

Les infections sexuellement transmissibles : connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles, des jeunes haut-normands consultant en médecine générale

Émelyne Cressant

▶ **To cite this version:**

Émelyne Cressant. Les infections sexuellement transmissibles : connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles, des jeunes haut-normands consultant en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01482310

HAL Id: dumas-01482310

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01482310

Submitted on 3 Mar 2017

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2016 - 2017

N°

THESE POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

CRESSANT Emelyne

Née le 05 octobre 1988 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 MARS 2017

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : CONNAISSANCES, COMPORTEMENTS SEXUELS, ATTITUDES DE PREVENTION ET LEURS OBSTACLES, DES JEUNES HAUT-NORMANDS CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE.

PRESIDENT DU JURY :	Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL
DIRECTEUR DE THESE :	Monsieur le Docteur Jean-Luc RAOULT
MEMBRES DU JURY :	Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW
	Monsieur le Professeur Gaëtan PREVOST
	Madame le Docteur Valérie DELBOS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

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 Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	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
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie

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 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
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
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	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
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
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	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé 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
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
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	Virologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
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** (Professeur émérite)	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
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie

Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
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

Mme Sandrine **DAHYOT**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**	Biochimie
Mme Hanane **GASMI**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
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 Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **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** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

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

HCN - Hôpital Charles Nicolle	***HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME***
CB - Centre Henri Becquerel	***CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray***
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	***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 M. le Professeur Jean-Loup Hermil : Vous me faîtes l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail. Merci pour votre disponibilité au cours de mon internat, et de m'avoir permis de réaliser mon dernier stage comme je le souhaitais.

A M. le Professeur Pierre Czernichow : Vous me faîtes l'honneur de faire partie de mon jury et de juger mon travail qui j'espère suscitera votre intérêt.

A M. le Professeur Gaëtan Prévost : Vous me faîtes l'honneur de faire partie de mon jury et de juger mon travail, bien que cela ne soit pas un sujet ayant trait à votre spécialité. Merci pour le partage de votre expérience médicale aussi bien en consultation de suivi diabétique que dans le service d'hospitalisation, venant parfaire ma formation de généraliste.

A Mme le Docteur Valérie Delbos : Vous me faîtes l'honneur de faire partie de mon jury et de juger mon travail qui j'espère suscitera votre intérêt d'expert.

A M. le Docteur Jean-Luc Raoult : Vous me faîtes l'honneur de diriger cette thèse, merci pour votre aide dans l'élaboration des questionnaires et pour nos discussions sur ce sujet passionnant. Merci pour le partage de votre expérience lors de mon premier stage en cabinet de médecine générale, pour m'avoir confortée dans le choix de cette spécialité. A vous, à Isabelle, Marie-Pierre et Rémy, merci pour les remplacements et la bonne ambiance du cabinet.

A mes anciens maîtres de stage : aux Docteurs Dubois, Decaux, Odoux, Valla, Casaubieilh, merci pour vos partages d'expériences diverses de généralistes, merci pour les très sympathiques débriefings de début de soirée. Merci de m'avoir permis de découvrir de multiples facettes de notre métier. Un merci en particulier aux Docteurs Dubois et Valla d'avoir veillé à mon alimentation quotidienne.

Au Service d'Accueil d'Urgences du CHU de Rouen : Aux séniors et à toute l'équipe, merci pour votre soutien dans cette rude épreuve qu'est le démarrage de l'internat dans un service aussi difficile, pour votre bonne humeur générale et pour votre partage d'expérience. Un grand merci en particulier aux infirmières, qui grâce à leurs expériences m'ont appris de solides bases en m'aidant à gérer le stress de mes premières gardes.

Au Service de Médecine Interne du CHU de Bois Guillaume : Aux séniors et à toute l'équipe, merci pour le partage de vos expériences et votre bonne humeur générale.

Au Service de Gynécologie du CH d'Evreux : Merci aux médecins qui m'ont vraiment beaucoup appris dans ce domaine, du suivi classique à la réalisation d'échographies, et d'avoir su répondre à mes attentes de médecin généraliste. Merci pour votre bonne humeur et votre sollicitude. Merci en particulier au Docteur Joutel pour son partage d'expérience au cours de nos séances de co-voiturages, et pour n'avoir pas été trop sévère avec moi quant à ma maladresse au bloc opératoire. Merci aux infirmières et aux sages-femmes, pour leur partage et leur bonne humeur.

Au Service d'Endocrinologie du CHU de Bois-Guillaume : Merci vraiment aux médecins et à toute l'équipe soignante. La bonne humeur règne dans ce service où l'on aime travailler et transmettre ses connaissances dans une ambiance très conviviale. Merci au Professeur Lefebvre de m'avoir permis de réaliser ce stage hors filière qui m'a tant appris, merci à Sandrine et Adeline pour avoir rendu le travail si agréable.

Au Service de Pédiatrie du Belvédère : Un grand merci à Célia, Laetitia, Christine et Nawel, pour vos enseignements, votre soutien, et nos looooonngues pauses déjeuners au soleil si agréables et si enrichissantes. Merci Célia pour m'avoir permis de réaliser ce stage afin de parfaire ma formation. Merci aux infirmières de la pouponnière pour m'avoir accompagnée dans l'encadrement de ces enfants si particuliers.

A tous mes anciens co-internes : Isabelle, Marine, Mathilde, Fanny, Lucie, Daniel, Caroline, Armande, Antoine-Guy, Jeremy, Chloé, Julie, Stéphanie, Lise, Charlotte, Morgan, Mathilde, Valéria, Kevin, Thibault et Thibault, Cédric, Laure, Aurélien, Razvan, et tous ceux que j'ai oubliés : merci pour tous ces moments de dur labeur partagés ensemble. Avec vous ces 3 années ont défilé à toute allure, tant de souvenirs qui me resteront toujours. Merci à Laure en particulier pour l'idée du sujet de thèse, j'aurais aimé partager ce travail avec toi…

A mes camarades d'ED et au Docteur Laval : Merci pour ces séances enrichissantes ces trois dernières années, les gouters étaient fabuleux.

A mes amis : A Cécile, Sarah, Elodie, et Nicolas, merci pour avoir fait que cette première année de médecine passe moins douloureusement. Bien que les cours aient été trop matinaux et incompréhensibles, il s'agissait de mes moments préférés de la journée grâce à vous. Merci d'être toujours à mes côtés depuis maintenant plus de 10 ans et de m'avoir soutenue tout au long de ces années (et ça vaut aussi pour toi Charlotte). A Coco, Sandrine et Solenn, mon groupe de pairs et d'apéro, merci pour ces dix années d'études qui grâce à vous, furent plus folles et plus délurées les unes que les autres, j'espère que cela continuera toujours, merci pour tout. A tous les autres, Christophe, Ludwig, Raphaël, Laure, Mathilde, Julie, Baptiste, Julien, Brice, et tous les autres, merci d'être là, tout simplement.

A ma famille : Merci pour votre soutien depuis toujours et plus particulièrement depuis 10 ans, pour m'avoir encouragée et avoir toujours cru en moi, pour avoir su m'écouter quand ça n'allait pas, pour avoir su me remotiver. Merci pour votre patience car enfin je touche au but et ça n'aurait pas été possible sans vous. A Sylvie, merci pour ton aide si précieuse pour la réalisation de cette thèse, pour m'avoir permis de me réfugier loin de mes préoccupations matérielles, pour m'avoir chouchoutée et aidée à rédiger ce pavé. A Pierrot, merci pour ta réactivité lors de mes appels au secours désespérés pour plantage informatique. A toi, à Michel et à mes parents, merci pour tout, c'est tout. A Loïc, il est sûr que je ne serais pas la même personne ni le même médecin sans toi, et même si je dis que ces 10 ans d'étude je les ai faites toute seule c'est faux, parce qu'il y avait tout ceux que je viens de citer, mais aussi parce que tu étais là, toi, tous les jours depuis 6 ans maintenant.

ABRÉVIATIONS

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CCNE : Comité National Consultatif d'Ethique

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CIDDIST : Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles. Résultats de la fusion des CDAG et des CIDDIST au 1er janvier 2016.

CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignants

CNS : Conseil National du Sida

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IFOP : Institut Français de l'Opinion Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

UDI : Utilisateurs de Drogues Intraveineuses

LMDE : La Mutuelle Des Etudiants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONISEP : Office National d'Information et d'Enseignement sur les Professions

ORS : Observatoire Régional de Santé

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

Santé publique France : Résultat de la fusion de l'INVS, l'INPES et de l'Eprus en 2016.

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIS-Association : Sida Info Service

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 11
ABRÉVIATIONS 13
TABLE DES MATIERES 15
1. INTRODUCTION 17
1.1 Les Infections sexuellement transmissibles : Ces maladies d'amour aussi… 18
1.2 Définition et enjeux pour la santé 19
1.3 Un constat épidémiologique inquiétant : données INVS 20
1.3.1 Résurgence des cas de syphilis de 2000 à 2013, accentuation de 2013 à 2015. les homosexuels sont les plus touchés. 21
1.3.2 Gonococcies : en augmentation constante 23
1.3.3 Infections uro-génitales à *chlamydia* : Augmentation constante s'accélérant de 2013 à 201525
1.3.4 Lymphogranulomatoses vénériennes rectales (LGV) et infections rectales à *Chlamydia trachomatis* à souches non Lymphogranulomateuses 26
1.3.5 L'infection à VIH (données INVS 2014) : pérennisation de la situation 27
1.3.6 Hépatite B : un portage chronique toujours actif 29
1.4 Indications du dépistage des IST en France : avec ou sans facteurs de risque 30
1.5 Plusieurs enquêtes de grande ampleur sur le VIH 32
1.5.1 Principaux constats de ces enquêtes : spécificité des jeunes 33
1.6 Objectifs de l'étude 34
2. MÉTHODES 37
3. RÉSULTATS 41
3.1 Caractéristiques de l'échantillon 42
3.1.1 Caractéristiques socio-démographiques 42
3.1.2 Information reçue sur le VIH et les IST 44
3.1.3 Sentiment d'information 45
3.2 Attitudes sexuelles 47
3.2.1 Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel 47
3.2.2 Utilisation du préservatif actuellement 48
3.2.3 Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire 48
3.2.4 Communication avec le partenaire au sujet du VIH et des IST 51
3.2.5 Définition d'un « rapport sexuel à risque » 52
3.2.6 Antécédent d'IST 54
3.3 Pratiques de dépistage 55
3.3.1 Connaissances des répondants sur les lieux de dépistage 55
3.3.2 Réalisation de dépistage 56
3.3.3 Réalisation de depistage chez ceux ne se protégeant pas avec leur partenaire sexuel régulier 59

3.3.4 Obstacles au dépistage 61
3.4 Connaissances sur les Infections Sexuellement Transmissibles 62
3.4.1 IST citées 62
3.4.2 IST réellement connues 64
3.4.3 Connaissances des modes de transmission des IST 65
3.4.4 Connaissances des symptômes évocateurs d'IST d'après les hommes 66
3.4.5 Connaissances des symptômes évocateurs d'IST d'après les femmes 68
3.4.6 Quand consulter ? 70
3.4.7 Connaissances des moyens de protection contre les IST 71
3.4.8 Connaissances sur l'utilisation du préservatif 72
3.4.9 Obstacles à l'utilisation du préservatif masculin, d'après les répondants 73
3.4.10 Le préservatif féminin : assez bien connu mais très peu utilisé 74
3.4.11 Généralités sur les IST 75
3.4.12 Score de connaissances selon le sexe 78
3.4.13 Score de connaissances selon l'âge 79
3.4.14 Score de connaissances selon la situation professionnelle 81
3.4.15 Score de connaissances selon le cadre de vie 82
3.4.16 Score de connaissances selon le niveau d'études 84
3.4.17 Score de connaissance selon l'information préalable 85
3.4.18 Score de connaissance selon le sentiment d'information 86
4 DISCUSSION 89
4.2 Principaux résultats : implications et hypothèses 90
4.2.1 Objectifs principaux : connaissances sur les IST 90
4.2.2 Objectifs principaux : freins à l'utilisation efficace du préservatif 92
4.2.3 Objectifs principaux : Freins au dépistage 94
4.2.4 objectif secondaire : identifier des facteurs influençant ou non ces résultats 96
4.3 Forces et limites de l'étude 100
4.4 Et pour l'avenir ? 103
4.5 Que faire ? 104
BIBLIOGRAPHIE 107
TABLE DES REFERENCES 111
TABLE DES FIGURES 112
TABLE DES TABLEAUX 114
ANNEXES 115
Questionnaire Femme 115
Questionnaire Homme 119

1. INTRODUCTION

1.1 LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : CES MALADIES D'AMOUR AUSSI…

❖ Le XIXème siècle, libertinage, maisons closes, vérole et chaude-pisse.

> *« Tu ne devineras jamais la merveilleuse découverte que mon médecin vient de faire en moi… La vérole… J'ai la vérole, enfin la vraie, pas la misérable chaude-pisse, pas l'ecclésiastique christalline… non, la grande vérole, celle dont est mort François Ier. Et j'en suis fier, malheur…, j'ai la vérole, par conséquent je n'ai plus peur de l'attraper »*
>
> Maupassant, 1877, Lettre à son ami Pinchon (47)

Voilà ce qu'écrit Maupassant en 1877 lorsqu'il découvre qu'il est atteint de la syphilis à 27 ans. Cet écrivain célèbre pour ses nouvelles mais aussi pour son appétit sexuel écrivait « *J'aimerais cueillir l'amour sur mon passage, comme on cueille des fruits en étendant la main… les conquêtes d'une heure aussitôt disparues, les baisers échangés au seul gré du hasard* ». Devenant fou, il fut interné et succomba à la maladie en 1893.

Il ne fut pas le seul, la vérole touchant de plein fouet le monde littéraire et artistique. Apollinaire, Daudet, Baudelaire, Schubert, Musset, Verlaine, Gauguin, Toulouse Lautrec et bien d'autres souffrirent de ce mal honteux.

❖ Au XXème siècle surgit un nouveau fléau …

Alors que la découverte de la pénicilline entraine une chute des cas de syphilis, permettant la guérison de cette maladie, un nouveau mal fait son apparition dans les années 80 :

> *« O Sida, Sida,*
>
> *Sid'Amour à Mort*
>
> *O Sida, Sid'Assassin recherché*
>
> *Mais qui a mis l'Amour à Mort »*
>
> Barbara, Sid'Amour, 1987

Le SIDA, une pandémie mondiale, ayant emporté près de 36 millions de morts. Nul n'y échappe, de Freddie Mercury à Mano Solo, des jeunes homosexuels à la ménagère de 50 ans, du Vieux continent au Nouveau en passant par l'Afrique.

Au milieu des années 90, le préservatif et les nombreuses campagnes de prévention sexuelle permettent de stopper la progression de cette maladie et celle des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). La syphilis est réduite à quelques cas anecdotiques. Les premiers traitements antirétroviraux permettent de prolonger la vie des patients séropositifs.

❖ En ce début de XXIème siècle,

Malgré des traitements efficaces contre les maladies sexuelles, malgré une utilisation du préservatif qui se banalise fortement, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont en pleine recrudescence en France. La syphilis fait son retour sur les devants de la scène.

En France, on ne meurt plus du SIDA, mais la maladie n'est pas éradiquée pour autant. Le nombre de nouveaux cas est stable depuis plusieurs années, la contamination est toujours effective.

Les avancées thérapeutiques ne sont pas suivies de la disparition de ces épidémies. Leurs conséquences sur la santé sont notables et en font un problème majeur de santé publique. En tant qu'acteur principal des soins de premiers recours, le médecin généraliste est un professionnel de santé essentiel dans la prévention, le dépistage, et la prise en charge thérapeutique de ces maladies.

1.2 DEFINITION ET ENJEUX POUR LA SANTE

D'après le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique Français (2001), les IST sont « des infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle et qui justifient la prise en charge du ou des partenaires.»

Cela regroupe une vingtaine d'agents infectieux très différents, tant sur le plan clinique que thérapeutique.

Leurs atteintes sont très diverses :

- Elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital, comme l'infection à VIH ou la syphilis à la phase tertiaire.
- Elles peuvent induire une maladie chronique, telle que la cirrhose due aux hépatites B et C.
- Elles peuvent aussi avoir de graves conséquences sur la fertilité, l'agent *Chlamydia trachomatis* donnant un tableau inflammatoire chronique pelvien avec douleurs répétées et infertilité tubaire.
- Certaines favorisent la transmission du VIH, comme la syphilis ou l'infection à gonocoque, et participent à la propagation de l'épidémie.

1.3 UN CONSTAT EPIDEMIOLOGIQUE INQUIETANT : DONNEES INVS

Une surveillance épidémiologique exhaustive est impossible, les IST ne faisant plus l'objet d'une déclaration obligatoire depuis les années 2000.

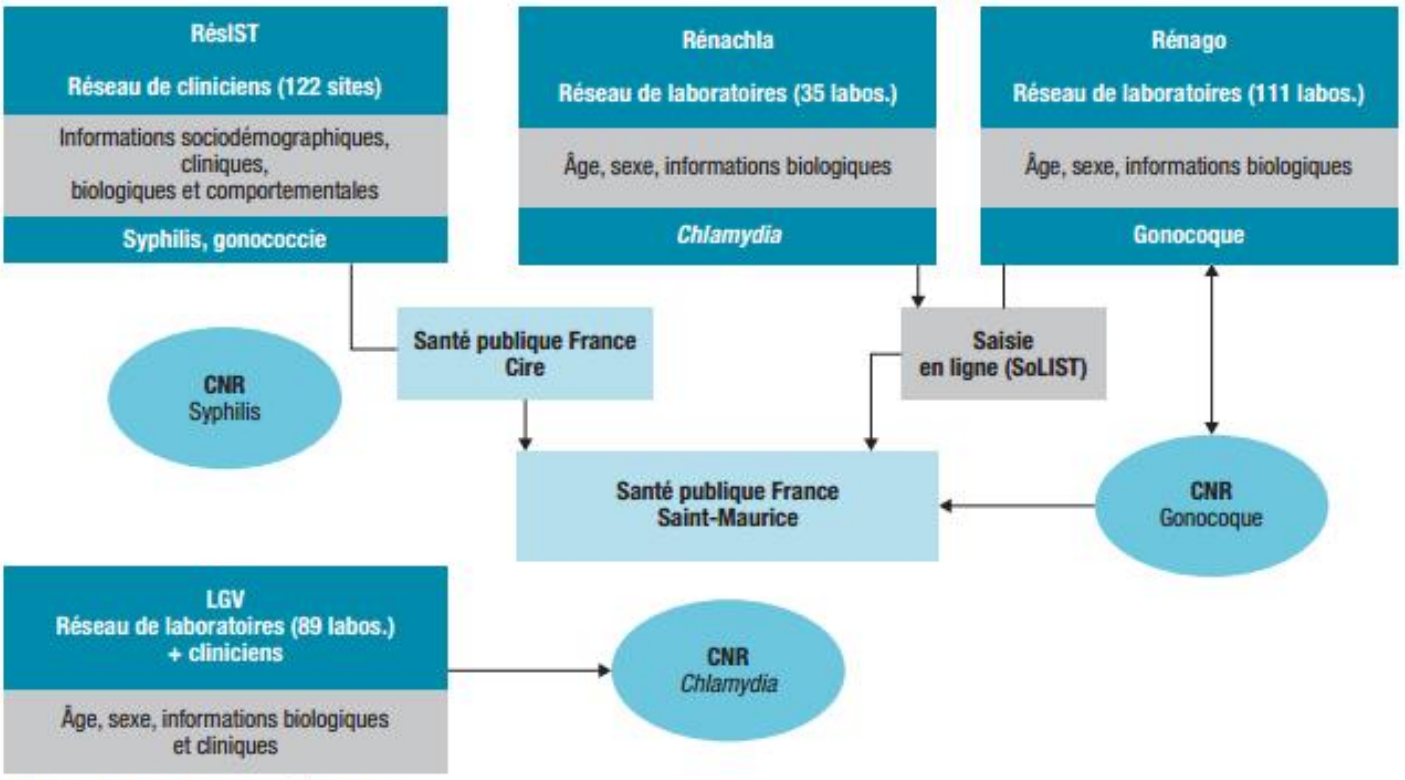
Seuls les diagnostics d'infection à VIH et d'hépatite B aiguë ont été réintroduits dans la liste des maladies à déclaration obligatoire en 2003.

Les données épidémiologiques dont on dispose actuellement sont fournis grâce à des réseaux de surveillance volontaires (*Référence 1*), créés en 1985.

- Rénachla : réseau de laboratoires pour la surveillance des chlamydioses,
- Rénago : réseau de laboratoires pour la surveillance des gonococcies,
- RésIST : réseau de cliniciens volontaires travaillant dans les CDAG et CIDDIST ainsi qu'à l'hôpital et en libéral, pour la surveillance des syphilis, gonococcies et des LGV.

Ces données permettent de suivre les tendances évolutives des IST mais ne sont pas exhaustives. Elles ne prennent pas en compte suffisamment les tableaux asymptomatiques d'une part, et dépendent de la participation volontaire des professionnels d'autre part.

Organisation de la surveillance des infections sexuellement transmissibles en France



LGV : lymphogranulomatose vénérienne.
Cire : Cellule d'intervention en région, Santé publique France ; CNR : Centre national de référence.

***Référence 1** : Réseaux de surveillance des IST, source INVS 2015*

1.3.1 RESURGENCE DES CAS DE SYPHILIS DE 2000 A 2013, ACCENTUATION DE 2013 A 2015. LES HOMOSEXUELS SONT LES PLUS TOUCHES.

Maladie quasiment disparue dans les années 1990, retirée de la liste des maladies à déclaration obligatoire en 2000, la syphilis connait une résurgence nette depuis une quinzaine d'années.

Les données du réseau de cliniciens RésIST (1) mettent en évidence une explosion des cas de « syphilis récente » (datant de moins d'un an) : environ 1000 cas de 2000 à 2014 (*Référence 2*).

84% des cas diagnostiqués en 2015 concernent des hommes homo-bisexuels, chiffre qui continue de s'accentuer : + 56% de 2013 à 2015. Chez les hétérosexuels, les chiffres restent stables jusqu'en 2013 mais on constate une augmentation nette du nombre de cas de 2013 à 2015 : +85% chez les femmes et +75% chez les hommes.

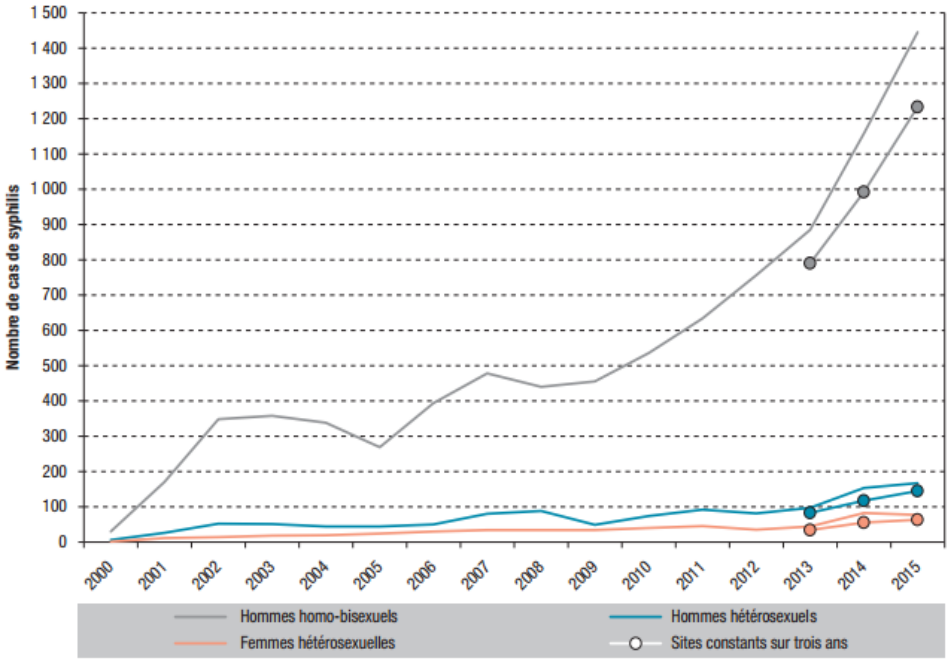
Les plus jeunes sont les plus touchés (*Référence 3*)

En 2015, les hommes entre 20 et 49 ans sont les plus concernés (78%), quelle que soit l'orientation sexuelle. 53% des femmes en 2015 avaient moins de 29 ans.

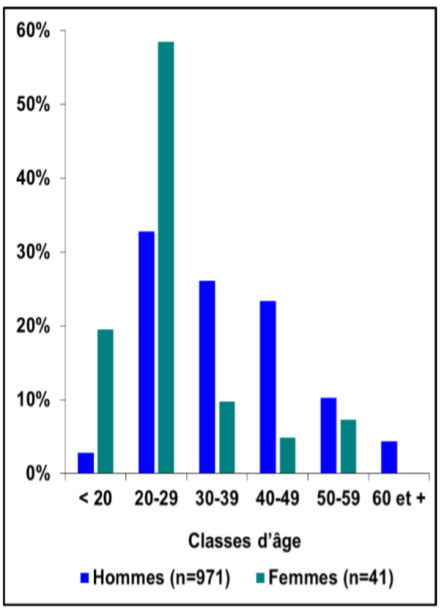
D'après les données du réseau, les comportements sexuels restent globalement stables mais les rapports sont insuffisamment protégés. Le nombre de partenaires est stable mais l'utilisation des préservatifs reste insuffisante lors des fellations (6% en 2013) et ce quelle que soit l'orientation sexuelle, alors qu'il s'agit d'un mode de contamination certain de la syphilis.

Ceci étant d'autant plus inquiétant que les co-infections syphilis et VIH restent très élevées, malgré une diminution observée en 2015 : cela concernait 1/3 des cas de syphilis diagnostiquées en 2013 contre 1/4 en 2015. La majorité des séropositivités était déjà connue (2% ont été découvertes à l'occasion du diagnostic de la syphilis en 2015).

Là encore les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) sont les plus concernés avec 25% de co-infections syphilis/VIH contre 12% chez les hommes hétérosexuels et 2% chez les femmes hétérosexuelles en 2015.



***Référence 2** : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, Réseau RésIST, France 2000-2015. Données INVS 2015*



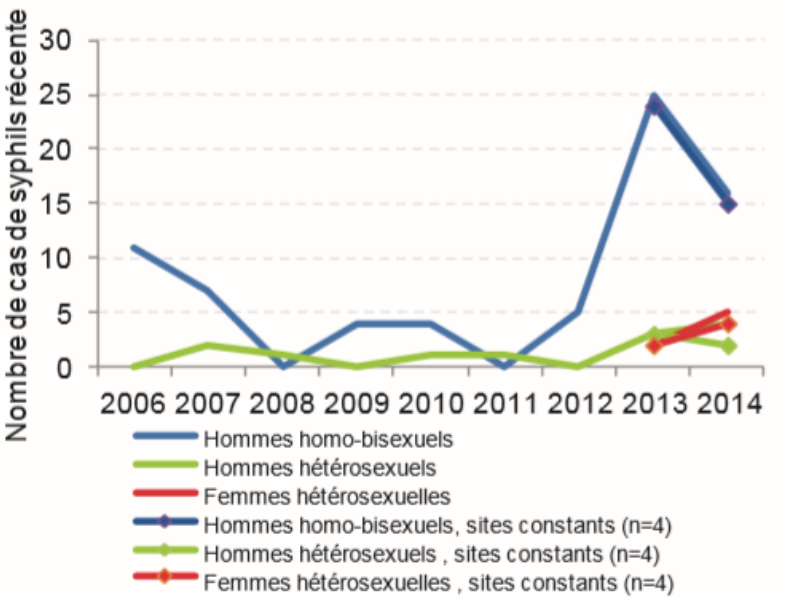
***Référence 3** : Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France, données INVS 2013*

En Normandie (2), on observe des résultats similaires avec une accalmie relative en 2013 et 2014 (*Référence 4*).

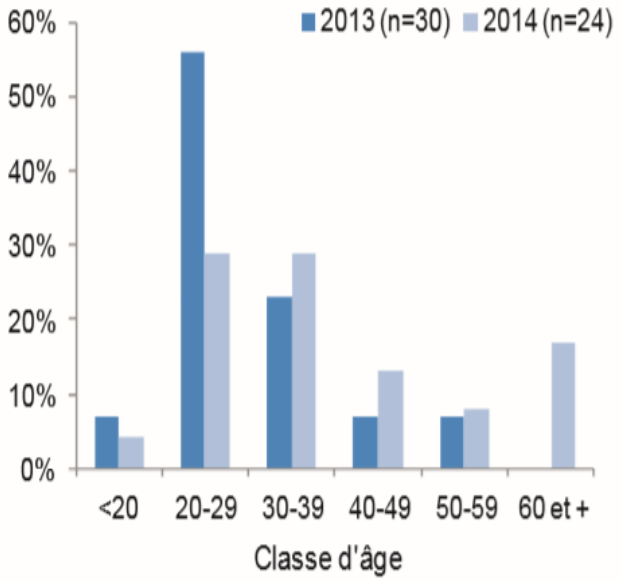
La majorité des cas signalés sont des hommes, homosexuels pour la plupart. La classe d'âge la plus représentée est celle des 20-29 ans (*Référence 5*).

La diminution de cas observée en 2013 et 2014 est intéressante mais aucune conclusion ne peut être formulée au vu du peu de recul sur les données.

L'utilisation du préservatif est insuffisante lors des rapports : 0% d'utilisation lors de la fellation, 36% pour la pénétration anale, 33% pour la pénétration vaginale.



***Référence 4** : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015*



***Référence 5** : Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015*

1.3.2 GONOCOCCIES : EN AUGMENTATION CONSTANTE

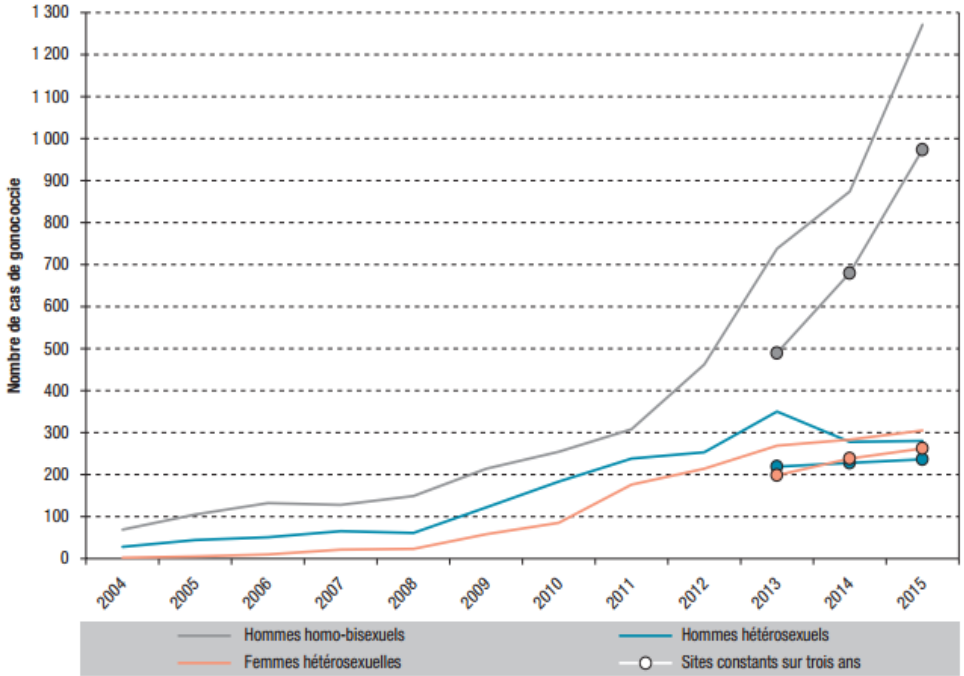
Les données sont recueillies par les réseaux de laboratoires Rénago (1) (ceci permettant d'étudier les patients suivis en médecine de ville) et les réseaux de cliniciens RésIST (suivi des patients consultants en CDAG et CIDDIST).

Avec 15100 gonococcies diagnostiquées en 2012 en France, on estime l'incidence de l'infection à gonocoque à 39 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 59 ans.

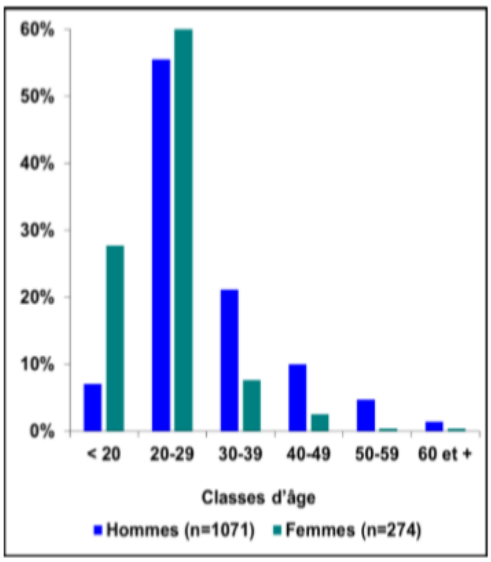
Le nombre d'infections continue d'augmenter chez l'homme et chez la femme. L'utilisation des techniques de diagnostic par PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné *chlamydia*/gonocoque semble participer à cette augmentation. Cela reste plus marqué chez les hommes homo-bisexuels (54% des cas en 2013, *Référence 6*).

Les populations jeunes sont les plus atteintes (*Référence 7*). L'âge médian (pour le réseau Rénago) est de 27 ans pour les hommes et 22 ans pour les femmes. (26 ans pour les hommes, 21 ans pour les femmes du réseau RésIST).

De même que pour la syphilis, les co-infections VIH/gonocoque sont très fréquentes : de l'ordre de 10%. Ce chiffre reste stable depuis 2009, et concerne surtout les hommes homo-bisexuels (19%). L'utilisation du préservatif est également insuffisante : seulement 37% des pénétrations anales chez les hommes homo-bisexuels sont protégées, et moins de 5% des fellations le sont (quelle que soit l'orientation sexuelle).



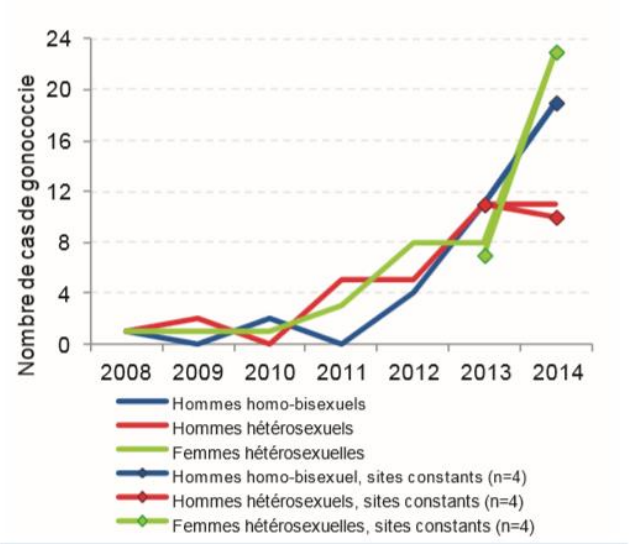
***Référence 6** : Evolution du nombre de cas de gonococcies selon l'orientation sexuelle. Réseau RésIST, donnés INVS 2015*



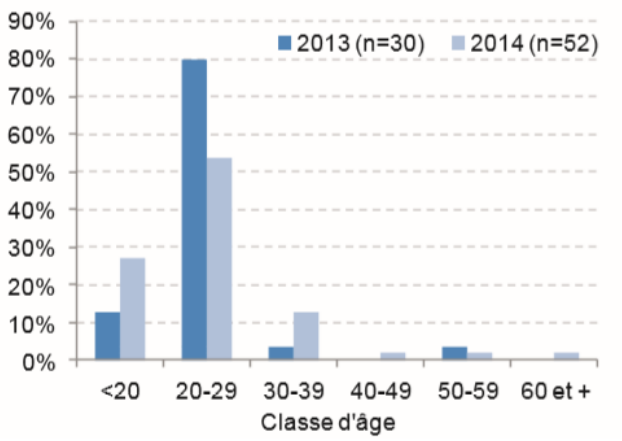
***Référence 7** : Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France, données INVS 2013*

En Normandie (2), l'évolution du nombre de cas de gonococcies tend aussi à l'augmentation, mais ceci quelle que soit l'orientation sexuelle (*Référence 8*).

Les plus jeunes sont aussi les plus touchés (*Référence 9*), et l'utilisation du préservatif est tout aussi imparfaite.



***Référence 8** : Evolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015*



***Référence 9** : Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015*

1.3.3 INFECTIONS URO-GENITALES A *CHLAMYDIA* : AUGMENTATION CONSTANTE S'ACCELERANT DE 2013 A 2015

Les données sont obtenues grâce au réseau de laboratoires Rénachla (1).

Avec 77000 infections diagnostiquées en 2012, on estime l'incidence de l'infection à chlamydia à 257 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 49 ans. Ces chiffres restent largement sous-estimés compte tenu du caractère asymptomatique de l'infection.

En 2015, la majorité des patients diagnostiqués pour une infection à *Chlamydia trachomatis* était des femmes (64%).

Depuis le début des années 2000, le nombre d'infections augmente de façon non négligeable. On observe une croissance de 10% entre 2013 et 2015 (*Référence 11*). Cette augmentation est plus importante chez les hommes (progression de 19% versus 8% chez les femmes).

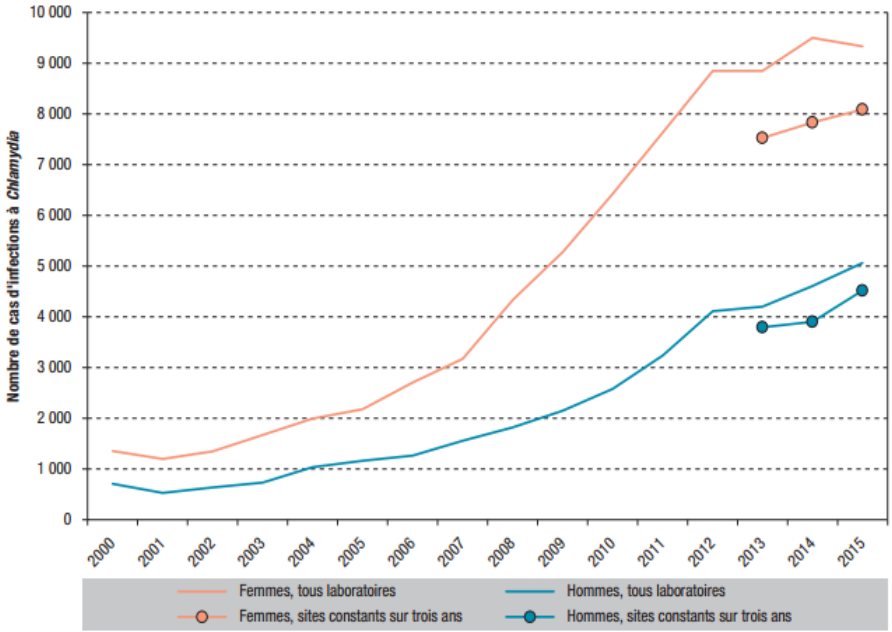
De nouveau, ce sont les jeunes les plus touchés (*Référence 10*) : en 2013 et en 2015, les classes d'âge les plus concernées sont les 15-24 ans chez les femmes (65%) et les 20-29 ans chez les hommes (61%).

Le caractère asymptomatique fréquent de l'infection est à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

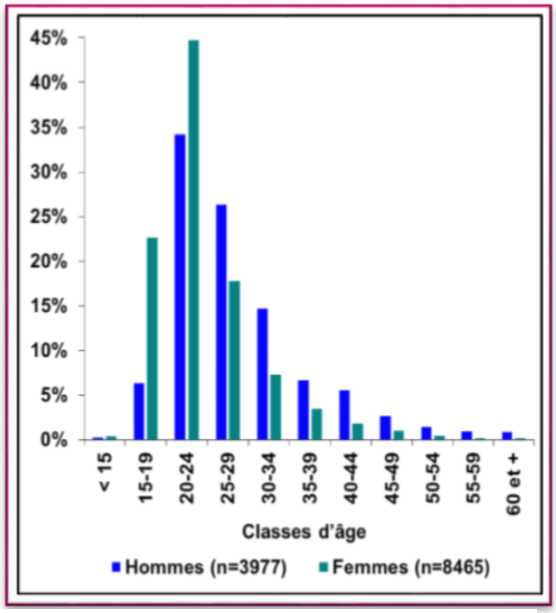
Parmi les cas pour lesquels on dispose de l'information (36%), la proportion de diagnostics chez des patients asymptomatiques a diminué, passant de 58% en 2013 à 46% en 2015 (et de 60% à 45% chez les femmes).

Il est important de prendre en compte les pratiques locales de dépistage : en 2013, 80 % des diagnostics dans les CDAG/CIDDIST et CPEF étaient asymptomatiques et motivées par une démarche de dépistage (74% en 2015).

A contrario, 67% des diagnostics faits par les gynécologues, généralistes et autres médecins étaient symptomatiques (démarche diagnostique).



