État des lieux des IST et du dépistage chez les internes : une étude descriptive et transversale

Laetitia Blackhouse

▶ **To cite this version:**

Laetitia Blackhouse. État des lieux des IST et du dépistage chez les internes : une étude descriptive et transversale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-01993112

HAL Id: dumas-01993112

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01993112

Submitted on 25 Jan 2019

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.

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2019

Etat des lieux des IST et du dépistage chez les internes : une étude descriptive et transversale

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine

Diplôme d'Etat

Par Laetitia BACKHOUSE

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*

Le 17 Janvier 2019

Devant le jury composé de:

Président du jury :

Monsieur le Professeur O. Epaulard

Membres :

Monsieur le Professeur V. Bonneterre
Monsieur le Professeur Y. Gaboreau
Madame le Docteur C. Oddou

Directrices de thèse :

Madame le Docteur C. Janssen
Madame le Docteur C. Chandez

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

UFR de Médecine

UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologique Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Remerciements

Aux membres du Jury :

Pr Olivier Epaulard : soyez assuré de l'honneur que vous me faites en présidant le jury en tant que référant de votre si belle spécialité. Je profite de cet espace pour vous remercier de vos avis infectiologiques donnés avec respect aux internes du SAU.

Pr Vincent Bonneterre : je vous remercie d'être juge de mon travail, vous qui veillez au bien-être du personnel du CHU.

Dr Yohan Gaboreau : je vous remercie non seulement d'être juge de mon travail mais aussi pour toute l'aide que vous m'avez apportée tout au long de mon cursus.

Madame le Dr Cécile Janssen : vous êtes mon modèle depuis plus de 2 ans. Je ne pouvais pas imaginer vous avoir un jour comme directrice de thèse. Soyez assurée de mon admiration, de mon respect et de ma reconnaissance envers vous.

Madame le Dr Charlotte Chandez : tu as non seulement été une directrice de thèse incroyable par ta disponibilité et ton soutien, mais aussi une chef de stage motivée qui m'a rendue heureuse d'aller passer mes mercredis au CeGIDD, alors, merci.

Madame le Dr Christel Oddou : si je réalise cette thèse, cela est grâce à vous qui m'avez redonnée confiance dans le sujet. Je n'aurai pas souhaité la présenter sans votre présence. Merci pour votre soutien depuis 2 ans et votre disponibilité.

Au Biostatisticien du CHANGE Dr Jérome Jund pour son aide si précieuse.

Au Dr Jacques Gaillat et madame Hélène Baysson de la DRCI du CHANGE pour leur aide à la construction du protocole.

Aux enseignants de Paris Descartes en particulier Pr Nicolas Dupin Dermatologue à Cochin qui m'a bien transmis la passion des IST. Je n'oublierai jamais que la Syphilis est une si grande trompeuse.

A l'équipe de la PMI d'Annecy, infirmières, Sages femmes et en particulier aux médecins : Dr A. Lacassie-Dechosal, Dr H. Bland, Dr C. Langlet, Dr B. Simon, Dr M-L. Chemineau et Dr C. Eychène. Vous m'avez non seulement appris à appréhender les bébés mais aussi à les examiner minutieusement et je vous en remercie.

Aux Médecins du CPEF du CHANGE Dr O. Porquet, Dr F. Patel et Dr I. Riera et aux conseillères conjugales de m'avoir transmis tant de choses que je mettrai en œuvre avec conviction.

Aux infirmières du CeGidd du CHANGE pour toutes ces journées dépistage et en particulier à Morgane Coston pour ces mercredis joyeux.

Aux médecins de mon stage UPL, Dr T. Piellard, Dr I. Pattou et Dr P. Collet. Vous m'avez confirmé l'envie d'être généraliste et m'avez appris tant de choses pratiques.

A toute l'équipe du cabinet médical du Pré d'avril en particulier les médecins Dr R.P. Labarrière, Dr F. Naud, Dr D. Karababa et Dr S. Palanque sur qui je pouvais toujours compter. Merci au couple Labarrière pour les déjeuners du mercredi et merci à Dr Karababa pour toutes tes blagues. Une mention spéciale au remplaçant Dr Drouet pour tous ces déjeuners agrémentés.

A mon médecin traitant Dr J-P Fitoussi qui m'a donné envie d'être médecin.

Aux Dr P. Gibeault et Pr A. Baillet pour votre soutien et votre énergie dépensée pour moi.

A ma famille en particulier mes parents Quentin et Mary, ma sœur Alexia, ma grand-mère Geneviève, ma marraine Adelaïde et ma chienne Anouk pour le soutien apporté depuis 10 longues années avec le lot de stress et de sacrifices que ces années ont apportées. Merci d'avoir supporté mes absences répétées.

A Andy qui a supporté mes heures passées sur cette thèse.

A mes amis Parisiens, en particulier les patates, (avec une mention spéciale pour Clémentine, Tiphanie, Maëlys, Maelane et Damien) pour tous ces week ends et ces soirées incroyables depuis la première année jusqu'à ce jour. On a vécu tellement de choses ensemble. Je regrette que l'on soit autant dispersé dans ce pays si beau.

Aux Grenoblois et en particulier Bénédicte, Louis, Laura, Caro et Nico pour ces soirées dont les soirées jeu (surtout le saboteur) à l'internat, pour les randos et le ski !

Aux belles rencontres des voyages en particulier Giovanni, Katia (et par extension Quentin et Anaïs), Rémi (et ton frère Nico) pour ces moments à l'étranger mais aussi en France. Le monde est bien petit.

Aux coachs de sport de Formrider © Annecy en particulier pour leurs cours de Body Attack © qui non seulement m'ont aidé à garder la forme physique et mentale depuis plus de 2 ans mais aussi ont aidé beaucoup de patients ! Vous êtes un allié indispensable à la santé de tant de personnes !

Et enfin, merci à tous les patients rencontrés depuis 8 ans pour votre compréhension et aussi pour votre confiance ! Sans vous je n'aurai pas pu accomplir ce rêve de devenir médecin.

Table des matières

Introduction 12

Matériel et Méthodes 14

Résultats 15

1. La population de l'étude 15

2. Les facteurs de risque 16

3. Les modalités de dépistage 19

4. La prévention 20

Discussion 22

Objectif de l'étude 22

Forces et faiblesses de l'étude 22

Discussion sur le caractère généralisable des résultats 23

Mise en perspective des résultats 24

Conclusion 26

Bibliographie 28

Annexes 31

Annexe 1 : Questionnaire 31

Annexe 2 : Lettre d'information 36

Abréviations

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et de l'Innovation

CHANGE : Centre Hospitalier Annecy Genevois

IST : Infection Sexuellement Transmissible

STD: Sexually Transmitted Disease

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP: Comité de Protection des Personnes

CeGIDD: Centre Gratuit d'information, dépistage et diagnostic des infections par le VIH et les hépatites virales

Ifop : Institut Français d'Opinion Publique

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

RENACHLA : Réseau National des Chlamydioses

RENAGO : Réseau National des Gonocoques

RésIST : Réseaux de Surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC: Virus de l'Hépatite C

HSV: Herpès Simplex Virus

HPV: Human Papilloma Virus

Résumé

Contexte : Les infections sexuellement transmissibles deviennent un enjeu majeur de santé publique. Nous sommes confrontés à une augmentation de l'incidence de ces infections depuis 20 ans associé à une diversification des pratiques sexuelles et à un manque de dépistage chez les personnes à risque. Les jeunes, donc les étudiants en médecine devant être particulièrement sensibilisés se situent parmi les personnes à risque. D'autant plus qu'il est décrit dans cette population une haute consommation de produits psychoactifs, désinhibants sexuel. Or ils ont un suivi médical précaire avec un recours important à l'auto-prescription.

Objectif : Faire un état des lieux des facteurs de risque des IST et du dépistage des IST chez les internes en médecine.

