HAL
open science

Les infections sexuellement transmissibles chez les patients de 15 à 25 ans en médecine générale en Seine-Maritime : recherche de facteurs de risque et étude de dépistage

Laure Duval

To cite this version:

Laure Duval. Les infections sexuellement transmissibles chez les patients de 15 à 25 ans en médecine générale en Seine-Maritime : recherche de facteurs de risque et étude de dépistage. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01425602

HAL Id: dumas-01425602

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01425602

Submitted on 3 Jan 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.

THM 16.89

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016 **N° 89**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DUVAL laure

NEE LE 03 Février 1988 à Bois Guillaume

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 SEPTEMBRE 2016

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES PATIENTS DE 15 A 25 ANS EN MEDECINE GENERALE EN SEINE MARITIME :

RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE ET ETUDE DU DEPISTAGE

PRESIDENT DE JURY : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Odile MALANDAIN

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Véronique MERLE

Madame le Docteur Noëlle FREBOURG

1420004217
– BU Rouen Médecine-Pharmacie –

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DUVAL laure

NEE LE 03 Février 1988 à Bois Guillaume

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 SEPTEMBRE 2016

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES PATIENTS DE 15 A 25 ANS EN MEDECINE GENERALE EN SEINE MARITIME :

RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE ET ETUDE DU DEPISTAGE

PRESIDENT DE JURY : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Odile MALANDAIN

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Véronique MERLE

Madame le Docteur Noëlle FREBOURG

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre jusque 01/11/15))*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** *(surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile

Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale

Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie

Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZ**	Biochimie
Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucille **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements :

A Madame le Professeur Priscille Gérardin, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Madame le Professeur Véronique Merle, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Noëlle Frébourg, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Odile Malandain, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail et dans ma pratique quotidienne.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil et à l'ensemble des enseignants du département de médecine général.

A Madame Marie-Thèrèse Thueux pour son accompagnement pendant cette thèse, ainsi qu'à Jean-Paul Thueux.

A Monsieur Guyader pour son aide en statistiques.

A l'ensemble des praticiens et du personnel paramédical que j'ai côtoyé durant mon externat et mon internat, plus particulièrement dans les services de médecine interne du Centre Hospitalier de Vernon et d'urgences adultes et pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

Aux médecins généralistes maitres de stage qui m'ont accueillie dans leur cabinet et ont conforté ma volonté de devenir médecin généraliste (les Docteurs Nadège Savalle, Olivier Duprez, Paul Boender, Jean-Baptiste Guédon et Georges Volait).

A l'équipe du cabinet médical de Oissel pour leur compréhension et leur soutien durant la rédaction de cette thèse.

A mes parents, pour leur soutien et leur présence tant dans ma vie professionnelle que personnelle. Merci pour votre éducation juste, votre ouverture, votre compréhension et votre envie de nous faire découvrir les belles choses de la vie. Merci pour tout.

A ma sœur, Mathilde, pour sa maitrise du mot et des tableurs Excel, nécessaires tout au long de cette thèse. Mais surtout pour sa présence de tous les instants, de près ou de loin, pour ses conseils précieux, sa patience, son intelligence, son humour et sa sensibilité. Pour tous ces moments partagés et cette relation que je n'aurais souhaité différente.

A mon grand-père et aux autres membres de ma famille.

A mes deux « piliers », Laurine et Jordane

A Laurine, pour son amitié si chère depuis tellement d'années. Pour sa présence et son soutien tout au long de mon parcours scolaire et surtout sa détermination lors des concours qui m'ont aidée à faire le métier que je souhaitais. Pour sa patience et son affection.

A mes 2 autres amies de longue date Aline et Julie :
A Aline, pour son optimisme débordant et sa motivation à toute épreuve, son humour et pour sa présence de Paris à New York, en souhaitant partager encore beaucoup d'autres moments ensemble ;
A Julie pour ses beaux mots et sa douceur, pour la musique, la couture et les jolies discussions.

Aux garçons qui ont accepté ce groupe de copines et ont su y faire leur place ; Florent et Jeremy (merci pour ce voyage incroyable, et petite pensée pour Lise-Marie).

A Jordane, pour cette belle amitié, pour sa présence et son soutien dans les bons moments et les autres, pour sa quête de l'hédonisme, de la bonhomie et de la belle vie en espérant que cette amitié perdure encore longtemps dans le nord ou dans le sud-ouest.

Et aux autres garçons de ma garde rapprochée :

A Fred, pour son amitié précieuse, sa gentillesse et son attention et pour ces 2 années mémorables de colocation ;
A Selim, 2e coloc chouchou, pour sa facilité, sa badinerie mais surtout son amitié constante ;
A JH, pour sa compréhension son écoute et son affection, pour les rendez-vous hebdomadaires et pour les beaux moments que nous avons partagés, partout mais surtout à l'île d'Yeu ;
A Thibault, pour son accompagnement pendant ces années d'études, plus particulièrement pendant l'internat.

Aux filles qui les rendent heureux :
A Alice, parisienne convertie, pour son caractère décidé et sa belle sensibilité cachée, et au nouveau p'tit mec de la bande Arthur ;
A Stéphanie pour son caractère ensoleillé et son rire contagieux ;
A Mathilde pour ses phrases décalées et son affection sincère.

A Fanny et à Lauranne, les pieds sur terre la tête dans les nuages et le cœur dans un manège, pour leur présence, leur aide et la hotline- téléphonique-conseils disponible jour et nuit.

Au groupe des « kops », qui ne changent pas, pour les week-ends et les vacances, les soirées et le toujours plus : Benjamin, Bibi, Bruno, Charles, Marc, Philippe, Stan et Yann (à cette amitié qui traverse les années), et aux jeunes filles qui les ont adoucis et ont bonifié ce groupe, Déborah, Elise et Soline.

A Delphine, pour son dynamisme et son entrain, pour les découvertes à ses cotées et les discussions endiablées, pour la danse, la musique … la belle vie.

A mes copines de tennis, Gulden, Marine, Fanny et les autres.

Et enfin, à Alex, pour sa présence, sa patience et son soutien, de près comme de loin.

Plan

PLAN 17

1. INTRODUCTION 22

2. DEFINITIONS ET CONTEXTE 23

2.1. DEFINITIONS 23

2.2. EPIDEMIOLOGIE 24

2.2.1. Epidémiologie Mondiale 24

2.2.2. Epidémiologie française 25

2.3. EXPRESSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE 37

2.3.1. Infections à Treponema Pallidum[24,25,26] 37

2.3.2. Infection à gonocoque 42

2.3.3. Infection à Chlamydia Trachomatis 45

2.3.4. Infections à trichomonas 48

2.3.5. Infection à VIH 49

2.3.6. Infection à papillomavirus humains (HPV) 53

2.3.7. Infection à herpesviridae[37] 55

2.4. RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE DEPISTAGE 57

2.4.1. Dépistage de la syphilis 57

2.4.2. Dépistage infections à Gonocoques 58

2.4.3. Dépistage infection à chlamydia 58

2.4.4. Dépistage infection à VIH 59

2.4.5. Recommandations infections à HPV 60

2.4.6. Recommandations actuelles de dépistage dans la population générale : synthèse . 61

2.5. LES JEUNES ADULTES, POPULATION A RISQUE 62

2.5.1. Epidémiologie 62

2.5.2. Méconnaissance des IST 62

2.5.3. Comportements sexuels à risque 64

2.5.4. *Conséquences cliniques différentes* 65

2.5.5. *Conclusion* 65

2.6. ROLE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DEPISTAGE DES IST POUR LES ADOLESCENTS 66

2.6.1. *Rôle de prévention et de dépistage* 66

2.6.2. *Consultation des adolescents en médecine générale et évocation de la sexualité* 66

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE 67

4. METHODES 68

4.1. ETUDE 68

4.2. REDACTION DU QUESTIONNAIRE 68

4.3. SELECTION DES CABINETS PARTICIPANT A L'ETUDE 68

4.4. SELECTION DE L'ECHANTILLON 69

4.5. DEROULEMENT DE L'ETUDE 69

5. RESULTATS 71

5.1. ETUDES DES CABINETS PARTICIPANTS ET DU NOMBRE DE REPONSES 71

5.2. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES 75

5.2.1. *Sexe* 75

5.2.2. *Age* 77

5.2.3. *Niveau d'étude* 79

5.2.4. *Consultation cabinet médecin traitant* 81

5.3. SEXUALITE ACTIVE 82

5.4. PREMIER RAPPORT 84

5.4.1. *Homosexualité lors du premier rapport* 86

5.4.2. *Utilisation d'un préservatif lors du premier rapport* 86

5.5. RAPPORTS SEXUELS DANS LA DERNIERE ANNEE 90

5.5.1. *Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois* 91

5.5.2. *Multi-partenariat simultané* 96

5.5.3. *Types de rapports sexuels durant les 12 derniers mois* 96

5.5.4. *Utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois* 97

5.5.5. *Réalisation de tests de dépistage avant l'arrêt des préservatifs* 101

5.5.6. *Dépistages pour les partenaires* 105

5.6. ANTECEDENTS D'IST 106

5.7. CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE 109

5.7.1. *Aborder le sujet des IST en médecine générale* 109

5.7.2. *Influence de la prévention primaire des médecins généralistes sur la sexualité* 112

5.7.3. *Aborder le sujet du dépistage en médecine générale* 114

5.7.4. *Influence de la prévention primaire et secondaire sur les pratiques des patients en matière de dépistage* 117

5.7.5. *Evaluation du niveau d'information des patients* 118

6. DISCUSSION 123

6.1. COMPARAISON DE NOS RESULTATS AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE 123

6.1.1. *Nombre de réponses* 123

6.1.2. *Caractéristiques épidémiologiques* 123

6.1.3. *Consultation dans le cabinet de leur médecin traitant* 124

6.1.4. *Sexualité active* 124

6.1.5. *Activité sexuelle pour les 12 derniers mois* 128

6.1.6. *Antécédent d'IST* 133

6.1.7. *Aborder le sujet des IST et du dépistage des IST en médecine générale* 134

6.1.8. *Information sur les IST* 137

6.2. LIMITES ET BIAIS DE NOTRE ETUDE 138

6.2.1. *Limites liées à l'échantillon* 138

6.2.2. *Limites liées au questionnaire* 138

6.3. UNE CONSULTATION DEDIEE EN MEDECINE GENERALE 139

7. CONCLUSION 141

Abréviations

Abréviation	Définition
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
CDAG	Centre Dépistage Anonyme et gratuit
CiddIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST
CMIA	Chemiluminescent Microparticule ImmunoAssay
EIA	Enzyme Immuno Assay
ELISA	Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FTA	Fluorescent Treponemal Antibody
HPV	*Human PapillomaVirus*
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
HSV	*Herpes Simplex Virus*
IB	Immuno Blot
IF	ImmunoFluorescence
InVS	Institut National de Veille Sanitaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LCR	Ligase Chain Reaction
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
LGV	LymphoGranulomatose Vénérienne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
RNSP	Réseau National de Santé Publiqué
TAAN	Test Amplification des Acides Nucléiques
TMA	Transcription Medicated Amplification
TNT	Test Non Tréponémique
TPHA	Treponema Pallidum Hémagglutination Assay
TT	Test Tréponémique
VDRL	Veneral Disease Research
VIH	Virus immunodéficience acquise
WB	Western Blot

I. Introduction

Les Infections Sexuellement Transmissibles représentent un enjeu majeur de prévention primaire et secondaire. En effet, chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST.[1] Ces dernières ont des conséquences importantes sur la santé sexuelle et reproductive dans le Monde. Outre les conséquences cliniques à court et moyen terme, elles sont également responsables de troubles de la fertilité ou encore de lésions pouvant évoluer vers des atteintes cancéreuses.

Or, certaines de ces infections sont en augmentation depuis plusieurs années, principalement chez les jeunes de 15 à 25 ans.

Le médecin généraliste est un pivot du système de soins ambulatoire, et la majorité des jeunes adultes le consultent au moins une fois dans l'année, c'est donc un intervenant essentiel dans la lutte contre les IST.

Mais les médecins généralistes sont-ils suffisamment actifs dans le dépistage des IST ? Parviennent-ils à aborder la sexualité avec leur patients de façon à repérer leurs principales conduites sexuelles à risques ?

Au cours de notre pratique il nous a semblé que les médecins généralistes avaient parfois des difficultés à évoquer la sexualité avec leurs jeunes patients et sous estimaient l'importance des facteurs de risque de ces derniers.

A notre connaissance il n'existait pas d'étude sur les facteurs de risque d'IST présentés par les jeunes de 15 à 25 ans consultant en médecine générale en Seine Maritime, nous avons donc cherché à travers cette étude réalisée dans le cadre d'une thèse, à répondre à cette question. De plus, nous avons cherché à étudier les différents comportements des jeunes et les différentes pratiques des médecins généralistes entre les zones dites « de ville » et celles dites « de campagne ».

Avant de présenter les résultats de notre étude, nous nous attacherons dans un premier temps à rappeler l'épidémiologie, les tableaux cliniques et les recommandations de dépistage des principales IST.

2. Définitions et contexte

2.1. Définitions

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) regroupent l'ensemble des infections se transmettant par voie sexuelle. On parle désormais d'infections et non plus de maladies du fait de la prévalence élevée des formes asymptomatiques facilitant leur transmission[2]. La majorité des IST sont dues à 8 agents pathogènes : *treponema pallidum* (syphilis), *neisseria gonorrheae* (gonococcocie), *chlamydia trachomatis* (chlamydiose), *trichomonas vaginalis* (trichomonase), le virus de l'hépatite B, le VIH (Virus Immunodéficience Humaine), les papillomavirus et les *herpesvirus* humains.

Certaines de ces infections se transmettent également par d'autres modes de transmission : transmission materno-fœtale, transfusion sanguine, transplantation d'organes et greffe de tissus hétérologues.

Seulement 4 de ces infections sont curables : la syphilis, la gonoccocie, la chlamydiose et la trichomonase.

Infections	Agent pathogène	type
Syphilis	*Treponema pallidum*	Bactérie
Gonoccocie	*Neisseria gonorrhoea*	Bactérie
Chlamydiose	*Chlamydia trachomatis*	Bactérie
Trichomonose	*Trichomonas vaginalis*	Protozoaire
VIH	Virus Immunodeficience Humaine	Virus
Papillomavirus	*Human papillomavirus*	Virus
Herpes	*Humain simplex type 1 et 2*	Virus
Hépatite B	Virus hépatite B	Virus

Tableau 1 : Agents pathogènes responsables des IST

2.2. Epidémiologie

2.2.1. Epidémiologie Mondiale

Chaque jour, selon l'Organisation Mondiale de la Sante (OMS), plus d'un million de personnes contracte une IST.

Le nombre de nouveaux cas d'IST curables a été estimé en 2012 à 357 millions. Cette estimation globale correspond à 128 millions de nouveaux cas de chlamydioses, 27 millions de gonococcies, 101 millions de trichomonases et 101 millions de syphilis[3], qui sont les 4 IST les plus courantes.

L'OMS avait auparavant cherché à définir l'incidence de ces 4 IST en 1995, 1999, 2001 et 2008[4,5,6,7].(Tableau 2)

On peut remarquer une globale augmentation, exceptée pour la syphilis.

	1995	1999	2005	2008
Chlamydia	89	92	101	106
Gonocoque	62	62	88	106
Trichomonas	170	174	248	276
Syphilis	12	12	11	10

Tableau 2 : Incidence des 4 IST les plus courantes selon l'OMS en millions de cas découverts par an

Concernant les autres infections non curables, près de 297 millions de femmes dans le monde seraient atteintes d'une infection à HPV (*Human PapillomaVirus*), avec une prévalence de 30 millions de nouveaux cas par an. En France, il est estimé que 50 à 75% des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées à l'HPV.[8]

Plus de 3,7 milliards de personnes âgées de moins de 50 ans, soit 67% seraient infectées par le virus HSV-1 (*Herpes Simplex Virus*), responsable de l'herpès oro/facial, et 417 millions de personnes de 15 à 49 seraient infectées par le virus HSV-2, responsable de l'herpès génital (le HSV-1 est également une cause importante d'herpès génital).[9]

De 2000 à 2015, le nombre de nouvelles infections à VIH a baissé de 35%. Fin 2015, 36,7 millions de personnes vivaient dans le monde avec une infection à VIH.[10]

2.2.2. Epidémiologie française

Selon les données de l'enquête « Contexte de la sexualité en France » (CSF-2006) dirigée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales en 2006, parmi les personnes sexuellement actives de 18 à 69 ans, 2,1% des hommes et 2,8% des femmes ont rapporté un antécédent d'IST dans les 5 dernières années.[11] Exclusion faite des mycoses, la proportion de personnes ayant rapport un antécédent d'IST était identique chez les hommes et les femmes (1,6%).

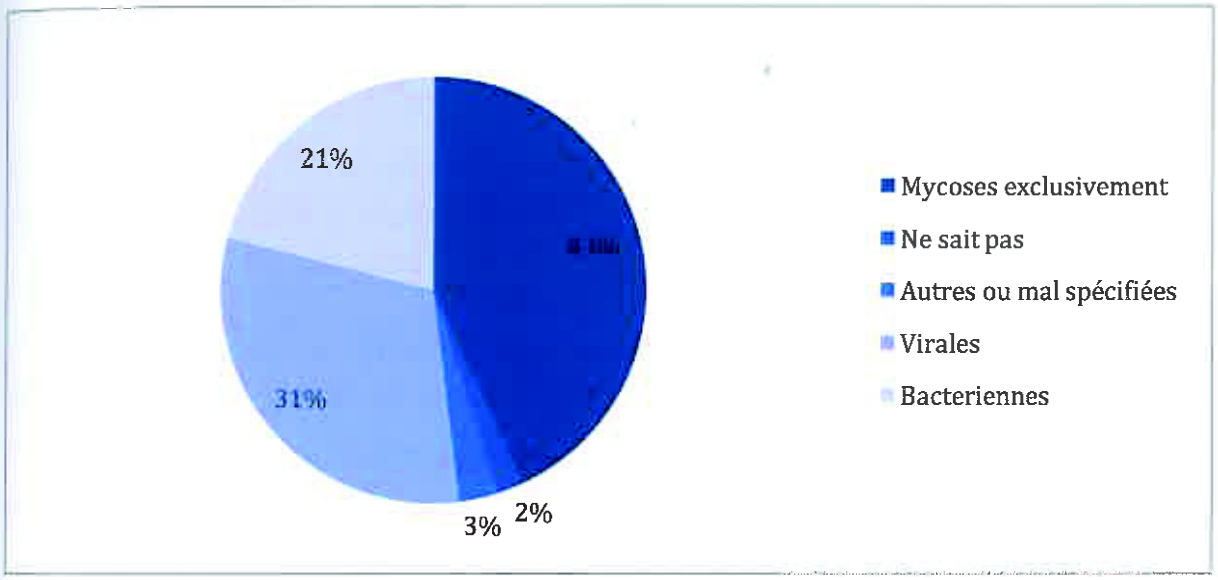


Figure 1 : Types d'infections sexuellement transmissibles rapportées dans les 5 dernières années par les hommes sexuellement actifs âgés de 18 à 69 ans, CSF 2006

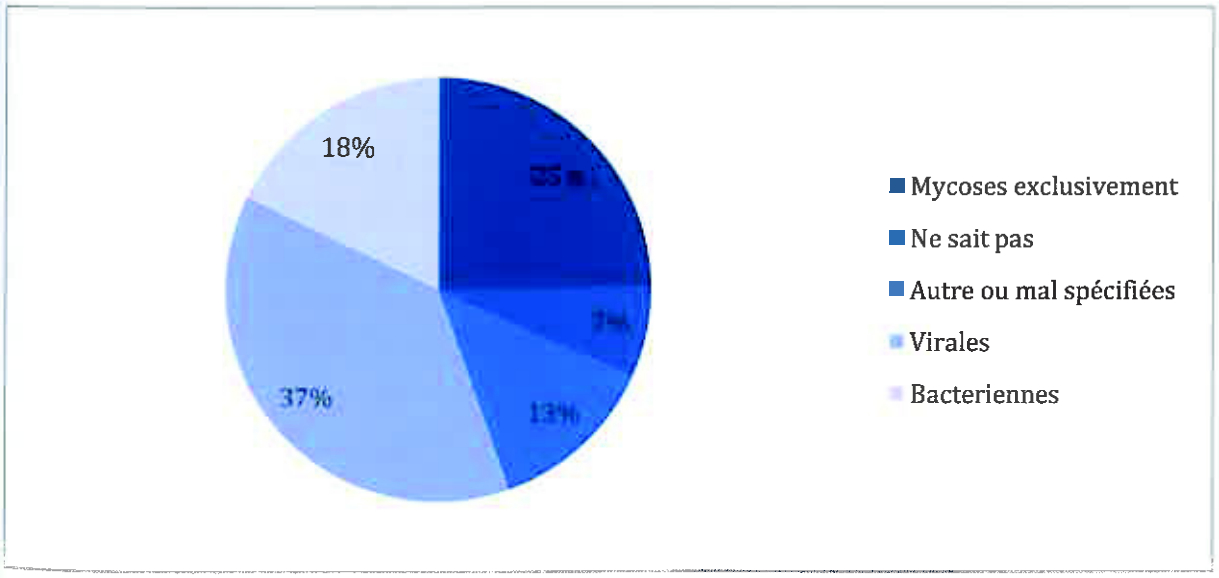


Figure 2 : Types d'infections sexuellement transmissibles rapportées dans les 5 dernières années par les femmes sexuellement actives âgées de 18 à 69 ans, CSF 2006

2.2.2.1. Epidémiologie de la syphilis

2.2.2.1.1. Réseau RésIST

Depuis 2000, les syphilis récentes (datant de moins d'un an) sont surveillées par le réseau RésIST des cliniciens volontaires exerçant dans différents lieux de diagnostic : Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CiddIST), Consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG), consultations hospitalières de dermatologie, de maladies infectieuses ou de médecine interne, cabinets de médecine libérale, etc.

En 2014, 101 sites participaient au réseau.

Ces praticiens sont chargés de recueillir, pour les cas de syphilis détectés, des données épidémiologiques et comportementales.

Les cas de syphilis sont définis par des signes cliniques et biologiques. Le diagnostic clinique inclut les trois stades de syphilis infectieuse : primaire (chancre), secondaire (présence de lésions cutanéo-muqueuses localisées ou diffuses) et latente précoce (sans signe clinique, l'infection initiale ayant eu lieu dans les 12 derniers mois). Les cas doivent être confirmés biologiquement (microscopie au fond noir, sérologies VDRL (*Veneral Disease Research Labotary*) et TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination Assay*), amplification génique : PCR (*Polymerase Chain Reaction*)).

Après consentement du patient, des informations socio-démographiques comportementales et biologiques sont recueillies par le médecin : âge, sexe, orientation sexuelle, antécédents d'IST, présence ou non de signes cliniques, résultats biologiques de la syphilis, statut sérologique vis-à-vis du VIH. Le clinicien propose au patient un auto-questionnaire centré sur les comportements sexuels au cours des 12 derniers mois, en particulier le nombre et le sexe des partenaires, les pratiques sexuelles et l'utilisation du préservatif.

Jusqu'en 2014, la surveillance clinique était complétée par les données des ventes d'Extencilline (antibiotique) mais du fait de l'arrêt de la commercialisation de ce médicament, cette donnée n'est maintenant plus étudiée.

2.2.2.1.2. Données du réseau RésIST[12]

Depuis 2009, le nombre de syphilis récentes augmente régulièrement chez les hommes. Chez les femmes qui ne représentent que 5% des cas rapportés en 2014, ce nombre reste relativement stable. (Figure 3).

Le nombre de nouveaux cas de syphilis est étudié selon tous les sites, et selon les sites constants (sites participant au réseau RésIST depuis au moins 3 ans). Les hommes homo-bisexuels représentent plus de 80% des patients diagnostiqués de la syphilis.

Les hommes des 20-49 ans représentent la classe d'âge la plus touchée, quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la majorité des femmes ont moins de 29 ans. L'âge médian des hommes atteints en 2014 est de 36 ans versus 29 ans chez les femmes. (Figure 4)

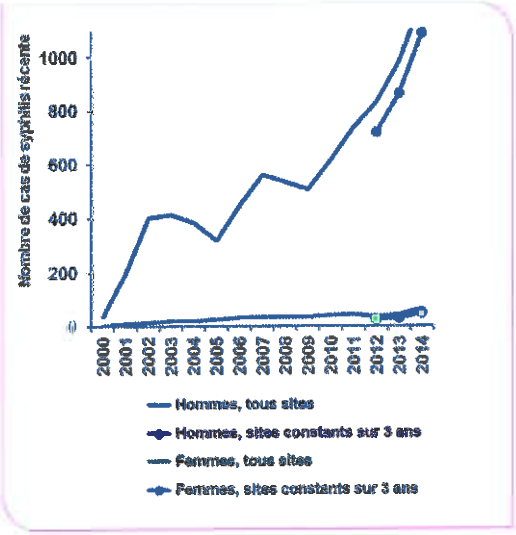


Figure 4 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon le sexe, réseau RésIST, France, 2000-2014

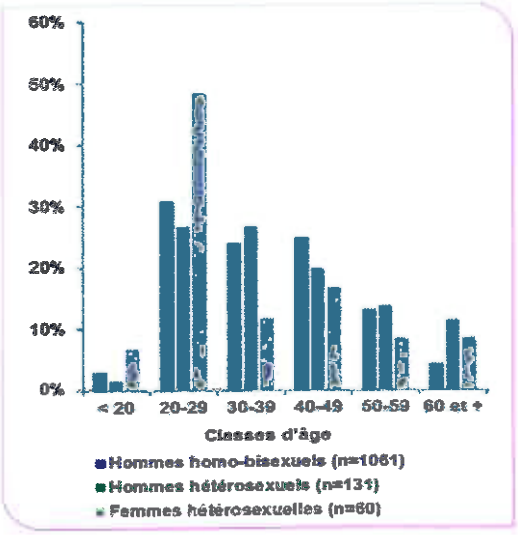


Figure 3 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2010-2014

2.2.2.2. Epidémiologie des infection à gonocoque

2.2.2.2.1. Définition réseau Rénago et réseau RésIST

La gonococcie n'est plus une maladie à déclaration obligatoire depuis 2000 et sa surveillance repose à la fois sur le réseau Rénago de laboratoires depuis 1986, sur le réseau RésIST de cliniciens depuis 2004, et sur la surveillance des urétrites masculines organisée par le réseau Sentinelle de médecins généralistes depuis 1984.

L'ensemble de ces réseaux doit communiquer tous les mois à l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) le nombre de cas de gonococcie définis par la biologie : culture positive à partir d'un prélèvement (examen de référence) ou Test d'Amplification des Acides Nucléiques (TAAN-PCR) sur prélèvement local positif.

- Le Reseau National des Gonocoques (Rénago) repose sur un réseau de laboratoires de microbiologie répartis dans la France métropolitaine. La plupart des départements sont représentés au travers des laboratoires privés et hospitaliers qui y participent. L'échantillon se compose d'environ 230 laboratoires de biologie médicale volontaires, soit environ 4 à 5 % de l'ensemble des laboratoires.[13] La majorité des laboratoires émanent du secteur privé. Chaque laboratoire participant doit collecter des informations épidémiologiques pour les différents cas : sexe, âge, site de prélèvement, motif de prélèvement, présence ou non de signes cliniques, IST associées, type de prescripteur et département d'exercice. Des données agrégées semestrielles sont également collectées : nombre de tests réalisés et nombre de gonocoques isolés. Le nombre de laboratoires participants variant chaque année, l'indicateur retenu pour suivre les tendances épidémiologiques est le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire. Par ailleurs, certains laboratoires participent à la surveillance des résistances du gonocoque aux antibiotiques en collaboration avec l'Institut Alfred Fournier, CNR des gonocoques dont les missions sont : l'isolement, l'identification bactériologique, le sérotypage et génotypage ainsi que l'étude de la sensibilité à différents antibiotiques de toutes les souches transmises.

La principale limite du réseau Rénago est qu'il ne permet pas d'estimer l'incidence globale sur la population générale. De plus, il n'intègre pas la population des territoires d'Outre-Mer.

- Le réseau RésIST est constitué de cliniciens volontaires exerçant dans différents lieux de diagnostic. Ce réseau, initialement créé pour la surveillance de la syphilis, a intégré la surveillance des infections à gonocoques en 2004 afin d'obtenir des données cliniques et comportementales. Après consentement des patients, les praticiens relèvent des informations sociodémographiques, comportementales et biologiques (age, sexe, orientation sexuelle, antécédents d'IST, présence ou non de signes cliniques, résultats biologiques de la gonococcie, statut VIH). Le médecin propose également au patient un auto-questionnaire sur son comportement sexuel au cours des 12 derniers mois, en particulier le nombre et le sexe des partenaires, les pratiques sexuelles et l'utilisation du préservatif.

- Le réseau sentinelle regroupe environ 1% des médecins généralistes exerçant en France métropolitaine. Il recueille depuis 1984 des informations épidémiologiques sur 9 infections transmissibles ou attitudes diagnostiques, dont les urétrites masculines.[14]

2.2.2.2.2. Données des réseaux Rénago et RésIST[12,15]

En 2014, le nombre de gonococcies continue d'augmenter chez les hommes comme chez les femmes, au sein des deux réseaux, pour les sites qui participent de façon constante à la surveillance depuis plusieurs années (figure 5 et 6). Cette augmentation des gonococcies s'explique en partie par l'amélioration depuis 2009 des techniques de dépistage avec le développement de l'amplification en chaine par PCR et du dépistage combiné chlamydia-gonocoque, notamment chez la femme.

Les femmes présentant une infection uro-génitale à gonocoque sont en moyenne plus jeunes que les hommes, leur âge médian étant respectivement de 22 ans contre 28 ans pour les patients du réseau Rénago, et de 21 ans contre 27 ans pour les patients du réseau RésIST.

Les classes d'âge les plus touchées par cette infection sont donc les patients âgés de moins de 30 ans, quel que soit le sexe. (Figure 7)

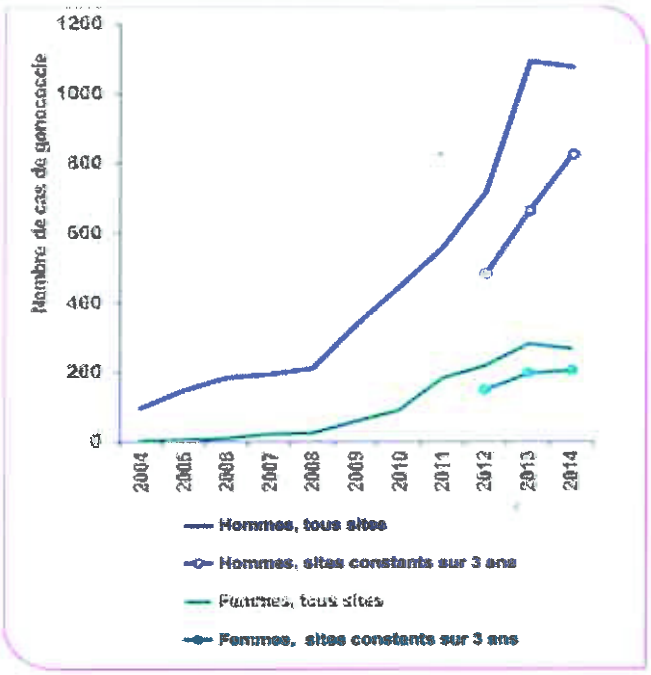


Figure 5 : Evolution du nombre de nouveaux cas de gonococcies selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2001-2013

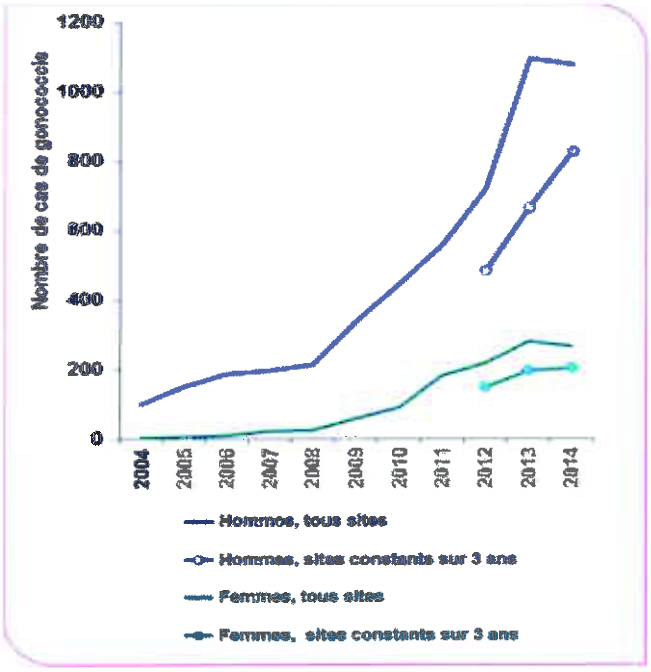


Figure 6 : Evolution du nombre de nouveaux cas de gonococcies selon le sexe, réseau de des cliniciens RésIST, France, 2004-2014

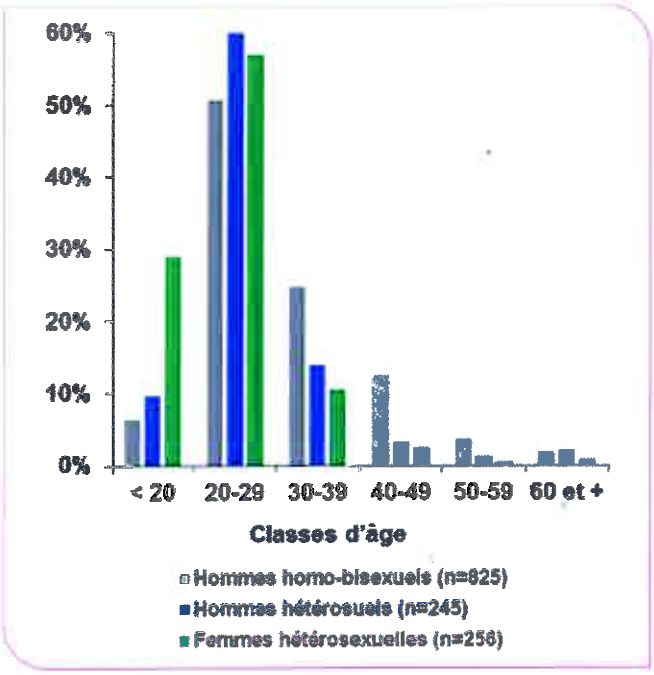


Figure 7 Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France 2013

2.2.2.3. Epidémiologie des infections à chlamydia

2.2.2.3.1. Définition réseau RENACHLA

Le réseau RENACHLA (Réseau National des Chlamydiae) a été créé en 1988 pour la surveillance épidémiologique des chlamydioses génitales et est coordonné par le Réseau National de Santé Publique (RNSP).

Il a été constitué à partir des laboratoires participant au réseau RENAGO de laboratoires correspondants de l'Institut Alfred Fournier et de laboratoires sollicités en 1991 lors d'une étude effectuée sur un échantillon aléatoire de laboratoires.

En 2000, 95 laboratoires ont participé au réseau RENACHLA (66 privés et 29 hospitaliers dont 20 universitaires et 9 non universitaires), toutes les régions étaient représentées à l'exception de la Corse. Ils représentaient 3,9% de l'ensemble des laboratoires français susceptibles d'identifier C. Trachomatis en France Métropolitaine répertoriés par le service du Contrôle National de Qualité de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Chaque laboratoire doit communiquer tous les mois le nombre de cas de chlamydiae détectés à l'InVS. Un cas est défini comme un patient ayant un prélèvement positif à *chlamydiae trachomatis* détecté par une ou plusieurs des techniques suivantes : culture cellulaire, immunoenzymatique (*Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay* ou ELISA), ImmunoFluorescence (IF), biologie moléculaire comprenant les techniques d'hybridation moléculaire (HM) et d'amplification génétique (PCR , *Ligase Chain Reaction* ou LCR, *Transcription Mediated Amplification* ou TMA).[16]

Chaque laboratoire participant collecte des informations épidémiologiques pour les cas diagnostiqués : sexe, âge, site de prélèvement, motif de prélèvement, présence ou non de signes cliniques, IST associées, type de prescripteur et département d'exercice.

Des données agrégées sont également collectées : nombre de tests réalisés et nombre d'infections à chlamydia diagnostiquées. L'indicateur retenu pour suivre les tendances épidémiologiques est le nombre moyen d'infections à chlamydia diagnostiquées par an et par laboratoire.[17]

2.2.2.3.2. Données du réseau RENACHLA[12,15]

Le nombre total d'infections urogénitales à chlamydia rapportés en 2013 était stable par rapport à 2012, chez l'homme comme chez la femme, mais on peut noter toutefois une augmentation du nombre d'infections dans les sites à participation constante sur les 3 précédentes années (figure 8).[15]

En 2014, les tranches d'âge les plus touchées étaient les 15-24 ans pour les femmes et les 20-29 ans pour les hommes. Les femmes sont plus jeunes que les hommes avec un âge médian de 23 ans contre 27 ans pour les hommes (figure 9). [12]

Le nombre d'infections symptomatiques et asymptomatiques évolue de façon similaire depuis 2011, la proportion de sujets asymptomatiques représentant 58% des cas rapportés en 2013 alors que cette proportion représentait 23% des cas au début de la décennie 2000.[15] (figure 10)

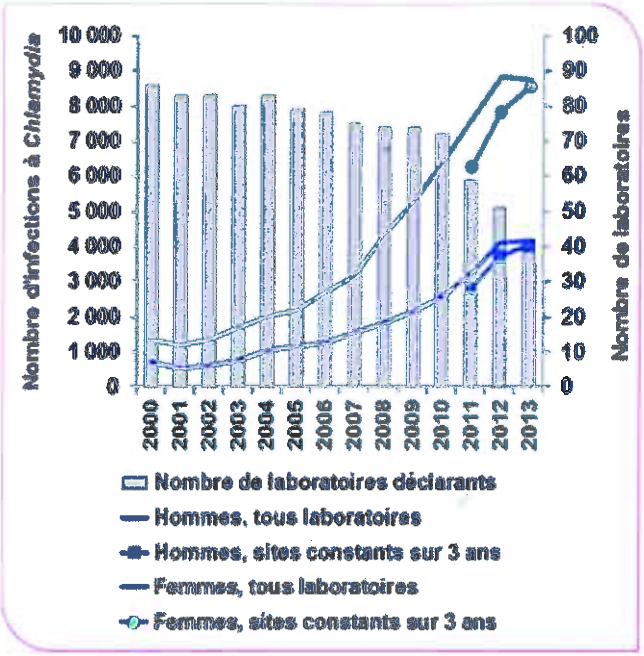


Figure 8 : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia diagnostiquées et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2013

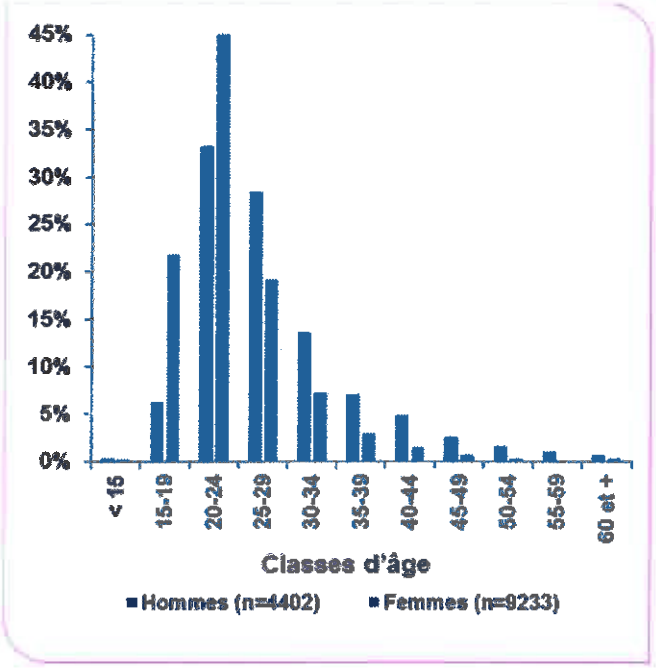


Figure 9 : Distribution des infections uro-génitales à Chlamydia diagnostiquées par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2014

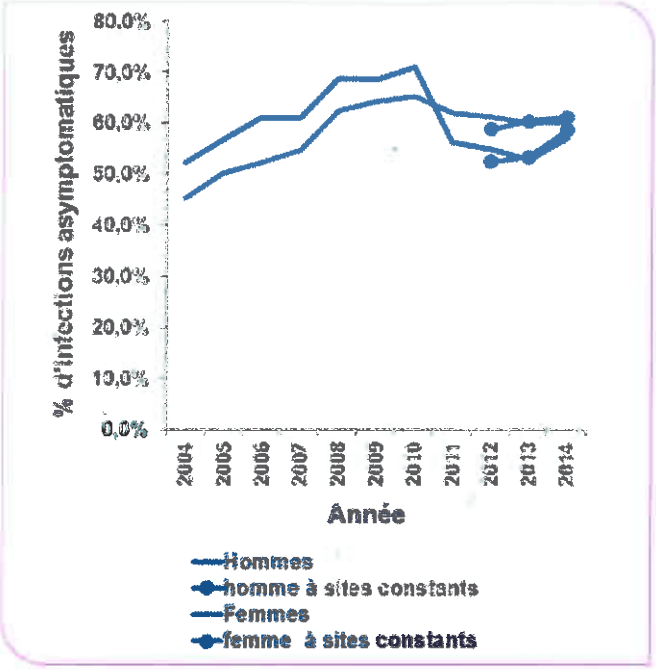


Figure 10 : Evolution du nombre d'infections à Chlamydia diagnostiquées selon la présence ou non de symptômes et selon le sexe, réseau Rénachla, France 2000-2013

2.2.2.3.3. Résultats du volet NatCHLA

L'enquete sur la sexualité en France dirigée par Bozon (enquête CSF-2006) a été la première en France à intégrer dans une enquête nationale un depistage systématique de l'infection à *chlamydia trachomatis* à partir d'auto-prélévements à domicile.[11] Elle a permis d'objectiver pour la première fois l'ampleur de la sous-estimation de la prévalence des infections à chlamydia.

