNET, et al. Données actualisées sur les IST. 2014. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>
7. Unité VIH/sida-IST-hépatites B et C. Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH, diagnostics de sida 2003-2013. 2014. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>
9. LA RUCHE G, SEDNAOUI P, BERCOT B, et al. Evolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2014; 93-103.
10. ABERGEL A, AUDUREAU E, CZERNICHOW P, et al. Surveillance des hépatites B et C en France. 2014. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>
11. MONSONEGO J. Actualités sur la pathologie liée aux papillomavirus humains. *OptionBio*. 2013; 488 : 13-15.
12. OLLIVIER L, POMMIER DE SANTI V, MORAND J-J , et al. Infections sexuellement transmissibles et contaminations sexuelles par le virus de l'immunodéficience humaine dans les armées françaises en 2006. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2009; 136 : 412-418.
13. DE LAVAL F, POMMIER DE SANTI V. Rapport sur la surveillance épidémiologique des Infections sexuellement transmissibles et infection à VIH et SIDA dans les armées période 2007-2009. 2011.
14. Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées. Rapport IST 2012-2014. 2014.
15. LAZARUS J, MOGHADDASSI M, GODEAU E , et al. A multilevel analysis of condom use among adolescents in the European Union. *Public Health*. 2009 ; 123 : 138-144.
16. BELTZER N, SABONI L, SAUVAGE C , et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Ile-de-France en 2010. Observatoire Régional de Santé d'Ile de France. 2011.
18. BONNY P, SAUVAGNAT F. Les prises de risque sexuel liées au VIH-sida chez les homosexuels masculins : synthèse des recherches sociologiques et psychologiques, perspectives cliniques. *L'évolution psychiatrique*. 2013; 78 : 425-449.
17. GREMY I. Les comportements d'adaptation aux risques de transmission du VIH

- dans différentes populations. *Médecine et maladies infectieuses*. 2005; 35 : 306-313.
19. GRONDIN C, DURON S , ROBIN F , et al. Connaissances et comportement des adolescents en matière de sexualité, infection sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain: résultat d'une enquête transversale dans un lycée. *Archives de pédiatrie*. 2013; 20 : 845-852.
 20. SAMKANGE ZEEB F, SPALLEK L , ZEEB H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *Public Health*. 2011; 11 : 727.
 21. WAFO E, IVORRA-DELEUZE D, THUILLIER C, and al. Estimation de l'évolution des connaissances sur les infections à Papillomavirus humain (HPV) : résultats d'une enquête téléphonique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010; 39 : 305-309.
 22. STEINECKER M. Connaissances des patients sur les infections sexuellement transmissibles au centre de santé de Vitry sur Seine. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université Paris VI. 2014.
 23. GRAU M. Connaissances, attitudes et pratiques des cadres de contact de l'armée de terre vis à vis des infections sexuellement transmissibles. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université de Lorraine. 2013.
 24. PITEL A-S. Connaissances, attitudes et pratiques des militaires français face aux expositions sexuelles à risque de VIH. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université Paris XII. 2011.
 25. ROUVEIX E, BOUVET E, VERNAT F, et al. Prise en charge des expositions accidentelles au VIH : rapport d'activité 2011 des COREVIH. *Médecine et maladies infectieuses*. 2014; 44 : 112-116.
 26. TIMSIT F. Conduite à tenir après exposition sexuelle au VIH, VHB et VHC. *Annales de Dermatologie et de vénéréologie*. 2006; 9 : 58-60.
 28. POMMIER DE SANTI V, OLLIVIER L, TEXIER G, Expositions sexuelles au VIH dans les armées françaises de 2005 à 2007. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2009; 136 : 775-782.
 27. ROUVEIX E, MARIGOT-OUTTANDY D, HAMET G, et al. Vers une amélioration du recueil des expositions accidentelles à risque viral par les COREVIH ? *Médecine et maladies infectieuses*. 2014; 44 : p. 82-86.
 29. DURON S. Surveillance épidémiologique des expositions sexuelles à risque (ESAR) dans les armées de 2012 à 2014. 2015.
 30. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. On s'exprime. 2015. Disponible sur <http://onsexprime.fr>
 31. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les IST. 2015. Disponible sur <http://info-ist.fr>
 32. KERSAUDY-RAHIB D, CLEMENT J, LAMBOY B, et al. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. *Santé Publique*. 2013; S1 : 13-23.
 33. Délégation à l'Information et à la Communication de la Défense. Annuaire statistique de la défense 2014-2015. 2015.
 34. BAJOS N, BOZON M. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques genre et santé*. Paris : La découverte. 2008.
 35. DUPORT N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : état des