***Référence 11** : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à chlamydia selon le sexe. Réseau Rénachla, France, données INVS 2015*



***Référence 10** : Distribution des cas d'infections à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, données INVS 2015*

1.3.4 LYMPHOGRANULOMATOSES VENERIENNES RECTALES (LGV) ET INFECTIONS RECTALES A *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* A SOUCHES NON LYMPHOGRANULOMATEUSES

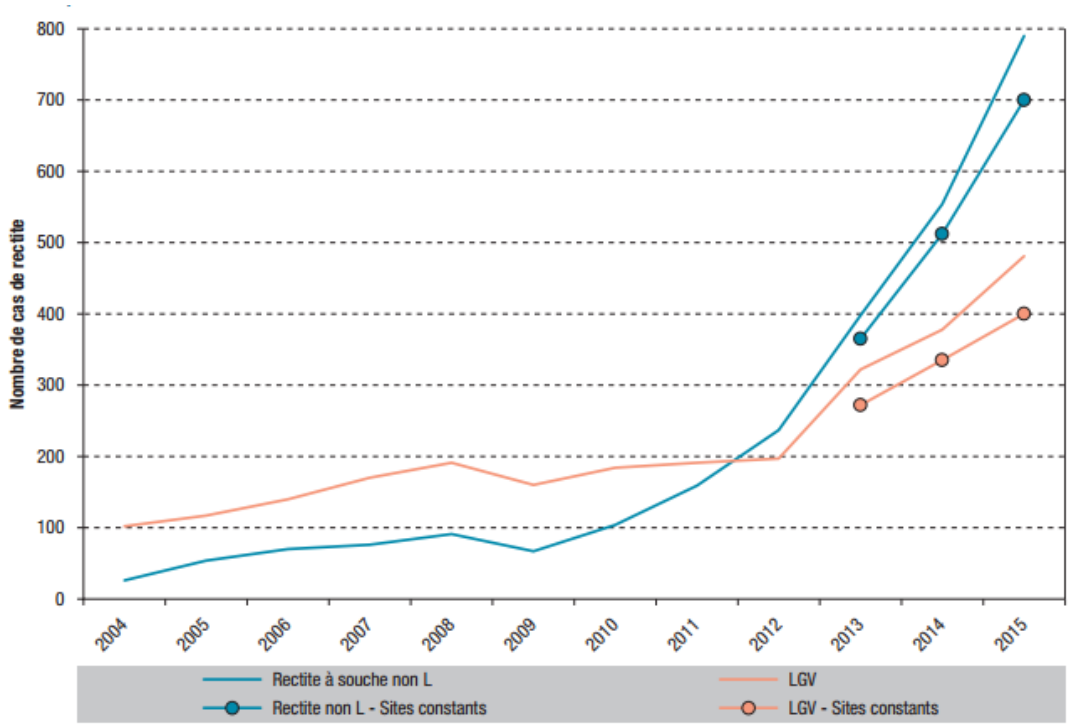
La surveillance est assurée par des réseaux de laboratoires et de cliniciens coordonnés par le Centre National de Référence des *chlamydiae* (1), qui effectue le génotypage des souches.

Les cas de LGV :

- Sont en augmentation constante, + 47% de 2013 à 2015 (*Référence 12*),
- Concernent pour la quasi-totalité des hommes homo-bisexuels (98% en 2015), aucun cas n'a a été observé chez les femmes,
- Les classes d'âge les plus touchées sont les 30-49 ans (66% en 2015),
- Présentent des co-infections VIH très fréquentes (76% en 2015).

Les cas de rectites à *Chlamydia* non lymphogranulomateuses :

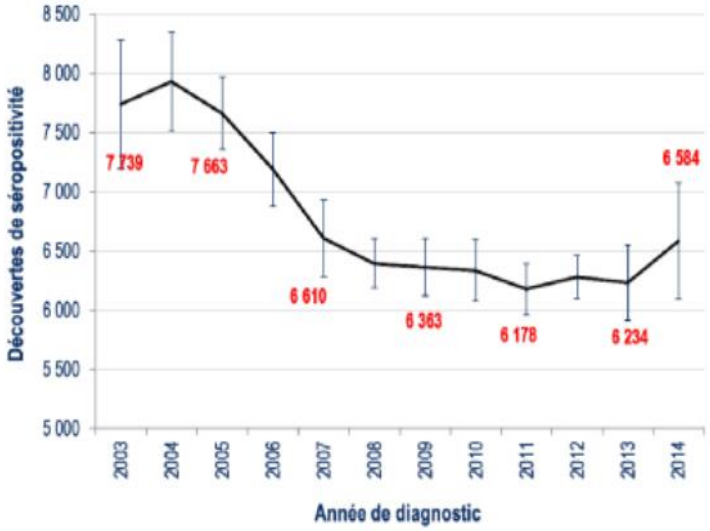
- Sont en augmentation depuis la fin des années 2000, avec notamment une augmentation de 92% de 2013 à 2015 (*Référence 12*),
- Concernent pour la quasi-totalité des hommes homo-bisexuels (98% en 2015), une quarantaine de cas ont été observés chez les femmes,
- Les classes d'âge les plus touchées sont les 20-39 ans (71% en 2015),
- Présentent des co-infections VIH fréquentes mais en diminution (70% en 2007-2008, 30% des cas en 2012-2013-2015).



***Référence 12** : Evolution du nombre de cas de LGV rectales et de rectites non L, CNR Chlamydia, France, données INVS 2015*

1.3.5 L'INFECTION A VIH (DONNEES INVS 2014) : PERENNISATION DE LA SITUATION

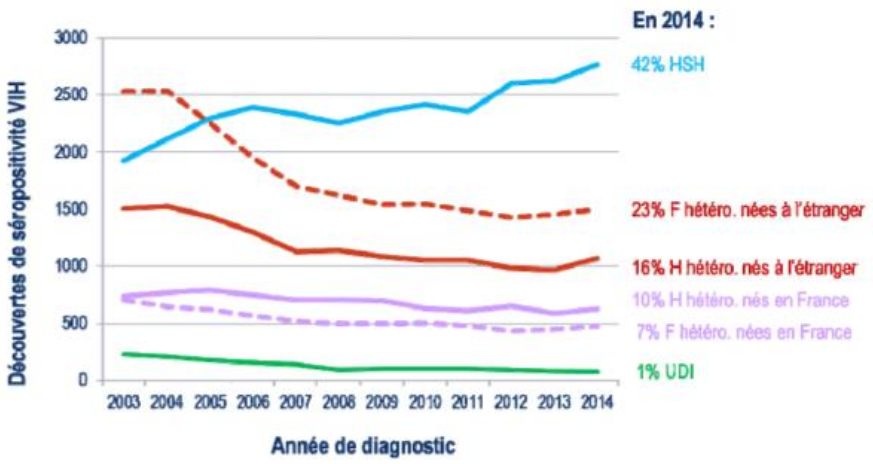
Maladie à Déclaration Obligatoire, selon l'INVS (3) le nombre de découvertes de séropositivités à VIH s'élève en France à 6600 en 2014 (*Référence 13*), nombre stable depuis 2007.



***Référence 13** : Nombre de découvertes de séropositivités VIH en France 2003-2004, données INVS 2014*

Les HSH continue de constituer un groupe très touché par l'infection. Le nombre de nouveaux diagnostics continue d'augmenter significativement depuis 2003 (2800 cas en 2014, soit 42% des cas, *Référence 14*). Cependant les estimations d'incidence montrent que le nombre annuel de contaminations par le VIH est toujours très élevé (3800 en 2012), ce qui tend à montrer que le dépistage est insuffisant.

Les plus jeunes HSH sont les plus vulnérables : le nombre de découvertes de séropositivités à VIH a doublé (x 2,4) chez les jeunes HSH de 15 à 24 ans. On compte 3700 nouveaux cas parmi les personnes hétérosexuelles en 2014, ce nombre ne diminue plus depuis 2013, témoignant d'une stabilité de l'infection. 2600 d'entre eux sont nés à l'étranger, majoritairement en Afrique Subsaharienne.



***Référence 14** : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de Naissance, France 2003-2004, données INVS 2014*

❖ Situation en Haute-Normandie en 2014 (2):

Le nombre de sérologies VIH positives est stable (197 cas). Le nombre de découvertes d'infection à VIH est estimé à 116 soit un taux rapporté à 63 cas par million d'habitants.

Depuis 2003, la déclaration concerne une majorité d'hommes âgés de 31 à 49 ans (57%). Les jeunes de moins de 30 ans quant à eux représentent 22% des découvertes. Distribution stable sur la période 2003-2013.

En Normandie également les personnes d'origine Subsaharienne sont fréquemment touchées (33% des nouvelles contaminations, dont 57% de femmes).

Les femmes sont contaminées dans 100% des cas par rapports hétérosexuels, alors que les hommes sont touchés dans 48% des cas par rapports homosexuels.

Les jeunes HSH sont également très touchés à l'échelle normande, 36% des HSH diagnostiqués avaient moins de 30 ans.

Fait marquant, un tiers des découvertes de l'infection à VIH a été fait à un stade tardif.

1.3.6 HEPATITE B : UN PORTAGE CHRONIQUE TOUJOURS ACTIF

Les hépatites B et C ont un mode de transmission commun : le sang contaminé.

Toujours, selon l'INVS (4), alors que les personnes les plus touchées par l'hépatite C en France en 2004 sont les utilisateurs de drogues intraveineuses et les personnes ayant été transfusées avant 1992, la transmission du virus de l'hépatite B reste liée principalement en France à la transmission sexuelle.

En 2004, une enquête nationale de prévalence de l'infection due au virus de l'hépatite B (VHB) a été conduite en population adulte de France métropolitaine, permettant d'estimer la prévalence de l'antigène HBs à 0,65%, ce qui correspondait à 280 821 personnes porteuses chroniques de l'antigène HBs. Les hommes étaient cinq fois plus nombreux 7000 personnes étaient co-infectées par le VIH, facteur de gravité bien identifié vers une évolution rapide de l'infection.

1507 décès ont été associés au VHB en 2005, parmi lesquels 1327 (88%) ont été expertisés imputables au VHB, soit un taux de mortalité correspondant à 2,2 pour 100 000.

Les facteurs trouvés significativement associés à la positivité des anticorps anti-HBc en 2004 étaient :

- l'usage de drogues par voie intraveineuse,
- l'homosexualité,
- la précarité (la CMUc étant utilisée comme marqueur),
- un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat,
- un séjour d'au moins trois mois en institution,
- un pays de naissance où la prévalence de l'antigène HBs est supérieure à 2%,
- un lieu de résidence situé dans le quart Nord-Est, Sud-Est ou l'Ile-de-France,
- le fait d'être un homme et d'être âgé de plus de 29 ans. (1,1% d'hommes porteurs chroniques de l'antigène HBs contre 0,2% des femmes).

Le nombre de personnes en ALD 6 pour une hépatite chronique B a augmenté de 48% entre 2010 et 2014, passant de 13 564 à 20 034, 66% étaient des hommes et 34% des femmes. Les classes d'âges les plus représentées étaient, pour les hommes, les 40-49 ans (26%) et les 50-59 ans (23%).

L'hépatite B aiguë fait partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire. Le travail de Cécile Brouard et coll. (5), confrontant les résultats issus de la déclaration obligatoire à ceux de la nouvelle enquête LaboHep 2013, rapporte que l'incidence annuelle estimée des cas d'hépatite B aiguë diagnostiqués est faible en France (0,44 pour 100 000 habitants) et qu'elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais ces résultats sont probablement sous évalués en raison d'un faible taux d'exhaustivité de la Déclaration Obligatoire (23,5%). Les principales expositions à risque rapportées étaient l'exposition sexuelle (38,5% des cas) et le séjour dans une zone d'endémie du VHB. Fait important, 79% des cas diagnostiqués avaient un statut vaccinal incomplet.

1.4 INDICATIONS DU DEPISTAGE DES IST EN FRANCE : AVEC OU SANS FACTEURS DE RISQUE

La stratégie du dépistage du VIH et des IST est double :

- Intérêt individuel : diminuer le retard diagnostique et améliorer la prise en charge afin d'augmenter la durée et la qualité de vie du patient.
- Intérêt collectif : lutter contre la propagation des infections en identifiant les sujets asymptomatiques, réels réservoirs de transmission.

Le dépistage du VIH est ciblé, à la fois chez les personnes à risques et à la fois lors de circonstances particulières.

- En effet, certaines populations sont particulièrement touchées par le VIH et les IST, il est recommandé de leur proposer un dépistage du VIH régulièrement :
    - HSH,
    - multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes,
    - Utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI),
    - personnes en situation de prostitution,
    - hétérosexuels multipartenaires,
    - partenaires de personnes séropositives,
    - population sexuellement active vivant dans les Antilles.

- Le dépistage doit être également proposé lors de circonstances particulières :
    - diagnostic d'une IST, d'hépatite B ou C, de tuberculose,
    - grossesse,
    - demande de contraception,
    - IVG,
    - Souhait d'arrêt du préservatif,
    - viol,
    - incarcération,
    - devant un tableau clinique évocateur du VIH.

Face à ce dépistage ciblé, la HAS recommande depuis 2009 (6) d'élargir le dépistage de l'infection à VIH à l'ensemble de la population générale de 15 à 70 ans, au moins une fois dans sa vie, hors notion de prise de risque. Cela concerne à la fois les soins primaires (généralistes, gynécologues, médecine universitaire, CPEF, PMI) et les soins hospitaliers (à l'occasion d'un bilan pré-opératoire par exemple).

Etant donné la prévalence importante de sujets asymptomatiques, cette stratégie de dépistage systématique concerne aussi celui de l'infection à *Chlamydia Trachomatis* (7). Plusieurs études existent en France et suggèrent un lien entre la mise en place du dépistage de *Chlamydia trachomatis* et la diminution des tableaux d'inflammation chronique pelvienne ou de grossesses extra-utérines. Mais il n'y a pas d'étude française évaluant spécifiquement l'efficacité des programmes de dépistage. L'âge jeune a été retrouvé comme étant le critère de sélection le plus pertinent. Il est recommandé depuis 2003 de proposer un test à toutes les jeunes femmes de moins de 25 ans et à tous les jeunes hommes de moins de 30 ans dans les structures spécifiques (CPEF, CDAG, et centres IVG). Les recommandations suggéraient de promouvoir des études pilotes en médecine libérale et universitaire avant d'étendre ce dépistage à d'autres structures de soins.

Concernant les autres IST, les stratégies de dépistage restent ciblées et ont été synthétisées par l'INPES (8) pour les professionnels de santé dans le tableau suivant (*Référence 15*):

DÉPISTAGE
DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Le dépistage de l'infection par le VIH ne peut être conçu comme une intervention isolée de santé publique et doit être intégré dans une approche préventive globale incluant l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (dont l'hépatite B pour les populations exposées au risque).

PRINCIPAUX PATHOGÈNES RECHERCHÉS	*Chlamydia trachomatis*	VHB (hépatite B)	*Treponema pallidum* (syphilis)	Gonocoque	HPV (papillomavirus humain)
QUI DÉPISTER ?	Préférentiellement dans les lieux visités par les personnes ayant des comportements sexuels à risque (CDAG, CIDDIST, CPEF...) : > femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans ; > femmes de plus de 25 ans et hommes de plus de 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire.	> Personnes multipartenaires. > Migrants originaires de zones de moyenne ou forte endémie. > Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. > Usagers de drogues par voie intraveineuse. > Femmes pendant la grossesse. > Personnes détenues. > Personnes en situation de précarité. > Personnes avec IST récente. > Personnes infectées par le VIH ou le VHC. > Partenaires sexuels et entourage proche d'une personne infectée par le VHB.	> Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. > Femmes pendant la grossesse. > Personnes détenues. > Personnes en situation de prostitution. > Personnes ayant des rapports non protégés avec des personnes en situation de prostitution. > Migrants en provenance d'un pays d'endémie. > Personnes multipartenaires. > Personnes avec IST récente. > Après un viol.	> Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. > Personnes multipartenaires. > Personnes ayant un partenaire sexuel avec une IST. > Personnes avec IST récente.	Femmes de 25 à 65 ans.
EXAMENS À DEMANDER	**Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement local :** 1er jet d'urines (hommes), auto-prélèvement vulvo-vaginal ou sur col si pose d'un speculum (femmes).	**Selon la situation:** > Ag HBs ; > Ac anti-HBs ; > Ac anti-HBc (totaux ou IgM).	**Test tréponémique** (TPHA, TPPA, Elisa) + **test non tréponémique** (VDRL, RPR).	**En cas de symptômes (situation diagnostique) :** la culture à partir d'un prélèvement local au laboratoire est l'examen de référence. **En l'absence de symptôme (dépistage) :** TAAN* sur prélèvement local (révision de la nomenclature envisagée). Le test combiné gonocoque-chlamydia est proposé par la HAS sur : 1er jet d'urines chez l'homme, auto-prélèvement vaginal, prélèvement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles.	Frottis cervico-utérin de dépistage du cancer du col à renouveler tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle.
RECOMMANDATIONS LÉGISLATION	> Recommandations ANAES 2003. > Avis sur les actes HAS 2010.	> Dépistage obligatoire de l'AgHBs au cours du 4e examen prénatal de la grossesse (6e mois de grossesse) pour la prévention de la transmission au nouveau-né. > Déclaration obligatoire anonymisée des hépatites B aiguës symptomatiques auprès de l'InVS [www.invs.sante.fr]. > Une vaccination contre le VHB doit être proposée aux personnes exposées au risque de transmission et n'ayant pas de marqueurs sérologiques d'hépatite B (voir calendrier vaccinal). > Recommandations diagnostiques ANAES 2001. > Recommandations de dépistage HAS 2011 (en cours).	Recommandations HAS : dépistage de la syphilis mai 2007. Dépistage obligatoire lors du 1er examen prénatal. Le dépistage est à répéter au 3e trimestre en cas de prise de risque lors d'un rapport sexuel par la femme ou le partenaire.	**Propositions HAS :** dépistage du gonocoque décembre 2010.	Vaccination contre certains HPV : > des jeunes filles de 14 ans ; > en rattrapage pour les femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapport sexuel ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle (voir calendrier vaccinal). La vaccination contre les HPV ne se substitue pas au frottis cervico-utérin de dépistage mais vient renforcer les mesures de prévention.

* Ce test n'est pas encore remboursé en mai 2011

Référence 15: Dépistage des IST, document pour les professionnels de santé, INPES 2011

1.5 PLUSIEURS ENQUETES DE GRANDE AMPLEUR SUR LE VIH

Plusieurs enquêtes nationales ont été réalisées ces dernières années en France sur la sexualité des français, leurs connaissances sur le VIH, et leurs pratiques de dépistage.

Grâce à la répétition de ces enquêtes de façon standardisée, l'évolution des résultats sur plusieurs années est visible, ce qui permet de mettre en évidence des tendances.

C'est le cas notamment des enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices face au VIH), réalisées en 1992, 1994, 1998, 2001, 2004 et 2010 (9) (10) par les pouvoirs de santé publique français. Elles fournissent aux pouvoirs publics, à intervalles réguliers, des informations leur permettant d'orienter les politiques de lutte contre le VIH/sida.

Elles sont réalisées par téléphone dans la population générale adulte vivant en France et en Ile-de-France, région particulièrement sensible au VIH. En 2010, 11 019 personnes ont été interrogées par téléphone (dont 8608 franciliens), 3 groupes ont été formés : les 18-30 ans ayant débuté leur sexualité après l'apparition des traitements antirétroviraux, les 31-44 ans ayant débuté leur sexualité avec le SIDA mais sans traitements, les 45-54 ans ayant débuté leur sexualité avant « les années SIDA ».

Egalement, les enquêtes Baromètre Santé organisées par les ORS et l'INPES constituent des outils épidémiologiques intéressants permettant la mise en œuvre d'actions par les pouvoirs publics et leur évaluation. Elles sont réalisées par téléphone sur échantillon aléatoire représentatif de la population. L'édition 2010 (11) se consacre en particulier aux jeunes de 15 à 25 ans du Pays de la Loire et à leur vie affective et sexuelle.

A plus petite échelle, l'IFOP et Bilendi, en partenariat avec SIDACTION (12), publient chaque année depuis 2009, les résultats sur les connaissances de l'infection VIH, l'utilisation du préservatif et les pratiques de dépistages d'un échantillon représentatif de jeunes de 15-25 ans. Ceux-ci sont sollicités par auto-questionnaires en ligne.

Chaque année depuis 2004, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le SIDA du 1er décembre, la mutuelle étudiante LMDE (13) s'associe aux différents syndicats des étudiants (CNOUS, CROUS, UNEF et UNL) pour mener différentes actions d'information sur le VIH. Des questionnaires sont distribués à l'ensemble des étudiants présents lors de cette journée. En 2015 ils étaient 4321 jeunes âgés de 16 à 30 ans à y avoir participé.

1.5.1 PRINCIPAUX CONSTATS DE CES ENQUETES : SPECIFICITE DES JEUNES

❖ Idées erronées sur le VIH

La répétition des enquêtes KABP (10) a permis de mettre en évidence des évolutions particulièrement contrastées chez les jeunes depuis 2004 par rapport au VIH. L'édition 2010 (9) met l'accent sur les 18-30 ans. Ils ont commencé leur sexualité après l'arrivée des traitements contre le VIH, dans un contexte différent où la maladie est moins visible. Ils sont de moins en moins nombreux à connaître une personne séropositive et la maladie n'est plus aussi présente dans l'agenda médiatique.

Ce sont eux qui maitrisent le moins bien les modes de transmission du VIH, et ont le plus d'idées reçues. Ils sont les plus nombreux à croire possible la contamination par le VIH par une piqure d'insecte ou dans les toilettes publiques. Leur niveau de connaissance ne cesse de décroître depuis 1992.

❖ Relâchement de l'utilisation du préservatif au cours de la vie sexuelle

L'enquête KABP 2010 (9) met aussi en évidence une baisse de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, sans lien avec le fait d'avoir réalisé ou non un dépistage. Cette diminution est plus marquée là encore chez les 18-30 ans. Ils sont aussi les plus nombreux à s'interroger sur l'efficacité du préservatif et à croire possible la transmission du virus malgré son utilisation

Ce constat est aussi fait par la LMDE (13). En 2012, seulement 57% des jeunes interrogés disaient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Parmi ceux qui n'en avaient pas utilisé, seulement 14% disaient que c'était parce qu'ils avaient réalisé un dépistage du VIH.

La durée d'utilisation du préservatif avec un même partenaire apparaît très variable selon l'IFOP (12). En 2013, 20% des jeunes déclaraient arrêter le préservatif après un mois de relation stable, 6% après une semaine, 38% après 6 mois et 28% jamais.

Les multipartenaires étaient moins nombreux à utiliser un préservatif lors de nouvelles relations d'après l'enquête Baromètre Santé Jeunes (11) (77 contre 90% des jeunes ayant un seul partenaire).

❖ Un recours au dépistage fluctuant

Les structures de dépistage spécifiques ne sont pas assez visibles, la connaissance d'un CDAG à proximité baisse au fil des enquêtes de la LMDE (13) (47% en 2008 contre 35% en 2012). Ces structures sont aussi assez peu utilisées par les jeunes, 19,5% des étudiants s'y étaient déjà rendus d'après la LMDE en 2012 (13).

Le taux de réalisation de dépistage du VIH varie selon les enquêtes, pour la LMDE le taux record date de 2011 (47%).

Le recours au dépistage est en baisse chez les jeunes multipartenaires (21-25 ans) par rapport aux 26-54 ans d'après l'Enquête Baromètre Santé jeunes (11).

1.6 OBJECTIFS DE L'ETUDE

30 ans après le premier spot publicitaire sur le préservatif et la baisse significative des infections sexuellement transmissibles, on constate une stagnation de l'infection à VIH en France et une augmentation nette et constante des autres infections sexuellement transmissibles.

Certaines avaient même disparu, telles que la syphilis ou la LGV, mais connaissent une croissance quasi exponentielle depuis peu.

Comment expliquer ces tendances ?

❖ Les jeunes : un public particulièrement sensible

Les jeunes adultes sont les plus touchés par les IST. Le nombre de cas ne cesse d'augmenter que ce soit chez les homosexuels ou les hétérosexuels, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Les conséquences sur la fertilité peuvent être majeures.

Les 18-30 ans ont commencé leur sexualité après l'arrivée des traitements contre le VIH et ont une moindre visibilité de cette maladie. Pour eux, il s'agit d'une « maladie fantôme », qui ne représente plus une fatalité.

Ils maitrisent moins bien les modes de transmission du VIH, et ont plus d'idées reçues. Le niveau de connaissance ne cesse de décroître. Ils sont plus nombreux à s'interroger sur l'efficacité du préservatif et à croire possible la transmission du virus malgré son utilisation.

Les conséquences sont notables puisque on observe un relâchement des comportements de prévention très marqué chez les jeunes, les rapports non protégés augmentent et le recours au dépistage du VIH baisse.

❖ Vers un relâchement de l'utilisation systématique du préservatif au cours de la vie sexuelle…

Toutes les enquêtes convergent vers ce constat, qui tend à s'accentuer ces dernières années. Comment expliquer ce phénomène ? La moindre visibilité de la maladie y est sûrement pour beaucoup mais cela suffit-il à l'expliquer ? Quels sont les freins aujourd'hui à l'utilisation du préservatif ?

❖ … associé à une utilisation imparfaite du préservatif

Il a été mis en évidence par les réseaux de surveillance épidémiologiques que les rapports anaux et oro-génitaux étaient insuffisamment protégés parmi les cas diagnostiqués d'IST.

De même, les jeunes ayant fait appel à Sida Info Service (14) à la suite de prise de risque reconnaissaient ne pas se protéger pour la pénétration anale ou la fellation.

Il n'existe pas de données à ce sujet à grande échelle dans la population générale. Comment expliquer ce phénomène ? S'agit-il d'un défaut d'information sur les mécanismes de transmission du VIH et des IST ? Dans la population générale française, comment le préservatif est-il utilisé en dehors de toute notion de prise de risque antérieure, selon le type de rapport sexuel ?

❖ Le dépistage du VIH reste insuffisant notamment chez les multipartenaires

Les CDAG semblent peu fréquentés par les jeunes. Quels sont les obstacles rencontrés par les jeunes dans l'accès au dépistage ? S'agit-il d'un manque d'information ou de disponibilité ?

❖ Quasiment pas de données sur les IST autres que le VIH

Alors qu'on assiste à une recrudescence des IST depuis quelques années, l'état des connaissances sur les IST n'est pas étudié dans les enquêtes à échelle nationale. Quelques mémoires et thèses, ont été réalisés et mettent en évidence que les IST ne sont pas connues du jeune public, mais l'on ne peut extrapoler les résultats.

Il semble intéressant d'étudier la question dans notre région, où les IST y sont présentes et en augmentation comme dans le reste de la France.

L'objectif principal de ce travail est :

1) D'établir l'état des connaissances sur les IST des adultes de moins de 30 ans consultant en médecine générale, et d'identifier leurs lacunes afin de permettre au médecin généraliste d'exercer une prévention efficace.

2) D'établir quels sont les freins à une utilisation systématique et efficace du préservatif, et les freins à un recours plus fréquent au dépistage.

L'objectif secondaire de ce travail est de mettre en évidence ou non d'éventuels facteurs pouvant influencer ces résultats (âge, sexe, niveau socio-professionnel, niveau d'étude, information préalable…) afin de permettre au médecin généraliste de dispenser un message éducatif plus adapté au profil du patient.

2. MÉTHODES

❖ Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée au sein de 5 cabinets de médecine générale, basée sur des données déclaratives obtenues par auto-questionnaires.

❖ Lieux de recueil

Le questionnaire a été distribué dans 5 cabinets de médecine générale situés en Haute-Normandie, mes anciens lieux de stages d'internat. Un était situé en milieu urbain (à Rouen), deux étaient situés en milieu semi-urbain (Pavilly et Rouxmesnil-Bouteilles), et deux en milieu rural (Nassandres et Perriers-Sur-Andelle)

❖ Le questionnaire

Il comprenait quatre parties (cf. annexes) :

- 1/ Caractéristiques démographiques,
- 2/ Sexualité et utilisation du préservatif,
- 3/ Recours au dépistage,
- 4/ Connaissances sur le VIH et les IST.

Il a été distribué à tous les patients âgés de 18 à 30 ans, quel que soit le motif initial de la consultation.

Les patients ont rempli seuls les questionnaires et les ont déposés au médecin sous enveloppe fermée. Ces enveloppes m'ont ensuite été remises de manière à garantir l'anonymat des répondants.

Quelques semaines auparavant, le questionnaire avait été testé avec une dizaine de patients âgés de 15 à 30 ans lors de consultations avec moi-même, ceci me permettant de vérifier avec eux la clarté des questions.

Je n'ai pu recueillir sur un mois qu'un seul questionnaire de patient mineur. Le jeune en question s'était retrouvé en difficulté face à mes questions car il n'avait eu qu'un seul rapport sexuel et ne savait comment répondre à la partie « sexualité ». Il est donc apparu que ce questionnaire ne serait pas pertinent concernant les plus jeunes (moins de 18 ans).

Ces questionnaires ont été distribués par les médecins sur une période de six mois (de juin 2015 à décembre 2015) et 5 ont été exclus en raison de données manquantes trop importantes.

Sur avis du département de Médecine Générale de la faculté de Rouen, ce questionnaire n'a pas été présenté au Comité d'Ethique, cela n'ayant pas été jugé nécessaire.

❖ Score de connaissances

La dernière page du questionnaire comprend 17 questions pour lesquelles les possibilités de réponses sont « vrai », « faux », ou « ne sait pas ».

Il est établi un « taux de bonnes réponses » correspondant au nombre de réponses exactes sur 17.

Et il est établi un « taux de réponses inconnues » correspondant au nombre de réponses « ne sait pas » sur 17.

❖ Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au site internet www.biostattgv.com. Pour les données qualitatives, les tests de Chi 2 et de Fisher (lorsque les effectifs étaient trop faibles) ont été les plus utilisés.

Pour les données quantitatives, de la partie « score de connaissance », les tests de Student et de Kruskall Wallis ont été utilisés.

Les résultats ont été considérés comme significatifs lorsque $p < 0,05$.

Pour chaque item, les différentes réponses ont été étudiées selon les facteurs suivants :

- Le sexe
- L'âge
- Le cadre de vie (rural / semi-urbain / urbain)
- La situation professionnelle (sans emploi / étudiants / en activité)
- Le niveau d'études
- L'information préalablement reçue au sujet du VIH et des IST
- Le sentiment d'information par rapport aux IST

Les niveaux d'études ont été définis selon les critères du Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (15) (*Référence 16*) :

Années après le Bac	Titre du diplôme	Niveau de diplôme
-	CAP, BEP	Niveau V
Bac	Baccalauréat	Niveau IV
Bac + 2	DEUG, BTS, DUT, DEUST	Niveau III
Bac + 3	Licence, Licence LMD, licence professionnelle	Niveau II
Bac + 4	Maîtrise, master 1	Niveau II
Bac + 5	Master, DEA, DESS, diplôme d'ingénieur	Niveau I
Bac + 8	Doctorat, habilitation à diriger des recherches	Niveau I
Dispenses de titres	Mère ou père de trois enfants, sportifs de haut niveau	

***Référence 16** : Classification des niveaux de diplômes selon le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche*

L'INSEE (16) précise l'existence d'un Niveau VI, correspondant à l'absence de diplôme ou au Brevet des Collèges.

Les différents emplois des répondants ont été classés par domaine d'activité selon les données de l'ONISEP (17).

Le cadre de vie « rural » a été défini comme le fait de résider dans une commune n'appartenant pas à une Unité Urbaine définie selon les critères de l'INSEE (18). Le cadre de vie « semi-urbain » a été défini comme le fait de résider dans une commune appartenant à une Unité Urbaine mais ayant gardé certaines activités et caractéristiques rurales.

❖ Présentation des résultats

Par soucis de clarté, les résultats n'ayant pas mis en exergue de différences pertinentes ne seront pas développés dans la suite de ce travail mais seront disponibles si demandés par le jury.

3. RÉSULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

3.1.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nous avons pu valider au total 127 questionnaires. Le taux de remplissage était de 97,9%. Les caractéristiques des répondants sont présentées dans le *Tableau 1* et le *Tableau 2* , et dans la *Figure 1*.

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON		
lieux d'obtention des questionnaires		
	n	%
rouxmesnil-bouteilles	39	31%
rouen	21	17%
pavilly	7	6%
perriers sur andelle	37	29%
nassandres	23	18%
âge		
	n	%
18-20 ans	30	24%
21-25 ans	63	50%
26-29 ans	33	26%
non réponse	1	1%
sexe		
	n	%
hommes	60	47%
femmes	67	53%
contraception		
	n	%
aucune	11	16%
pilule	44	66%
implant	4	6%
stérilet	5	7%
anneau vaginal	2	3%
non réponse	1	1%
orientation sexuelle		
	n	%
hétérosexuelle	118	95%
homosexuelle	3	2%
bisexuelle	3	2%
pays d'origine		
	n	%
France	123	97%
pays étrangers	3	2%
non réponse	1	1%

***Tableau 1** : Caractéristiques générales de l'échantillon*

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON		
cadre de vie		
	n	%
rural	53	42%
semi -urbain	27	21%
urbain	45	35%
non réponse	2	2%
Situation professionnelle		
	n	%
sans emploi	13	10%
étudiant	37	29%
en activité	77	61%
niveau d'études (cf : annexe A)		
	n	%
niveau VI	6	5%
niveau V	34	27%
niveau IV	37	29%
niveau III	16	13%
niveau II	13	10%
niveau I	21	17%

***Tableau 2** : Caractéristiques socio-culturelles de l'échantillon*

Les répondants travaillaient dans divers secteurs d'activité, dont 22 (17%) dans le domaine de la santé.

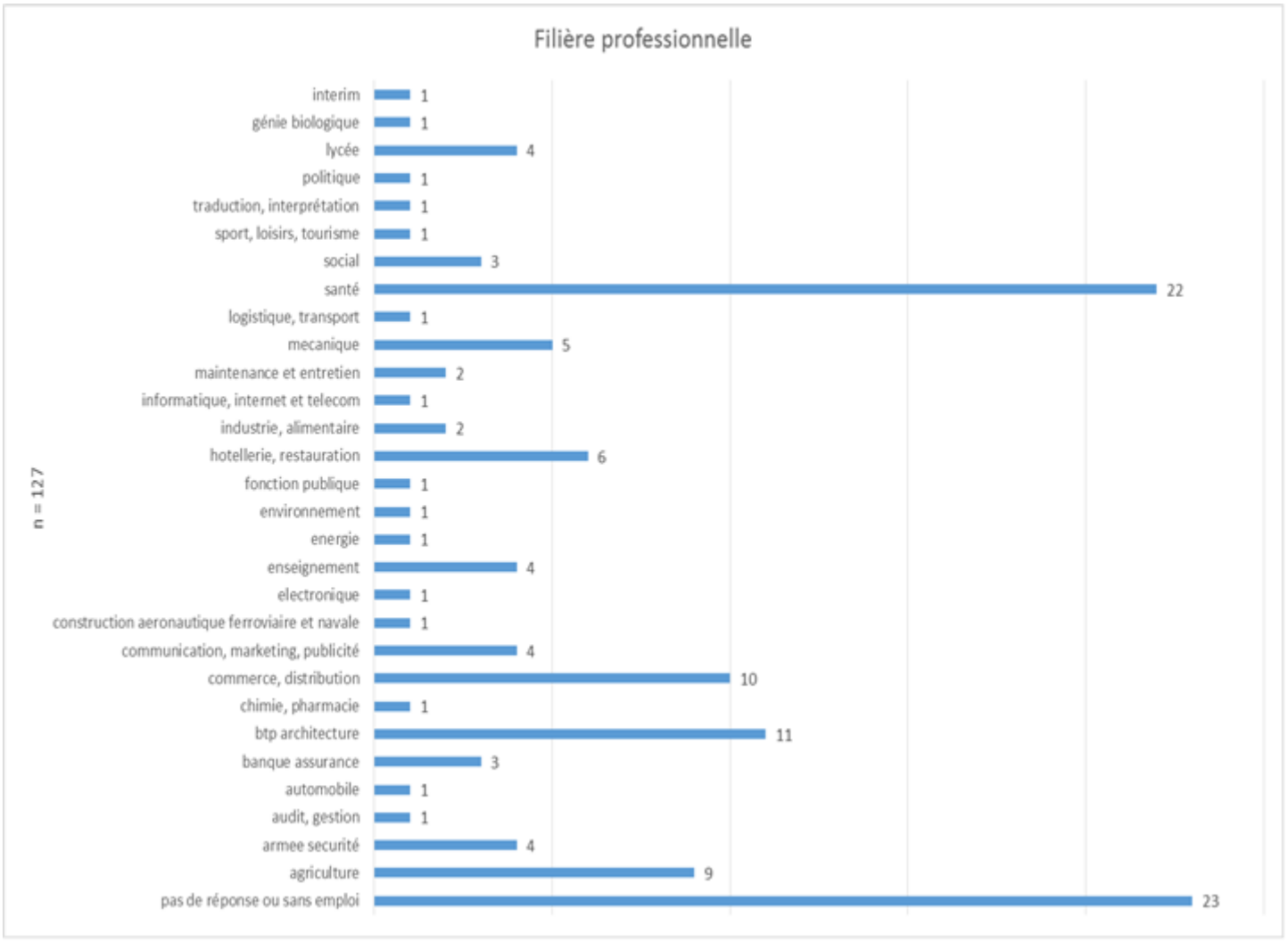


***Figure 1** : Filière professionnelle des répondants*

3.1.2 INFORMATION REÇUE SUR LE VIH ET LES IST

La majorité des répondants avait déjà reçu une information sur le VIH et les IST : 37 (soit 29%) une seule fois et 86 (soit 68%) plusieurs fois.

4 répondants sur 127 déclaraient n'avoir jamais reçu d'information à ce sujet. Il s'agissait des moins diplômés : 3 avait un niveau Bac, 1 avait un niveau inférieur au Baccalauréat.

Les « sans emploi » avaient reçu moins souvent des informations : ils étaient 31% à avoir reçu plusieurs fois une information contre 78% des étudiants et 68% de ceux en activité *(p < 0,005* ; *Figure2).*

Les plus jeunes semblaient bénéficier d'une information répétée : les 18-20 ans étaient 77% à avoir reçu plusieurs fois une information contre 58% des 26-29 ans, (*différence non significative ; Figure 3*).

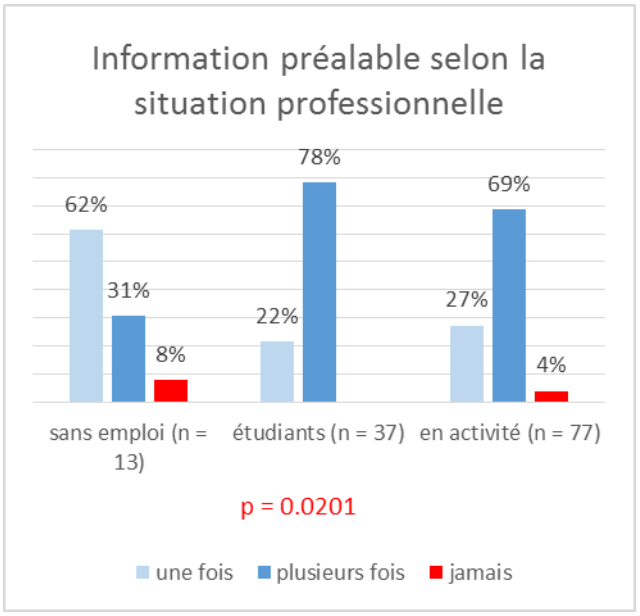


***Figure2*: Information préalable et situation professionnelle**

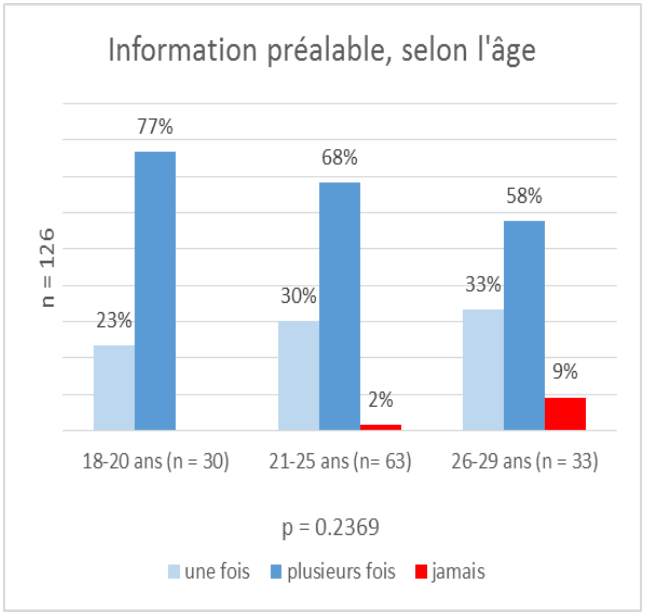


***Figure 3* : information préalable selon l'âge**

Ces informations étaient délivrées majoritairement par les structures scolaires (87%), puis par les parents (30%) et le médecin traitant (31%). (*Figure 4*) Dans l'ensemble, il n'a pas été mis en évidence de franches différences entre les vecteurs d'information selon le sexe, l'âge, le sentiment d'information, ou les caractéristiques socio-démographiques.

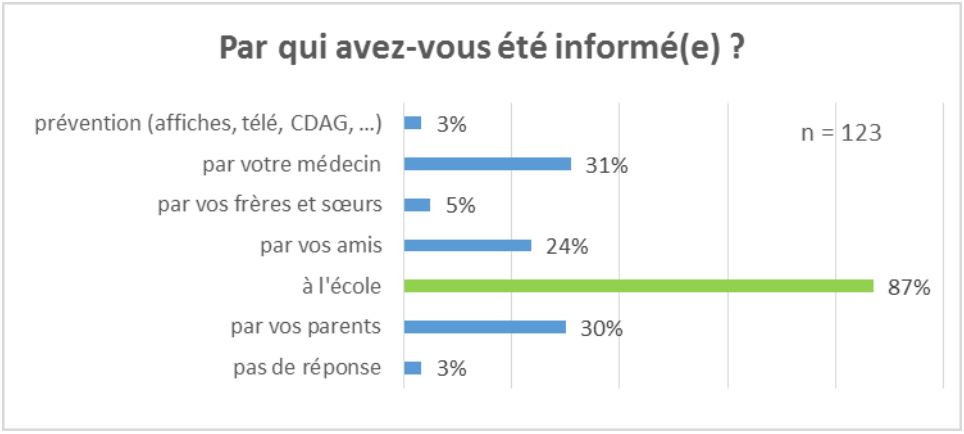


***Figure 4* : Vecteurs d'information**

3.1.3 SENTIMENT D'INFORMATION

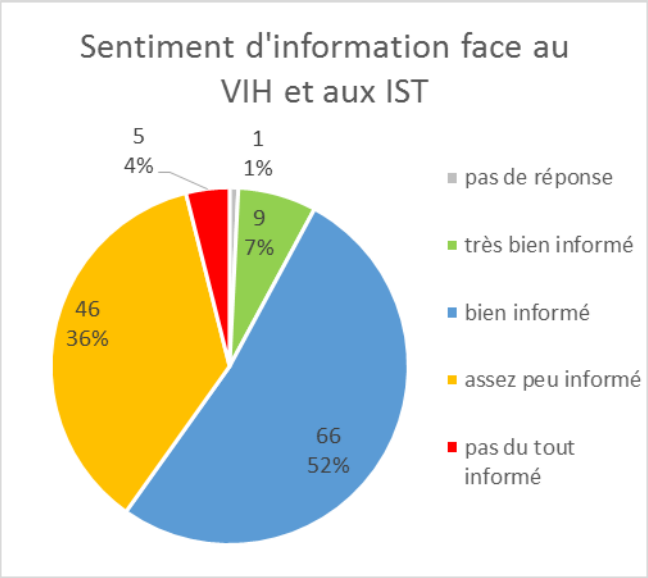


Figure 5 : Sentiment d'information face au VIH et aux IST

L'information préalable était significativement liée à un bon sentiment d'information : Les jeunes ayant reçu plusieurs fois une information étaient trois fois plus nombreux à se sentir « bien informé » par rapport à ceux n'ayant reçu qu'une seule information (67% contre 22%, *p < 0,0001 ;* ***Figure 6***). Aucun ne se déclarait comme « pas du tout informé ».