Le prélévement était positif pour 1,4% des hommes et 1,6 % des femmes. La prévalence ainsi estimée était 5 fois plus élévée que la proportion de personnes de 18 à 44 ans ayant déclaré dans l'enquête avoir eu une infection à chlamydia diagnostiquée dans les 5 dernières années.

La prévalence estimée était plus élévée pour les femmes de 18 à 24 ans (3,6%) que pour les hommes. (2,4%)

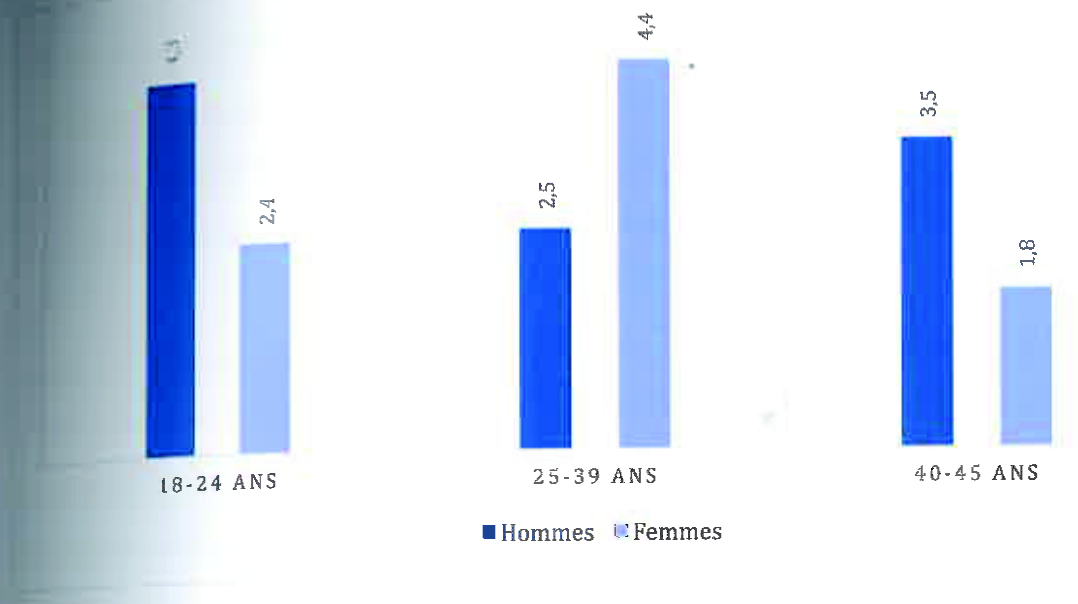


Figure 11: Prévalence de *Chlamydia Trachomatis* au moment de l'enquête CSF-2006

2.2.2.1. Epidémiologie des infections à VIH[17]

L'InVS produit chaque année des données actualisées sur l'infection à VIH. Dans le dernier rapport de 2015, il est rapporté que 6600 personnes ont découvert leur séropositivité en 2014, nombre stable depuis 2007. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étrangers restent les deux groupes les plus touchés (respectivement 42% et 39% des découvertes en 2014).

Le nombre de découvertes de séropositivité chez les HSH continue d'augmenter.[17]

En 2014, les personnes de moins de 25 ans représentaient 11% des découvertes de séropositivité en 2014 alors que celles de plus de 50 ans et plus 20%. Parmi les découvertes de séropositivité, 39% ont été découvertes à un stade précoce, et 26% à un stade avancé.

L'InVS a développé des méthodes pour estimer l'incidence du VIH à partir des données de la déclaration obligatoire du VIH et des résultats du test d'infection récente. Il a été estimé que 6900 personnes ont été contaminées par le VIH en 2012. (Après avoir diminué jusqu'en 2010, ce nombre est stable depuis).

2.2.2.2. Epidemiologie infections à HPV *(Human PapillomaVirus)*

Il n'existe pas de réseau de surveillance en France de l'infection à HPV.

On estime la prévalence globale de l'infection à HPV pour les femmes à environ 23%, avec un pic d'infection pour les femmes de moins de 20 ans (40%).[18]

Il est estimé que 50 à 75% des femmes de 15 à 44 ans sont, ou ont été exposées, à une infection à HPV.[19]

Parmi ces femmes, 10% développeront une infection chronique pouvant aboutir pour 20% d'entre elles à un cancer du col de l'utérus par absence ou défaillance du dépistage.[20]

En effet, 8 génotypes de HPV sont impliqués dans 95 % des cancers du col utérin. (ils sont nécessaires mais non suffisants au développement du cancer du col de l'utérus.)[21,22]

Le cancer du col de l'utérus est actuellement en France le 10e cancer chez les femmes par sa fréquence(2810 nouveaux cas en 2010).[23]

2.2.2.3. Epidémiologie infections à HSV-1 et HSV-2

Il n'existe pas de réseau de surveillance des infections à HSV en France.

En France, 10 millions de personnes sont atteintes d'infections herpétiques : 40 à 60 % des adultes en France sont porteurs d'HSV-1, alors que moins de 20% des enfants de moins de 5 ans sont infectés. L'HSV-2 infecte 17% des adultes.[24]

2.3. Expression clinique et diagnostic biologique

2.3.1. Infections à Treponema Pallidum[25,26,27]

La syphilis est une infection sexuellement transmissible due au germe *Treponema Pallidum*, bactérie de la famille des spirochètes, genre *Treponema*, espèce *Pallidum*. La transmission se fait essentiellement par voie sexuelle, par contact avec les lésions infectieuses ou des liquides corporels. D'autres modes de transmission plus rares, ont été décrits, comme la transmission par les baisers, le partage d'aiguille, l'inoculation accidentelle, la transfusion sanguine et plus exceptionnellement la greffe d'organe. Une transmission maternofœtale peut survenir en période anténatale et en per partum. En l'absence de traitement, l'infection évolue selon plusieurs tableaux cliniques.

2.3.1.1. Tableau clinique aigüe – syphilis précoce

La syphilis précoce correspond aux phases primaires, secondaires et latentes avec transmission remontant à moins d'un an après l'apparition du chancre.[25]

La phase primaire fait suite obligatoirement à une période asymptomatique après inoculation de 3 semaines environ. Elle se caractérise par l'apparition d'un chancre (ulcération unique, dure, indolore, à base propre et à sérosité claire) au point d'inoculation du tréponème. Il peut être génital (gland, pénis, pubis, grandes lèvres, petites lèvres, vagin, col de l'utérus), anal, rectal, buccal (lèvres, langue, amygdale), digital, voire siéger n'importe où sur le corps selon la nature de l'acte sexuel contaminant. Il peut également prendre des aspects variés (ulcérations multiples, purulentes, douloureuses, balanites). Il est systématique, mais peut passer inaperçu du fait de sa localisation, ou être négligé du fait de sa régression spontanée. Il s'accompagne d'adénopathies locorégionales non inflammatoires, spontanément résolutives.[25]

La phase secondaire n'est pas systématique, et surviendrait chez environ 30 % des patients non traités à la phase primaire.[27]Elle correspond à une atteinte multiviscérale et se définit par l'existence de lésions cliniques disséminées, essentiellement cutanées et muqueuses:

- Persistance ou non du chancre
- Roséole syphilitique, « première floraison », éruption maculeuse prédominant sur le tronc. Elle ne s'accompagne pas de manifestations systémiques et régresse spontanément.
- Syphilides papuleuses, « deuxième floraison », qui se traduit par un grand polymorphisme clinique, rendant son diagnostic difficile. L'éruption a une topographie symétrique et prédomine au niveau du tronc, du visage, des paumes et des plantes. La lésion élémentaire est une papule, le plus souvent érythémateuse ou cuivrée, non prurigineuse et bordée par une fine desquamation circulaire. Elle peut également avoir un aspect eczématiforme, psoriasiforme, lichénoïde ou pytiriasiforme. Au niveau du visage, elle peut mimer une dermite séborrhéique. Au niveau du cuir chevelu, l'atteinte réalise une alopécie en clairière.

  Au niveau des muqueuses, les syphilides génitales et périnéales sont le plus souvent multiples, et l'atteinte buccale réalise un aspect de syphilides érythémateuses ou plus infiltrées.

A ce stade, des manifestations systémiques peuvent être notées : fièvre, céphalées, arthralgies, syndrome méningé, polyadénopathies, hépatosplénomégalie.

La phase latente précoce est définie par une phase asymptomatique avec diagnostic sérologique positif et infection datant de moins d'un an.

2.3.1.2. Tableau clinique syphilis tardive

La syphilis tardive englobe les stades de syphilis latente tardive et de syphilis tertiaire.

La syphilis latente tardive est définie par une phase asymptomatique avec diagnostic sérologique positif et transmission datant de plus de deux ans.

La syphilis tertiaire a pratiquement disparu dans les pays industrialisés. Les manifestations cliniques sont regroupées en 3 types de manifestations :

- Manifestations cutanées : les gommes
- Manifestations neurologiques : la neurosyphilis
- Manifestations cardiovasculaires : aortite syphilitique, anévrysme

2.3.1.3. Diagnostic biologique

Le tréponème ne se cultivant pas in vitro, le diagnostic biologique ne peut se faire que par sa visualisation directe ou indirectement par la mise en évidence de la réponse spécifique anticorps (diagnostic sérologique).

Le tréponème peut être mis en évidence dans des exsudats de lésion primaire ou secondaire (lésions cutanées ou génitales), mais aussi dans le LCR (Liquide Céphalo-Rachidien) et dans les ponctions d'adénopathies.

Différentes méthodes sont utilisées : microscope à fond noir (sensibilité de 80% mais méthode simple et peu coûteuse), IF directe ou indirecte, test d'infectivité du lapin (méthode la plus sensible mais la plus longue et fastidieuse), amplification génétique.

Le diagnostic indirect repose sur la mise en évidence des anticorps induits par l'infection : réactions sérologiques à antigènes tréponémiques. (Tests Tréponémiques) et à antigènes non tréponémiques (Tests Non Tréponémiques).

Les tests tréponémiques (TT) détectent des anticorps dirigés contre des antigènes du tréponème. Ils sont plus spécifiques que les tests non tréponémiques (TNT). Ils restent le plus souvent positifs après traitement, et ne permettent donc pas de distinguer une syphilis active d'une syphilis guérie. Ils comportent des techniques d'agglutination (TPHA pour *Treponema pallidum Hemagglutination Assay*), de fluorescence (FTA pour *Fluorescent Treponemal Antibody*) ou immuno-enzymatique (test ELISA ou apparentés comme l'EIA pour Enzyme ImmunoAssays ou la CMIA pour Chemiluminescent Magnetic microparticle ImmunoAssay). Le plus souvent les tests d'agglutination et de fluorescence sont manuels et les tests immuno-enzymatiques sont automatiques.

Les tests non tréponémiques (TNT) détectent des anticorps dirigés contre des antigènes cardiolipidiques. Ils sont moins spécifiques que les TT mais se négativent après traitement et ne sont positifs que pour les syphilis actives. Il est ainsi nécessaire d'avoir un résultat quantitatif du TNT pour faire la distinction entre une syphilis active et une cicatrice sérologique, ainsi que pour suivre le traitement. Il s'agit de tests manuels, fondés sur une réaction d'agglutination passive. Ils sont au nombre de deux : VDRL et RPR (Rapid Plasma Reagin).

Les TT par agglutination ou par fluorescence ainsi que les TNT se positivent généralement une à quatre semaines après le chancre. Les TT immuno-enzymatiques sont en moyenne plus précoces que les autres TT pris séparément. Ils permettent un diagnostic aussi précoce que la combinaison d'un test tréponémique classique et d'un test non tréponémique.

Actuellement, le dépistage et le diagnostic de la syphilis repose sur la réalisation concomitante d'un test tréponémique (TPHA habituellement) et d'un test non tréponémique (VDRL). Si au moins un des deux tests de dépistage est positif, un titrage doit être pratiqué. (Figure 12 et 13).

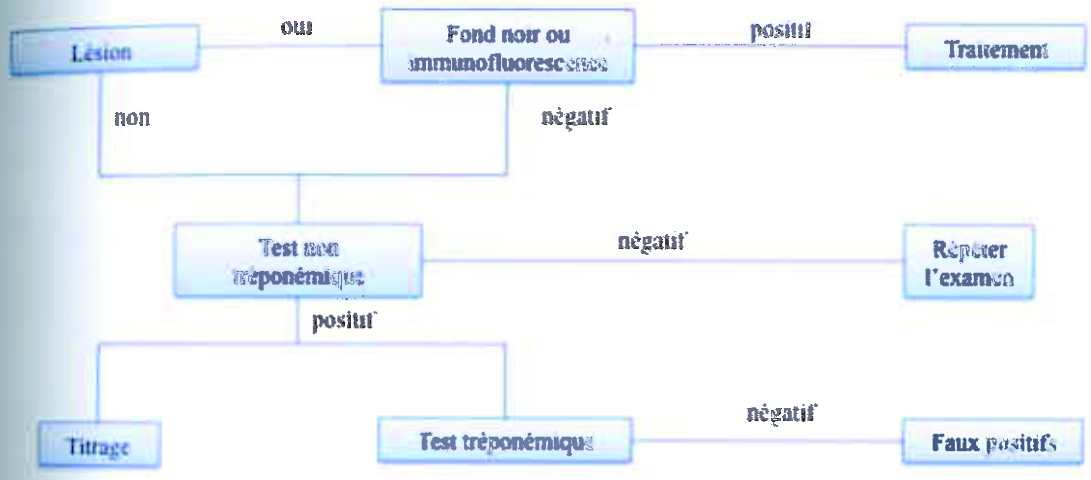


Figure 12 : Algorithme pour le diagnostic de la syphilis (d'après Larsel et coll, 1995)[26]

Types	Interprétations
TPHA - VDRL -	Absence de tréponématose * Tréponématose très récente (incubation, 5 à 15 premiers jours du chancre) Tréponématose guérie (traitée précocement)
TPHA + VDRL + **	Tréponématose traitée ou non, guérie ou non
TPHA – VDRL +	Faux positifs (figure 1)
TPHA + VDRL -	Tréponématose guérie Tréponématose très précoce (premier jour du chancre) Syphilis tertiaire très ancienne (rare)
*** Impossibilité de distinguer la syphilis des tréponématoses non vénériennes** **** Quel que soit le titre de VDRL**	

Figure 13: Interprétation simplifiée de la sérologie de la syphilis[27]

Dans un rapport publié en 2007, la Haute Autorité de Santé a donné un avis favorable à une modification de l'algorithme de dépistage, prévoyant le remplacement de l'association systématique d'emblée d'un TT et d'un TNT par un seul TT sur Ig totales, avec une méthode reproductible et automatisable de type immuno-enzymatique (technique d'ELISA ou apparentée comme l'EIA ou la CMIA), confirmée par un TNT quantitatif en cas de positivité du TT initial[28]. Cette nouvelle nomenclature est effective depuis 2015.[29]

2.3.2. Infection à gonocoque

La gonococcie est une infection due à *Neisseria Gonorrhoeae* ou gonocoque, diplocoque gram négatif. Elle est transmise par contact direct, lors de rapports sexuels (génital, buccal ou anal) entre une personne infectée, symptomatique ou non, et une autre personne. Chez les femmes enceintes, la contamination du nouveau-né peut intervenir en per partum.

2.3.2.1. Tableau clinique aigu

Chez l'homme, l'infection à gonocoque se révèle le plus souvent par un tableau brutal d'urétrite antérieure après une période d'incubation de 2 à 7 jours.[30] Le tableau clinique est caractérisé le plus souvent par une dysurie, des brûlures mictionnelles intenses, un écoulement urétral purulent, un prurit urétral, des symptômes d'épididymite, une méatite voir une balanite. Les urétrites gonococciques s'accompagnent d'un écoulement purulent dans 90 à 95% des cas. Dans moins de 10 %, elles se révèlent par des signes fonctionnels sans écoulement purulent et sont asymptomatiques dans moins de 1% des cas. [31]

Chez la femme, l'infection gonococcique passe le plus souvent inaperçue. Les données rapportées dans certaines études estiment que 70 à 90% des femmes pour lesquelles la recherche bactériologique de N. Gonorrhoeae est positive sont asymptomatiques.[31,32]
Lorsqu'elle est symptomatique, l'infection gonococcique se manifeste le plus souvent par une cervicite avec des leucorrhées purulentes (cervico-vaginite), voire une irritation vulvaire (cervico-vulvo-vaginite), auxquelles peuvent s'associer une urétrite (se traduisant par des brûlures mictionnelles), une dysurie, une dyspareunie, des métrorragies, ou une pesanteur pelvienne.

Le gonocoque peut entraîner, pour les deux sexes, des atteintes au niveau anal, pharyngé et des conjonctives. Par ailleurs, certaines formes disséminées peuvent être retrouvées.
La rectite gonococcique prédomine chez l'homme et touche particulièrement les HSH. Elle peut être asymptomatique dans 2/3 des cas.[30]Lorqu'elle est symptomatique elle peut se manifester par un prurit anal, une anite, un écoulement rectal purulent, une diarrhée, des saignements anorectaux, un syndrome rectal et/ou des sensations de défécations incomplètes.
L'atteinte oropharyngée est totalement asymptomatique le plus souvent. Parfois, elle se traduit par une angine ou pharyngite spontanément régressive.[32]

La conjonctivite gonococcique est rare chez l'adulte et survient après une infection génitale non traitée acquise sexuellement, par auto-inoculation par manu-portage.[33]

Les gonococcies disséminées sont également rares, et surviennent surtout chez les femmes du fait du retard de diagnostic.[34] Elles se traduisent par les atteintes suivantes : arthrite, dermatite, endocardite ou encore méningite.[33]

2.3.2.2. Complications à moyen et long terme

En l'absence de diagnostic ou en cas d'échec de traitement, l'infection peut évoluer vers des formes compliquées.

On peut retrouver chez l'homme des complications telles que la prostatite et l'orchi-épididymite, évoluant vers la formation d'abcès, de fibrose urétrale conduisant à une sténose.[32]L'épididymite peut également être responsable d'infertilité et d'atrophie testiculaire. L'évolution la plus fréquente d'une urétrite non traitée chez l'homme est néanmoins la disparition des symptômes dans un délai de 6 mois, mais l'infection et le risque de transmission persistent tant qu'elle n'a pas été traitée.

Chez la femme, les complications les plus fréquemment observées sont subaiguës : inflammation des glandes para-urétrales et des glandes de Bartholin, endométrite et salpingite. On peut également observer des complications tardives : algies pelviennes inflammatoires, stérilité tubaire et lésions tubaires responsables de grossesse extra-utérine.[31,32]

Enfin, des études ont démontré que l'infection à gonocoques augmentait significativement le risque de transmission du VIH, lors de leur co-infection.[35]

2.3.2.3. Diagnostic biologique

Plusieurs méthodes peuvent permettre de mettre en évidence le gonocoque :

- Examen direct avec coloration par le bleu de méthylène, ou Gram.
- Culture sur gélose de sang cuit, avec ou sans ajout d'antibiotique pour la réalisation d'un antibiogramme. C'est actuellement la méthode de référence du fait de sa spécificité, sa sensibilité et son coût moindre.[13]

  Ces deux méthodes sont réalisées à partir de prélèvements d'exsudats, endo-urétraux, pharyngés ou anaux.[29]

- Test d'amplification génique (TAAN) réalisable sur tous les prélèvements, y compris les auto-prélèvements vaginaux pour la femme et le premier jet urinaire chez l'homme. Ils sont le plus souvent couplés à la détection de chlamydia trachomatis. Dans son rapport de 2010 sur le dépistage du gonocoque, l'HAS s'est positionnée pour l'utilisation des TAAN dans les cas de dépistage asymptomatique du gonocoque (en particulier l'utilisation des tests combinés), et dans les localisations pharyngées ou anales, du fait de sa sensibilité supérieure à la culture pour ces localisations.[13]

Les prélèvements à privilégier pour le dépistage sont les suivants : premier jet urinaire chez l'homme, auto prélèvement pour la femme et en fonction des pratiques sexuelles, prélèvements pharyngés et anaux.

En cas de test positif, une culture doit être réalisée.

Les tests immunologiques ne sont actuellement pas préconisés.[13]

2.3.3. Infection à Chlamydia Trachomatis

Les infections sexuellement transmissibles dues à *Chlamydia Trachomatis*(CT) sont les plus fréquentes dans les pays industrialisés. CT est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes A et K sont responsables d'infections urogénitales. La transmission se fait essentiellement par voie sexuelle.

2.3.3.1. Tableau clinique

Chez l'homme, l'infection à Chlamydia représente la principale cause des urétrites non gonococciques (entre 20 et 50% des urétrites)[29] mais elle peut être asymptomatique dans plus de 50% des cas.[35] Lorsqu'elle est symptomatique, elle se présente sous la forme de dysurie, d'urétrite aigüe avec un écoulement peu abondant, de vives brûlures mictionnelles et parfois d'hémorragies. Une infection non traitée peut évoluer vers une épididymite, mais les séquelles d'infections restent rares et mineures comparées à celles observées chez la femme.

Chez la femme, l'infection à Chlamydia est le plus souvent asymptomatique (70%), rendant son diagnostic difficile. Lorsqu'elle est symptomatique, elle peut se présenter comme une cervicite, une urétrite, une endométrite, des cystalgies et/ou dyspareunies. Bien que le col de l'utérus soit le site primaire de l'infection, l'urètre et le rectum peuvent être également touchés.

Les infections à CT pour les femmes peuvent rapidement évoluer vers un abcès des glandes de Bartholin. De plus, elle peut également se compliquer en une salpingite. (CT est responsable de 50% des salpingites)[29]. Les complications chroniques résultent de l'ascension de l'infection et incluent principalement la salpingite, l'inflammation pelvienne, les adhérences, la grossesse extra utérine, et la stérilité tubaire.

Les salpingites asymptomatiques sont maintenant reconnues comme cause majeure de l'infertilité. En effet, environ 2/3 des cas d'infertilité tubaire et un tiers des grossesses extra-utérines seraient attribuables aux infections à Chlamydia.[36,37,38]

A partir de l'infection utéro-tubaire, CT peut gagner la région perihépatique ce qui est souvent découvert fortuitement au cours d'une cœlioscopie pour une salpingite. Lorsqu'il est symptomatique, le tableau clinique peut mimer celui d'une cholécystite aigüe (Syndrome Fitz-Hugh-Curtis).

Pour les deux sexes, l'infection à Chlamydia peut se révéler par des conjonctivites isolées par auto-inoculation à partir d'un foyer génital.

L'infection peut également se compliquer par une affection disséminée : syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, se traduisant par les atteintes suivantes : polyarthrite aigüe ou subaiguë réactionnelle, urétrite, conjonctivite bilatérale, balanite circinée, kératodermite palmo plantaire psoriasiforme.

Enfin, l'infection à chlamydia jouerait un rôle en tant que cofacteur dans la transmission du VIH aussi bien chez les femmes que chez les hommes.[39]

2.3.3.2. Diagnostic biologique [40]

Dans le cadre de l'infection génitale, *Chlamydia trachomatis* peut être détecté à partir d'écouvillons urétraux pour les deux sexes, du premier jet d'urine ou de prélèvements rectaux chez l'homme, à partir de prélèvements endocervicaux, vaginaux (auto-prélèvements) ou de la sphère génitale haute chez la femme ; et enfin d'ulcérations génitales ou de biopsies ganglionnaires chez l'homme et la femme.

Le germe peut ensuite être mis en évidence par différentes techniques. Outre la culture, on peut retrouver deux groupes de tests de détection.

En premier lieu, les tests de détection des antigènes par réaction immunologique :

- Test direct : la bactérie est visualisée directement sur frottis après marquage par un anticorps monoclonal fluorescent. La lecture se fait ensuite par microscope, elle est subjective et laborieuse.
- Tests ELISA et apparentés : tests automatisés, mais qui ont une sensibilité limitée (80%) et sont limités à certains prélèvements.

Les autres tests de détection sont les tests de biologie moléculaire, avec ou sans amplification génique (TAAN) tels que les PCR. Actuellement, les TAAN sont la méthode de référence pour le diagnostic de CT du fait de leur sensibilité et leur spécificité et sont la plupart du temps couplés à la détection du gonocoque.[41]

Les prélèvements recommandés pour le dépistage asymptomatique sont le premier jet urinaire chez l'homme et l'auto-prélèvement chez la femme (il a été démontré que la charge bactérienne était 10 fois plus importante dans l'auto-prélèvement que dans les urines du premier jet)[42]. Le TAAN peut également être réalisé sur des prélèvements pharyngés ou anaux.

2.3.3.3. Cas particulier de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas-Favre

Infection sexuellement transmissible, la LGV est très répandue dans les régions tropicales et plus rare dans les pays industrialisés. Cependant, certains pays européens ont pu constater une augmentation de cas dans les dernières années. Cette infection est due à *Chlamydia trachomatis*, sérovars L1, L2, L2a et L3.

Le point de départ génital est caractérisé par une ulcération non indurée, indolore ou une proctite en cas de contamination anale. La phase secondaire se caractérise par des adénites satellites de l'ulcération, quelques fois suppurées. La phase tertiaire est plus rare et se caractérise par des lésions fibreuses génitales et des troubles du drainage lymphatique (éléphantiasis du pénis et du scrotum).[43,44]

Le diagnostic, essentiellement clinique, peut être confirmé par une PCR sur des prélèvements urogénitaux et rectaux et une sérologie positive.

2.3.4. Infections à trichomonas

Le *Trichomonas vaginalis* est un parasite strictement humain : protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie. Il serait la première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde selon l'OMS. Sa transmission d'un individu à l'autre ne peut s'effectuer qu'en milieu humide.

2.3.4.1. Tableau clinique

Chez la femme, l'infection est asymptomatique dans 15 à 20 % des cas.[29]

Les formes aigües sont rares (moins de 10% des cas), et se traduisent par des leucorrhées très abondantes, mousseuses, jaunâtres, blanchâtres ou verdâtres. Elles sont associées à un prurit intense, des dyspareunies et des troubles urinaires (cystalgies, brulures urinaires, pollakiurie).

Les formes subaiguës sont les plus fréquentes (60 à 70 % de cas) et se traduisent par des signes de vaginite (leucorrhées plus ou moins abondantes, parfois jaunes ou vertes), des signes d'urétrite et un prurit. [29]

Chez l'homme, l'infection est asymptomatique dans 90% des cas. Les formes symptomatiques se traduisent par un tableau d'urétrite discrète : écoulement de faible abondance, prurit et méatite inconstants.[29]

2.3.4.2. Diagnostic biologique[29]

Plusieurs méthodes d'identification directe permettent de faire le diagnostic de trichomonose :

- Culture sur milieux de culture spécifiques type Diamond ou Roiron : Technique actuellement de référence mais qui nécessite une attente de 7 jours
- Examen direct avec ou sans coloration
- IF directe
- TAAN avec techniques de PCR qui commencent à être commercialisées en France, peu de laboratoires en disposent.

Ces différentes techniques peuvent être réalisées sur des prélèvements à partir de leucorrhées ou d'écoulements urétraux, de prélèvements endo-urétraux ou encore sur le premier jet urinaire chez l'homme (TAAN).

2.3.5. Infection à VIH

Le VIH ou Virus Immunodéficience Humaine se transmet essentiellement par voie sexuelle mais il peut également se transmettre par voie hématologique (transfusion sanguine, transplantation, partage de matériel d'injection contaminé, accident professionnel d'exposition au sang). Enfin, il existe une transmission maternofœtale essentiellement dans la période périnatale (accouchement et allaitement) ou en cas de primo infection pendant la grossesse.

Une fois la transmission effectuée, l'évolution naturelle de l'infection sans traitement peut être divisée en 3 phases : phase aigüe ou primo infection, phase chronique ou asymptomatique et phase finale ou symptomatique.

2.3.5.1. Primo infection [2]

La primo infection par le VIH est symptomatique dans environ 50 à 80 % des cas et se traduit par les manifestations cliniques suivantes :

- Syndrome rétroviral aigu :
  - Syndrome grippal (fièvre, sueurs, asthénie, malaise général, arthralgies et myalgies, céphalées, douleur pharyngée, douleurs rétro orbitaire),
  - Polyadénopathie ferme, indolore et symétrique
  - Signes neurologiques : syndrome méningé, troubles du comportement, plus rarement encéphalite, crise convulsive ou polyradiculonévrite
  - Parfois signes digestifs et toux
- Exanthème généralisé (60 à 70% des cas), prédominant sur le tronc, la racine des membres et le cou, parfois le visage. Il est habituellement morbilliforme, fait de maculopapules de quelques millimètres à 1cm de diamètre, arrondies ou ovalaires, bien limitées, non confluentes. Il peut toucher les paumes et les plantes.
- Manifestations muqueuses : énanthème de la muqueuse buccale et/ ou érosions. Des érosions ou des ulcérations œsophagiennes, génitales (parfois étendues à la verge ou au scrotum) et anales, sont possibles.

2.3.5.2. Phase chronique[2]

La phase chronique peut durer plusieurs années. Elle se présente sous la forme d'évènements cliniques mineurs :

- Manifestations cutanéo-muqueuses : dermite séborrhéique, prurigo, folliculite, zona, verrues, condylomes, molluscum contagiosum, candidose buccale ou génitale récidivante, leucoplasie chevelue de la langue
- Manifestations générales : altération de l'état général, fébricule, sueurs nocturnes abondantes
- Diarrhées chroniques

2.3.5.3. Stade Sida (syndrome d'immunodépression acquise)[2]

Le stade Sida est défini par l'ensemble des pathologies opportunistes majeures (infections et tumeurs) liées à l'immunodépression induite par le VIH.

Les principales pathologies opportunistes sont les suivantes :

- Candidose orale
- Tuberculose
- Maladie de Kaposi
- Lymphome
- Candidose oesophagienne
- Pneumocystose
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptococcose neuroméningée
- Infection à mycobactérie atypique
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive à JC virus

2.3.5.4. Diagnostic biologique[2]

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH repose sur la mise en évidence de trois types de marqueurs virologiques :

- L'ARN-VIH : mise en évidence du virus dans le plasma sanguin par détection moléculaire. Il est détectable dès le 10ème jour après la contamination.
- L'antigène p24 du VIH-1, détectable environ 15 jours après la contamination, il persiste deux semaines avant de se négativer.
- Les anticorps anti-VIH 1 et 3, détectables en moyenne 22 à 26 jours après la contamination.

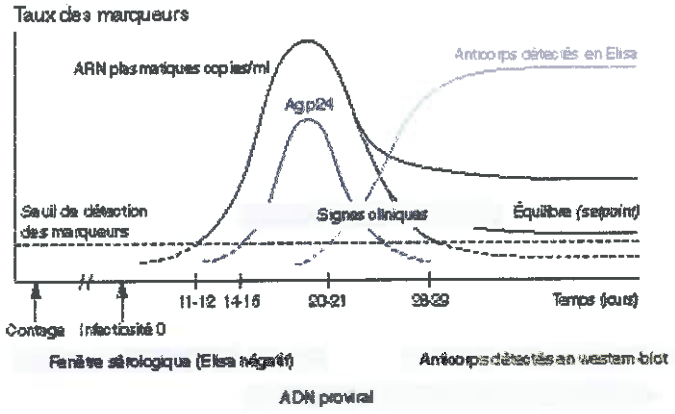


Figure 13: Dynamique des marqueurs viraux et immunologiques au cours de la primo-infection à VIH

Pour mettre en évidence ces marqueurs, plusieurs outils peuvent être utilisés :

- Méthode immuno-enzymatiques de type ELISA (anticorps anti VIH 1 et 2 et ag p24)
- Tests rapides (mise en évidence des AC anti-VIH 1 et 2), ils sont moins sensibles et constituent un recours pour les situations d'urgence.
- Tests sérologiques de confirmation par Western-Blot (WB) ou Immuno-Blot (IB) : méthode de biologie moléculaire permettant la détection et l'identification de protéines spécifiques du VIH
- Quantification de la virémie plasmatique par mesure de l'ARN viral. On peut évaluer la charge virale par amplification génomique. (PCR)

Dans le cadre d'un dépistage, un test ELISA combiné de recherche d'Ac anti VIH 1 et 2 et d'Ag p24 doit être utilisé.

En cas de test positif, la technique utilisée pour la confirmation de l'infection par le VIH demeure le WB ou IB.

Dans certaines situations d'urgence, un Test de Diagnostic Rapide (TDR) peut être utilisé. Il permet la détection des Ac anti VIH-1 et VIH-2 et peut être réalisé sur sang total, salive, sérum et plasma. Tout TDR positif doit faire l'objet d'une confirmation par WB ou un IB. Un résultat négatif du TDR exclut une infection par le VIH, sauf en cas d'exposition récente datant de moins de trois mois. Dans cette situation, une nouvelle sérologie VIH au moyen d'un test combiné ELISA doit être réalisé selon le schéma général (figure 14).

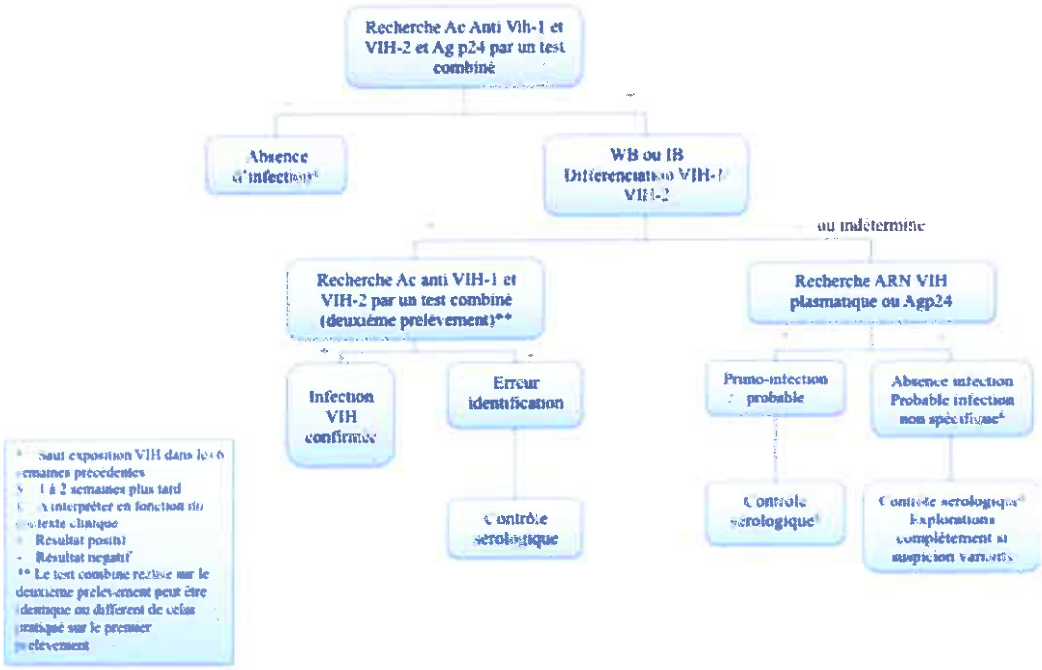


Figure 14. Algorithme de dépistage, cas général (adultes et enfants de plus de 18 mois)

2.3.6. Infection à papillomavirus humains (HPV)

Les HPV sont responsables chez l'homme d'une grande variété de lésions cutanées et muqueuses, en particulier les condylomes. Au cours de ces 20 dernières années, plus de 120 génotypes ont été mis en évidence. Nous nous intéresserons à la sous famille A, regroupant les HPV à tropisme pour les muqueuses anogénitales et oropharyngées. Cependant, les localisations ne sont pas exclusives puisque dans des conditions particulières (immunodépression), des types habituellement génitaux peuvent être retrouvé associés à des lésions cutanées.

La transmission de ce virus se fait surtout par voie sexuelle même si un mode de transmission indirecte a déjà été évoqué (objets de toilettes souillés, bains ..)[29]

Enfin la transmission verticale de la mère à l'enfant se fait principalement lors de l'accouchement par contact direct entre les condylomes et le nouveau-né et peut être responsable de condylomatose pharyngée chez l'enfant.

2.3.6.1. Tableau clinique [45]

Les papillomavirus de la sous famille A réalisent essentiellement des atteintes au niveau des muqueuses.

- Atteintes muqueuses anogénitales

Pour les deux sexes, l'atteinte la plus fréquente est l'atteinte des muqueuses anogénitales sous la forme de condylomes : proliférations épithéliales exophytiques. Le plus souvent asymptomatiques, ils peuvent prendre différentes formes : micropapillaires plus ou moins disséminées, évolution exophytiques parfois très volumineuses en « crête de coqs » ou aspect plan rendant leur diagnostic difficile. Ils sont retrouvés dans la région anale dans les deux sexes, au niveau vulvaire, vaginale ou cervicale chez la femme, et au niveau du sillon balanopréputial et du prépuce chez l'homme.

Les condylomes liés à HPV-11 peuvent donner des formes particulières, suite à une évolution anarchique, appelées tumeur de Buschke-Löwenstein. Leur aspect peut être évocateur d'un carcinome épidermoïde mais l'histologie confirme le caractère bénin.

La relation entre HPV et certains cancers et lésions précancéreuses est actuellement bien établie. Au niveau génital, les papillomavirus sont généralement responsables de lésions

bénignes Les types 6, 11 et 42 sont généralement associés à des lésions bénignes, en revanche plus de 90% des lésions de néoplasie intraépithéliale et près de 100% des carcinomes du col sont associés aux types 16, 18 et 33 et plus rarement 31, 35, 39, 45,51,52.[21]

- Atteinte des muqueuses des régions extra génitales

Les papillomavirus du sous-groupe A peuvent également donner des atteintes des muqueuses extra-génitales : papillomes buccaux, papillomatose orale floride, hyperplasie épithéliale focale de Heck ou encore pseudoleucoplasie orale chevelue.

2.3.6.2. Diagnostic biologique[45]

Le diagnostic est habituellement clinique ou par examen colposcopique. Il est confirmé par l'analyse cytohistologique de frottis ou biopsie des lésions mises en évidence.

Le virus ne se multipliant par sur culture cellulaire in vitro, il n'est pas possible de l'isoler à partir de prélèvements (sauf avec culture organotypique). Il est cependant possible de visualiser les virions dans les tissus en microscopie électronique, sans reconnaître les différents types.

En pratique, on utilise surtout les techniques d'hybridation moléculaire telles que les PCR et les techniques d'hybridation en phase liquide.[46]

Il a été démontré que l'HPV pouvait être dépisté sur des auto prélèvements vaginaux, tout comme le chlamydia et le gonocoque[47] mais il n'existe pas encore de recommandation allant dans ce sens.

2.3.7. Infection à herpesviridae

L'herpès génital ou infection à HSV est l'une des IST les plus répandues dans le monde et représente la première cause d'ulcère génital. La transmission se fait par des herpesviridae de type 1 et 2. Elle s'effectue par voie sexuelle (HSV-2) à partir de sécrétions contaminées ou par contact des surfaces muqueuses et par voie oro-génitale (HSV-1).

2.3.7.1. Tableau clinique[29]

La primo-infection correspond au premier contact avec l'un des deux types de virus, et s'accompagne d'une séroconversion, à la différence du premier épisode non primaire qui correspond au premier contact génital chez un sujet ayant déjà des anticorps anti-herpès dirigés contre l'autre type viral.
La primo-infection est le plus souvent asymptomatique (50 à 90% des cas). Elle peut être observée après une phase d'incubation de 2 à 20 jours après l'exposition.

Chez la femme, elle se caractérise par une vulvite œdémateuse, érosive, hyperalgique. Une atteinte cervicale asymptomatique est fréquente.

Chez l'homme, la symptomatologie est souvent moins bruyante.

Pour les deux sexes, une atteinte rectale et/ou anale peut parfois accompagner la primo-infection.
D'autres atteintes disséminées ont été exceptionnellement rapportées (pharyngite, hépatite fulminante, méningite, radiculopathie sacrée, encéphalite, myélite et syndrome de Guillain-Barré).
Ces lésions disparaissent spontanément en 4 à 6 semaines sans laisser de cicatrice. Le risque de contagion est important jusqu'à disparition des lésions.