Méthode : enquête épidémiologique descriptive, analytique transversale auto-déclarative multicentrique, menée à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Résultats : Les associations et syndicats des internes de 29 villes de France ont été sollicités entre juin et août 2018. Suite à ces sollicitations, 456 réponses exploitables ont été obtenues provenant de 12 villes participantes. Les principaux facteurs de risque retrouvés étaient pour 68 % des rapports sexuels sous produits psychoactifs, pour 27 % des rencontres sur internet, pour 18 % l'absence d'utilisation du préservatif systématique avec un partenaire de statut sérologique incertain. La majorité des internes (46 %) ont eu recours à l'auto-prescription pour la réalisation d'un dépistage et 38 % ont déclaré ne pas se faire dépister au début de chaque relation stable. De plus, 34 % y renonçait lorsqu'ils estimaient avoir pris un risque sexuel. Parmi ceux ayant bénéficié d'un dépistage, un antécédent d'infection par chlamydia (9,4 %) et par HPV (3,4 %) ont été déclarés. Les obstacles aux dépistages décrits par 18 % et 12 % des internes étaient respectivement la confiance dans le partenaire et le manque de temps. Pourtant les internes se sont dits majoritairement (72%) favorables à la mise en place de séances de dépistages dans leur hôpital d'exercice.

Conclusion. Les internes ont des facteurs de risque surtout liés à la consommation de produits psychoactifs et ont des modalités de dépistage insuffisantes par rapport à leurs connaissances. La création d'un dépistage ciblé est plébiscitée. Il permettrait d'améliorer l'état de santé des internes qui repose trop sur l'auto-prescription.

Mots clés : Internes, Santé, Dépistage, IST

Abstract

Background: Sexually transmitted diseases have become a major health issue. Their incidence have been increasing in the past 20 years as has the diversity of sexual practices but screening of people at risk has been insufficient. Among those at risk are young people therefore junior doctors who should be sensitive to problem. Junior doctors have a renowned high drink and drugs consumption. However they have poor health care and a high self-prescription rate.

Aim: To describe risk factors and screening methods of STD's amongst junior doctors in France.

Method: This was an epidemiological, descriptive, transversal, self-declared, multicenter enquiry conducted with the help of anonymous surveys.

Results: Junior doctor unions in 29 cities in France were solicited between June and August 2018. Following these requests, 456 junior doctors answered fully from 12 cities. The main risk factors found were sexual intercourse under the influence of psycho active products for 68 %, internet based encounters for 27% and not using a condom systematically with a partner of unknown serological status for 18 %. The majority had screened themselves for STD's by self-prescription 46 % and 38 % admitted not screening systematically at the beginning of every new relationship. Moreover, 34 % did not either when believing a sexual risk had been taken. For those who had undergone screening, 9,4 % had been infected by Chlamydia and 3,4 % by HPV.

The main obstacles for screening were trust in the sexual partner for 18 % and lack of time for 12 %. However the vast majority (72 %) were in favor of installing screening sessions for them in their work establishment.

Conclusion: Junior doctors present risk factors for STD's mainly linked to the use of psycho active products and have insufficient screening methods. Targeted screening sessions are called for and would help improve junior doctor's health which relies highly on self-prescription.

MeSH terms: Junior Doctors, Health, screening, STD

Introduction

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017 place l'épidémie des infections sexuellement transmissibles (IST) comme un enjeu majeur de santé publique (1). En effet, d'après le point épidémiologique de l'Institut national de veille sanitaire de 2015, nous assistons à une augmentation quantitative dans les deux dernières décennies de l'incidence des IST, notamment en lien avec un dépistage plus fréquent de ces pathologies (2,3). Le nombre de cas déclarés entre 1997 et 2012 pour le chlamydia (par le RENACHLA) et le gonocoque (par le RENAGO) est passé respectivement de 1502 (par 72 laboratoires) à 13074 (par 52 laboratoires) et de 126 (par 182 laboratoires) à 3276 (par 1335 laboratoires) (4-8). Entre 2012 et 2016, l'incidence pour 100.000 habitants en France métropolitaine pour les plus de 15 ans est passée de 144 à 491 et de 28 à 91 respectivement pour le chlamydia et le gonocoque (8,9). De même, les laboratoires participant au RésIST ont déclaré 37 cas de syphilis en 2000 (10 laboratoires), 652 (110 laboratoires) en 2010 et 1749 cas en 2016 (10,11).

Il y a en parallèle une augmentation et une diversification des pratiques sexuelles tels que le libertinage, l'échangisme et le multi-partenariat (12,13). En effet les études sociologiques expliquent ceci par de multiples raisons dont l'allongement de la durée de la jeunesse, la prise de drogues et d'alcool mais aussi par le rôle d'internet. En effet, le taux d'utilisation des sites de rencontres est passé de 19 % à 29 % entre 2006 et 2013 chez les 26-30ans (14,15). De plus, les clivages sociaux se sont atténués et les mélanges sociaux élargis au cours des années par le biais de ces sites. En effet, en 2006, les cadres et les personnes de professions intellectuelles supérieures étaient deux fois plus nombreux que les ouvriers à avoir utilisé ces sites internet (13 % versus 6 %). Puis, en 2013, l'écart se réduit (16 % contre 13 %). Les rapports sexuels sont moins souvent protégés depuis plusieurs années, cela en partie expliqué par le rôle faussement rassurant de la trithérapie antirétrovirale (12,13) qui cible le VIH efficacement mais pas les autres IST. Ainsi, les personnes sous trithérapie oublient les autres IST qui semblent moins graves à leurs yeux.

Malgré ce contexte, les médecins généralistes ne prescrivent que trop rarement des tests de dépistage des IST chez les personnes à risque, en particulier pour la recherche de chlamydia, gonocoque et de syphilis (16-18). La littérature explique cela par les difficultés de l'abord de la sexualité en consultation, ou encore le manque de temps et de recommandations concernant le dépistage pour la population générale.

Parmi la population à risque, se trouvent les jeunes (1-3) dont les étudiants en médecine. Au cours de leurs études théoriques, les étudiants en médecine acquièrent les connaissances sur les moyens de transmission, de prévention, de diagnostic et de dépistage des IST. Or,

d’après la littérature, les internes constituent une population fragile sur le plan du suivi médical, notamment par un recours insuffisant au médecin traitant et un recours excessif à l’auto prescription (19-23).

D’autre part, il est constaté dans la population des étudiants en médecine, comme à l’image de leurs aînés, des conduites à risque supérieures à la population générale, par exemple la consommation de substances psychoactives tels que l’alcool, et les hypnotiques (24-29) qui sont des désinhibants sexuels.

Nous n’avons pas connaissance à ce jour d’étude traitant des IST chez les internes, notamment sur les facteurs prédisposant aux IST, les conduites à risque sexuels, ainsi que la qualité de leur dépistage. L’objectif de l’étude était donc de faire un état des lieux des facteurs de risque des IST et du dépistage chez les internes en médecine en 2018 en France.

Matériel et méthodes

Une étude quantitative, observationnelle, multicentrique descriptive, transversale, a été effectuée auprès d'internes de médecine majeurs et inscrits dans une faculté française.

Les questionnaires, (annexe 1) anonymes et auto-déclaratifs sur Internet, élaborés en se basant sur la littérature et sur les entretiens en CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostique du VIH, hépatites et IST), ont été remplis sur la base du volontariat. Ils ont été enregistrés sous le logiciel Limesurvey®, et pré-testé par trois internes en médecine non inclus dans l'analyse.

Entre le 19 juin 2018 et le 20 aout 2018, les associations et syndicats d'internes de 29 villes de France ont reçu le questionnaire accompagné de sa lettre d'information (annexe 2), à adresser aux internes. Ceci a permis d'interroger tous les étudiants des facultés de médecine en France Métropolitaine et des DOM TOM sauf l'Océan Indien. Un rappel a été effectué par courrier électronique aux associations et syndicats le 3 juillet 2018.

Après conversion des données sur un fichier Excel ®, l'analyse statistique univariée descriptive puis multivariée a été effectuée avec le logiciel IBM SPSS Statistics®, pour dégager les facteurs (sexe, orientation sexuelle, spécialité médicale, lieu de stage, semestre) associés aux pratiques à risque. Le seuil de significativité était fixé à 5%. L'odds ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95 % (IC95) étaient utilisés pour estimer l'association.

Le CPP SUD OUEST ET OUTRE MER III a donné son avis favorable à cette étude no 2017-A03464-49 le 29 mars 2018. La déclaration à la CNIL a été effectuée en Mai 2018.

Résultats

1. La population de l'étude

Sur les 29 villes sollicitées, 12 soit 8513 internes et anciens internes ont répondu. Ceci représente 456 réponses exploitables. Le taux de réponse est donc de 5,4 % (figure 1).