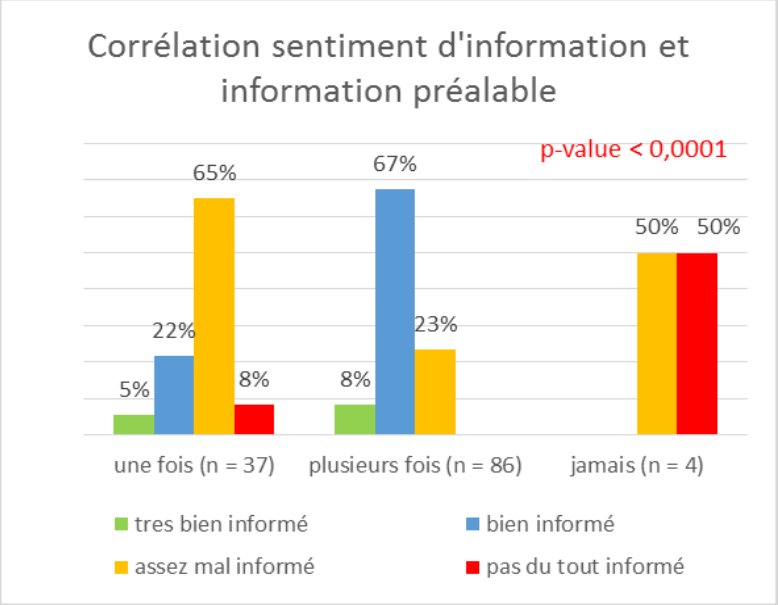


Figure 6 : Influence de l'information préalable sur le sentiment d'information face au VIH et aux IST

Au vu du *Tableau 3*, le sentiment d'information semblait dépendre :

- Du sexe : Les hommes étaient 47% à se sentir « assez peu informés » contre 27% des femmes (*p < 0,05*).

- De l'âge : Les plus jeunes étaient presque le double à se sentir bien informés par rapport à leurs ainés, cette différence n'était pas significative (63% des 18-20 ans contre 36% des 26-29 ans).

- Du niveau d'études : Les jeunes ayant fait des études supérieures se sentaient majoritairement « bien informés », A l'inverse des niveaux V et VI qui étaient 53% à se sentir « assez mal informés » (*p < 0,05).* Les jeunes de niveaux Bac étaient très à l'aise, et étaient le plus représentés parmi les « très bien informés » *(p < 0,01).*

SENTIMENT D'INFORMATION, INFLUENCES …				
… selon le sexe				
	tres bien informé	bien informé	assez bien informé	pas du tout informé
femmes (n = 67)	10%	55%	27%	6%
hommes (n = 60)	3%	48%	47%	2%
p	0.1700	0.437	0.0204	0.3688
… selon l'âge				
	très bien informé	bien informé	assez peu informé	pas du tout informé
18-20 ans (n = 30)	10%	63%	27%	0%
21-25 ans (n= 63)	6%	54%	33%	5%
26-29 ans (n = 33)	6%	36%	52%	6%
p	0.8161	0.0879	0.0937	0.4225
… selon le niveau d'études				
	très bien informé	bien informé	assez peu informé	pas du tout informé
niveau I et II (n = 34)	0%	65%	29%	6%
niveau III (n = 16)	6%	75%	19%	0%
niveau IV (n = 37)	19%	41%	32%	5%
niveau V et VI (n = 40)	3%	43%	53%	3%
p	0.0076	0.0295	0.0546	0.8050

***Tableau 3** : Sentiment d'information selon le sexe, l'âge et le niveau d'études*

3.2 ATTITUDES SEXUELLES

3.2.1 UTILISATION DU PRESERVATIF AU PREMIER RAPPORT SEXUEL

L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 16,7 ans (minimum 12 ans et maximum 25 ans).

Ils étaient 112 sur 124 soit 90 % à avoir utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel. Les raisons citées pour justifier la non utilisation du préservatif au premier rapport étaient diverses (*Tableau 4*).

Raisons citées pour justifier le non recours au préservatif lors du premier rapport sexuel	
non réponse	3
"je n'en avais pas"	1
"mon/ma partenaire avait fait un dépistage"	2
"trop pressés"	1
rapport lesbien	1
premier rapport sexuel pour les deux partenaires	3
"pas pensé"	1
total	*12*

***Tableau 4** : Raisons citées justifiant la non protection du premier rapport sexuel*

Le sentiment d'information était significativement lié au fait d'avoir protégé le premier rapport sexuel (comme le montre la *Figure 7*) :

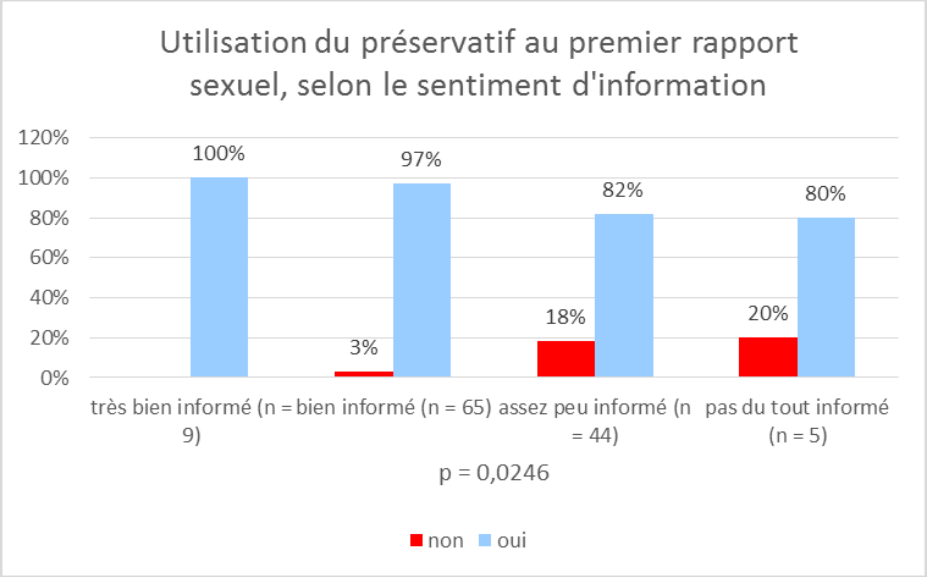


***Figure 7** : Protection du premier rapport sexuel selon le sentiment d'information face au VIH et aux IST*

3.2.2 UTILISATION DU PRESERVATIF ACTUELLEMENT

105 répondants sur 124 avaient des rapports sexuels au moment de l'enquête.

- 103 sur 105 avaient un partenaire sexuel régulier.

72 d'entre eux, soit 70%, n'utilisaient pas de préservatifs avec ce partenaire régulier. Ceci était plus marqué chez les plus âgés : 71% des 26-29 ans contre 50% des 18-20 ans (*p = 0,005*). Seulement 47 sur 72 avaient réalisé un test de dépistage.

- Sur 105 répondants sexuellement actifs, 6 disaient avoir eu plus de 2 partenaires dans l'année. 2 d'entre eux seulement disaient utiliser le préservatif.

3.2.3 UTILISATION DU PRESERVATIF AVEC UN NOUVEAU PARTENAIRE

Concernant les rapports sexuels avec un nouveau partenaire, l'utilisation du préservatif n'était pas systématique, puisqu'il était « toujours » utilisé chez 69 % des interrogés et « souvent » utilisé pour 23% d'entre eux, (*Figure 8*).

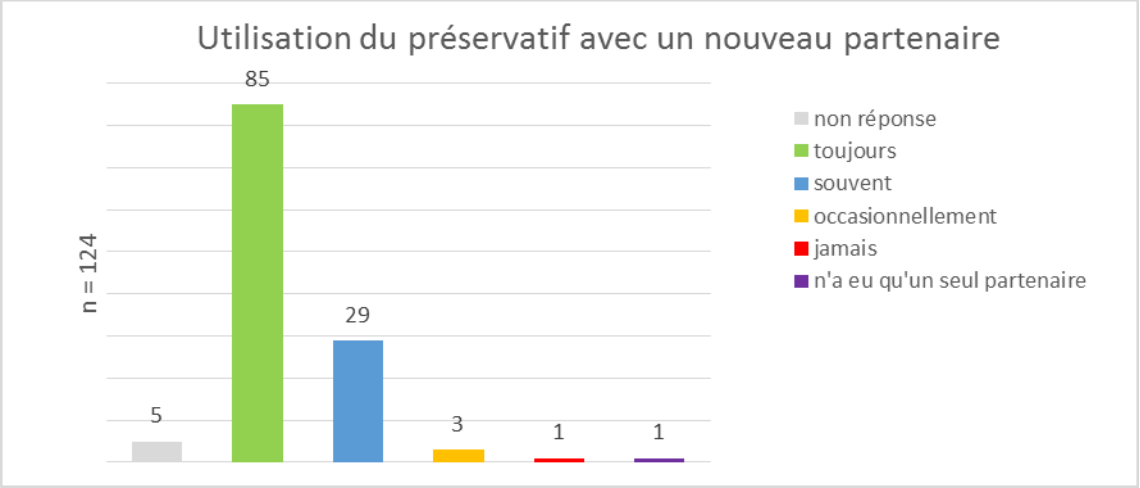


***Figure 8* : Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire**

Les hommes avaient tendance à plus utiliser systématiquement le préservatif (72% contre 65% des femmes, *p < 0,05* ; *Figure 9*).

Les répondants habitant en milieu rural étaient plus nombreux à utiliser systématiquement le préservatif (77% contre 60% des urbains, *p < 0,05* ; *Figure 10*).

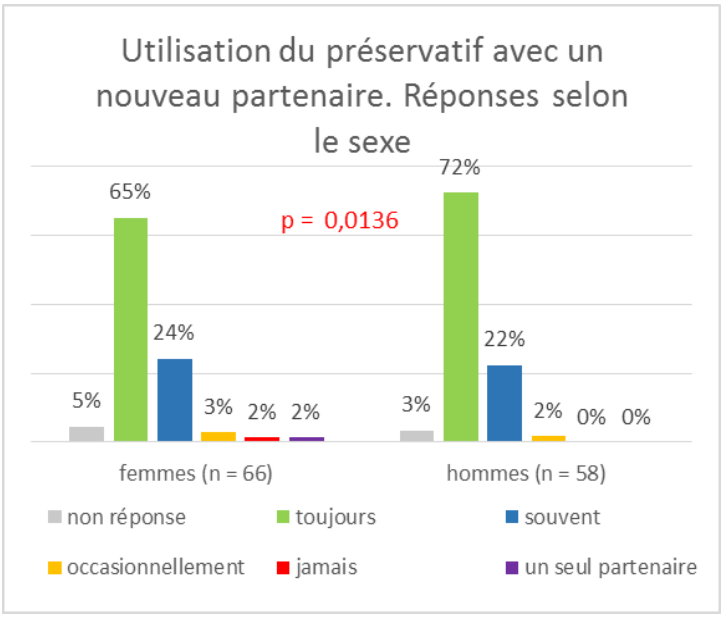


***Figure 9** : Genre et utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire.*

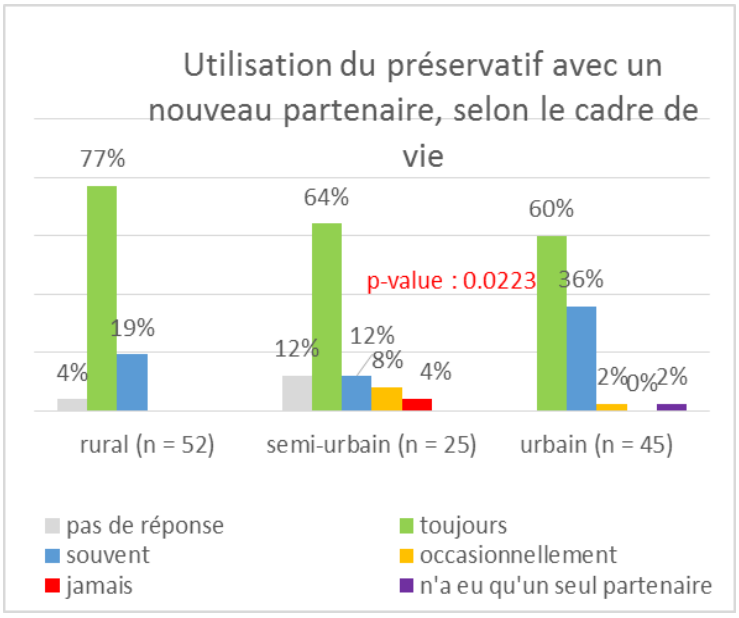


***Figure 10** : Cadre de vie et utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire*

Le sentiment d'information apparaissait lié à une meilleure utilisation du préservatif : les jeunes se sentant les plus mal informés étaient les plus nombreux à déclarer utiliser « occasionnellement » le préservatif (20%) voire à ne « jamais » l'utiliser (20%) (*p< 0,01 ; Figure 11*).

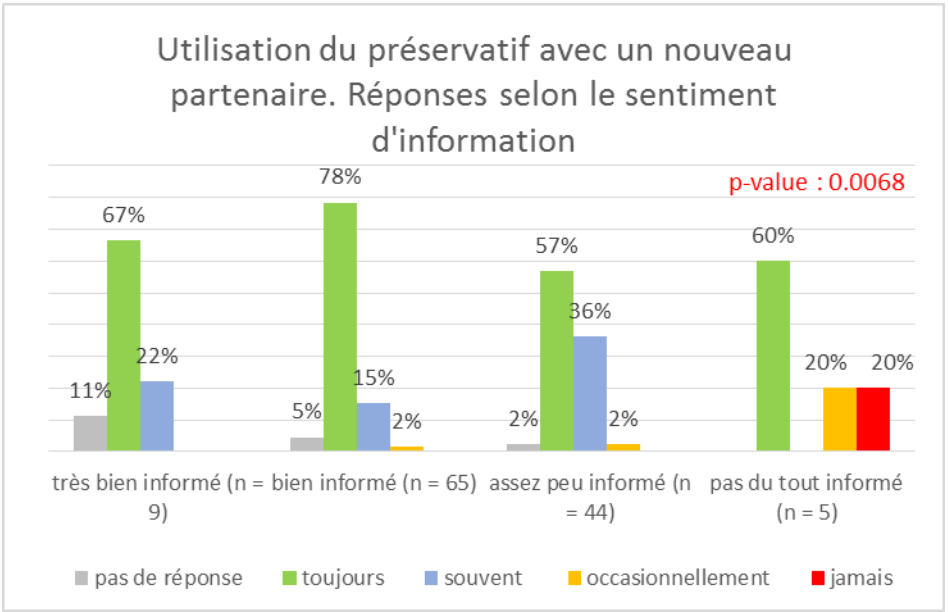


***Figure 11** : Sentiment d'information et utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire*

L'utilisation du préservatif variait selon la pratique sexuelle. Par rapport à la pénétration vaginale, la fellation n'était quasiment jamais protégée (70% contre 13% pour la pénétration vaginale, *p < 0,0001 ;* *Tableau 5* ; *Figure 12*). La pénétration anale était quant à elle assez peu pratiquée par les répondants avec un nouveau partenaire.

Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire, variations selon la pratique sexuelle							
	pas de réponse	toujours	souvent	occasionnellement	jamais	ne pratique pas	*p*
pénétration vaginale	5	59	24	15	16	5	p < 0,0001
pénétration anale	8	19	6	8	13	70	
fellation	6	8	6	6	88	10	

***Tableau 5** : Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire selon la pratique sexuelle*

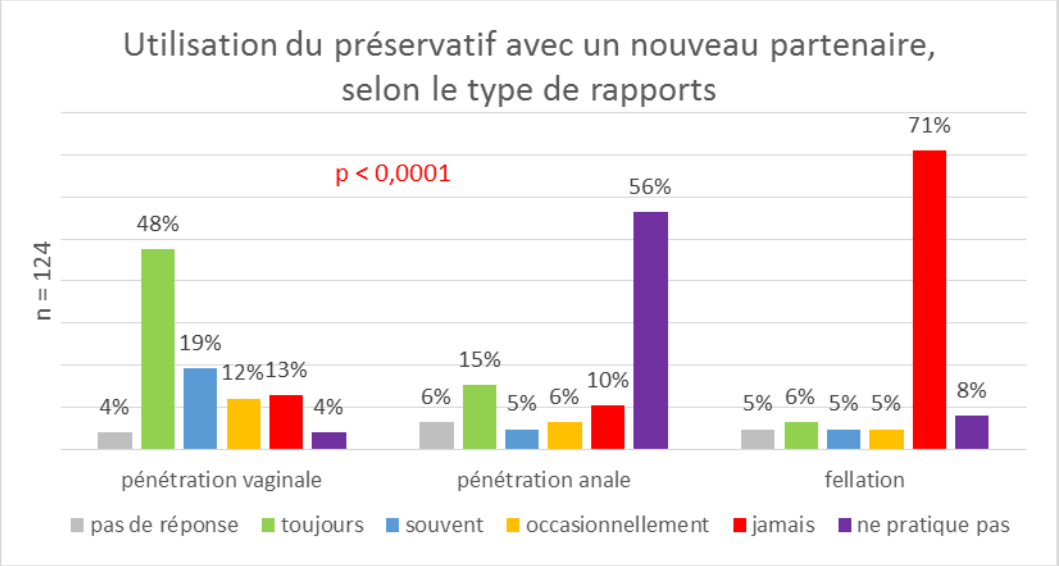


***Figure 12** : Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire selon la pratique sexuelle*

Le fait de connaître le mode de transmission des IST par contact oro-génital semblait influencer l'utilisation du préservatif lors de la fellation : ils étaient plus nombreux à ne « jamais » utiliser le préservatif mais étaient également plus nombreux à « toujours » l'utiliser (*p< 0,01 ; Figure 13*).

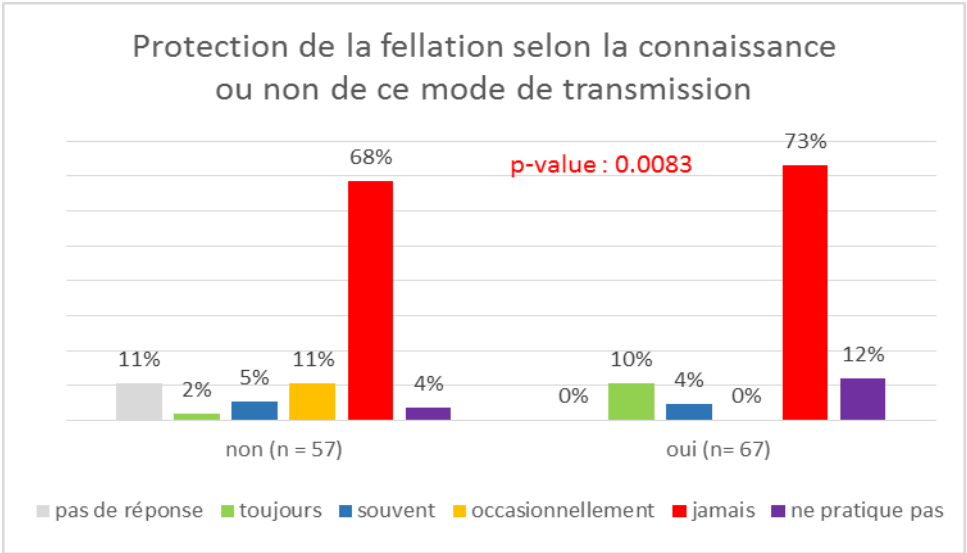


***Figure 13** : Protection de la fellation selon la connaissance ou non de ce mode de transmission des IST*

3.2.4 COMMUNICATION AVEC LE PARTENAIRE AU SUJET DU VIH ET DES IST

63% des répondants ne communiquaient pas ou très peu avec leur partenaire au sujet des IST. (*Figure 14*).

Les femmes étaient significativement plus communicantes que les hommes. Elles étaient 48% à communiquer « toujours » ou « souvent » contre 23% des hommes (*p < 0,005* ; *Figure 16*).

Les jeunes se sentant bien informés étaient 16% à « toujours » communiquer avec leur partenaire contre 4% de ceux se sentant mal informés (*p< 0,05 ; Figure 15*).

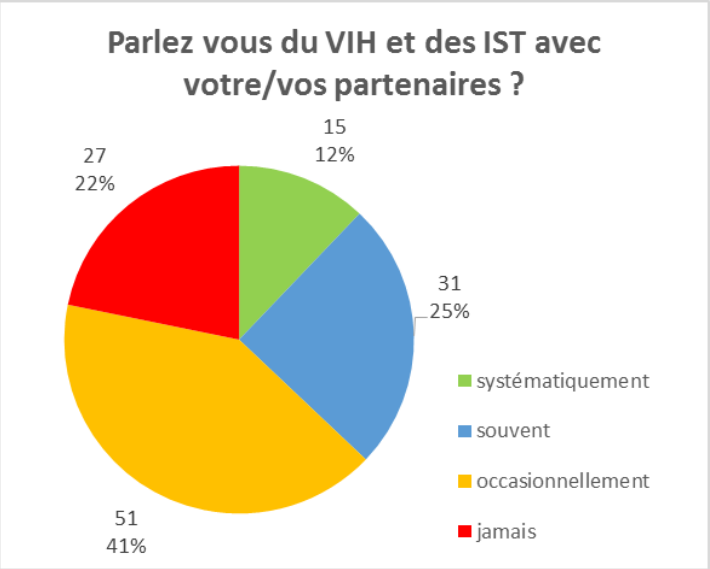


***Figure 14** : Communication avec le partenaire*

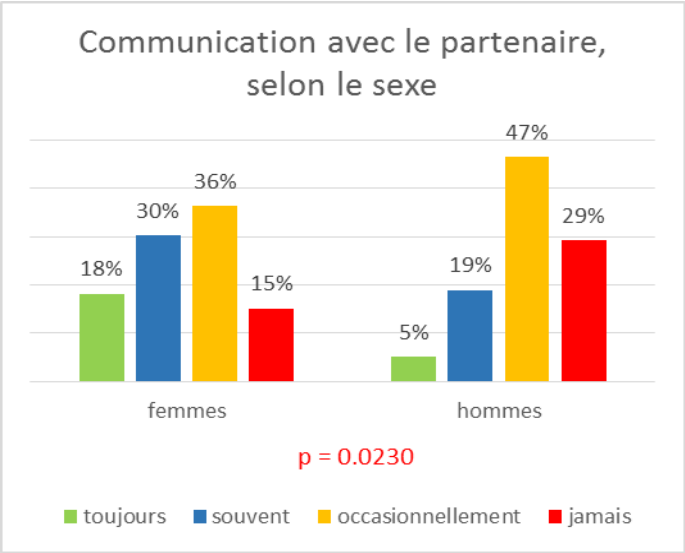


***Figure 16** : Communication avec la partenaire selon le sexe*

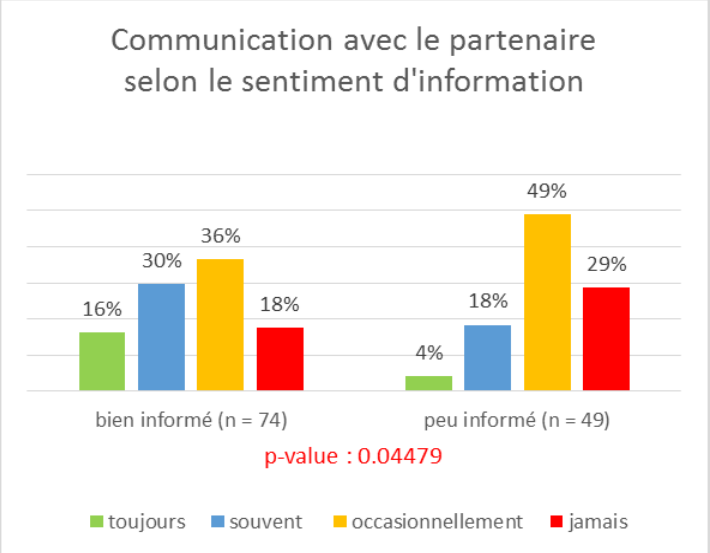


***Figure 15** : Sentiment d'information et communication avec partenaire*

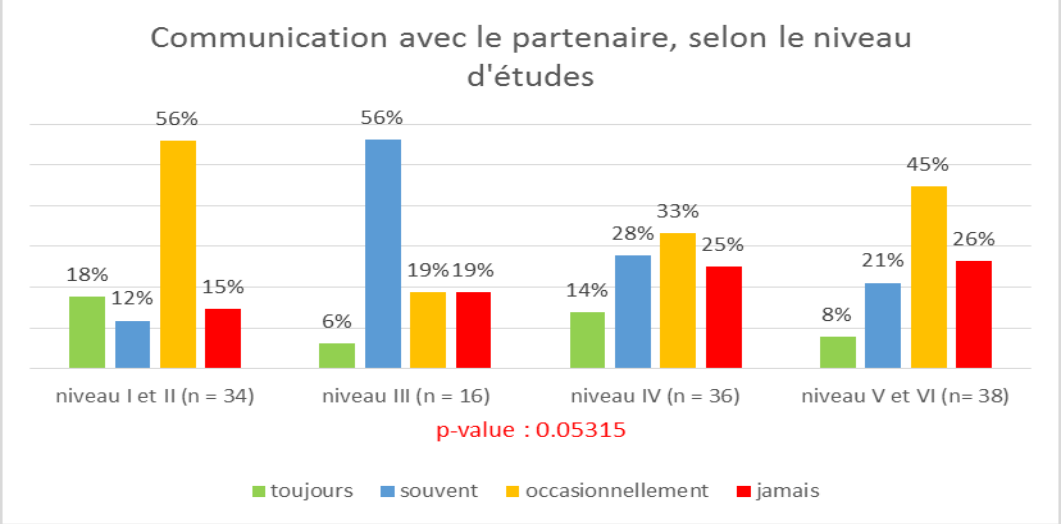


***Figure 17** : Niveau d'études et communication avec le partenaire*

3.2.5 DEFINITION D'UN « RAPPORT SEXUEL A RISQUE »

❖ Définition d'après les répondants (*Figure 18*)

Le fait de ne pas « protéger » le rapport et de ne pas utiliser de préservatif pour ce rapport constituait une prise de risque pour 36% et 27% des répondants. Certains précisaient que cela dépendait du type de rapport, comme « avoir un rapport anal non protégé » (1%) ou « une fellation non protégée » (2%).

Pour 10% des répondants, le risque était de « contracter une maladie ».

Pour 11% des répondants, le risque était plus celui de la grossesse (8%) que de la maladie. 3% pensaient que le rapport était à risque s'il était réalisé « sans contraception ».

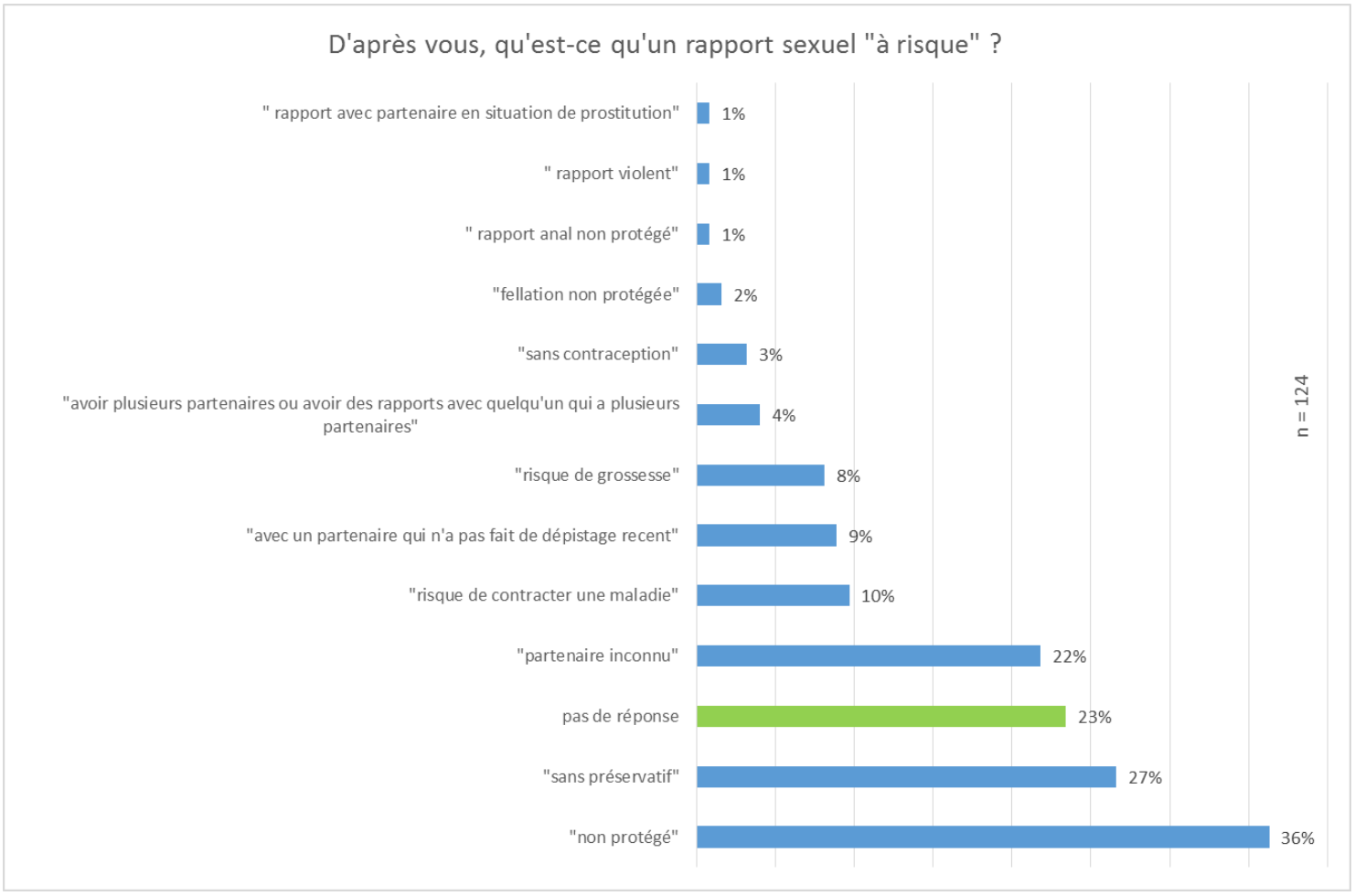


***Figure 18** : Définition d'un "rapport sexuel à risque" selon les répondants*

❖ Ils étaient 69 (soit 48%) à déclarer avoir déjà « pris un risque ».

Ceux-ci étaient aussi un peu plus nombreux à savoir que les rapports anaux sont à risque de transmission des IST, 73% contre 63% de ceux se déclarant n'avoir jamais pris de risque, mais cette différence n'était pas significative *(p = 0,2664*). Il en était de même pour la fellation (51% contre 48%, p = 0,449).

La réalisation d'un dépistage n'était pas liée significativement à un comportement à risque antérieur (*Figure 19*). D'ailleurs, 44% de ceux pensant avoir déjà pris un risque ne s'étaient jamais fait dépister.

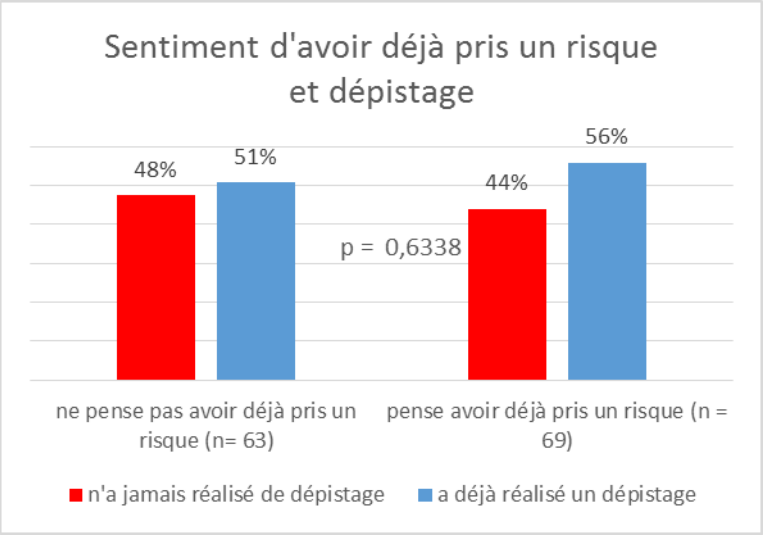


Figure 19 : Prise de risque et dépistage

On observe une différence significative d'utilisation du préservatif lors de la pénétration vaginale chez ceux déclarant avoir déjà pris un risque. Ils étaient moins nombreux à l'utiliser « toujours » (41% contre 54%), et aussi moins nombreux à ne « jamais » l'utiliser (7% contre 17%). En revanche, ils déclaraient l'utiliser plus « souvent » (29% contre 11%; *Figure 20*).

Ces différences n'ont pas été retrouvées concernant l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale ou la fellation.

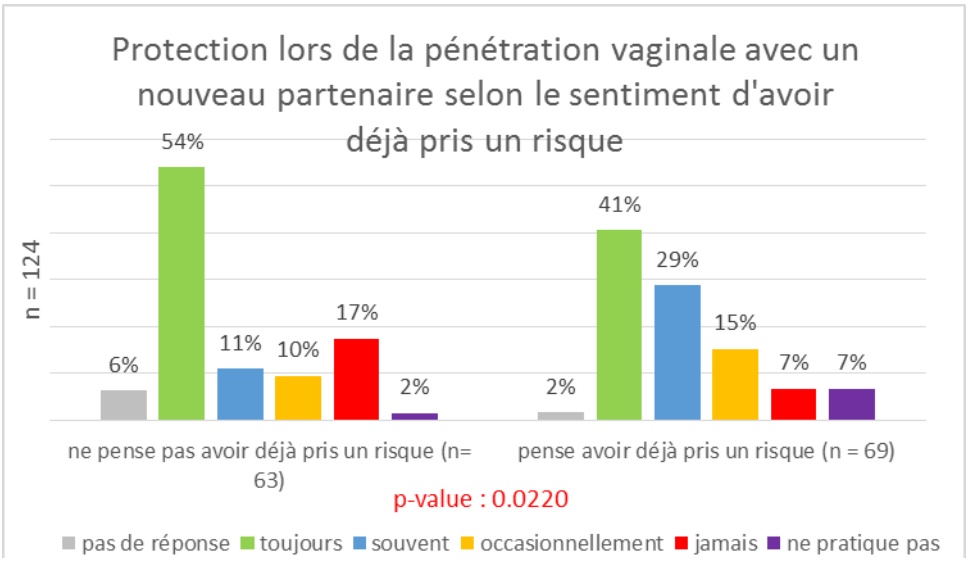


Figure 20 : Prise de risque antérieure et protection de la pénétration vaginale avec un nouveau partenaire

3.2.6 ANTECEDENT D'IST

10 répondants sur 124 déclaraient avoir déjà contracté une IST. La majorité (8/10) disait en avoir informé leur(s) partenaire(s).

Il n'a pas été mis en évidence, sur ce faible effectif, de lien entre avoir un antécédent d'IST et l'âge, le sexe, le niveau d'étude, l'information préalable ou le sentiment d'information.

Infections citées chez les 10 répondants ayant déjà eu une IST	
ne sait plus	1
non réponse	2
herpes	2
vih	1
hépatites A et B	1
gardnerella	1
chlamydia	2
gonocoque	1
mycose	2

***Tableau 6** : Antécédents d'IST*

3.3 PRATIQUES DE DEPISTAGE

3.3.1 CONNAISSANCES DES REPONDANTS SUR LES LIEUX DE DEPISTAGE

Les répondants étaient 54% à citer le médecin traitant comme professionnel pouvant réaliser un dépistage, plaçant celui-ci devant les structures spécifiques tels que les CDAG et CIDDIST (19%) (*Figure 21*).

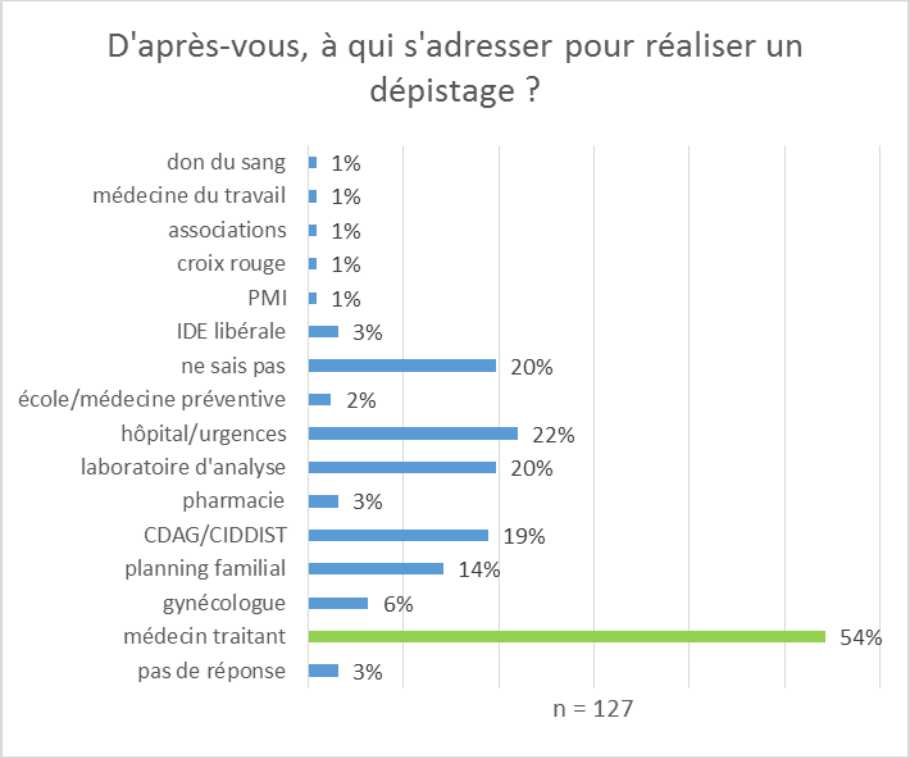


***Figure 21** : Professionnels et lieux de recours au dépistage d'après les répondants*

Les femmes étaient plus renseignées que les hommes. Elles citaient plus de lieux différents, notamment le Planning Familial (21% contre 7% des hommes, $p < 0,05$) et le gynécologue. Les hommes semblaient plus dans l'incertitude, 30% d'entre eux déclaraient ne « pas savoir » où s'adresser contre 10% des femmes ($p < 0,01$).

Il n'a pas été mis en évidence de différences significatives selon la classe d'âge.

Les jeunes « en activité » étaient 27% à déclarer ne pas savoir où s'adresser, contre 0% des « sans emploi » ($p < 0,05$). Ces « sans emploi » étaient 46% à s'adresser aux laboratoires, contre 1% des actifs ($p< 0,0001$). Ils ne citaient pas du tout les CDAG/CIDDIST, mais cette différence n'était pas significative.

Les jeunes vivant en milieu urbain connaissaient davantage les CDAG/CIDDIST, ils étaient 36% à les citer contre 11% des semi-urbains et 8% des ruraux ($p = 0,001$). Ils étaient un peu moins nombreux à citer le médecin traitant (47% contre 60% des ruraux) mais cette différence n'était pas significative.

Les jeunes les moins qualifiés semblaient plus incertains. 30% des niveaux de diplômes V et VI déclaraient ne pas savoir où s'adresser contre 12 à 17% des niveaux plus hauts. Cette différence n'était pas significative.

Les jeunes n'ayant jamais reçu d'information préalable ne citaient pas le CDAG ou le Planning Familial comme lieux de dépistage, mais plus volontairement les Urgences, le laboratoire, ou l'IDE libérale.

Ceux se sentant « pas du tout informé » étaient 40% à citer les laboratoires et les Urgences, aucun ne citaient les CDAG. Il n'y avait pas de différence significative avec les autres catégories.