- connaissances-actualisation. 2008. Disponible sur : <http://invs.fr>
36. Haute Autorité de Santé. Recommandation du collège de la HAS sur les vaccins préventifs de l'infection par les papillomavirus (HPV). 2008.
 38. DE BARBEYRAC B. Infection à C.trachomatis et mycoplasmes uro-génitaux en 2011: recommandations diagnostiques et thérapeutiques. COREVIH. 2011.
 37. LERAIS I, DURAND ML, GARDELLA F. Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des Human Papilloma Virus (HPV), France, Alpes-Maritimes, 2009. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2010; 11 : 97-100.
 39. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA. 2010. Disponible sur : www.unaids.org/fr.
 40. Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie. Epidémiologie de la consommation d'alcool en France. 2011.
 41. MAYET A, MARIMOUTOU C, HAUS-CHEYMOL R, et al. État des lieux des conduites addictives dans les armées françaises : une méta-analyse des enquêtes de prévalence conduites entre 2005 et 2009. *Médecine et Armées*. 2014; 42 : 113-122.
 42. BELLIS M, HUGHES K, CALAFAT A et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *Public Health*. 2008; 8 : 55-57
 43. HUYGHE E, NOHRA J, VEZZOSI D, et al. Contraceptions masculines non déférentielles : revue de la littérature. *Progrès en Urologie*. 2007; 17 : 156-164.
 44. ROBIN G, MARCELLI F, RIGOT JM. Contraception masculine. *La Presse Médicale*. 2014; 43 : 205-211.
 45. DEPARIS X, MIGLIANI R, MERLIN M. Evidence of risk factors for condom breakage among French military personnel stationed overseas. *Médecine Tropicale*. 1999; 59 : 266-270.
 46. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Comportement, attitude et rôle des médecins et pharmaciens dans la prévention et l'éducation pour la santé. 2005. Disponible sur <http://inves.fr>.
 48. MELIOU E. L'interaction dans les situations d'intimité sexuelle et l'émergence du rejet de l'acte de prévention. *Revue internationale de psychologie*. 2007; 29 : 109-121.
 47. OLLIVIER L, POMMIER DE SANTI V, MICHEL R. Connaissances, attitudes et méthodes éducatives des médecins d'unité pour la prévention des infections sexuellement transmissibles. *Médecine et Armées*. 2004; 32 : 340-344.
 49. MICHAEL L. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. 2014; 161 : 894-901.
 50. KERSAUDY D, LAMBOY B, HAROUTUNIAN L. Interventions efficaces en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. 2012. Disponible sur : <http://inpes.fr>.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I Caractéristiques socio-démographiques de la population	24
Tableau II Connaissances des germes responsables d'IST	26
Tableau III Connaissances des symptômes des IST	27
Tableau IV Evaluation de la gravité des IST	28
Tableau V Connaissances générales sur les IST	30
Tableau VI Habitudes sexuelles générales	32
Tableau VII Méthodes de prévention privilégiées lors d'un rapport sexuel chez les patients ayant eu un rapport dans les 12 derniers mois (n=305).....	33
Tableau VIII ESAR dans les 12 derniers mois (n=318).....	34
Tableau IX Circonstances de la dernière ESAR	35
Tableau X Consultation médicale en fonction du lieu de survenue de l'ESAR	36
Tableau XI Facteurs de risque d'ESAR.....	37
Tableau XII Dépistage des IST	38
Tableau XIII Mode d'information privilégiée	39
Tableau XIV Caractéristiques de la population militaire et de la population de l'échantillon.....	40
Tableau XV Sensibilisation antérieure aux IST	54
Tableau XVI Note globale sur les connaissances	54
Tableau XVII Mode de prévention privilégié lors des rapports oro-génitaux.....	54
Tableau XVIII Circonstances d'utilisation du préservatif	55
Tableau XIX Nécessité d'information ressentie.....	55
Tableau XX Antécédents d'IST vie entière et germe concerné.....	55