Les caractéristiques des internes sont résumées dans le tableau 1. Le sex ratio était de 2,7 (334 femmes/122 hommes). La majorité des répondants 400 (88 %) avaient entre 25 et 29 ans. L'orientation hétérosexuelle était retrouvée pour 89 % d'entre eux (407) contre 33 (8 %) déclarant une orientation homo ou bi sexuelle. Parmi les répondants 335 (74 %) étaient internes en médecine générale, 15 (3 %) en spécialité chirurgicale et 252 (55 %) exerçaient à l'hôpital ou en clinique. On note que 340 (75 %) avaient une relation sexuelle avec un partenaire stable ou pas d'activité sexuelle 13 (2,9 %).

Figure 1 : Répartition de la participation à l'étude

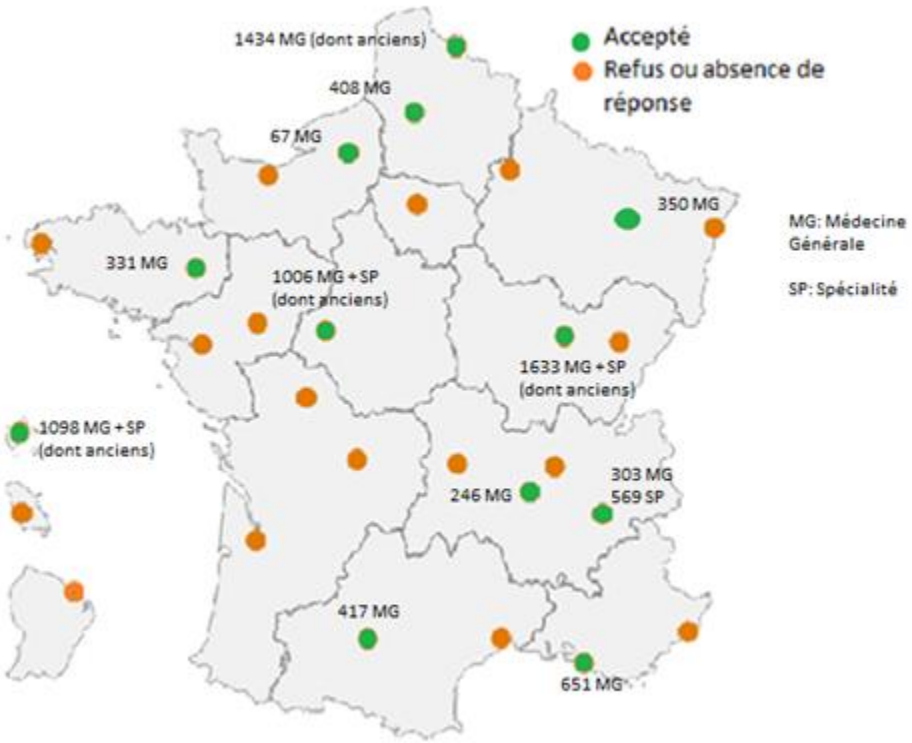


Tableau 1 : Caractéristiques des internes

Age (ans)		**N (%)**
	18-24	29 (6)
	25-29	400 (88)
	30-34	23 (5)
	> 34	4 (1)
Sexe		
	Féminin	334 (73)
	Masculin	122 (27)
Orientation sexuelle		
	Pas de pratiques ou refus	13 (3)
	hétérosexualité	407 (89)
	homosexualité	21 (4,7)
	Bisexualité	15 (3,3)
Spécialité		
	Médecine générale	335 (74)
	Spécialité Chirurgicale	15 (3)
	Spécialité médicale	106 (23)
Lieu de stage		
	Hôpital	242 (53)
	Clinique	10 (2)
	Ambulatoire ou autre	204 (45)

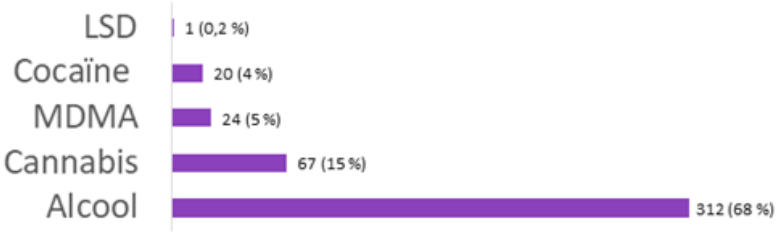
2. Les facteurs de risque

Les analyses des facteurs de risque sont résumées dans le tableau 2.

Analyse descriptive, univariée

Les rapports sexuels sous produits psychoactifs (alcool ou drogue) étaient le principal facteur de risque (figure 2) retrouvé pour 312 internes (68 %). L'alcool était toujours en cause mais d'autres produits ont été recensés, principalement : le cannabis 67 (15 %), la MDMA 24 (5 %) et la cocaïne 20 (4 %). A noter que 55 (12 %) internes avaient déjà consommé des toxiques par voie intra-nasale.

Figure 2: Rapports sous produits n (%)

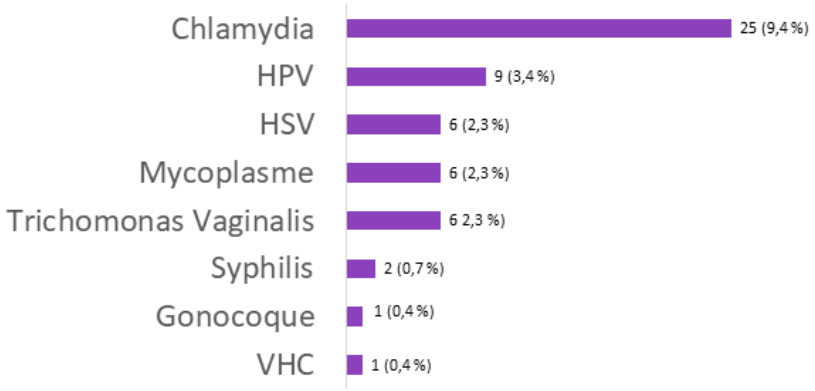


Deuxièmement, l'absence d'utilisation du préservatif systématique avec un(e) partenaire de statut sérologique incertain, chez les internes non engagés dans un couple stable, 83/98 (84 %) a été rapportée. Sur l'ensemble des internes répondants, cela représentait 18 %

(83/456). Les raisons principales étaient: la diminution du plaisir 67/83 (80 %), et le fait de ne pas en avoir sur soi en cas de nécessité 71/83 (86 %).

Parmi les autres facteurs de risque on retrouve le multi-partenariat (≥ 2 partenaires) au cours des 6 derniers mois pour 67 (14 %) étudiants et un antécédent d'IST chez les internes qui se dépistent 53 (12 %). Parmi ceux-ci on pouvait noter principalement une infection par Chlamydia 25 (9,4 %) et par HPV 9 (3,4 %) ainsi que d'infections par HSV 6 (2,3 %), mycoplasme 6 (2,3 %) et trichomonas vaginalis 6 (2,3 %). La syphilis était déclarée par 2 (0,7 %) internes, et pour le gonocoque et le VHC, pour 1 (0,4 %) personne. Aucune infection par le VIH ni par VHB n'a été déclarée (figure 3).

Figure 3: Répartition des IST chez les internes ayant eu recours a un dépistage n (%)



Par ailleurs, 45 (9 %) répondants ont déclaré avoir déjà été victime de violences sexuelles avec un sex ratio de 14/1 en faveur des femmes.

Une minorité d'internes 36 (8 %) ont déjà eu des rapports avec des personnes d'origine géographique à risque et 12 (3 %) avec des travailleurs du sexe ou tarifés. Parmi les autres comportements variés à risque, 121 (27 %) internes ont fait des rencontres par internet, 26 (6 %) dans des lieux dédiés au sexe, 4 (1 %) ont pratiqué l'échangisme et 43 (9 %) les rapports avec plusieurs partenaires.

Analyse bivariée

L'orientation homo ou bisexuelle était associée de façon significative au multi partenariat 13 (36 %) par rapport à l'hétérosexualité 54 (13 %) (OR 3,8 ; IC95 1,8-8,0), p<0,001. Les autres comportements à risque (rencontres sur internet ou dans des lieux dédiés au sexe, rapports avec personnes à risque, les pratiques libertines) étaient plus pratiqués par les internes homo ou bisexuels 26 (72 %) que les internes hétérosexuels 122 (29 %) (OR 6,3 ; IC95 3,0-14), p<0,001. D'ailleurs, les internes ayant eu des comportements à risque déclaraient plus souvent un antécédent par IST (31 (21 %) vs 22 (7,2 %)) (OR 3,5, IC95 1,9-6,2) p<0,001. L'orientation homo ou bisexuelle était aussi associée de façon significative à l'antécédent d'IST (9 (25 %) vs 44 (11 %)) (OR 2,8 ; IC95 1,2-6,3) p=0,011.