3.3.2 REALISATION DE DEPISTAGE

53% des répondants avait déjà réalisé un test de dépistage des IST au cours de leur vie. Cette pratique de dépistage était plus importante avec :

- Le sexe féminin (p < 0,05 ; *Figure 22*)
- Un âge plus avancé (p < 0,05 ; *Figure 23*)
- Le fait d'habiter en milieu urbain (*p = 0,05* ; *Figure 24*)
- Un sentiment d'être bien informé (p non significatif ; *Figure 25*)
- Un niveau d'étude plus élevé (p < 0,01 ; *Figure 26*)
- Un score de connaissance plus élevé (p < 0,005 ; *Tableau 7*)

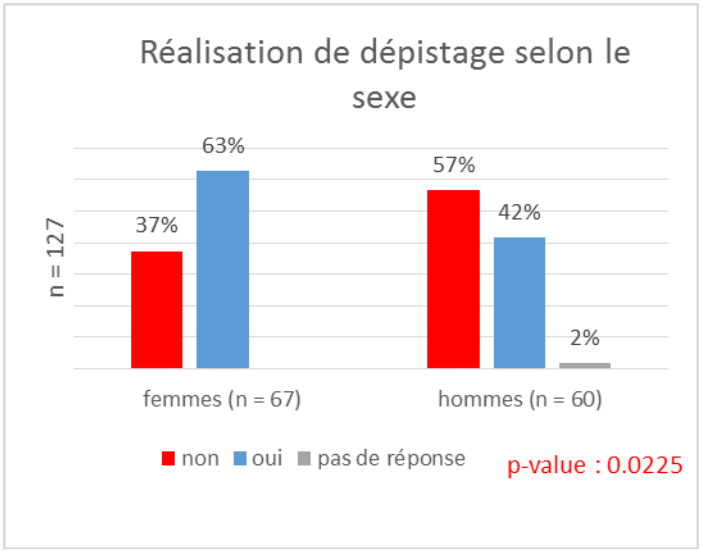


***Figure 22** : Réalisation de dépistage selon le sexe*

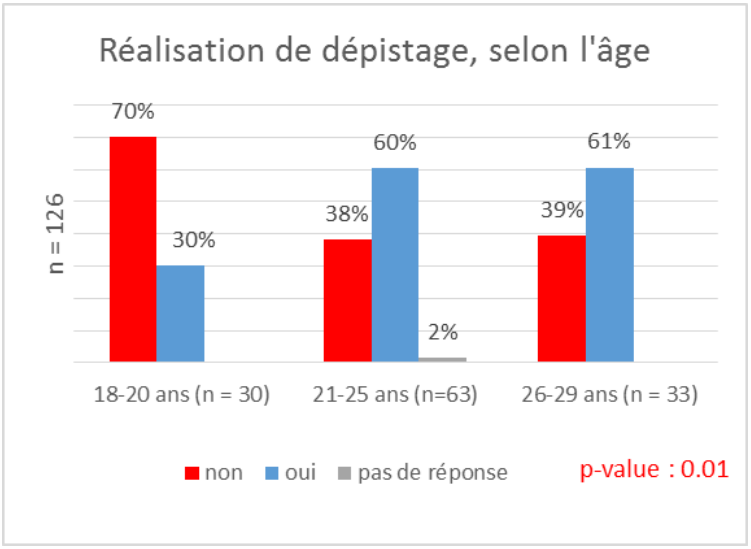


***Figure 23** : Réalisation de dépistage selon l'âge*

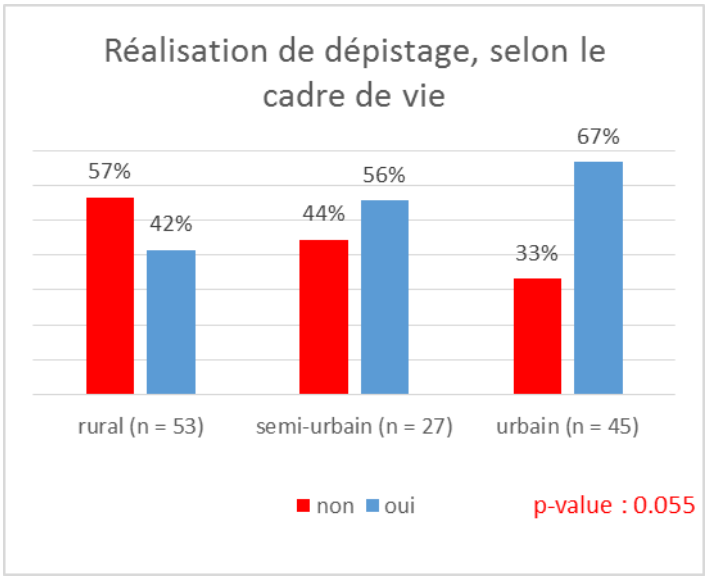


***Figure 24** : Réalisation de dépistage selon le cadre de vie*

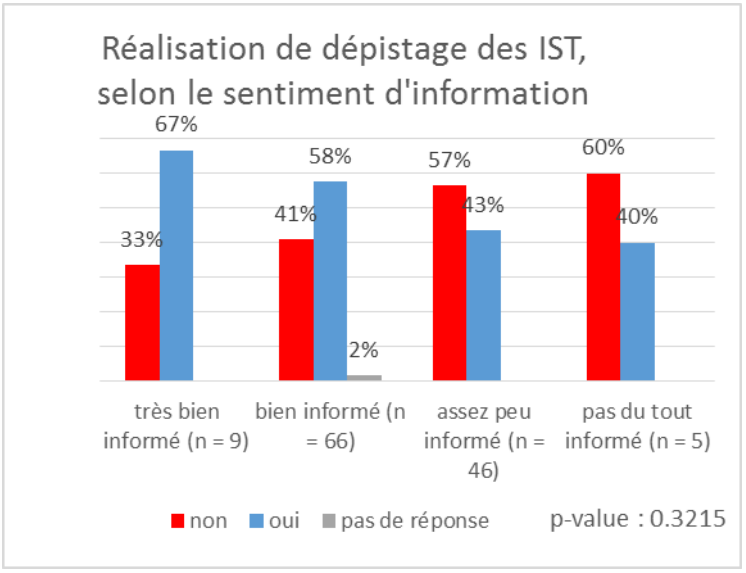


***Figure 25** : Réalisation de dépistage selon le sentiment d'information*

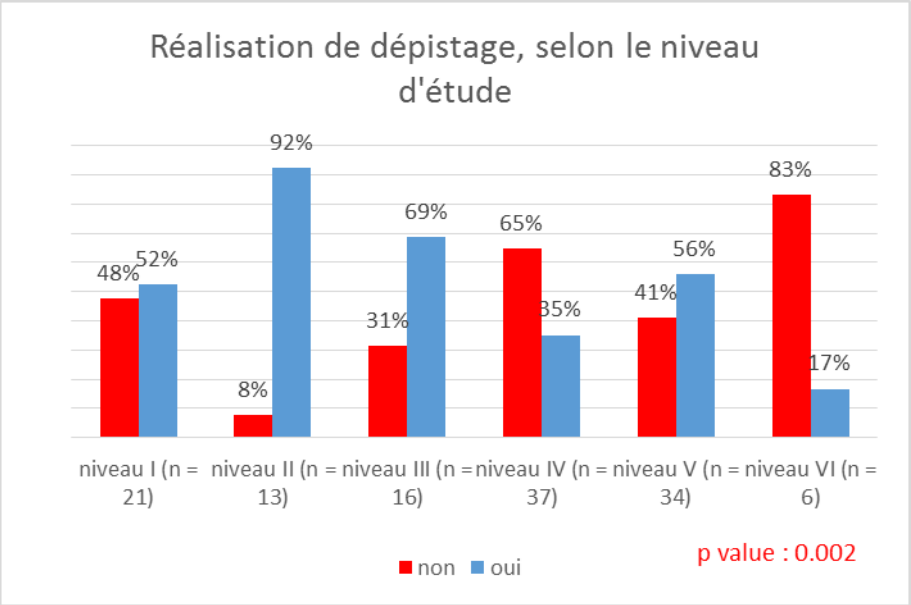


***Figure 26** : Réalisation de dépistage selon le niveau d'étude*

Ceux ayant réalisé un test de dépistage avaient significativement un meilleur score de connaissance que ceux n'ayant jamais fait de dépistage (*Tableau 7*). Ils étaient aussi plus nombreux à savoir que les IST peuvent être asymptomatiques (58% contre 42% des non-dépistés, *p non significatif*).

Taux de bonnes réponses et recours au dépistage (/17)					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
a déjà fait un dépistage (n=67)	11,07	16	5	10,5	0.0049
n'a jamais fait de dépistage (n=59)	9,59	15	3	6	(student)

Taux de réponses inconnues et recours au dépistage (/17)					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
a déjà fait un dépistage (n=67)	4,3	11	0	6	0.0060
n'a jamais fait de dépistage (n=59)	5,73	13	0	8,5	(student)

***Tableau 7** : Score de connaissance et dépistage antérieur*

Parmi les motifs cités ayant conduit au dépistage, l'abandon de préservatif était cité par 31% des répondants. Pour 32% d'entre eux le test avait été réalisé sans raison particulière (*Figure 27*).

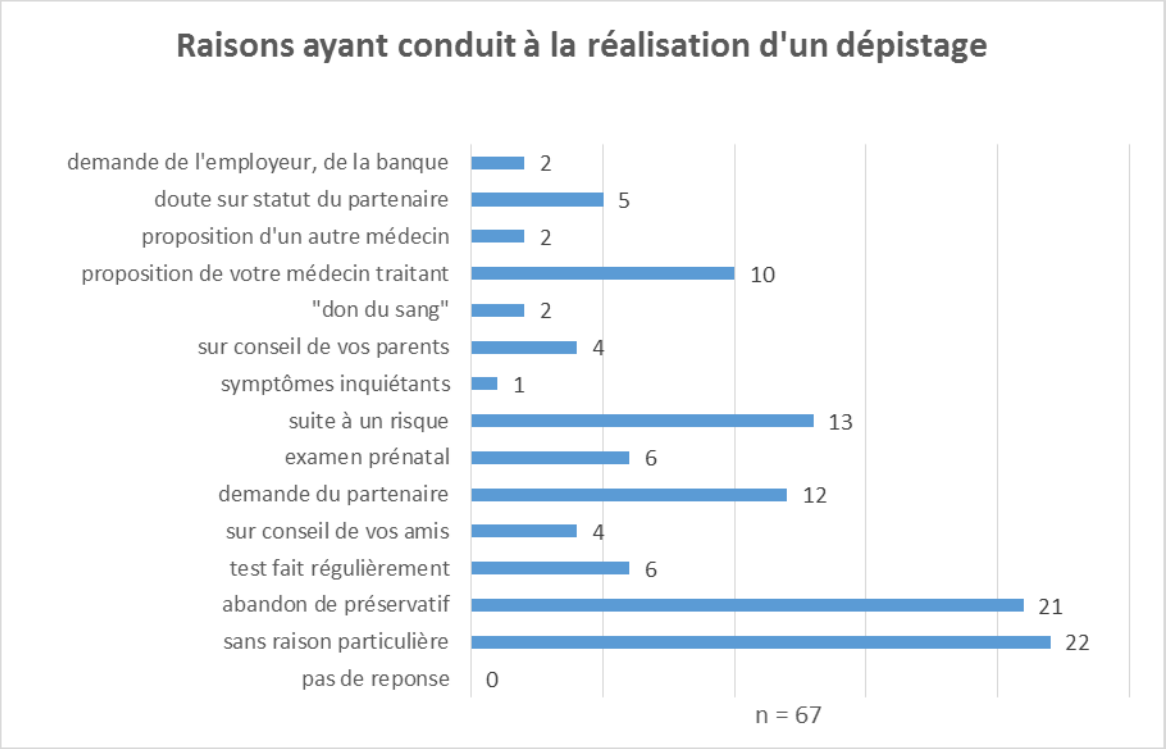


***Figure 27** : Raisons ayant motivé le dépistage*

Les laboratoires d'analyses médicales étaient les structures majoritairement utilisées pour les tests de dépistage (65%), loin devant les structures spécifiques telles que les CDAG/CIDDIST qui n'avaient été utiles que pour 17% des testés (*Figure 28*).

Ces structures spécifiques étaient plus utilisées par les jeunes résidant en milieu urbain, ils étaient 30% contre 5% des jeunes résidant en milieu rural à s'y être rendus ($p = 0,05$). A l'inverse, les jeunes des milieux ruraux se rendaient quasi exclusivement (91%) dans les laboratoires d'analyses ($p < 0,05$).

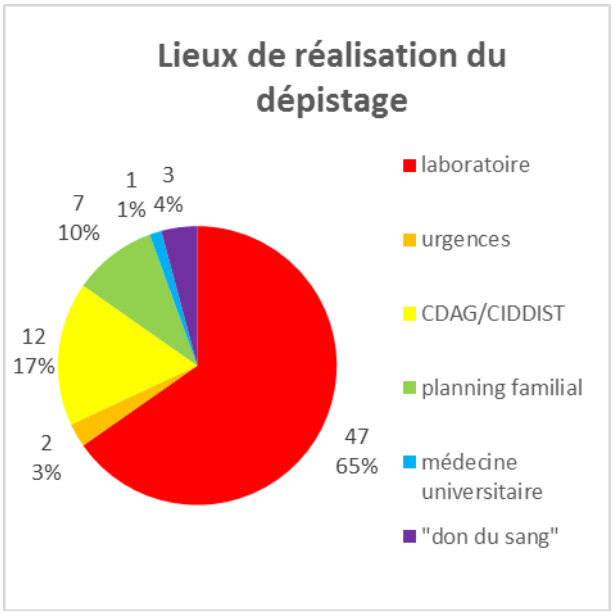


***Figure 28** : Lieux de réalisation du dépistage*

3.3.3 REALISATION DE DEPISTAGE CHEZ CEUX NE SE PROTEGEANT PAS AVEC LEUR PARTENAIRE SEXUEL REGULIER

Ils étaient 47 à avoir réalisé un test de dépistage des IST sur les 72 soit 65% n'utilisant pas de préservatif avec leur partenaire régulier.

Les femmes étaient plus nombreuses à avoir réalisé ce test (76% contre 55% des hommes, *p = 0,005 ; Figure 29*).

Les plus jeunes semblaient avoir moins réalisé de dépistage avec leur partenaire régulier que leurs ainés, cette différence n'était pas significative (*Figure 30*).

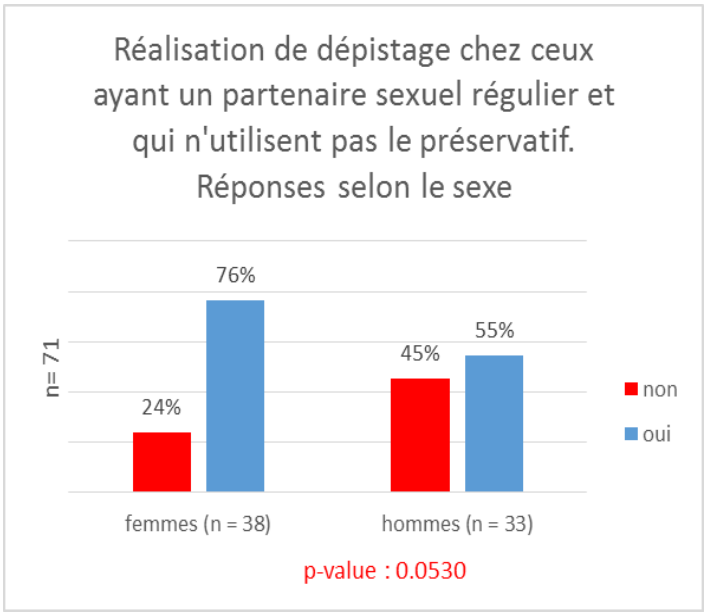


***Figure 29** : Réalisation de dépistage chez ceux n'utilisant pas de préservatif avec leur partenaire sexuel régulier. Réponses selon le sexe*

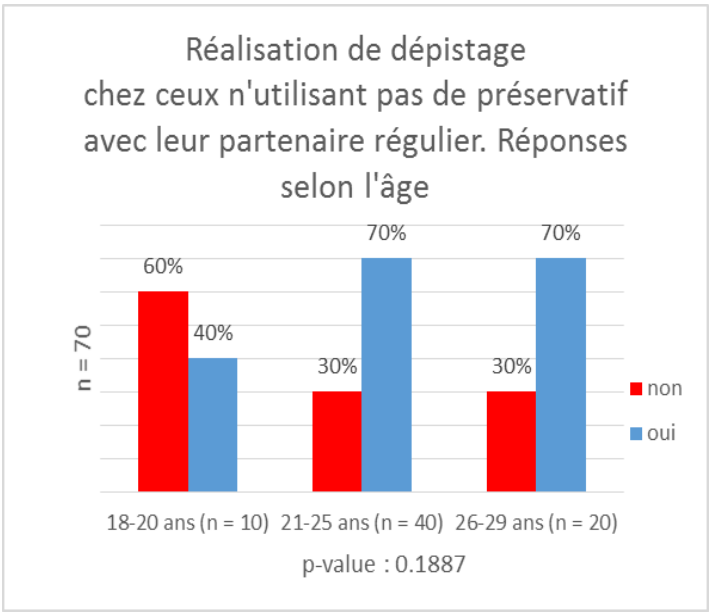


***Figure 30** : Réalisation de dépistage chez ceux n'utilisant pas de préservatif avec leur partenaire sexuel régulier. Réponses selon l'âge*

Plus les jeunes se sentaient bien informés plus ils avaient réalisé de dépistage (79% contre 48% des « mal informés », *p = 0,001 ; Figure 31*).

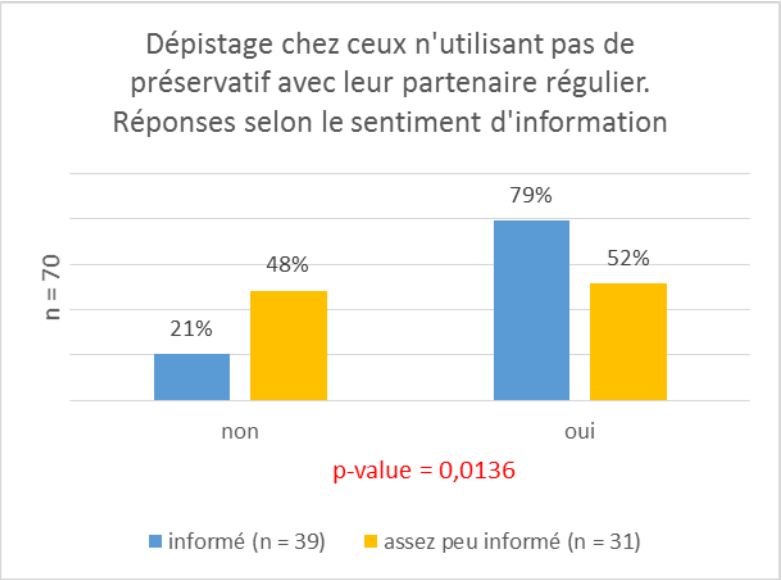


***Figure 31** : Réalisation de dépistage chez ceux n'utilisant pas de préservatif avec leur partenaire sexuel régulier. Réponses selon le sentiment d'information face au VIH et aux IST*

Ceux ayant réalisé un dépistage avaient un meilleur score de connaissance (médiane à 10,5/17 contre 6/17, *p non significatif ; Tableau 8*).

Taux de bonnes réponses (/17) chez ceux ayant des relations non protégées avec leur partenaire régulier. Réponses selon le dépistage					
	moyenne	max	min	mediane	*p*
a fait un test (n=47)	10,6	16	2	10,5	0.2307
n'a pas fait de test (n=24)	9,6	16	3	6	(student)

***Tableau 8** : Taux de bonnes réponses chez ceux ayant des relations non protégées avec leur partenaire régulier. Meilleure médiane chez ceux ayant réalisé un dépistage.*

3.3.4 OBSTACLES AU DEPISTAGE

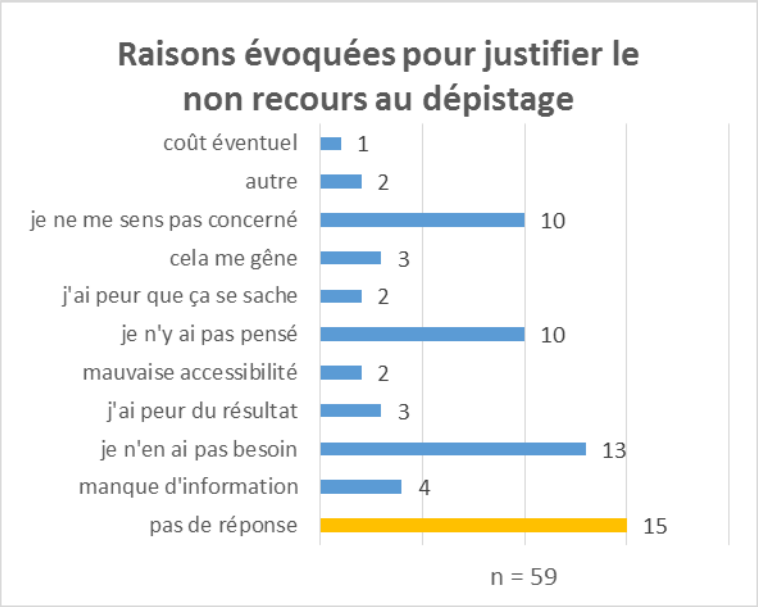


***Figure 32** : Raisons évoquées pour justifier le non recours au dépistage*

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais réalisé de test de dépistage (*Figure 32*) ?

- 25% (15/59) des jeunes non dépistés n'avaient pas répondu à cette question. 17% (10/59) déclaraient « n'y avoir jamais pensé ».
- 17% (10/59) des jeunes ne se sentaient pas concernés par le dépistage et (13/59) 22% estimaient ne pas en avoir besoin.
    - Une grande part d'entre eux ne souhaitait pas se faire dépister si on leur proposait (respectivement 54% et 40%).
    - 78% (17/23) habitaient en milieu rural ($p < 0,005$).
    - Ils semblaient avoir une meilleure utilisation du préservatif, puisque 90% d'entre eux disaient l'utiliser « toujours » et aucun ne disait l'utiliser « occasionnellement » ou « jamais ».
    - 45% (10/23) disaient avoir déjà pris un risque.

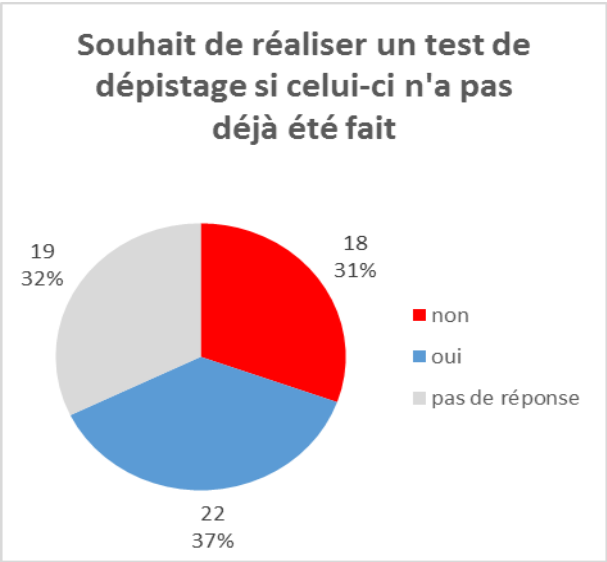


***Figure 33** : Souhait de réaliser un dépistage par la suite*

Il semblerait que les femmes souhaiteraient plus se faire dépister par la suite (44% contre 32% des hommes).

Il en était de même pour les jeunes des milieux urbains (47% contre 37% des ruraux).

54% des 26-29 ans ne souhaiteraient pas faire de dépistage par la suite contre 24% des 18-20 ans et 25% des 21-25 ans.

C'est aussi le cas pour les plus diplômés : 54% des niveaux I et II refusaient de réaliser un dépistage contre 32% des niveaux V et VI et 21% des niveaux IV.

3.4 CONNAISSANCES SUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

3.4.1 IST CITEES

Le VIH était cité en premier lieu par 82% des jeunes interrogés, puis venaient les hépatites B et C (35%) ainsi que la syphilis (29%). Les infections à *Chlamydia* et gonocoque étaient assez peu citées (17 et 6%) (*Figure 34*).

Il existait des erreurs, un petit nombre citant les infections urinaires, la mononucléose ou encore la salmonellose comme étant des IST.

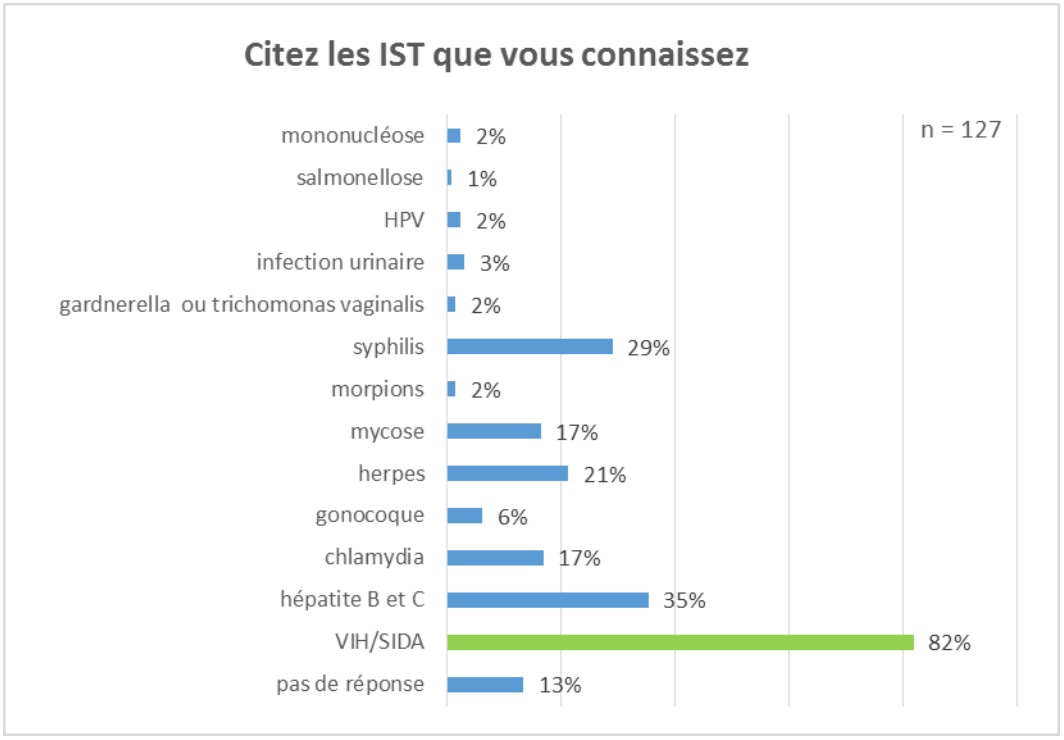


Figure 34 : IST citées par les répondants

Les femmes avaient de meilleurs résultats : elles étaient plus nombreuses à citer l'ensemble des IST. Elles étaient 39% à citer la syphilis contre 18% des hommes ($p < 0,005$), et 45% à citer les hépatites contre 25% des hommes ($p < 0,005$; *Figure 35*).

Dans l'ensemble, les réponses n'étaient pas très différentes selon les tranches d'âge. Seul l'herpès était beaucoup plus cité par les plus âgés : 33% de 26-29 ans contre 22% des 20-25 ans et 7% des 18-20 ans ($p< 0,005$).

Les étudiants étaient ceux qui citaient le plus l'ensemble des IST. Par exemple ils étaient 95% à citer le VIH contre 77% des « sans emploi » et 77% des jeunes en activité ($p< 0,005$). Ils étaient 40% à citer les hépatites, 25% à citer le *chlamydia* et 10% à citer l'infection par le gonocoque. Aucun des « sans emploi » ne déclarait ces deux dernières infections.

Les jeunes vivants en milieu urbain semblaient plus connaître l'ensemble des IST. Ils étaient 29% à citer le *Chlamydia* contre 11% des semi-urbains et 9% des jeunes vivant en milieu rural (*p<0,005*). Le gonocoque était cité par 13% des urbains mais n'était quasiment pas connus des autres groupes (0% des semi-urbains et 4% des ruraux, différence non significative).

Concernant les niveaux d'études, les moins diplômés étaient ceux qui citaient le moins les différentes IST par rapport aux niveaux I,II et III, mais il n'a pas été mis en évidence de différence significative.

Les jeunes déclarant n'avoir jamais reçu d'information étaient ceux qui citaient le moins d'IST différentes, ils ne citaient que le VIH, les hépatites et l'herpès. Aucun ne citait l'infection à C*hlamydia* contre 22% de ceux ayant reçu plusieurs fois une information (*p <0,005*).

Plus les jeunes se sentaient bien informés, plus ils citaient d'IST différentes et moins ils faisaient d'erreurs. Ils étaient 91% à citer le VIH contre 69% des jeunes se sentant mal informés (*p <0,005*). Ils étaient 21% à citer le chlamydia contre 8% des mal informés (*p <0,005 ; Figure 36*).

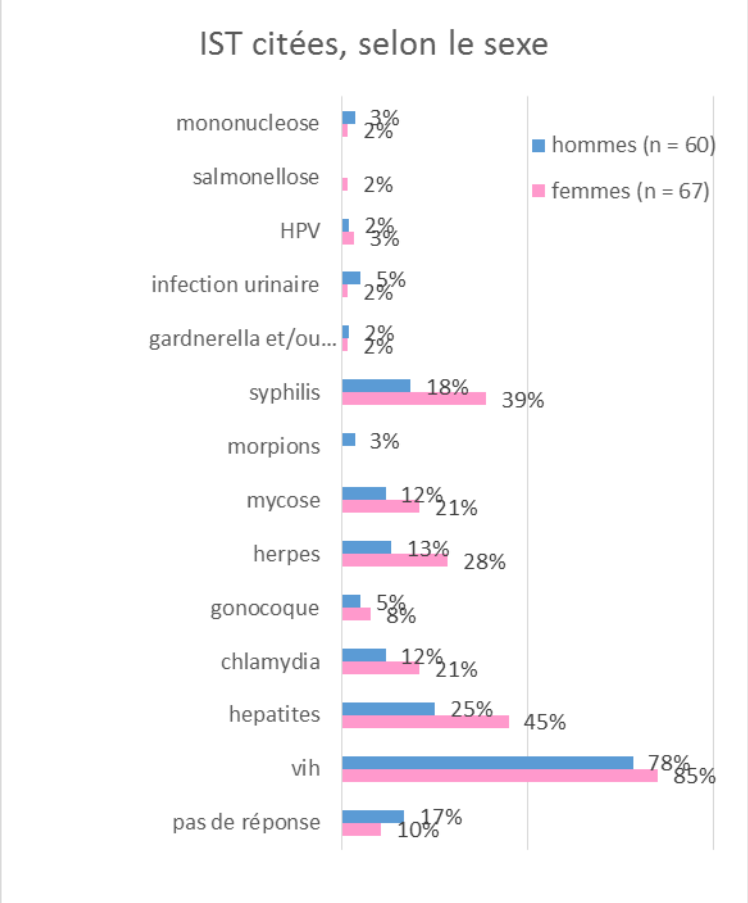


Figure 35 : IST citées selon le sexe

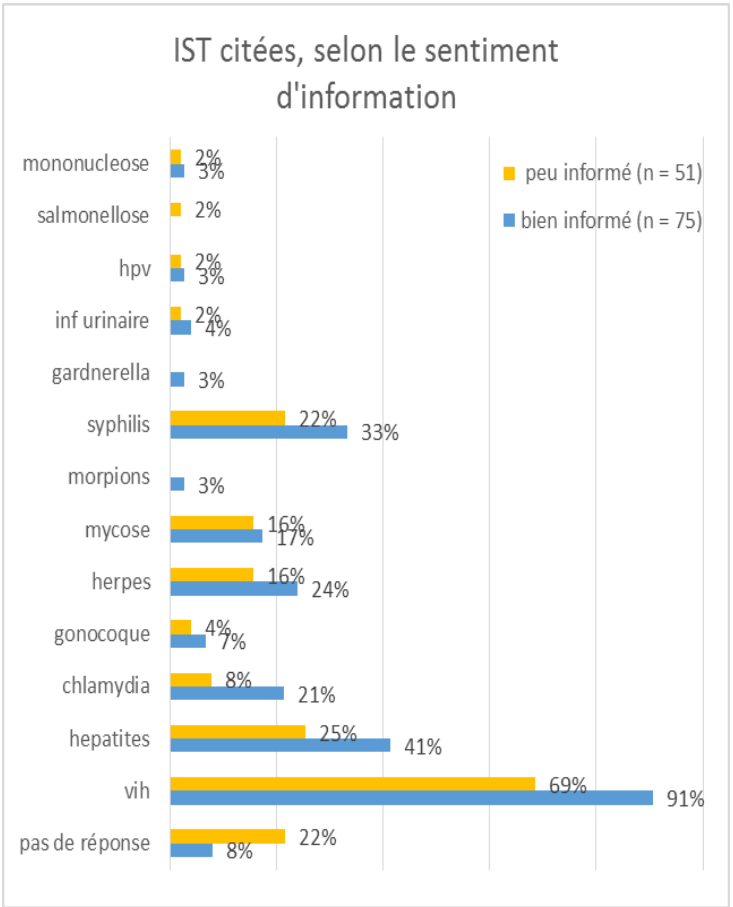


Figure 36 : IST citées selon le sentiment d'information

3.4.2 IST REELLEMENT CONNUES

Lorsque l'on présentait des noms d'IST aux jeunes interrogés, ceux-ci étaient un peu plus reconnus, notamment la syphilis qui était en fait connue par 58% des répondants. Les infections à *Chlamydia* et gonocoque restaient peu connues, seulement 28 % et 15% disaient les connaître (*Figure 37*).

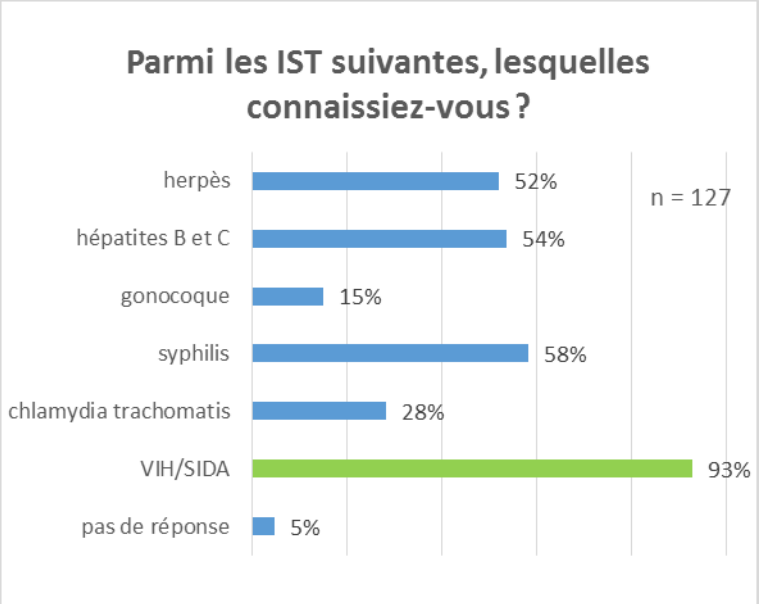


***Figure 37** : IST réellement connues par les répondants*

Le sexe féminin, l'information préalable et le sentiment d'être « bien informé » étaient corrélés à une meilleure connaissance des différentes IST (*Tableau 9*). Ceci était concordant avec ce observé précédemment.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* était beaucoup plus connue en milieu urbain (47% contre 19% des jeunes des milieux ruraux, $p < 0,005$).

IST connues selon le sexe								
	pas de réponse	VIH/SIDA	chlamydia trachomatis	syphilis	gonocoque	hépatites B et C	herpès	effectifs
femmes (n = 67)	1	66	24	45	12	44	39	67
hommes (n = 60)	5	52	12	29	7	24	27	60
p	0.0997	0.01291	0.0520	0.0316	0.32469	0.00378	0.13689	
IST connues selon l'information préalable								
	pas de réponse	VIH/SIDA	chlamydia trachomatis	syphilis	gonocoque	hépatites B et C	herpès	effectifs
une fois (n = 37)	3	34	5	20	0	21	15	37
plusieurs fois (n = 86)	2	81	30	52	19	46	50	86
jamais (n = 4)	1	3	1	2	0	1	1	4
p		0.2807	0.0315	0.7363	0.0016	0.5493	0.1230	
IST connues selon le sentiment d'information								
	pas de réponse	VIH/SIDA	chlamydia trachomatis	syphilis	gonocoque	hépatites B et C	herpès	effectifs
donnée manquante	0	1	1	1	1	1	1	1
bien informé (n = 75)	1	72	27	49	16	42	42	75
assez peu informé (n = 51)	5	45	8	24	2	23	21	51
p		0.1563	0.0124	0.0413	0.00611	0.2293	0.1023	

***Tableau 9** : IST connues selon le sexe, l'information préalable, et le sentiment d'information*

3.4.3 CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DES IST

Globalement, les modes de transmission étaient bien connus, mais il persistait des idées reçues : 13% considéraient qu'un baiser peut transmettre une IST, et 17% en s'asseyant sur les toilettes publiques (*Figure 38*).

Comme vu précédemment, la fellation était un mode de transmission insuffisamment connu : seulement 54% la citait.

Les femmes citaient un peu plus la pénétration anale et le contact oro-génital comme modes de transmission mais ces différences n'étaient pas significatives.

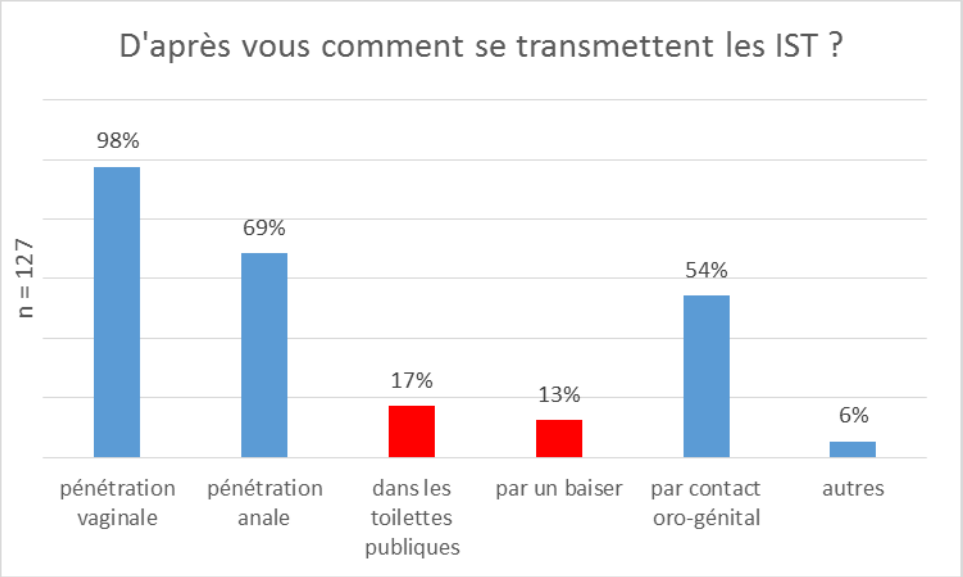


***Figure 38** : Connaissance des modes de transmission des IST*

3.4.4 CONNAISSANCES DES SYMPTOMES EVOCATEURS D'IST D'APRES LES HOMMES

Globalement, les symptômes en rapport avec leurs parties génitales étaient assez évocateurs d'IST pour les hommes (*Figure 39*). Cependant, 18% d'entre eux reconnaissaient ne pas savoir du tout quels sont les symptômes, les atteintes extra génitales étaient peu citées.

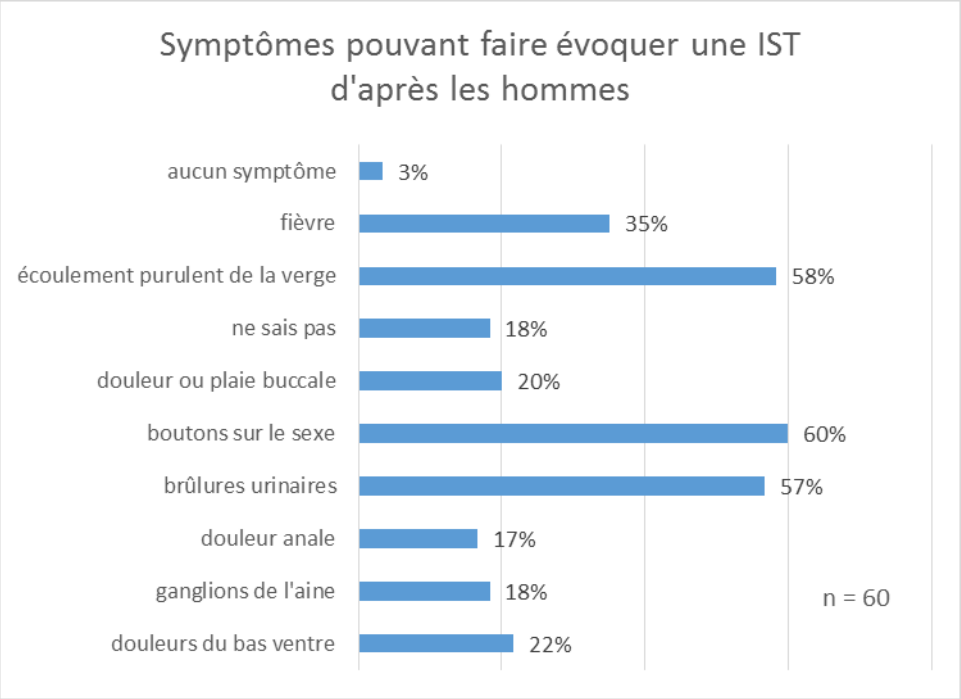


***Figure 39** : Symptômes évocateurs d'IST d'après les hommes*

Les jeunes habitants en milieu urbain avaient de meilleurs résultats et étaient ceux qui citaient le plus de symptômes. Cependant cela n'a pas été mis en évidence significativement.

Les niveaux d'études les plus élevés avaient les meilleurs résultats : 88% des niveaux I et II citaient les boutons sur le sexe comme symptômes évocateurs contre 47% des niveaux V et VI. 44% citaient la plaie buccale contre 5% des niveaux V et VI ($p < 0,005$). Surtout, aucun des niveaux I et II disaient ne pas connaitre de symptômes contre 21% des non diplômés ($p < 0,005$).

Les jeunes hommes ayant reçu plusieurs fois une information au sujet des IST avaient de meilleurs résultats que ceux en ayant reçu une seule fois (*p non significatif*).

Plus les hommes se sentaient « bien informés », plus ils étaient nombreux à citer des symptômes évocateurs. Par exemple, ils étaient 35% contre 7% des « peu informés » à citer les douleurs du bas ventre (*p <0,005 ; Figure 40*).