La récurrence est définie par la réactivation de l'infection latente localisée dans les ganglions sensitifs sacrés. Elle survient chez 20 à 50% des patients porteurs d'anticorps anti-HSV. Elle est souvent moins bruyante qu'au cours de la primo-infection et de durée plus courte. Des prodromes à type d'hypoesthésies ou de dysesthésies sont notés dans les 24 heures précédant l'éruption vésiculo-pustuleuse. Il existe un polymorphisme clinique important des récurrences herpétiques.

Il existe également des phases d'Excrétion Virale Asymptomatique (EVA) qui sont définies par la présence intermittente d'HSV sur les muqueuses génitales, en l'absence de toute manifestation clinique concomitante.

Il a été démontré que l'herpès génital favorisait la transmission et l'acquisition du VIH.[9]

2.3.7.2. Diagnostic biologique[29]

La culture cellulaire pour isoler l'HSV reste la méthode de référence. Elle permet l'identification du type viral HSV-1 et HSV-2 et l'isolement de la souche en vue de réaliser un antivirogramme.

Les techniques de biologie moléculaire, telle que la PCR, ne sont pas encore dans la nomenclature des actes remboursés bien que cette dernière apparait aujourd'hui comme une technique plus sensible et plus rapide. C'est également le meilleur test pour détecter l'EVA.

Les sérologies classiques herpétiques (ELISA) ne sont pas adaptées au diagnostic d'une lésion clinique mais conservent un intérêt pour le diagnostic de primo-infection (séroconversion à 15 jours d'intervalle). Les sérologies spécifiques (ELISA, BLOT) permettent de distinguer une primo-infection d'un premier épisode non primaire ou d'une récurrence, mais ont surtout un intérêt épidémiologique.

Le diagnostic de l'HSV-1 et 2 est essentiellement clinique car sa symptomatologie est typique, peu de tests biologiques sont réalisés en pratique.

2.4. Recommandations actuelles de dépistage

Le dépistage a été défini comme la réalisation de tests sérologiques chez des sujets asymptomatiques ou présentant des symptômes cliniques évocateurs d'une infection sexuellement transmissible. [48]

2.4.1. Dépistage de la syphilis[25]

Dans son rapport de 2007, l'HAS recommandait le dépistage de la syphilis dans les situations suivantes :

- Hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes (HSH), fellation comprise
- Personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires par an
- Travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise)
- Diagnostic ou antécédent d'IST à type de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH
- Migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud)
- A l'occasion d'une incarcération
- Après un viol

Par ailleurs, le dépistage de la syphilis congénitale est recommandé lors du premier trimestre de la grossesse. Il doit être renforcé chez les femmes à risque (celles ayant des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le premier dépistage ou celle dont le conjoint est dans cette situation), par la réalisation d'un deuxième test au troisième trimestre.

2.4.2. Dépistage infections à Gonocoques

Les recommandations européennes, publiées en 2001 et actualisées en juillet 2011 sont les suivantes [49] :

- Dépistage ciblé des personnes présentant des facteurs de risque :
  - Personnes dépistées ou diagnostiquées pour une autre IST
  - Personnes avec antécédent d'IST
  - HSH
  - Personnes infectées par le VIH
  - Personnes avec comportements à risques (plusieurs partenaires sur 12 mois, mauvaise utilisation du préservatif)
  - Partenaire sexuel d'une personne infectée par IST
- Dépistage de l'ensemble des individus ayant recours aux soins dans les CDAG-CIDDIST, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres d'orthogénie et les centres de santé sexuelle

Le dépistage doit être réalisé par TAAN, quel que soit le site de prélèvement (privilégier les auto-prélèvements vaginaux chez la femme et le 1er jet urinaire chez l'homme).

2.4.3. Dépistage infection à chlamydia

Les recommandations actuelles de l'HAS[13] préconisent de proposer systématiquement un dépistage d'infection à CT par TAAN à toutes les femmes de moins de 25 ans (à discuter pour les moins de 30 ans) par auto-prélèvement vaginal, et à tous les hommes de moins de 30 ans sur le 1 er jet urinaire.

Ce dépistage doit être renouvelé à chaque changement de partenaire et une fois par an en cas de partenaires multiples.[29]

De plus, les recommandations actuelles proposent le dépistage dans toutes les situations de dépistage du gonocoque citées ci-dessus (dépistage ciblé et dépistage de l'ensemble des individus consultant dans certaines structures de soins).

2.4.4. Dépistage infection à VIH

A l'occasion d'une étude sur le dépistage effectif en France en 2009[48], il a été mis en évidence que bien que l'activité du dépistage du VIH soit particulièrement importante à l'échelle nationale (5 millions de sérologies VIH réalisées en 2007), il persiste un retard au dépistage, plus particulièrement sur certains groupes de populations ou individus.

Actuellement, en France, 150 000 patients seraient porteurs d'une infection à VIH dont 30000 l'ignoreraient. De plus, selon les données issues du système de notification obligatoire du VIH/SIDA sur la période 1997/2005, 47% des sujets pour lesquels un diagnostic de Sida a été porté présentaient un retard au dépistage.[48]

L'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques ou prophylactiques a renforcé l'intérêt d'un dépistage précoce.

L'HAS a proposé en 2009 une nouvelle stratégie de dépistage en deux volets :

- Proposition de test de dépistage à la population générale de 15 à 70 ans, hors notion exposition
- Maintien et renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations à risque (proposition d'un dépistage au moins de façon annuelle). Les populations à risque ont été définies comme les suivantes :
    - HSH
    - Personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
    - Usagers de drogues injectables (UDI)
    - Personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique Sub-Saharienne et des Caraïbes
    - Personnes en situation de prostitution
    - Personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH
    - Population en situation de précarité consultant par exemple dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
    - Entourage familial de personnes atteintes du VIH

Un rythme de dépistage a été défini pour les populations cibles suivantes :

- Tous les ans chez les HSH multi-partenaires
- Tous les ans chez les UDI
- Tous les ans chez des personnes multipartenaires originaires d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes

Par ailleurs, un dépistage doit être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans des circonstances particulières : suspicion de MST, de tuberculose, diagnostic de grossesse, IVG, première prescription de contraception ou encore viol.

Dans le cadre d'un dépistage, un test ELISA combiné de recherche Ac Anti VIH1 et 2, et de recherche Ag p24 doit être utilisé.

Depuis le 15 septembre 2015 des auto test de dépistage du VIH sont commercialisés et vendus en pharmacie sans ordonnance et de façon anonyme. Ils détectent les Ac ANTI VIH 1 et 2 sur une goutte de sang prélevé par auto piqueur. L'auto- test ne doit pas être réalisé chez des enfants de moins de 18 mois et peut être délivré à des personnes mineures dans le respect de l'anonymat. Le pharmacien doit délivrer ce test avec une information adaptée et des conseils pour une prise en charge rapide en cas de test positif. Un test négatif confirme l'absence d'infection en cas de rapports à risque de plus de trois mois. Si le test est positif, le patient doit prendre contact avec des structures adaptées pour réaliser un bilan sanguin. En cas de résultat indéterminé, le patient doit recommencer le test.[50]

2.4.5. Recommandations infections à HPV

Il n'existe pas de recommandation pour le dépistage de l'infection à HPV.

En revanche, il existe des recommandations pour la vaccination contre l'infection à l'HPV : 2 doses pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans, 3 doses pour celles de 15 à 19 ans.[51]

Il existe des recommandations pour le dépistage du cancer de col de l'utérus, possible complication de l'infection : un frottis cervico utérin (FCU) de dépistage doit être systématiquement proposé à toutes les femmes de 25 à 65 ans, initialement 2 frottis à un an d'intervalle puis tous les 3 ans si les deux premiers sont normaux.[23]

La recherche du génome des HPV potentiellement oncogènes n'est pas recommandée pour chaque frottis, mais seulement sur les frottis de types ASC-US (Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée).[52] On peut alors détecter l'ADN des HPV par hybridation en phase liquide ou par PCR. Le résultat de la recherche des HPV oncogènes est un résultat qualitatif qui décrit la présence ou l'absence d'HPV.

Il a été démontré que la recherche d'infection à HPV était une alternative performante au FCU pour dépister les femmes de plus de 30 ans,[53] et que cette recherche pouvait être effectuée sur des auto-prélèvements vaginaux[47]. Une étude récente a montré que le dépistage de masse par auto-prélèvement pour les femmes de plus de 30 ans pourrait être une alternative pour les femmes qui ne se sont jamais ou rarement fait dépister.[54,55]

2.4.6. Recommandations actuelles de dépistage dans la population générale : synthèse

Dans la population générale, en l'absence de symptôme, le dépistage des IST doit être proposé de la façon suivante :

- Dépistage VIH à chaque changement de partenaire et tous les ans si multipartenariat (le proposer lors de tout recours aux soins).
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) par auto prélèvement vaginal pour recherche de chlamydia chez les femmes de 15 à 25/30 ans, et dans le 1 er jet urinaire chez les hommes de moins de 30 ans. Il peut être renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels (RS) non protégés avec un nouveau partenaire, si plusieurs partenaires durant les 12 derniers mois, ou s'il est détecté une mauvaise utilisation du préservatif. Désormais, on peut proposer le dépistage combiné gonocoque/chlamydia par auto-prélèvement.
- Frottis cervico vaginal : 2 frottis réalisés à un an d'intervalle, et si normaux, tous les trois ans entre 25 et 65 ans en l'absence de pathologie.

En pratique, bien que les auto prélèvements vaginaux soient recommandés pour le dépistage du chlamydia et du gonocoque pour les femmes, les laboratoires de villes ne le proposent pas tous.

Pour les HSH, on recommande un dépistage plus régulier :

- VIH tous les ans
- Hépatites virales (VHB, VHA, VHC) tous les ans
- Dépistage syphilis tous les ans
- Gonocoque et chlamydia par TAAN tous les ans (1er jet urinaire, anus, pharynx)

2.5. Les jeunes adultes, population à risque

2.5.1. Epidémiologie

Les classes d'âges les plus touchées par les IST sont les jeunes de moins de 30 ans. Ainsi, ils représentent plus du quart des découvertes de séropositivité de VIH en 2013. De même, les femmes de 15 à 24 ans sont les plus atteintes d'infections à chlamydia ainsi que les hommes de 18 à 24 ans. Il en est de même pour l'infection à gonocoque, pour laquelle les moins de 30 ans concentrent la grande majorité des cas.

2.5.2. Méconnaissance des IST

Depuis 1990, les enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices) dirigées par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France permettent de suivre à intervalles réguliers certains indicateurs de connaissance du VIH, ses modes de transmission et différents comportements sexuels.

Elles évaluent, par exemple, les connaissances des Français par rapport aux modes de transmissions en construisant un score de connaissance de 0 à 5. Plus ce score est haut, meilleur est la connaissance des modes de transmissions. Le score de connaissance pour les 18 à 30 ans est en baisse depuis 1994. Ainsi pour la première fois, ce sont les jeunes qui ont le score de connaissance le plus bas.[56]

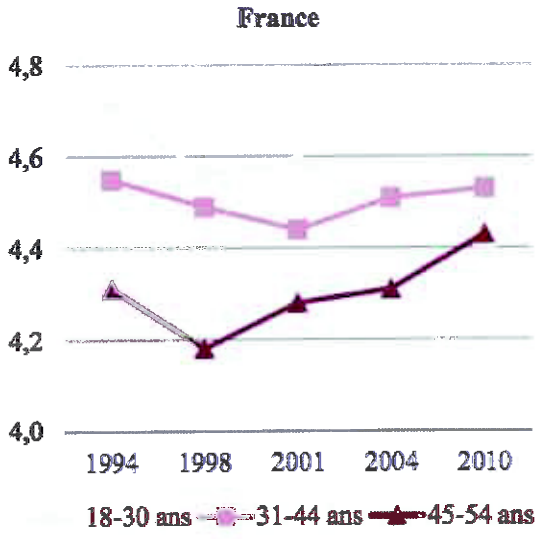


Figure 15: Evolution du score de connaissances certaines selon la classe d'âge-Enquêtes 1994 à 2010

Lors d'un sondage mené par l'Ifop pour Sidaction en 2016, il a pu être mis en évidence des lacunes importantes[57]. En effet, bien que 82% des français de moins de 25 ans déclarent être bien informés sur le VIH :

- 33% pensent que les contaminations reculent chez les 15 à 24 ans
- 30% pensent qu'ils ont moins de risque que les autres d'être contaminés
- 22% pensent qu'il existe des médicaments pour guérir du Sida
- 9% pensent qu'en observant attentivement une personne, on peut savoir si elle a le Sida

Ainsi, beaucoup de jeunes adultes ne se perçoivent pas comme susceptibles de contracter une IST.[58]

Lors d'une étude sur la santé des jeunes en cinquième et en seconde en Haute-Normandie, l'antenne de Haute Normandie de l'Observatoire Régional de la Santé et du Social a mis en évidence le fait que 13% des élèves de seconde ne se sentaient pas suffisamment informés sur les IST. De plus, 3 lycéens sur 5 haut-normands ne connaissaient pas le mode de transmission du VIH. (Figure 16)

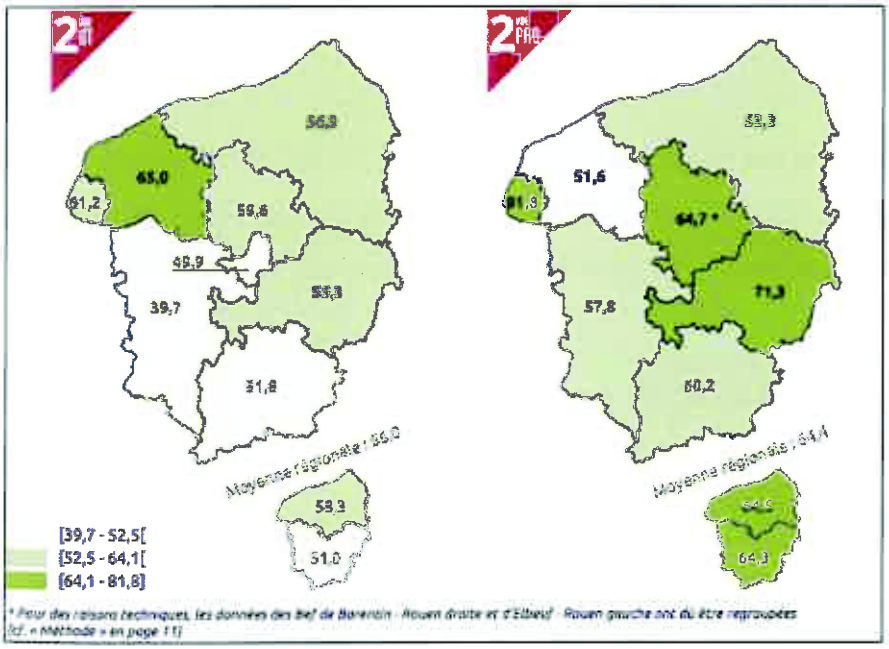


Figure 15 : Proportion d'élève de secondes ne connaissant pas les modes de transmission du VIH selon le type de classe et le bassin d'éducation et de formation (en %)

Tiré du rapport sur la santé des jeunes de Haute-Normandie de 2012-2013 par l'ORS

2.5.3. Comportements sexuels à risque

Les comportements sexuels à risques englobant les rapports sexuels non protégés (sans préservatif) et le multi-partenariat (défini comme au moins 2 partenaires durant les 12 derniers mois), exposent au risque de transmission d'IST.[59]

2.5.3.1. Précocité des rapports sexuels

Lors d'une étude sur les tendances de la précocité et de la grande précocité des rapports sexuels dans 20 pays européens, il a été démontré que celle de l'âge du premier rapport sexuel était stable pour la France entre 2002 et 2010.[60]

Dans cette étude, la précocité était définie comme des rapports survenant avant l'âge de 15 ans. et la grande précocité comme des premiers rapports survenant avant l'âge de 13 ans.

L'âge moyen du premier rapport est estimé en France pour les hommes à 17,2 et pour les femmes à 17,6.[11]

Mais bien que l'âge médian du premier rapport soit stable pour la France, la proportion de jeunes ayant des rapports précoces ou très précoces est en augmentation depuis plusieurs années.

En effet, d'après l'enquête, en 2010, 31,5% des garçons âgés de 15 ans et 23 ,3% des filles âgés de 15 ans déclaraient avoir déjà eu un rapport sexuel. (Versus 27,5 % et 19,7% en 2002). De même, à l'âge de 13 ans, 10% des garçons déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel pour 2,9% des filles.[61]

Pour Vittaro et Gagnon (2000), « force est d'admettre que les adolescents ont des relations sexuelles de plus en plus tôt. A l'âge de 12 ou 13 ans, les différentes études consultées indiquent qu'entre 12% et 23% [...]ont déjà vécu au moins une relation sexuelle alors que cette proportion fluctue entre 47% et 69% pour les 16-17 ans ».[62]

Il a été démontré que la précocité des rapports sexuels n'était pas corrélée à une moindre utilisation du preservatif.[59]

Néanmoins, un âge sexuel précoce entraine un nombre plus élevé de partenaires au cours de la vie par effet cumulatif, ainsi qu'un risque de discontinué de protection et une période d'exposition au risque d'IST plus importante.

Enfin, les jeunes filles ont tendance à avoir comme premier partenaire, un partenaire plus âgé : 30% des partenaires des filles de 15 ans pour leur premier rapport sexuel ont plus de 18 ans.[63]

2.5.3.2. Multi-partenariat

Le multipartenariat (avoir eu au moins 2 partenaires dans les 12 derniers mois), est plus important chez les mineurs. En effet, les mineurs ont souvent des relations brèves entrecoupées de périodes longues d'abstinence, entrainant une discontinuité de protection contre les IST par manque d'habitude. Plus l'âge avance, et plus la sexualité se modifie pour faire place à des relations plus longues mais qui peuvent se chevaucher.[64] On parle alors de multi partenariat simultané. Or, il a été démontré que le multipartenariat était un facteur de risque d'IST. La tranche d'âge de 15 à 25 ans est donc une période à risque d'IST, en raison du multiparterniat séparé pour les plus jeunes et simultané pour les plus âgés.

2.5.4. Conséquences cliniques différentes

Il a été démontré un lien entre un premier rapport précoce et le développement de pathologies chroniques, en particulier du cancer du col de l'utérus.[65]

Or, Reich dans son étude sur un premier rapport sexuel précoce comme facteur de risque de cancer du col de l'utérus, a même émis l'hypothèse que la zone de différenciation du col de l'utérus était plus sensible aux infections par HPV entre l'âge des premières règles et l'âge de 16 ans.[66]

Par ailleurs, il a aussi soulevé le fait qu'il n'y avait pas encore de réponse secondaire immunitaire à l'infection à HPV lors d'un premier rapport sexuel précoce, entrainant une réponse immunitaire moins efficace.[66]

2.5.5. Conclusion

En conclusion, du fait de leurs particularités cliniques, de leurs conduites sexuelles et de l'épidémiologie actuelle des IST, les jeunes sont identifiés comme l'une des populations prioritaires en terme de prévention, d'information, d'éducation et de dépistage concernant les IST, ce qui a été rappelé dans le Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST de 2010-2014.[67]

2.6. Rôle des Médecins généralistes dans le dépistage des IST pour les adolescents

2.6.1. Rôle de prévention et de dépistage

Les médecins généralistes constituent le premier recours aux soins pour la population générale.[68]

Dans le consensus formalisé pour la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville, organisé en 2009 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), il est rappelé que le médecin généraliste, dans le cadre de ses missions de soins primaires, doit aborder la question de la transmission et de la prévention des IST en général, et de l'infection par le VIH en particulier.[69] Le rapport de Yéni en 2010 confirme le rôle central du médecin généraliste pour la prévention et le dépistage du VIH : « cette stratégie nécessite la participation active (...) en premier lieu des médecins généralistes qui doivent être les relais principaux de cette stratégie de proposition du test de dépistage à l'ensemble de la population. »

Dans l'enquête CSF-2006 conduite par Bajos et Bozon, 45% des jeunes de 18 à 24 ans citaient leur médecin traitant comme parmi les premières sources d'information concernant la contraception et les infections sexuellement tranmissibles.[11]

2.6.2. Consultation des adolescents en médecine générale et évocation de la sexualité

Les 11-20 ans représentent 13% de la population française mais seulement 8% des consultations de médecine libérale.[70] En effet, ils se sentent en très bonne ou excellente santé pour 80% d'entre eux. [70]Lorsqu'ils consultent en médecine libérale, le médecin généraliste représente 70% de leurs consultations.[70]

La très grande majorité des adolescents (94,5%) a rencontré un professionnel de santé au moins une fois dans l'année et pour 84%, il s'agissait d'un généraliste.[71]

Or, plusieurs études ont démontré la difficulté qu'avaient les médecins traitant à aborder les problèmes de sexualité, en avançant plusieurs problématiques : le manque de temps, de formation, de motivation, l'interférence du genre du médecin, l'âge du médecin par rapport à l'âge du patient, le vécu personnel du médecin, la nature de la relation médecin–malade et la gêne du médecin qui développe alors des techniques d'évitement.[72]

De plus, face aux adolescents, les médecins rapportent des difficultés à connaître le bon moment pour aborder leur sexualité, «ni trop tôt, ni trop tard ». [72]

3. Objectifs de l'étude

Du fait du développement de stratégies de dépistage concernant l'ensemble de la population[48], la participation active de tous les professionnels et structures de santé publique dans la délivrance des soins primaires, en premier lieu des médecins généralistes, est nécessaire pour le dépistage des IST . Celui-ci représente un enjeu majeur chez les jeunes de 15 à 25 ans. Or, l'abord de la sexualité en médecine générale est difficile, en particulier avec ces jeunes adultes.[7248]

Nous avons donc cherché à étudier les pratiques sexuelles des jeunes patients de 15 à 25 ans en Seine Maritime afin de rechercher d'éventuels facteurs de risque d'IST, puis nous avons étudié les pratiques des médecins traitants en matière de prévention et de dépistage.

Enfin, nous avons recherché des disparités concernant la sexualité des patients et les pratiques des médecins traitants entre les zones urbaines et rurales de Seine Maritime.

4. Méthodes

4.1. Etude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale en Seine Maritime pendant le mois d'Avril 2016.

4.2. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire s'articule en 5 parties : Epidémiologie, premier rapport sexuel, sexualité dans les 12 derniers mois, infections sexuellement transmissibles et consultation en médecine générale. Au total, il comporte 21 questions, dont 20 questions fermées et une question ouverte. (Annexe 1)

La partie « caractéristiques épidémiologiques de notre étude » a été rédigée à partir de l'enquête CSF 2006 afin de pouvoir ensuite comparer les différentes données et les résultats de l'étude.

La partie sexualité a été réalisée à partir des questions du questionnaire HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) utilisé dans les enquêtes « Baromètre santé », des questionnaires distribués dans les centres des réseaux de surveillance des IST . Nous les avons complétés par notre revue de la littérature.

4.3. Sélection des cabinets participant à l'étude.

Nous avons en premier lieu contacté l'Ordre des médecins pour obtenir l'ensemble de la base de données des médecins généralistes exerçant en Seine Maritime mais nous n'avons pas eu l'autorisation d'y accéder. Nous avons donc réalisé notre propre base de données en croisant les données issues du site Ameli.fr de l'assurance maladie et celles des pages jaunes (à partir des mots clefs « médecin généraliste » pour toutes les villes de Seine Maritime), et en contactant tous les cabinets de médecins généralistes pour lesquels les informations différaient.

Nous avons ensuite classé les médecins généralistes en 6 groupes selon le nombre d'habitants de leur ville d'exercice. Les informations de chaque groupe ont été randomisées par le logiciel Excel jusqu'à l'obtention d'une liste aléatoire de médecins pour chaque groupe.

Nous avons choisi de ne pas tenir compte du nombre de médecins exerçant dans chaque cabinet, ni de la présence d'un secrétariat physique, ni des caractères démographiques des médecins dans la sélection des cabinets. Nous avons également choisi de ne pas tenir compte de la géolocalisation des cabinets pour la sélection.

Les cabinets de médecins généralistes ont été contactés dans l'ordre de la liste jusqu'à l'obtention de 5 cabinets participant à l'étude pour chaque groupe de villes selon le nombre d'habitants. Lorsque des cabinets n'étaient pas joignables, aucun autre cabinet n'a été contacté jusqu'à l'obtention d'une réponse positive ou négative pour leur participation. Finalement, 30 cabinets ont participé à cette étude.

4.4. Sélection de l'échantillon

Le questionnaire était proposé de façon systématique à tous les jeunes de 15 à 25 ans inclus consultant dans les cabinets pendant le mois d'avril 2016, quel que soit leur médecin traitant et quel que soit le motif de la consultation.

4.5. Déroulement de l'étude

Nous avons contacté une première fois tous les cabinets de médecine générale pour obtenir leur accord pour participer à l'étude. Puis, nous nous sommes rendus dans tous les cabinets participants afin d'expliquer les modalités de recueil et le questionnaire. Nous avons distribué 20 questionnaires dans chaque cabinet, sauf ceux ayant une patientèle plus jeune (impression subjective des médecins traitants) pour lesquels nous avons distribué 30 questionnaires.

L'étude a débuté le 01 avril 2016 et s'est déroulée sur 1 mois.

Le questionnaire, anonyme, devait être proposé dans des enveloppes ouvertes. Les patients répondaient au questionnaire eux-mêmes, en salle d'attente, puis replaçaient le questionnaire dans l'enveloppe qu'ils cachetaient alors. L'enveloppe cachetée était rendue aux secrétaires ou aux médecins généralistes et ne devaient pas être ouvertes avant l'analyse pour conserver l'anonymat.

Nous avons appelé tous les cabinets au bout de 15 jours d'étude, pour connaître leurs difficultés et essayer de leur proposer des solutions. Certains médecins nous ont alors fait part de la complexité qu'ils avaient de distribuer eux-mêmes les questionnaires et nous avons convenu que les secrétaires pouvaient le distribuer. Les cabinets nous ont ensuite adressé tous les questionnaires par voie postale.

4.6. Analyses statistiques

La saisie et l'analyses des données ont été effectuées sur le logiciel Excel®.

La base de donnée a été analysée statistiquement grâce au logiciel R® (R Core Team (2016)).

Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes et leurs médianes, leurs dispersions ont a été évaluée par l'écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par leur fréquence. Pour comparer deux moyennes, le test utilisé était un test t de Student bilatéral avec un risque de première espèce défini à 5%. Les comparaisons de pourcentage ont été effectuées grâce au test du K.

5. Résultats

5.1. Etudes des cabinets participants et du nombre de réponses

Au total, nous avons recueilli 205 questionnaires pendant la période.

Nous avons dans un premier temps étudié la répartition des réponses selon les cabinets, l'importance des villes et le type d'urbanisation des villes. Ce dernier a été défini pour apprécier la qualité rurale ou urbaine de la zone dans lequel le questionnaire a été rempli.

L'Insee a redéfini les zones d'urbanisation en 2010 en 4 types de pôles[73] :

- Grande aire urbaine : grand pôle et couronne de grand pôle
- Moyenne aire urbaine : moyen pôle et couronne de moyen pôle
- Petite aire urbaine : petit pôle et couronne de petit pôle
- Autres communes multi-polarisées et communes isolées hors influence des pôles

L'Insee a pris le parti de caractériser les communes urbaines comme toutes commune appartenant à une aire, et les communes rurales comme celles exclues des aires.

Pour notre étude, nous avons choisi de définir deux zones : zone de type 1 (zone urbaine) et zone de type 2 (rurale)

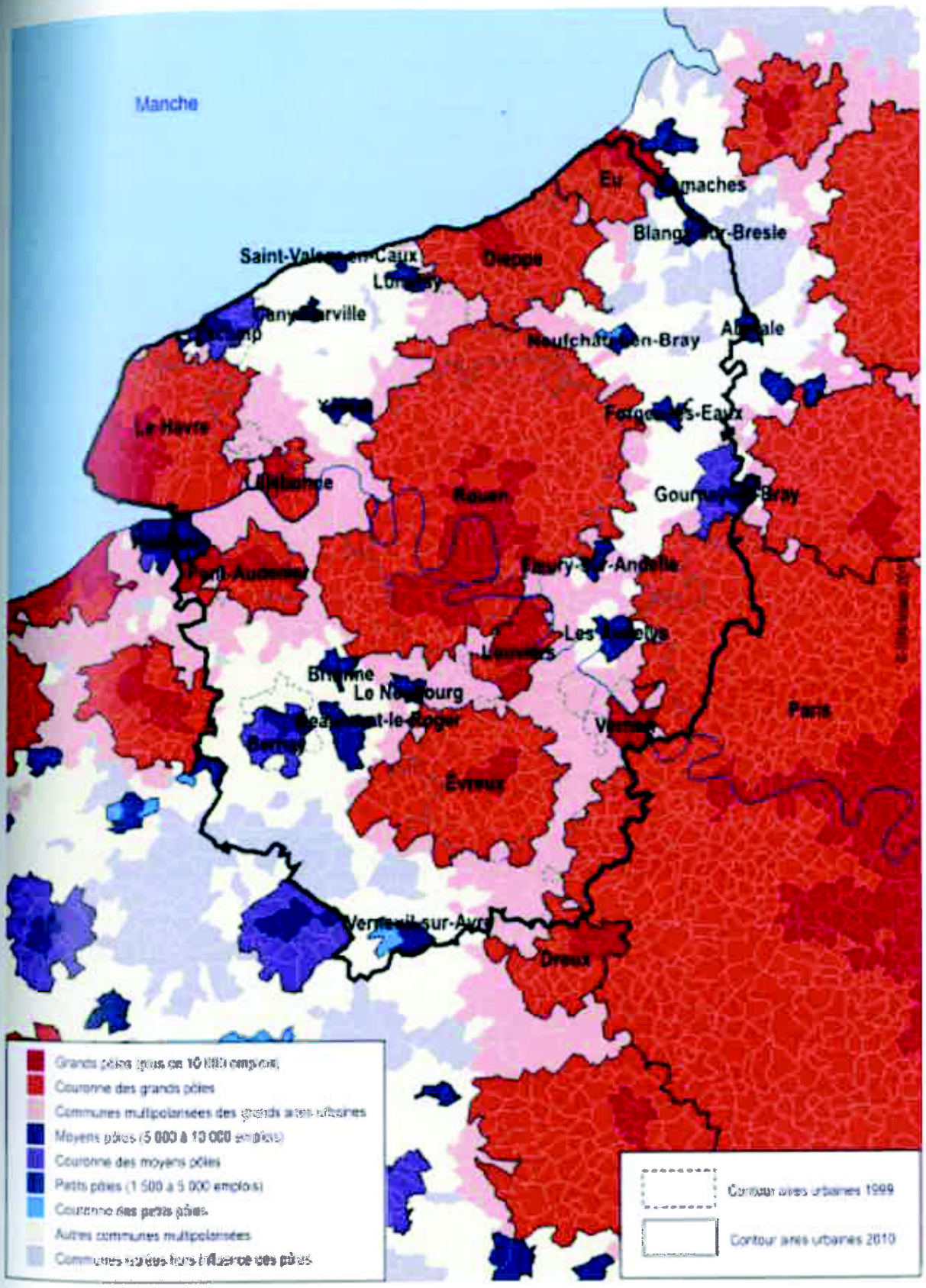
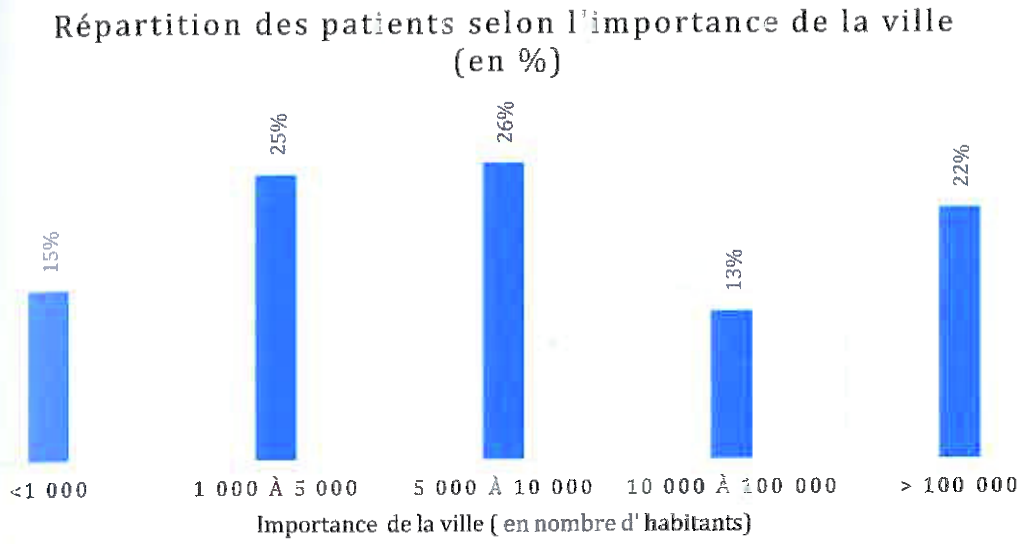


Figure 16. Répartition des pôles urbains en Seine Maritime selon l'Insee (2010)

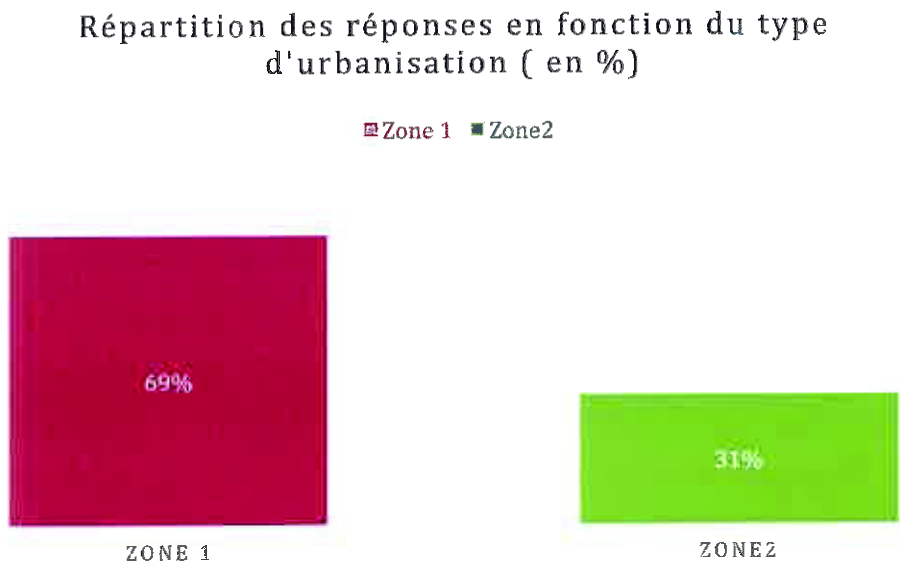
Figure 17: Nombre de réponses par cabinet participant à l'étude

Type d'air d'urbanisation	Nombres d'habitants par ville	Ville	Nom du praticien contacté	Nombre de médecins participants à l'enquête	Présence d'un secrétariat sur place	Nombre de questionnaires remplis
1	>100 000	Rouen	Dr Polaert	3	Oui	0
1	>100 000	Rouen	Dr Dominique	1	Oui	7
1	>100 000	Le Havre	Dr Czerwinski	4	Oui	28
1	>100 000	Le Havre	Dr Guillamant	4	Oui	10
1	>100 000	Le Havre	Dr Merrien	4	Oui	0
1	10000-100000	Barentin	Dr Nory	2	Non	0
1	10000-100000	Mont-Saint-Aignan	Dr Desmont	1	Non	3
1	10000-100000	Le Grand-Quevilly	Dr Ducarteron	8	Oui	9
3	10000-100000	Bolbec	Dr Pain	1	Oui	13
1	10000-100000	Maromme	Dr Terrier	1	Oui	0
1	10000 -100000	Deville-lès-Rouen	Dr Duval	1	Non	0
1	5000-10000	Lillebonne	Dr Petit	5	Oui	8
1	5000-10000	Gonfreville-l'Orcher	Dr Saiz	4	Oui	19
1	5000-10000	Saint-Pierre-Lès-Elbeuf	Dr Bores	1	Oui	20
1	5000-10000	Malaunay	Dr Leduc	1	Non	1
1	5000-10000	Bihorel	Dr Colliard	5	Oui	0
1	5000-10 000	Petit Courone	Dr Cristol	1	Non	5
3	1000-5000	Londinières	Dr Tonnie	1	Oui	18
3	1000-5000	Blangy Sur Bresles	Dr Jacot	5	Oui	5
3	1000-5000	Les Grandes-Ventes	Dr Telle	2	Oui	16
1	1000-5000	Bosc-Le-Hard	Dr Condoret	2	Oui	11
1	1000-5000	Saint Pierre De	Dr Vielet	2	Non	0
1	1 000-5000	Caudebec en Caux	Dr Verdier	2	Oui	0
1	<1 000	Ry	Dr Meir	1	Non	4
1	<1 000	Longueville-sur -Scie	Dr Balzeizao	1	Non	15
1	<1 000	Cailly	Dr Logeais	1	Oui	0
3	<1 000	Sassetot-le-Mauconduit	Dr Bourgeois	1	Oui	7
3	<1 000	Fontaine-Le-Dun	Dr Muir	2	Oui	5
2	<1 000	Serqueux	Dr Dodard	1	Oui	0

Nous avons dans un premier temps étudié la répartition des répondants selon l'importance de la ville (en nombre habitants). La majorité des questionnaires (51%) ont été remplis dans des villes de 1 000 à 10 000 habitants.



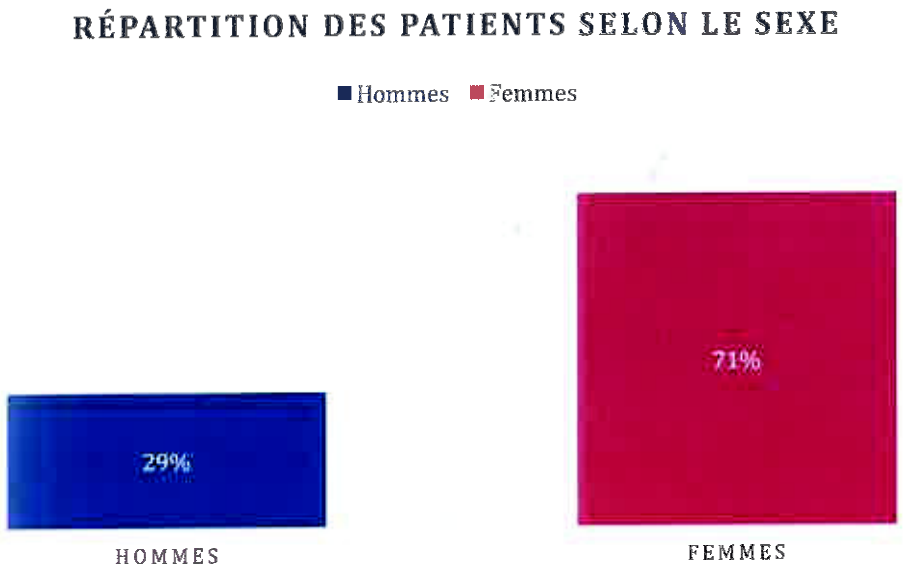
73% des cabinets participants à notre enquête appartenaient à une zone à dominante urbaine et 69% des questionnaires ont été remplis dans ces cabinets.



5.2. Caractéristiques épidémiologiques

5.2.1. Sexe

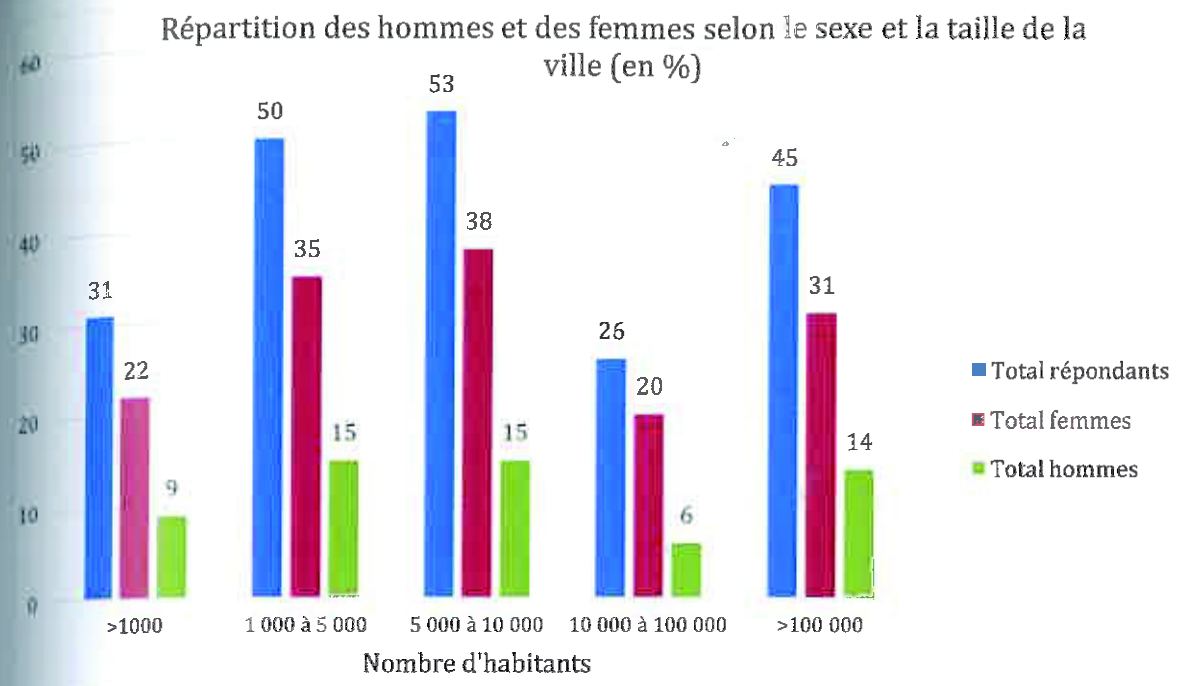
Une majorité de femmes a répondu au questionnaire : 146 femmes et 59 hommes, soit respectivement 71% et 29% des répondants.