De plus, concernant l'utilisation du préservatif, les internes hétérosexuels 78 (88 %) l'utilisaient moins souvent que les homosexuels 5 (56 %) en cas de situation à risque (OR 5,7 ; IC95 1,3-24) p=0,011. La raison principale avancée était le manque de plaisir ou la baisse de performance sexuelle par les hommes 14 (58%) plus que pour les femmes 13 (22 %) (OR 5 ; IC95 1,8-14) p=0,001.

Concernant la consommation de drogue, le sexe masculin 23 (19 %) était statistiquement associé au mode de consommation intra nasale par rapport au sexe féminin 32 (10 %) (OR 0,45 ; IC95 0,26-0,82) p=0,007. Il en est de même pour les internes de spécialité chirurgicale 6 (40 %) par rapport aux internes des autres spécialités 49 (11 %) (OR 0,19 ; IC95 0,1-0,6) p=0,001. L'orientation sexuelle n'avait pas d'influence sur cette consommation ni sur la sexualité sous l'emprise d'alcool. Les internes ayant eu des rapports sous produits n'avaient pas plus d'IST. Les femmes 43 (13 %) se déclaraient plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes 2 (1,6 %) (OR 0,3 ; IC95 0,03-0,47) p<0 ,001. Cependant, les victimes de violences sexuelles n'avaient pas plus d'IST et n'avaient pas eu plus de rapports sous l'emprise de substances.

Tableau 2 : Facteurs de risque ; analyse bivariée

	Orientation sexuelle			Sexe			Spécialité		
	Homo/ Bisexualité N (%)	Hétéro/ Asexualité N (%)	p	Masculin N (%)	Féminin N (%)	p	Chirurgicale N (%)	Médicale N (%)	p
Rapports sous produits	24 (67)	289 (69)	0,77	84 (69)	229 (69)	0,95	13 (87)	300 (68)	0,13
Consommation Intra-nasale De produits	4 (11)	51 (12)	0,94	23 (19)	32 (10)	**0,007**	6 (40)	49 (11)	**0,001**
Absence de préservatif si risque	5/9 (56)	78/89 (88)	**0,011**	21/28 (75)	62/70 (89%)	**0,001**	1/1 (100)	82/97 (85)	0,7
Multipartenariat	13 (36)	54 (13)	**<0,001**	45 (13,5)	22 (18)	0,2	1 (6,7)	66 (15)	0,37
IST	9 (25)	44 (11)	**0,011**	13 (11)	40 (12)	0,8	3 (20)	50 (11)	0,54
Violences sexuelles	6 (17)	39 (9)	0,16	22 (1,6)	43 (13%)	**<0,001**	1 (6,7)	44 (10)	0,67
Autres comportements à risque	26 (72)	122 (29)	**<0,001**	44 (31)	104 (36)	0,3	8 (32)	140 (53)	0,08

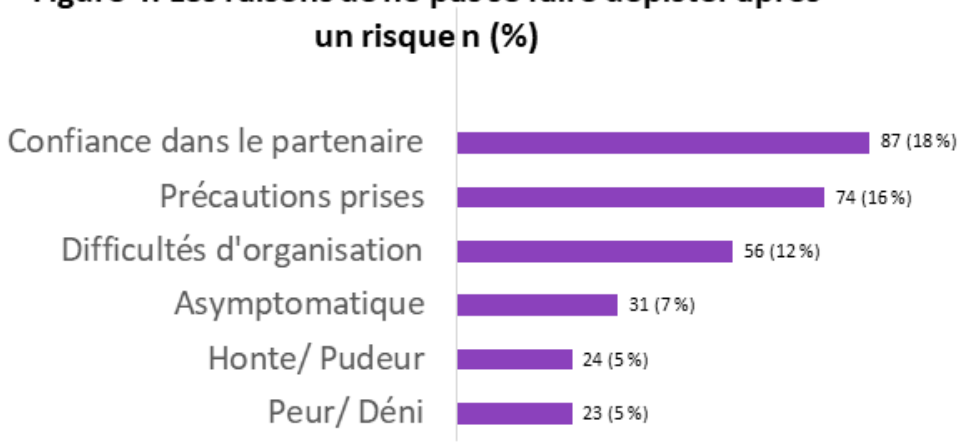
3. les modalités de dépistage

Un nombre important d'internes 174 (38 %) a déclaré ne pas se faire dépister au début de chaque relation stable avec rapports sexuels. De plus, 156 (34 %) ne se dépistaient pas lorsqu'ils estimaient avoir pris un risque. Les internes ayant eu des rapports sous produits ou ayant eu des comportements à risque ne se faisaient pas plus dépister que les autres. Par contre, les internes du sexe féminin se faisaient plus souvent dépister après avoir pris un risque (206 (62 %) femmes pour 60 (50 %) hommes) (OR 0,6 ; IC95 0,4-0,9) p=0,017. Les internes de spécialité chirurgicale avaient aussi plus souvent recours au dépistage dans ce cas par rapport aux autres spécialités (14 (93 %) versus 252 (57 %)) (OR 10,5 ; IC95 1,4-80) p=0,005.

Les raisons principales de se faire dépister sont la précaution 320 (70 %), le souhait de se rassurer 214 (47 %) et de rassurer l'autre 47 (10 %).

Les obstacles au dépistage (figure 4) qui ont été retrouvés étaient la confiance dans le partenaire 87 (18 %), la certitude d'avoir pris toutes les précautions nécessaires 74 (16 %) et les difficultés d'organisation principalement par manque de temps 56 (12 %). A noter que la peur du résultat ou le déni constituaient un frein au dépistage de façon plus marquée pour les femmes 23 (17,5 %) que pour les hommes 3 (5,5 %) (OR 0,27 ; IC95 0,08-0,9) p=0,03. Cette même différence est retrouvée pour la honte ou la pudeur (24 (18 %) femmes vs 3 (5,5 %) hommes) (OR 0,26 ; IC95 0,07-0,89) p=0,023. Il a été relevé que l'absence de symptômes était une raison pour 31 (7 %) des internes à ne pas se faire dépister.

Figure 4: Les raisons de ne pas se faire dépister après un risque n (%)



La majorité des internes 210 (46 %) ont eu recours à l'auto-prescription pour la réalisation d'un dépistage, 163 (36 %) l'ont réalisé dans un centre de dépistage et 158 (35 %) via le médecin traitant. Les internes des derniers semestres (110 (57 %)) avaient plus recours à l'auto-prescription que ceux des premiers semestres (100 (42 %)) (OR 0,5 ; IC95 0,4-0,8) p=0,001. Inversement, les internes des premiers semestres avaient plus recours au médecin

traitant que les internes des derniers semestres (103 (43 %) vs 55 (28 %) (OR 1,9 ; IC95 1,3-2,8) p=0,02.

Certains des répondants 133 (30 %) ne savaient pas où se trouvaient les lieux proches de chez eux pour se faire dépister de même que 138 (30 %) ont déclaré n'avoir jamais entendu parler des CeGIDD.

Le type de spécialité n'avait pas d'influence statistiquement significative sur les modalités de dépistage.

4. La prévention

Concernant la vaccination, 443 (97 %) ont déclaré être correctement vaccinés contre le VHB et 221 femmes (66 %) contre l'HPV.

Les internes avaient majoritairement recours aux magasins de grande distribution pour obtenir des préservatifs 375 (82 %) ainsi qu'aux pharmacies dans 52% (237) des cas. Ils comptaient également sur leurs partenaires 131 (29 %) ou sur les organisateurs d'évènements pour leur en fournir 135 (30 %).

Au moment du questionnaire, 31 (7 %) avaient un doute sur une IST. Parmi eux, 25 (80 %) ne s'étaient pas encore fait dépister un mois après le rapport à risque, dont 5 (16%) qui présentaient des symptômes. Le doute a persisté pendant plus d'un an pour 7 (23 %) d'entre eux.

Les raisons qui ont été avancées pour le retard au dépistage étaient liées au manque de temps ou aux difficultés d'organisation 14/25 (56 %), à l'absence de symptômes 12/25 (48 %) ou au déni 10/25 (40 %).