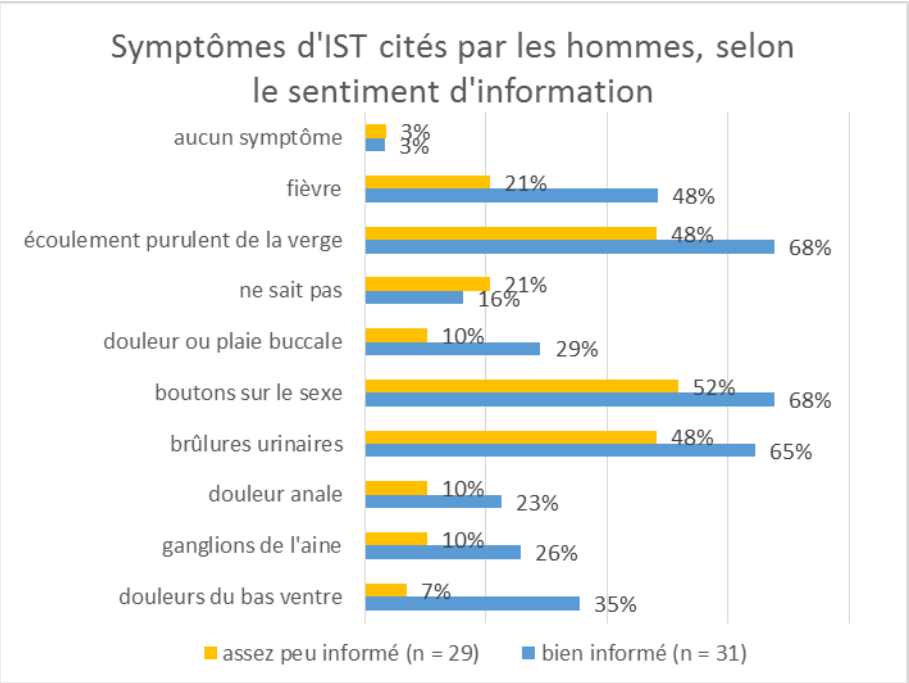


***Figure 40** : Symptômes d'IST cités par les hommes, selon le sentiment d'information*

3.4.5 CONNAISSANCES DES SYMPTOMES EVOCATEURS D'IST D'APRES LES FEMMES

À l'instar des hommes, les femmes avaient de bons résultats concernant les symptômes d'origine génitale pouvant leur faire évoquer une IST. Elles étaient moins nombreuses à citer les symptômes atteignant d'autres localisations (Figure 41*).*

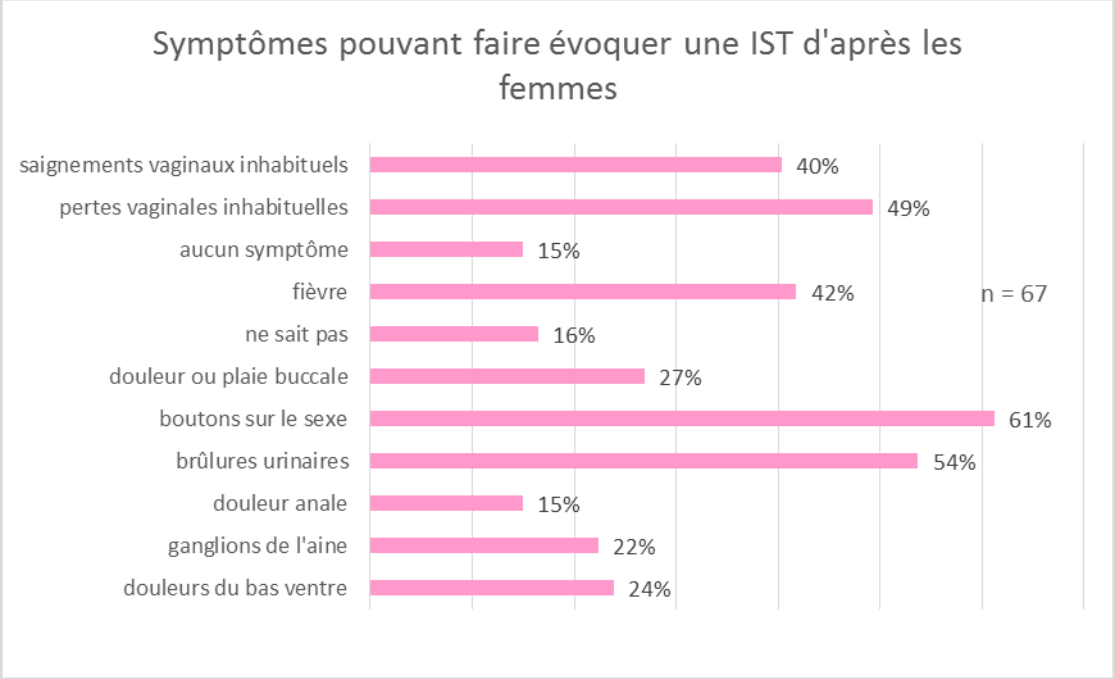


***Figure 41** : Symptômes évocateurs d'IST d'après les femmes*

Les femmes se sentant bien informées avaient une plus grande connaissance des symptômes d'IST, mais il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative *(*Figure 42).

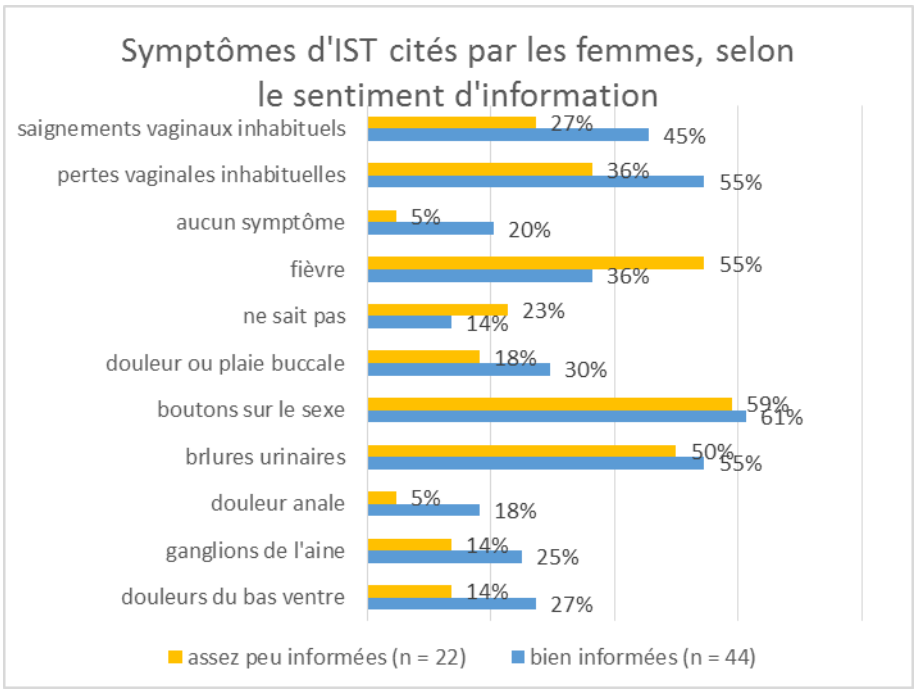


***Figure 42** : Symptômes d'IST cités par les femmes, selon leur sentiment d'information*

Il ne semblait pas y avoir de différences notables selon le cadre de vie ou la situation professionnelle. De même, le niveau d'études ou l'information préalable ne semblait pas impacter les réponses des femmes sur ce sujet.

L'âge des femmes semblait corrélé à leurs connaissances. Les plus âgées étaient celles qui citaient le plus de symptômes différents. Les plus jeunes étaient les plus démunies : 46% des 18-20 ans déclaraient ne pas savoir quels sont les symptômes, contre 10% des plus âgées (*p < 0,005*; Figure 43*)*.

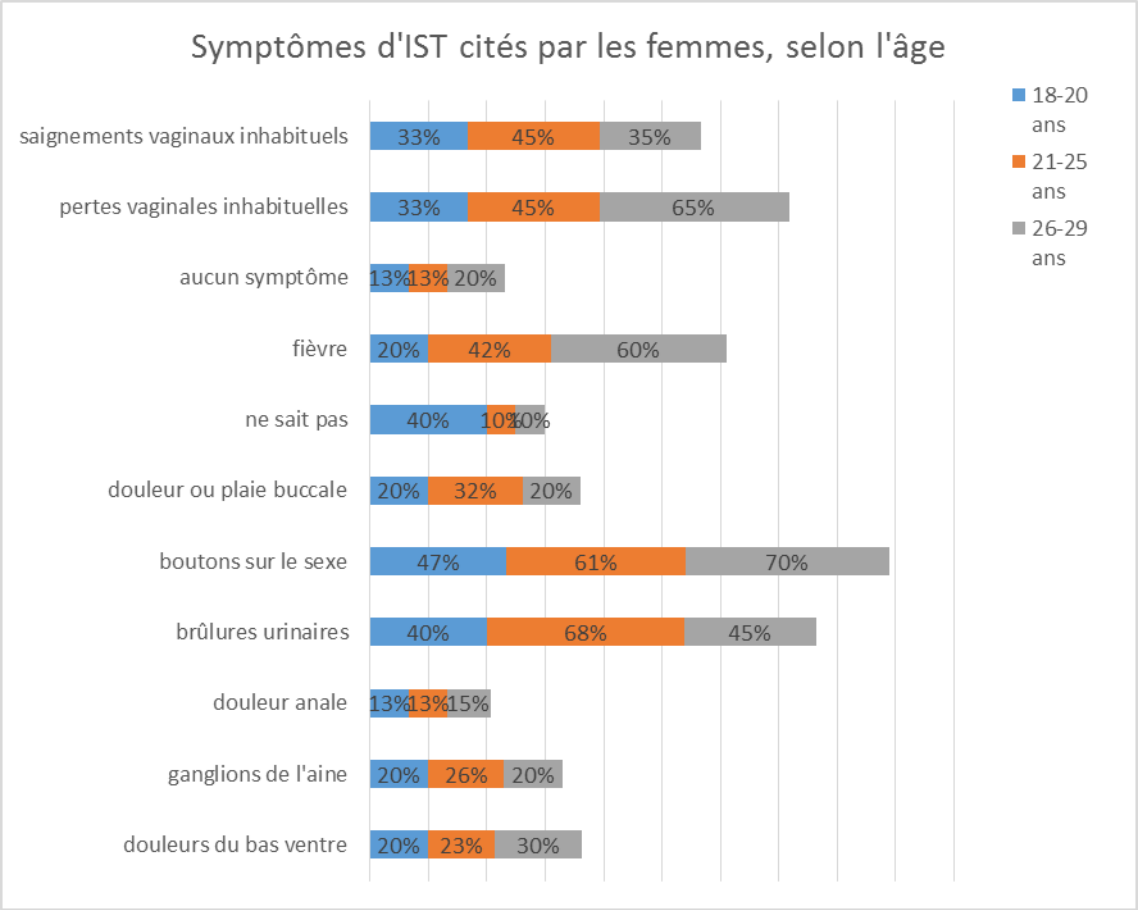


***Figure 43** : Symptômes d'IST cités par les femmes, selon leur âge*

3.4.6 QUAND CONSULTER ?

62% savaient qu'il faut consulter tout de suite après une prise de risque. 38% pensaient à tort consulter plus tard… (*Figure 44*)

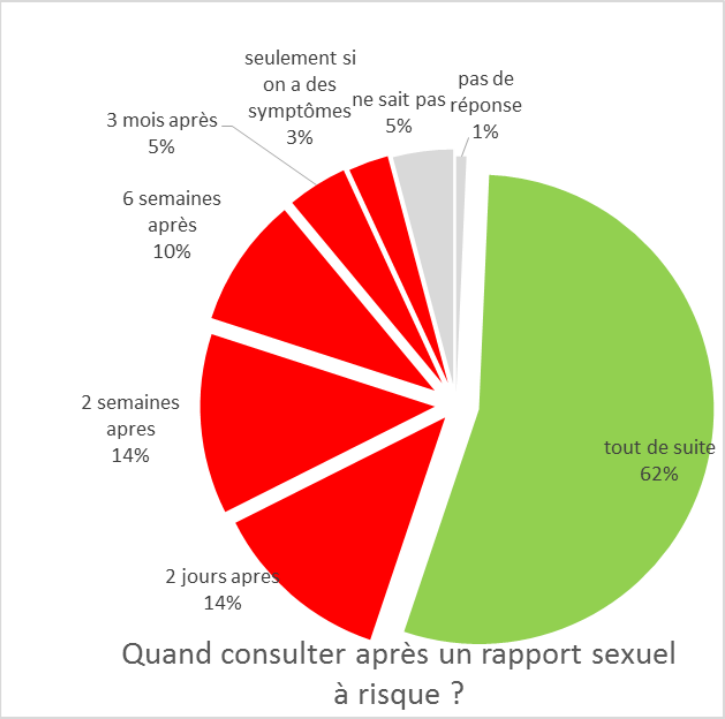


***Figure 44** : Quand consulter après une prise de risque ?*

Les jeunes ne pensant pas avoir déjà eu une relation à risque étaient un peu plus nombreux à dire qu'il fallait consulter tout de suite (65% contre 58% de ceux pensant avoir déjà pris un risque, *p non significatif*).

Les jeunes se sentant « bien informés » savaient mieux qu'il faut consulter tout de suite après une prise de risque : cela concernait 67% des « très bien informés » contre 20% des « pas du tout informés » (*p non significatif*).

L'information préalable semblait améliorer cela : 57% de ceux ayant reçu plusieurs fois une information avait répondu « tout de suite » contre 51% de ceux n'ayant été informé qu'une seule fois (*p non significatif*).

3.4.7 CONNAISSANCES DES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LES IST

Le préservatif, masculin comme féminin, était très bien connu comme moyen de protection contre les IST, cependant 11% des répondants pensaient que la pilule peut protéger contre les IST (*Figure 45*).

Il n'a pas été mis en évidence de facteurs influençant ces résultats.

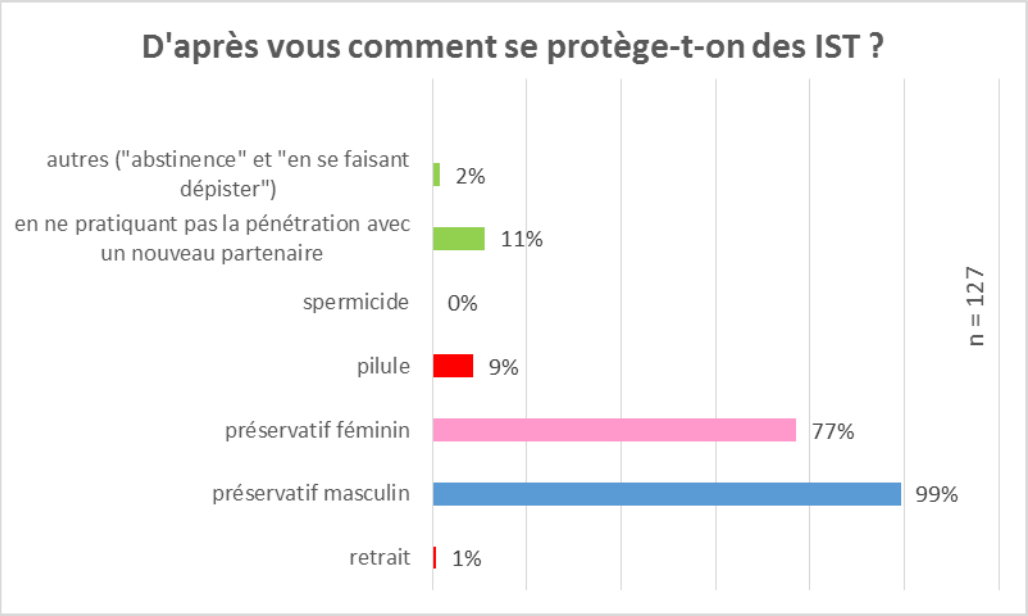


***Figure 45** : Connaissances des moyens de protection contre les IST*

3.4.8 CONNAISSANCES SUR L'UTILISATION DU PRESERVATIF

Quasiment tous les répondants (88%) savaient que le préservatif doit être utilisé pour la pénétration vaginale. Mais ils n'étaient que 75 % à affirmer qu'il faut l'utiliser pour la pénétration anale et seulement 54% pour la fellation.

Concernant l'utilisation du préservatif pour la fellation, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs mais il semblerait que cela soit moins connu (Tableau 10) :

- chez les hommes
- chez les jeunes résidant en milieu rural
- chez les moins diplômés
- chez ceux n'ayant reçu qu'une seule fois une information au sujet des IST
- chez ceux se sentant « mal informés »

Connaissance de l'utilisation du préservatif pour la fellation				
selon le sexe	femmes (n = 67)	hommes (n = 60)		*p*
	54%	43%		0.2418
selon l'âge	18-20 ans (n= 30)	21-25 ans (n= 63)	26-29 ans (n = 33)	*p*
	53%	48%	45%	0.8096
selon le cadre de vie	ruraux (n = 53)	semi-urbains (n = 27)	urbains (n = 45)	*p*
	43%	44%	56%	0.4457
selon le niveau d'études	niveau I et II (n = 34)	niveau III et IV (n = 50)	niveau V et VI (n = 40)	*p*
	59%	56%	35%	0.0679
selon l'information préalable	une fois (n = 37)	plusieurs fois (n = 86)		*p*
	38%	53%		0.1112
selon le sentiment d'information	bien informés (n = 75)	mal informés (n = 51)		*p*
	55%	39%		0.0884

***Tableau 10** : Connaissance de l'utilisation du préservatif pour la fellation. Selon le sexe, l'âge, le cadre de vie, le niveau d'études, l'information préalable, et le sentiment d'information*

On observe également ces différences (toujours non significatives) concernant l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale, mais elles sont moins marquées. Cette fois-ci c'était les plus jeunes qui étaient les moins au courant (*Tableau 11*).

Connaissance de l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale				
selon le sexe	femmes (n = 67)	hommes (n = 60)		*p*
	76%	73%		0.7180
selon l'âge	18-20 ans (n= 30)	21-25 ans (n= 63)	26-29 ans (n = 33)	*p*
	60%	79%	79%	0.1088
selon le cadre de vie	ruraux (n = 53)	semi-urbains (n = 27)	urbains (n = 45)	*p*
	72%	70%	80%	0.5559
selon le niveau d'études	niveau I et II (n = 34)	niveau III et IV (n = 50)	niveau V et VI (n = 40)	*p*
	79%	76%	75%	0.8970
selon l'information préalable	une fois (n = 37)	plusieurs fois (n = 86)		*p*
	70%	77%		0.4482
selon le sentiment d'information	bien informés (n = 75)	mal informés (n = 51)		*p*
	80%	67%		0.0914

***Tableau 11** : Connaissance de l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale. Selon le sexe, l'âge, le cadre de vie, le niveau d'études, l'information préalable, et le sentiment d'information*

3.4.9 OBSTACLES A L'UTILISATION DU PRESERVATIF MASCULIN, D'APRES LES REPONDANTS

Au vu de la Figure 46, 70% des jeunes évoquaient la diminution des sensations. La prise d'excitants/d'alcool semblait être un obstacle pour 27% d'entre eux.

La gêne lors de l'achat semblait constituer un problème notable puisque 36% des répondants la cite.

Il n'a pas été mis en évidence de différences statistiquement notables selon les facteurs étudiés.

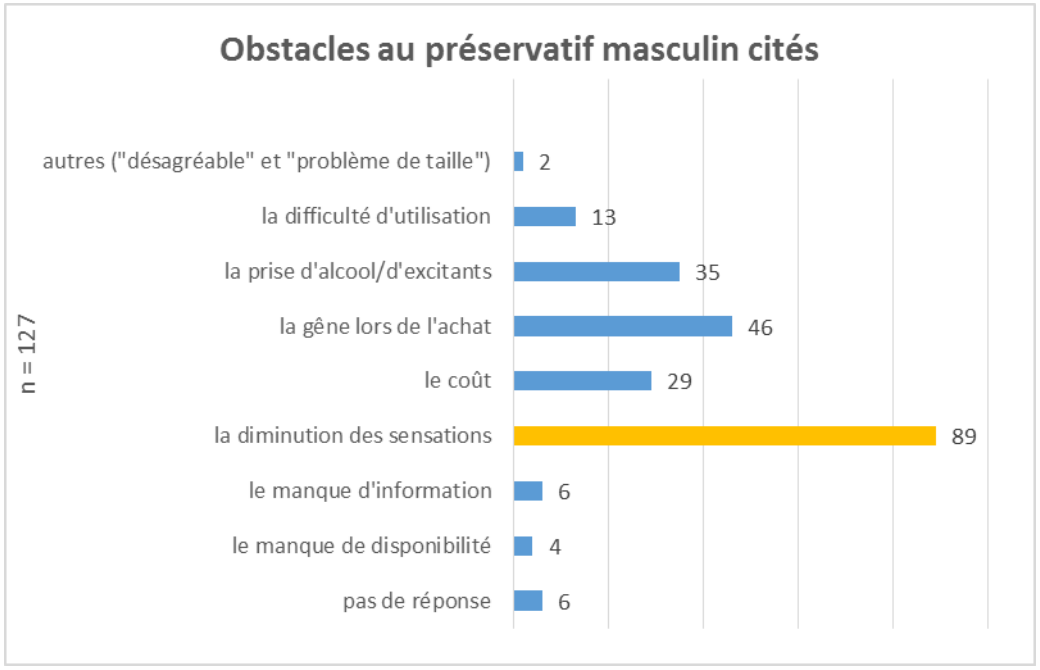


***Figure 46** : Obstacles au préservatif masculin d'après les répondants*

3.4.10 LE PRESERVATIF FEMININ : ASSEZ BIEN CONNU MAIS TRES PEU UTILISE

109 répondants (soit 86%) connaissaient l'existence du préservatif féminin. Celui-ci semblait plus visible chez les étudiants : 97% d'entre eux connaissaient le préservatif féminin contre 85% des « sans emploi » et 81% des répondants en activité (*p < 0,005*).

Pourtant, seulement 4 répondants sur 109 disaient l'utiliser. Les raisons évoquées pour justifier cette non-utilisation étaient diverses, certains lui préféraient le préservatif masculin (13%), d'autres ne le trouvaient pas pratique (19%) ou désagréable (8%). Une part importante (27%) ne répondait pas à cette question, peut-être n'était-elle pas assez lisible ou compréhensible (Figure 47).

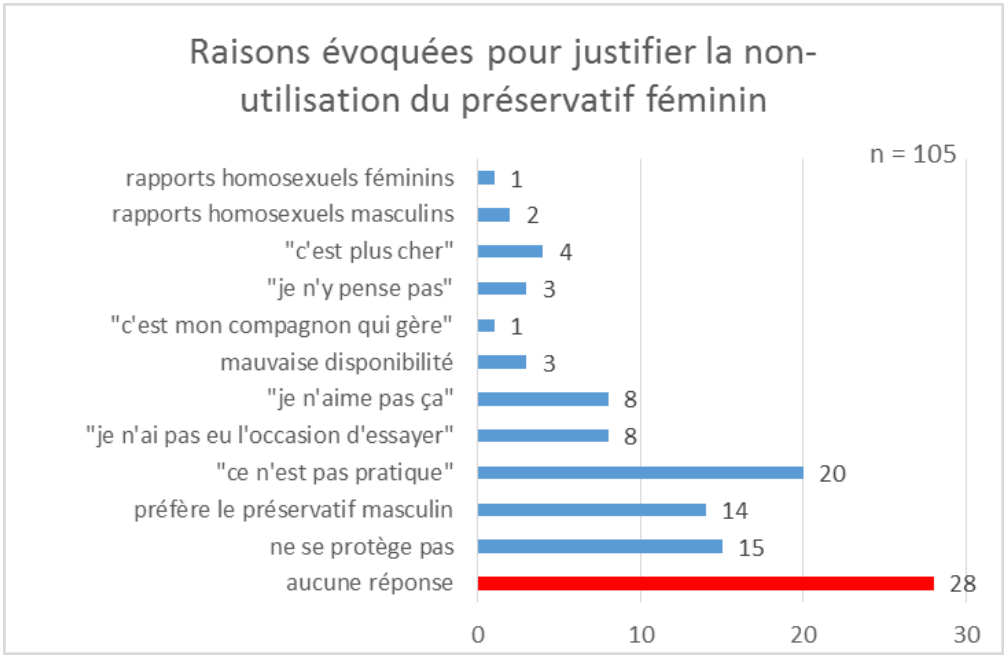


***Figure 47** : Raisons évoquées pour justifier le non recours au préservatif féminin*

3.4.11 GENERALITES SUR LES IST

Malgré d'assez bons résultats il persiste des lacunes, voire des idées reçues. En effet, 12% des répondants pensaient que le premier rapport sexuel n'est pas à risque d'IST. 16% ne savaient pas que les IST pouvaient être asymptomatiques et 12% pensaient qu'on ne peut pas en avoir plusieurs en même temps. 11% ne savaient pas qu'il faut également traiter les partenaires sexuels (*Figure 48*).

Il semblait également qu'une certaine part des répondants n'associait pas le dépistage à une méthode de prévention des IST : 24% des répondants pensaient qu'il est nécessaire de continuer à se protéger au sein d'un couple fidèle qui s'est fait dépister.

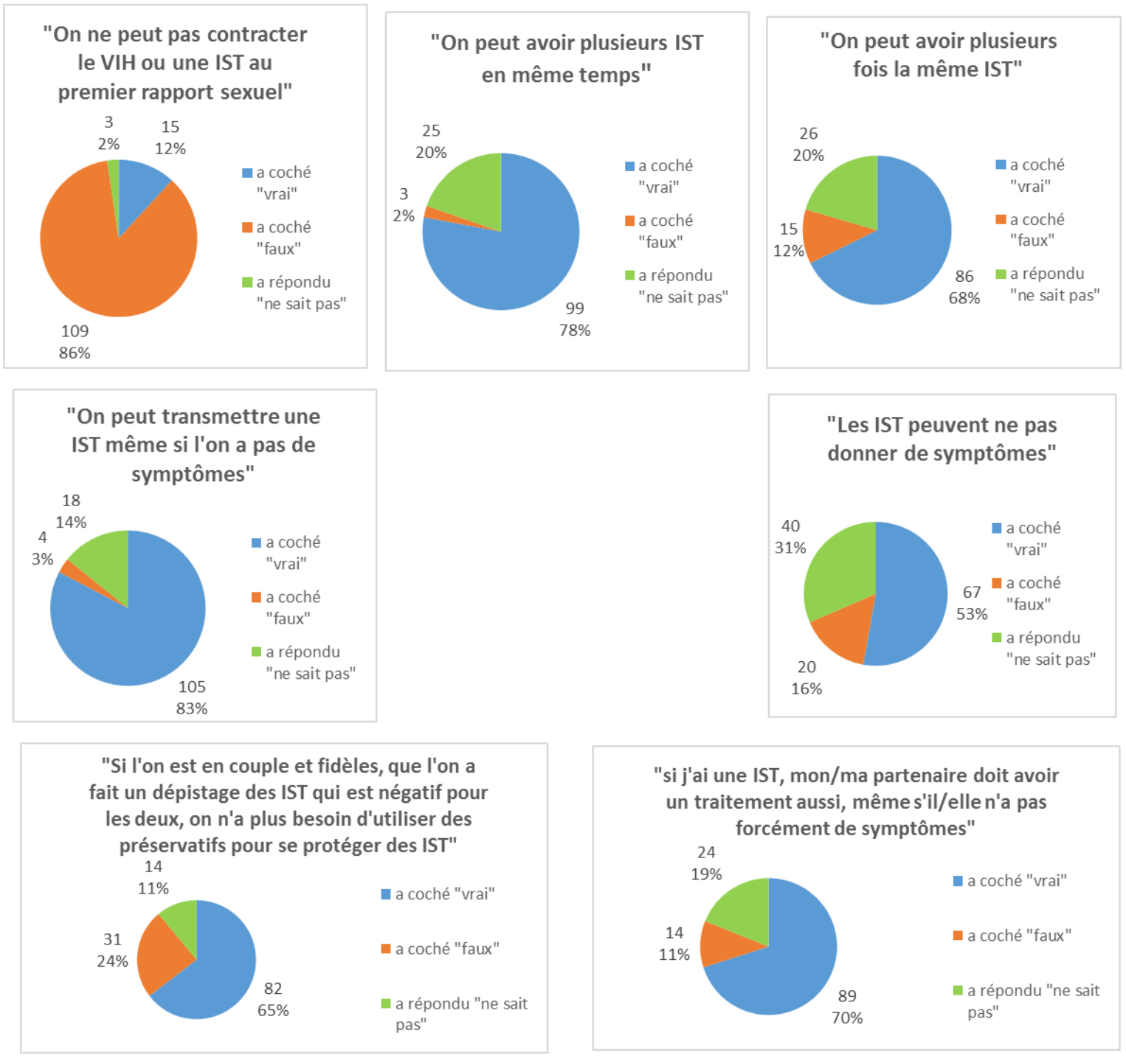


***Figure 48** : Généralités sur les IST*

La quasi-totalité des interrogés sait que le préservatif ne doit servir qu'une seule fois mais 18% pensent à tort qu'il ne sert que pour la pénétration (*Figure 49*).

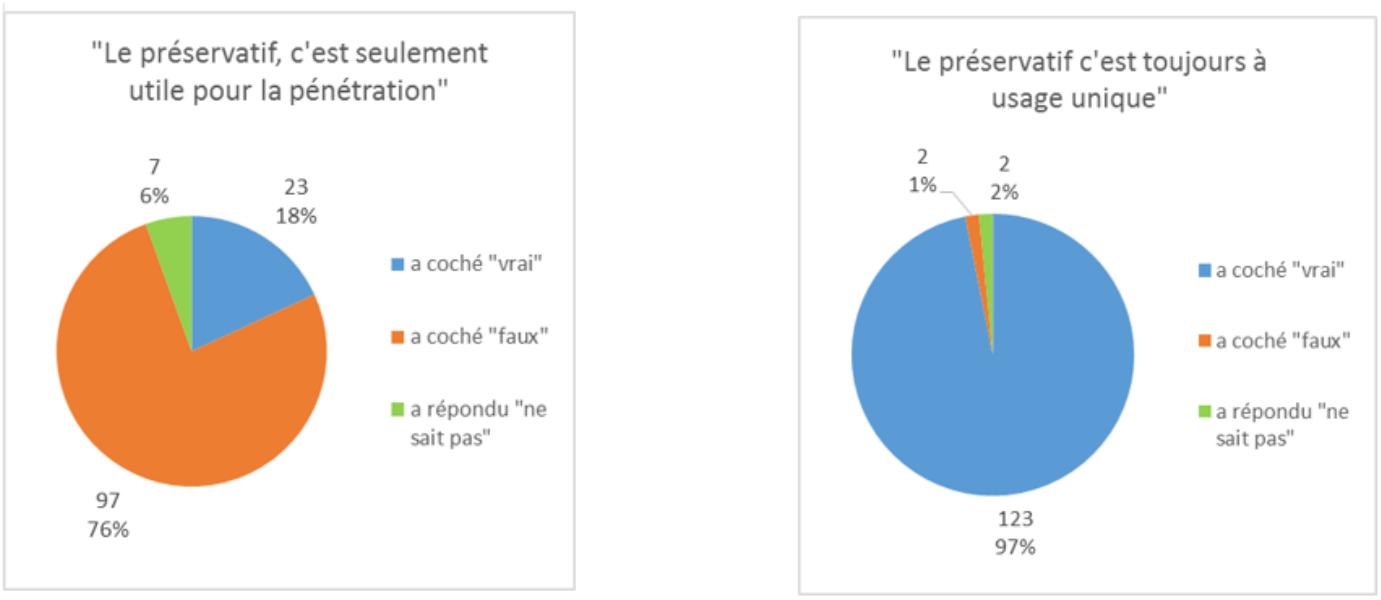
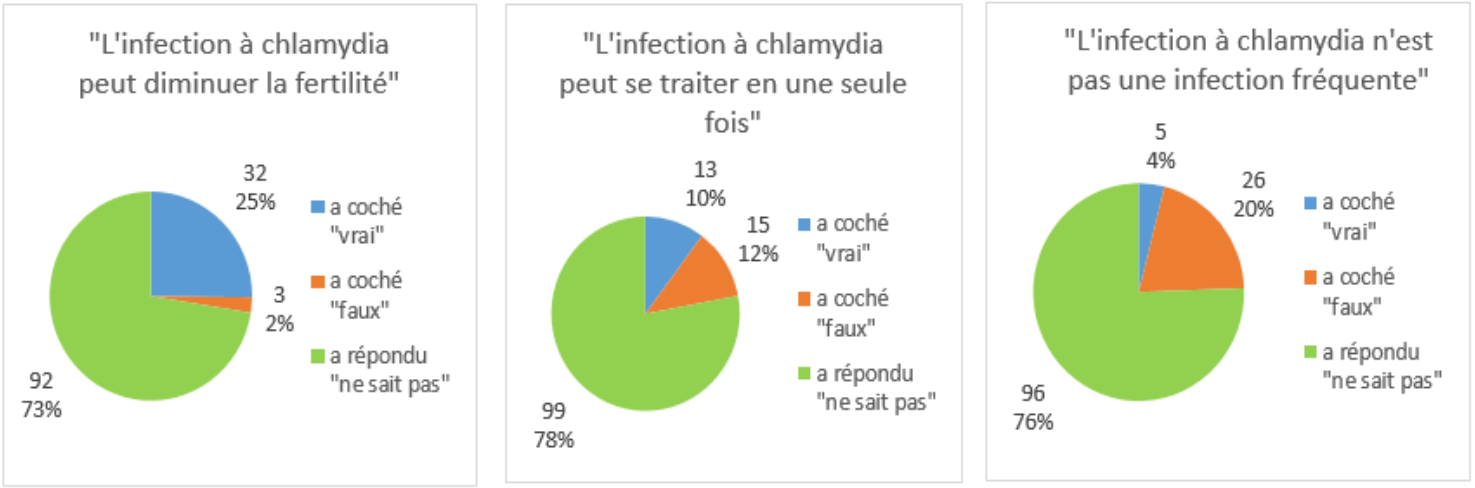


Figure 49 : Généralités sur le préservatif

❖ <u>Connaissances sur l'infection à *chlamydia trachomatis*</u>

Comme vu précédemment l'infection à *chlamydia trachomatis* était très peu connue des répondants. Plus de 2/3 d'entre eux ne connaissaient pas son impact sur la fertilité, ni sa fréquence. Ils étaient 20% à penser qu'il s'agissait d'une maladie peu fréquente, à tort (<u>*Figure 50*</u>).



<u>Figure 50</u> : Connaissances sur l'infection à Chlamydia trachomatis

❖ Connaissances sur l'hépatite B

Les enjeux sur la santé de l'hépatite B semblaient assez peu connus : à peine 1/3 des répondants savait qu'elle peut entrainer une maladie cancéreuse du foie. Cependant, 72% des répondants connaissaient l'existence d'un vaccin permettant de se protéger contre cette infection (Figure 51).

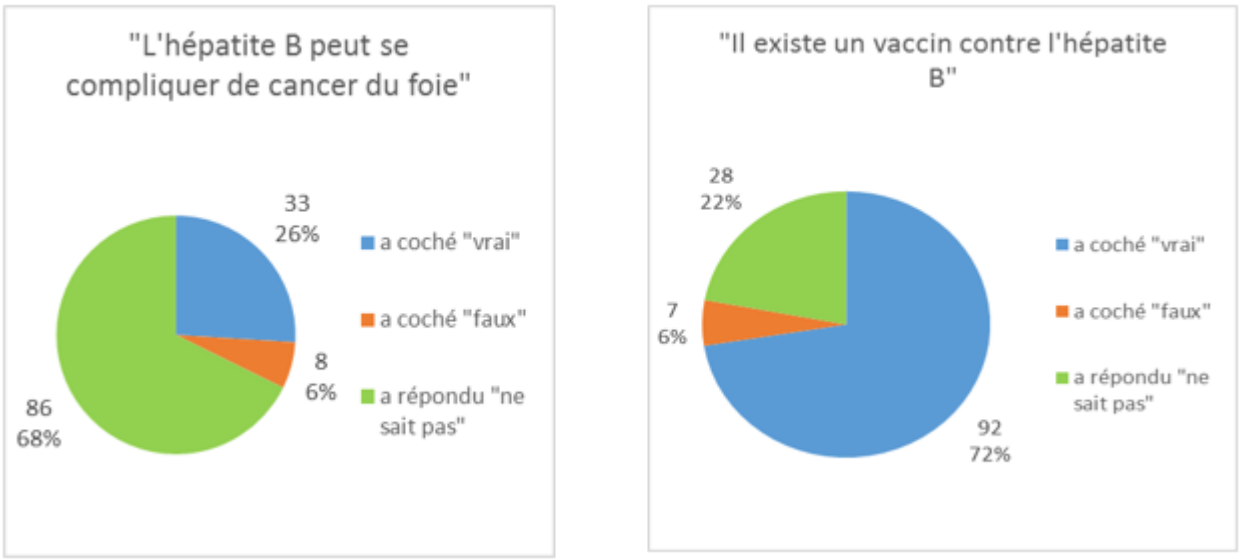


Figure 51 : Connaissances sur l'hépatite B

❖ Connaissances sur le VIH

Par rapport aux thérapeutiques du SIDA, 54% des jeunes ne savaient pas qu'il existe un traitement d'urgence en cas d'exposition à risque et encore 10% pensaient que l'on peut guérir du SIDA (*Figure 52*).

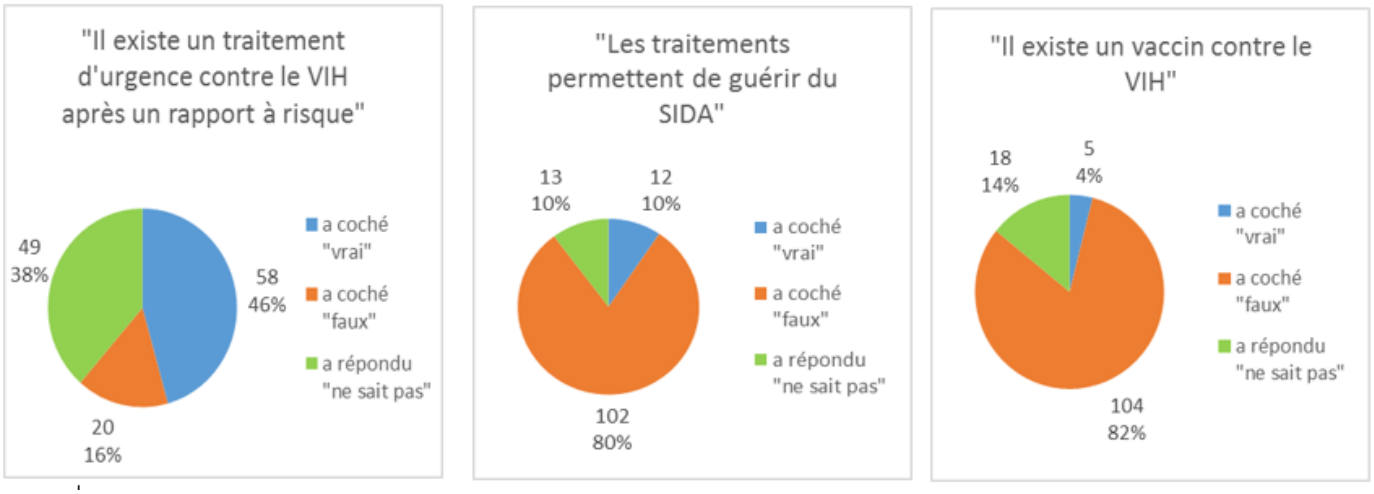


Figure 52 : Connaissances sur le VIH

3.4.12 SCORE DE CONNAISSANCES SELON LE SEXE

Les femmes avaient significativement de meilleurs résultats que les hommes. Elles avaient plus de bonnes réponses (moyenne 11,11 contre 9,41, *p < 0,005*; *Tableau 12*) et elles avaient aussi moins de questions auxquelles elles ne savaient pas répondre (moyenne 4,31 contre 5,81, *p < à 0,005* ; *Tableau 12*).

Elles savaient mieux que les IST peuvent être asymptomatiques, qu'elles peuvent récidiver et qu'elles nécessitent de traiter les partenaires. Elles étaient aussi plus nombreuses que les hommes à connaître l'existence d'un vaccin contre l'hépatite B (*Figure 53*).