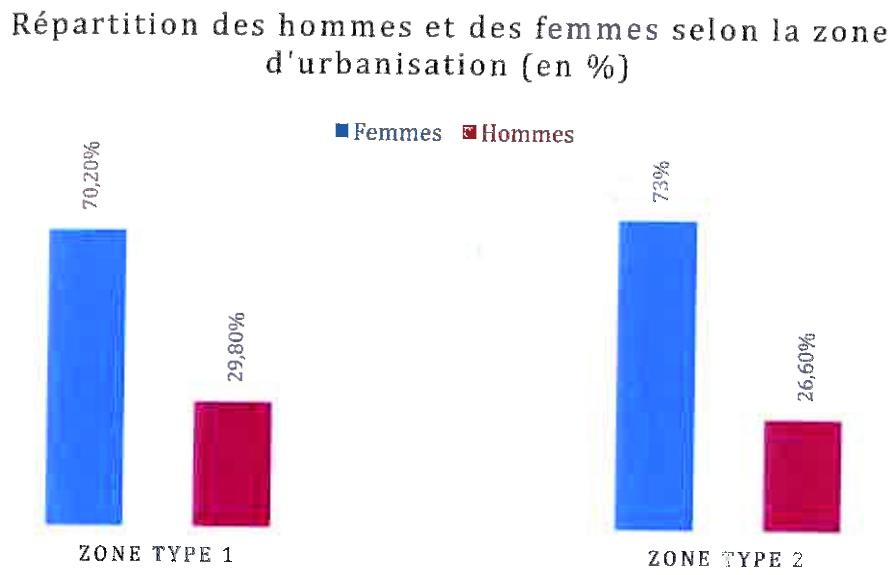
Il n'y avait pas de différence significative pour la répartition des hommes et des femmes selon l'importance de la ville (p=0,97).

Importance ville (nombre habitants)	Total répondants	Total hommes	Total femmes
<1000	31	9	22
1 000 à 5 000	50	15	35
5 000 à 10 000	53	15	38
10 000 à 100 000	26	6	20
>100 000	45	14	31

Tableau 3.Répartition des répondants selon le sexe et l'importance de la ville (nombre habitants)


Répartition des hommes et des femmes selon le sexe et la taille de la ville (en %)
60
50
40
30
20
10
0
31
22
9
50
35
15
53
38
15
26
20
6
45
31
14
>1000
1 000 à 5 000
5 000 à 10 000
10 000 à 100 000
>100 000
Nombre d'habitants
Total répondants
Total femmes
Total hommes

La proportion de femmes et d'hommes pour la zone à domination urbaine était respectivement de 70 % et 30% et pour la zone de domination rurale était de 73% et 26%. Ainsi, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les deux zone d'urbanisation pour la répartition selon le sexe. (p=0,64)



5.2.2. Age

L'ensemble des patients avait un âge compris entre 15 et 25 ans.

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 19,5 ans. 25% des patients avaient moins de 17 ans, 50% avaient moins de 19 ans et 75% avaient moins de 22 ans.

La distribution de l'âge suivait donc une loi normale.

Les hommes étaient légèrement plus jeunes (moyenne d'âge 19,06) que les femmes (moyenne d'âge 19,66).

Age (années)	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Hommes	6	11	4	8	7	4	3	6	2	6	2
Femmes	10	15	14	16	19	18	13	10	12	10	9
Total	16	28	18	24	26	22	16	16	14	16	11

Figure 18: Répartition des patients de l'échantillon selon âge et sexe

5.2.3. Niveau d'étude

6 niveaux d'études ont été définis selon « l'enquête CSF 2006 » :

- Niveau 1 : sans diplôme, CAP
- Niveau 2 : BEP, brevet des collèges
- Niveau 3 : Bac général
- Niveau 4 : Bac professionnel
- Niveau 5 : Bac+2
- Niveau 6 : Diplôme études supérieures

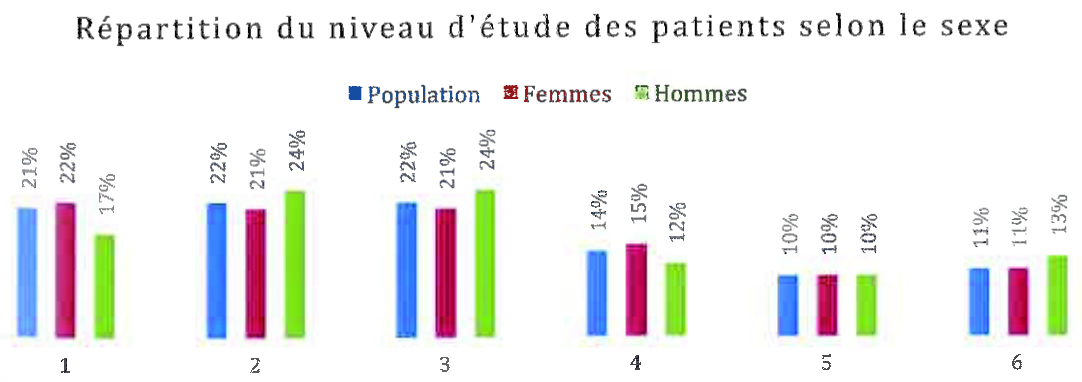
Niveau étude	1	2	3	4	5	6	Absence réponse
Total échantillon	42	44	44	28	20	23	4
Total Hommes	10	14	14	7	6	8	0
Total Femmes	32	30	30	21	14	15	4

Figure 19: Répartition des patients selon le niveau d'étude et le sexe

Sur les 201 jeunes ayant répondu à cette question, 5% avait au minimum un niveau de bac (proportion égale chez les hommes et chez les femmes).

Le niveau d'étude le plus fréquemment relevé était le niveau baccalauréat (général et professionnel), avec 36% de l'échantillon. Seulement 21% des patients avaient un niveau d'étude bac+2 ou diplôme d'étude supérieure.

Les niveaux d'études entre les hommes et les femmes étaient donc comparables (p=0,92).



5.2.3. Niveau d'étude

6 niveaux d'études ont été définis selon « l'enquête CSF 2006 » :

- Niveau 1 : sans diplôme, CAP
- Niveau 2 : BEP, brevet des collèges
- Niveau 3 : Bac général
- Niveau 4 : Bac professionnel
- Niveau 5 : Bac+2
- Niveau 6 : Diplôme études supérieures

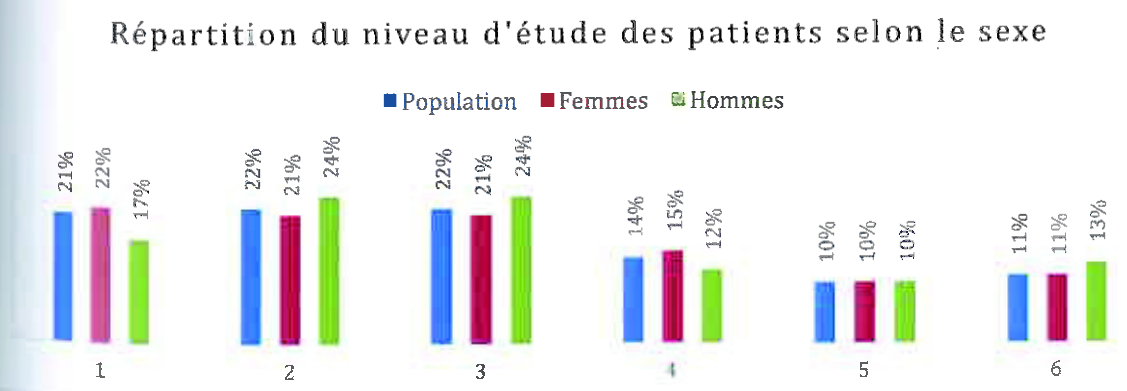
Niveau étude	1	2	3	4	5	6	Absence réponse
Total échantillon	42	44	44	28	20	23	4
Total Hommes	10	14	14	7	6	8	0
Total Femmes	32	30	30	21	14	15	4

Figure 19: Répartition des patients selon le niveau d'étude et le sexe

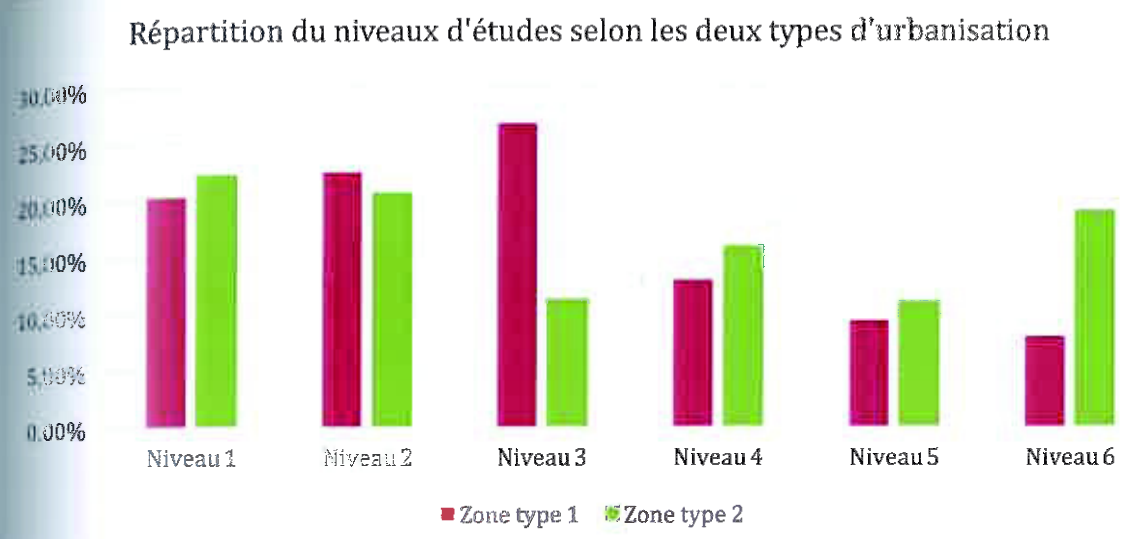
Sur les 201 jeunes ayant répondu à cette question, 5% avait au minimum un niveau de bac (proportion égale chez les hommes et chez les femmes).

Le niveau d'étude le plus fréquemment relevé était le niveau baccalauréat (général et professionnel), avec 36% de l'échantillon. Seulement 21% des patients avaient un niveau d'étude bac+2 ou diplôme d'étude supérieure.

Les niveaux d'études entre les hommes et les femmes étaient donc comparables (p=0,92).



Pour les zones à dominante rurale, la proportion de sujets ayant un niveau d'étude de niveau 4, 5 ou 6 semblait être plus importante que pour celle à dominante urbaine. Néanmoins, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur le niveau d'études entre les villes de densité urbaine forte et celles de densité urbaine faible. (p=0,07)



De même, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre le niveau d'étude et l'importance des villes (p=0,08).

En synthèse, nous n'avons pas mis en évidence de différences significatives pour nos différentes variables démographiques en fonction de l'importance des villes(en nombre d'habitants) ou de la zone d'urbanisation : même répartition de sexe, d'âge et de niveau d'étude.

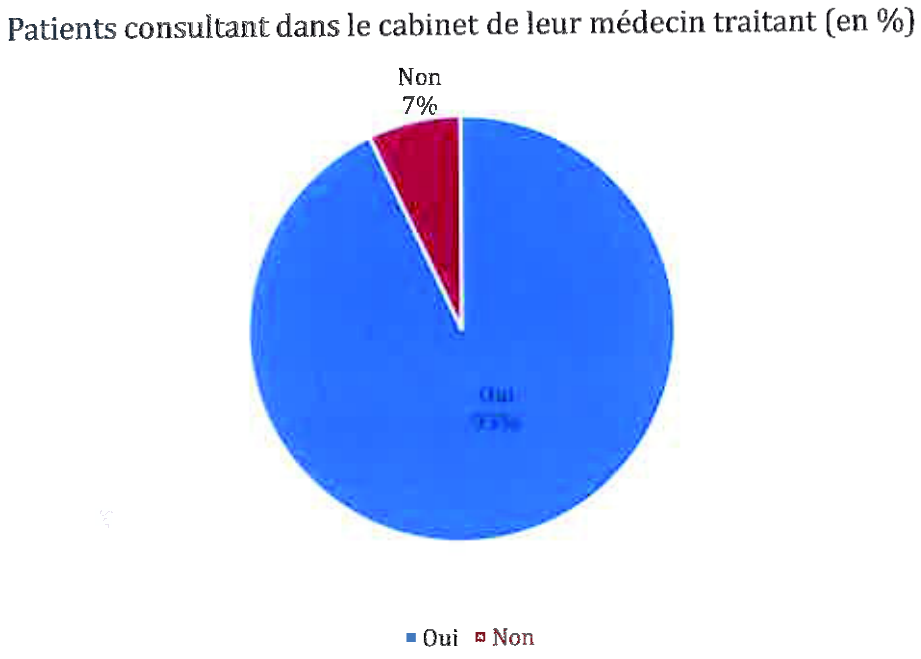
Ces variables n'avaient donc pas d'impact sur la suite de l'étude.

5.2.4. Consultation cabinet médecin traitant

La quasi-totalité des répondants consultait le jour du recueil dans le cabinet de leur médecin traitant (93%).

Consultation chez médecin traitant	Oui	Non	Non répondu
Total	190	14	1
Hommes	54	13	1
Femmes	136	10	0

Figure 20: Nombre de patients consultant dans le cabinet de leur médecin traitant selon âge et sexe

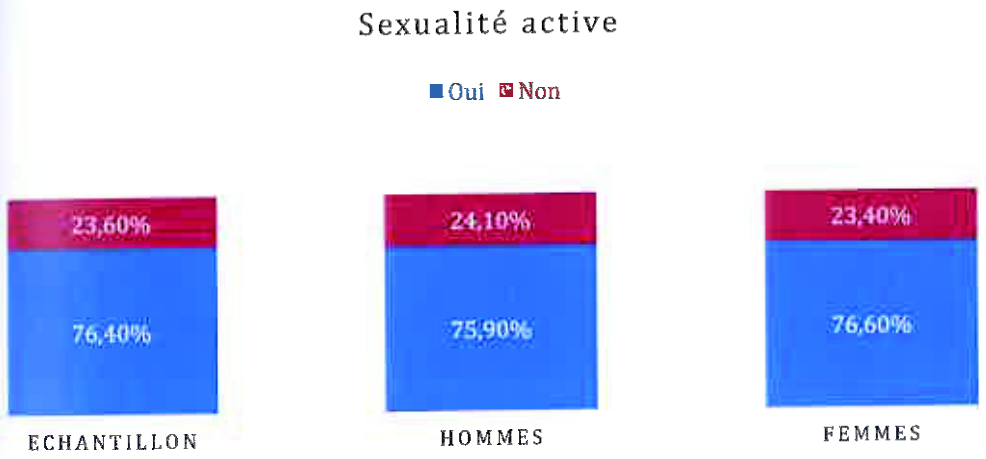


5.3. Sexualité active

Au moment du recueil de données, 76% des répondants avaient déjà une sexualité active.

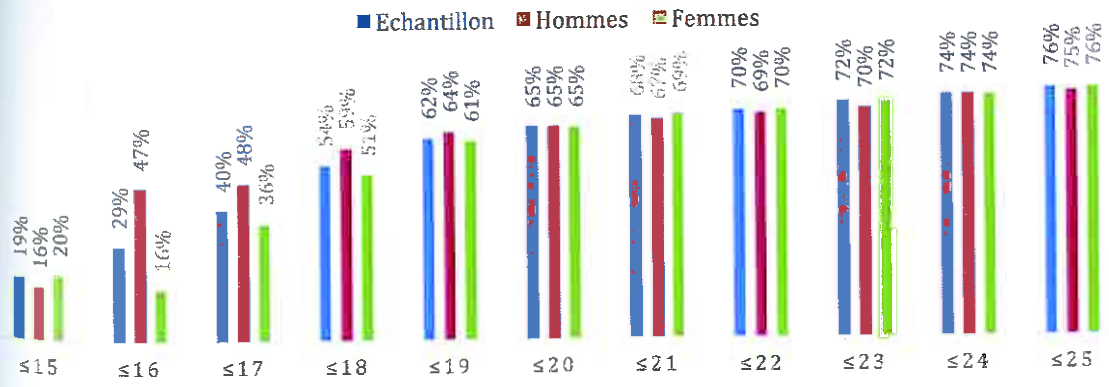
Déjà eu un rapport sexuel	Oui	Non	Absence de réponse
Total échantillon	155	48	1
Total hommes	44	14	1
Total femmes	111	34	1

Cette proportion était globalement semblable chez les hommes et chez les femmes (p=0,92%).

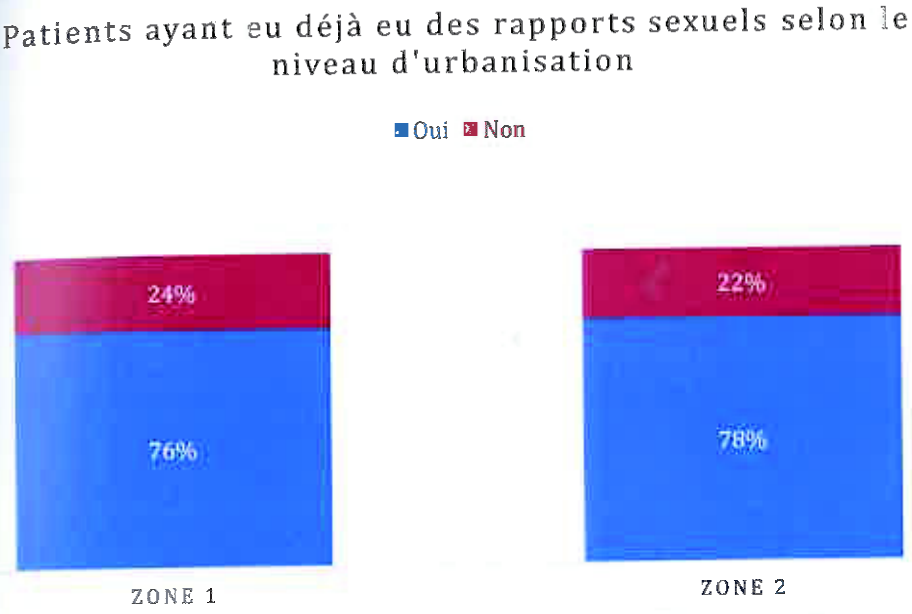


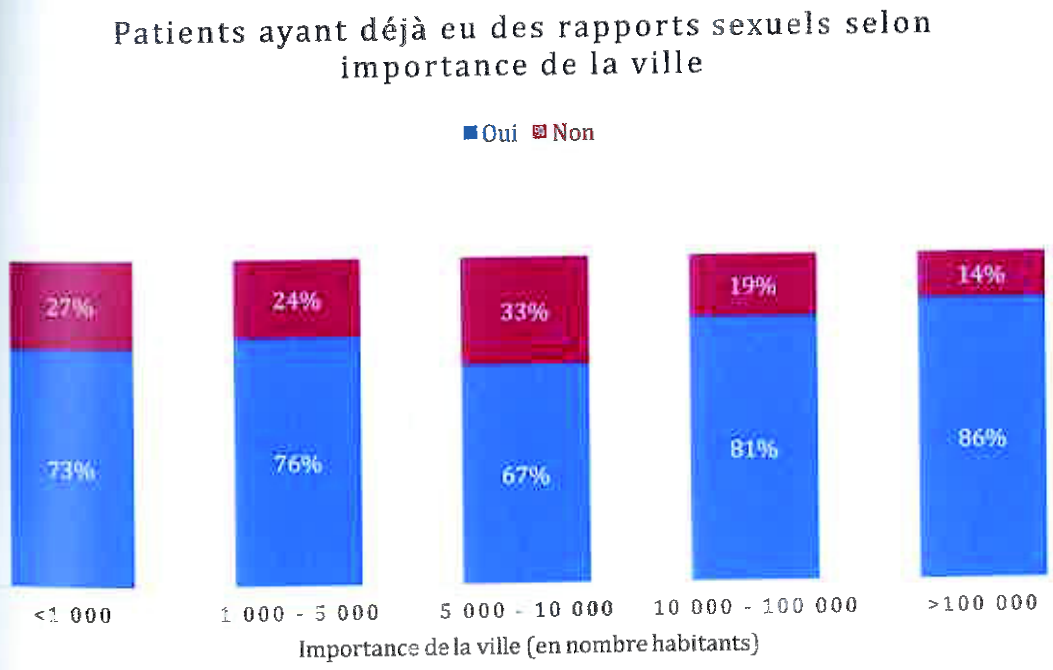
A l'âge de 15 ans, 23% des répondants avaient déjà eu des rapports sexuels (16% pour les hommes et 20% des femmes).

A l'âge de 20 ans, 65% des répondants avaient déjà eu des rapports sexuels (mêmes proportions pour les homes et les femmes).



Nous n'avons pas montré de différence significative sur la proportion de patients ayant déjà eu des rapports sexuels en fonction de l'importance de la ville (p=0,26) ou de l'urbanisation (p=0,69).





5.4. Premier rapport

L'âge moyen du premier rapport dans l'échantillon était de 16,01 ans dans notre échantillon.

L'âge médian du premier rapport sexuel était de 16 ans.

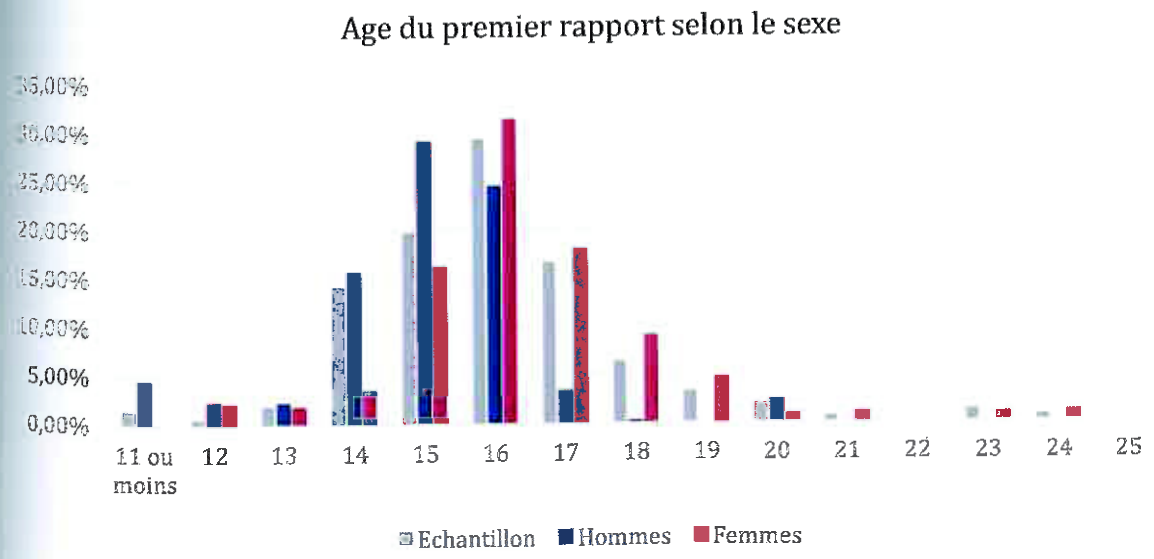
Un quart des patients avaient eu leur premier rapport avant l'âge de 15 ans.

L'âge moyen du premier rapport pour les hommes était plus bas que celui pour les femmes (15,26 ans pour les hommes et 16,31 ans pour les femmes).

	11 ou moins	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Non répondu
Echantillon	2	1	3	22	31	46	26	10	5	3	1	0	2	1	0	4
Hommes	2	1	1	7	13	11	6	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Femmes	0	0	2	15	18	35	20	9	5	2	1	0	2	1	0	2

Figure 21: Age du premier rapport selon le sexe et l'âge

La majorité des répondants rapportaient un âge de premier rapport sexuel compris entre 15 et 17 ans (67%). La majorité des femmes rapportaient un âge de premier rapport compris entre 15 et 17 ans (65%) alors que les hommes rapportaient un âge de premier rapport compris entre 14 et 16 ans (69%).



Nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre la moyenne du premier rapport et le niveau d'étude (p=0,35).

Niveau étude	Moyenne âge du premier rapport
Niveau 1	15,72
Niveau 2	15,68
Niveau 3	16,25
Niveau 4	16,04
Niveau 5	15,73
Niveau 6	16,74

Figure 22: Moyenne d'âge du premier rapport sexuel selon niveau d'étude

Dans notre échantillon, les premiers rapports sexuels semblaient être plus précoces pour les jeunes adultes consultant dans des villes de faible importance que dans les villes de grande importance (en nombre d'habitants), mais finalement nous n'avons pas mis en évidence de différence significative(p=0,26).

Importance ville (en nombre habitants)	Moyenne âge du premier rapport
<1 000	15,77
1 000 – 5 000	15,74
5 000 – 10 000	15,83
10 000 – 100 000	16
>100 000	16,64

Figure 23: Moyenne d'âge du premier rapport sexuel selon l'importance de la ville

De même, l'âge du premier rapport semblait être plus tardif pour les villes appartenant à des grands pôles de densité urbaine qu'à des villes de faible densité urbaine. Néanmoins, nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif (p=0,9).

Zone urbanisation	Moyenne premier rapport
1	16
2	15,6

Figure 24: Moyenne d'âge du premier rapport sexuel zone d'urbanisation

5.4.1. Homosexualité lors du premier rapport

Lors du premier rapport, la proportion de rapports homosexuels était de 4,5% (7 patients), respectivement 2,3% chez les hommes et 5,3% chez les femmes.

Cette proportion étant faible, nous n'avons pas étudié les caractéristiques de l'homosexualité lors du premier rapport.

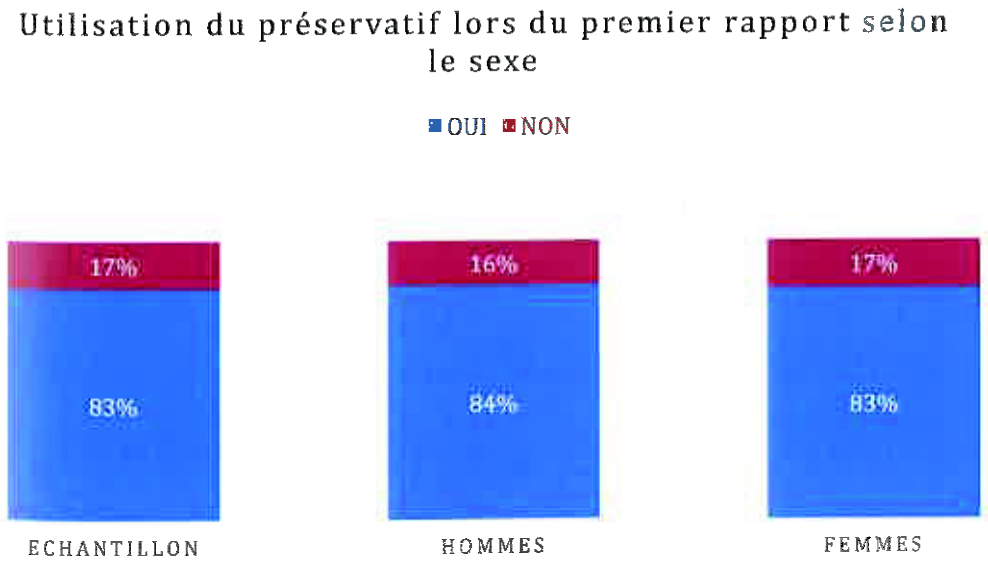
5.4.2. Utilisation d'un préservatif lors du premier rapport

Une majorité des répondants aux questionnaires avaient utilisé un préservatif lors de leur premier rapport (83%).

La proportion de femmes et d'hommes ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport était semblable, respectivement 84% et 83% (p=0,82).

Utilisation du préservatif lors du premier rapport	Oui	Non	Absence de réponse	Nombre sujets actifs sexuellement
Echantillon	127	26	4	157
Hommes	37	7	1	45
Femmes	90	19	3	112

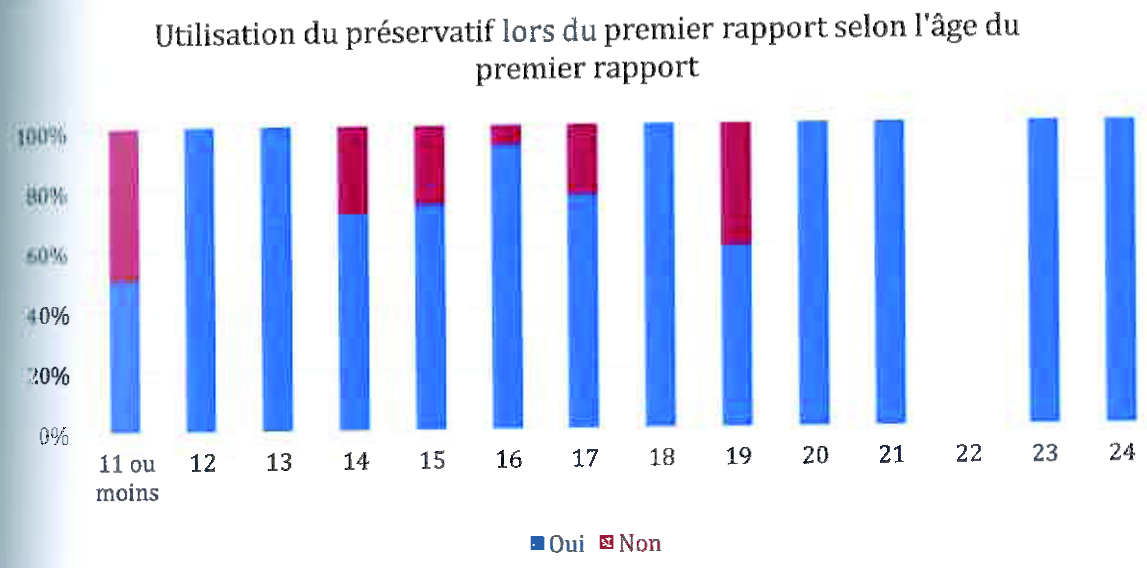
Figure 25: Utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel selon le sexe

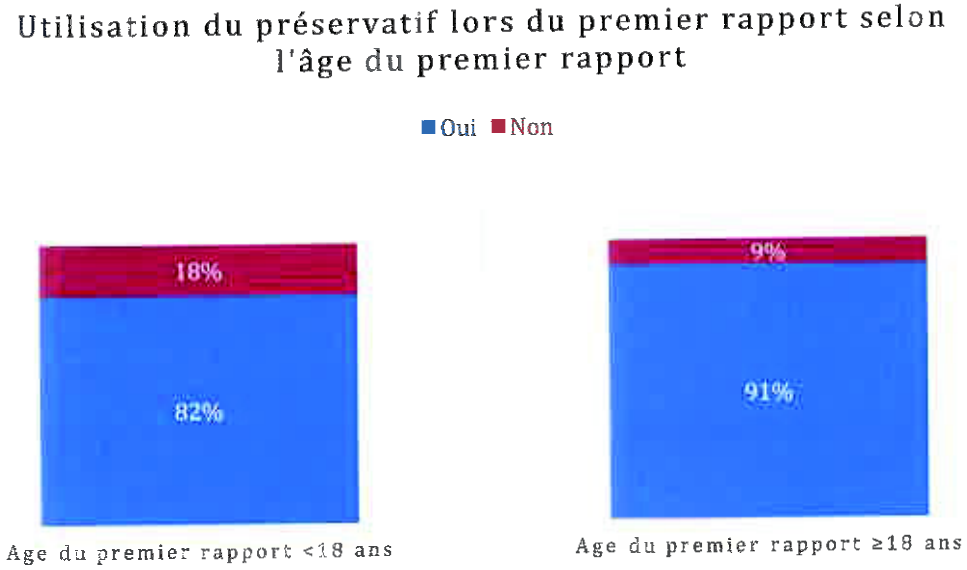


Nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre l'âge du premier rapport et le port du préservatif lors du premier rapport (p=0,97).

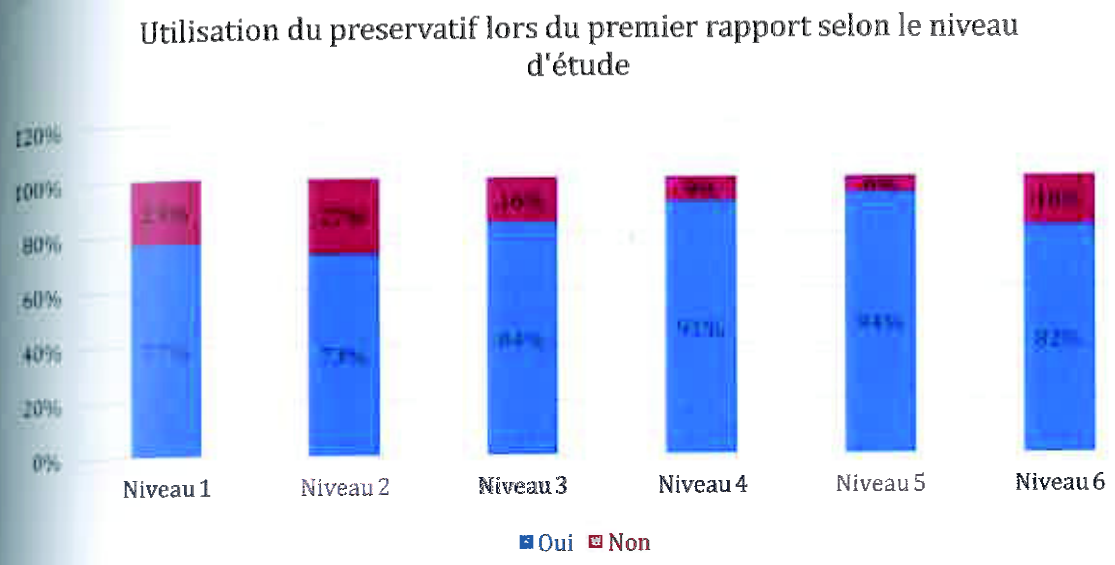
Nous n'avons pas pu étudier l'utilisation du préservatif par des patients ayant eu des rapports sexuels précoces et très précoces, les effectifs étant trop faibles.

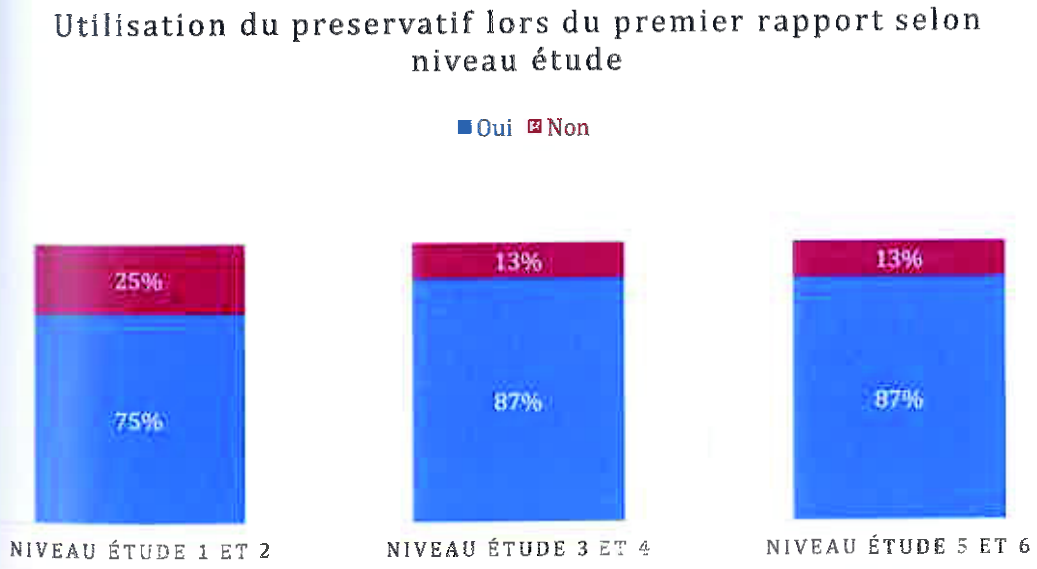
Nous avions remarqué que les patients ayant eu un premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans semblaient avoir utilisé des préservatifs de façon moins systématique mais en définitive la différence n'était pas significative (p=0,27).



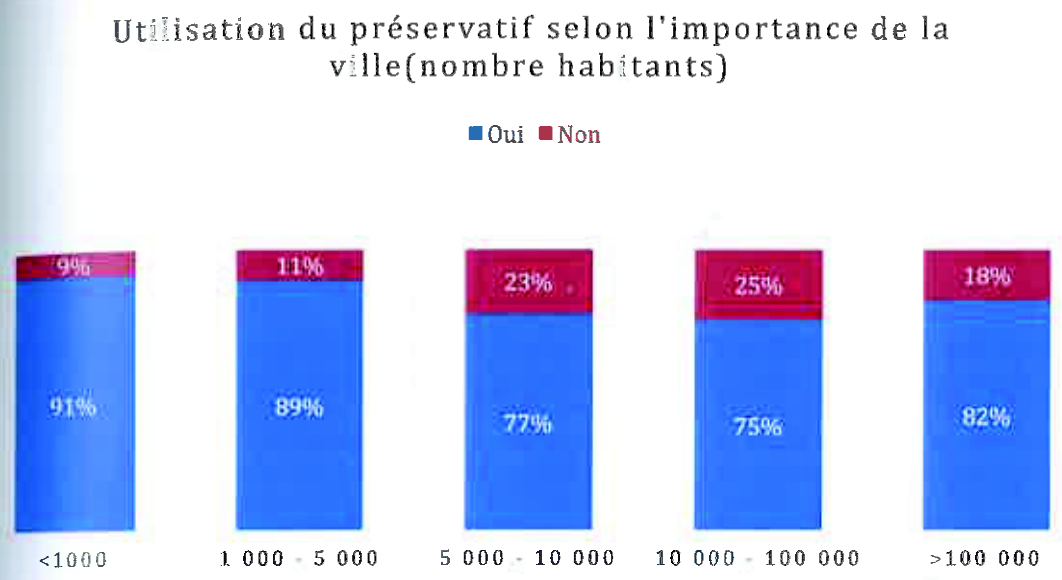


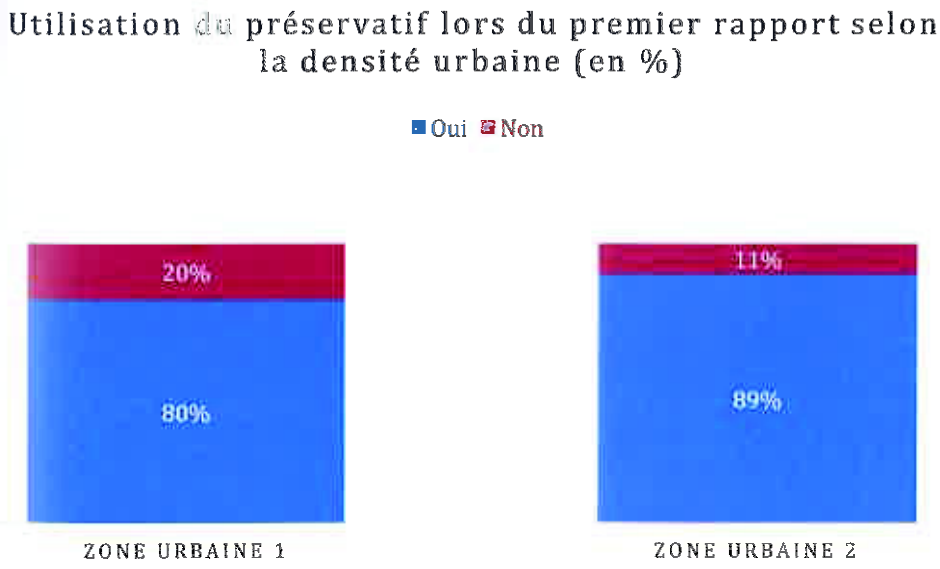
L'utilisation du préservatif lors du premier rapport semblait être liée au niveau d'étude. En effet, la proportion de patient ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport était plus important pour un niveau d'étude équivalent au minimum au niveau bac (87%) que pour les patients ayant un niveau d'étude sans diplôme, CAP, brevet et BEP. (75%). En définitive, nous n'avons cependant pas mis en évidence de différence significative (p=0,19).





La proportion des patients ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport n'était pas significativement différente selon l'importance des villes (p=0,42) et entre les zones d'urbanisation (p=0,14), traduisant un comportement lors du premier rapport semblable entre les zones « de ville » et « de campagne ».