Les internes se sont dit majoritairement favorables 332 (72 %) à la mise en place de séances de dépistage dans leur hôpital d'exercice. Pour eux, les consultations devraient être anonymes 316 (95 %) et gratuites 236 (71 %). La gratuité paraissait plus importante pour les internes des premiers semestres (180 (71 %) vs 112 (56 %)) (OR 1,9 ; IC95 1,3-2,8) p=0,001. Ils préféreraient que le dépistage soit réalisé par un intervenant extérieur 203 (46 %) et accessible après le stage 237 (71 %) en particulier pour les internes des premiers semestres (171 (67 %) vs 112 (56 %)) (OR 1,6 ; IC95 1,1-2,4) p=0,013. Ils préféraient aussi qu'il soit sans RDV 216 (65 %) et sur le lieu de travail 90 (27%). Cette dernière valeur semble plus importante pour les internes exerçant à l'hôpital ou en clinique 59 (32 %) par rapport à ceux exerçant en ambulatoire 31 (21 %), (OR 1,64 ; IC95 1,04-2,61) p=0,034.

Discussion

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était double. Il était de faire l'état des lieux des facteurs de risque ainsi que celui du dépistage des IST chez les internes en médecine en France en 2018. Les résultats sont édifiants avec une prévalence de prise de risque à 70 % dans cette population. Ils permettent de mettre en évidence que les principaux facteurs de risque pour cette population étaient dans 68 % des cas des rapports sexuels sous produits psychoactifs, pour 27 % de la population d'étude des rencontres sur internet, et pour 18 % l'absence d'utilisation du préservatif systématique avec un partenaire de statut sérologique incertain.
Concernant les modalités de dépistage des internes, la pratique du dépistage est prévalent à 58 %. Un nombre important d'internes (46 %) a eu recours à l'auto-prescription pour la réalisation d'un dépistage et 38 % a déclaré ne pas se faire dépister au début de chaque relation stable. Constat plus marquant encore, 34 % ne le faisait pas non plus lorsqu'ils estimaient avoir pris un risque sexuel. Pour autant on retrouve peu d'antécédent d'infection par chlamydia (9,4 %) et HPV (3,4 %) parmi ceux qui se sont fait dépister. Les obstacles au dépistage étaient la confiance dans le partenaire (18 %) et le manque de temps (12 %). Ce dernier point corroborant le fait que les internes sont majoritairement (72 %) favorables à la mise en place de séances de dépistage dans leur hôpital d'exercice.

Forces et faiblesses de l'étude

Il s'agit d'une étude originale concernant un sujet sensible mais préoccupant chez les internes de médecine. Ce travail est, à notre connaissance, le premier qui traite des IST chez les internes en médecine. Nous avons colligé 456 réponses complètes d'internes toutes spécialités confondues. Cette population étudiée est représentative de la population des internes. En effet, la tranche d'âge majoritaire de 25 à 29 ans et le sexe ratio sont ceux retrouvés dans les autres études chez les internes de médecine en France (20, 21, 23, 29).

Cependant, cette étude comporte certains biais. Tout d'abord le recrutement des internes a été fait sur 12 des 29 villes sollicitées. On regrettera le fait que seules des villes de petite ou moyenne taille ont répondu malgré plusieurs relances. Le syndicat des internes d'Ile de France (IdF) n'a pas transmis l'enquête, alors que c'est la région qui recense le plus grand taux d'infections par chlamydia (5) et VIH (2) en France. Or d'après l'InVS (2), entre 2012 et 2015, l'IdF concentre 44 % des découvertes de séropositivité VIH. Par ailleurs, Santé publique France (5) indique qu'en 2016, l'IdF présente le taux de diagnostics de Chlamydia le plus élevé (1481 / 100 000), le taux estimé dans le reste de la métropole étant de 258 / 100 000. De plus il existe un autre biais de recrutement car la population d'étude est composée d'une majorité d'internes en médecine générale. La plupart des syndicats ayant

accepté de participer à l'étude représentaient uniquement des internes de médecine générale. Enfin le taux de réponse calculé est faible (5,4 %) mais probablement sous-estimé. Le dénominateur théorique comporte d'anciens internes qui n'ont pas été inclus dans la population d'étude. Il est donc moins important que celui utilisé pour le calcul. En effet, 4 syndicats ont envoyé le questionnaire à une mailing liste comprenant d'anciens internes (Lille, Tours, Dijon, La Réunion). Il n'est pas possible d'avoir le détail de la liste des internes pour les retirer du calcul. Cette enquête comporte également un biais de sélection puisqu'elle est basée sur le volontariat. Pour limiter le biais de déclaration, il était possible de répondre à chaque question « je ne souhaite pas répondre » et les réponses étaient anonymisées. Bien sûr comme dans toute étude déclarative, il existe un biais de mémoire concernant les antécédents médicaux personnels.

Discussion sur le caractère généralisable des résultats

La plupart des résultats étaient cohérents avec ceux de la littérature.

En ce qui concerne le recours excessif à l'auto prescription notre étude démontre que 46 % des internes ont eu recours à l'auto-prescription pour la réalisation d'un dépistage. Chez les internes d'Angers étudiés par T. Le QUINTREC concernant tout type de prescription (21), 80 % ont recours à l'auto-prescription. En France en 2016 L. SIMON décrit une automédication chez 98 % des internes (23). De même seuls 35 % ont eu recours à leur médecin traitant pour un dépistage. Ce résultat est retrouvé dans les thèses de L. SIMON (23) et de C. MOUSNIER (20) où respectivement 37 % et 45 % des internes consultent auprès d'un médecin traitant. Les raisons avancées dans la littérature sont toujours le manque de temps, le déni, la facilité de l'auto-prescription et de l'auto-diagnostique (19-23). Dans notre étude cependant, il a été relevé que les internes de derniers semestres avaient plus recours à l'auto-prescription. Ceci est cohérent avec une étude néerlandaise de 2011 qui met en avant un taux d'auto-prescription plus élevé chez les étudiants plus avancés dans leur cursus (19). M. PAILLARD (22), dans une étude qualitative en 2016 met en évidence qu'au fur et mesure de l'internat, les internes acquièrent plus de connaissances et d'aisance dans leurs prescriptions pour leurs patients et pour eux-mêmes. De plus l'instabilité géographique occasionnée par les changements de stage rend l'accès initial au médecin traitant compliqué poussant les internes à l'auto-prescription pour éviter le nomadisme médical.

Concernant les consommations excessives d'alcool et de stupéfiants, les résultats sont similaires à ceux de l'étude CAMIF (28), enquête observationnelle descriptive auprès de 5799 internes en France, entre 2013 et 2017. Dans cette même étude, 505 internes en Ile de France avaient testé la cocaïne, soit 12 % ce qui correspond au taux des internes ayant consommé toutes drogues par voie intra nasale dans notre enquête.

La plupart des études sur les rapports sexuels sous produits en France concernent en

particulier la population homosexuelle. La dernière date de 2004 par l'InVS dans l'enquête Presse Gay (30) et concerne la consommation de produits au cours de l'année passée. Les résultats ne sont pas comparables à notre étude. Dans cette étude, la consommation de produits psychoactifs (drogues illicites et médicaments détournés) était plus importante chez les homosexuels que dans la population générale (47 % vs 12 %), dont la cocaïne (6 % vs 1 %). Presque un quart (24 %) indiquait avoir consommé au moins un produit psychoactif avant leur dernier rapport sexuel dont 3 % sous cocaïne. Paradoxalement, dans notre étude, l'orientation sexuelle n'avait pas d'influence sur la sexualité sous l'emprise de substances. Il serait intéressant de s'intéresser aux données plus récentes sur la toxicomanie festive et aux pratiques de la population générale.

Les violences sexuelles subies sont aussi comparables aux données de la littérature (31). En effet dans notre étude, 13 % des internes de sexe féminin déclarent avoir été victimes de violences sexuelles. On retrouve 12 % sur un échantillon de 2167 femmes âgées de 18 ans et plus, interrogées en février 2018 dans une étude réalisée avec l'institut de sondages Ifop.
D'autre part, la répartition des IST reste globalement conforme à celle de la population générale avec le Chlamydia comme IST la plus fréquemment déclarée par les laboratoires (2,5,9). Il est probable que 456 réponses ne suffisent pas à représenter exactement la répartition des IST plus rares comme le VIH. De plus, dans notre étude, les internes d'orientation homo ou bisexuelle avaient eu plus d'IST comme cela est décrit dans la population générale (2,4,9).