Taux de bonnes réponses selon le sexe (/17)					
	moyenne	min	max	médiane	*p*
femmes (n = 67)	11,11	3	16	11	0.0015 IC 95%[0.662 ; 2.7434]
hommes (n = 60)	9,41	2	16	10	
Taux de réponses inconnues selon le sexe (/17)					
	moyenne	min	max	médiane	*p*
femmes (n = 67)	4.31	0	13	4	0.0044 IC 95%[-2.5311 ; -0.4754]
hommes (n = 60)	5.81	0	12	5	

Tableau 12 : Score de connaissances selon le sexe

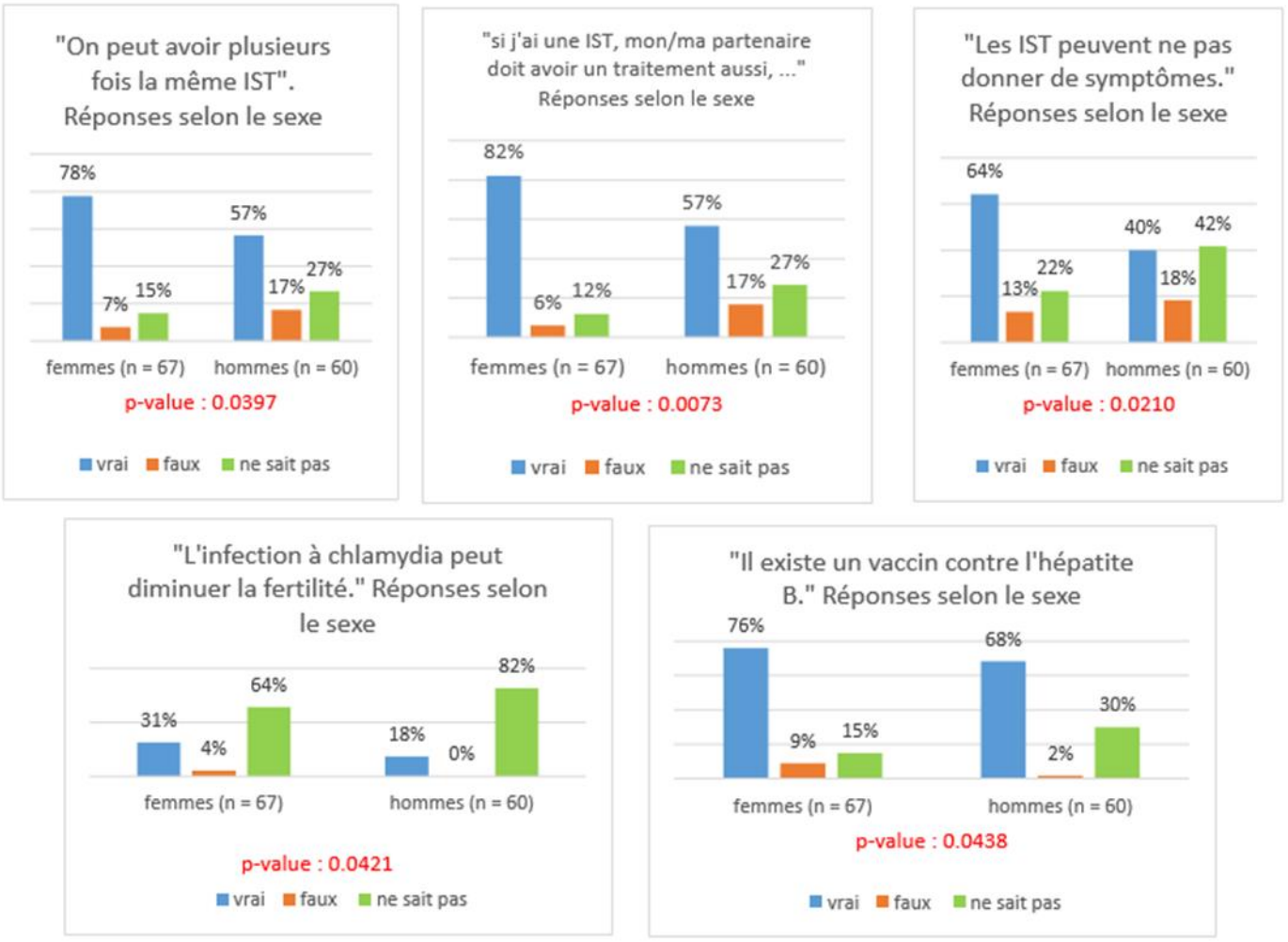


Figure 53 : Questionnaire Vrai/Faux. Réponses selon le sexe

3.4.13 SCORE DE CONNAISSANCES SELON L'AGE

Il n'a pas été mis en évidence de différences significatives objectives des connaissances sur les IST selon l'âge. En revanche, il semble que les plus jeunes étaient plus enclins à avoir des idées fausses par rapport aux IST. En moyenne, les 18-20 ans faisaient 2,13 erreurs contre 1,33 chez les 26-29 ans (*p non significatif ;* Tableau 13).

Taux de bonnes réponses selon l'âge (/17)					
	moyenne	min	max	médiane	*p*
18-20 ans (n= 30)	9,57	3	15	10	0.459 test de Kruskal-Wallis
21-25 ans (n = 63)	10,56	2	16	10	
26-29 ans (n = 33)	10,51	5	16	11	
Taux de réponses inconnues selon l'âge (/17)					
	moyenne	min	max	médiane	*p*
18-20 ans (n= 30)	5,3	1	13	4,5	0.7636 test de Kruskal-Wallis
21-25 ans (n = 63)	4,82	0	12	5	
26-29 ans (n = 33)	5,15	0	11	5	
Taux de mauvaises réponses selon l'âge (/17)					
	moyenne	min	max	médiane	*p*
18-20 ans (n= 30)	2,13	0	6	2	0,0935 test de Kruskal-Wallis
21-25 ans (n = 63)	1,62	0	6	1	
26-29 ans (n = 33)	1,33	0	6	1	

***Tableau 13** : Scores de connaissance selon l'âge*

Concernant le VIH, les plus jeunes étaient plus nombreux à avoir des idées reçues : ils étaient 10% à penser qu'il existe un vaccin contre le VIH, contre 0% des 26-29 ans (Figure 54). Egalement, 13% pensaient qu'il existe un traitement pour guérir du SIDA, contre 3% des 26-29 ans (Figure 54).

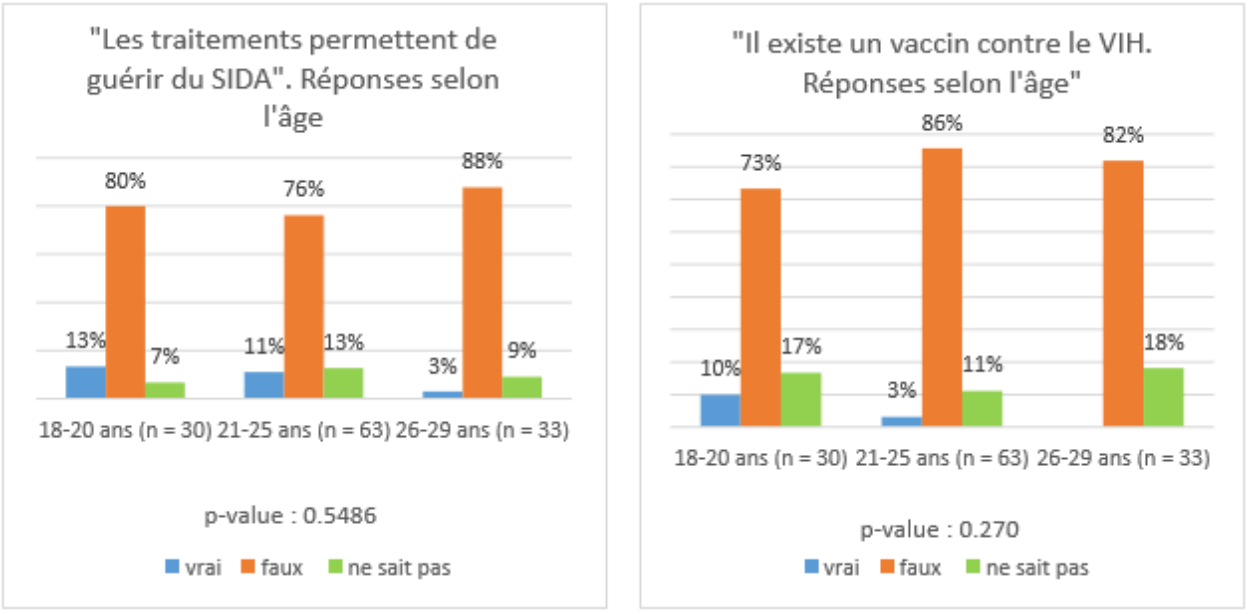


***Figure 54** : Connaissances sur le VIH selon l'âge*

Ces 18-20 ans paraissaient plus nombreux à penser que l'on ne risque pas de contracter une IST au premier rapport sexuel (13% contre 3% des 26-29 ans) et que l'on ne peut pas avoir plusieurs fois la même IST (23% contre 9% des 26-29 ans) (*Figure 55*).

Ils étaient 23% à réfuter le caractère asymptomatique des IST contre 11% des 20-25 ans et 18% des 26-29 ans. D'ailleurs, ils étaient 10% à penser que l'on ne risque pas de transmettre d'IST si l'on n'a pas de symptômes (contre 3% des 26-29 ans) (*Figure 55*).

Concernant l'hépatite B, 30% des 18-20 ans déclaraient ne pas savoir s'il existe un vaccin contre l'hépatite B. En revanche, 12% des plus âgés pensaient à tort qu'il n'en existe pas (*Figure 55*).

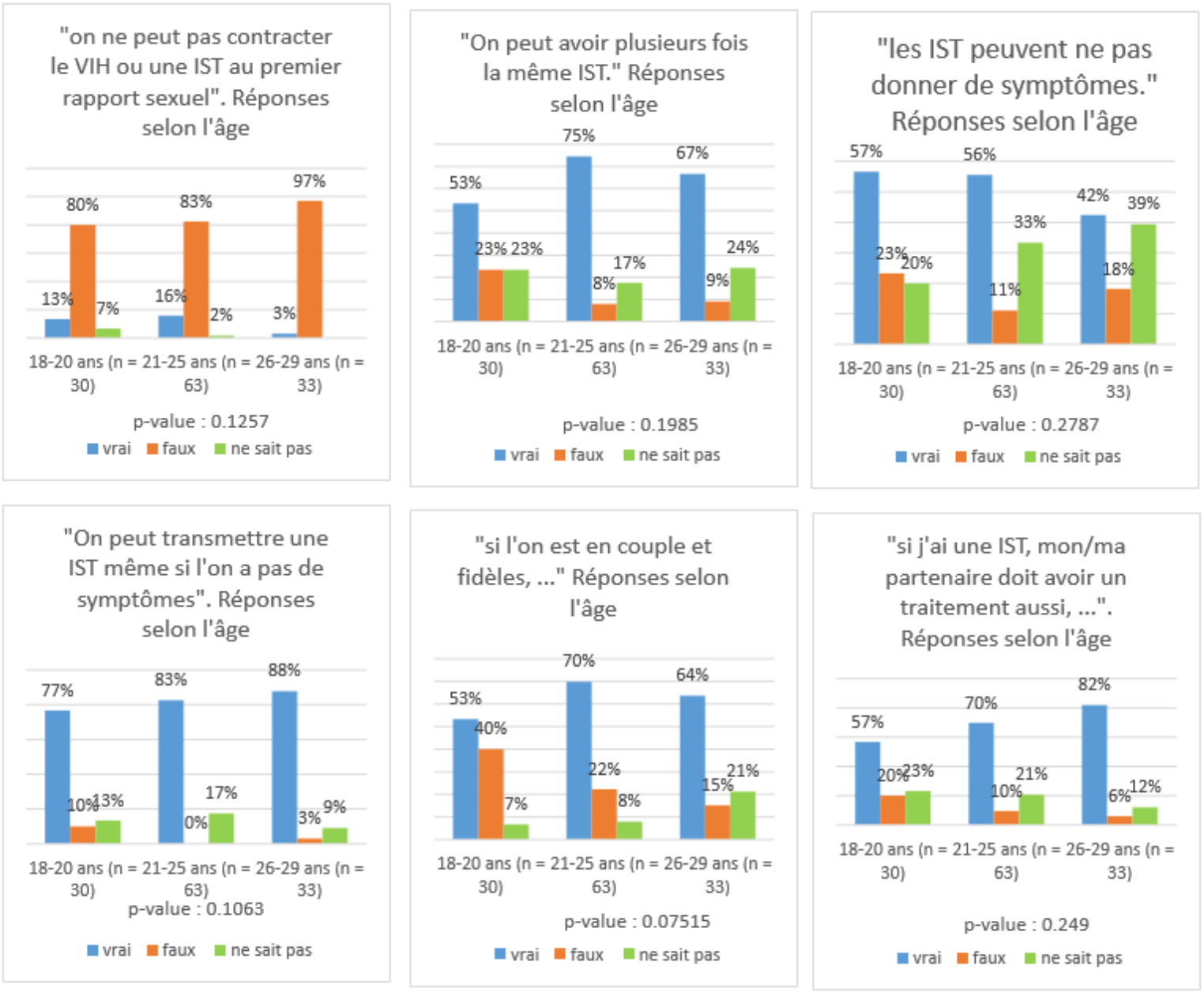


***Figure 55** : Questionnaire Vrai/Faux. Réponses selon l'âge*

3.4.14 SCORE DE CONNAISSANCES SELON LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Les étudiants avaient un score de connaissances un peu plus élevé mais cette différence n'était pas significative (*Tableau 14*).

Score de connaissances selon la situation professionnelle					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
sur 13 sans emploi et 77 en activité	10,03	16	2	10	0.1157
sur 37 étudiants	11	16	3	11	(student)
Score de réponses inconnues selon la situation professionnelle					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
sur 13 sans emploi et 77 en activité	5,29	12	0	5	0.1290
sur 37 étudiants	4,38	13	0	4	(student)

***Tableau 14** : Scores de connaissances selon la situation professionnelle*

3.4.15 SCORE DE CONNAISSANCES SELON LE CADRE DE VIE

Les jeunes urbains avaient plus de bonnes réponses (*Tableau 15*).

Taux de bonnes réponses selon le cadre de vie (/17)					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
rural (n = 53)	10,01	16	2	10	0.0094 (test de Kruskall-Wallis)
semi-urbain (n = 27)	9,15	16	4	9	
urbain(n = 45)	11,33	16	6	12	

***Tableau 15** : Score de connaissances selon le cadre de vie*

Ils étaient significativement plus nombreux à savoir que les IST peuvent être asymptomatiques (71% contre 45% des jeunes résidant en milieu rural et 37% des semi-urbains, $p < 0,005$; Figure 56). Ils étaient plus nombreux à savoir que l'on peut avoir plusieurs IST différentes et plusieurs fois la même IST.

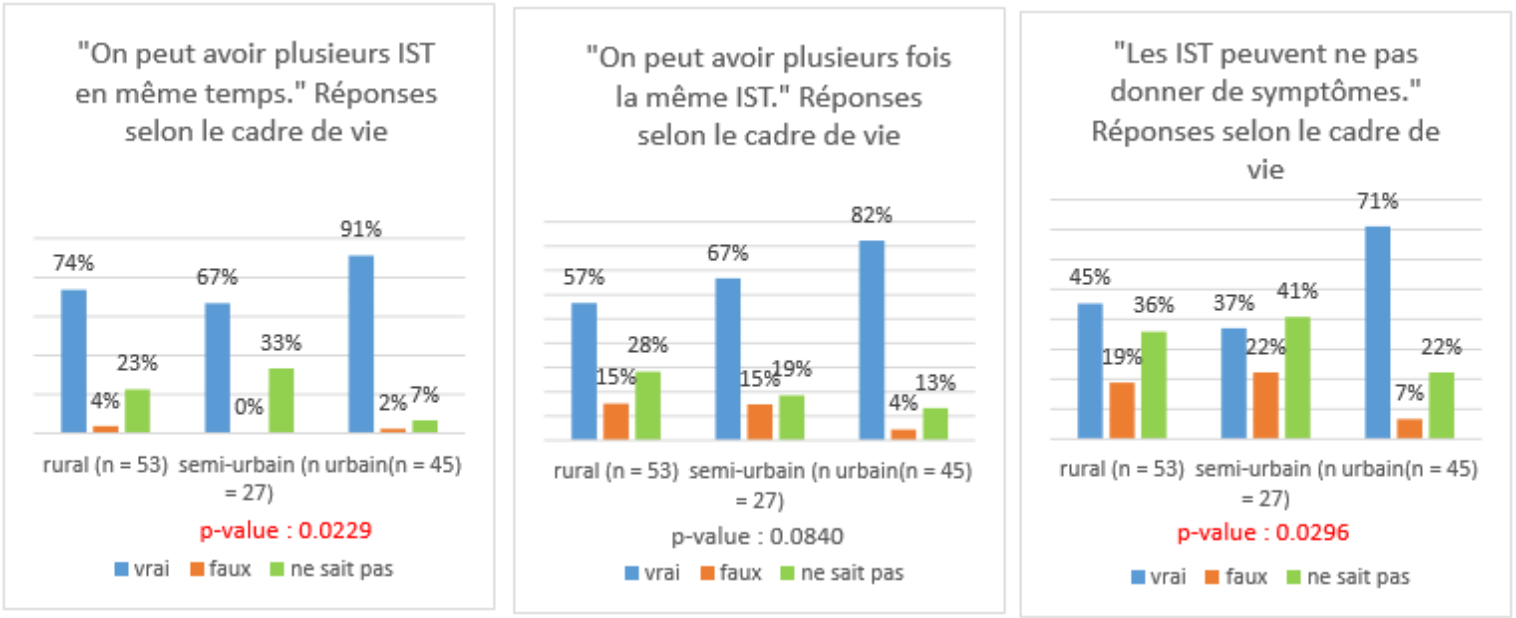


***Figure 56**: Généralités sur les IST, selon le cadre de vie*

Concernant le VIH, les urbains étaient plus nombreux à savoir qu'il n'existe pas de vaccin (93% contre 75% des jeunes vivant en milieu rural, *p < 0,005 ;* Figure 57*)* et ils étaient aussi plus nombreux à connaître l'existence d'un traitement d'urgence.

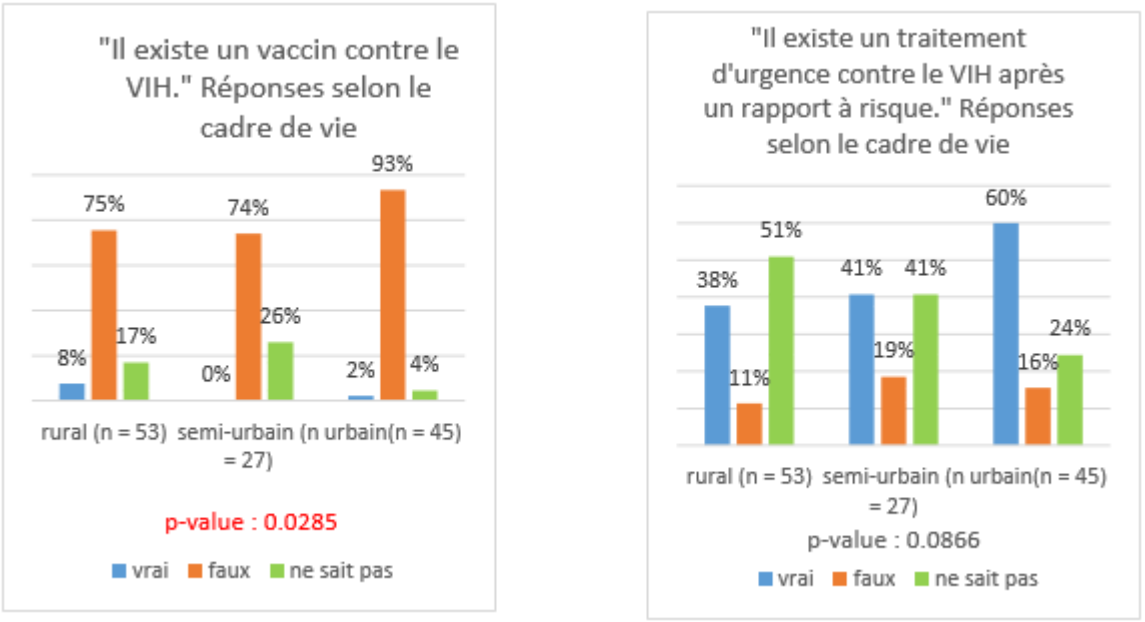


***Figure 57* : Connaissances sur le VIH selon le cadre de vie**

En revanche, les jeunes habitant en milieu rural étaient plus au courant de la nécessité de traiter les partenaires en cas d'IST : 81% contre 69% des urbains et 52% des semi-urbains (*p < 0,005 ;* Figure 58).

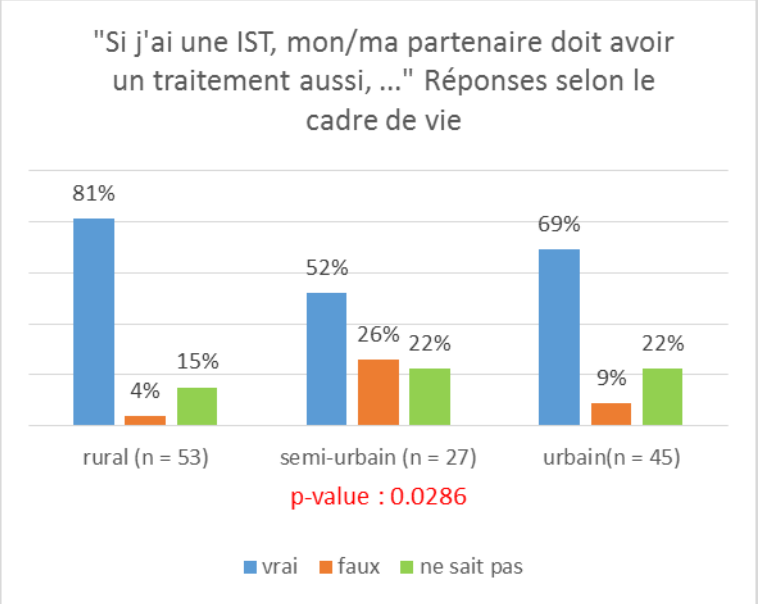


***Figure 58* : Généralités sur les IST, traitement des partenaires. Réponses selon le cadre de vie**

3.4.16 SCORE DE CONNAISSANCES SELON LE NIVEAU D'ETUDES

Dans l'ensemble, les jeunes ayant les plus hauts niveaux de diplômes (I à III) avaient de meilleurs réponses que ceux ayant fait moins d'études (V et VI). Ces derniers avaient également plus d'incertitudes : en moyenne, ils avaient 6 à 7 réponses « ne sait pas » /17 contre 4/17 chez les plus diplômés (*p< 0,005 ;* Tableau 15).

Taux de bonnes réponses selon le niveau d'études (/17)					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
niveau I (n = 21)	11,09	14	7	11	0,0076 (test de Kruskall et Wallis)
niveau II (n = 13)	11,07	14	7	11	
niveau III (n = 16)	11,38	16	5	12	
niveau IV (n = 37)	10,84	16	3	11	
niveau V (n = 34)	8,71	15	2	9	
niveau VI (n = 6)	9,00	13	5	9	
Taux de réponses inconnues selon le niveau d'études (/17)					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
niveau I (n = 21)	4,81	9	1	5	p value : 0,0037 (test dde kruskall-Wallis)
niveau II (n = 13)	4,54	9	0	4	
niveau III (n = 16)	3,44	11	0	3	
niveau IV (n = 37)	4,46	13	0	4	
niveau V (n = 34)	6,35	12	0	7	
niveau VI (n = 6)	7	11	4	7	

***Tableau 16** : Scores de connaissances selon le niveau d'études*

Les jeunes ayant fait des études supérieures étaient significativement plus nombreux à savoir que l'on peut avoir plusieurs fois la même IST, plusieurs IST en même temps, et surtout qu'elles peuvent être asymptomatiques (Figure 59).

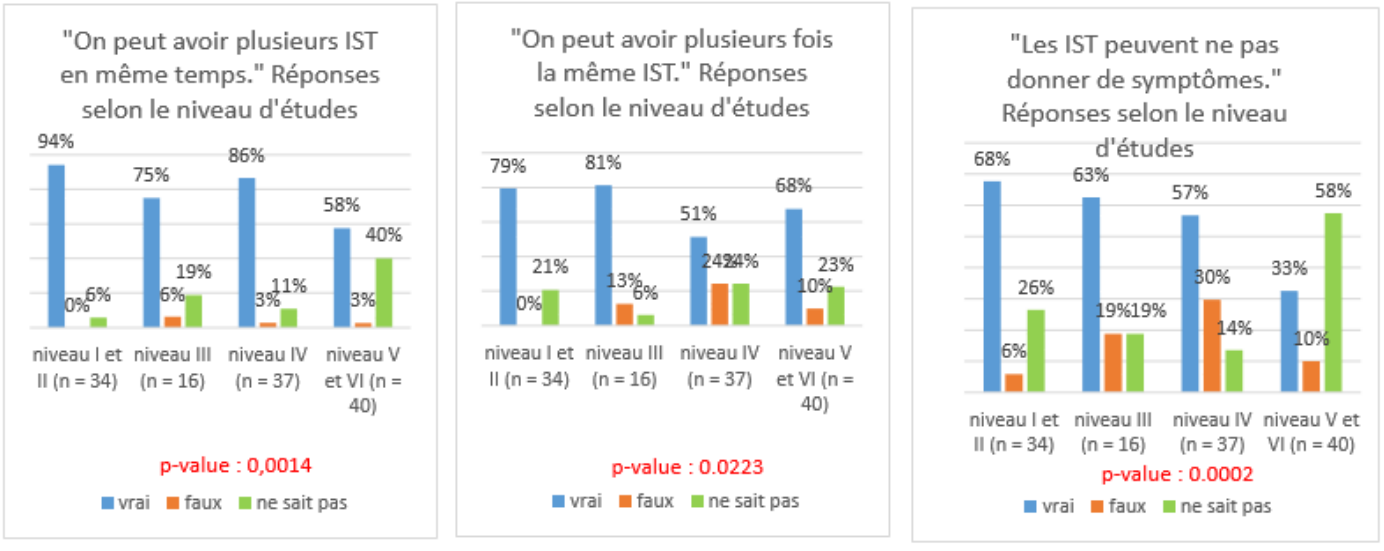


***Figure 59** : Généralités sur les IST selon le niveau d'études*

Face au VIH, les plus diplômés semblaient être un peu plus au courant des thérapeutiques. 62% des niveaux I et II savaient qu'il existe un traitement d'urgence en cas de prise de risques contre 30% des niveaux V et VI (*p non significatif*). Ils étaient aussi 91% à contredire l'existence d'un vaccin contre le VIH contre seulement 68% des niveaux V et VI (*p non significatif*).

3.4.17 SCORE DE CONNAISSANCE SELON L'INFORMATION PREALABLE

Par rapport aux jeunes ayant reçu une seule fois une information sur les IST, les jeunes ayant reçu plusieurs fois une information avaient un meilleur taux de bonnes réponses et moins de réponses auxquelles ils ne savaient pas répondre (Tableau 17).

Taux de bonnes réponses selon l'information préalable (/17)					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
une fois (n = 37)	9,38	13	2	10	0.0101 (student)
plusieurs fois (n = 86)	10,77	16	3	11	
jamais (n = 4)	9,25	11	8	9	
Taux de réponses inconnues selon l'information préalable (/17)					
	moyenne	max	min	médiane	*p*
une fois (n = 37)	6,11	12	0	6	0.0028 (student)
plusieurs fois (n = 86)	4,49	13	0	4	
jamais (n = 4)	6,50	8	5	6,5	

***Tableau 17*: Scores de connaissances selon l'information préalable**

Les jeunes ayant été plusieurs fois informés étaient plus nombreux à savoir que les IST peuvent être asymptomatiques et que l'on peut les transmettre (63% contre 32%, *p < 0,005 ;* Figure 60).

Il s'agissait du seul facteur qui semblait lié à une meilleure connaissance de l'infection à *Chlamydia*. Les plus informés étaient 34% à savoir qu'elle peut avoir un impact sur la fertilité contre 5% de ceux ayant reçu une seule information (*p < 0,001* ; Figure 60). Aussi ils étaient plus nombreux à savoir qu'il s'agit d'une maladie fréquente (26% contre 11%, *p non significatif ;* Figure 60).

L'impact sur la santé de l'hépatite B semblait être un peu mieux connu chez ceux ayant été informés plusieurs fois, 33% connaissaient les risques de cancer du foie.

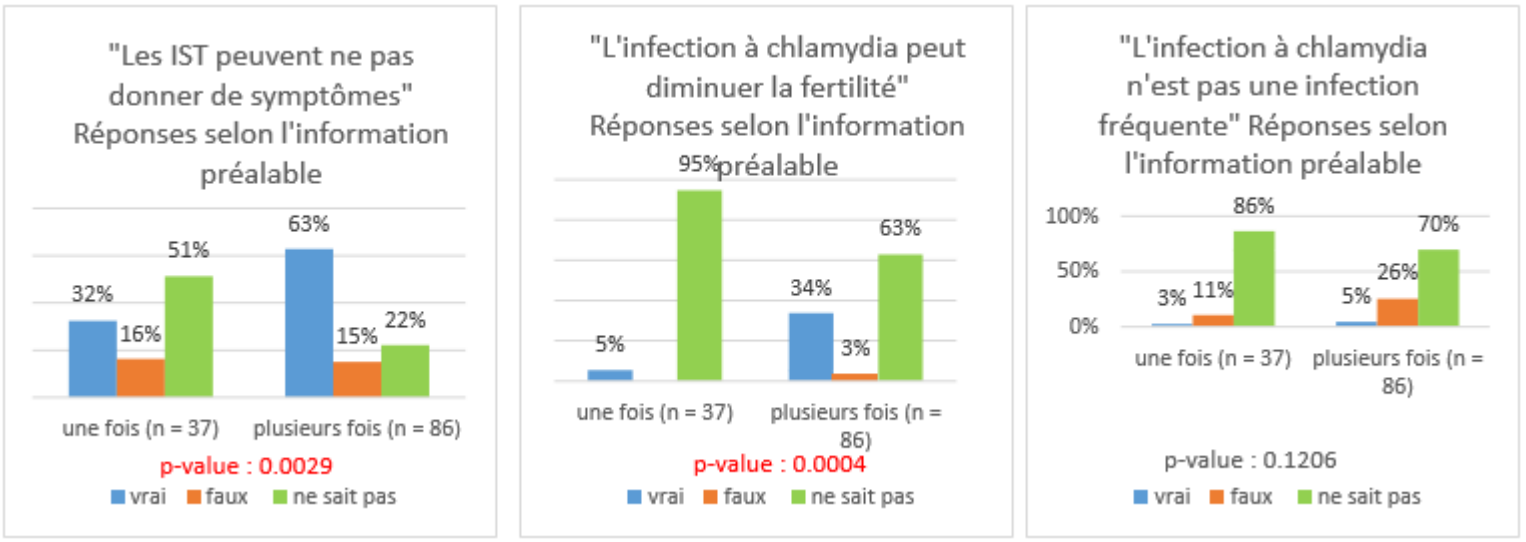


***Figure 60* : Questionnaire Vrai/Faux, réponses selon l'information préalable**

3.4.18 SCORE DE CONNAISSANCE SELON LE SENTIMENT D'INFORMATION

Plus le sentiment d'information est bon, meilleures sont les connaissances, moins il y a d'incertitudes (Figure 61) : La moyenne de bonnes réponses était de 12,89 chez ceux se sentant « très bien informés » contre 8,60 chez ceux se sentant « pas du tout informés » (*p < 0,001 ;* Tableau 18*).*

Taux de bonnes réponses selon le sentiment d'information (/17)					
	moyenne	max	min	mediane	*p*
très bien informé (n = 9)	12,89	16	9	14	0.0007 Test de Kruskall et Wallis
bien informé (n = 66)	10,77	16	2	11	
assez peu informé (n = 46)	9,22	16	3	9	
pas du tout informé (n = 5)	8,60	10	7	9	
Taux de réponses inconnues selon le sentiment d'information (/17)					
	moyenne	max	min	mediane	*p*
très bien informé (n = 9)	2,67	6	0	3	0.00013 test de Kruskall Wallis
bien informé (n = 66)	4,39	12	0	4	
assez peu informé (n = 46)	6,28	13	0	6,5	
pas du tout informé (n = 5)	7	8	6	7	

***Tableau 18** : Scores de connaissances selon le sentiment d'information*

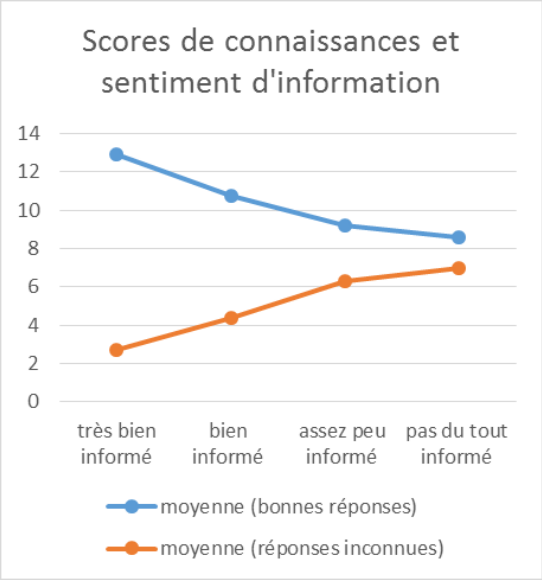
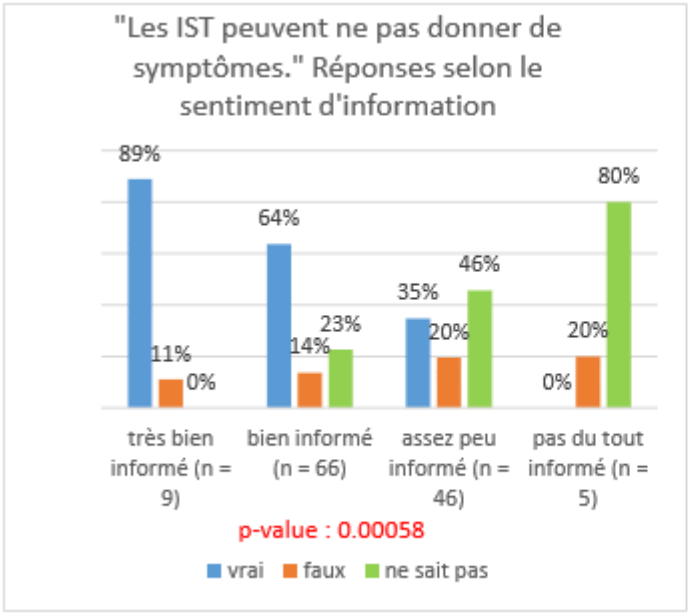


***Figure 61** : Scores de connaissances selon le sentiment d'information*

Le caractère asymptomatique des IST était bien mieux connu des jeunes se sentant les mieux informés. 89% des « très bien informés » le savaient, contre 0% des « pas du tout informés » (*p < 0,005 ;* Figure 62).



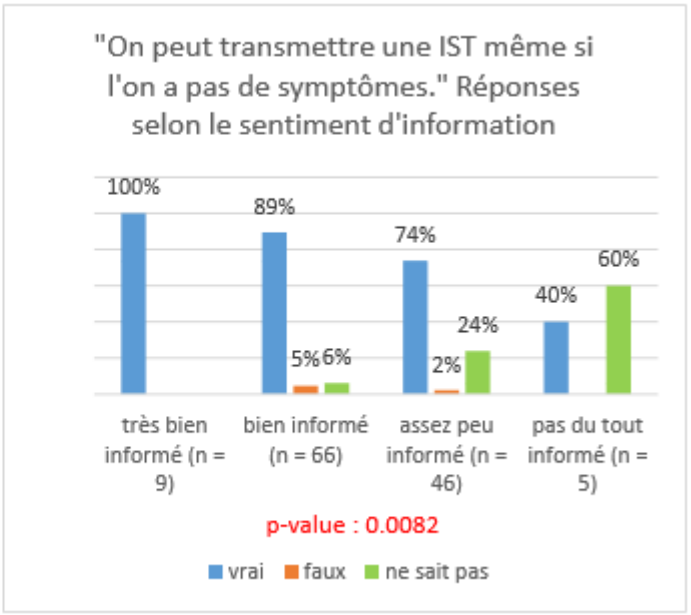


***Figure 62** : Généralités sur les IST selon le sentiment d'information*

Les impacts sur la santé des infections à *Chlamydia* et de l'hépatite B étaient aussi mieux connus de ceux se sentant les mieux informés (*Figure 63*).

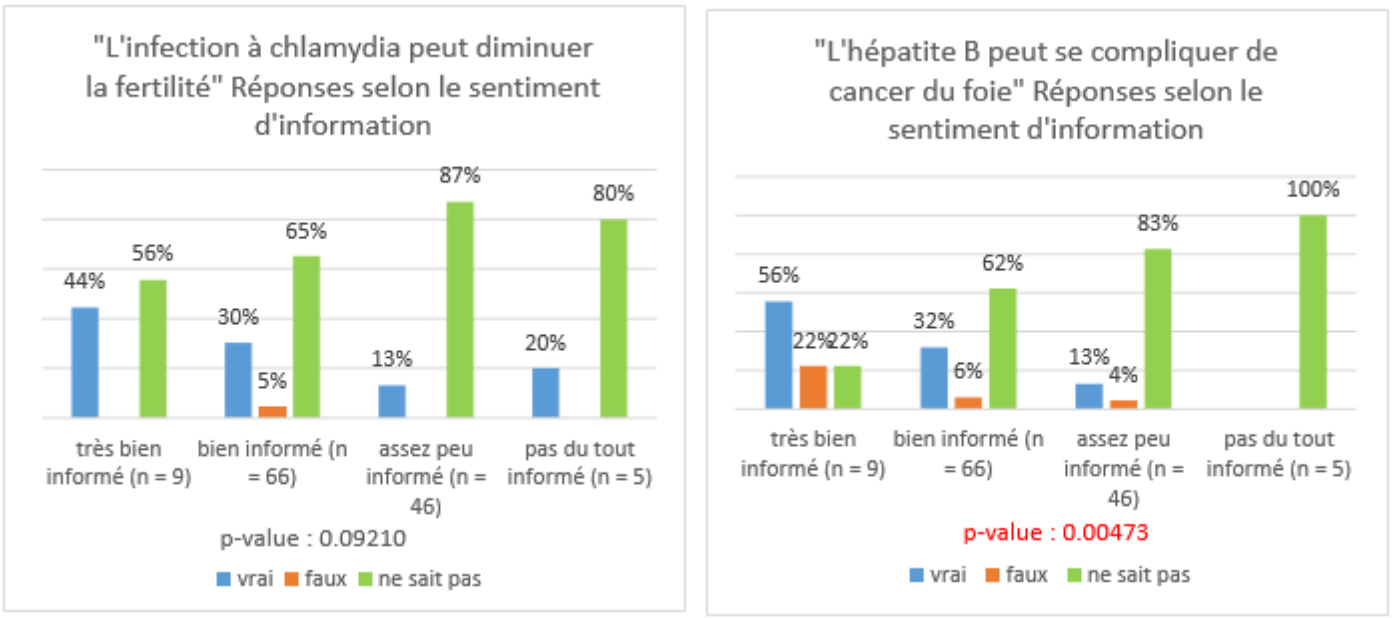


***Figure 63** : Connaissances sur l'infection à chlamydia et l'hépatite B selon le sentiment d'information*

Concernant le VIH, les jeunes se sentant « très bien informés » étaient plus nombreux à savoir qu'il n'existe pas de vaccin et aussi plus nombreux à connaitre les traitements d'urgence (Figure 64).

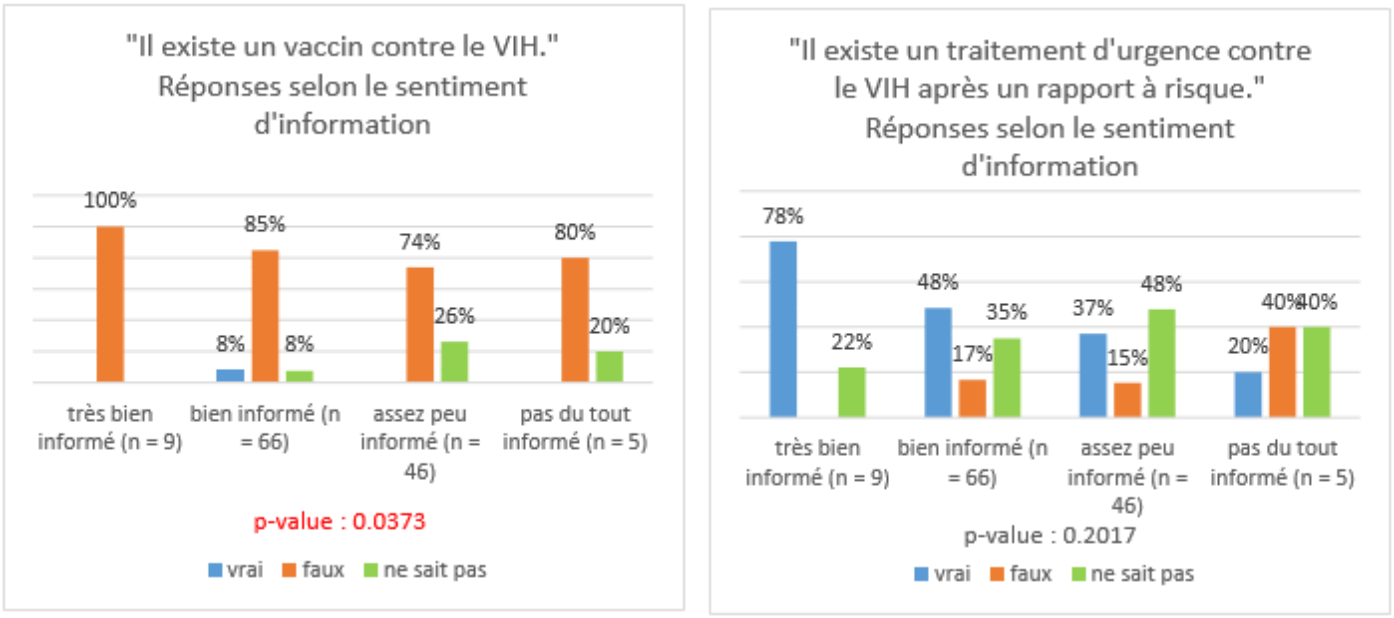


***Figure 64** : Connaissances sur le VIH selon le sentiment d'information*

4. DISCUSSION

4.1 PRINCIPAUX RESULTATS : IMPLICATIONS ET HYPOTHESES

Les connaissances sur les IST sont plutôt bonnes mais incomplètes. Il persiste des idées erronées pouvant conduire à un relâchement de l'attention des jeunes adultes.

L'utilisation du préservatif n'est pas systématique et varie selon les pratiques sexuelles. Elle ne peut donc pas être efficace contre la transmission des IST.

Le recours au dépistage n'est pas systématique, certains ne se sentent pas concernés.

4.1.1 OBJECTIFS PRINCIPAUX : CONNAISSANCES SUR LES IST

- Malgré un taux de bonnes réponses dans la moyenne, il persiste des méconnaissances et des désinformations.

Bien que le VIH soit majoritairement connu, et que les hépatites et la syphilis soient connues pour la moitié des répondants, les infections à gonocoque et à *Chlamydia trachomatis* restent dans l'ombre.

Malgré son incidence élevée, les interrogés ne savaient pas que l'infection à C*hlamydia trachomatis* était une maladie fréquente et les ¾ ne connaissaient pas son impact sur la fertilité. Par ailleurs, les symptômes évocateurs d'IST étaient bien connus si ceux-ci concernaient les parties génitales. Les localisations buccales ou anales étaient très peu citées et 47% des répondants ne savaient pas que les IST pouvaient être asymptomatiques. Il parait évident que ces méconnaissances peuvent engendrer un retard à la consultation, ce d'autant que 38% des répondants ne savaient pas qu'il fallait consulter en urgence après une prise de risque. Le fait de ne pas connaître ces symptômes et ces risques les exposent à un retard diagnostique pouvant avoir de lourdes conséquences pour leur santé.