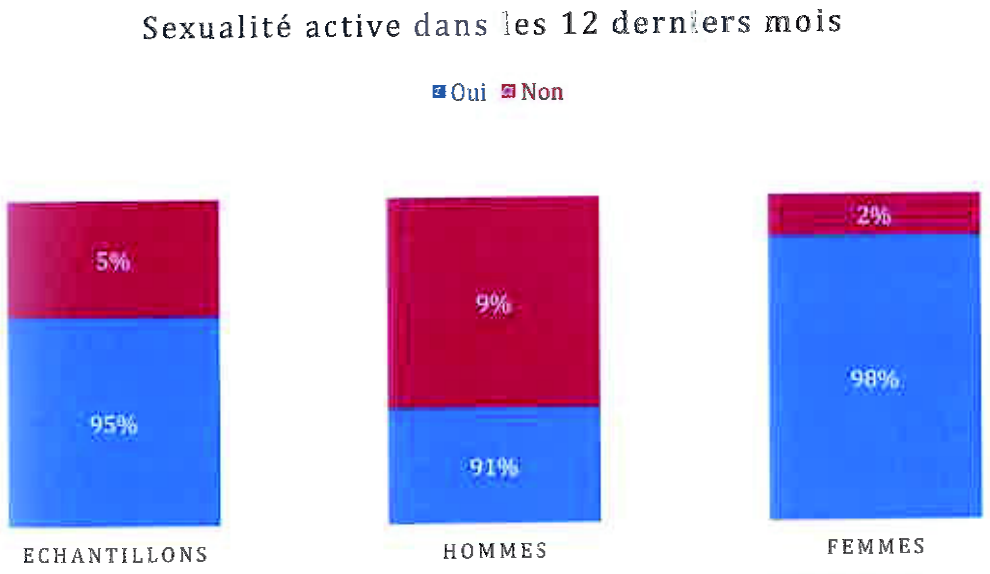


3.5. Rapports sexuels dans la dernière année

Dans les 12 derniers mois, 96% des répondants avaient eu des rapports sexuels, respectivement 91% des hommes et 98% des femmes. Les femmes ont eu plus fréquemment des rapports dans les 12 derniers mois que les hommes (p=0,04).

	Oui	Non	Absence de réponse	Répondants non vierges
Echantillon	146	7	2	155
Hommes	39	5	0	44
Femmes	107	2	2	111

Figure 26: Nombre de patients ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois selon le sexe



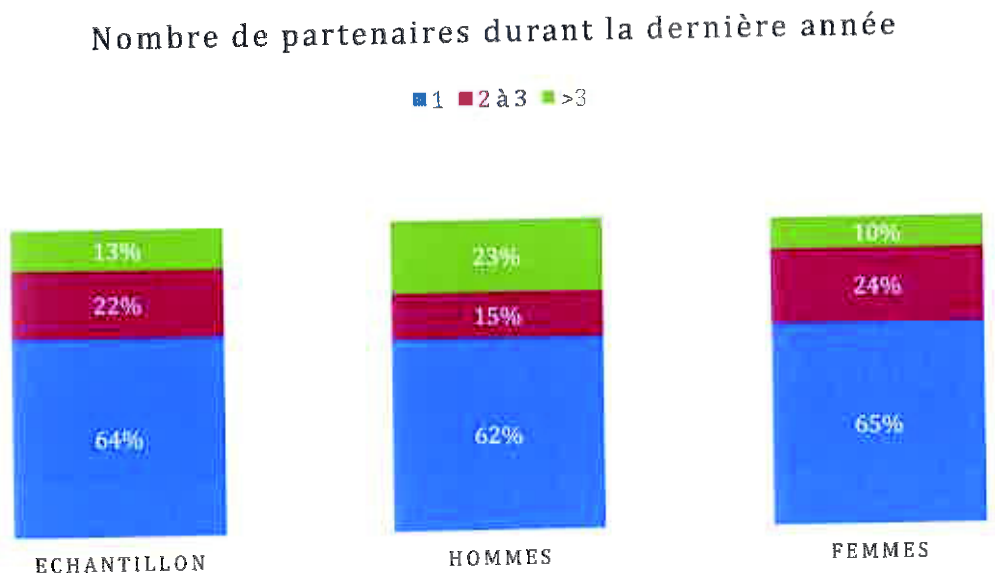
5.5.1. Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois

Nombre partenaires dans l'année	1	2 à 3	> 3	Absence réponse	Total
Echantillon	94	32	20	0	146
Hommes	24	6	9	0	39
Femme	70	26	11	0	107

La proportion de patients ayant eu des rapports sexuels avec un seul partenaire durant les 12 derniers mois était identique chez les hommes ou les femmes (64%).

Les hommes multipartenaires avaient fréquemment plus de partenaires que les femmes multipartenaires.

Les patients plus âgés semblaient par ailleurs avoir eu plus de partenaires, mais nous n'avons finalement pas mis en évidence de différence significative concernant le nombre de partenaires selon l'âge (p=0,11).



5.5.1.1. Nombre de partenaires selon l'âge du patient

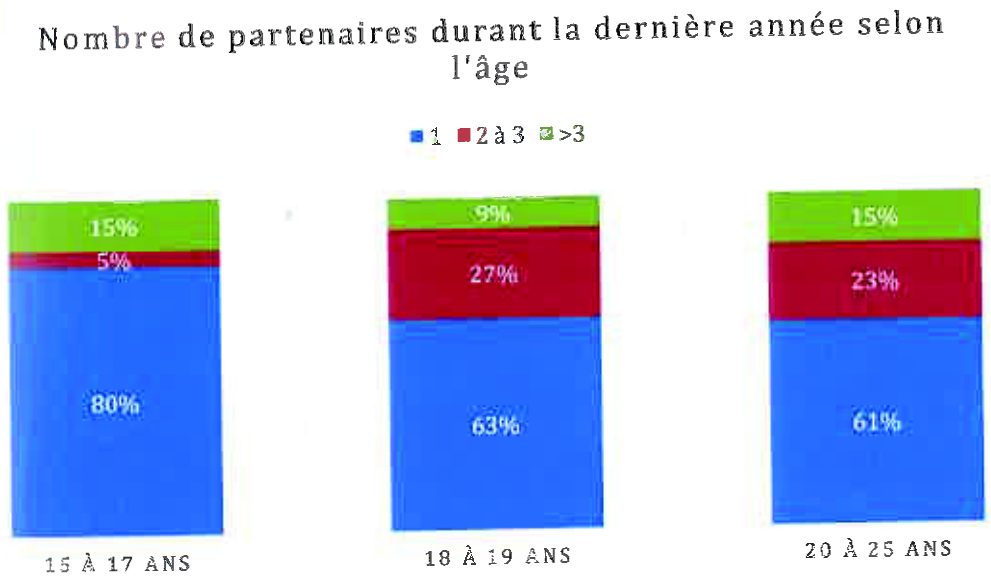
Nous avons étudié le nombre de partenaires dans les 12 derniers mois selon l'âge du patient, en les divisant en 3 classes d'âges qui correspondaient à celles utilisées dans l'enquête CSF-2006.

Pour les patients âgés de 15 à 17 ans, 80% n'avaient eu qu'un seul partenaire dans la dernière année. Pour ceux ayant eu plus d'un partenaire, la majorité avait eu plus de 3 partenaires dans les 12 derniers mois (15%).

Pour les patients âgés de 18 à 19 ans, 63% avaient eu un seul partenaire dans les 12 derniers mois. Parmi les patients multipartenaires, la majorité avait eu 2 à 3 partenaires, et 9% avaient eu plus de 3 partenaires.

Enfin, pour les patients âgés de 20 à 24 ans, 61% avaient eu un seul partenaire, 23% avaient eu 2 à 3 partenaires.

Nous n'avons pas montré de lien entre nombre de partenaires et l'âge (p=0,74).



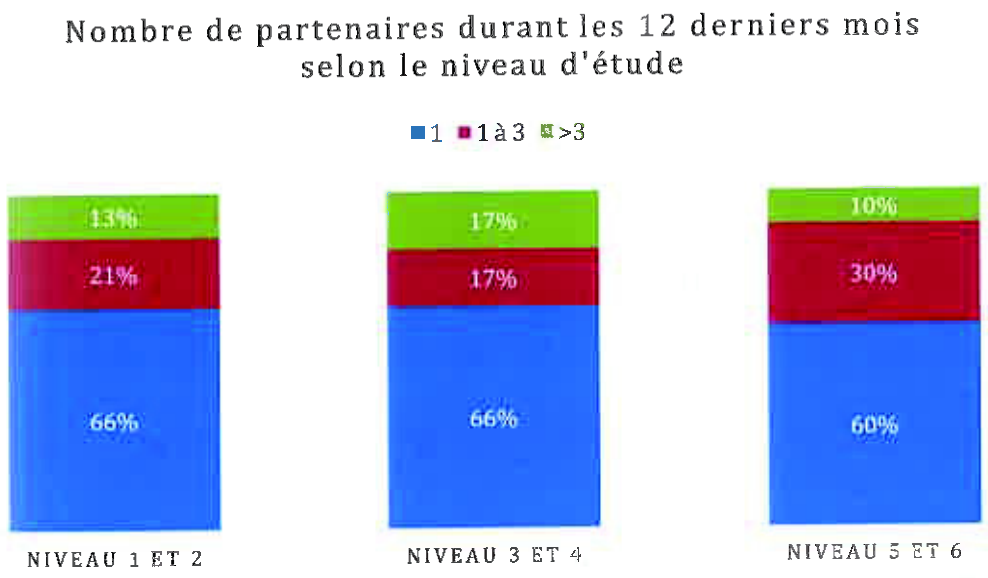
5.5.1.2. Nombre de partenaires selon le niveau d'étude

Les patients ayant un niveau d'étude inferieur au bac (général ou professionnel) n'avaient eu qu'un seul partenaire durant les 12 derniers mois pour 66% d'entre eux.

Cette proportion était semblable pour les patients de niveau d'étude baccalauréat (général ou professionnel), mais diminuait pour les niveaux d'études bac+2. En effet, 60% des patients avaient un seul partenaire.

La proportion de patients mono-partenaire semblait diminuer avec le niveau d'étude, mais le nombre de partenaires n'augmentait pas selon le niveau d'étude.

Finalement, nous n'avons pas mis en évidence de d'incidence significative du niveau d'étude sur le nombre de partenaires sur les 12 derniers mois. (=0,67).

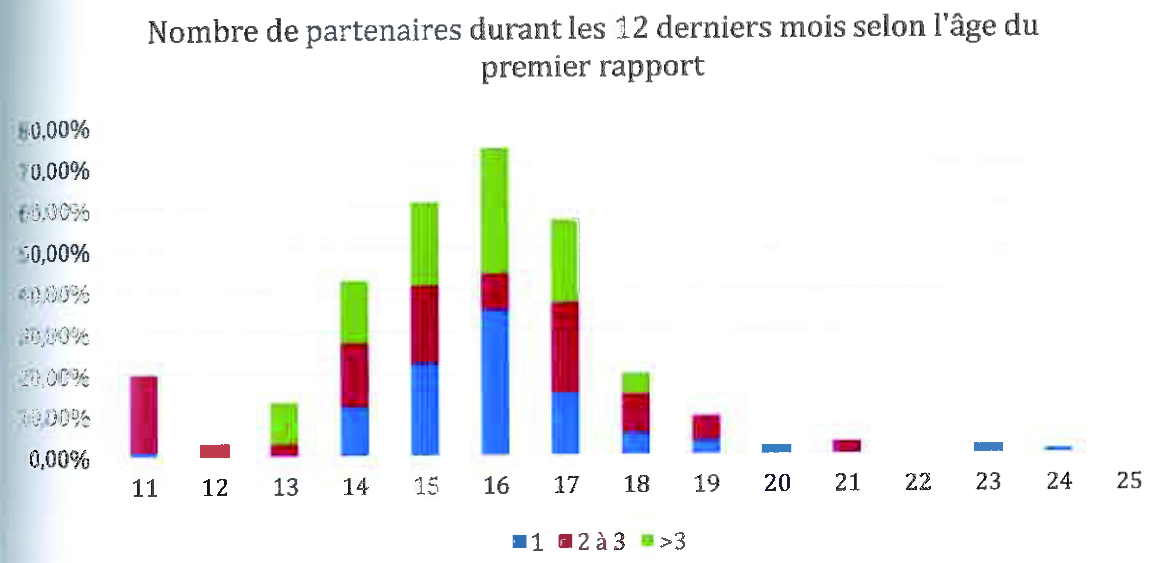


5.5.1.3. Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois selon l'âge du premier rapport

Dans notre échantillon, le nombre de partenaires semblait être lié à l'âge du premier rapport. En effet, la majorité des répondants ayant eu au moins 3 partenaires avaient eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 18 ans.

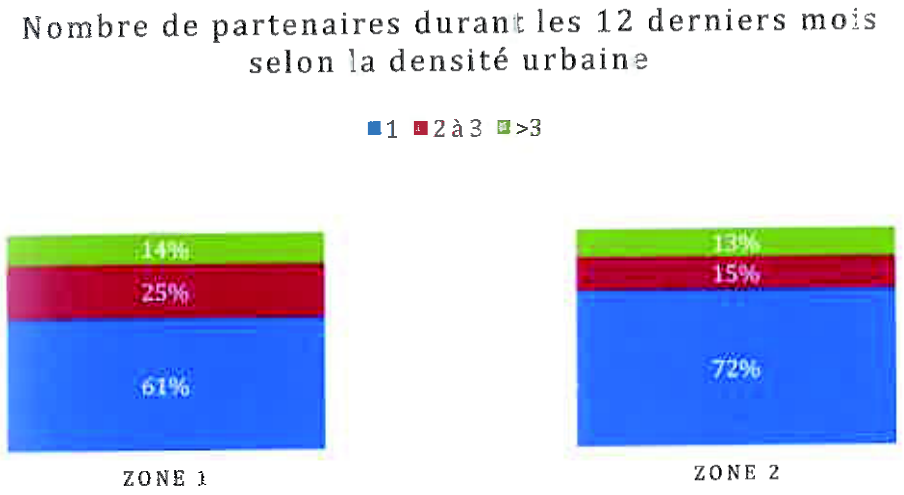
Les patients ayant eu un premier rapport après l'âge de 19 ans n'avaient eu pour la plupart qu'un seul partenaire durant les 12 derniers mois.

Cependant, nous n'avons pas montré de différence significative du nombre de partenaires selon l'âge du premier rapport (p=0,32).

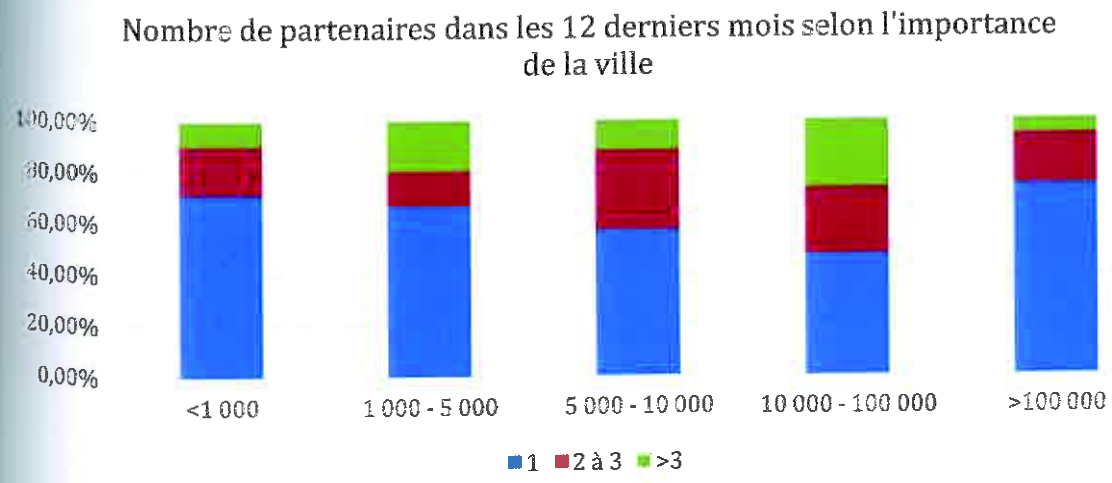


5.5.1.4. Nombre de partenaires durant les 12 derniers mois selon la localisation du cabinet

Le nombre de patients ayant eu plus de 2 partenaires durant les 12 derniers mois semblait plus important pour les zones à dominante urbaine que pour les zones à dominante rurale.
En effet, 39% des patients consultant dans des cabinets appartenant à des zones à dominante urbaine avaient eu au moins 2 partenaires, contre seulement 28% pour les zones à dominante rurale.
Cependant, nous n'avons pas retrouvé de différence significative par test statistique. (p =0,34)



La proportion de patients ayant eu plus de 3 partenaires durant les 12 derniers mois était plus importante pour les villes de 10 000 à 100 000 habitants mais nous n'avons pas retrouvé la même tendance pour les villes de plus de 100 000 habitants.
Finalement, nous n'avons pas montré de différence significative pour le nombre de partenaires durant les 12 derniers mois selon la taille des villes (p=0,26).



5.5.2. Multi-partenariat simultané

16% de nos patients sexuellement actifs sur les 12 derniers mois avaient eu plusieurs partenaires différents sur la même période, et 23% pensaient que leur partenaire avait des rapports avec d'autres personnes simultanément, donc quasiment un quart de notre échantillon.

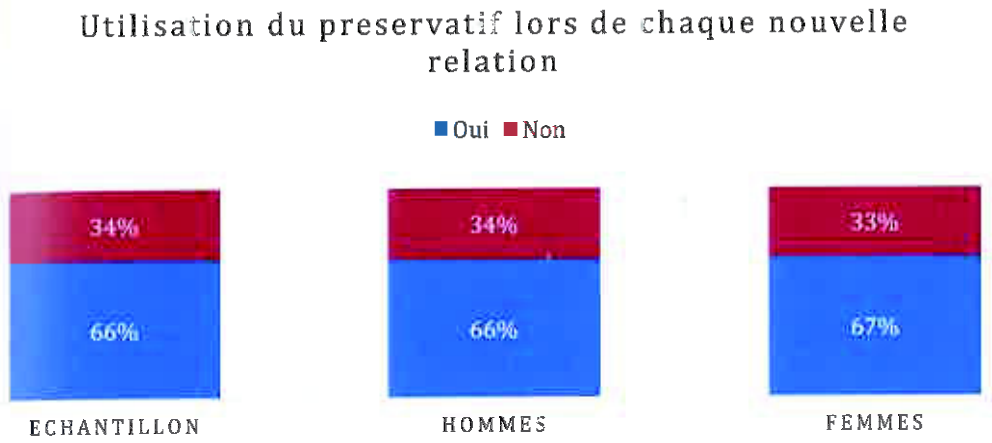
5.5.3. Types de rapports sexuels durant les 12 derniers mois

Durant les 12 derniers mois, 94% des patients rapportaient des rapports de type hétérosexuel, 4% des rapports de type homosexuel (soit 7 patients) et 1% de type bisexuel (soit 1 patient).

Ces effectifs étant faibles, nous n'avons pas réalisé d'autres analyses sur les types de rapport des 12 derniers mois.

5.5.4. Utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois

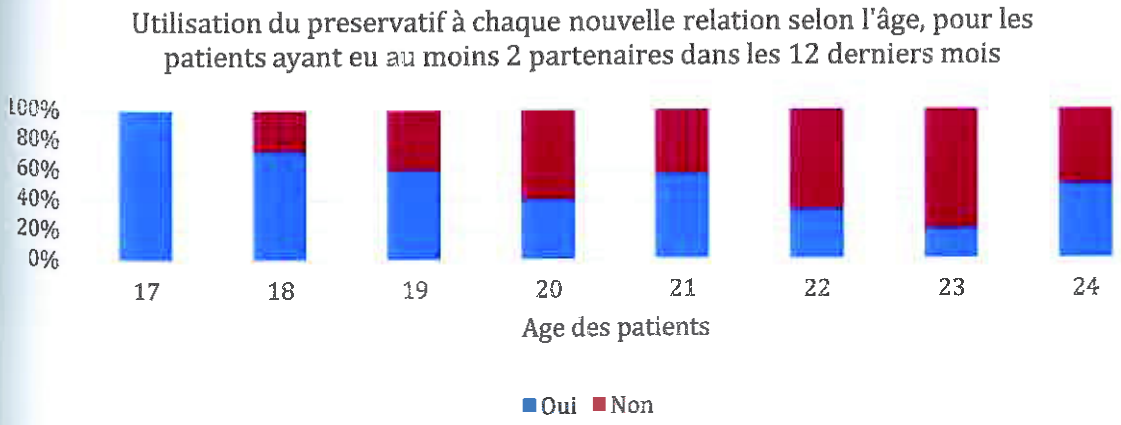
Seulement 66% des répondants ayant eu au moins 1 partenaire dans les 12 derniers mois avaient utilisé des préservatifs à chaque nouvelle relation. La proportion était légèrement plus importante pour les femmes (67%) que pour les hommes (66%), mais la différence n'était pas significative (p=0,83)



5.5.4.1. Utilisation du préservatif en fonction de l'âge

Concernant les patients âgés de 15 ans de 16 ans et de 25 ans, 1 seul avait eu plusieurs partenaires dans les 12 derniers mois nous avons donc décidé de ne pas les inclure dans l'analyse.

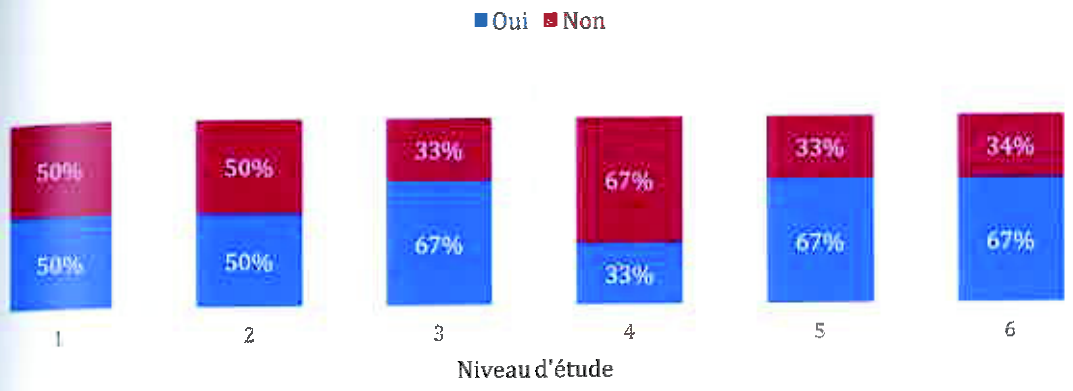
L'utilisation du préservatif semblait être moins systématique à mesure que l'âge des patients avançait. En effet, la proportion de sujets ayant utilisé des préservatifs de façon systématique à chaque nouvelle relation était de 73% pour les patients âgés de 18 ans, de 57% pour les sujets de 21 ans et de 50% pour les sujets âgés de 24 ans. Finalement, en tolérant un risque d'erreur de 10%, nous avons démontré que l'utilisation du préservatif était de moins en moins systématique avec l'âge (p= 0,07), tout comme l'utilisation du préservatif lors du premier rapport diminuait chez les patients plus âgés.



5.5.4.2. Utilisation du préservatif en fonction du niveau d'étude

La proportion de sujet ayant utilisé des préservatifs pour chaque nouvelle relation n'était pas liée au niveau d'étude dans notre échantillon (p =0,40).

On peut néanmoins noter le fait que les patients ayant un niveau d'étude équivalent au niveau bac utilisaient le préservatif de façon moins systématique dans notre étude.

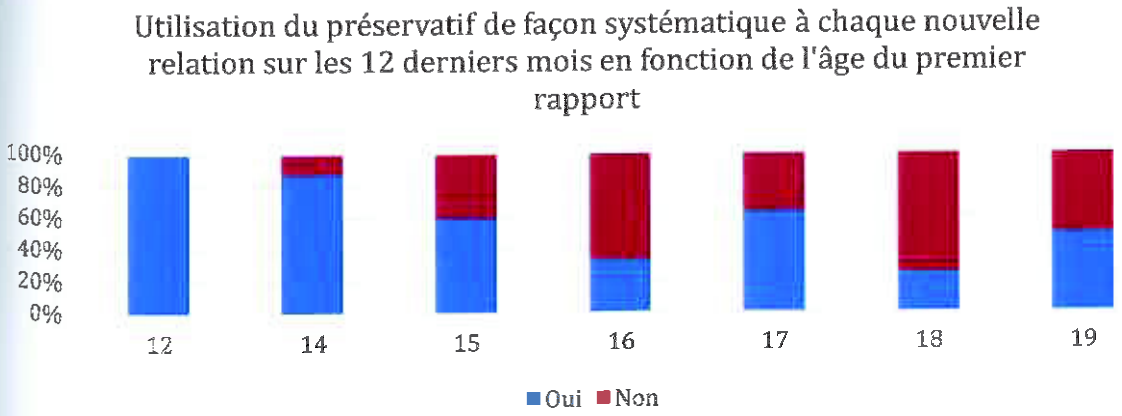


5.5.4.3. Utilisation du préservatif de façon systématique en fonction du premier rapport (âge et utilisation du préservatif)

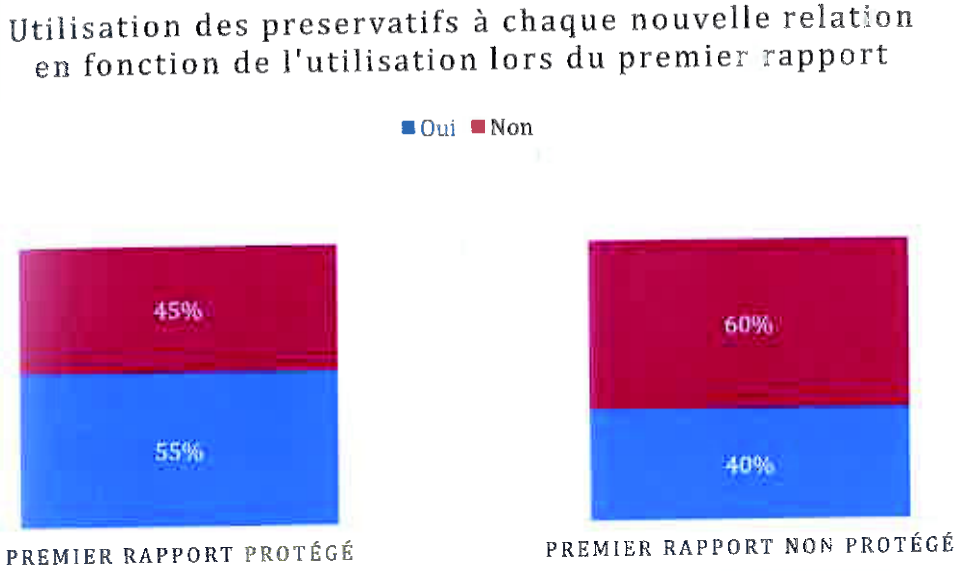
Seulement 1 patient ayant eu plusieurs partenaires durant les 12 derniers mois a eu son premier rapport sexuel à l'âge de 12 ans et un seul à 21 ans. Nous avons donc décidé de ne pas les inclure dans l'analyse.

Les patients multipartenaires durant les 12 derniers mois avaient eu un premier rapport sexuel compris entre l'âge de 12 ans et l'âge de 19 ans.

Parmi les patients ayant eu leur premier rapport à l'âge de 14 ans, 88% utilisaient un préservatif de façon systématique, contre 64% pour ceux ayant eu un premier rapport à 17 ans. Plus le premier rapport était tardif, moins l'utilisation du préservatif était systématique pour les patients sur les 12 derniers mois. Il n'y avait aucune différence significative au final (p =0,95).

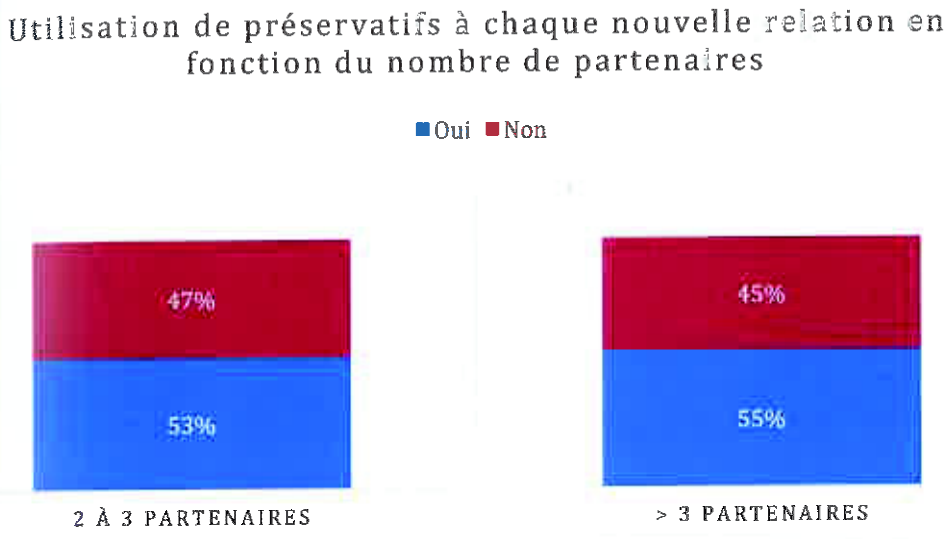


Si l'on étudie l'utilisation des préservatifs sur les 12 derniers mois en fonction de l'utilisation de préservatifs lors du premier rapport, on remarque que la proportion de personnes n'utilisant pas de préservatifs de façon systématique avec de nouveaux partenaires était plus importante chez des répondants n'ayant pas utilisé de préservatifs lors du premier rapport (60%) que pour les répondants en ayant utilisé (44,7%). L'utilisation des préservatifs de façon systématique avec des nouveaux partenaires lors des 12 derniers mois était donc liée à l'utilisation du préservatif lors du premier rapport (p=0,004).



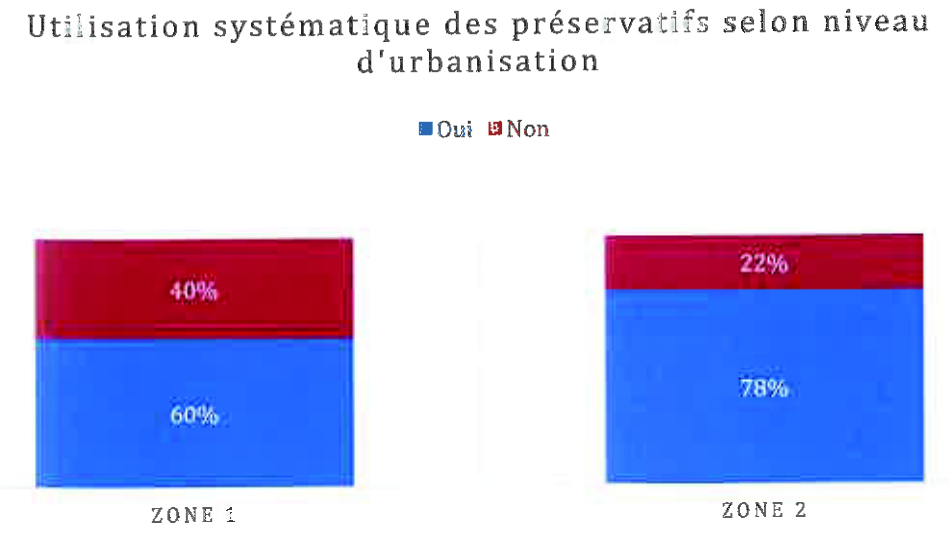
5.5.4.4. Utilisation du préservatif de façon systématique selon multipartenariat

Parmi les patients ayant eu des rapports sexuels sur les 12 derniers mois, 32 avaient eu 2 ou 3 partenaires, et 20 avaient eu plus de 3 partenaires. La proportion de ces patients multipartenaires ayant eu des rapports protégés systématiques avec des nouveaux partenaires était semblable quel que soit le nombre de partenaires(p=0,07).



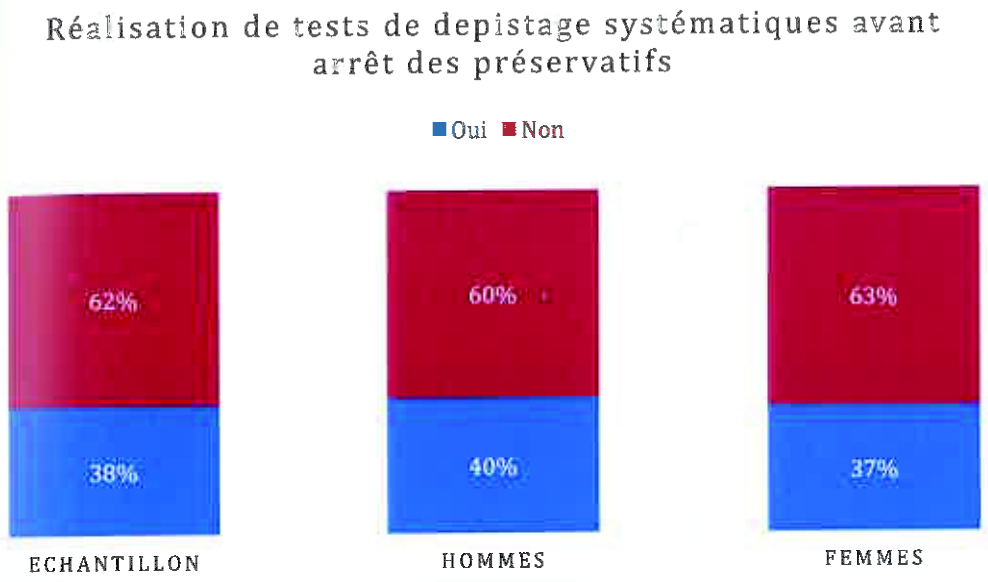
5.5.4.5. Utilisation du préservatif selon la localisation de cabinets

Dans notre échantillon, les patients issus de zone à dominante rurale utilisaient de façon plus systématique les préservatifs à chaque nouvelle relation que les patients issus de zone à dominante urbaine (p=0,04)



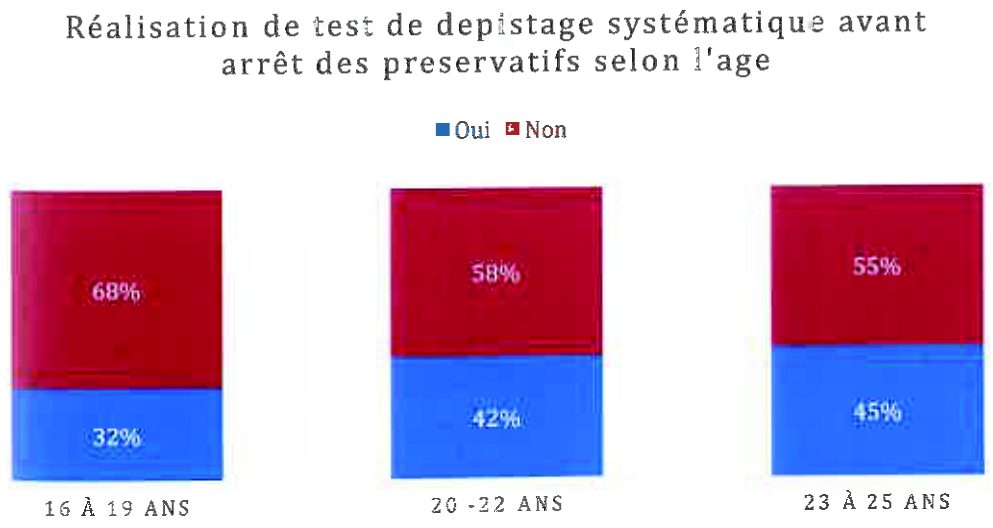
5.5.5. Réalisation de tests de dépistage avant l'arrêt des préservatifs

Dans l'ensemble de l'échantillon étudié, seulement 37,5% des répondants avaient réalisé des dépistages systématiques avant l'arrêt de l'utilisation des préservatifs. Cette proportion était semblable pour les hommes (39,5%) et pour les femmes (36,8%) (p=0,96).



5.5.5.1. Réalisation de dépistage systématique en fonction de l'âge

La proportion de sujets ayant réalisé des tests de dépistage avant l'arrêt de l'utilisation des préservatifs semblait augmenter avec l'âge des répondants. En effet, seulement 32% des patients âgés de 16 à 19 ans avaient réalisé un test de dépistage avant l'abandon des préservatifs, contre 45% des 23-25 ans. Ainsi, en tolérant une marge d'erreur de 10%, les patients plus âgés réalisaient donc plus souvent des tests de dépistage (p=0,08).

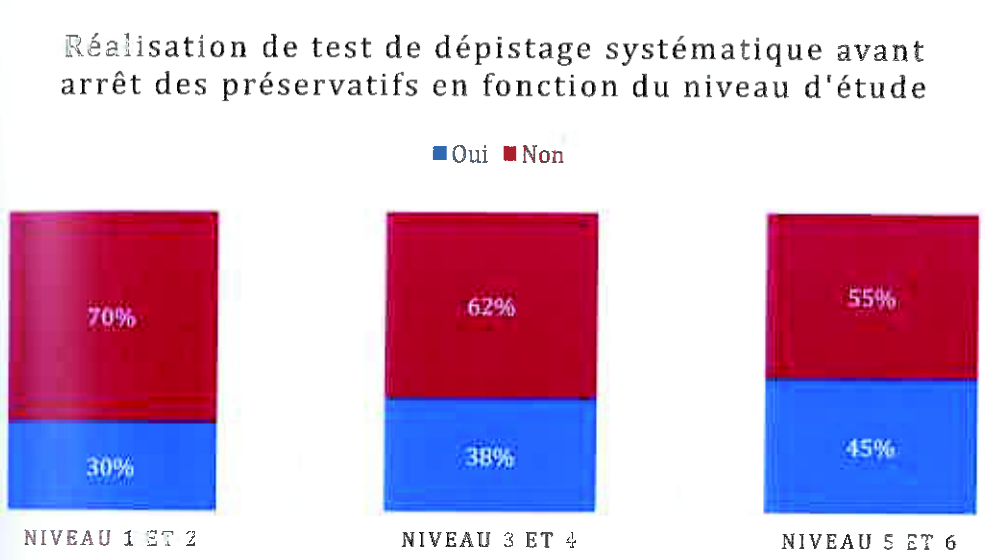


5.5.5.2. Réalisation de dépistage systématique selon le niveau d'étude

La proportion de patients ayant systématiquement réalisé un dépistage dans les 12 derniers mois avant l'arrêt des préservatifs semblait être différente selon le niveau d'étude.

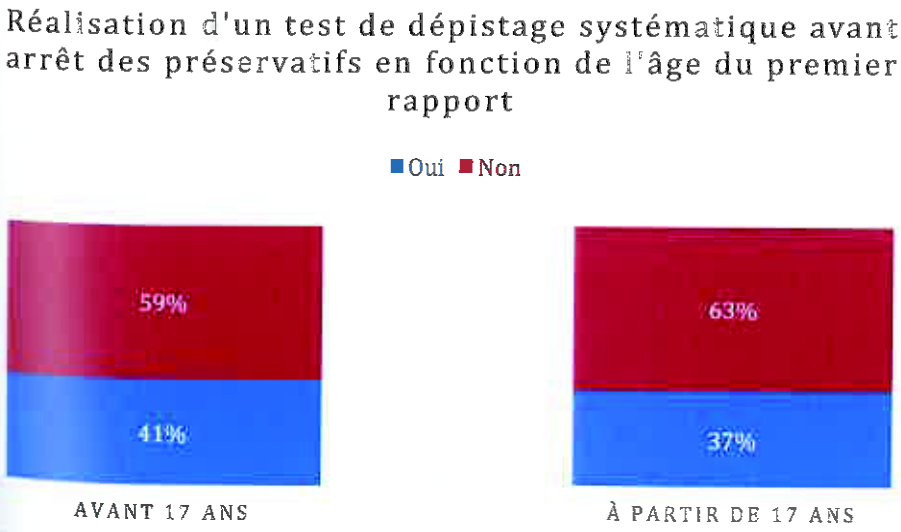
En effet, la proportion était de 30% pour les patients ayant un niveau d'étude inférieur à celui du bac, de 38% pour ceux ayant un niveau équivalent à celui du bac (professionnel ou général) et de 45% pour ceux ayant un niveau d'étude supérieur à celui du bac.

Aucune différence significative n'a été démontrée au final (p=0,25).