TABLE DES FIGURES

Figure 1 Evolution du nombre de découvertes de séropositivité (7)	11
Figure 2 Découvertes de séropositivité par mode de contamination (7)	11
Figure 3 Co-infections ou antécédents d'IST dans les 12 mois précédant la découverte de séropositivité sur la période 2012-2013 (7)	12
Figure 4 Evolution du nombre de cas de syphilis récente (8)	12
Figure 5 Evolution du nombre de nouveaux cas de gonococcies (8)	13
Figure 6 Gonocoque : résistance aux céphalosporines (9).....	13
Figure 7 Evolution du nombre d'infections à Chlamydiae (8).....	14
Figure 8 Evolution du nombre déclaré d'hépatite B aigüe (8)	14
Figure 9 Incidence et taux d'incidence des IST déclarées par fiche spécifiques dans les armées de 2002 à 2014 (14)	16
Figure 10 Kit de prophylaxie anti-rétrovirale en dotation dans les postes de secours, SSA (photo : S. Duron).....	19
Figure 11 Distribution des notes selon la connaissance des germes (note maximale = 7)	25
Figure 12 Distribution des notes selon la connaissance des symptômes d'IST (note maximale = 7).....	27
Figure 13 Distribution des notes selon la connaissance de la gravité (note maximale = 7).....	28
Figure 14 Distribution des notes selon la connaissance globale (note maximale = 20).....	31
Figure 15 Distribution du nombre d'ESAR dans la vie entière	34
Figure 16 Répartition des raisons de l'absence de préservatif	36

ANNEXES

Annexe 1 : Résultats complémentaires

Tableau XV Sensibilisation antérieure aux IST

Variables		Effectifs	Pourcentage (%)
Vous-sentez vous concerné par les IST? (n=333)	Oui	105	31,5
	Non	228	68,5
Avez-vous déjà été sensibilisé à leur prévention? (n=337)	Oui	320	95,0
	Non	17	5,0
Mode de sensibilisation (n=340)	Média	189	55,6
	Médecin civil	103	30,3
	Médecin militaire	213	62,6
	Entourage	82	24,1
	Collège/lycée	141	41,5

Tableau XVI Note globale sur les connaissances

Variables	Effectifs	Pourcentage
0-5	9	2,6
6-10	46	13,5
11-15	223	65,6
16-20	62	18,2

Tableau XVII Mode de prévention privilégié lors des rapports oro-génitaux

Variables	Fréquences	Pourcentage (%)
Préservatif masculin seul	22	13,6
Préservatif masculin ou féminin	9	5,6
Aucun	131	80,9

Tableau XVIII Circonstances d'utilisation du préservatif

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Préservatif (n=63)	A glissé	13	20,6
	A rompu	50	79,4
Pas de préservatif (n=61)	Ne se souvient plus	13	21,3
	Pas à disposition	16	26,2
	Oubli	8	13,1
	Pas jugé nécessaire	24	39,3

Tableau XIX Nécessité d'information ressentie

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Nécessité d'information ressentie	Oui	64	18,8
	Non	255	75,0

Tableau XX Antécédents d'IST vie entière et germe concerné

Variables		Effectif	Pourcentage (%)
ATCD IST	Oui	28	8,2
	Gonocoque	3	10,7
	Syphilis	2	7,1
	HPV	5	17,9
	Chlamydiae	8	28,6
	VIH	0	0
	Herpès génital	6	21,4
	Hépatite B	0	0
	Non	303	89,1

Annexe 2 : Questionnaire



— — —
(Ne rien inscrire ici)

Connaissances, attitudes, pratique vis à vis des infections sexuellement transmissibles.