En ce qui concerne l'accès aux préservatifs, 52 % des internes ont recours aux pharmacies comme 54 % des 120 patients interrogés dans une étude en 2015 en Inde (32). Ici, la raison principale du non usage du préservatif était la diminution du plaisir, comme dans l'étude indienne. Ces similitudes sont d'autant plus frappantes entre les deux études que populations étudiées semblent à priori très différentes culturellement.

Le taux de rencontres sur internet est comparable par tranche d'âge avec la population générale entre 2013 et 2014 (14). En effet l'enquête Étude des parcours individuels et conjugaux (ÉPIC) a été conduite par l'Ined et l'Insee en 2013-2014 . dans cette étude 7825 personnes âgées de 26 à 65 ans étaient interrogés. Le taux d'utilisation des sites de rencontre des 26-30 ans était de 29 %. Dans notre étude 27 % des internes avec une grande majorité de 25-29 ans (89 %), déclaraient avoir fait des rencontres grâce à internet. Il n'est pas décrit en revanche, le taux de rencontres avec rapports sexuels dans notre étude ni dans l'enquête EPIC.

Nous avons été inquiets de voir que le manque de temps (12 %) pouvait présenter un obstacle au dépistage. Cependant, ce résultat est retrouvé dans de multiples études qui ont mis en évidence que les conditions de travail des internes, en particulier la pénibilité horaire, constituait une entrave à un suivi médical correct. T. Quintrec en 2013 à Angers, met en

avant pour 26 % des étudiants le manque de temps comme obstacle au bon suivi médical (21). De même, C. Mousnier à Paris en 2015, écrit que 13 % des internes à Paris ne consultent pas de médecin régulièrement et 37 % ont renoncé aux soins dentaires et ophtalmologiques par manque de temps (20). Ceci laisse envisager qu'ils n'auraient pas le temps de se faire dépister surtout aux horaires d'ouverture de CeGIDD ou de laboratoires. Cela a été conforté par l'enthousiasme des internes pour la réalisation d'un dépistage ciblé adapté à leurs horaires tout en maintenant les principes d'anonymat et de gratuité. C'est d'ailleurs ce que concluait Santé publique France en 2018 (5) : « il serait utile de disposer de recommandations plus opérationnelles et orientées ». Un autre paradoxe a cependant été soulevé dans notre étude: il a été constaté que les internes de chirurgie se faisaient plus souvent dépister après avoir pris un risque que les autres alors que d'autres études ont mis en avant leur particulière pénibilité horaire (33). Il est possible que le nombre d'internes en chirurgie recrutés dans l'étude n'était pas assez large pour évaluer cette population spécifique. Il est possible également que les plus sensibles à la question aient plus répondu.

Mise en perspective des résultats

Afin de préserver l'anonymat des répondants, nous n'avons pas demandé la faculté d'origine. Pourtant ceci aurait peut-être permis de mettre en évidence des disparités géographiques de pratiques. Cela pourrait être intéressant de réaliser une étude par ville avec différents promoteurs et ensuite comparer les résultats.

Il serait intéressant de penser à un mode de distribution nationale de questionnaires aux internes qui ne dépendrait ni des syndicats, ni des scolarités pour remédier au refus de certains syndicats de faire suivre des questionnaires. Avec l'avènement du numérique, la création d'une application pour Smartphones de questionnaires de thèse pourrait être envisageable.

Sans surprise, le rapport à la prévention vaccinale chez les internes est bon. En effet, les internes sont très bien vaccinés contre le VHB et cela est obligatoire pour suivre le cursus de médecine. En revanche concernant la prévention des IST, nous avons été interpelés sur le manque de dépistage systématique malgré les risques encourus. Etonnement, alors qu'il est enseigné que la plupart des IST sont asymptomatiques, l'absence de symptôme peut constituer pour certains un motif de non dépistage toute spécialité confondue. La question se pose aussi pour les externes en médecine qui n'ont pas encore acquis les connaissances adéquates sur les IST et leur prévention. De plus, une étude multicentrique étasunienne sur 1014 étudiants en médecine (34) récente a mis en évidence que les connaissances sur la santé sexuelle (dont la prévention des IST) de ceux-ci étaient insuffisants. On observe d'ailleurs, comme il a été souligné par Santé Publique France et le ministère de la santé dans la population générale et chez les jeunes en particulier, une augmentation de

l'incidence des infections à Chlamydia asymptomatiques (1,3,5). Ceci motive la sensibilisation auprès des populations des jeunes médecins concernant cette IST qui les concerne également. Il semble donc important de rappeler aux internes l'intérêt du dépistage systématique, d'autant plus que les infections à Chlamydia trachomatis constituent un problème de santé publique en raison de leur transmissibilité, de leur fréquence, de leurs complications. Nous pourrions envisager la distribution de livrets à chaque inscription universitaire rappelant les éléments de prévention principaux dont les IST mais aussi la toxicomanie. Ce rappel pourrait avoir lieu aussi par la médecine du travail lors de la visite obligatoire au début de l'internat.

Etant donné l'intérêt porté par les internes à la possible existence de sessions de dépistage ciblées, en particulier pour les internes exerçant à l'hôpital, il serait intéressant dans un travail ultérieur, de tester le succès éventuel de ces séances de dépistage. Dans cette étude, nous n'avons pas recueilli d'information concernant les infections récentes par IST pour comparer à la prévalence voire à l'incidence annuelle de celle de la population générale. Ainsi, si ces séances étaient réalisées et recrutaient un nombre d'internes suffisants, celles-ci pourraient constituer une base de données pour étudier la prévalence des IST chez les internes.

Conclusion

Cette étude retrouve comme principal facteur de risque d'IST chez les internes en France en 2018 la consommation de produits psychoactifs. De plus, les internes présentent comme antécédent principal d'IST une infection par chlamydia. Les internes d'orientation homo ou bi sexuelle avaient plus d'antécédents d'IST que les autres. Cependant, cette étude souligne que ceux-ci ont des rapports sexuels plus souvent protégés. Malgré les connaissances acquises au cours de leurs études concernant la prévention et le dépistage, le port du préservatif en cas de prise de risque et les modalités de dépistage restent insuffisants. Les internes ne se dépistent pas assez souvent en cas de prise de risque et ont trop souvent recours à l'auto-prescription. Les raisons principales du manque de dépistage systématique sont le manque de temps, l'absence de symptômes, et le déni.

Ainsi, quelques pistes d'amélioration du dépistage et de la santé des internes émanent de ce travail. D'abord, il conviendrait en amont de renforcer la formation des futurs médecins sur les IST et de rappeler qu'elles peuvent être asymptomatiques. Ensuite, l'étude montre que la création d'un dépistage ciblé anonyme et adapté aux horaires des internes est plébiscitée, en particulier à l'hôpital. Ceci pourrait estomper le recours à l'auto-prescription, permettre un dépistage adapté auprès des internes et aussi être le lieu d'une intervention brève pour prévenir l'utilisation de toxiques. Les résultats des dépistages ciblés pourraient donner lieu à des études comparant l'incidence des IST des internes avec celle de la population générale.

Ce travail démontre que la population des jeunes médecins en devenir est aussi à considérer comme une population cible pour les dépistages d'IST et les campagnes de prévention.

THÈSE SOUTENUE PAR : Laetitia BACKHOUSE

TITRE : ETAT DES LIEUX DES IST ET DU DEPISTAGE CHEZ LES INTERNES : UNE ETUDE DESCRIPTIVE ET TRANSVERSALE

CONCLUSION :

Cette étude retrouve comme principal facteur de risque d'IST chez les internes en France en 2018 la consommation de produits psychoactifs. De plus, les internes présentent comme antécédent principal d'IST une infection par chlamydia. Les internes d'orientation homo ou bi sexuelle avaient plus d'antécédents d'IST que les autres. Cependant, cette étude souligne que ceux-ci ont des rapports sexuels plus souvent protégés. Malgré les connaissances acquises au cours de leurs études concernant la prévention et le dépistage, le port du préservatif en cas de prise de risque et les modalités de dépistage restent insuffisants. Les internes ne se dépistent pas assez souvent en cas de prise de risque et ont trop souvent recours à l'auto-prescription. Les raisons principales du manque de dépistage systématique sont le manque de temps, l'absence de symptômes, et le déni.