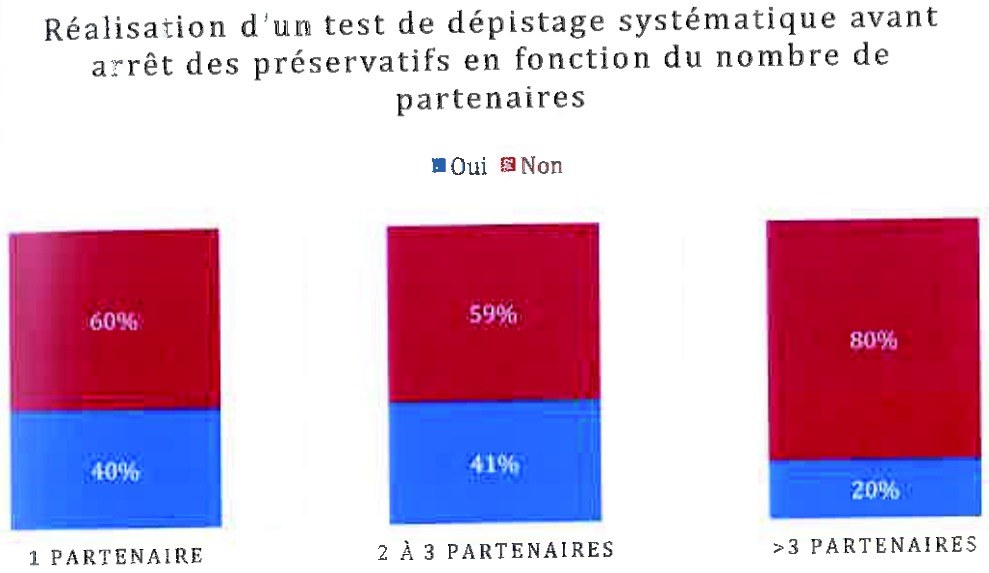
5.5.5.3. Réalisation de dépistage systématique selon l'âge du premier rapport

Les patients ayant eu un premier rapport avant l'âge de 17 ans (avant l'âge médian français) semblaient avoir réalisé plus souvent un dépistage systématique (41%) que ceux ayant eu leur premier rapport à partir de 17 ans (37%).La différence n'était statistiquement pas significative(p=0,63)



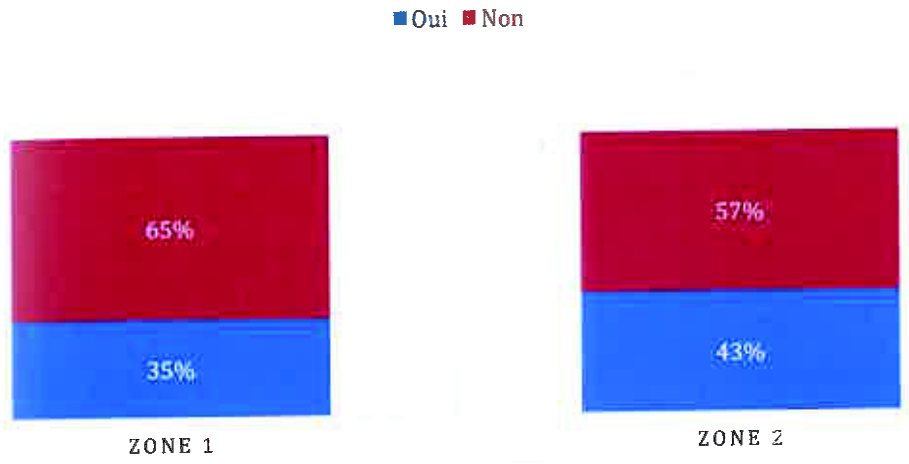
5.5.5.4. Réalisation de dépistage systématique selon le nombre de partenaires

La proportion de répondants ayant réalisé un test de dépistage était moins importante pour les répondants ayant eu plus de 3 partenaires dans les 12 derniers mois (20%) que pour ceux ayant eu de 1 à 3 partenaires (40%). Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative d'habitude de dépistage selon le nombre de partenaires durant les 12 derniers mois (p=0,23).

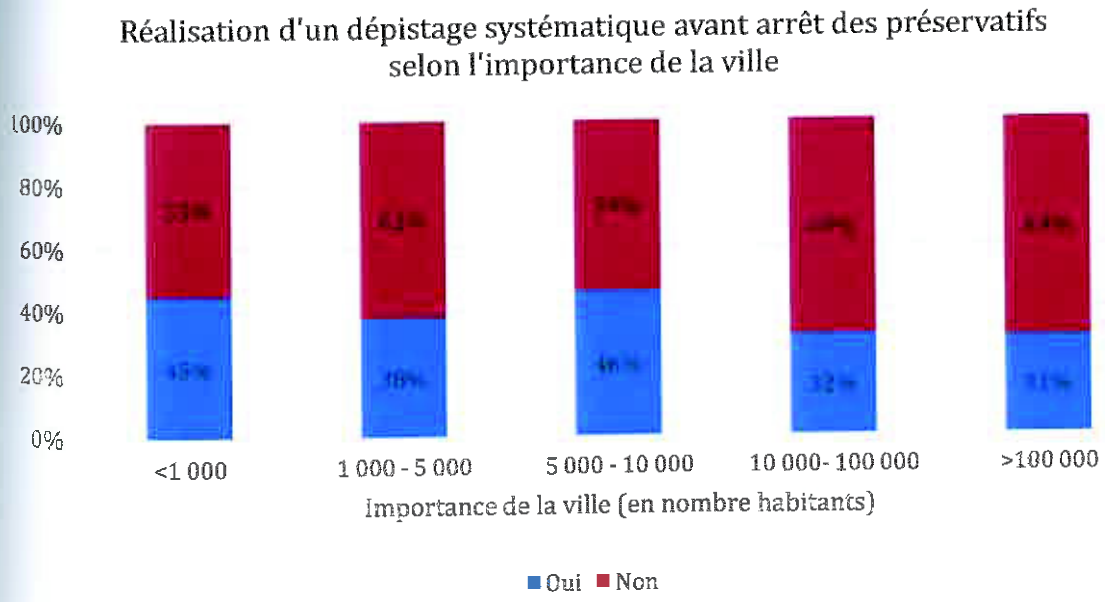


5.5.5.5. Dépistage systématique selon la localisation du cabinet

Il n'y avait pas de différence significative pour la proportion de répondants ayant fait un dépistage systématique avant d'arrêter d'utiliser les préservatifs selon les zones de densité urbaine (p=0,33).



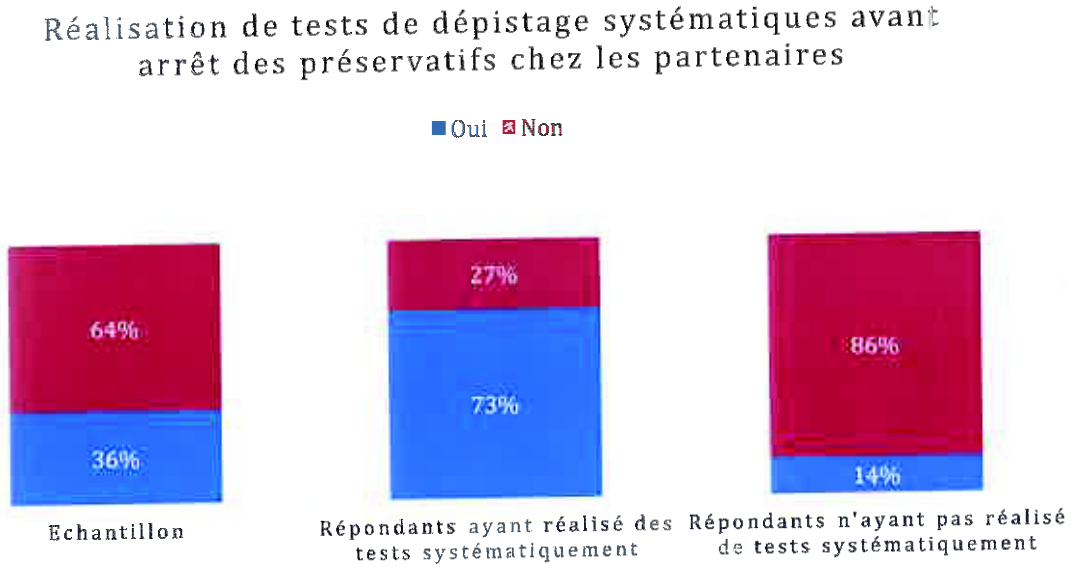
De même, nous n'avons pas montré de lien significatif entre la réalisation d'un dépistage systématique et l'importance de la ville en nombre d'habitants (p=0,65)



5.5.6. Dépistages pour les partenaires

Concernant les partenaires, seulement 35,9% d'entre eux avaient réalisé systématiquement des tests de dépistage avant l'arrêt des préservatifs.

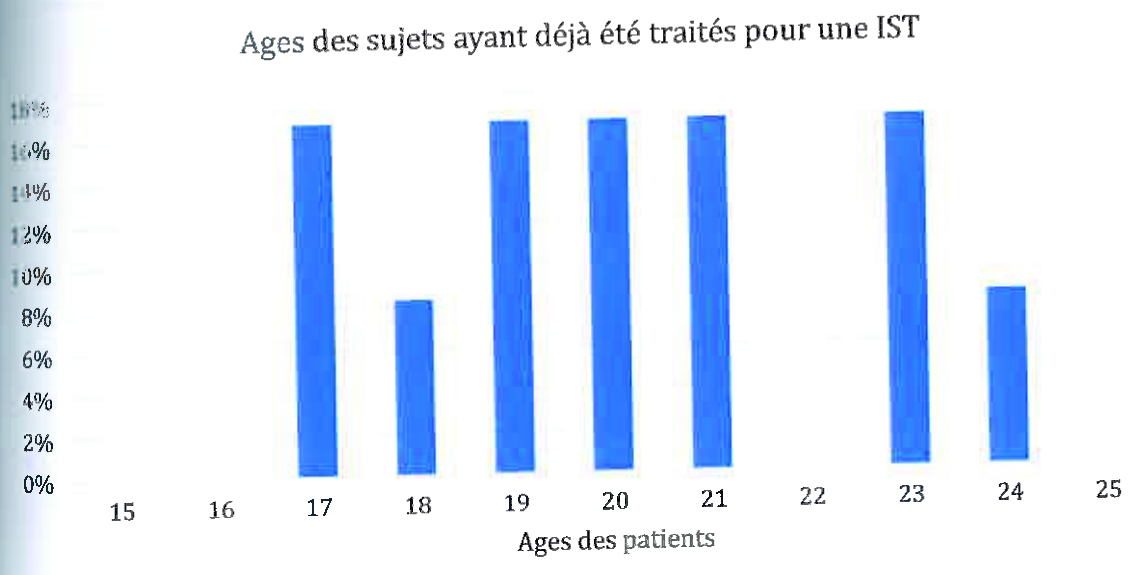
De plus, ¼ des patients concernés par la prévention primaire des IST, et ayant de ce fait réalisé un test de dépistage, ne connaissait pas le statut de leur partenaire avant d'arrêter d'utiliser des préservatifs.



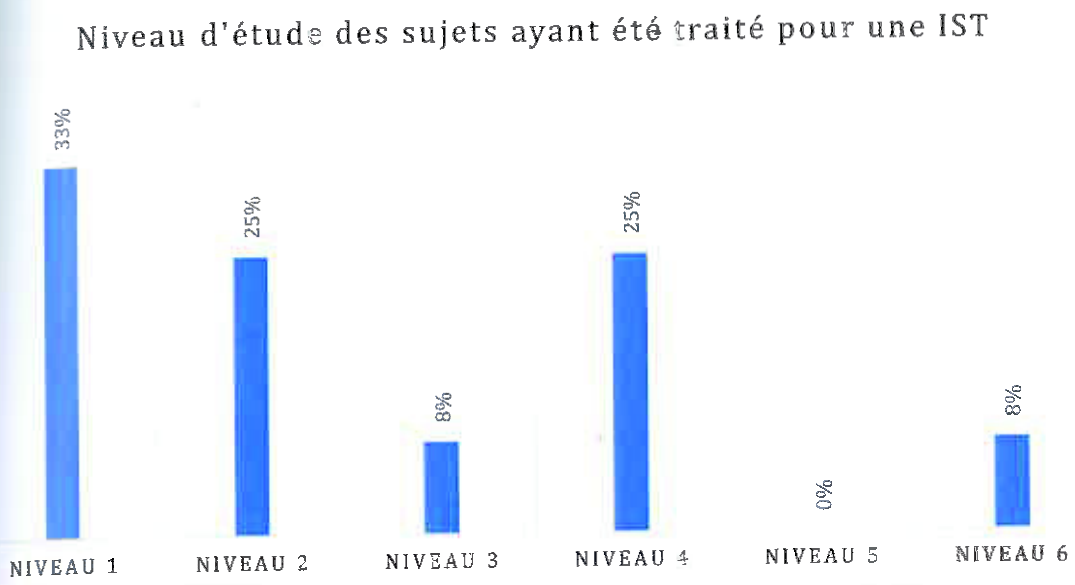
5.6. Antécédents d'IST

Parmi les répondants déjà sexuellement actifs, 7,9% des-sujets rapportaient avoir été traités pour une IST (soit 12 répondants), avec une majorité de femmes (8,3% des femmes et 6,8% des hommes).

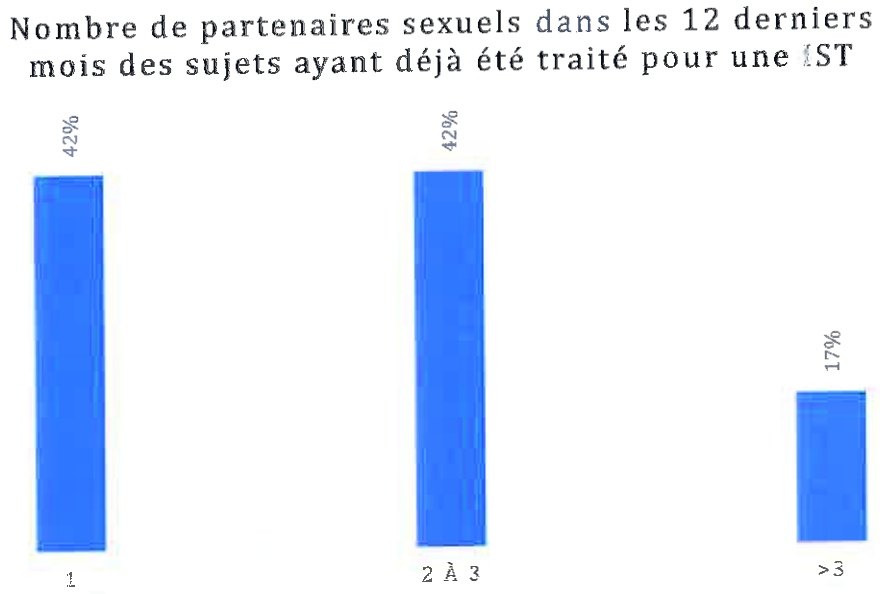
L'âge des sujets ayant déjà été traités pour une IST était variable, compris entre 17 et 24 ans, la moyenne d'âge étant de 18,5 ans. La moitié des répondants ayant déjà été traités pour une IST avait un âge inférieur ou égale à 20 ans.



La majorité des sujets ayant déjà été traités pour une IST avait un niveau d'étude inférieur ou égale au niveau 2 (soit sans diplôme, ou ayant un CAP, le brevet, ou un BEP).

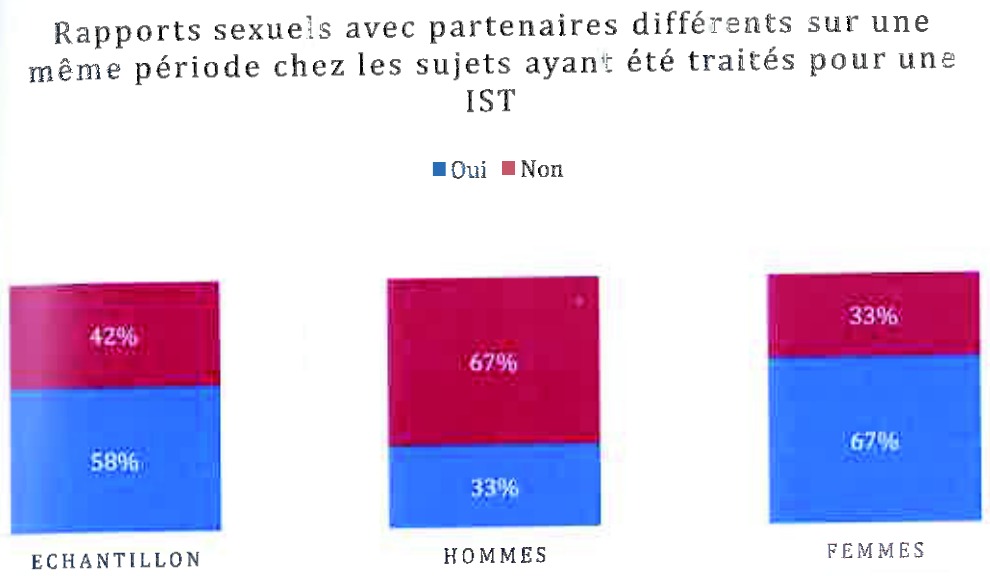


Les sujets ayant déjà été traités pour une IST avaient pour la majorité eu de 1 à 3 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois. (83%)



Plus de la moitié des sujets ayant déjà été traités pour une IST avaient eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires différents pendant une même période (58%).

Cette proportion était encore plus importante pour les femmes ayant déjà été traitées pour une IST (67%).

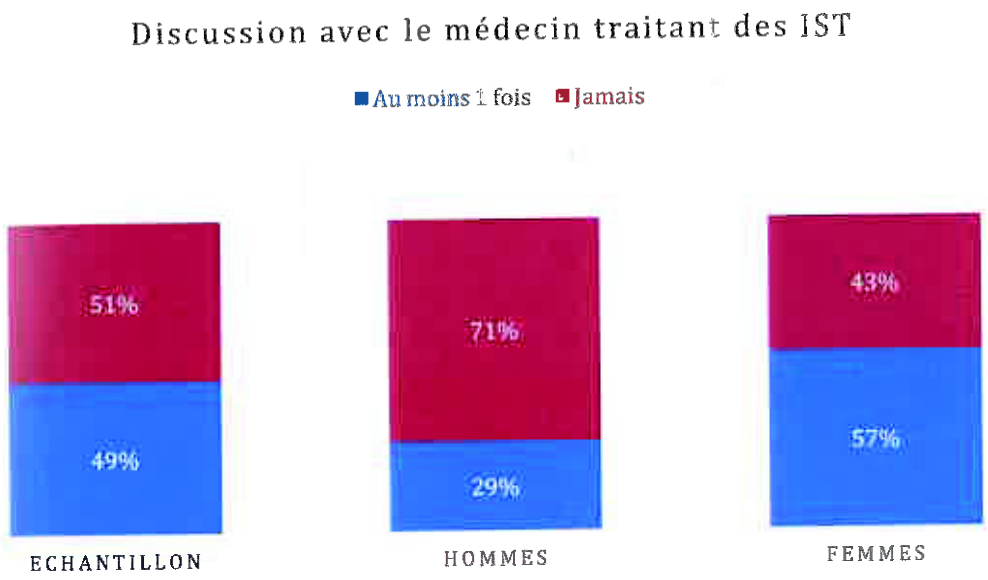


5.7. Consultation en médecine générale

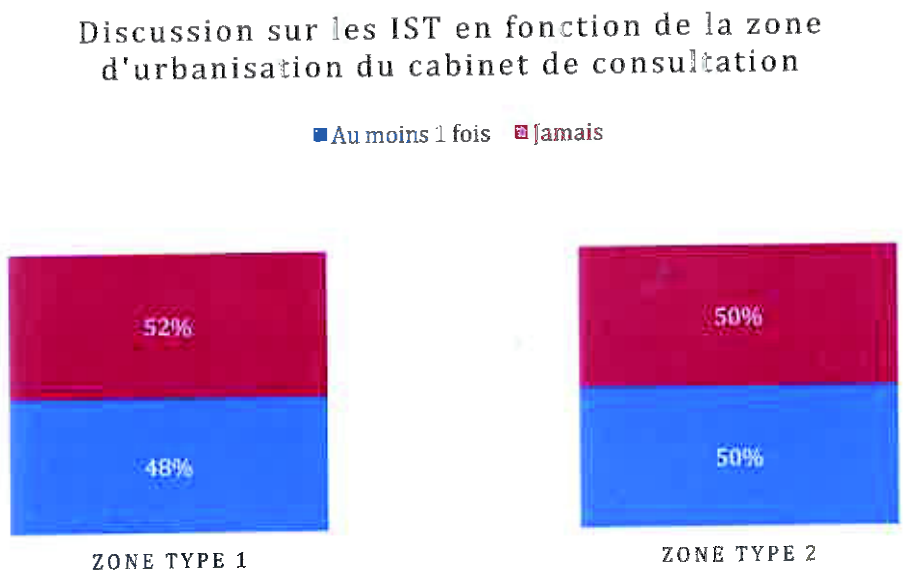
5.7.1. Aborder le sujet des IST en médecine générale

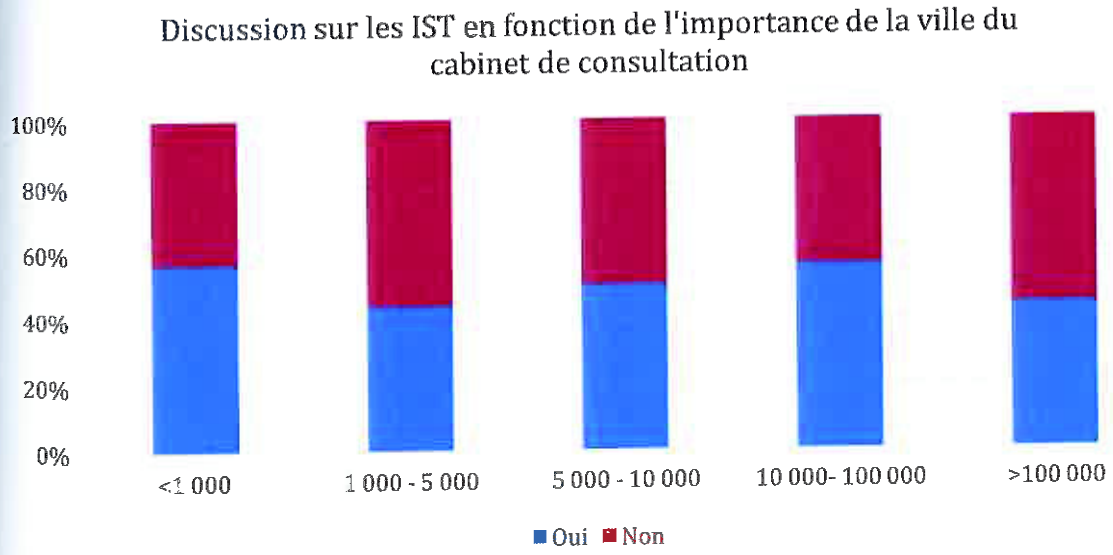
Seulement 49% des sujets avaient déjà eu une discussion avec leur médecin traitant sur le sujet des IST.

Ce sujet n'avait jamais été abordé pour 71% des hommes et 43% des femmes.



Cette proportion était comparable entre les différentes zones d'urbanisation (p=0,85) et les villes d'importance différente (p=0,71), traduisant une pratique globalement semblable entre les médecins dits « de ville » et ceux dits « de campagne ».



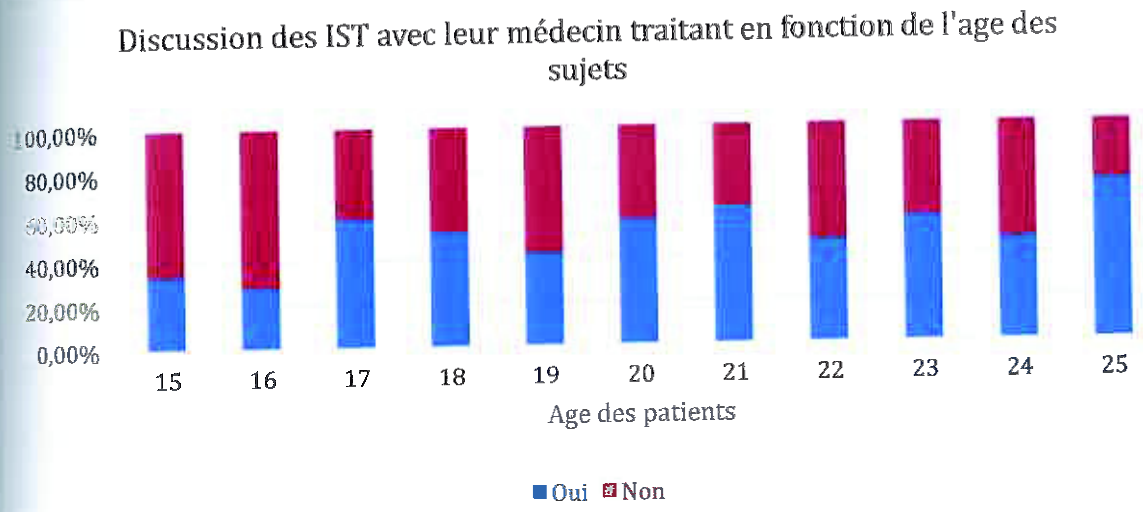


Parmi les sujets ayant déjà abordé la question des IST avec leur médecin traitant, 83% estimaient que le médecin traitant le faisait suffisamment.

Parmi les sujets n'ayant jamais abordé la question des IST avec leur médecin traitant, seulement 32% auraient souhaité qu'il le fasse.

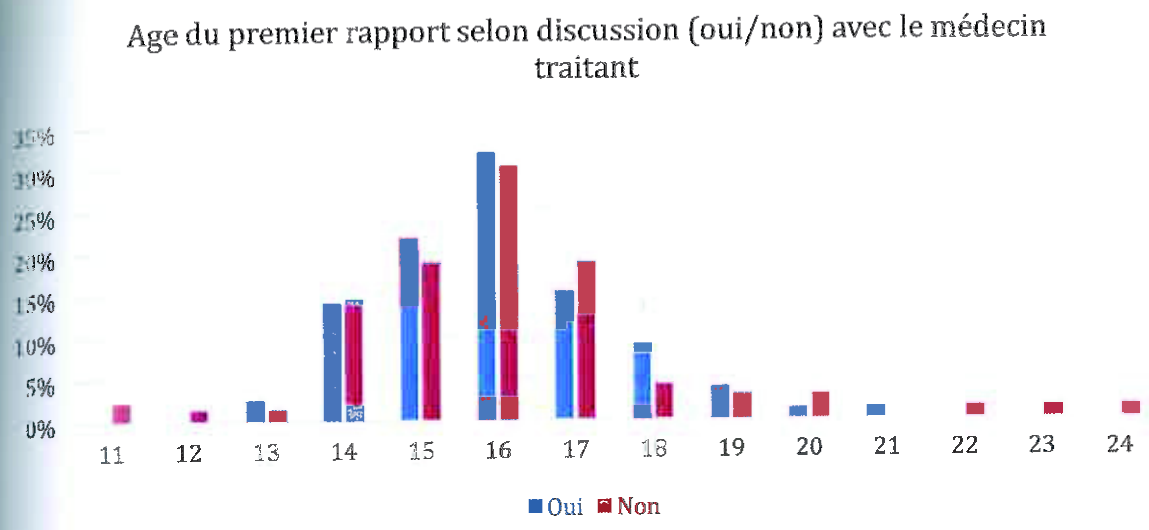
Les 2 classes d'âge les plus touchées par le manque de discussion sur les IST sont les 15 et 16 ans.

En effet, seulement 33% des sujets de 15 ans avaient répondu avoir déjà abordé le sujet des IST avec leur médecin traitant et seulement 28% des 16 ans.



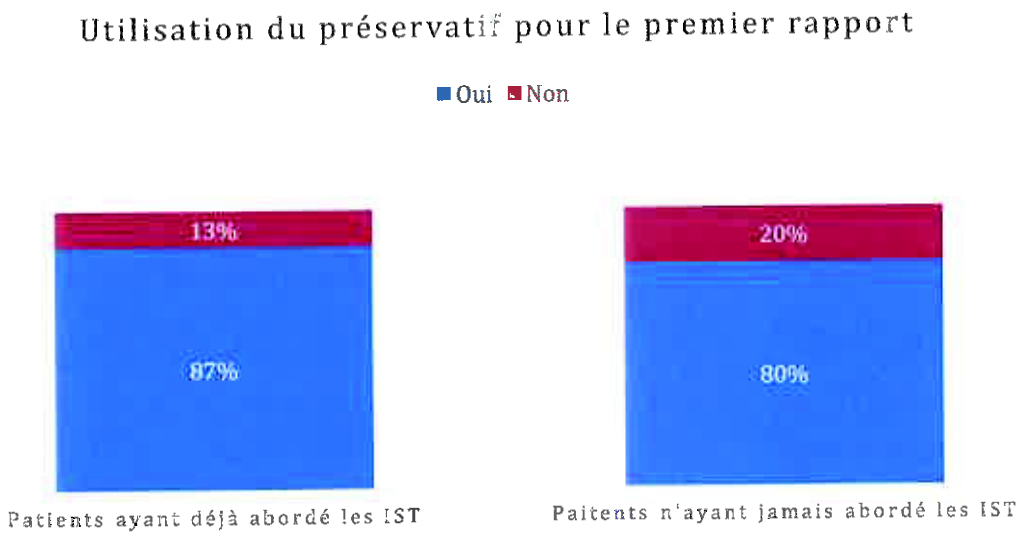
5.7.2. Influence de la prévention primaire des médecins généralistes sur la sexualité

L'âge du premier rapport était globalement semblable entre les patients ayant déjà abordé le sujet des IST et pour ceux ne l'ayant pas fait.

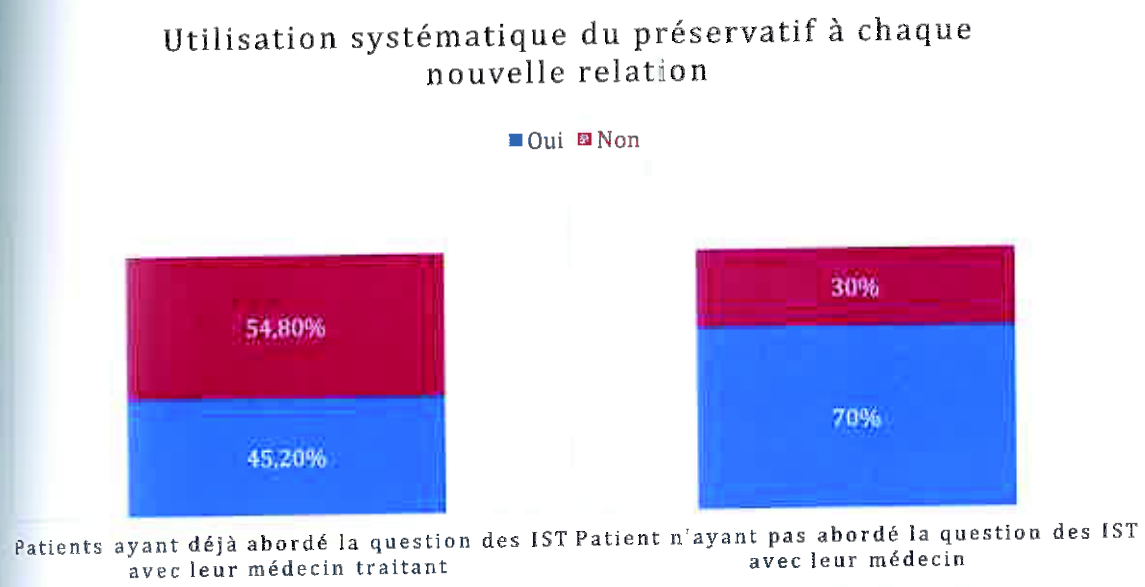


La proportion de patients ayant utilisé des préservatifs lors de leur premier rapport était plus importante pour les patients ayant déjà abordé la question des IST avec leur médecin traitant que pour ceux ne l'ayant pas fait.

En effet, 87% des patients ayant reçu des informations avaient utilisé un préservatif lors de leur premier rapport contre 80% pour ceux qui n'en ayant pas reçu.

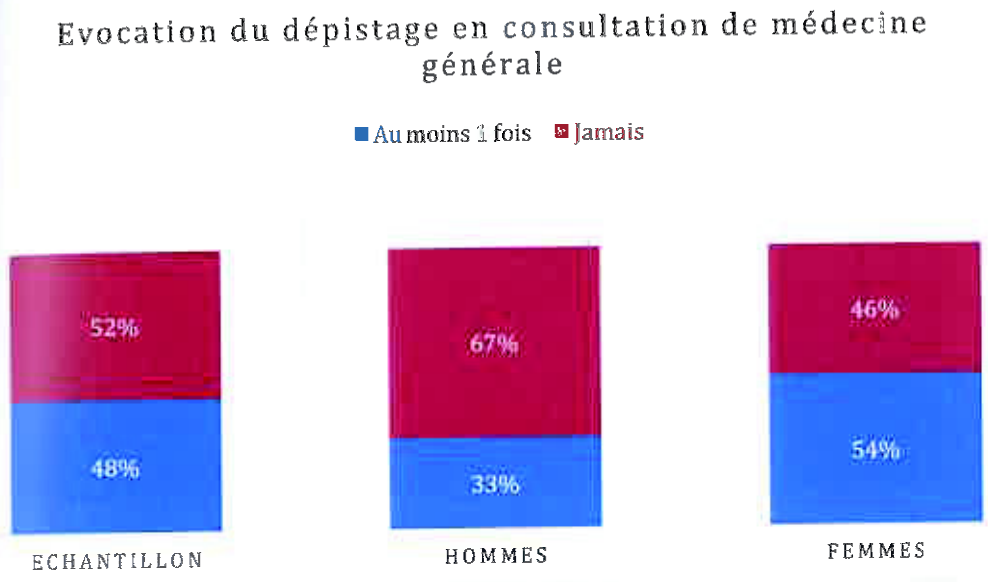


A l'inverse, la proportion de sujets ayant utilisé régulièrement le préservatif avec chaque nouveau partenaire n'est pas plus importante pour les sujets ayant déjà abordé la question des IST avec leur médecin traitant que pour les autres (45% seulement pour les patients ayant reçu un message de prévention primaire de la part de leur médecin traitant contre 70% pour les autres).

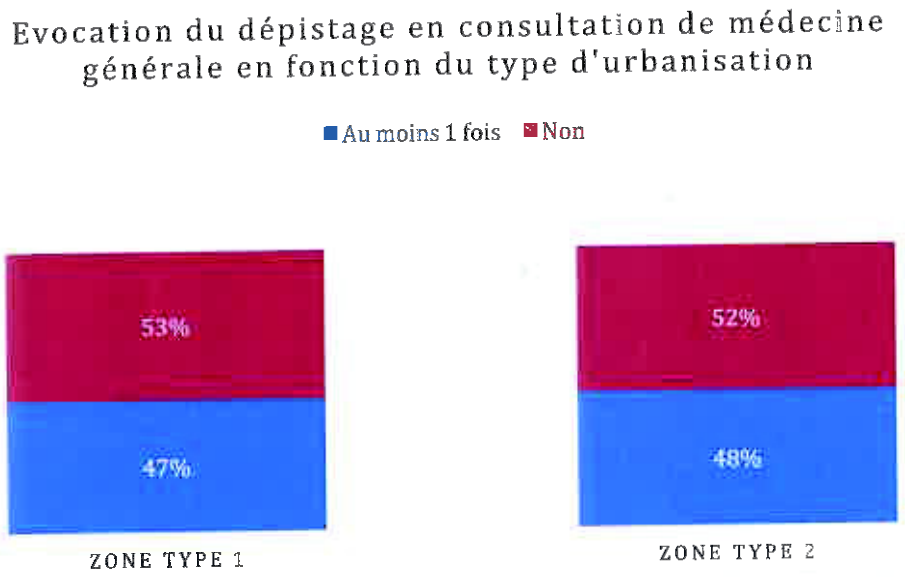


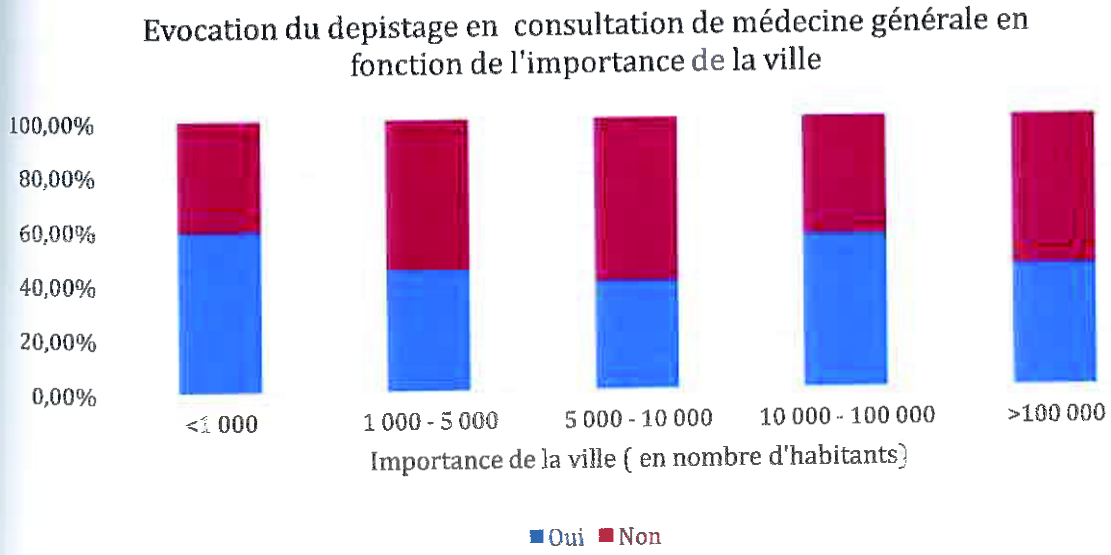
5.7.3. Aborder le sujet du dépistage en médecine générale

Seulement 47,6% des patients avaient déjà abordé la question du dépistage avec leur médecin traitant (respectivement 32,7% chez les hommes et 53,8% chez les femmes).

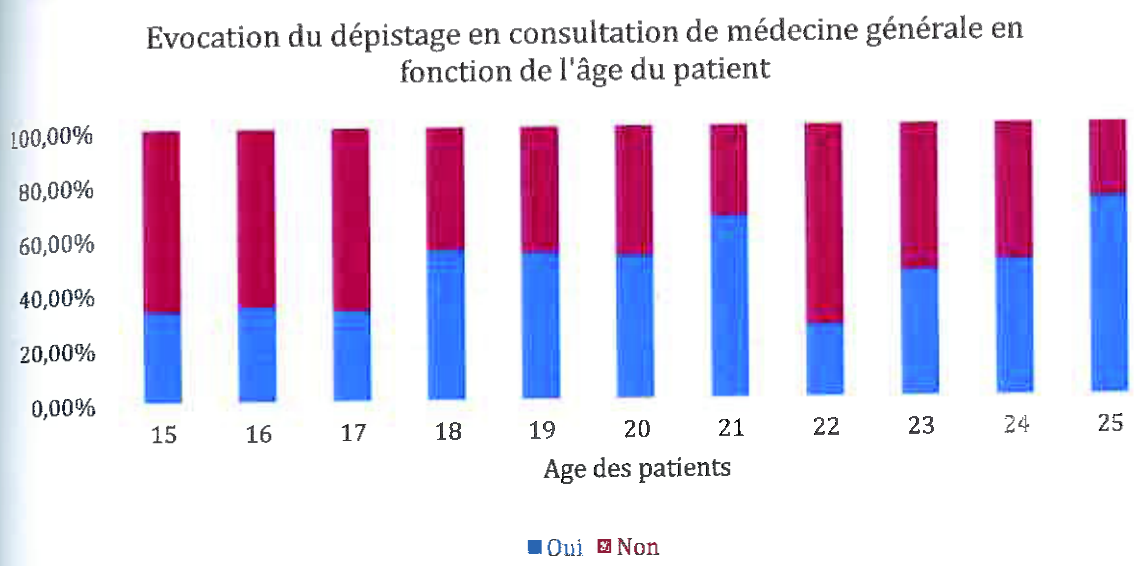


Cette proportion ne variait pas en fonction des zones d'urbanisation(p=0,89) et de l'importance de la ville(p=0,53), traduisant ainsi des pratiques semblables entre les médecins dits « de ville » et ceux dits de « campagne ».





Les médecins semblaient plus fréquemment aborder le sujet du dépistage des IST avec des patients plus âgés. En effet, seulement 33,3% des patients de 15 ans ont déjà abordé le sujet du dépistage des IST avec leur médecin traitant, contre 72,7% des patients de 25 ans.En définitive, la différence n'était pas significative (p=0,47).