Ce questionnaire vous a été remis dans le cadre d'une thèse en médecine générale où nous nous proposons de recueillir des informations sur les connaissances concernant les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les pratiques en matière de sexualité et les pratiques préventives mises en oeuvre au sein d'un échantillon de militaires. Il s'agit d'un travail de recherche dont la qualité des résultats dépendent de la qualité des réponses données à ce questionnaire. Ainsi, pour être utiles et faire progresser la recherche, vos réponses doivent donc être les plus sincères et objectives possibles. La participation à cette étude et le remplissage de ce questionnaire sont complètement libres et volontaires. Ainsi, ce questionnaire est complètement anonyme et aucune des informations recueillies ne figurera dans votre dossier médical. Merci de votre collaboration.

Sexe:

- Masculin
 Féminin

Age : |__|__| ans

Niveau scolaire:

- Pas de diplôme
 Brevet
 BEP, CAP
 BAC général
 BAC +2
 BAC + 5

Catégorie de grade:

- Militaire du rang
 Sous officier
 Officier

Armée d'appartenance:

- Terre
 Air
 Marine
 Gendarmerie
 Services communs

Avez-vous déjà effectué des missions de courte durée, des opérations extérieures ou des missions embarquées?

- oui non

Si oui, combien de missions de 2 mois ou plus avez-vous effectué ?

- 1 2 à 5 5 à 10 > 10

Quels ont été les destinations de vos missions de 2 mois ou plus ces 5 dernières années?

.....

Vous êtes:

- Marié(e) ou pacsé(e)
 En concubinage
 Célibataire
 Divorcé(e)/Séparé(e)
 Veuf/Veuve

Avez-vous des enfants?

- oui non

Vous sentez-vous concerné(e) par les Infections Sexuellement Transmissibles ?

- oui non

Avez-vous déjà été sensibilisé(e) à leur prévention ?

- oui non

Si oui, par qui ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Media Médecin civil Médecin militaire Entourage Collège/Lycée
 Autre, précisez:

A- Les IST sont liées à de multiples microbes. Connaissez vous ceux qui sont listés ci-dessous ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1- La syphilis ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2- Le gonocoque ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3- L'herpès génital ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4- L'hépatite B ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5- Les chlamydiae ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6- Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7- Le papilloma virus (HPV)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

B- A votre avis quels sont les symptômes qui peuvent se manifester en cas d'Infection Sexuellement Transmissible ?

(*Cochez les réponses qui vous semblent justes ; plusieurs réponses possibles*)

- Fièvre Plaques rouges sur le corps Brûlures en urinant
 Ecoulement génital Courbatures et sensation de fatigue

C- Comment évaluez vous leur gravité ?

(*Grave = complications fréquentes / Peu grave = pas de complications*)

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 1- La syphilis | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Peu grave |
| 2- Le gonocoque | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Peu grave |
| 3- L'herpès génital | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Peu grave |
| 4- L'hépatite B | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Peu grave |
| 5- Les chlamydiae | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Peu grave |
| 6- Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Peu grave |
| 7- Le papilloma virus (HPV) | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Peu grave |

D- Cocher la réponse qui vous semble juste.

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1- On peut guérir de l'infection par le VIH. | <input type="checkbox"/> vrai | <input type="checkbox"/> faux | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| 2- Une Infection Sexuellement Transmissible provoque toujours des symptômes visibles. | <input type="checkbox"/> vrai | <input type="checkbox"/> faux | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| 3- L'infection par chlamydiae chez la femme peut entraîner une stérilité. | <input type="checkbox"/> vrai | <input type="checkbox"/> faux | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| 4- Certaines Infections Sexuellement Transmissibles peuvent être à l'origine de cancer. | <input type="checkbox"/> vrai | <input type="checkbox"/> faux | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| 5- La transmission de l'herpès génital est possible même sans boutons visibles sur les organes génitaux. | <input type="checkbox"/> vrai | <input type="checkbox"/> faux | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