Ainsi, quelques pistes d'amélioration du dépistage et de la santé des internes émanent de ce travail. D'abord, il conviendrait en amont de renforcer la formation des futurs médecins sur les IST et de rappeler qu'elles peuvent être asymptomatiques. Ensuite, l'étude montre que la création d'un dépistage ciblé anonyme et adapté aux horaires des internes est plébiscitée, en particulier à l'hôpital. Ceci pourrait estomper le recours à l'auto-prescription, permettre un dépistage adapté auprès des internes et aussi être le lieu d'une intervention brève pour prévenir l'utilisation de toxiques. Les résultats des dépistages ciblés pourraient donner lieu à des études comparant l'incidence des IST des internes avec celle de la population générale.

Ce travail démontre que la population des jeunes médecins en devenir est aussi à considérer comme une population cible pour les dépistages d'IST et les campagnes de prévention.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 6 XII 18

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Professeur O.EPAULARD
Maladies Infectieuses et Tropicales
Pôle Urgences Médecine Aiguë
N° RPPS 10003123717
CHU de GRENOBLE

Pr. Olivier EPAULARD

Bibliographie

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017.

2. Institut national de Veille Sanitaire. Infection par le VIH/ SIDA et les IST point épidémiologique. 2015 nov.

3. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida 2010-2014. Décembre 2016.

4. Ndeindo Ndeikoundam Ngangro, Delphine Viriot, Nelly Fournet et al. les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. 29 nov 2016.

5. Santé Publique France. Données au 31 Décembre 2018. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles. Avr 2018.

6. Goulet V et al. Les chlamydioses urogénitales en France en 1997, réseau Rénachla. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Avr 1999(16).

7. Goulet V et al. Augmentation du nombre de gonococcies identifiées par le réseau RENAGO. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Juin 1999(26).

8. Ruche G, Le Strat Y, Fromage M, Berçot B, Goubard A, de Barbeyrac B, et al. Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two laboratory surveillance networks, France, 2012. Euro Surveill. 13 août 2015;20(32):6-15.

9. Santé publique France. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à chlamydia et à gonocoque En France en 2016. 2018 juill.

10. Bouyssou A, Spenatto N, Dhotte P, Castano F, Semaille C, Gallay A. La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans, Bulletin EpidémiologiqueHebdomadaire. Juillet 2011(26).

11. Elisabeth Couturier. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. janv 2004(3).

12. Ifop et observatoire européen de l'échangisme. Enquête sur les différentes formes de sexualités collectives en Europe. 2014.

13. Bajos N, Bozon M, Godelier M. Enquête sur la sexualité en France. Paris: La Découverte; 2008. 612 p.

14. Institut national d'études démographique et Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Étude des parcours individuels et conjugaux ; 2013-2014.

15. Marie Bergström. Sites de rencontres : qui les utilise en France ? Qui y trouve son conjoint ? Population et Société. Févr 2016;(530).

16. Imbert-Trapier N. Enquêtes sur les pratiques d'un groupe de médecins généralistes des Hauts-de-Seine (92) et sur les obstacles au dépistage de l'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot - Paris 7.
17. Touly P. Dépistage des infections sexuellement transmissibles en médecine générale: à propos de 97 situations cliniques Thèse d'exercice. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
18. Wehrung J. Pratique préventive des médecins généralistes face à une demande directe de dépistage d'infection sexuellement transmissible: entretiens semi directifs de 16 médecins généralistes du Maine et Loire. Thèse d'exercice. Université d'Angers; 2010.
19. Van der Veer T, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Health Behaviors, Care Needs and Attitudes towards Self-Prescription: A Cross-Sectional Survey among Dutch Medical Students. PLoS. 21 nov 2011.
20. Mousnier-Lompre C. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie Thèse d'exercice. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
21. Le Quintrec T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la Faculté d'Angers. Thèse d'exercice. Université d'Angers; 2013.
22. Paillard M. La santé des internes nantais en médecine générale: observation des déterminants des pratiques d'auto-prescription et d'automédication. Thèse d'exercice. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
23. Simon L. Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ? Thèse d'exercice. Université Paris Descartes ; 2016.
24. Ayala EE, Roseman D, Winseman JS, Mason HRC. Prevalence, perceptions, and consequences of substance use in medical students. Med Educ Online. 26 oct 2017;22(1).
25. MacLean L, Booza J, Balon R. The impact of medical school on student mental health. Acad Psychiatry. 2016;40:89–91.
26. Shah AA, Bazargan-Hejazi S, Lindstrom RW, et al. Prevalence of at-risk drinking among a national sample of medical students. Subst Abus. 2009;30(2):141–149.6.
27. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F. Drinks and drugs: from medical students to doctors.Drug and alcohol dependence. 2001;6 4:265-270.
28. Lafaye G. Etude CAMIF. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine de la Région Ile de France Premiers résultats. colloque FIDES; 2018 mars.
29. Herault J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des Facultés d'Angers et de Lyon. Thèse d'exercice. Université d'Angers; 2012.

30. Institut national de Veille Sanitaire. Enquête Presse Gay ; 2004
31. Morin C. Prévalence Et Conséquences Des Violences Faites Aux Femmes. Fondation Jean Jaurès; 2018 févr.
32. Govindan B, Maduravasagam K. Deploying machine learning to find out the reasons for not using condom in a questionnaire-based study of 120 patients. Indian J Sex Transm Dis AIDS. 2018;39(1):50-4.
33. Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux. Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail ; 2012.
34. Christina Warner, Samantha Carlson, Renee Crichlow, and Michael W. Ross. Sexual Health Knowledge of U.S. Medical Students: A National Survey. The Journal of Sexual Medicine. août 2018;15(8).

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE
Etat des lieux des IST et du dépistage chez les internes : une étude descriptive et transversale

Partie I : Socio-Démographique

1) Quel est votre sexe ?

☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Transgenre

2) Quel âge avez-vous ?

☐ Entre 18 et 24 ans
☐ Entre 25 et 29 ans
☐ Entre 30 et 34 ans
☐ > ou = 35ans

3) Vous êtes en quel semestre ? (si actuellement en Disponibilité, ou projet personnel à l'étranger, indiquez le semestre validé avant)

☐ 1er
☐ 2ème
☐ 3ème
☐ 4ème
☐ 5ème
☐ 6ème
☐ 7ème
☐ 8ème
☐ 9ème
☐ 10ème

4) Votre stage actuellement est exercé:

☐ A l'hôpital public
☐ En Ambulatoire
☐ En PMI/ Planning familial/ CeGIDD
☐ En Clinique
☐ Autre

5) Quelle est votre type de spécialité ?

☐ Médecine Générale
☐ Spécialité Chirurgicale
☐ Spécialité Médicale au contact des patients
☐ Spécialité médicale non au contact direct des patients

Partie II : Facteurs de risque

6) Vous avez des pratiques :

☐ Hétérosexuelles
☐ Homosexuelles
☐ Bisexuelles
☐ Aucune pratique sexuelle
☐ Je ne souhaite pas répondre

7) Vous avez eu au cours des 6 mois passés (plusieurs réponses possibles) :

☐ 1 partenaire stable
☐ 1 partenaire occasionnel
☐ Plusieurs partenaires stables
☐ Plusieurs partenaires occasionnels
☐ Aucune pratique sexuelle
☐ Je ne souhaite pas répondre

8) Avez-vous déjà eu des relations sexuelles non protégées avec des partenaires d'origine étrangère (Europe de l'est, Amérique du sud, Afrique, Asie)?

☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas
☐ Je ne souhaite pas répondre

9) Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec un(e) ou plusieurs prostitué(e)s ? Ou des rapports sexuels tarifés (contre de l'argent) et/ou contre un service) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

10) Avez-vous déjà pratiqué (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ L'échangisme
- ☐ Les plans à plusieurs
- ☐ Les rencontres via internet (sites ou applications)
- ☐ Les rencontres dans des lieux dédiés au sexe (sauna, boite de nuit, clubs..)
- ☐ Aucune de ces pratique
- ☐ Autre
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

11) Utilisez-vous toujours des préservatifs (masculins ou féminins) quand vous êtes incertain du statut sérologique de votre partenaire ?