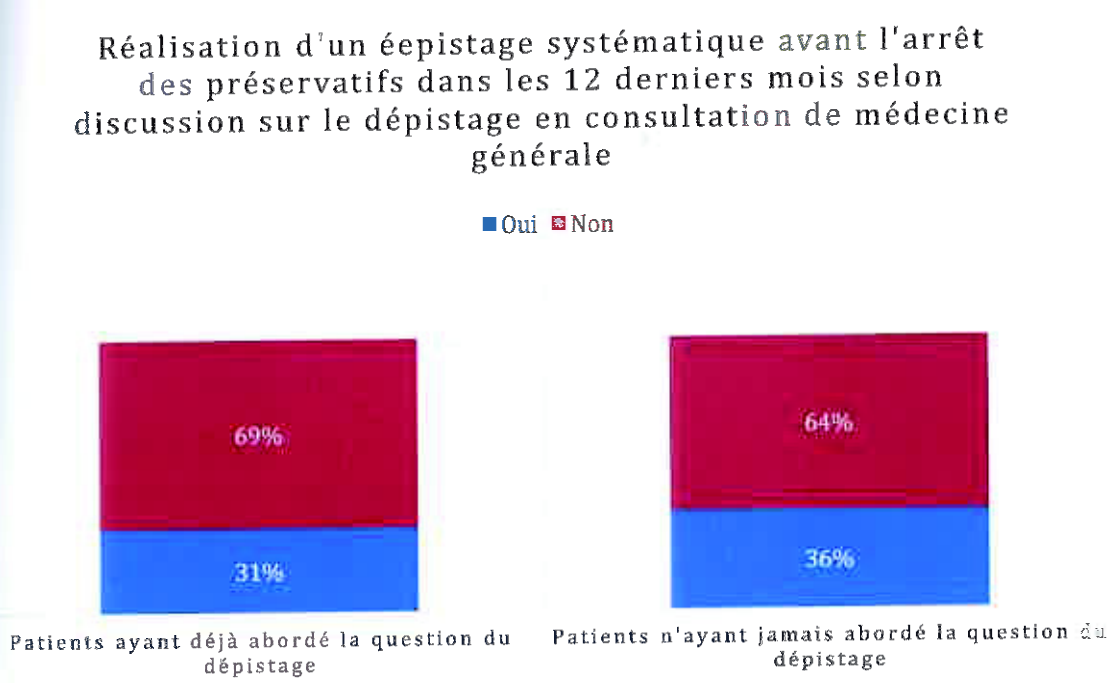


Parmi les patients ayant déjà abordé le sujet du dépistage des IST avec leur médecin traitant, 81,3% estimaient que leur médecin traitant l'abordait de façon suffisante.

Parmi les patients n'ayant jamais abordé le sujet du dépistage des IST avec leur médecin traitant, 38,5% auraient souhaité qu'il le fasse.

5.7.4. Influence de la prévention primaire et secondaire sur les pratiques des patients en matière de dépistage

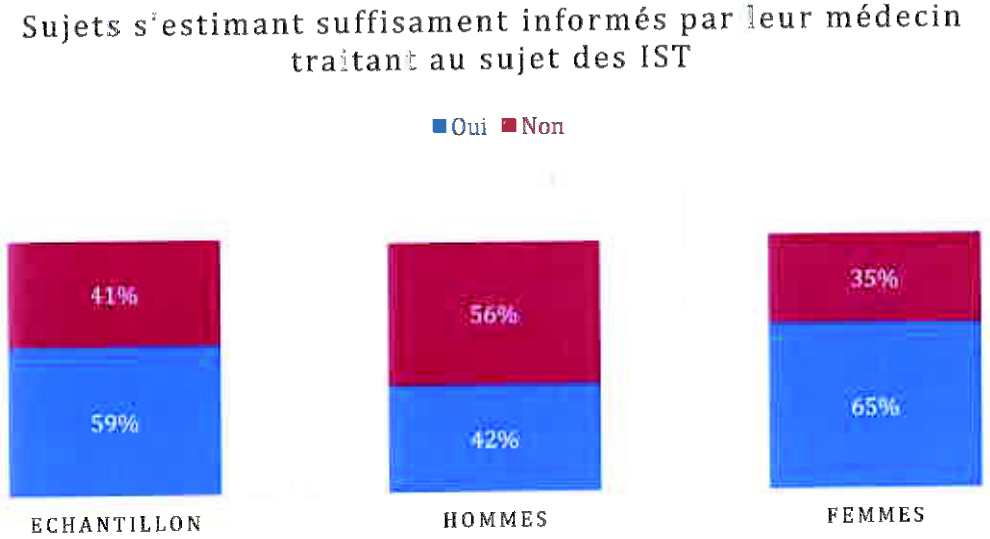
Dans notre échantillon, le fait que le médecin traitant ait déjà abordé la question du dépistage n'avait pas d'incidence sur la réalisation d'un dépistage systématique avant l'arrêt des préservatifs pour les patients ayant eu au moins 2 partenaires dans les 12 derniers mois.



5.7.5. Evaluation du niveau d'information des patients

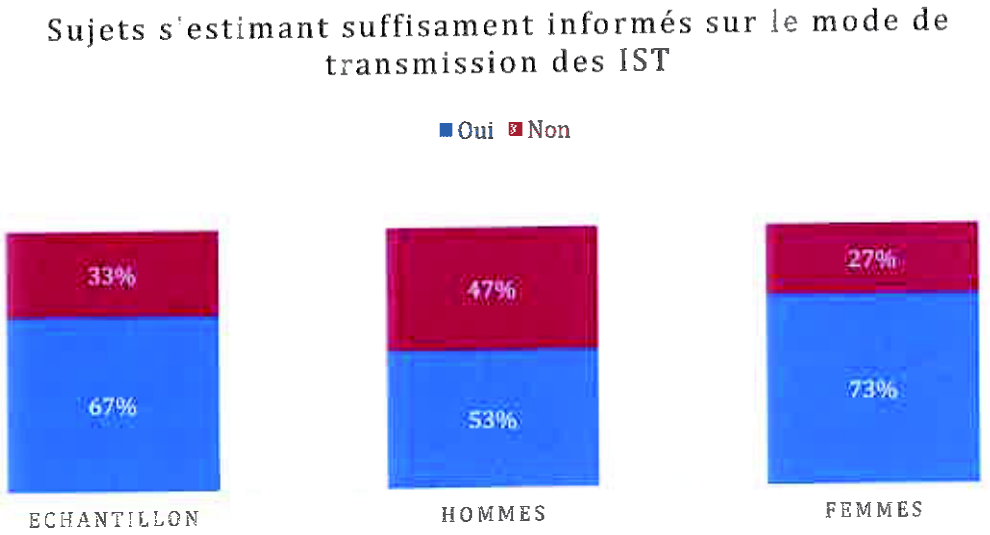
Seulement 58% des patients ont estimé qu'ils étaient suffisamment informés par leur médecin traitant à propos des IST.

La majorité des patients ne se sentant pas suffisamment informés, n'avait jamais abordé la question des IST (74%), mais 63 % d'entre eux ne souhaitaient pas que le médecin le fasse.

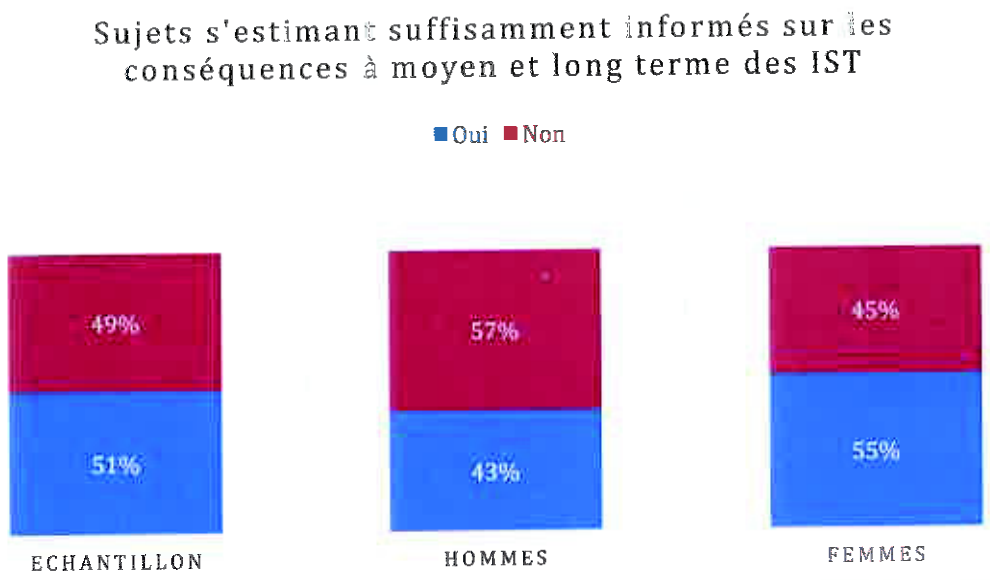


La proportion de sujets se sentant suffisamment informés par leur médecin traitant à propos du mode de transmission était plus importante, avec 67% des répondants.

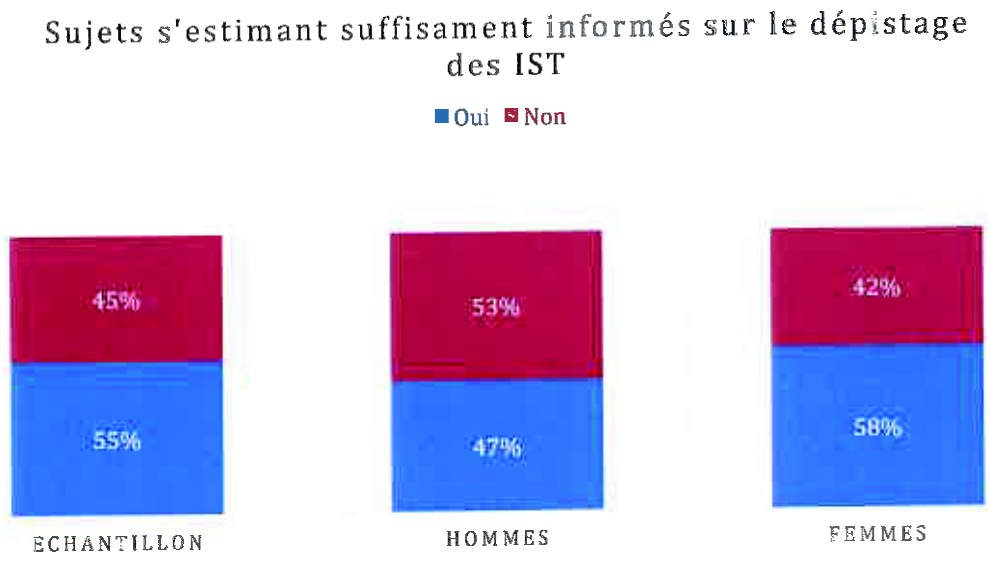
Cette proportion était plus importante pour les femmes (73%) que pour les hommes (53%)



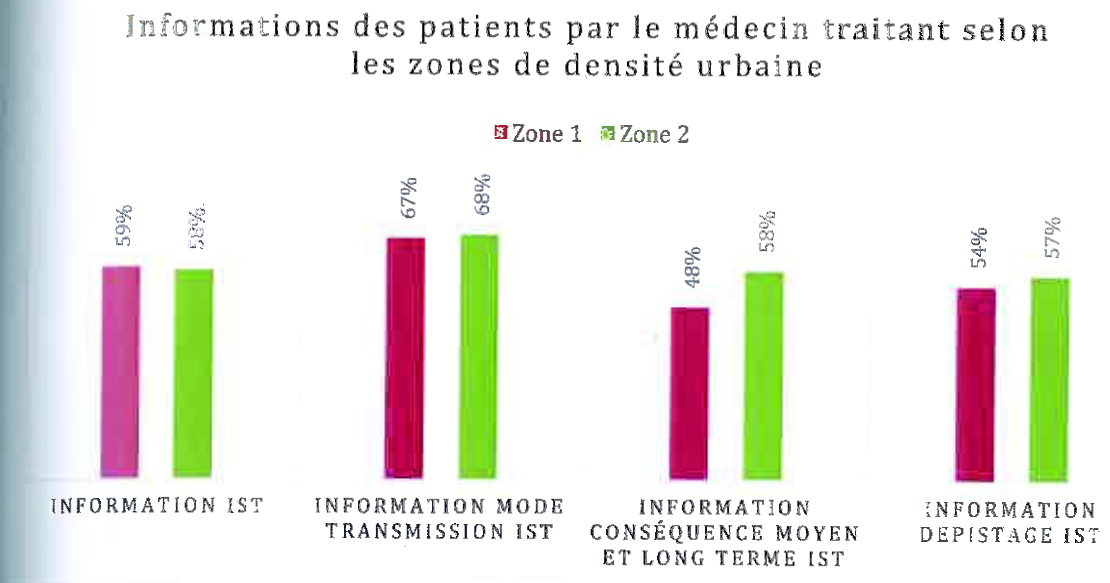
Seulement 51% des répondants ont estimé qu'ils étaient suffisamment informés par leur médecin traitant des conséquences à moyen et long terme des IST, avec seulement 43% des hommes.



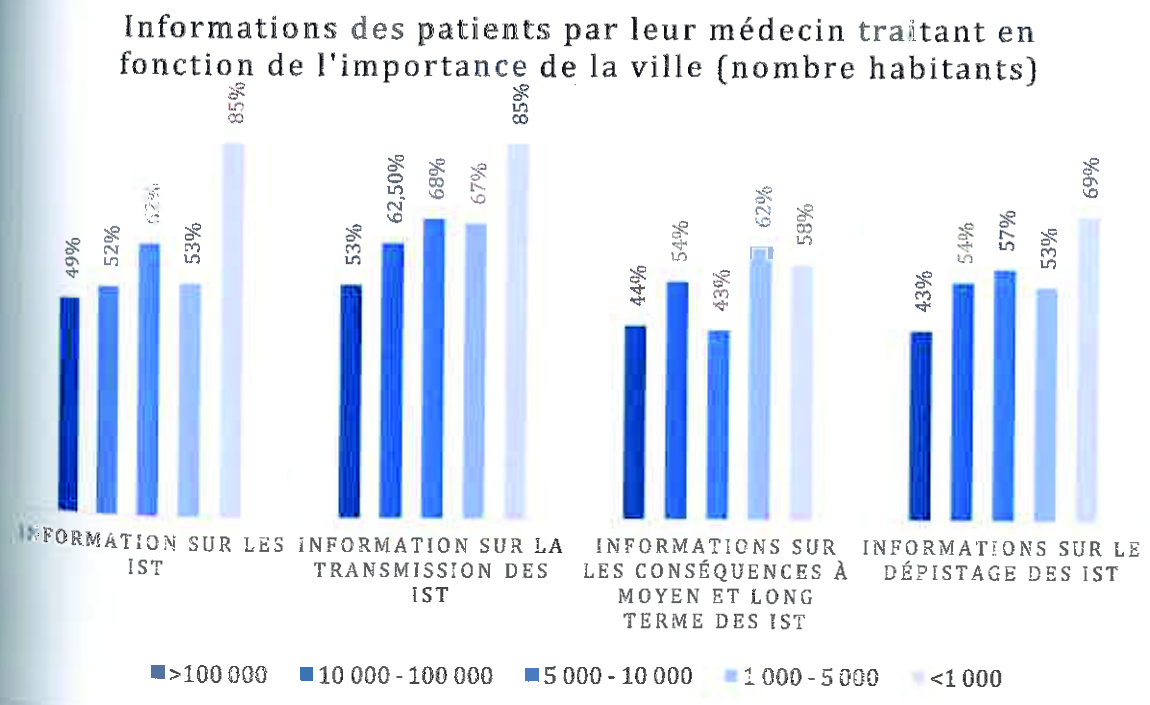
Enfin, seulement 55% des répondants ont estimé qu'ils étaient suffisamment informés par leur médecin traitant sur le dépistage des IST (47% d'hommes et 58% de femmes).



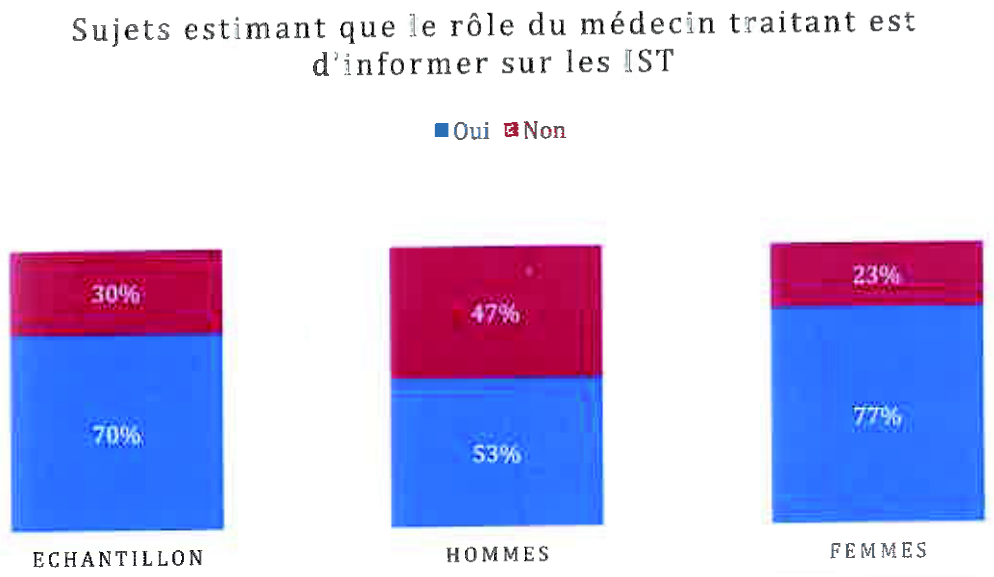
La proportion de sujets s'estimant suffisamment informés sur les IST, leurs modes de transmission, leurs conséquences à moyen et long terme et leur dépistage était globalement semblable entre les différentes zones d'urbanisation.



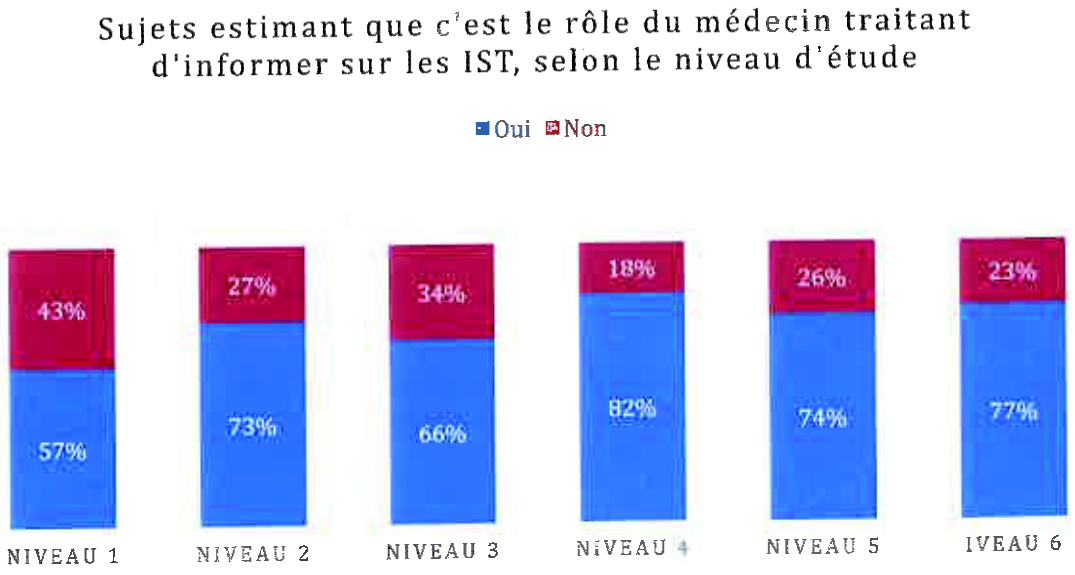
Au contraire, cette proportion différait selon l'importance de la ville (en nombre d'habitants). En effet, la proportion de patients s'estimant bien informés par leur médecin traitant était plus importante dans les villes de faible importance que dans les villes de forte importance.
La seule différence significative a été démontré pour l'information sur les IST (p=0,04).



La majorité des sujets estimaient que c'était le rôle du médecin traitant d'informer ses patients au sujet des IST (70%). Cette proportion était plus importante pour les femmes (77%) que pour les hommes.

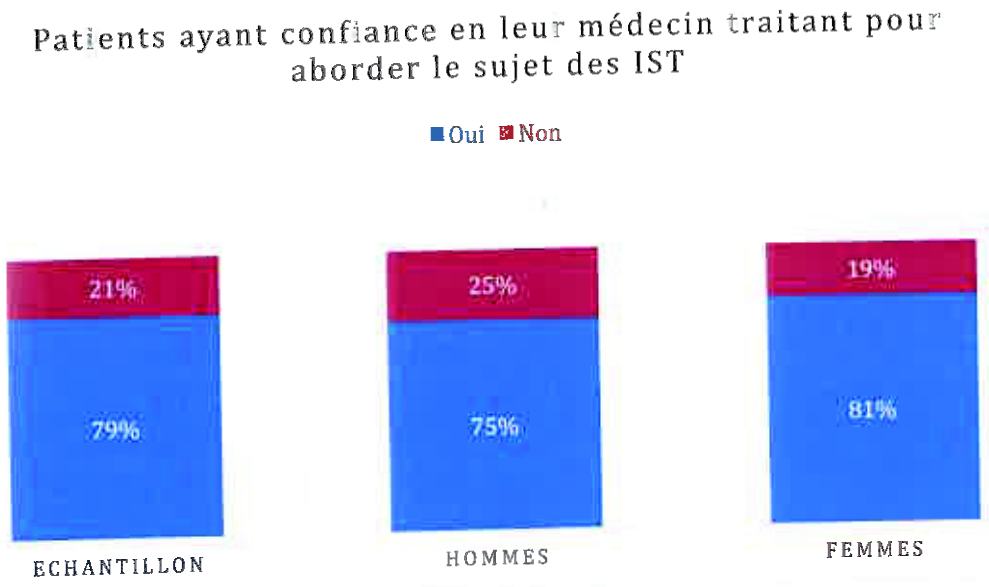


La proportion de sujets estimant que c'est le rôle du médecin traitant d'informer ses patients sur les IST était globalement semblable selon le niveau d'étude des patients.



La majorité des patients de notre étude rapportaient avoir suffisamment confiance en leur médecin traitant pour aborder le sujet des IST (79%).

Là encore, cette proportion était plus importante chez les femmes que chez les hommes.(81% et 75%)



Pour les 39 patients ayant rapporté le fait qu'ils ne se sentaient pas suffisamment en confiance avec leur médecin traitant pour aborder le sujet, les raisons rapportées étaient différentes :

- 12 patients (32%) estimaient qu'ils ne se sentaient pas en confiance du fait du genre de leur médecin traitant.
- 7 patients considéraient que le fait de partager le même médecin traitant que leur famille était un inconvénient
- Pour 5 patients , le médecin traitant leur donnait l'impression de ne pas disposer d'assez de temps pour aborder ce sujet avec eux.
- Enfin, 4 patients de l'échantillon ont rapporté d'autres raisons, mais seulement 3 les ont précisées :
  - « J'ai confiance en mon médecin traitant, mais je suis mal à l'aise d'en parler avec lui car il me connaît depuis ma naissance »
  - « Je ne le connais pas assez »
  - « C'est plutôt au gynécologue d'aborder le sujet »

6. Discussion

6.1. Comparaison de nos résultats avec les données de la littérature

6.1.1. Nombre de réponses

Pendant la période de recueil durant le mois d'avril 2016, nous avons recueilli 205 questionnaires dans 30 cabinets. Certains cabinets n'ont recueilli aucun questionnaire alors que d'autres en ont recueilli une trentaine.

Il nous a été rapporté qu'il était difficile de distribuer ces questionnaires dans les cabinets sans secrétariat. De plus, les praticiens ont rencontré une activé importante pendant cette période du fait de l'épidémie de grippe.

La majorité des réponses provenaient de cabinets localisés dans des villes des zones à dominante urbaine. (73%)

Nous n'avions pas demandé aux cabinets participants de relever le nombre de jeunes de 15 à 25 ans consultant pendant la période pour ne pas leur demander de travail supplémentaire et nous n'avons donc pas pu établir la proportion de répondants sur le nombre de consultants, ainsi que les raisons du refus de remplir le questionnaire.

6.1.2. Caractéristiques épidémiologiques

Notre échantillon comportait une majorité de femmes (71%), proportion plus importante que les données de l'Assurance Maladie pour la période d'avril 2016 pour la Haute Normandie (63,5% de femmes et 35,27% d'hommes). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes se sentent souvent plus concernées par les questions de sexualité et sont plus souvent volontaires pour répondre aux questionnaires d'enquête.

La distribution de l'âge suivait une loi normale (courbe gaussienne) pour la population totale et pour les deux sexes pris séparément. La moyenne d'âge pour l'échantillon était de 19,06 ans, semblable pour les hommes et les femmes, expliquant le niveau d'étude le plus fréquemment retrouvé dans notre échantillon : le niveau d'étude baccalauréat pour 59% des patients (général et professionnel).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence pour les caractéristiques épidémiologiques en fonction de la localisation du cabinet, les groupes étaient ainsi homogènes pour les comparaisons selon les zones d'urbanisation.

La répartition zone urbaine/zone rurale des jeunes consultants de notre étude était la même quelle que soit la tranche d'âge ce qui corrobore la tendance donnée par l'Insee. Toutefois dans notre étude la proportion de jeunes consultant (tout âge confondu) en zone rurale était supérieure aux chiffres de l'Insee (31,5 % de jeunes consultant en zone rurale pour 12% selon l'Insee).[74]

Cette différence peut s'expliquer par le fait que la répartition des cabinets généralistes participants n'était pas similaire à celle observée sur le territoire. En effet, la proportion de cabinets participants appartenant à des zones à dominante rurale était plus importante dans notre étude que pour l'ensemble du territoire.

6.1.3. Consultation dans le cabinet de leur médecin traitant

La quasi-totalité des sujets interrogés consultait dans le cabinet de leur médecin traitant (93%). Ce chiffre s'explique par l'obligation de déclaration d'un médecin traitant à partir de 16 ans, et du parcours coordonné de soins.

6.1.4. Sexualité active

Au moment du questionnaire, plus de 2/3 des patients avaient déjà eu au moins un rapport sexuel, aussi bien chez les filles que chez les garçons.

Cette proportion étant semblable à celle retrouvée dans la littérature, notre échantillon était donc assez représentatif du comportement sexuel des jeunes de 15 à 25 ans.[75]

Un premier rapport précoce se définit comme survenant avant l'âge de 15 ans, et un rapport très précoce avant 13 ans.[61]

Il est établi qu'un premier rapport sexuel précoce est corrélé à de moindres précautions, en particulier une moindre utilisation du préservatif lors du premier rapport.[76] Un premier rapport sexuel précoce est donc un bon indicateur de risque d'IST et de grossesses non désirées.[77,78] De plus, ces conduites sexuelles à risque chez les adolescents sont fréquemment associées à d'autres conduites à risque tels que le tabagisme, l'ivresse ou encore l'usage de drogues[79]. La prévention et le dépistage des premiers rapports précoces ou très précoces est donc un enjeu majeur dans la prise en charge des jeunes adultes en médecine générale.

Dans notre échantillon, 23% des jeunes de 15 ans avaient déjà eu au moins un rapport sexuel, ce qui est semblable à la proportion retrouvée dans l'étude sur la santé des élèves de 11 à 15 ans en France dirigée par l'Inpes en 2006.[79]

Un quart de nos patients avaient donc déjà une sexualité définie comme précoce, avec les risques qu'elle entraine.

6.1.4.1. Age du premier rapport

L'âge moyen du premier rapport sexuel dans notre échantillon a été estimé à 16,01 ans ce qui est comparable à l'âge moyen du premier rapport retrouvé dans la littérature : 16 ans pour les femmes et 15,5 ans pour les hommes.[80]

La médiane de l'âge du premier rapport de notre échantillon était de 16 ans ce qui est plus précoce que celle retrouvée dans la littérature (17,2 ans pour les hommes et 17,6 ans dans « l'Enquête sur la sexualité en France »).[11]

En 50 ans, l'âge médian du premier rapport s'est abaissé d'1 an et demi pour les hommes et de 3 ans pour les femmes, traduisant des premiers rapports sexuels de plus en plus précoces. L'évolution de l'âge du premier rapport des jeunes français est comparable aux autres pays au niveau occidental[78,81] et mondial[77,82].

Contrairement à ce qui est décrit dans la littérature, nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre l'âge du premier rapport et le niveau d'étude, des rapports plus précoces étant habituellement observés plus souvent chez des personnes non diplômées.[11] Cette différence avec notre étude peut s'expliquer par les faibles effectifs de patients ayant déjà eu des rapports sexuels dans les différents niveaux d'étude dans notre échantillon. Par exemple, seulement 16 patients ayant un niveau d'étude équivalent au niveau bac+2 avaient déjà eu des rapports sexuels.

De même nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pour l'âge du premier rapport entre les différentes zones d'urbanisation, traduisant un comportement d'entrée dans la sexualité globalement semblable, conformément à ce qui est décrit dans la littérature.[83]

6.1.4.2. Homosexualité lors du premier rapport

Dans notre échantillon, 4,5% des patients déclaraient avoir eu un premier rapport sexuel homosexuel, soit 2% des hommes et 5% des femmes. Dans l'enquête CSF-2006, seulement 0,4% des femmes et 1,4% des hommes déclaraient avoir eu un premier rapport homosexuel. Il y avait donc dans notre échantillon plus de patients ayant eu un premier rapport homosexuel que dans la littérature. L'enquête CSF-2006 interrogeait des adultes de 18 à 69 ans, et il est admis que les femmes et les hommes nés avant les années 1950 rapportent moins d'expériences homosexuelles que ceux nées après 1950.[11] Les patients de notre échantillon étant plus jeunes, la proportion de patients ayant eu un premier rapport homosexuel pouvait donc être plus importante que ce qui est habituellement décrit dans la littérature.

6.1.4.3. Port du préservatif lors du premier rapport

Nous avons retrouvé durant notre enquête une utilisation importante du préservatif par les jeunes lors de leur premier rapport (83%), de façon semblable pour les hommes et les femmes, conformément aux données de la littérature.[84]

Cette proportion appartient aux intervalles de proportions de patients de 12 à 25 ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport pour la région normande en 2000, selon l'Atlas de la santé en France.[83] Le comportement de protection lors de l'entrée dans la sexualité des patients de notre échantillon était donc comparable à celui connu des jeunes de Normandie.

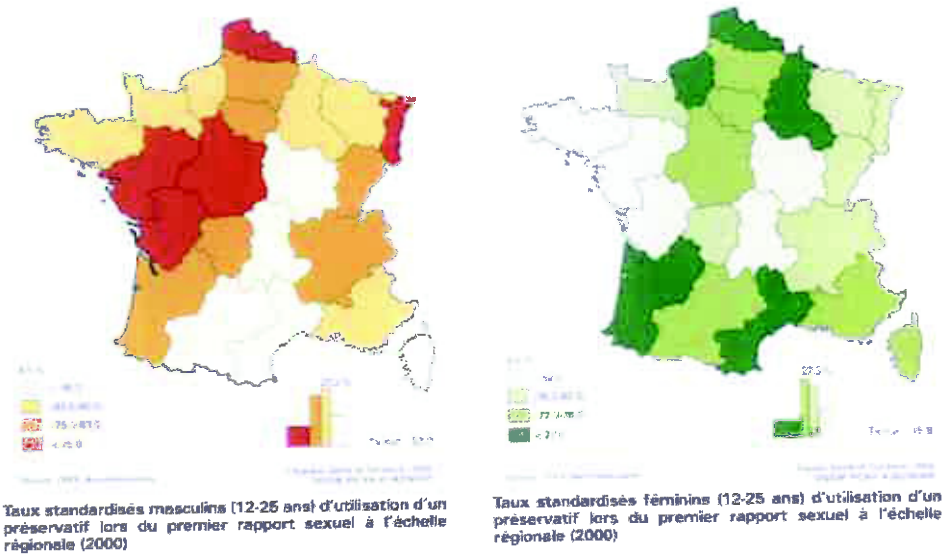


Figure 27.Utilisation du préservatif lors du premier rapport pour les 12-25 ans, selon L'atlas de la santé en France

Avant les années 1970, plus de 70% des premiers rapports sexuels avaient lieu sans contraceptif.[11] Le recours au préservatif lors du premier rapport a augmenté de façon importante entre les années 1970 et les années 2000, témoignant de l'impact des campagnes de prévention, mais semble avoir atteint un seuil depuis.

Un premier rapport sexuel précoce n'était pas lié dans notre étude à une diminution significative de l'utilisation de préservatif lors du premier rapport, ce qui est conforme aux données de la littérature.[11]

En effet, bien qu'un premier rapport sexuel précoce survienne souvent dans des conditions de mauvaise anticipation, les sujets rapportant un rapport sexuel plus tardif expliquent qu'ils considèrent d'avantage leur partenaire lors de ce premier rapport comme un futur conjoint et donc qu'ils ne pensent pas forcément à la nécessité d'une protection. Ainsi, un premier rapport plus tardif peut aussi être moins protégé.[11]

De plus, lors de premiers rapport sexuels plus tardifs, les femmes peuvent alors plus souvent bénéficier d'une contraception hormonale pour limiter le risque de grossesse non désirée, le risque d'IST étant alors délaissé.

Les personnes non diplômées ont rapporté une moins bonne utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel que les personnes diplômées, conformément aux données de la littérature.[11,59]

Il est admis que la connaissance des comportements à risque et les règles en matière de protection sont mieux maitrisées par les jeunes en fonction de leur niveau d'étude, entrainant donc à contrario une plus grande prise de risque pour les personnes moins diplômées.[85]

Nous n'avons pas montré de différence significative pour l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel selon les différentes villes et les niveaux d'urbanisation.

Or, il a été démontré par ailleurs que l'utilisation du préservatif lors du premier rapport était plus fréquent dans les grandes villes et dans les zones à dominante urbaine.[76]

Cette différence était expliquée par une meilleure information et un meilleur accès aux préservatifs de façon anonyme dans les villes. Cette étude, tirée de l'Atlas de la santé en France, était réalisée chez des jeunes de 12 à 25 ans, donc moins mobiles que les jeunes de notre étude de 15 à 25 ans, ce qui peut expliquer la différence de résultats.

6.1.5. Activité sexuelle pour les 12 derniers mois

6.1.5.1. Sexualité active

96% des patients actifs sexuellement ont déclaré avoir au eu moins un rapport durant les 12 derniers mois, ce qui est comparable aux données de la littérature.[86] La proportion était plus importante chez les femmes que chez les hommes.

6.1.5.2. Multi-partenariat

Environ 1/3 des patients de notre échantillon déclaraient avoir eu au moins 2 partenaires dans la dernière année, de façon semblable chez les hommes et les femmes, conformément au données de la littérature.[87] Les hommes multipartenaires déclaraient pour la majorité au moins 3 partenaires à l'inverse des femmes.[11]

Dans notre échantillon,16% déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires différents simultanément et ¼ de nos patients pensaient que leur partenaire avait des rapports avec d'autres personnes.

Il nous semblait que le nombre de partenaires augmentait avec l'âge, comme dans l'enquête CSF-2006.[11] En effet, les moins de 18 ans rapportaient pour la majorité un seul partenaire à l'inverse de leurs ainés dans notre échantillon. Néanmoins, nous n'avons pas réussi à démontrer ce lien de façon significative, probablement du fait de l'effectif insuffisant.

Notre échantillon étant constitué de jeunes de 15 à 25 ans, certains n'étaient pas au bout de leur parcours scolaire. Le niveau d'étude n'interférait pas dans notre étude, comme dans l'enquête CSF-2006 qui a démontré que le niveau d'étude ne modifiait pas les conduites sexuelles des jeunes adultes en termes de nombre de partenaires, contrairement aux générations plus anciennes. [11]

Dans notre échantillon, les patients qui avaient eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans comptabilisaient plus de partenaires durant les 12 derniers mois que ceux ayant eu un premier rapport après 18 ans. Cependant, nous n'avons pas montré de lien significatif entre l'âge du premier rapport et le nombre de partenaires dans notre échantillon, par manque de puissance. Il a été démontré que plus le premier rapport était précoce, plus les jeunes avaient des expériences et des pratiques diverses, ainsi que des partenaires nombreux.[59] Ainsi, le multipartenariat, simultané ou non, était d'autant plus fréquent que l'âge du premier rapport

était précoce.[79] Les patients de notre échantillon avaient des comportements sexuels globalement semblables à ceux décrits dans l'enquête baromètre santé 2005.[88]

Nos résultats tendaient à montrer que les patients consultants dans un cabinet d'une zone à dominante urbaine avaient eu plus de partenaires sexuels sur les 12 derniers mois que les patients consultant dans des zones à dominante rurale. Malgré cette tendance, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative.

Il n'existe pas de donnée dans la littérature sur le multipartenariat et les caractéristiques géographiques.

6.1.5.3. Types de rapports sexuels durant les 12 derniers mois

Dans notre échantillon,7 patients déclaraient avoir eu des rapports de type homosexuels durant les 12 derniers mois et 1 patient des rapports bisexuels.

6.1.5.4. Utilisation de préservatifs lors des 12 derniers mois

Dans notre échantillon, 1/3 des patients ayant eu au moins 1 partenaire sexuel dans les 12 derniers mois n'ont pas utilisé de préservatifs de façon systématique lors de chaque nouvelle relation, sans distinction selon le sexe.

Pour les femmes, bien que cette proportion nous paraisse faible au vu du risque de transmission d'IST, elle est comparable à ce qui est décrit dans la littérature. En effet, dans l'enquête de 2004 sur les comportements face au VIH/sida, seulement 64% des 18-24 ans avaient utilisé le préservatif de façon « régulière » dans les 12 derniers mois (il n'est pas précisé dans cette étude le rapport avec des nouveaux partenaires).

La proportion d'hommes ayant utilisé de façon régulière le préservatif lors des 12 derniers mois était plus importante dans cette étude (76%) que dans notre échantillon. Nous n'avons pas retrouvé cette différence d'utilisation du préservatif entre les hommes et les femmes dans notre étude mais seulement 39 hommes avaient eu des rapports sur les 12 derniers mois.

L'utilisation de préservatif à chaque nouvelle relation était de moins en moins systématique à mesure que l'âge des patients avançait. En effet, seulement 50% des patients âgés de 24 ans utilisaient des préservatifs de façon systématique à chaque nouvelle relation alors qu'ils étaient 73% à 18 ans.

On sait que l'utilisation du préservatif est liée à l'âge : 80% des 15-17 ans utilisent le préservatif de façon régulière, contre 60% des 20 à 23 ans.[87] Cette utilisation plus systématique des préservatifs chez les plus jeunes peut s'expliquer par l'absence d'autres méthodes de contraception, à la différence des plus âgés (contraception hormonale en premier lieu), par les partenaires moins nombreux (un seul partenaire pour 80% des 15-17 ans dans notre étude) et par les réticences liées à l'utilisation du préservatif. En effet, dans l'enquête KABP de 2004, 40% des patients interrogés estimaient que l'utilisation d'un préservatif diminuait le plaisir, et 20% que le fait d'utiliser un préservatif faisait naître des sentiments de doute chez le partenaire.[85]

L'utilisation de préservatifs à chaque nouvelle relation n'était pas liée au niveau d'étude de nos patients. Il a été démontré que l'utilisation du préservatif par les femmes était d'autant plus régulière que leur niveau d'étude était élevé.[86] Nous n'avons pas étudié l'usage du préservatif selon les niveaux d'études pour chaque sexe car les effectifs étaient trop faibles.

L'utilisation du préservatif de façon systématique lors de rapports avec des nouveaux partenaires était liée aux conditions du premier rapport dans notre étude. En effet, elle était d'autant moins systématique que l'âge du premier rapport était tardif. De plus, les patients ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport étaient plus nombreux à l'utiliser de façon systématique par la suite.

Nous avions vu que l'utilisation du préservatif lors du premier rapport était moins systématique à mesure que le premier rapport était tardif, du fait du développement d'autres contraceptions (contraception hormonale) à cet âge, et de la perception du nouveau partenaire comme un futur conjoint, avec un moindre risque de contamination. Il est ainsi démontré que les adultes abordent fréquemment la question de la contraception avec leur nouveau partenaire mais pas le risque d'IST.[11]

De même, l'utilisation est d'autant plus systématique par les patients qui ont utilisé un préservatif lors de leur première relation. Les patients qui se sont protégés lors de leur premier rapport sexuel se protègent ainsi davantage.[11] Le fait d'utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel témoigne d'une inquiétude quant au risque de transmission des IST et au risque de grossesse qui est peut être à nouveau ressentie pour chaque nouvelle relation.[11]

Nous n'avons pas retrouvé dans notre étude le fait que l'utilisation systématique de préservatif était liée au nombre de partenaires, contrairement à ce que l'on aurait pu penser. Un nombre élevé de partenaires ne présage pas forcément d'un risque plus élevé de

transmission d'IST si les rapports sont protégés. Or, dans notre échantillon, plus d'un tiers de patients n'utilisaient pas de préservatifs systématiquement avec de nouveaux partenaires, et ce même avec plus de 2 partenaires dans les 12 derniers mois.

Enfin, dans notre échantillon, les comportements sexuels en matière de prévention différaient entre les zones dites de « campagne » qui se protégeaient de façon plus significative et les zones dites « de ville».Cette tendance est à l'inverse de ce qui est actuellement décrit dans la littérature.[85] Des facteurs, que nous n'avons pas étudiés, pouvaient agir sur les conduites de protection sexuelle des jeunes adultes en campagne et donc intervenir comme des biais potentiels, comme une bonne prévention dans les établissements scolaires, une meilleure disponibilité des préservatifs dans les campagnes etc. De plus, la seule étude que nous avons trouvée datant de 10 ans, les comportements des jeunes adultes des campagnes ont pu évoluer et être plus protectionnistes.

6.1.5.5. Réalisation de dépistage de façon systématique avant l'arrêt des préservatifs dans les 12 derniers mois

Seulement 1/3 de nos patients multipartenaires récents avaient réalisé des tests de dépistage de façon systématique avant l'arrêt des préservatifs avec leur partenaire, information inquiétante aux vues de l'épidémiologie des IST chez les jeunes adultes.