Concernant les modes de transmission des IST, ils ne sont pas assez connus : Seulement 54% savaient que les IST pouvaient se transmettent par contact oro-génital, 69% par pénétration anale. De plus, il persiste des erreurs. Certains pensaient qu'elles pouvaient être transmises par un baiser ou dans les toilettes publiques. Aussi, 9% confondaient contraception et prévention des IST en pensant que la pilule était un moyen de protection contre les IST. A contrario, 12% pensaient que l'on ne risque rien au premier rapport sexuel. Des données confusantes semblent donc circuler parmi les jeunes adultes, ré-informer sur la transmission préférentielle des IST par voie sexuelle semble nécessaire. On imagine facilement que cela puisse avoir un impact sur la protection des rapports sexuels.

Solène Dominici (19), dans sa thèse réalisée au sein de deux cabinets de médecine générale en région parisienne (départements du 77 et du 91) auprès de 138 jeunes de 15 à 30 ans, fait les mêmes constats. Mis à part le VIH cité par 85% des répondants, les autres IST étaient beaucoup moins connues, 36% citaient la syphilis, 29% l'hépatite B, et 16% *Chlamydia trachomatis*. La note globale sur les connaissances des IST était inférieure à celle de notre étude (6/18) et la proportion de jeunes ayant de fausses croyances était plus élevée. Un certain nombre des jeunes interrogés dans notre étude travaillaient dans le domaine de la santé, il est possible que cela explique en partie cette différence.

❖ Comment expliquer que les IST soient encore trop peu connues ?

Chlamydia trachomatis et gonocoques sont méconnues de ces jeunes adultes et les conséquences à long terme des IST sur la santé le sont encore plus. On n'en parle sûrement pas assez.

En effet, nous venons de voir que plus on recevait de l'information, meilleures étaient les connaissances sur les IST, notamment sur le *Chlamydia*. Les campagnes de prévention axées uniquement sur les IST, bien que visant les populations jeunes, ne sont sûrement pas visibles par tous.

En 2011, l'INPES (20) lance une campagne de vidéos ludiques mettant en scène des interviews d'IST (syphilis, hépatite B, *Chlamydia*…). Le but était d'informer sur les symptômes et l'absence de symptômes de ces IST, les risques encourus pour la santé et l'incitation au dépistage. Voulant toucher les 15-30 ans, ces vidéos ont été diffusées exclusivement sur le web, des bannières s'affichant sur les sites fréquentés par les jeunes. Or, cette diffusion n'a duré que de juin à juillet 2011, limitant ainsi son impact. Ces vidéos sont toujours disponibles sur *www.info-ist.fr* ou sur YouTube. Elles ne sont donc accessibles que par ceux faisant la démarche de se renseigner. Utiliser internet était justifié pour toucher les publics jeunes mais pourquoi se limiter à cette source d'informations ?

En décembre 2013, la campagne d'affichage « VIH, chlamydia, syphilis, la meilleure défense c'est le préservatif » est annoncée par l'INPES (21). Elle est diffusée dans la presse spécialisée pour les HSH, dans les lieux de fréquentations des jeunes, des HSH, et des migrants, dans les gares TER et sur le réseau RATP, et grâce à des bannières s'affichant sur les sites consultés par les jeunes. On peut s'interroger sur la visibilité de cette campagne quand seulement 3% des jeunes interrogés dans notre étude citent la prévention comme information reçue au sujet des IST…

Pourtant, ces campagnes de prévention sont efficaces. Pauline Loustau (22), dans sa thèse a montré que l'on observait une majoration de 16% du recours au dépistage après diffusion de la campagne de prévention INPES sur l'infection à *Chlamydia* (23). Encore une fois, cette campagne n'a diffusé ses messages que pendant une durée très limitée (1 mois) et l'on peut imaginer que son impact aurait été encore meilleur si elle avait duré plus longtemps.

L'école reste le vecteur principal d'information sur le VIH et les IST. D'après la loi de juillet 2001 (article L 312- 16) (24), l'éducation à la sexualité doit obligatoirement être dispensée au collège et au lycée à raison de trois séquences annuelles de deux heures, en plus du programme scolaire. Or, 29% de nos répondants déclaraient n'avoir reçu qu'une seule fois une information. Egalement, Aude Behaghel (25), pour réaliser sa thèse de médecine, disait avoir rencontré beaucoup de refus de la part des lycées, le sujet étant jugé trop sensible. En réalité, c'est au bon vouloir de chaque directeur d'établissement de décider si ces sessions, pourtant obligatoires, seront organisées ou non. L'IGAS (26) avait déjà pointé du doigt cette défaillance dans un rapport en 2009, révélant que « les obligations légales concernant l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires ne sont que partiellement et inégalement appliquées », leurs organisations se heurtant à « d'importantes difficultés matérielles ». C'est ce que déplore Isabelle Louis (27), intervenante dans les écoles et présidente de la fédération du Planning Familial, dans une interview dédiée à l'éducation sexuelle : « la loi n'est pas vraiment appliquée… on a beaucoup de mal à intervenir dans les établissements d'enseignement général, où les équipes scolaires considèrent que les familles supposées aisées sont en capacité de prendre ces questions en charge ».

4.1.2 OBJECTIFS PRINCIPAUX : FREINS A L'UTILISATION EFFICACE DU PRESERVATIF

❖ Une utilisation inefficace du préservatif

Même si les premiers rapports sexuels sont bien protégés, l'utilisation du préservatif est imparfaite. Tout d'abord, elle n'est systématique avec un nouveau partenaire que pour 70% des répondants, alors qu'il faudrait qu'elle le soit pour 100% des répondants. Ensuite, son utilisation diffère significativement selon l'acte sexuel, la fellation n'était jamais protégée dans 71% des cas. Pour finir, il persiste des barrières à l'utilisation du préservatif. La gêne à l'achat, le coût, et la diminution des sensations restent des obstacles fréquemment cités par les répondants. Devant ces constats, on imagine bien que les expositions à risque doivent être fréquentes, 48% des répondants estimaient d'ailleurs avoir déjà pris un risque. Il est possible que d'autres aient eu des rapports sexuels à risque sans le savoir.

Cette variation de l'utilisation du préservatif selon le type de rapport sexuel a aussi été mise en évidence dans la thèse de Solène Dominici (19) qui interrogeait également une population « tout-venant ». La pénétration anale n'était rarement ou jamais protégée dans 81% des cas et la fellation dans 95% des cas, ce qui était même encore plus faible que dans notre étude. Mais il n'était pas renseigné s'il y avait eu un test de dépistage récent ou non.

❖ Comment expliquer que l'utilisation du préservatif ne soit pas systématique pour tous ?

Pour la génération des 18-30 ans, le préservatif a toujours existé. Utiliser un préservatif au premier rapport est une évidence. Et pourtant, l'utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire est fréquente mais pas systématique.

On peut penser que ces jeunes ne redoutent pas d'être atteints d'une IST puisque leurs connaissances sur ces dernières et leurs impacts sur la santé sont limitées. Peut-être ne redoutent-ils plus non plus d'être infectés par le VIH ? Cette génération est née après l'arrivée des traitements antirétroviraux (1996), après les années meurtrières du SIDA. Pour les plus jeunes d'entre eux, c'est une maladie « fantôme », on en parle mais ils ne la voient pas, ne la côtoient pas : ils n'étaient que 14% à connaitre une personne séropositive, d'après l'enquête KABP 2010 (9). Les traitements actuels permettent aux personnes séropositives de vivre avec le VIH, et d'avoir une espérance de vie identique à celles des séronégatifs. On ne meurt plus en France du SIDA mais tout semble confus pour certains jeunes. 10% pensent que l'on peut guérir du SIDA, alors pourquoi se protéger ?

Peut-être certains pensent-ils aussi qu'ils ne courent pas de risque du tout ? Peut-être pensent-ils que le SIDA ou les IST ne concernent que les homosexuels, ou que s'ils choisissent bien leur partenaire ils ne risquent rien ? Peut-être pensent-ils que le VIH n'est plus si fréquent que ça ? Les chiffres de la dernière enquête de l'IFOP 2016 (28) sont alarmants : 33% des jeunes interrogés pensent qu'il y a de moins en moins de contamination chez les 15-24 ans et 30 % pensent qu'ils ont moins de risque que les autres d'être contaminés par le virus du SIDA. Ces résultats confirment malheureusement que les jeunes ne se sentent plus franchement concernés par le SIDA, et qu'ils ne le craignent quasiment plus.

Bien que le préservatif soit connu depuis toujours par les 18-30 ans, 36% éprouvent toujours une gêne pour l'acheter. Cet objet reste honteux car référant à la sexualité, l'intimité des jeunes. Il faut le banaliser. La campagne *Affichariot* en 2003 (29) proposait « d'acheter le préservatif aussi simplement que n'importe quel autre produit ». Elle avait permis d'observer une nette augmentation des ventes dans les supermarchés. Peut-être faut-il répéter cette campagne chez les plus jeunes pour dé-connoter cet objet.

Pour finir, si l'utilisation du préservatif n'est pas systématique c'est qu'elle est désagréable. 70% des répondants citent la diminution des sensations comme obstacle à l'utilisation du préservatif. Ajouter à cela une crainte du SIDA en net recul et des idées reçues, et l'on observe une disparité dans l'utilisation du préservatif.

❖ Comment expliquer que l'utilisation du préservatif varie selon la pratique sexuelle ?

La moitié de ceux qui ne protègent jamais la fellation ne sait pas que les contacts oro-génitaux sont un moyen de transmission des IST.

Sur les affiches de prévention, on lit quasiment toujours « utilisez le préservatif » ou encore « protégez-vous ». Il n'est pas dit qu'il faut le mettre pour tous les types de rapports, oro-génitaux inclus. Pourtant, c'est une question très souvent posée sur le net, (3 échanges/5 chez les moins de 20 ans pour Sida Info Service en 2014 (30)). Des sites d'informations comme *info-ist.fr* y répondent très bien. Mais on tombe facilement sur des discussions de forums dont la fiabilité scientifique fait défaut. Les informations qui y circulent ne sont pas forcément justes, on y trouve des articles du style (je cite) « Faut arrêter de faire flipper tout le monde avec la fellation sans capote »… Trop d'informations contradictoires circulent.

Mais le manque d'information sur les modes de transmission des IST suffit-il à expliquer que la fellation ne soit jamais protégée ? Les résultats de notre étude montrent que non. Parmi ceux connaissant ce mode de transmission, on observe deux attitudes opposées : ils sont plus nombreux à toujours protéger la fellation (10% contre 2%) ou à ne pas la pratiquer (12% contre 4%) mais sont aussi plus nombreux à ne jamais la protéger (73% contre 68%). C'est la loi du « tout ou rien ». L'information sur les modes de transmission est donc importante pour amener les jeunes à mieux se protéger mais elle ne suffit pas.

Comme vu précédemment, on peut penser qu'ils ne craignent pas d'être contaminés par fellation non protégée. La diminution des sensations lors de l'utilisation du préservatif doit participer davantage au fait qu'ils choisissent de ne pas l'utiliser dans ce cas.

4.1.3 OBJECTIFS PRINCIPAUX : FREINS AU DEPISTAGE

❖ Malgré l'élargissement des indications au dépistage, celui-ci n'est pas l'apanage de tous

Seulement 53% de nos répondants avaient déjà fait un dépistage du VIH et des IST. Ce chiffre est en baisse par rapport aux résultats de l'enquête Baromètre Santé Jeunes 2010 (11) : ils étaient 72%. Un tiers seulement (35%) des répondants ayant des relations non protégées avec un partenaire régulier n'a jamais fait de dépistage. Ils sont donc susceptibles d'être porteur d'une IST asymptomatique et de l'avoir transmise à leur partenaire. Faire un dépistage ne semble pas représenter une pratique de prévention des IST pour eux. D'ailleurs, d'après la LMDE (31), en 2015, 35% des étudiants n'ayant jamais fait de dépistage déclarent que le test n'est pas utile.

17% ne se sentaient pas concernés et 22% estimaient ne pas en avoir besoin. Peut-être parce que la quasi-totalité de nos répondants avaient des relations plutôt stables avec un seul partenaire régulier. Peut-être parce que pour eux le dépistage ne s'adresse qu'aux personnes multipartenaires. Cependant, la moitié d'entre eux reconnaissait avoir déjà pris un risque. D'ailleurs, 44% des jeunes ayant déclaré avoir déjà pris un risque n'avaient jamais été dépistés… Alors que c'était le cas dans « les années SIDA » (32), la peur du résultat ne semble plus être une raison empêchant le recours au dépistage. On en revient à ce que nous avons vu plus haut, ces jeunes ne pensaient probablement pas courir un réel risque de contracter le VIH. Il est possible aussi que le fait de ne pas connaître le caractère asymptomatique des IST ne les ait pas encouragés à se faire dépister.

D'autres, par contre n'avaient jamais pensé à se faire dépister. On peut supposer que l'on ne leur avait jamais proposé. Dans la thèse de Solène Dominici (19), 80% des jeunes interrogés n'avaient jamais abordé le sujet des IST avec leur médecin traitant, alors que 87% se disaient favorables à ce que le médecin en parle spontanément. Il semblerait que si ce sujet n'est pas abordé en consultation ce soit plutôt parce que le médecin ne le fait pas. Il serait intéressant d'étudier le point de vue des généralistes et essayer d'établir quelles raisons les empêchent d'aborder le sujet des IST avec leurs jeunes patients. Il est aussi envisageable que la suppression de la consultation prénuptiale ait participé à la baisse du recours au dépistage.

Le moindre recours au dépistage était statistiquement lié à un plus faible niveau de connaissances sur les IST. La thèse d'Emilie Bruneel (33) de 2015 a montré aussi qu'une meilleure connaissance sur le VIH/SIDA était statistiquement liée à un meilleur recours au dépistage. Dans les deux cas, on ne peut savoir lequel influence l'autre. Est-ce parce qu'on a de bonnes connaissances qu'on se fait dépister, ou est-ce parce qu'on s'est fait dépister que l'on a pu recevoir à ce moment-là des informations ? Réaliser une autre recherche à ce sujet pourrait être utile. On pourrait imaginer que d'avoir de meilleures connaissances à la fois sur le VIH et à la fois sur les IST telles que C*hlamydia trachomatis* pourrait encore augmenter le recours au dépistage.

Il est possible que le fait de ne pas connaître le caractère asymptomatique des IST puisse expliquer en partie le non recours au dépistage. Dans notre étude, les répondants étaient un peu plus nombreux à se faire dépister quand ils avaient cette notion (58% contre 42%). Ils étaient aussi plus nombreux à ne pas se faire dépister quand ils pensaient à tort que les IST ne peuvent pas être asymptomatiques (55% contre 40%). Cependant, ces résultats n'étaient pas significatifs. Une étude sur de plus grands échantillons évaluant l'impact sur les pratiques de dépistage d'une information sur la possibilité d'être porteur d'une IST asymptomatique pourrait être une nouvelle piste de recherche (étude cas/témoin par exemple).

❖ Les structures spécifiques de dépistage ne sont pas assez connues

Seulement 19% des répondants citaient les CDAG et CIDDIST comme lieux où s'adresser pour réaliser un dépistage. D'autres semblaient plus démunis : 22% des répondants citaient les Services d'Accueil d'Urgences, alors qu'il ne s'agit pas de leur fonction première… et 20% des répondants ne savaient pas du tout où s'adresser.

Ces structures spécifiques n'étaient quasiment pas citées par les jeunes résidant en milieu rural. Ceux-ci étaient nettement moins nombreux à avoir déjà fait un test de dépistage. 90% d'entre eux l'avaient fait au laboratoire, aucun ne l'avait fait en CDAG. En Basse et Haute Normandie, on compte sept CeGIDD et douze antennes de CeGIDD réparties principalement dans les grandes villes (34). Les difficultés d'accessibilité au dépistage ou encore la gêne à le réaliser ont été peu citées comme motif de non-recours au dépistage. Créer des CeGIDD en milieu rural ne semble pas être une solution efficace, en revanche améliorer leur visibilité pourrait être envisagé.

4.1.4 OBJECTIF SECONDAIRE : IDENTIFIER DES FACTEURS INFLUENÇANT OU NON CES RESULTATS

❖ <u>L'information préalable est liée à de meilleures connaissances mais pas forcément à de meilleures attitudes de prévention</u>

Plus on répète l'information, plus les connaissances sont bonnes, moins il y a d'incertitudes. Ceux ayant reçu plusieurs fois une information sur les IST :

- Connaissent le caractère asymptomatique des IST,
- Connaissent plus de symptômes évocateurs chez les hommes,
- Connaissent l'impact sur la fertilité de l'infection à *Chlamydia,*
- Ont un meilleur sentiment d'information sur les IST. Cela avait déjà été montré à plus grande échelle, lors de l'enquête de l'IFOP en 2013 (12).

87% des jeunes ont été informés par l'école, celle-ci joue donc un rôle primordial pour la prévention de ces maladies.

Mais on n'observe pas d'amélioration des attitudes de prévention chez ceux ayant été informés plusieurs fois. L'information préalable n'a pas montré d'influence sur la communication avec les partenaires, ni sur l'utilisation du préservatif, ni sur le dépistage. Il convient de s'interroger sur le contenu des informations reçues : aborde-t-on les modalités du dépistage et le fait qu'il concerne tout le monde ? Aborde-t-on la manière d'utiliser le préservatif et insiste-t-on sur la nécessité de protéger tous les types de rapports sexuels?

❖ <u>Sentiment d'information par rapport au VIH et aux IST : influences sur les connaissances et les attitudes de prévention des jeunes</u>

Ceux se sentant bien informés ont de meilleures connaissances sur les IST. Ils ont moins d'incertitudes et ne font pas d'erreurs. Ils connaissent le plus d'IST, notamment les infections à *chlamydia* et gonocoque, et connaissent leur impact sur la fertilité. Ils savent qu'il existe un traitement d'urgence contre le VIH et qu'il faut consulter tout de suite après une prise de risque. Ils connaissent les symptômes évocateurs d'IST, savent aussi que les IST peuvent être asymptomatiques et qu'elles peuvent être transmises aux partenaires. On imagine qu'avec toutes ces cartes en main, ils soient plus à même de consulter en cas de prises de risque, et limiter ainsi le risque de retard diagnostique. Les modes de transmission des IST sont aussi mieux connus de ceux se sentant bien informés, ils savent qu'il faut utiliser un préservatif pour la fellation et la pénétration anale.

Ceux se sentant bien informés adoptent de meilleures attitudes de prévention. Ils sont plus nombreux à avoir réalisé un dépistage au cours de leur vie. Ils sont également plus nombreux à avoir réalisé un dépistage lorsqu'ils ne se protègent plus avec leur partenaire régulier et communiquent plus avec celui-ci. Leur utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire est plus systématique. Aucun ne déclare l'utiliser « occasionnellement » ou « jamais ». Ces résultats sont concordants avec ceux de la LMDE en 2012 (13).

Les 5 jeunes se sentant « pas du tout informés » avaient le taux de « réponses inconnues » le plus élevé et des attitudes préventives moins efficaces. On ne peut tirer de conclusions devant un si petit effectif mais cela est cohérent avec les résultats en rapport avec le fait d'avoir un bon sentiment d'information. Ces 5 jeunes ayant un profil particulièrement fragile face aux IST, il est nécessaire d'y porter attention.

Dans notre étude, même si l'information préalable n'était pas corrélée à de meilleures attitudes de prévention, elle était significativement corrélée à un meilleur sentiment d'information. Cela avait d'ailleurs

déjà été montré par l'IFOP en 2013 (12). On peut supposer que le sentiment d'information ne dépend pas uniquement des informations reçues sur le sujet. C'est une notion complexe faisant intervenir d'autres facteurs qu'il pourrait être intéressant d'identifier (au cours d'une enquête qualitative, par exemple) afin de promouvoir ce sentiment d'être bien informé, lié à de meilleures attitudes préventives.

❖ Variations selon le sexe : Les hommes

Par rapport à la gente féminine, les hommes :

- Ont de moins bonnes connaissances sur les différentes IST, leurs symptômes, leurs modes de transmission et sur leur caractère asymptomatique.
- Ont moins recours au dépistage lorsqu'ils ont des relations non protégées avec leur partenaire régulier. Ils ont d'ailleurs moins de connaissances sur les différents lieux de dépistage.
- Communiquent moins avec leurs partenaires.
- Ont plus d'incertitudes. Leur taux de réponses inconnues est plus élevé et ils se sentent moins bien informés que les femmes.

L'édition 2012 de l'enquête LMDE (13) avait déjà mis en évidence que les connaissances variaient selon le sexe et étaient globalement meilleures chez les femmes. On peut imaginer que les femmes soient plus sensibilisées sur le sujet des IST parce qu'elles consultent plus souvent que les hommes, notamment pour leur suivi gynécologique. Elles bénéficient probablement plus d'informations sur l'intérêt du dépistage et ses modalités.

❖ Variations selon l'âge : Les 18-20 ans

Plusieurs résultats mettent en évidence des connaissances et des attitudes de prévention différentes chez les 18-20 ans par rapport à leurs ainés. Ces différences ne sont pas souvent statistiquement significatives mais notables et concordantes avec les résultats d'autres études (13).

Les 18-20 ans sont moins nombreux à avoir déjà fait un dépistage par rapport à leurs ainés. Avec le temps, les expériences sexuelles augmentent et il parait logique que le recours au dépistage le soit aussi. Cependant, les 18-20 ans sont aussi moins nombreux à s'être fait dépister alors qu'ils ne se protègent pas avec leur partenaire régulier : seulement 40% d'entre eux avaient effectué un dépistage contre 70% des 21-25 ans et des 26-29 ans. Le dépistage semble donc moins systématique pour les plus jeunes et ils sont plus à risque d'être porteurs d'une IST asymptomatique…

Les 18-20 ans ont de moins bonnes connaissances sur les IST. Ils ont le score de « réponses inconnues » le plus élevé, témoignant de lacunes d'information. 46% des jeunes femmes de 18-20 ans ne savent pas du tout quels peuvent être les symptômes d'une IST (contre 10% des 26-29 ans), et s'exposent donc à un risque de retard diagnostique.

Les 18-20 ans ont aussi le score de « mauvaises réponses » le plus élevé. Ces erreurs peuvent amener à relâcher leurs comportements de prévention :

- Pensent que l'on ne peut pas contracter d'IST au premier rapport,
- Pensent que les IST ne peuvent pas être asymptomatiques,
- Pensent que le partenaire n'a pas besoin de traitement en cas d'IST,
- Pensent que l'on ne peut pas avoir plusieurs fois une IST,
- 13% pensent que l'on guérit du SIDA, 10% pensent qu'il existe un vaccin contre le VIH.

Pourtant, ce sont les 18-20 ans qui avaient reçu le plus d'information : 77% avaient été informés plusieurs fois contre 68% des 21-25 ans, et 58% des 26-29 ans. Dans l'ensemble, ils se sentaient même plutôt bien

informés (63%) par rapport à leurs ainés. Comment expliquer alors que les plus jeunes aient à la fois des lacunes et à la fois des idées reçues sur les IST alors qu'ils ont bénéficié de plus d'informations ? Comme vu précédemment, il est possible que les plus jeunes ne se sentent pas concernés par les risques d'IST. La répétition des enquêtes de l'IFOP a permis de mettre en évidence une progression des idées reçues sur le SIDA depuis quelques années, alimentant la représentation selon laquelle le SIDA n'est pas une fatalité. Pour exemple, 22% des jeunes interrogés en 2016 pensaient que des médicaments existent pour guérir du SIDA contre 13% en 2009 (28). On peut également émettre des doutes quant au contenu des informations délivrées aux 18-20 ans : elles ne sont peut-être pas assez exhaustives et n'insistent pas assez sur les modes de transmission des IST.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'éclatement des sources d'informations participe probablement à l'apparition de données confusantes chez les plus jeunes. D'après l'IFOP en 2016 (28), les réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés par les jeunes, et les informations qui y circulent sont multiples et pas toujours fiables.

Un article publié par SIS-Association (30) met en évidence que les 15-19 ans ayant fait appel à leurs services ont un profil particulièrement fragile face au VIH et aux IST. Ils se protègent moins que les autres utilisateurs, et un tiers d'entre eux sollicite les dispositifs dans les 48h suivant une prise de risque, toutes pratiques confondues, ne pouvant donc pas bénéficier de traitement post exposition. Cet article insiste sur le fait que ces jeunes entrent dans leur vie sexuelle et représentent un public particulièrement vulnérable. Leurs questions n'abordent pas que la prévention des IST mais aussi la sexualité ou les risques de grossesse, elles doivent donc être traitées de pair.

- Variation selon la situation professionnelle

Il n'a pas été franchement mis en évidence des résultats différents selon la situation professionnelle. Les étudiants semblaient avoir des connaissances sur les IST sensiblement meilleures, ils bénéficient probablement de plus d'informations de prévention au sein de leurs structures de formation.

- Variation selon le cadre de vie : Les Jeunes résidant en milieu rural

Les jeunes résidant en milieu rural ont de moindres connaissances par rapport aux urbains. Ils citent moins d'IST, en particulier les infections à *chlamydia* et le gonocoque. Ils connaissent moins de symptômes d'IST et ne savent pas qu'elles peuvent être asymptomatiques. Ils savent moins qu'il faut protéger la fellation ou la pénétration anale. La moitié ne sait pas qu'il existe un traitement d'urgence contre le VIH. Ils sont donc plus susceptibles d'être porteur d'une IST sans le savoir.

En revanche, ils semblent adopter de meilleures attitudes de protection : ils sont plus nombreux à savoir qu'il faut traiter les partenaires en cas d'IST et utilisent plus systématiquement le préservatif avec un nouveau partenaire. Mais il n'a pas été observé de différences concernant l'utilisation du préservatif pour les rapports oro-génitaux et anaux. Les jeunes résidant en milieu rural pensent donc avoir de meilleures pratiques préventives puisqu'ils protègent systématiquement la pénétration vaginale avec un nouveau partenaire, mais ils s'exposent toujours à des risques de transmission par d'autres actes sexuels.

Comme vu précédemment, les jeunes habitant en milieu rural sont moins nombreux à avoir déjà réalisé un dépistage. Les CDAG sont très peu connus de ces jeunes, et la quasi-totalité des dépistages ont été réalisés au laboratoire. Beaucoup d'entre eux disent ne pas se sentir concernés, ce qui est en adéquation avec le fait qu'ils ne pensent pas prendre de risque puisqu'ils protègent systématiquement leurs rapports avec un nouveau partenaire.

La prévention sur le VIH et les IST ne semble donc pas être exercée de manière harmonieuse selon les territoires. Les milieux ruraux ne disposent sûrement pas d'autant d'informations sur les modes de transmission des IST ni sur la nécessité de se faire dépister. Comme vu précédemment, le fait que les CeGIDD ne soient pas présents en milieu rural pourrait constituer un obstacle au dépistage pour les jeunes des milieux ruraux mais les difficultés d'accessibilité n'avaient été que très peu mentionnées par les répondants. Améliorer la diffusion des campagnes de prévention au sein des endroits fréquentés par les jeunes des milieux ruraux apparait alors nécessaire.

❖ Variation selon le niveau d'études : Les jeunes ayant un niveau d'études inférieur au Baccalauréat

Les moins diplômés ne font pas d'erreurs mais ont plus de doutes. Ils se sentent majoritairement assez peu informés. Ils communiquent peu avec leur partenaire et sont ceux qui sont les moins dépistés (seulement 17% des niveaux VI). Ils ne savent pas s'il existe un traitement d'urgence contre le VIH. Ils ne savent pas quels sont les symptômes d'IST chez les hommes ni si elles peuvent être asymptomatiques. Ils sont donc particulièrement à risque d'être porteurs d'une IST sans le savoir et de la transmettre à leur partenaire.

Les plus diplômés ont les meilleures connaissances mais pas forcément de meilleures attitudes de prévention. Ils se sentent majoritairement bien informés et ont les meilleurs taux de bonnes réponses. Ils connaissent d'ailleurs le plus d'IST différentes (notamment le *chlamydia*) et connaissent également les traitements d'urgence contre le VIH.

Pour autant, leurs attitudes préventives ne sont pas forcément les meilleures. Les niveaux II ont quasiment tous déjà réalisé un test de dépistage (92%), mais ce n'est pas le cas des niveaux I qui ne sont que 53% à s'être fait dépister. Les niveaux I et II sont aussi ceux qui semblent moins communiquer avec leur partenaire. La moitié des niveaux I et II n'ayant jamais fait de dépistage refusent de faire un dépistage par la suite. Une enquête qualitative pourrait être intéressante pour étudier ce qui amène ces jeunes très instruits à ne pas adopter de meilleures attitudes préventives alors qu'ils ont de bonnes connaissances. Il faut rester vigilant face à ce profil et ré-informer sur la nécessité de réaliser un dépistage des IST.

4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

❖ Un recrutement intéressant

J'ai cherché à étudier le point de vue de jeunes adultes :

- **Quelque-soit le motif initial de consultation**. Le recrutement s'est fait en dehors de toute notion de sensibilisation par rapport aux IST et VIH. Il ne s'agissait pas de jeunes ayant fait la démarche de rechercher des informations sur les IST et le VIH. Il ne s'agissait pas de jeunes interrogés dans des structures spécifiques de dépistage, ni recrutés sur internet sur des sites spécialisés.

- **Consultant en médecine générale**. Ces jeunes sont donc accessibles par le médecin traitant. Il faut que celui-ci en profite pour diffuser des messages d'information.

- **De catégories socio-démographiques différentes** : des étudiants comme des gens ne travaillant pas, des très diplômés comme des gens n'ayant pas fait d'études, des ruraux comme des urbains, des jeunes sortant juste de l'adolescence comme des jeunes parents.

❖ Des données sur les Infections Sexuellement Transmissibles

Toutes les enquêtes à grande échelle réalisées en France ne le sont qu'à propos du VIH seulement. J'ai voulu étudier les connaissances des jeunes sur les IST en général, en englobant le VIH. Aujourd'hui, le VIH n'est plus aussi présent dans les esprits des jeunes et la prévalence des IST ne cesse de grimper, de vieilles maladies réapparaissent. Il est important d'en informer les jeunes et de les sensibiliser à la nécessité de s'en protéger.

❖ Recherche de freins à de bonnes pratiques de prévention

Il ne s'agit pas que d'un simple constat de l'état de l'utilisation du préservatif ou du recours au dépistage. J'ai essayé de chercher pourquoi certains jeunes ne se faisaient pas dépister ou pourquoi ils ne se protégeaient pas. Le but était d'essayer de comprendre leurs mécanismes préventifs et leur proposer des solutions pour les aider à les améliorer.

❖ Recherche d'erreurs concernant leurs pratiques de prévention

Il est clair que l'utilisation du préservatif varie en fonction de l'acte sexuel. Il n'existait pas de données à ce sujet en population générale. Elles provenaient surtout des structures de dépistages, de données d'associations de lutte contre le VIH.

J'ai aussi cherché à savoir si cela venait d'un manque d'information ou non. Il s'avère que la réponse est complexe.

❖ Recherche de facteurs influençant les connaissances et les pratiques de prévention

La prévention est effectuée par de multiples acteurs. A l'échelle nationale, grâce aux campagnes d'affichage ; à l'école, grâce aux professeurs qui instruisent les enfants selon leur âge et leur maturité. Le médecin généraliste a la chance de pouvoir exercer une prévention individuelle. Cette étude s'intéresse à des facteurs qui peuvent influer ou non sur les connaissances des jeunes sur les IST, et sur leurs pratiques protectrices. Cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs profils de jeunes adultes plus fragiles par rapport aux IST. Il est souhaitable que le généraliste les repère, les informe, et les incite au dépistage.

❖ Qu'en est-il des mineurs ?

Les 18-20 ans de cette étude sont les plus fragiles par rapport aux IST, qu'en est-il des plus jeunes, qui débutent leur vie sexuelle ? Le mode de recueil des questionnaires n'était pas adapté pour les moins de 18 ans, ceux-ci fréquentant rarement seuls les cabinets de médecine générale.

La thèse de Aude Behaghel (25) s'est portée sur le point de vue de lycéens (du 93) au sujet des IST, au moment où la notion de prévention des IST devient concrète pour eux. L'échantillon (525 lycéens) n'était pas représentatif mais représentait une certaine mixité culturelle (41% des jeunes étaient d'origine africaine). Plusieurs constats rejoignaient les nôtres :

- Le VIH et les hépatites étaient très bien connus. Ce qui n'était pas le cas des infections à *chlamydia trachomatis* et gonocoque, qui étaient citées par 17,6% et 9,3% des jeunes.
- 46% seulement savaient qu'il faut consulter en urgence après une prise de risque, les autres pensaient pouvoir attendre.
- 25% d'entre eux pensaient que le préservatif n'est pas utile pour tous les types de rapports.
- Le médecin traitant était un interlocuteur privilégié à qui s'adresser en cas d'IST pour 73% des lycéens. Nous n'avons pas posé cette question dans notre étude mais 54% de nos répondants s'adresseraient à leur médecin en cas de dépistage.

❖ <u>Des limites sur le plan statistique</u>

Cet échantillon n'a pas été composé sur la base de quotas représentatifs de la population haute-normande. Il n'a pas été réalisé de redressement de l'échantillon. On ne peut donc pas généraliser ces résultats.

Cependant, certains résultats sont concordants avec plusieurs enquêtes réalisées à plus grande échelle et/ou avec des échantillons représentatifs permettant une extrapolation des résultats.

Avec 127 questionnaires analysés seulement, cette étude manque de puissance statistique.

Certains sous-groupes ont des effectifs trop faibles pour pouvoir en tirer des conclusions. C'est le cas des 4 jeunes déclarant n'avoir jamais reçu d'information sur les IST, ou des 6 jeunes n'ayant pas de diplômes, ou des 5 jeunes ne se sentant pas du tout informés. Néanmoins, il n'est pas inintéressant de s'y attarder, leurs réponses décrivant un profil de fragilité par rapport aux IST. Cela pourrait constituer un nouveau sujet d'étude en ciblant ces populations.

Certains résultats ne sont pas significatifs mais suffisamment marqués et concordants avec les données d'autres enquêtes pour qu'on en tienne compte. C'est le cas de mes conclusions sur la tranche d'âge 18-20 ans, qui apparait plus fragile par rapport aux IST.

Malgré une faible puissance, j'ai pu obtenir des résultats statistiquement significatifs. Notamment sur le sentiment d'information qui est associé à de meilleures connaissances et à de meilleures attitudes préventives. Cela avait été montré dans d'autres enquêtes. C'est aussi le cas de la différence d'utilisation du préservatif selon le type d'acte sexuel.

Certains résultats sont probablement sous évalués. Il existe un biais de confusion car les données sont simplement déclaratives. Il est envisageable que les répondants n'aient pas été complètement honnêtes par rapport à leur sexualité. Peut-être l'utilisation du préservatif est-elle moins bonne en réalité, peut-être qu'ils sont plus nombreux à penser avoir déjà pris un risque. J'ai essayé de pallier à cela en recueillant les questionnaires sous enveloppe cachetée de façon à garantir leur anonymat.

Malgré un bon taux de remplissage (98%), quelques questions ont un grand nombre de non-réponses, peut-être parce qu'elles n'étaient pas assez lisibles ni assez compréhensibles. Il s'agissait principalement des deux questions interrogeant les jeunes n'ayant jamais réalisé de tests de dépistage (sur

les raisons les ayant conduits à ne jamais se faire dépister, et sur leur désir de réaliser un dépistage par la suite). Une enquête plutôt de type qualitative aurait peut-être été plus adaptée pour explorer les raisons du non dépistage.

4.3 ET POUR L'AVENIR ?

Alors que notre étude met en évidence des connaissances et des pratiques de prévention contre les IST insuffisantes, l'édition 2016 de l'enquête de l'IFOP (28) pointe le fait que cette situation risque de s'aggraver.

Nous venons de voir qu'un bon sentiment d'information sur le VIH et les IST est lié à de meilleures connaissances et à de meilleures attitudes de protection contre les IST. Or, les chiffres de l'IFOP montrent que le sentiment d'être « bien informé » est en recul : -7 points depuis 2014, constituant le niveau le plus bas depuis 2009.

Les représentations faussées sur le VIH sont en nette progression : 30% des jeunes interrogés par l'IFOP ont des idées erronées sur la maladie, croyant que la pilule du lendemain ou les produits d'hygiène intime peuvent empêcher la transmission du VIH ou que l'on guérit du SIDA. Le VIH est banalisé, 24% n'ont pas peur du SIDA en 2016 alors qu'ils étaient 17% en 2015.

Les attitudes préventives sont en recul. Le recours au dépistage diminue fortement, essentiellement chez les 15-17 ans (- 37 points). 9% des jeunes interrogés par l'IFOP reconnaissent s'être exposés fréquemment à un risque de contamination, chiffre augmentant de 3 points en un an. Seulement 45% des jeunes ayant eu un rapport sexuel non protégé ont réalisé un test de dépistage, ils étaient 55% en 2015 (-10 points). Cette observation concorde avec les résultats de notre étude indiquant que le fait d'avoir pris un risque n'est pas forcément suivi d'un recours au dépistage.

Les sources d'informations changent. Les jeunes interrogés par l'IFOP se tournent d'avantage vers les sites internet et les médias, l'utilisation des réseaux sociaux explose. Associé à cela, l'information scolaire n'est plus systématique pour tous, 13% des jeunes interrogés n'en avaient jamais reçue. Ceci est 4 fois plus important que dans notre étude, et concerne principalement les jeunes de 15 à 17 ans.

Ces résultats sont alarmants, d'autant que les plus jeunes sont les plus touchés. Il devient urgent de reprendre les fondamentaux en terme d'informations, à l'école et par d'autres modes de communications, pour limiter les risques de nouvelles contaminations dans cette population en espérant que l'on n'assiste pas à une ré-augmentation des cas de VIH dans les années à venir.

4.4 QUE FAIRE ?

❖ Que dire ?

Les connaissances sur les IST et les attitudes de prévention adoptées par les jeunes adultes ne sont pas optimales. Les campagnes de prévention abordant spécifiquement les IST semblent peu visibles. Les risques pour la santé et leur caractère asymptomatique ne sont pas assez connus. Il existe des lacunes dans les informations que l'on donne, rétablir les fondamentaux apparait primordial :

- **Dire qu'il faut « se protéger » n'est pas suffisant. Dire « comment se protéger » serait plus judicieux**. **Le préservatif ça s'utilise** :

    - par tout le monde,
    - avec tout le monde,
    - quel que soit le type de rapport sexuel,
    - même avec son partenaire régulier jusqu'à ce qu'on ait fait un test.

- **Il est nécessaire de poursuivre l'incitation au dépistage** :
    - pour tous,
    - à tout moment,
    - pour toute prise de risque (et en urgence),
    - pour tous les couples stables qui ne veulent plus utiliser le préservatif.

- **Il apparait fondamental de pallier au manque de connaissances sur les IST et de redresser les idées reçues** :
    - En insistant sur le caractère asymptomatique des IST.
    - En insistant sur les risques à long terme sur la santé d'une IST non traitée.
    - En insistant sur la prévalence des IST, notamment de l'infection à *Chlamydia*, en population générale et chez les jeunes.
    - En insistant sur l'incidence des cas de VIH en France. C'est une maladie toujours présente, y compris chez les hétérosexuels, et y compris chez les jeunes.
    - En insistant sur les traitements du VIH : on ne meurt quasiment plus du SIDA en France, à condition de prendre un traitement à temps.
    - En insistant sur la nécessité de consulter en urgence après une exposition à risque car il existe des traitements post exposition contre le VIH.

❖ Comment le dire ?

Face à l'explosion des modes de communication, ces messages doivent être diffusés de toutes les manières possibles, en ciblant tous les jeunes et pas seulement ceux qui font déjà la démarche de se renseigner.

Les campagnes de prévention doivent être renforcées, leur diffusion facilitée, aussi bien dans les rues ou lieux publics, qu'à la télévision ou sur internet. Les réseaux sociaux prennent une part de plus en plus grande dans l'information des jeunes, Sidaction a d'ailleurs sa propre page Facebook. Des sites internet dédiés sont développés par les pouvoirs publics, comme *onsexprime.fr* ou encore *info-ist.fr*. La revue de littérature de K.Jones (35) publiée en 2014 a montré que la réalisation d'interventions préventives via les réseaux sociaux ou les SMS améliorait les connaissances sur la prévention des IST des jeunes de 15 à 24 ans et qu'elle pourrait avoir un impact sur leurs attitudes préventives.

Le rôle de l'école doit être maintenu car elle reste la première source d'information pour les jeunes. L'éducation à la sexualité doit être renforcée et soutenue. Pourquoi ne pas rendre obligatoire la réalisation de ces 3 séances annuelles prévues par la loi, en assouplissant leurs modalités de réalisation ? L'éducation à la sexualité est d'autant plus nécessaire qu'elle permet d'informer sur les IST à un moment où les jeunes vont commencer à avoir des rapports sexuels. Elle doit leur permettre d'adopter des réflexes de prévention qu'ils garderont pour leur vie future.

Et la notion de plaisir dans tout ça ? On pourrait se dire qu'à trop vouloir insister sur le port du préservatif et le dépistage, on pourrait finir par culpabiliser les jeunes en cas de prise de risque inattendue. On pourrait se dire qu'à trop vouloir insister sur les risques encourus en cas d'IST, on pourrait faire tomber les jeunes dans la paranoïa et enlever toute notion de plaisir à leur sexualité débutante. C'est en cela que l'éducation sexuelle est primordiale. Son rôle est d'accompagner les enfants à tous les stades de leur développement, en abordant les changements du corps à leur puberté, en abordant les différences entre les sexes, en abordant la notion de respect de chacun, en abordant les rapports sexuels et la notion de plaisir, et en abordant les IST et le VIH de manière à développer la notion de « santé sexuelle ». Le site internet *onsexprime.fr* créé par l'INPES, répond bien à cette problématique, en intégrant des informations à la fois sur la découverte de la sexualité et à la fois sur la prévention des risques d'IST et de grossesses.