- ☐ Oui
- ☐ non
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

12) Je n'utilise pas toujours des préservatifs car : (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Je ne suis pas concerné(e)par cette question
- ☐ Couple stable
- ☐ Plaisir diminué
- ☐ Je n'y pense pas toujours
- ☐ Je n'y pense jamais
- ☐ Cela altère mes capacités
- ☐ C'est trop cher
- ☐ Je n'en ai pas toujours sur moi au bon moment
- ☐ J'ai honte d'en acheter/ je suis trop timide
- ☐ Autre…
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

13) Où trouvez-vous vos préservatifs ? Ou bien où trouveriez-vous en si nécessaire ? (plusieurs réponses possibles) NB La réponse entrera dans la partie sur la prévention

- ☐ Pharmacie/ parapharmacie
- ☐ Grande surface
- ☐ CPEF/ planning
- ☐ CeGIDD (centre de dépistage)
- ☐ Sex shop
- ☐ Internet
- ☐ Distributeurs publics
- ☐ mes parents m'en procurent
- ☐ mes partenaires en ont sur eux
- ☐ On me les a offerts
- ☐ Je les ai gardés de divers welcome pack d'évènements…
- ☐ AUTRE texte libre
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

14) Avez-vous déjà eu des rapports sexuels sous l'emprise d'alcool et/ou de drogues ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

15) Si oui à la question 14, la quelle ?

- ☐ Je ne suis pas concerné(e) par cette question
- ☐ Alcool
- ☐ Cannabis
- ☐ Cocaïne
- ☐ Héroïne
- ☐ MDMA
- ☐ Amphétamines
- ☐ Autre(s)
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

16) Avez-vous déjà consommé au moins une fois des drogues par voie :

- ☐ Intra nasale
- ☐ Intra veineuse
- ☐ Non, jamais
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

17) Avez-vous déjà subi un viol/ des violences sexuelles ?
(Si besoin, pour toute demande d'aide ou d'information, vous pouvez appeler anonymement et gratuitement le 3919 violence femmes infos)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

18) Avez-vous déjà eu une IST ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

19) Si Oui à la question 18, La ou les quelle(s) (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Je ne suis pas concerné(e) par cette question
- ☐ Gonococcie
- ☐ Chlamydiose
- ☐ Herpès génital
- ☐ Syphilis
- ☐ Infection par VHB
- ☐ Infection par le VHC (suite à rapport traumatique)
- ☐ Infection par le VHA (suite à anulingus…)
- ☐ Infection par le VIH
- ☐ Gale
- ☐ Morpions
- ☐ Trichomonas Vaginalis
- ☐ Infection par HPV (condylomes)
- ☐ mycoplasme
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ autre

Partie III : Modalités de dépistage

20) Effectuez-vous systématiquement un dépistage lorsque vous estimez avoir pris un risque ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Parfois
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

21) Effectuez-vous systématiquement un dépistage au début de chaque relation (avec rapports sexuels) stable?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Parfois
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

22) Pour quoi effectuez-vous ce(s) dépistage(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Question sans rapport pour moi, je ne me fais jamais dépister
- ☐ Par précaution,
- ☐ Pour vous rassurer
- ☐ Pour rassurer votre partenaire, sinon vous ne le feriez pas
- ☐ Car vous présentez des symptômes/ lésions de l'appareil génital
- ☐ Car vous présentez des symptômes généraux (fièvre, douleur abdominale, ictère, éruption cutanée…) inexpliqués
- ☐ Vous soupçonnez votre partenaire stable d'infidélité
- ☐ Autre raison
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

23) Pour quoi n'effectuez-vous pas ce(s) dépistage(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Question sans rapport pour moi, je me fais toujours dépister
- ☐ Je pense avoir pris toutes les précautions nécessaires
- ☐ J'ai 100% confiance dans mon/ mes partenaire(s)
- ☐ Manque de temps/ organisation difficile
- ☐ Manque de moyens (argent, transports)
- ☐ Peur du résultat
- ☐ Gêne/ honte
- ☐ pudeur
- ☐ Déni
- ☐ Pas de symptômes
- ☐ AUTRE texte libre
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

24) où/ qui réalise ce/ ces dépistages? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Médecin traitant
- ☐ Gynécologue
- ☐ Sage-femme
- ☐ planning familial/CPEF
- ☐ centre de dépistage
- ☐ Autre spécialiste (dermatologue…)
- ☐ Auto prescription par vous-même
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

25) Savez-vous où trouver les lieux proches de chez vous de dépistage ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

26) Avez-vous déjà entendu parler des CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

IV : La Prévention à ce jour

27) Etes-vous correctement vacciné contre l'Hépatite B ? (selon schémas à 3 doses ou 2 doses selon âge)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

28) Avez-vous pu bénéficier du vaccin contre certains sérotypes pathogènes du HPV (Gardasil ou Cervarix) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

29) Actuellement, avez-vous un doute sur une actuelle IST contractée récemment ou dans le passé mais jamais bilantée ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

30) Si oui à la question 30, avez-vous des symptômes ?

- Je ne suis pas concerné(e) par cette question
- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

31) Si Oui à la question 30, Etes-vous dans le doute depuis…

- Je ne suis pas concernée par cette question
- <1mois
- <1 an
- > 1 an
- Je ne souhaite pas répondre

32) Si vous faites trainer le doute (doute > 1 mois), c'est parce que (plusieurs réponses possibles) :

- Je ne suis pas concerné par cette question
- Manque de temps/ organisation difficile
- Manque de moyens (argent, transports)
- Peur du résultat
- Gêne/ honte
- pudeur
- Déni
- Pas de symptômes
- Je ne souhaite pas répondre

33) Seriez-vous favorable à des sessions dépistages dans votre hôpital d'exercice ?

- oui
- non
- Je ne souhaite pas répondre

34) Si oui, quels critères d'organisation vous paraissent importants/ pertinents ?

- Je ne suis pas concerné(e) par cette question
- Anonymat garantie
- gratuité
- intervenant extérieur
- sur lieu de travail
- sans RDV
- possibilité d'y aller en soirée après le stage
- autre…
- Je ne souhaite pas répondre

Annexe 2 : lettre d'information

Madame ou Monsieur

Vous vous apprêtez à participer à une étude intitulée « Etat des lieux des IST et du dépistage chez les internes : une étude descriptive et transversale». Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une thèse en médecine générale.

L'objectif de l'étude est donc de faire un état des lieux des IST et du dépistage chez les internes en médecine.

La finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont destinées est d'évaluer si les internes se font dépister en adéquation avec les recommandations. S'il existe chez les internes, des modalités de dépistage insuffisantes, alors une réflexion autour du dépistage devra être envisagée, voire un dépistage ciblé. Par exemple, des dépistages anonymes et gratuits à des horaires adaptés pour les internes dans les hôpitaux.

Il existe 34 questions qui demandent au maximum 10 minutes de votre temps.

Il n'est pas obligatoire de répondre à toutes les questions. Une case « je ne souhaite pas répondre » sera toujours disponible. Ainsi, le défaut de réponse au questionnaire ou aux questions n'a pas de conséquence.

Nous vous remercions d'avance pour votre coopération !

Nous vous informons, selon l'Art. 32.I de la loi Informatique et Libertés, que nous voulons recueillir des données à caractère personnel vous concernant. Ces données sont anonymes.

Nous vous informons donc :

1° Le responsable du traitement est Melle Laetitia Backhouse, interne en médecine, et ses représentants : le Dr Chandez Charlotte, médecin généraliste et Dr Janssen Cécile, infectiologue.

2° L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier. Les réponses seront automatiquement anonymisées. Il n'existe aucun moyen de faire correspondre vos réponses à votre adresse mail. Il n'y a non plus pas la possibilité de rectifier les données.

3° Les données sont destinées au responsable du traitement et ses représentants ainsi que le statisticien du CH Annecy Genevois. Les données seront analysées au centre hospitalier Annecy Genevois.

4° Il n'existe pas de bénéfice en nature ou espèces à participer à cette étude mais seulement la satisfaction de participer de façon anonyme à une étude qui traite de données sensibles et qui permettra potentiellement d'améliorer dans le future la santé des internes.

5° Il n'existe pas de risque financier ni moral à participer ou non à cette étude, hormis la non-possibilité de rectification.

6° L'interne responsable est Madame Laetitia BACKHOUSE qui se trouve sous la direction des Dr Cécile Janssen (infectiologue au CH Annecy Genevois) et Dr Charlotte Chandez (Médecin Généraliste du CH Annecy Genevois). Pour toute information, vous pouvez contacter ces responsables par courriel :

- [Données à caractère personnel]
-
-