Le dépistage des IST est souvent réalisé à la demande des patients, sur des signes cliniques. Les patients ne sont pas généralement pas inquiets par les IST tant qu'ils ne présentent pas de signes. En effet, selon l'enquête des comportements face au VIH/sida, 38% des personnes interrogées se sentaient « moins à risque que la moyenne » de contracter le VIH et 17% pensaient qu'ils n'avaient aucun risque de contracter le VIH.[86] Ils ne ressentent donc pas le besoin de réaliser des dépistages et font « confiance » à leur partenaire.

Dans notre étude, le dépistage réalisé de façon systématique augmentait avec l'âge de nos patients, conformément à ce qui est actuellement décrit dans la littérature : les pratiques de dépistage augmentent chez les jeunes jusqu'à atteindre un pic à l'âge de 25-30 ans[11]. De plus, le dépistage était d'autant plus fréquent que le niveau d'étude était élevé, comme décrit par Bozon dans l'enquête CSF-2006[11]. On peut imaginer alors que la connaissance des IST augmente avec le niveau d'étude[56], et donc que les pratiques de dépistage sont mieux connues

et plus souvent réalisées. De plus, le niveau d'étude augmente avec l'âge, lui-même lié aux pratiques de dépistage.

Dans notre échantillon, le dépistage avant arrêt des préservatifs était d'autant plus systématiquement réalisé dans notre échantillon que les patients avaient un premier rapport plus tardif, conformément à ce qui a été décrit dans l'enquête CSF-2006.[11]

Nous avons démontré dans notre échantillon que plus le nombre de partenaires était élevé dans les 12 derniers mois, plus la proportion de personnes ayant réalisé un dépistage systématique dans les 12 derniers mois était faible. La littérature a confirmé que les personnes ayant plusieurs partenaires dans l'année avaient tendance à réaliser plus de tests que les autres.[11] Notre question était plus précise, puisqu'elle questionnait sur la réalisation de dépistage pour chaque nouveau partenaire. On peut comprendre que plus le nombre est élevé, plus il est contraignant d'être systématique.

Nous n'avons par ailleurs pas mis en évidence de différence de comportement en matière de dépistage entre les zones à dominante rurale et celle à dominante urbaine, contrairement à ce qui a été décrit dans l'enquête CSF-2006.[11] Des facteurs propres aux zones rurales dans lesquelles nos patients ont été interrogé pourraient expliquer cette différence en entrainant des biais, comme des campagnes de prévention primaires et secondaires efficaces dans le milieu scolaire, des habitudes des patients différentes etc.

6.1.6. Antécédent d'IST

Nous avons décidé de ne pas analyser les différents signes d'IST car cette question a été mal comprise, bien que nous avions testé le questionnaire au préalable de l'enquête. A titré d'exemple, plusieurs femmes ont rapporté avoir déjà eu des écoulements au niveau de la verge. La neutralité de notre étude nous imposait dans des cas comme celui-ci de ne pas interpréter les données.

Pour les antécédents d'IST avérés, 12 patients rapportaient avoir déjà été traités pour une IST au cours de leur vie, soit 7,9%. Dans l'enquête CSF-2006, 2,8% des femmes et 1,5% des hommes rapportaient avoir été traités pour une IST sur les 5 dernières années.[11] Nous avons recherché des informations plus exhaustives, en demandant aux patients les antécédents d'IST au cours de leur vie, ce qui peut expliquer cette différence.

Les patients ayant déjà été traités pour une IST étaient plus fréquemment des femmes, de 18-19 ans, sans diplôme ou titulaire d'un brevet, CAP, BEP, et enfin ayant eu moins de 3 partenaires dans la dernière année.

Enfin, plus de la moitié des sujets ayant été traités pour une IST avaient eu plusieurs partenaires sur la même période (58%).

Dans l'enquête sur la sexualité en France, Bozon rapporte que les antécédents d'IST sont plus fréquents chez les femmes de 18 à 20 ans, ayant eu plusieurs partenaires sur les 12 derniers mois.[11] Notre échantillon est donc représentatif de la sexualité des jeunes adultes en France. Néanmoins, il est aussi démontré que les patients rapportent d'autant plus d'antécédents d'IST qu'ils ont un niveau d'étude élevé, ce que nous n'avons pas réussi à établir.

Seulement 12 patients ont rapporté dans notre étude un antécédent d'IST traité, qui présentait 6 niveaux d'étude différents, ce qui peut expliquer cette divergence compte tenu de la faiblesse des échantillons.

6.1.7. Aborder le sujet des IST et du dépistage des IST en médecine générale

Dans notre étude, seulement 49% des patients avaient déjà abordé la question des IST avec leur médecin traitant. Cette proportion était plus importante pour les femmes que pour les hommes.

Moins de la moitié de nos patients avaient déjà abordé le sujet du dépistage des IST au moins une fois avec leur médecin traitant (47%), de façon plus fréquente pour les femmes que pour les hommes.

Actuellement, en France, selon l'enquête « Baromètre santé » 2005, 73% des femmes de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles lors des 12 derniers mois ont utilisé une contraception, de type médicale pour 86% d'entre elles.[88]

En 2003, 44% des femmes de 16 à 54 ans consultant en médecine générale confiaient leur contraception à leur médecin généraliste et le premier motif des consultations des patientes de 18 à 25 ans était une demande de contraception en 2004.[89]

Ainsi, les médecins généralistes sont impliqués dans le suivi gynécologique de leurs patientes, et désormais 84% des cabinets de médecine générale sont équipés de matériel pour la pose d'un stérilet ou la pratique d'un frottis. Aujourd'hui, 29 à 32% des IVG médicamenteuses sont pratiquées par des médecins généralistes.[89]

Ils ont donc plus de facilités pour aborder les IST avec leurs patientes, mais ne le font pas systématiquement.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude sur l'information donnée par les médecins généralistes au sujet des IST.

Parmi les patients ayant déjà abordé au moins une fois les IST avec leur médecin traitant, 83% estimaient qu'il le faisait suffisamment régulièrement. Nous avions choisi de ne pas questionner sur la fréquence, préférant laisser les patients juger sur ce qu'ils estimaient suffisant.

81% des patients ayant déjà discuté au moins une fois avec leur médecin traitant du dépistage des IST estimaient qu'il le faisait suffisamment régulièrement.

Ainsi, les patients étaient plutôt satisfaits du rythme de prévention primaire et secondaire par leur médecin traitant envers les IST lorsqu'ils avaient déjà abordé ce sujet avec eux.

Parmi les patients n'ayant pas abordé les IST avec leur médecin traitant, un tiers (32%) aurait attendu de celui-ci qu'il le fasse.
De même, concernant le dépistage, 38,5% des patients auraient souhaité aborder ce sujet avec leur médecin.

Les médecins généralistes ne sont pas toujours à l'origine du dépistage des IST. Ainsi, la réalisation d'un dépistage est le plus souvent à l'initiative du patient pour «se rassurer».[90]

Selon l'enquête KABP 2010, 80% des patients accepteraient de réaliser le test du dépistage si ce dernier leur était proposé lors de la prochaine consultation avec un médecin.[56] Cette affirmation était d'autant plus rapportée par les femmes jeunes.
Les jeunes adultes consultent peu en médecine générale (environ 2,1 fois par an pour les garçons et 2,6 fois par an pour les filles), et leur médecin traitant peut se retrouver en difficulté pour aborder de nombreux sujets (exemple : le sujet de l'alcool, drogue, tabac, jeux vidéos, humeur etc.), en plus du motif de la consultation.
De plus, les consultations sont davantage à l'initiative des parents, qui sont souvent présents : à 18 ans, 2/3 des consultations sont sollicitées par les parents qui accompagnent leurs enfants en majorité (51% des filles et 61% des garçons).
Enfin, les médecins généralistes peuvent avoir certaines difficultés pour définir le bon moment pour aborder la sexualité des adolescents, «ni trop tôt» «ni trop tard»[72] ,et les patients plus âgés sont moins réticents à ouvrir le dialogue avec leur médecin traitant à propos de la sexualité.

Dans notre échantillon, seulement 33% des patients de 15 ans, et 28% des patients de 16 ans avaient déjà abordé la question des IST avec leur médecin traitant, traduisant cette difficulté.
De même, 33% des patients de 15 ans avaient évoqué le dépistage des IST, cette proportion augmentant avec l'âge.
Or, il a été démontré qu'à l'âge de 15 ans, 27% des adolescents avaient déjà eu des rapports sexuels.

Il existe donc une différence entre la représentation que se font les médecins traitants de la sexualité des adolescents et cette sexualité réelle. Le fait que les médecins suivent leurs jeunes patients le plus souvent depuis leur naissance, et qu'ils sont souvent le médecin traitant de leur famille peut interférer dans cette représentation.

Nous n'avons par ailleurs pas mis en évidence de différence de pratique pour la prévention primaire et secondaire entre les médecins dits « de ville » et ceux dits « de campagnes ».

6.1.7.1. Influence de la prévention primaire par les médecins généralistes sur les conduites sexuelles

Le fait d'avoir abordé le sujet des IST avec les médecins traitants était lié à l'utilisation du préservatif lors du premier rapport, mais non à l'âge du premier rapport.

En effet, la proportion de patients ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport était plus importante pour les patients ayant reçu des informations de prévention primaire, traduisant un résultat positif de cette prévention.

Cette tendance ne se retrouvait pas sur l'utilisation systématique de préservatif lors de chaque nouveau partenaire, traduisant peut-être un manque de répétition pour cette prévention : on peut penser que certains médecins abordent une première fois les IST avec leurs patients, mais ne répètent pas suffisamment ce dialogue pour garantir des conduites sexuelles sans risque pour leurs patients. (Bien que nos patients estimaient que les médecins les questionnaient suffisamment sur les IST pour 83% d'entre eux).

6.1.7.2. Influence de la prévention primaire et secondaire par les médecins généralistes sur les pratiques de dépistage

Les patients ayant déjà évoqué avec leur médecin traitant le dépistage des IST ne réalisaient pas plus souvent de test de dépistage avant l'arrêt des préservatifs, que ceux ne l'ayant jamais fait.

Bien que les médecins tentent de les sensibiliser au risque de transmission des IST, les connaissances des jeunes de 18 à 30 sur le VIH et ses modes de transmissions sont en diminution depuis 1990.[87]

De plus, selon une étude commandée par le SIDACTION en 2016, 30 % des français de moins de 25 ans interrogés pensent qu'ils sont moins à risque que la moyenne de contracter une infection par le VIH et 9% pensent qu'on peut en regardant une personne détecter si elle est atteinte du SIDA ou non.[57]

Ainsi, parmi les personnes n'ayant jamais réalisé un test, la majorité l'explique par le fait qu'ils ne se sentent pas à risque. Ils évoquent aussi le manque de temps et le fait de redouter le résultat. [86]

Finalement, malgré l'attitude de prévention des médecins, le manque de connaissance et les difficultés matérielles ne modifient pas les attitudes de dépistage des jeunes adultes.

6.1.8. Information sur les IST

Seulement 58% de nos patients s'estimaient suffisamment informés par leur médecin traitant au sujet des IST.

De même, seulement 51% des patients estimaient qu'ils étaient suffisamment informés sur les conséquences à moyen et long terme des IST, et 55% sur le dépistage.

Au sujet des modes de transmissions, la proportion était plus importante puisque 67% estimaient qu'ils étaient suffisamment informés par leur médecin traitant.

Nous avons donc relevé dans notre enquête un sentiment de manque d'informations apportées par les médecins généralistes. Dans la majorité des cas (74%), ces patients n'avaient jamais abordé le sujet avec leur médecin.

Mais paradoxalement, ils ne souhaitaient pas eux-mêmes l'aborder pour la plupart (63%).

Pourtant, 70% des patients interrogés estimaient que c'était du rôle de leur médecin de les informer sur ces différents sujets, et 79% avaient suffisamment confiance en leur médecin traitant pour aborder ce sujet avec lui.

Il existait un paradoxe donc dans notre étude puisque la majorité des jeunes adultes estimaient que leur médecin traitant devait participer à la prévention primaire et secondaire des IST, et qu'ils avaient suffisamment confiance en lui pour cela, mais la plupart des jeunes n'auraient pas souhaité qu'il aborde ce sujet quand il ne l'avait pas fait.

On peut penser que les jeunes patients n'osent pas entamer le dialogue avec leur médecin et ne souhaitent pas qu'il le fasse par gêne. Pourtant, si les médecins abordaient ces sujets avec eux dans un moment d'échange et d'écoute, sans gêne réciproque, les patients seraient plus enclins à l'évoquer plus facilement et régulièrement.

6.2. Limites et biais de notre étude

6.2.1. Limites liées à l'échantillon

Nous n'avons pas demandé aux cabinets participants le nombre de patients de 15 à 25 ans ayant consulté sur la période de recueil, ainsi que le nombre de patients ayant refusé de répondre au questionnaire et les raisons de leurs refus, pour éviter que notre étude ne perturbe le fonctionnement des cabinets.

De plus, la méthode que nous avions choisie induit un biais de sélection : les personnes acceptant de répondre au questionnaire ont tendance à plus se soucier de la question étudiée.

Enfin, bien que 205 personnes aient accepté de répondre à notre questionnaire, notre échantillon était parfois limité pour démontrer des liens de causalité par tests statistiques.

6.2.2. Limites liées au questionnaire

Nous avons choisi de ne pas questionner les patientes sur leur contraception actuelle en acceptant de perdre les informations que celle-ci pouvait apporter. En effet, le fait d'avoir une contraception peut modifier les comportements sexuels, surtout en termes d'utilisation du préservatif. Par ailleurs, la prescription d'une contraception par le médecin généraliste est une porte ouverte pour aborder la question des IST.

De plus, nous avons choisi de ne pas questionner les patientes sur d'éventuels antécédents d'interruption volontaire de grossesse, de grossesse, et de vaccinations contre le cancer du col de l'utérus.

Nous souhaitions ainsi uniquement nous intéresser aux caractéristiques d'entrée dans la sexualité et de sexualité récente des patients et nous ne voulions pas multiplier les questions qui auraient rendu notre questionnaire plus difficile à appréhender.

Enfin, nous avons choisi de ne pas questionner les patients sur leur religion bien que nous savons que celle-ci interfère dans les conduites sexuelles.[11]

6.3. Une consultation dédiée en médecine générale

La population étudiée pour notre enquête appartient à celle définie par l'OMS comme étant celle des adolescents [91] Dans ses recommandations pour les dépistages de pour les jeunes de 7 à 18 ans, l'HAS préconise de « tenir compte de l'âge maturatif du jeune plutôt que de l'âge chronologique ».[91]

Les adolescents et jeunes adultes se sentent pour la majorité en bonne, voire très bonne santé et consultent donc peu.[70] Depuis l'arrêt de la recommandation pour le rappel du vaccin contre le DTP (diphtérie tétanos et poliomyélite) à l'âge de 16 ans, les occasions de rencontres entre l'adolescent et son médecin généraliste sont plus rares. Néanmoins, 80% des jeunes adultes ont consulté leur médecin généraliste au moins 1 fois dans la dernière année.[70]

Lors d'une synthèse documentaire réalisée en 2007 par l'Inpes sur l'accueil des adolescents dans le cabinet du médecin généraliste, il a été mis en évidence des facteurs conditionnant les consultations avec les adolescents :[92]

- Capacité à entrer en relation en tenant compte de la spécificité
- Capacité du médecin à « garder sa place » (neutralité par rapport à la famille, et différent d'un rôle parental)
- Capacité d'écoute
- Capacité à établir un lien spécifique
- Capacité à décoder la demande sous-jacente
- Capacité à assurer la confidentialité et à rassurer le patient sur son maintien
- Capacité à accompagner l'adolescent vers une autonomie dans l'approche de la santé
- Présence d'un tiers
- Temps de consultation : un temps de consultation trop court pouvait provoquer chez l'adolescent un sentiment ne pas être pris en compte

Les consultations des médecins traitants avec leurs patients adolescents et jeunes adultes doivent être des consultations uniques, se déroulant de façon codifiée de manière à ce que les adolescents se sentent à l'aise pour aborder tous les sujets et que les médecins puissent les interroger sur la plupart des risques liés à l'adolescence (troubles du sommeil, de l'humeur, conduites addictives, conduites sexuelles à risque, etc…)

L'Inpes a édité en 2009 une brochure pour aider les médecins généralistes à mettre en œuvre des consultations dédiées.[93]

L'un des chapitres permet aux médecins généralistes de s'interroger sur le type de médecin qu'ils sont, et sur leurs propres pratiques quant à la prise en charge des adolescents. Il leur donne également des conseils pour améliorer leurs pratiques. Il y est par exemple préconisé de soigner l'accueil , en mettant à disposition en salle d'attente des brochures spécifiques facilitant l'ouverture sur la discussion.[93]

S'il n'y a pas de modèle précis dans la littérature pour le déroulement d'une consultation avec ou sans tiers, l'Inpes rappelle que l'absence des tiers doit être suscitée au moins pendant une partie de l'entretien à partir de la puberté, et doit s'imposer à partir de 16 ans.[93] Néanmoins, les parents ne doivent jamais être écartés de la prise en charge : le médecin doit leur expliquer la nécessaire autonomisation progressive de leurs enfants quant à leur santé. Par ailleurs, les médecins généralistes se doivent de rassurer leurs jeunes patients sur la confidentialité des consultations.

Pour toute consultation, l'Inpes préconise d'ouvrir sur d'autres sujets à la fin de la consultation, en particulier d'aborder des questions psychosociales. En effet, environ 1/3 des adolescents se sentent frustrés à la fin de leur consultation, ayant l'impression de ne pas avoir pu aborder tous les sujets qu'ils souhaitaient.[94]

En cas de difficulté pour initier le dialogue, des outils peuvent être par ailleurs utilisés par les praticiens.

Des questionnaires tels que « le questionnaire de pré-consultation » du Pr Alvin (utilisé avant chaque consultation au CHU Bicêtre)[95](annexe 2), ou le « questionnaire d'amorce de dialogue entre le professionnel de santé et l'adolescent »[96]peuvent ainsi servir à préparer les consultations.

De plus, durant la consultation, le médecin généraliste peut utiliser des outils standardisés tel que le test HEADSS (Home, Education, Activités, Drogue, Sexe, Suicide) pour rechercher des conduites à risque chez les adolescents et les jeunes adultes.

Enfin, les « carnets de suivi de l'adolescent » ou fascicules de « météo perso » peuvent aider les médecins généralistes à assurer le suivi de leurs jeunes patients.

7. Conclusion

Les IST sont un enjeu important de la prévention primaire et secondaire des médecins généralistes pour leurs patients adolescents et jeunes adultes du fait de leur incidence élevée et des conséquences graves qu'elles peuvent entrainer à moyen et long terme. On peut rappeler en particulier, le Sida, le cancer du col de l'utérus secondaire à l'infection à HPV et les risques d'infections génitales hautes et d'infertilité liées à l'infection à chlamydia.

Les jeunes patients de 15 à 25 ans consultant en médecine générale présentent des facteurs de risque d'IST que les médecins généralistes devraient dépister de façon systématique, tels que des premiers rapports précoces, des partenaires nombreux ou encore des rapports sexuels mal ou non protégés. Or, les médecins généralistes éprouvent parfois des difficultés à aborder ces sujets de sexualité avec leurs patients adolescents.

La consultation de l'adolescent est une consultation particulière, dans son déroulement et dans les enjeux qu'elle représente. Il existe des aides de type brochures ou questionnaires pour mener à bien cette consultation.

Concernant la prévention primaire et secondaire des IST, on pourrait envisager la création d'une consultation dédiée avec une cotation propre par l'Assurance Maladie se déroulant suffisamment tôt dans la vie de l'adolescent pour prévenir les comportements sexuels à risque précoces. Une page spécifique de carnet de santé de l'enfant pourrait être dédiée à cette consultation et rappeler les principales informations pour permettre aux jeunes adultes d'en garder une trace écrite et de s'y référer. Cette consultation permettrait d'ouvrir une première fois le dialogue entre l'adolescent et le médecin généraliste sur les IST et placerait le praticien comme interlocuteur privilégié pour ces sujets de prévention.

1. OMS. Aide Mémoire infections sexuellement transmissibles.

2. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et tropicales. in *ECN Pilly* (2016).

3. Newman, L. *et al.* Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *PLoS ONE* **10,** (2015).

4. Gerbase, A. C., Rowley, J. T., Heymann, D. H., Berkley, S. F. & Piot, P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex. Transm. Infect.* **74 Suppl 1,** S12-16 (1998).

5. World Health Organization. *Global prevalence and incidence or selected curable sexually transmitted infections . Overview and estimate.* (World Health Organization, 2001).

6. World Health Organization, G. *Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections.* (World Health Organization, 2005).

7. Rowley, J., Totskin, I. & Ndowa, F. *Global incidence and prevelence of selected curable sexually transmitted infections-2008.* (World Health Organization, 2008).

8. Duport, N. *Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus -Etats des connaissances-actualisation 2008.* (InVS, 2008).

9. Harris, M. *Deux tiers de la population des moins de 50 ans sont infectés par le virus Herpes Simplex de type 1.* (2015).

10. OMS. *Principaux repères sur le VIH/Sida.* (OMS, 2016).

11. Bajos, N. & Bozon, M. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé.* (2008).

12. InVS. *Bulletins des réseaux de surveillance des IST,4.* (InVS, 2014).

13. HAS. *Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae: état des lieux et proposition.* (HAS, 2010).

14. InVS. *Rapport d'étude épidémiologique : 'Urétrites masculines'.* (2009).

15. InVS. *Bulletin des réseaux de surveillance des IST,3.* (InVS, 2013).

16. Desenclos, J.-C., Vaillant, V. & Bonmarin, I. *Surveillance Nationale des maladies infectieuses, 1998-2000.* (InVS, 2000).

17. InVS. *Comment surveiller les IST ?* (InVS, 2014).

18. InVS. *Infection par le VIH/SIDA et les IST. Point épidémiologique du 23 novembre 2015.* (2015).

19. Heard, I. *et al.* Caractéristiques de l'infection par les papillomavirus humains dans des forttis cervicaux normaux en France en 2009. *BEH* (2011).

20. Monsonego, J. *Infections à papillomavirus. Etat des connaissances, pratiques et prévention vaccinale.* (2006).

21. Muñoz, N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. *J. Clin. Virol.* **19,** 1–5 (2000).

22. Muñoz, N., Castellsagué, X., de González, A. B. & Gissmann, L. HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* **24 Suppl 3,** S3/1-10 (2006).

23. HAS. *Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en Fance.* (2013).

24. Goffard, A. Infections à Herpes Simplex virus. (2012).

25. Martel, P. *Evaluation à priori du depistage de la syphilis en France -recommendations en santé publique.* (HAS, 2007).

26. Dupin, N. Syphilis, aspects cliniques. *BEH* (2001).

27. Syphilis primaire et secondaire. *Ann. Dermatol. Vénéréologie* **130,** (2003).

28. HAS. *Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du Tréponema pallidum (bacterie réponsable de la syphilis).* (2015).

29. Société Française de Dermatologie. *Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maldies Sexuellement transmissibles.* (2016).

30. Halioua, B. *et al.* in **133,** 11–12 (2006).

31. Farhi, D. & Dupin, N. Infections sexuellement tranmissibles. Gonococcies, chlamydioses, syphilis. *Rev. Pract.* (2007).

32. Scrivener, Y. & Cribier, B. Infections urogénitales à gonocoques et à Chlamydia (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre): épidemiologie, diagnostic , évolution , traitement. *Rev. Pract.* (2001).

33. Chaine, B., Lassau, F. & Janier, M. Infections à gonocoques: aspects actuels et prise en charge. *Rev. Pract.* (2010).

34. Ghosn, S. H. & Kibbi, A.-G. Cutaneous gonococcal infections. *Clin. Dermatol.* **22,** 476–480 (2004).

35. Black, C. M. Current methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. *Clin. Microbiol. Rev.* **10,** 160–184 (1997).

36. Mardh, P. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial... : Current Opinion in Infectious Diseases. *Curr. Opin. Infect. Dis.* **17,** 49–52 (2004).

37. Paavonen, J. & Eggert-Kruse, W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum. Reprod. Update* **5,** 433–447 (1999).

38. Peipert, J. F. Genital Chlamydial Infections. *N. Engl. J. Med.* **349,** 2424–2430 (2003).

39. Peipert, J. F. Genital Chlamydial Infections. *N. Engl. J. Med.* **349,** 2424–2430 (2003).

40. De Barbeyrac, B., Clerc, M., Raherison, S., Bébéar, C. M. & Bébéar, C. Infections humaines a chlamydiae: Diagnostic biologique et épidémiologie. *Rev. Francoph. Lab.* **2007,** 71–76 (2007).

41. De Barbeyrac, B. *et al.* Infection à chlamydia trachomatis: quoi de neuf. *Feuill. Biol.* **33,** (2012).

42. Shafer, M.-A. *et al.* Comparing First-Void Urine Specimens, Self-Collected Vaginal Swabs, and Endocervical Specimens To Detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae by a Nucleic Acid Amplification Test. *J. Clin. Microbiol.* **41,** 4395–4399 (2003).

43. Nieuwenhuis, R. F. *et al.* Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of Chlamydia trachomatis serovar l2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* **39,** 996–1003 (2004).

44. Rampf, J. *et al.* Lymphogranuloma venereum - a rare cause of genital ulcers in central Europe. *Dermatol. Basel Switz.* **209,** 230–232 (2004).

45. Douvier, S. & Dalac, S. Infections à papillomavirus. *Masson* (2016).

46. Davies, P., Kornegay, J. & Iftner, T. Current methods of testing for human papillomavirus. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* **15,** 677–700 (2001).

47. Goulet, V. *et al.* Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. *Sex. Transm. Infect.* **86,** 263–270 (2010).

48. HAS. *Dépistage de l'infection par le VIH en France -Stratégies et dispositif de*

dépistage. (2009).

49. HAS. Depistage et prise en charge de l'inféction à Neisseria gonorrhoea: état des lieux et propositions. (2010).

50. CRIPS. *L'autotest de dépistage du VIH ou ADVIH*. (CRIPS, 2016).

51. Chemlal, K. & Heard, I. *Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus*. (Inpes, 2014).

52. *Décision du 9 juillet 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie*. (Journal Officiel, 2009).

53. Ronco, G. *et al.* Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet Lond. Engl.* **383,** 524–532 (2014).

54. Schmeink, C. E., Bekkers, R. L. M., Massuger, L. F. A. G. & Melchers, W. J. G. The potential role of self-sampling for high-risk human papillomavirus detection in cervical cancer screening. *Rev. Med. Virol.* **21,** 139–153 (2011).

55. Haguenoer, K. *et al.* Accuracy of dry vaginal self-sampling for detecting high-risk human papillomavirus infection in cervical cancer screening: a cross-sectional study. *Gynecol. Oncol.* **134,** 302–308 (2014).

56. Observatoire régional de santé d'ôle-de-France. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010*. (2011).

57. Ifop et Bilendi pour Sidaction. *Les jeunes, l'information et a prévention du sida*. (2016).

58. Editorial team. Young people's knowledge of sexually transmitted infections and condom use surveyed in England. *Euro Surveill.* **10,** (2005).

59. Moreau, C., Lydié, N. & Warszawski, J. *Activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée*. (Inpes, 2005).

60. Ramiro, L. *et al.* Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *Eur. J. Public Health* **25 Suppl 2,** 65–68 (2015).

61. Ramiro, L. *et al.* Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *Eur. J. Public Health* **25 Suppl 2,** 65–68 (2015).

62. Vitaro, F. & Gagnon, C. *Prévention des problèmes d'adapatation chez les enfants et les adolescents*. (Presses de l'Université du Québec, 2003).

63. Bajos, N. & Durant, S. Comportements Sexuels et Reproductifs des Adolescents Comparaison entre Pays développés. *Occas. Rep.* (2001).

64. Bajos, N. & Durant, S. Comportements Sexuels et Reproductifs des Adolescents Comparaison entre Pays développés. *Occas. Rep.* (2001).

65. Berrington de González, A., Sweetland, S. & Green, J. Comparaison of risk factors for squamous cell and adenocarcinomas of the cervix: a meta-analysis. *Br. J. Cancer* **90,** 1787–1791 (2004).

66. Reich, O. [Is early first intercourse a risk factor for cervical cancer?]. *Gynäkol.-Geburtshilfliche Rundsch.* **45,** 251–256 (2005).

67. Ministère de la santé et des sports. *Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST- 2010-2014.*

68. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *J. Off.*

69. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), S. F. de L. contre le Si. Consensus formalisé: Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. (2009).

70. Auvray, L. & Le Fur, P. Adolescents: Etat de santé et recours aux soins. *Bull. Inf. En Économie Santé*

71. Observatoire Régional de la Santé et du Social. *La santé des jeunes en Pays de la Loire.*

72. Carpentier, C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine en cabinet de médecine générale.Représentations du médecin. (2012).

73. Brutel, C. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010. *Insee Prem.* (2011).

74. Brutel, C. L'attractivité des villes étudiantes et des pôles d'activité. *Insee Prem.* (2010).

75. Spira, A. & Bajos, N. *Les comportements sexuels en France*. (1993).

76. Blais, M., Raymond, S., Manseau, H. & Otis, J. La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens. Regard critique sur le ceoncept d''hypersexualisation'. *Globe:revue internationale*

d'études québécoises (2009).

77. Wellings, K. *et al.* Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet Lond. Engl.* **358,** 1843–1850 (2001).

78. Garriguet, D. Relations sexuelles précoces. *Stat. Can.* **16,** 11–12 (2005).

79. Godeau, E., Arnaud, C. & Navarro, F. *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France-Données françaises de l'enquête internationale Health Beahaviour in School-aged Children.* (Inpes, 2006).

80. Salem, G., Ricain, S. & Kurzinger, M.-L. *Atlas de la santé en France.* (2006).

81. Dickson, N., Paul, C., Herbison, P. & Silva, P. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *BMJ* **316,** 29–33 (1998).

82. Bozon, M. A quel âge les femmes et les hommes commencet-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. *Popul. Sociétés* (2003).

83. Salem, G., Ricain, S. & Kurzinger, M.-L. *Atlas de la santé en France.* (2006).

84. Beck, F. & RIchard, J.-B. *Les comportements de santé des jeunes: analyses du Baromètre santé 2010.* (Inpes, 2010).

85. Beltzer, N. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France.* (2005).

86. Beltzer, N. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France.* (2005).

87. Statistique Canada. *Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010.* (Gouvernement du Canada, 2015).

88. Beck, F., Guilbert, P. & Gautier, A. *Baromètre santé 2005-Attitudes et comportements de santé.* (Inpes).

89. Poletti, B. *La contraception des mineures.* (2011).

90. Gautier, A. *Baromètre santé médecins généralistes 2009.* (Inpes, 2009).

91. HAS. *Proposition portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinés aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires.* (2005).

92. Bertrand, L., Bonnefoy, L., Dhiver, V. & Hodée, V. *L'acceuil des adolescents au cabinet de médecine générale (synthèse documentaire).* (Inpes, 2007).

93. Housseau, B. & Vincent, I. *Entre-Nous. Comment initier et mettre en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent?* (Inpes, 2009).

94. Binder, P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. *Rev. Pract.* (2005).

95. Alvin, P. & Marcelli, D. *Médecine de l'adolescent.* (Elsiver/masson, 2005).

96. Mercier Nicoux, F. Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 58 médecins généralistes. (1996).

Annexe 1

Etude de la sexualité des jeunes patients consultant en médecine générale de 15 à 25 ans

1. Epidémiologie

7.1. *Q1 - Sexe*

□ Féminin

□ Masculin

7.2. *Q2 - Age*

□ 15 ans

□ 16 ans

□ 17 ans

□ 18 ans

□ 19 ans

□ 20 ans

□ 21 ans

□ 22 ans

□ 23 ans

□ 24 ans

□ 25 ans

7.3. *Q3 - Niveau d'étude atteint*

□ Sans diplôme, CAP

□ BEP, brevet des collèges

□ Bac général

□ Bac professionnel

□ Bac +2

□ Diplôme études supérieures

7.4. *Q4 - Consultez-vous aujourd'hui dans le cabinet de votre médecin traitant ?*

□ Oui □ Non

2. Premier rapport sexuel

7.5. *Q5 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?*

□ Oui

□ Non

Si la réponse est non, passez directement au paragraphe 4 : « Les infections sexuellement transmissibles »

7.6. *Q6 - A quel âge avez-vous eu votre premier rapport :*

□ 11 ans ou moins	□ 16 ans	□ 21 ans
□ 12 ans	□ 17 ans	□ 22 ans
□ 13 ans	□ 18 ans	□ 23 ans
□ 14 ans	□ 19 ans	□ 24 ans
□ 15 ans	□ 20 ans	□ 25 ans

7.7. *Q7 - Lors de votre premier rapport, avez-vous utilisé un préservatif ?*

□ Oui

□ Non

7.8. *Q8 - Votre partenaire pour ce premier rapport était :*

□ De sexe masculin

□ De sexe féminin

3. Durant les 12 derniers mois

7.9. *Q9 - Avez-vous eu des rapports sexuels ?*

□ Oui □ Non

Si la réponse est non, passez directement au paragraphe 4 : « Les infections sexuellement transmissibles »

7.10. *Q9 - Avez-vous eu plusieurs partenaires ?*

□ Un seul partenaire

□ 2 à 3 partenaires

□ Plus de 3 partenaires

7.11. *Q10 - Avez-vous eu des rapports de type :*

□ Hétérosexuels uniquement

□ Homosexuels uniquement

□ Bisexuels

7.12. *Q11 - Avez vous eu des relations sexuelles pendant une même période avec plusieurs partenaires (au moins deux?)*

□ Oui

□ Non

7.13. *Q12 – Pensez vous avoir eu des relations avec quelqu'un qui avait d'autres partenaires sexuels en même temps que vous ?*

□ Oui

□ Non

7.14. *Q13 - Avez-vous utilisé des préservatifs pour chaque première relation avec un nouveau partenaire ?*

□ Oui

□ Non

7.15. *Q14 - Avez-vous toujours réalisé des tests de dépistage avant d'arrêter d'utiliser des préservatifs ?*

□ Oui

□ Non

7.16. *Q15 - Chaque nouveau partenaire a-t-il réalisé des tests de dépistage ?*

□ Oui

□ Non

4. Les infections sexuellement transmissibles

7.17. *Q16 - Pensez-vous avoir déjà présenté des signes d'infections sexuellement transmissibles ?*

□ Oui

□ Non

7.18. *Q17 - Avez-vous déjà présenté les signes suivants ?*

□ Écoulement au niveau de la verge

□ Sensation de grattage au niveau de la verge

□ Infection urinaire (pour les hommes uniquement)

□ Écoulement au niveau vaginal malodorant, épais ou non transparent

7.19. *Q18 - Avez-vous déjà été traité pour une infection sexuellement transmissible ?*

□ Oui

□ Non

□ Vous ne savez pas

5. Consultation en médecine générale

7.20. *Q19 - Votre médecin traitant a-t-il déjà parlé avec vous des infections sexuellement transmissibles ?*

□ Jamais

□ Au moins une fois

Si non, auriez-vous souhaité qu'il le fasse ?

□ Oui

□ Non

Si oui, le fait il suffisamment régulièrement selon vous ?

□ Oui

□ Non

7.21. *Q20 - Votre médecin traitant a-t-il déjà abordé avec vous le sujet du dépistage des infections sexuellement transmissibles ?*

□ Jamais

□ Au moins une fois

Si non, auriez-vous souhaité qu'il le fasse ?

□ Oui

□ Non

Si oui, le fait-il suffisamment régulièrement selon vous ?

□ Oui

□ Non

7.22. *Q21 - Vous sentez vous suffisamment informé par votre médecin traitant à propos :*

Des infections sexuellement transmissibles :

□ Oui

□ Non

De leur mode de transmission:

□ Oui

□ Non

De leur conséquence à court et long terme

□ Oui

□ Non

De leur dépistage:

□ Oui

□ Non

7.23. *Q22 - Pensez-vous que ce soit le rôle de votre médecin traitant de vous informer ?*

□ Oui

□ Non

7.24. *Q23 - Vous sentez vous suffisamment en confiance avec votre médecin traitant pour aborder ce sujet avec lui ?*

□ Oui

□ Non

Si non, pourquoi ?

□ C'est un homme / femme

□ C'est le médecin traitant de vos parents/ de votre famille

□ Il ne semble pas avoir le temps

□ Vous n'en ressentez pas le besoin

□ Autres - précisez :

Questionnaire PRÉ-CONSULTATION

Voici un questionnaire confidentiel. Remplis-le et donne-le au professionnel qui va te voir. Tu n'es pas forcé de répondre à toutes les questions, mais tes réponses (« oui » ou « non ») permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.

	Oui	Non
1. Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ?	☐	☐
2. Est-ce que tu as un « régime alimentaire » particulier ?	☐	☐
3. Est-ce que tu sautes souvent un repas ?	☐	☐
4. Est-ce que tu fumes ?	☐	☐
5. Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ?	☐	☐
6. As-tu déjà fumé de l'herbe ou du hash ?	☐	☐
7. Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools ?	☐	☐
8. Si oui, plusieurs fois par jour ?	☐	☐
9. En scooter ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ?	☐	☐
10. En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ?	☐	☐

D'autres adolescents comme toi parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns (ici aussi, réponds par « oui » ou « non »).

	Oui	Non
11. J'ai du mal à m'endormir.	☐	☐
12. Je me réveille souvent la nuit.	☐	☐
13. Je suis assez fatigué pendant la journée.	☐	☐
14. Il m'arrive encore de faire pipi au lit.	☐	☐
15. J'ai souvent mal à la tête.	☐	☐
16. J'ai souvent mal au ventre.	☐	☐
17. J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir.	☐	☐
18. J'ai souvent des douleurs aux jambes.	☐	☐
19. J'ai des règles douloureuses.	☐	☐
20. J'ai l'impression que mes seins sont trop petits / trop gros.	☐	☐
21. Ma santé m'inquiète.	☐	☐
22. Je me sens trop maigre.	☐	☐
23. Je me sens trop gros / trop grosse.	☐	☐
24. Je me sens trop petit / trop petite.	☐	☐
25. Je me sens trop grand/trop grande.	☐	☐
26. Je pense que mes parents s'entendent bien.	☐	☐
27. Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète.	☐	☐
28. J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents.	☐	☐
29. Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète.	☐	☐
30. L'école, c'est un problème pour moi.	☐	☐
31. Depuis quelques temps, ça marche moins bien à l'école.	☐	☐
32. Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard.	☐	☐
33. J'ai peur de devenir enceinte.	☐	☐
34. J'ai peur de rendre une fille enceinte.	☐	☐
35. J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour.	☐	☐
36. Sais-tu ce qu'est la contraception ?	☐	☐
37. Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible ?	☐	☐
38. Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ?	☐	☐
39. As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout ?	☐	☐
40. Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste ?	☐	☐
41. Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ?	☐	☐
42. Si tu veux, tu peux écrire ici d'autres choses ou d'autres questions que tu as en tête.		
43. As-tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas écrire	☐	☐

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Questionnaire élaboré par le Pr. P. Alvin (service de médecine pour adolescents, centre hospitalier Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre).

Août 2009 – Réf. k13-09672-T

Résumé

Introduction : Les infections sexuellement transmissibles sont un enjeu majeur de prévention primaire et secondaire. En effet, elles touchent environ 1 million de personnes dans le Monde par jour et entraînent des conséquences importantes à moyen et long terme sur la vie sexuelle et la fertilité. En France, leur prévalence est en augmentation depuis plusieurs années, principalement chez les jeunes de 15 à 25 ans. Le médecin généraliste a un rôle majeur dans le dépistage des IST. A notre connaissance il n'existait pas d'étude sur les facteurs de risque d'IST présentés par les jeunes de 15 à 25 ans consultant en médecine générale Nous avons donc réalisé une enquête sur les comportements sexuels des jeunes de 15 à 25 ans et le dépistage réalisé par leur médecin traitant.

Méthode : Notre étude descriptive prospective s'est déroulée pendant le mois d'avril 2016 dans 30 cabinets sélectionnés de façon aléatoire. Tous les patients de 15 à 25 ans consultant pendant la période ont été inclus lorsqu'ils étaient volontaires, quel que soit le motif de consultation.

Résultats : 205 patients ont répondu au questionnaire, 146 femmes et 59 hommes. La moyenne d'âge était de 19,5 ans. 23% des patients avaient déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans. La moyenne d'âge du premier rapport sexuel était de 16,01 ans. 83% avait utilisé un préservatif lors de leur premier rapport.13% avaient eu plus de 3 partenaires dans les 12 derniers mois. Seulement 66% avaient utilisé un préservatif à chaque nouvelle relation, et 38% avaient réalisé un test de dépistage avant l'arrêt de leur utilisation.8% rapportaient un antécédent d'IST.49% n'avaient jamais abordé le sujet des IST avec leur médecin, et 48% le dépistage.70% estimaient que c'était le rôle de leur médecin traitant et 80% avaient suffisamment confiance en leur médecin pour aborder le sujet.

Conclusion : Les jeunes de 15 à 25 ans consultant en médecine générale présentent des facteurs de risque d'IST que les médecins traitants doivent s'attacher à dépister.

Mots clefs : Infections sexuellement transmissibles, sexualité adolescents, dépistage, facteurs de risque sexuels