- 6- Lorsque l'on a eu un rapport sexuel sans préservatif ou que le préservatif a craqué, il existe un traitement d'urgence qui permet de diminuer le risque de contamination par le VIH. vrai faux ne sait pas
- 7- Les rapports par voie anale sont plus à risque de transmission d'une Infection Sexuellement Transmissible que les rapports par voie vaginale. vrai faux ne sait pas
- 8- Il n'y a pas de risque de transmission d'une Infection Sexuellement Transmissible lors d'une fellation ou d'un cunnilingus. vrai faux ne sait pas
- 9- La prise de la pilule seule ne protège pas des Infections Sexuellement Transmissibles. vrai faux ne sait pas
- 10- Se laver après l'acte sexuel permet de diminuer le risque de transmission d'une Infection Sexuellement Transmissible. vrai faux ne sait pas
- 11- Une rupture de préservatif entraîne un risque de transmission d'une Infection Sexuellement Transmissible. vrai faux ne sait pas
- 12- Il faut se faire dépister après chaque rapport non protégé avec un partenaire occasionnel ou un nouveau partenaire. vrai faux ne sait pas
- 13- Un préservatif peut être réutilisé dans certaines conditions. vrai faux ne sait pas

E- Habitudes

1- Avez vous déjà eu un rapport sexuel ?

- oui non

↳ Si oui, à quel âge avez vous eu votre premier rapport ? |__|__| ans

2- Habituellement, vous avez des rapports sexuels:

- avec des femmes avec des hommes les deux

3- Ces 12 derniers mois, avez- vous eu un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s) ?

- oui non

↳ Si oui, combien de partenaires avez-vous eu ces 12 derniers mois?

- un seul 2 à 5 6 à 10 >10

4- Ces 12 derniers mois, avez vous eu un rapport sexuel non protégé avec un partenaire occasionnel?

- oui non

↳ Si oui, quel était le(s) type(s) de rapport?

- voie vaginale voie anale (sodomie) fellation cunnilingus

5- Avez-vous déjà contracté une infection sexuellement transmissible?

- plusieurs fois une fois jamais

↳ Si vous avez déjà eu une ou plusieurs infection(s) sexuellement(s) transmissible(s), quel(s) était(ent) le(s) microbe(s) responsable(s)?

- Gonocoque Syphilis HPV (papilloma virus) Hépatite B
- Chlamydiae VIH Herpès génital Condylomes

6- Avez-vous déjà eu un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel après avoir bu beaucoup d'alcool?

- plusieurs fois une fois jamais

7- Avez-vous déjà eu un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel après avoir consommé de la drogue ?

- plusieurs fois une fois jamais

8- Avez-vous déjà craint d'avoir une Infection Sexuellement Transmissible sans en parler à votre partenaire?

- plusieurs fois une fois jamais

9- Lors d'un rapport sexuel avec un/une partenaire occasionnel/elle, quelle(s) méthode(s) de prévention des infections sexuellement transmissibles utilisez-vous le plus souvent?

- préservatif masculin préservatif féminin pilule
- se retirer avant l'éjaculation (méthode du retrait) se doucher avant et/ou après le rapport avoir uniquement des rapports bucco-génitaux (fellation ou cunnilingus)
- avoir uniquement un rapport anal aucun autres: Précisez
.....
.....

10- Lors d'un rapport oro-génital (fellation ou cunnilingus) avec un nouveau partenaire, mettez vous (ou votre partenaire)?

-un préservatif masculin :

- toujours pas systématiquement rarement ou jamais

-un préservatif féminin:

- toujours pas systématiquement rarement ou jamais

11- Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu un rapport sexuel non protégé ou avec un incident de préservatif (glissement/rupture) avec un/une partenaire occasionnel/elle (en métropole ou à l'étranger) ?

- oui non

↳ Si oui,

➤ Combien de fois cela vous est-il arrivé?

- 1 fois rarement (2 à 5) parfois (6 à 9) régulièrement (>9)

➤ Avez-vous déjà consulté un médecin pour ce motif?