La prévention ne doit pas être uniquement collective. Elle doit être individuelle et adaptée à chacun. C'est une des missions primordiales du médecin généraliste. Celui-ci reste un interlocuteur de choix pour les jeunes, c'est vers lui que se tourneraient la majorité de nos répondants pour réaliser un dépistage. 80% des jeunes interrogés par Solène Dominici (19) seraient favorables à ce que leur médecin aborde spontanément le sujet des IST avec eux. Oui, mais comment faire pour aborder ce sujet si intime avec un jeune venant consulter pour une rhinopharyngite ? Susciter l'intérêt pour commencer : affiches dans la salle d'attente, brochures d'information dans la salle d'attente ou sur le bureau. Profiter d'occasion pour lancer le sujet : proposer un dépistage lors de la prescription d'un bilan biologique, aborder le sujet lors d'une consultation pour un renouvellement de pilule. En cas d'opposition, laisser la porte ouverte… C'est aussi le moyen d'aborder la sexualité dans son ensemble, de pouvoir répondre à d'éventuelles questions que pourraient se poser les plus jeunes sur les changements du corps, de pouvoir répondre aussi aux attentes des plus vieux…

L'avantage du médecin c'est qu'il peut exercer une prévention adaptée au patient, l'informer en tenant compte de ses lacunes à lui, de ses représentations et de ses craintes à lui. Il peut aussi repérer les patients ayant un profil de fragilité par rapport aux IST, s'efforcer d'aborder le sujet avec les jeunes hommes, les jeunes les moins diplômés, ou encore les jeunes des milieux ruraux. Comme vu précédemment, l'accent doit être mis sur les moins âgés.

On pourrait aussi soumettre l'idée de créer une consultation de suivi systématique pour tous. Comme on fait des consultations de suivi obligatoires chez les nourrissons, pourquoi ne pas en créer une à 15, 18 et même à 25 ans ? Cette consultation pourrait aborder les IST et la prévention en l'englobant dans une discussion consacrée à la santé sexuelle et globale du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. **INVS.** Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles, données au 31 décembre 2015. *http://invs.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] 2015. http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST.

2. —. Bulletin de veille sanitaire Normandie. n°17 - Décembre 2015. *http://invs.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] 2015. http://invs.santepubliquefrance.fr//Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Normandie/Bulletin-de-veille-sanitaire-Normandie.-n-17-Decembre-2015.

3. —. Point épidémiologique – Infection par le VIH/SIDA et les IST du 23 novembre 2015. *http://invs.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] 2015. http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015.

4. —. Hépatite B, autres données épidémiologiques. *invs.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] 2004 mis à jour en 2016. http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Hepatite-B/Autres-donnees-epidemiologiques.

5. —. Hépatites B et C, données épidémiologiques récentes. BEH 13-14. *invs.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] mai 2016. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/pdf/2016_13-14.pdf.

6. **HAS.** Dépistage de l'infection par le VIH en France. *www.has-sante.fr.* [En ligne] octobre 2009. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf.

7. —. Diagnostic biologique de l'infection à chlamydia Trachomatis. Avis sur les actes. *www.has-sante.fr.* [En ligne] juillet 2010. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_-_document_davis.pdf.

8. **INPES.** Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Informations et ressources pour les professionnels de santé. *inpes.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] mai 2011. http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf.

9. **N. Beltzer, L. Saboni et al et l'équipe KABP.** Les connaissances; attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en Ile-de-France en 2010. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. *http://www.anrs.fr.* [En ligne] 2011. http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Sante-publique-Sciences-sociales/Actualites/Les-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-face-au-VIH-sida-en-Ile-de-France-en-2010.

10. **L. Saboni, N. Beltzer et le groupe KABP.** Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. *http://invs.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/(id)/PMB_11144.

11. **ORS Pays de la Loire.** Baromètre Santé Jeunes 15/25 ans. Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des Infections Sexuellement Transmissibles. *www.santepaysdelaloire.com.* [En ligne] janvier 2012. http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/BSJ/2010bsjpdl_sexualite_janv2012.pdf.

12. **IFOP pour Sidaction.** Les jeunes et l'information sur le VIH/SIDA. *http://www.ifop.com.* [En ligne] http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2863.

13. **Yvon, C.** *1er décembre 2012 - Journée mondiale de lutte contre le Sida. Enquête sur les connaissances et les comportements des jeunes. LMDE.* juillet : s.n., 2013. p. 25.

14. **Observatoire, SIS.** Santé sexuelle des jeunes et e-prévention. Des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse :. *www.sida-info-service.org.* [En ligne] https://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/Synthese_Jeunes_de_moins_de_20_ans_tous_dispositifs_2013_vdef.pdf.

15. **Enseignement Supérieur et Recherche.** Nomenclature relative au niveau de diplôme. *www.enseignementsup-recherche.gouv.fr.* [En ligne] juillet 2013. http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid72872/nomenclature-relative-au-niveau-de-diplome.html.

16. **INSEE.** Niveaux de Formation. *www.insee.fr.* [En ligne] octobre 2016. https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1076.

17. **ONISEP.** Des métiers par secteur. *www.onisep.fr.* [En ligne] 2017. http://www.onisep.fr/Decouvrir-les-metiers/Des-metiers-par-secteur.

18. **Annuaire Mairie.** Les unités urbaines françaises. *www.annuaire-mairie.fr.* [En ligne] http://www.annuaire-mairie.fr/unite-urbaine.html.

19. **Dominici, S.** *Les infection sexuellement transmissibles : état des connaissances des jeunes adultes consultant en cabinet de médecine générale et leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant.* Pierre et Marie Curie (Paris 6) : s.n., 2013. p. 40, Thèse pour le doctorat de médecine.

20. **INPES.** Banaliser et installer le dépistage des IST. *inpes.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] juin 2011. http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2011/013.asp.

21. —. VIH, chlamydia, syphilis… La meilleure défense, c'est le préservatif. *inpes.santepubliquefrance.fr/.* [En ligne] 2013. http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/13/cp131201-vih-ist.asp.

22. **Lousteau, P.** *Impact de la campagne menée par l'inpes en matière de d´epistage des infections uro-génitales à Chlamydia Trachomatis en Gironde.* Bordeaux 2 : s.n., 2014. p. 75.

23. **INPES.** Une campagne pour dépister l'infection à chlamydiae. *inpes.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] septembre 2012. http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/026-chlamydia.asp.

24. **Ministère de l'Education Nationale.** L'éducation à la sexualité. Guide d'intervention pour les collèges et les lycées. *http://media.eduscol.education.fr.* [En ligne] août 2008. http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf.

25. **Behaghel, A.** *Sexualité et risques d'infections sexuellement transmissibles : Le point de vue des adolescents.* Paris Descartes : s.n., 2011. p. 65, Thèse pour le doctorat de médecine.

26. **IGAS.** La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. *www.ladocumentationfrancaise.fr.* [En ligne] octobre 2009. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000048.pdf.

27. **Lebel, A.** Education sexuelle mon cul. L'école doit-elle se retirer ? *Causette.* 58, pp. 39-48.

28. **IFOP pour Sidaction.** Sondage Ifop : les jeunes, l'information et la prévention du sida, Il est urgent de réagir. *http://presse.sidaction.org.* [En ligne] 2016. http://presse.sidaction.org/communique/62460/Sondage-Ifop-jeunes-l-information-prevention-du-sida.

29. **INPES Lydie N., Rahib D., Lamboy B.** Leçons tirées de 20 ans de campagnes de. *http://inpes.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] 2011. http://inpes.santepubliquefrance.fr.

30. **SIS Observatoire.** Santé sexuelle des jeunes et e-prévention. Des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse : pour une approche préventive globale. *www.sida-info-service.org.* [En ligne] 2014. https://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/Synthese_Jeunes_de_moins_de_20_ans_tous_dispositifs_2013_vdef.pdf.

31. **LMDE.** Journée mondiale de lutte contre le sida, LMDE s'engage. Résultats 2015. *www.lmde.fr.* [En ligne] 2016. https://www.lmde.fr/prevention/nos-campagnes-de-prevention.

32. **M., Warchus.** *Pride.* [prod.] David Livingstone. Pathé Distribution, 2014.

33. **Bruneel, E.** *Evaluation des connaissances des jeunes de 18 à 25 ans concernant l'infection par le VIH-Sida et impact sur leur dépistage : étude observationnelle auprès de 683 étudiants des Hauts-de-Seine.* Paris Descartes : s.n., 2016. p. 72.

34. **ARS Normandie.** CeGIDD en Normandie, 7 Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic et 12 antennes en Normandie. *www.normandie.ars.sante.fr.* [En ligne] aout 2016. https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/CEGGID_NORMANDIE_maj_aout_2016.pdf.

35. **Jones K. et al.** The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior : a systematic review of literature. *Sexually transmitted diseases.* 2014, Vol. 41, 7, pp. 413-419.

36. **Zep, H. Bruller.** *Le Guide du Zizi sexuel.* s.l. : Glénat, 2001. p. 89.

37. **Thiberge, C.** Sexualité, alerte aux maladies vénériennes. *Le Monde. Science & Médécine.* 2016, 22141.

38. **Jacquin, P.** Sexualité de l'adolescent. *La revue du Praticien.* novembre 2010, Vol. 24, 851, pp. 839-845.

39. **INPES.** Interventions efficaces en prévention des Infections Seuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes adultes. Une synthèse des connaissances - Résultats saillants. *inpes.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] octobre 2012. http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/pdf/synthese-ist.pdf.

40. **HAS.** Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. *http://www.has-sante.fr.* [En ligne] mars 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/fr/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-b-et-c.

41. —. Evaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. *www.has-sante.fr.* [En ligne] mai 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_548127/fr/evaluation-a-priori-du-depistage-de-la-syphilis-en-france.

42. —. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions. *www.has-sante.fr.* [En ligne] décembre 2010. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1031777/fr/depistage-et-prise-en-charge-de-l-infection-a-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et-propositions.

43. —. Autotest VIH : Informations à l'intention des professionnels de santé et des associations. *http://www.has-sante.fr.* [En ligne] octobre 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1768844/fr/autotests-de-depistage-du-vih.

44. **ANSM.** Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à chlamydia Trachomatis. *www.has-sante.fr.* [En ligne] février 2003. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf.

45. **Ministère de la Santé et des Sports.** Plan national de lutte contre contre les hépatites B et C 2009-2012. *social-sante.gouv.fr.* [En ligne] 2008. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatites.pdf.

46. —. Plan National de lutte contre le VIH/ SIDA et les IST 2010-2014. *http://social-sante.gouv.fr.* [En ligne] 2010. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf.

47. **Halioua B.** Comment la syphilis emporta Maupassant. *La revue du praticien.* juin 2003, 53, pp. 1386-1389.

48. **Velter A., Saboni L. et al.** Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011. BEH 39-40 Comportements à risque et prévention dans des populations particulièrement exposées au VIH, aux IST et aux hépatites. *http://invs.santepubliquefrance.fr.* [En ligne] novembre 2013. http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-39-40-2013.

49. **CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.** Jeunes, sexualité et prévention du sida. *http://paca.lecrips.net.* [En ligne] novembre 2013. http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Jeunes%20sexualit%E9%20et%20pr%E9vention%20du%20sida%20nov%202013.pdf.

50. *Le VIH/sida chez les jeunes: idées fausses toujours tenaces et érosion relatives des connaissances.* **Observatoire de la Jeunesse.** 17, 2013.

TABLE DES REFERENCES

Référence 1 : Réseaux de surveillance des IST, source INVS 2015.....20

Référence 2 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, Réseau RésIST, France 2000-2015. Données INVS 2015.....21

Référence 3 : Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France, données INVS 2013.....21

Référence 4 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015.....22

Référence 5 : Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015.....22

Référence 6 : Evolution du nombre de cas de gonococcies selon l'orientation sexuelle. Réseau RésIST, donnés INVS 2015.....23

Référence 7 : Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France, données INVS 2013.....23

Référence 8 : Evolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015.....24

Référence 9 : Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge, réseau RésIST Normandie, données INVS 2015.....24

Référence 10 : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à chlamydia selon le sexe. Réseau Rénachla, France, données INVS 2015.....25

Référence 11 : Distribution des cas d'infections à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, données INVS 2015.....25

Référence 12 : Evolution du nombre de cas de LGV rectales et de rectites non L, CNR Chlamydia, France, données INVS 2015.....26

Référence 13 : Nombre de découvertes de séropositivités VIH en France 2003-2004, données INVS 2014.....27

Référence 14 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de Naissance, France 2003-2004, données INVS 2014.....27

Référence 15: Dépistage des IST, document pour les professionnels de santé, INPES 2011.....31

Référence 16 : Classification des niveaux de diplômes selon le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.....39

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Filière professionnelle des répondants....43
Figure2: Information préalable et situation professionnelle 44
Figure 3 : information préalable selon l'âge 44
Figure 4 : Vecteurs d'information 44
Figure 5 : Sentiment d'information face au VIH et aux IST....45
Figure 6 : Influence de l'information préalable sur le sentiment d'information face au VIH et aux IST 45
Figure 7 : Protection du premier rapport sexuel selon le sentiment d'information face au VIH et aux IST ...47
Figure 8 : Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire....48
Figure 9 : Genre et utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire.....49
Figure 10 : Cadre de vie et utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire....49
Figure 11 : Sentiment d'information et utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire....49
Figure 12 : Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire selon la pratique sexuelle 50
Figure 13 : Protection de la fellation selon la connaissance ou non de ce mode de transmission des IST ..50
Figure 14 : Communication avec le partenaire....51
Figure 15 : Sentiment d'information et communication avec partenaire 51
Figure 16 : Communication avec la partenaire selon le sexe 51
Figure 17 : Niveau d'études et communication avec le partenaire 51
Figure 18 : Définition d'un "rapport sexuel à risque" selon les répondants....52
Figure 19 : Prise de risque et dépistage 53
Figure 20 : Prise de risque antérieure et protection de la pénétration vaginale avec un nouveau partenaire 53
Figure 21 : Professionnels et lieux de recours au dépistage d'après les répondants....55
Figure 22 : Réalisation de dépistage selon le sexe....56
Figure 23 : Réalisation de dépistage selon l'âge....56
Figure 24 : Réalisation de dépistage selon le cadre de vie 56
Figure 25 : Réalisation de dépistage selon le sentiment d'information 56
Figure 26 : Réalisation de dépistage selon le niveau d'étude....57
Figure 27 : Raisons ayant motivé le dépistage 58
Figure 28 : Lieux de réalisation du dépistage....58
Figure 29 : Réalisation de dépistage chez ceux n'utilisant pas de préservatif avec leur partenaire sexuel régulier. Réponses selon le sexe....59
Figure 30 : Réalisation de dépistage chez ceux n'utilisant pas de préservatif avec leur partenaire sexuel régulier. Réponses selon l'âge....59
Figure 31 : Réalisation de dépistage chez ceux n'utilisant pas de préservatif avec leur partenaire sexuel régulier. Réponses selon le sentiment d'information face au VIH et aux IST 60
Figure 32 : Raisons évoquées pour justifier le non recours au dépistage 61
Figure 33 : Souhait de réaliser un dépistage par la suite 61
Figure 34 : IST citées par les répondants 62

Figure 35 : IST citées selon le sexe 63
Figure 36 : IST citées selon le sentiment d'information 63
Figure 37 : IST réellement connues par les répondants 64
Figure 38 : Connaissance des modes de transmission des IST 65
Figure 39 : Symptômes évocateurs d'IST d'après les hommes 66
Figure 40 : Symptômes d'IST cités par les hommes, selon le sentiment d'information 67
Figure 41 : Symptômes évocateurs d'IST d'après les femmes 68
Figure 42 : Symptômes d'IST cités par les femmes, selon leur sentiment d'information 68
Figure 43 : Symptômes d'IST cités par les femmes, selon leur âge 69
Figure 44 : Quand consulter après une prise de risque ? 70
Figure 45 : Connaissances des moyens de protection contre les IST 71
Figure 46 : Obstacles au préservatif masculin d'après les répondants 73
Figure 47 : Raisons évoquées pour justifier le non recours au préservatif féminin 74
Figure 48 : Généralités sur les IST 75
Figure 49 : Généralités sur le préservatif 76
Figure 50 : Connaissances sur l'infection à Chlamydia trachomatis 76
Figure 51 : Connaissances sur l'hépatite B 77
Figure 52 : Connaissances sur le VIH 77
Figure 53 : Questionnaire Vrai/Faux. Réponses selon le sexe 78
Figure 54 : Connaissances sur le VIH selon l'âge 79
Figure 55 : Questionnaire Vrai/Faux. Réponses selon l'âge 80
Figure 56: Généralités sur les IST, selon le cadre de vie 82
Figure 57 : Connaissances sur le VIH selon le cadre de vie 83
Figure 58 : Généralités sur les IST, traitement des partenaires. Réponses selon le cadre de vie 83
Figure 59 : Généralités sur les IST selon le niveau d'études 84
Figure 60 : Questionnaire Vrai/Faux, réponses selon l'information préalable 85
Figure 61 : Scores de connaissances selon le sentiment d'information 86
Figure 62 : Généralités sur les IST selon le sentiment d'information 86
Figure 63 : Connaissances sur l'infection à chlamydia et l'hépatite B selon le sentiment d'information 87
Figure 64 : Connaissances sur le VIH selon le sentiment d'information 87

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques générales de l'échantillon 42

Tableau 2 : Caractéristiques socio-culturelles de l'échantillon 42

Tableau 3 : Sentiment d'information selon le sexe, l'âge et le niveau d'études 46

Tableau 4 : Raisons citées justifiant la non protection du premier rapport sexuel 47

Tableau 5 : Utilisation du préservatif avec un nouveau partenaire selon la pratique sexuelle 50

Tableau 6 : Antécédents d'IST 54

Tableau 7 : Score de connaissance et dépistage antérieur 57

Tableau 8 : Taux de bonnes réponses chez ceux ayant des relations non protégées avec leur partenaire régulier. Meilleure médiane chez ceux ayant réalisé un dépistage. 60

Tableau 9 : IST connues selon le sexe, l'information préalable, et le sentiment d'information 64

Tableau 10 : Connaissance de l'utilisation du préservatif pour la fellation. Selon le sexe, l'âge, le cadre de vie, le niveau d'études, l'information préalable, et le sentiment d'information 72

Tableau 11 : Connaissance de l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale. Selon le sexe, l'âge, le cadre de vie, le niveau d'études, l'information préalable, et le sentiment d'information 72

Tableau 12 : Score de connaissances selon le sexe 78

Tableau 13 : Scores de connaissance selon l'âge 79

Tableau 14 : Scores de connaissances selon la situation professionnelle 81

Tableau 15 : Score de connaissances selon le cadre de vie 82

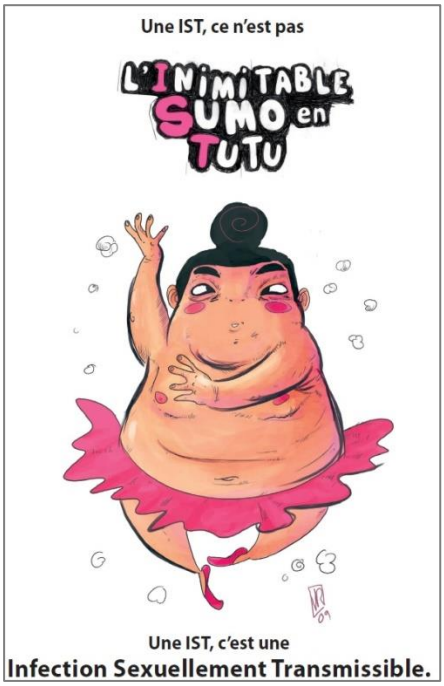
Tableau 16 : Scores de connaissances selon le niveau d'études 84

Tableau 17: Scores de connaissances selon l'information préalable 85

Tableau 18 : Scores de connaissances selon le sentiment d'information 86

QUESTIONNAIRE FEMME

Infections sexuellement transmissibles : Connaissances, comportements de prévention et leurs obstacles, des jeunes de 18 à 30 ans, consultant en médecine générale



En France, les infections sexuellement transmissibles (IST) restent un sujet prioritaire de santé publique, en raison de la fréquence de nouvelles infections diagnostiquées, et en raison des risques à long terme pour la santé. Les jeunes adultes sont particulièrement concernés.

Il s'agit ici, grâce à ce questionnaire, anonyme, d'étudier plus en détails les connaissances et les comportements de prévention sexuelle des jeunes adultes, de manière à élaborer des pistes de recherche pour améliorer la prévention en médecine générale. Ce travail est celui de ma thèse pour mon doctorat de médecine.

Merci pour votre participation !

Emelyne CRESSANT

1/ VOUS :

- Age : Ville où vous résidez :
- Pays de naissance :
- Activité professionnelle : □ sans emploi □ Etudiant □ En activité
  - Précisez quelle filière :

- Niveau d'étude : □ pas de diplôme □ Brevet □ CAP/BEP □ Baccalauréat □ BTS □ licence □ master/doctorat
- Utilisez-vous une contraception, si oui laquelle ? ……

2/ VOTRE SEXUALITE :

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? □ oui □ non

Si non, vous pouvez passer les questions suivantes et aller directement à la partie 3/Dépistage.

a)Premier rapport :

- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel? : ……
- Lors de ce premier rapport, aviez-vous utilisé un préservatif ? □ oui □ non
  - Si non, pour quelle(s) raison(s) ? ……

b) Sexualité actuelle (dans les douze derniers mois):

- Avez-vous des rapports sexuels actuellement ? □ oui □ non

- Avez-vous un partenaire sexuel régulier actuellement ? □ oui □ non
  - Si oui : utilisez- vous des préservatifs ? □ oui □ non
  - Si vous n'utilisez pas de préservatifs avec cette personne, avez-vous fait un test de dépistage depuis que vous avez des rapports ensemble ? □ oui □ non

- Avez- vous plusieurs partenaires sexuels actuellement ? □ oui □ non
  - Si oui, utilisez-vous toujours un préservatif ? □ oui □ non
- Combien de partenaires sexuels avez-vous eu durant les douze derniers mois ? ……

- Quelle est votre orientation sexuelle ? □ hétérosexuelle □ homosexuelle □ bisexuelle □ je ne sais pas
- Lors d'une relation avec un nouveau partenaire sexuel, utilisez-vous un préservatif ?

□ systématiquement □ souvent □ occasionnellement □ jamais

- Si votre réponse est occasionnellement ou jamais, précisez s'il vous plait pour quelle(s) raison(s) :

□ je n'aime pas ça □ je n'en ai pas besoin □ je n'y pense pas □ cela coûte trop cher

□ je n'en trouve pas facilement □ j'ai déjà une contraception

□ je fais des tests de dépistage régulièrement □ je ne pratique pas la pénétration

□ je n'ose pas dire non à mon partenaire (masculin) □ autres : ……

- Vous utilisez le préservatif :

pour la pénétration vaginale : □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais □ ne pratique pas

pour la pénétration anale : □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais □ ne pratique pas

pour la fellation : □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais □ ne pratique pas

vous le mettez en place : □ Avant la pénétration □ avant l'éjaculation

- Parlez-vous du VIH/SIDA et des IST (Infections sexuellement transmissibles) avec votre/vos partenaires ?

□ Systématiquement □ souvent □ occasionnellement □ jamais

- Si votre réponse est occasionnellement ou jamais : pour quelle(s) raison(s) ?

□ la peur □ la gêne □ le manque de confiance □ vous n'y pensez pas □ autres : ……

- Pour vous, qu'est-ce qu'un « rapport sexuel à risque » ?

…… …… ……

- Pensez-vous avoir déjà pris « un risque » ? □ oui □ non

- Avez-vous déjà été traitée pour une IST ? □ oui □ non
  - Si oui, laquelle/ lesquelles ? ……..
  - En aviez-vous informé votre/vos partenaire(s) ? □ oui □ non

- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec quelqu'un en situation de prostitution ? □ oui □ non
  - Si oui, utilisez-vous des préservatifs ? □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais

3/DEPISTAGE

- Où et à qui pouvez-vous vous adresser pour réaliser un test de dépistage du VIH/IST ?

…… …… ……

…… …… □ ne sais pas

- Avez-vous déjà réalisé un dépistage des IST ? □ oui □ non

- Si vous avez-déjà réalisé un dépistage des IST, pour quelle(s) raison(s) ?

□ sans raison particulière □ examen prénatal □ proposition de votre médecin traitant

□ abandon de préservatif □ suite à un risque □ proposition d'un autre médecin (précisez : ……)

□ test fait régulièrement □ symptômes inquiétants □ doute sur le statut du partenaire

□ sur conseil de vos amis □ de vos parents □ demande d'employeur/banque/assurance

□ demande du partenaire □ autres :

- Si vous avez déjà réalisé un dépistage des IST, dans quel endroit ?

□ laboratoire □ urgences □ CDAG/CIDDIST* □ planning familial □ autre : ……..

(*CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et gratuit ; CIDDIST : Centre d'Information et de Dépistage des IST)

- Si vous n'avez pas réalisé de dépistage des IST, pour quelle(s) raison(s) ?

□ manque d'information □ mauvaise accessibilité (horaires, lieux...) □ cela me gêne

□ je n'en ai pas besoin □ je n'y ai pas pensé □ je ne me sens pas concernée

□ le coût éventuel □ j'ai peur que ça se sache □ autre :

- SI vous n'avez pas réalisé de dépistage des IST, voudriez-vous en faire un ? □ oui □ non

4/ LES IST (infections sexuellement transmissibles)

- Citez toutes les Infections sexuellement transmissibles que vous connaissez :

…… …… ……

…… …… ……

- Avez-vous déjà reçu une information à ce sujet ? □ une fois □ plusieurs fois □ jamais

□ par vos parents □ à l'école □ par vos amis □ par vos frères et sœurs

□ votre médecin □ autre : ……..

- Comment pensez-vous être informé sur le sujet ?

□ Très bien informée □ bien informée □ assez peu informée □ pas du tout informée

- D'après vous comment se transmettent les IST ?

□ Par pénétration vaginale □ par pénétration anale □ dans les toilettes publiques □ par un baiser

□ par contact oro-génital (fellation, cunnilingus) □ ne sais pas □ autres : …….

- Quels sont les symptômes suivants qui pourraient vous faire craindre une IST :

□ Douleurs du bas ventre □ brulures urinaires □ saignements vaginaux inhabituels

□ Pertes vaginales inhabituelles □ boutons sur le sexe □ Fièvre

□ ganglions de l'aine □ douleur anale □ Douleur ou plaie buccale

□ aucun symptôme □ autres : …… □ ne sais pas

- D'après-vous comment se protège-t-on des IST ?

□ Retrait (avant éjaculation) □ Préservatif masculin □ Préservatif féminin □ Pilule □ Spermicide

□ en ne pratiquant pas la pénétration avec un nouveau partenaire □ autres : ……

- D'après vous, le préservatif, on doit le mettre :

□ pour la pénétration vaginale □ pour la pénétration anale □ pour la fellation

□ avant la pénétration □ avant l'éjaculation

- Connaissez- vous les préservatifs féminins ? □ oui □ non
  - Les utilisez-vous ? □ oui □ non
  - Si non, pourquoi ? ……

- Selon vous, quels sont les obstacles à l'utilisation de préservatifs masculins ?

□ Le manque de disponibilité □ Le manque d'informations □ La diminution des sensations □ le coût

□ La gêne lors de l'achat □ La prise d'alcool/excitants □ la difficulté d'utilisation □ autres : ……

- D'après-vous, combien de temps après une « prise de risque » faut-il consulter ?

□ tout de suite □ 2 jours après □ 2 semaines après □ 6 semaines après

□ 3 mois après □ seulement si on a des symptômes □ ne sais pas

- Les agents suivants sont responsables d'IST, cochez ceux pour lesquelles vous le saviez :

□ VIH/SIDA □ chlamydia trachomatis □ syphilis □ gonocoque

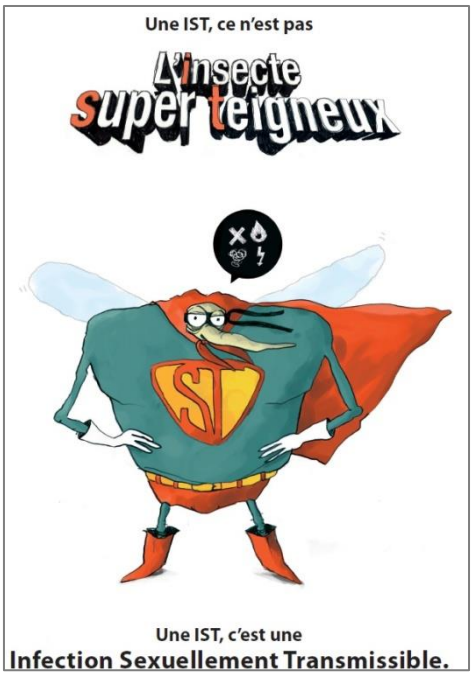
□ hépatites B et C □ herpès

- Concernant les questions suivantes : Vrai ou faux ?

- On ne peut pas contracter le VIH ou une IST au premier rapport sexuel □ vrai □ faux □ ne sais pas
- On peut avoir plusieurs IST en même temps □ vrai □ faux □ ne sais pas
- On peut avoir plusieurs fois la même IST □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Les IST peuvent ne pas donner de symptômes □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Le préservatif, c'est seulement utile pour la pénétration □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'infection à chlamydia peut diminuer la fertilité □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'infection à chlamydia peut se traiter en une seule fois □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'infection à chlamydia n'est pas une maladie fréquente □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'hépatite B peut se compliquer de cancer du foie □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Il existe un vaccin contre l'hépatite B □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Il existe un vaccin contre le VIH □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Les traitements permettent de guérir du SIDA □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Il existe un traitement d'urgence contre le VIH après un rapport à risque □ vrai □ faux □ ne sais pas
- On peut transmettre une IST même si on n'a pas de symptômes □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Le préservatif c'est toujours à usage unique □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Si l'on est en couple et fidèles, que l'on a fait un dépistage des IST qui est négatif pour les deux, on n'a plus besoin d'utiliser de préservatifs pour se protéger des IST □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Si j'ai une IST, mon/ma partenaire doit avoir un traitement aussi, même s'il/elle n'a pas forcément de symptômes □ vrai □ faux □ ne sais pas

QUESTIONNAIRE HOMME

Infections sexuellement transmissibles : Connaissances, comportements de prévention et leurs obstacles, des jeunes de 18 à 30 ans, consultant en médecine générale



En France, les infections sexuellement transmissibles (IST) restent un sujet prioritaire de santé publique, en raison de la fréquence de nouvelles infections diagnostiquées, et en raison des risques à long terme pour la santé. Les jeunes adultes sont particulièrement concernés.

Il s'agit ici, grâce à ce questionnaire, anonyme, d'étudier plus en détails les connaissances et les comportements de prévention sexuelle des jeunes adultes, de manière à élaborer des pistes de recherche pour améliorer la prévention en médecine générale. Ce travail est celui de ma thèse pour mon doctorat de médecine.

Merci pour votre participation !

Emelyne CRESSANT

1/ VOUS :

- Age : Ville où vous résidez :
- Pays de naissance :
- Activité professionnelle : □ sans emploi □ Etudiant □ En activité
  - Précisez quelle filière :

- Niveau d'étude : □ pas de diplôme □ Brevet □ CAP/BEP □ Baccalauréat □ BTS □ licence □ master/doctorat

2/ VOTRE SEXUALITE :

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? □ oui □ non

Si non, vous pouvez passer les questions suivantes et aller directement à la partie 3/Dépistage.

a)Premier rapport :

- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel? : …….
- Lors de ce premier rapport, aviez-vous utilisé un préservatif ? □ oui □ non
  - Si non, pour quelle(s) raison(s) ? ……

b) Sexualité actuelle (dans les douze derniers mois):

- Avez-vous des rapports sexuels actuellement ? □ oui □ non

- Avez-vous un partenaire sexuel régulier actuellement ? □ oui □ non
  - Si oui : utilisez- vous des préservatifs ? □ oui □ non
  - Si vous n'utilisez pas de préservatifs avec cette personne, avez-vous fait un test de dépistage depuis que vous avez des rapports ensemble ? □ oui □ non

- Avez- vous plusieurs partenaires sexuels actuellement ? □ oui □ non
  - Si oui, utilisez-vous toujours un préservatif ? □ oui □ non

- Combien de partenaires sexuels avez-vous eu durant les douze derniers mois ? ……
- Quelle est votre orientation sexuelle ? □ hétérosexuelle □ homosexuelle □ bisexuelle □ je ne sais pas

- Lors d'une relation avec un nouveau partenaire sexuel, utilisez-vous un préservatif ?

□ systématiquement □ souvent □ occasionnellement □ jamais

- Si votre réponse est occasionnellement ou jamais, précisez s'il vous plait pour quelle(s) raison(s) :

□ je n'aime pas ça □ je n'y pense pas □ cela coûte trop cher

□ je n'en trouve pas facilement □ je ne trouve pas la bonne taille □ je n'en ai pas besoin

□ je fais des tests de dépistage régulièrement □ je ne pratique pas la pénétration □ autres : ……

- Vous utilisez le préservatif :

pour la pénétration vaginale : □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais □ ne pratique pas

pour la pénétration anale : □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais □ ne pratique pas

pour la fellation : □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais □ ne pratique pas

vous le mettez en place : □ Avant la pénétration □ avant l'éjaculation

- Parlez-vous du VIH/SIDA et des IST(infections sexuellement transmissibles) avec votre/vos partenaires ?

□ Systématiquement □ souvent □ occasionnellement □ jamais

- Si votre réponse est occasionnellement ou jamais : pour quelle(s) raison(s) ?

□ La peur □ la gêne □ le manque de confiance □ vous n'y pensez pas □ autres : ……

- Pour vous, qu'est-ce qu'un « rapport sexuel à risque » ?

…… …… ……

- Pensez-vous avoir déjà pris « un risque » ? □ oui □ non

- Avez-vous déjà été traité pour une IST ? □ oui □ non
  - Si oui, laquelle/ lesquelles ? ……..
  - En aviez-vous informé votre/vos partenaire(s) ? □ oui □ non

- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec quelqu'un en situation de prostitution ? □ oui □ non
  - Si oui, utilisez-vous des préservatifs ? □ toujours □ souvent □ occasionnellement □ jamais

3/DEPISTAGE

- Où et à qui pouvez-vous vous adresser pour réaliser un test de dépistage du VIH/IST ?

…… …… ……

…… …… □ ne sais pas

- Avez-vous déjà réalisé un dépistage des IST ? □ oui □ non

- Si vous avez-déjà réalisé un dépistage des IST, pour quelle(s) raison(s) ?

□ sans raison particulière □ examen prénatal □ proposition de votre médecin traitant

□ abandon de préservatif □ suite à un risque □ proposition d'un autre médecin (précisez : ……)

□ test fait régulièrement □ symptômes inquiétants □ doute sur le statut du partenaire

□ sur conseil de vos amis □ de vos parents □ demande d'employeur/banque/assurance

□ demande du partenaire □ autres :

- Si vous avez déjà réalisé un dépistage des IST, dans quel endroit ?

□ laboratoire □ urgences □ CDAG/CIDDIST* □ planning familial □ autre : ……..

(*CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et gratuit ; CIDDIST : Centre d'Information et de Dépistage des IST)

- Si vous n'avez pas réalisé de dépistage des IST, pour quelle(s) raison(s) ?

□ manque d'information □ mauvaise accessibilité (horaires, lieux...) □ cela me gêne

□ je n'en ai pas besoin □ je n'y ai pas pensé □ je ne me sens pas concerné

□ j'ai peur du résultat □ j'ai peur que ça se sache □ autre :

- SI vous n'avez pas réalisé de dépistage des IST, voudriez-vous en faire un ? □ oui □ non

4/ LES IST (infections sexuellement transmissibles)

- Citez toutes les Infections sexuellement transmissibles que vous connaissez :

…… …… ……

…… …… ……

- Avez-vous déjà reçu une information à ce sujet ? □ une fois □ plusieurs fois □ jamais

□ par vos parents □ à l'école □ par vos amis □ par vos frères et sœurs

□ votre médecin □ autre : ……..

- Comment pensez-vous être informé sur le sujet ?

□ Très bien informé □ bien informé □ assez peu informé □ pas du tout informé

- D'après vous comment se transmettent les IST ?

□ Par pénétration vaginale □ par pénétration anale □ dans les toilettes publiques □ par un baiser

□ par contact oro-génital (fellation, cunnilingus) □ ne sais pas □ autres : …….

- Quels sont les symptômes suivants qui pourraient vous faire craindre une IST :

□ Douleurs du bas ventre □ brulures urinaires □ écoulement purulent de la verge

□ganglions de l'aine □ boutons sur le sexe □ Fièvre

□ douleur anale □ Douleur ou plaie buccale □ aucun symptôme

□ autres : ……. □ ne sais pas

- D'après-vous comment se protège-t-on des IST ?

□ Retrait (avant éjaculation) □ Préservatif masculin □ Préservatif féminin □ Pilule □ Spermicide

□ en ne pratiquant pas la pénétration avec un nouveau partenaire □ autres : ……

- D'après vous, le préservatif, on doit le mettre :

□ pour la pénétration vaginale□ pour la pénétration anale □ pour la fellation

□ avant la pénétration □ avant l'éjaculation

- Connaissez- vous les préservatifs féminins ? □ oui □ non
  - Les utilisez-vous avec votre partenaire ? □ oui □ non
  - Si non, pourquoi ? ……
- Selon vous, quels sont les obstacles à l'utilisation de préservatifs masculins ?

□ Le manque de disponibilité □ Le manque d'informations □ La diminution des sensations □ le coût

□ La gêne lors de l'achat □ La prise d'alcool/excitants □ la difficulté d'utilisation □ autres : ……

- D'après-vous, combien de temps après une « prise de risque » faut-il consulter ?

□ tout de suite □ 2 jours après □ 2 semaines après □ 6 semaines après

□ 3 mois après □ seulement si on a des symptômes □ ne sais pas

- Les agents suivants sont responsables d'IST, cochez ceux pour lesquelles vous le saviez :

□ VIH/SIDA □ chlamydia trachomatis □ syphilis □ gonocoque

□ hépatites B et C □ herpès

- Concernant les questions suivantes : Vrai ou faux ?

- On ne peut pas contracter le VIH ou une IST au premier rapport sexuel □ vrai □ faux □ ne sais pas
- On peut avoir plusieurs IST en même temps □ vrai □ faux □ ne sais pas
- On peut avoir plusieurs fois la même IST □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Les IST peuvent ne pas donner de symptômes □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Le préservatif, c'est seulement utile pour la pénétration □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'infection à chlamydia peut diminuer la fertilité □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'infection à chlamydia peut se traiter en une seule fois □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'infection à chlamydia n'est pas une maladie fréquente □ vrai □ faux □ ne sais pas
- L'hépatite B peut se compliquer en cancer du foie □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Il existe un vaccin contre l'hépatite B □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Il existe un vaccin contre le VIH □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Les traitements permettent de guérir du SIDA □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Il existe un traitement d'urgence contre le VIH après un rapport à risque □ vrai □ faux □ ne sais pas
- On peut transmettre une IST même si on n'a pas de symptômes □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Le préservatif c'est toujours à usage unique □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Si l'on est en couple et fidèles, que l'on a fait un dépistage des IST qui est négatif pour les deux, on n'a plus besoin d'utiliser de préservatifs pour se protéger des IST □ vrai □ faux □ ne sais pas
- Si j'ai une IST, mon/ma partenaire doit avoir un traitement aussi, même s'il/elle n'a pas forcément de symptômes □ vrai □ faux □ ne sais pas

TITRE : Les infections Sexuellement Transmissibles : Connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles des jeunes haut-normands consultant en médecine générale.

CONTEXTE: En France, l'infection à VIH reste active et les IST sont en recrudescence. Epidémiologiquement, les jeunes sont les plus touchés et connaissent moins bien leurs mécanismes de transmission.

OBJECTIF : Etablir quelles sont les connaissances sur les IST et les attitudes préventives mises en place par les jeunes, en étudiant l'influence de certains facteurs démographiques.

METHODES : Etude descriptive sur auto-questionnaires distribués à tous les jeunes de 18 à 30 ans venus consulter chez 5 médecins généralistes de Haute-Normandie.

RESULTATS : *Chlamydia* et gonocoque ne sont connus que par 28 et 15% des 127 répondants. Seulement 25% connaissent l'impact sur la fertilité du *Chlamydia*, seulement 47% savent que les IST peuvent être asymptomatiques, et seulement 62% consulteraient tout de suite après une prise de risque. Ceux ayant les scores de connaissances (/17) les plus faibles sont : les hommes (médiane 10 vs 11 pour les femmes, $p < 0,05$), les 18-20 ans (médiane 10 vs 11 pour les 26-29 ans, $p = 0,46$), les ruraux (médiane 10 vs 12 pour les urbains, $p < 0,05$), ceux ayant été informés une seule fois (médiane 9 vs 11 pour ceux informés plusieurs fois, $p < 0,05$), et ceux se sentant pas du tout informés (médiane 9 vs 14 pour les très bien informés, $p < 0,05$). Le recours au préservatif avec un nouveau partenaire n'est systématique que pour 69% des répondants, et diffère selon l'acte sexuel. La fellation n'est jamais protégée dans 71% des cas contre 13% pour la pénétration vaginale ($p < 0,0001$). Le dépistage concerne 53% des répondants et est lié à un meilleur score de connaissances (médiane 11,5 vs 6,5 pour les non-testés, $p <0,05$). 23/59 des non testés estiment ne pas avoir besoin de dépistage et 35% de ceux ne se protégeant pas avec leur partenaire régulier n'ont jamais fait de dépistage.

CONCLUSION : Certaines IST sont méconnues, leur caractère asymptomatique et leurs impacts aussi. Les attitudes préventives des jeunes sont imparfaites. Le généraliste, acteur de prévention de choix, doit les informer sur les risques encourus.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS CLES : Infections Sexuellement Transmissibles, Dépistage, Préservatif, Connaissances, Jeunes adultes, Chlamydia, Médecine générale