- à chaque fois une majorité de fois parfois jamais

- Concernant le dernier rapport sexuel non protégé ou avec incident de préservatif avec un/une partenaire occasionnel/elle
- où cela s'est-il passé ?
 - en France
 - en MCD ou OPEX : pays
 - en MLD ou permanent : pays
 - lors d'un voyage à l'étranger à titre privé: pays
 - existait-il des circonstances particulières ?
 - vous étiez alcoolisé
 - vous étiez sous l'emprise d'une drogue
 - il y a eu un saignement au cours du rapport
 - il s'agissait d'un rapport vaginal pendant les règles
 - aucune
 - concernant le(s) type(s) de rapport(s) pratiqué(s):
 - vaginal
 - anal
 - bucco-génital (fellation ou cunnilingus)
 - autres: précisez
 - concernant le/la partenaire:
 - a) quel était son sexe ?
 - homme
 - femme
 - b) de quel type de partenaire s'agissait-il ?
 - stable
 - occasionnel
 - prostituée
 - autre: précisez
 - c) quel risque avez-vous ressenti vis-à-vis des Infection Sexuellement Transmissibles avec ce/cette partenaire ?
 - important
 - modéré
 - faible
 - aucun
 - inconnu: précisez
 - avez vous utilisé un préservatif ?
 - oui non
 - > Si oui,
 - le préservatif a glissé
 - le préservatif s'est rompu
 - autres: précisez
 - > Si non,
 - vous avez oublié d'en utiliser un
 - vous n'aviez pas de préservatif à disposition
 - vous n'avez pas jugé nécessaire d'en utiliser un
 - vous ne vous souvenez plus pourquoi vous n'en avez pas utilisé

F- Informations

1- Sentez-vous que vous avez envie ou besoin de vous informer sur les IST après avoir rempli ce questionnaire ?

- oui non

2-Quelle voie vous parait la plus efficace pour votre information ?

a- consultation d'information avec un médecin

- oui non

↳ Si oui,

- avec le médecin militaire à votre demande
- avec le médecin militaire lors de la visite médicale périodique
- avec le médecin civil
- avec le médecin civil accompagné de votre ou vos partenaires sexuels

b-séances d'information collective

- oui non

c- mise à disposition de dépliants d'information dans la salle d'attente

- oui non

d- site internet (civil ou militaire)

- oui non

e- recevoir une fois par mois un mail d'information après s'être inscrit à une newsletter

- oui non

f-autre, précisez:

3- Ce questionnaire vous fait il ressentir le besoin d'aller réaliser un test de dépistage?

- oui non

4- Avez-vous déjà réalisé un ou plusieurs tests de dépistage ?

- oui non

↳ Si oui, pour quelle(s) infection(s) sexuellement transmissible(s)

- Hépatite B Syphilis HPV (papilloma virus)
- Chlamydiae VIH

Commentaires libres:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation !

Annexe 3 : Protocole

Thésard:

IHA BROUILLET Pauline

Interne de Médecine Générale

Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce

Informations personnelles retirées

Directrices de thèse:

MP BILLHOT, Médecine Interne, Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce

MC DURON, Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées.

Etude sur l'état des connaissances, pratiques et expositions à risque vis à vis des infections sexuellement transmissibles dans les Armées Françaises : thèse d'exercice.

Thème:

Expositions sexuelles à risque (ESAR) et état des connaissances des militaires sur les infections sexuellement transmissibles.

Justification:

Les infections sexuellement transmissibles (IST) restent un problème majeur de santé publique en France. Le nombre d'infections à gonocoque a augmenté pendant toute la décennie 2000 à 2010 chez l'homme comme chez la femme. Le nombre de dépistages et de diagnostics d'infections urogénitales à *Chlamydia* continue à augmenter dans les deux sexes.(1) L'utilisation systématique de préservatifs reste insuffisante. (2) Il existe de plus une exposition importante dans les armées françaises avec une contamination importante à l'étranger concernant surtout le VIH (70% des séroconversions) mais 60% des IST sont probablement contractées en France Métropolitaine. (3) La connaissance des infections sexuellement transmissibles est médiocre pour 24,8 % des garçons et 15 % des filles au lycée (4) avec un lien entre prise de risque et manque de connaissance dans cette population. (5)

Beaucoup d'études se sont intéressées aux populations à risque (6) et notamment à l'étranger, (7) moins d'étude en France métropolitaine dans la population générale. La population de jeunes militaires est une population particulièrement exposée aux risques de transmission. (8) Notamment par les opérations à l'étranger dans des zones à risque accru de contamination mais également en métropole avec une vie en collectivité induisant des comportements à risque (prise d'alcool, fêtes...) (9).

Il apparait donc intéressant d'analyser le nombre et les conditions d'exposition à risque chez les militaires ainsi que l'état des connaissances sur les IST dans cette population en comparaison avec les études précédentes.

(1) G. La Ruche, V. Goulet , A. Bouyssou , P. Sednaoui , B. De Barbeyrac , N. Dupin, C. Semaille. Mise Au Point: Épidémiologie actuelle des Infections Sexuellement Transmissibles bactériennes en France. La Presse Médicale 2013; **42**: 432-439

(2) M. Lefebvre, C. Biron, A. Guillouzouic, M. Juvin, A. Masseur, A. Néel, O. Grossi, et D. Boutoille. La Syphilis Au CHU de Nantes Entre 2000 et 2010 : À Propos de 36 Patients Hospitalisés. La Revue de Médecine Interne 2013; **34**: 522–527

(3) L.Ollivier, V. Pommier de Santi, J-J. Morand, O. Romand, G. Desjeux, A. Mrabet, C. Verret. Infections Sexuellement Transmissibles et contaminations sexuelles par le virus de l'immunodéficience humaine dans les armées françaises en 2006. Annales de Dermatologie et de Vénérologie 2009 ; **136**: 412–418

(4) C. Grondin, S. Duron, F. Robin, C. Verret, P. Imbert. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Archives de pédiatrie 2013; **20**: 845-852

(5) C.Gros, M-L. Brival. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Mémoire de sage-femme. Paris: Université Paris 5, 2010, 60p.

(6) B-L.Diallo, M. Alary, A. Barry, S. Rashed. Épidémie du VIH chez les travailleuses du sexe en guinée : prévalence, facteurs associés, vulnérabilité et tendances 2001–2007. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2010; **58**: 245–254.

(7) D-K. Ekouevi, C-V. Dagnra, K-B. Goilibe, B. Tchounga, J. Orne-Gliemann, M. Salou, S. Anato, M. Prince-David, V-P. Pitche. Séroprévalence du VIH et facteurs associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2014; **62**: 127–134.

(8) M. Grau. Connaissances, attitudes et pratique des cadres de contact de l'armée de Terre vis à vis des infections sexuellement transmissibles. Thèse pour le doctorat en médecine. Nancy: Université de Lorraine, 2013, 138p.

(9) A-S. Pitel. Connaissances, attitudes et pratiques des militaires français face aux expositions sexuelles à risque de VIH. Thèse pour le doctorat en médecine. Créteil: Université Paris XII, 2011, 97p.

Objectif:

Obtenir un état des lieux des connaissances, des attitudes et des pratiques vis à vis des infections sexuellement transmissibles auprès d'un échantillon de militaires français pour contribuer à mieux cibler les moyens de prévention à adopter. Comparer les résultats obtenus à ceux des enquêtes réalisées précédemment en milieu militaire.

Méthode:

Analyse rétrospective des données collectées dans le cadre de la surveillance épidémiologique des armées entre 2009 à 2013 (événement « ESAR ¹», fiche B8) et enquête transversale multicentrique à l'aide d'un questionnaire standardisé anonyme distribué dans trois Centres Médicaux des Armées s'intéressant aux caractéristiques socio-démographiques, aux connaissances, aux habitudes et aux pratiques des militaires français vis à vis de la prévention de la transmission des Infections Sexuellement Transmissibles.

¹ ESAR = Exposition sexuelle à risque définie comme rapport sexuel sans préservatif, rapport sexuel avec rupture de préservatif, agression sexuelle, rapport sexuel sous l'emprise de substances psycho-actives (amnésie des circonstances).

Lieu du recueil:

Centre Médical des Armées de Saint Dizier-Chaumont
Centre Médical des Armées de Grenoble
Force d'Action Navale de Toulon

Protocole de recueil des données:

- Questionnaire distribué par l'interne dans les trois Centre Médicaux des Armées accompagné d'une enveloppe par questionnaire.
- Distribution du questionnaire et d'une enveloppe vierge par l'infirmière, l'auxiliaire sanitaire ou la secrétaire en même temps que le questionnaire médico-biographique avant la Visite Médicale Périodique.
- Remplissage du questionnaire par le patient en 15 minutes en salle d'attente puis la glisse dans l'enveloppe cachetée qui accompagne le questionnaire.
- Boîte de recueil identifiée dans la salle d'attente, le patient dépose son enveloppe dans la boîte de façon à préserver l'anonymat.
- Si le patient ne désire pas remplir le questionnaire, compléter seulement la partie socio-démographique (1ère page) et le glisser dans l'enveloppe puis dans la boîte de la même manière.
- Récupération par l'interne des questionnaires complétés lorsqu'une centaine d'enveloppes ont été déposées.
- Durée du recueil: 1 à 2 mois selon le nombre de Visites Médicales Périodiques par semaine.
- Objectif: 300 réponses (100 réponses par lieu de recueil)

Analyse des données:

- Création d'un masque de saisie avec le logiciel Epi-info.
- Saisie manuelle des données des questionnaires sur le logiciel Epi-info.
- Analyse des réponses par thème puis par question selon les résultats obtenus à l'aide du logiciel Epi-info.
- Objectif: obtenir un état des lieux des connaissances, des attitudes et des pratiques vis à vis des infections sexuellement transmissibles d'un échantillon de militaires français pour cibler les moyens de prévention à adopter.

Connaissances, attitudes et pratiques vis à vis des infections sexuellement transmissibles dans l'armée française.

Introduction : Les infections sexuellement transmissibles (IST) restent un problème majeur de santé publique. La population militaire est particulièrement exposée au risque de transmission d'une IST. L'objectif était d'obtenir un état des lieux des connaissances, des attitudes et des pratiques vis à vis des IST auprès d'un échantillon de militaires français.

Matériel et méthode : L'étude réalisée était une enquête transversale multicentrique à l'aide d'un questionnaire standardisé anonyme. Le recueil des données a eu lieu de février à avril 2015 chez les militaires français d'active de trois Centres Médicaux des Armées. 340 questionnaires ont été enregistrés et analysés sur les 340 distribués.

Résultats : Les connaissances globales des IST étaient insuffisantes avec une moyenne globale de 13 sur 20. Dans la vie entière, 43,2% déclaraient avoir déjà eu une exposition sexuelle à risque (ESAR). La dernière ESAR était survenue à 81,6% en France et 14,7% en mission de courte durée à l'étranger. En ce qui concerne les antécédents d'IST dans la vie entière, 8,2% déclaraient avoir déjà eu au moins une IST sans cas déclaré de VIH ou d'hépatite B. En analyse multivariée, seul le multi-partenariat a été mis en évidence comme facteur de risque d'avoir une ESAR.

Conclusion : Les connaissances des militaires français vis à vis des IST sont insuffisantes et inférieures à celle de la population générale. Elles ont peu évolué depuis 2011 et montrent des lacunes importantes. Les ESAR sont fréquentes dans cette population avec presque la moitié des interrogés déclarant en avoir eu au moins une. Une intensification de la réflexion sur la prévention des IST semble donc nécessaire pour favoriser l'adoption de comportements protecteurs de santé sur le long terme chez les militaires français.

Mots-clés : IST, connaissances, comportement à risque, prévention, militaires