



**Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux
infections sexuellement transmissibles chez les adultes
consultant en dispensaire à Mayotte en 2018,
CAPIST-Mayotte**

Flavien Delhoume

► **To cite this version:**

Flavien Delhoume. Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux infections sexuellement transmissibles chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte en 2018, CAPIST-Mayotte. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02551012

HAL Id: dumas-02551012

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02551012>

Submitted on 22 Apr 2020

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 213

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 décembre 2018

Par Flavien DELHOUME

Né le 05.05.1988 à Nîmes

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
RELATIVES AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES CHEZ LES ADULTES CONSULTANT
EN DISPENSAIRE A MAYOTTE EN 2018**

CAPIST-MAYOTTE

Directrices de thèse

Docteur SERRANO Charlotte

Docteur BRUNEAU Léa

Membres du jury

Professeur JOSEPH Jean-Philippe.....	Président
Docteur ADAM Christophe	Rapporteur
Professeur CAZANAVE Charles.....	Juge
Docteur PISTONE Thierry.....	Juge
Docteur SERRANO Charlotte.....	Directrice

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des Universités

Médecin Généraliste libéral à Bordeaux

Directeur du Département de Médecine Générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, et m'avez fourni de précieux conseils pour l'organisation de mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance, et de mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de conférences associé

Médecin Généraliste libéral à Bordeaux

Président du Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, et de m'avoir consacré du temps pour lire et juger ce travail. J'espère que les problématiques sociales soulevées par le sujet ont retenu votre intérêt. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

Responsable d'unité d'Hospitalisation conventionnelle Aile 1

CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Je garde de très bon souvenirs de mon passage dans votre service il y a déjà 4 ans. Nous ne nous y sommes croisés que brièvement, mais j'avais pu apprécier vos qualités humaines. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thierry PISTONE

Praticien Hospitalier
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Unité de Maladies Tropicales et du Voyageur
CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. J'ai apprécié travailler à vos côtés. Vivant désormais sous les tropiques, il m'arrive fréquemment de mettre à profit vos enseignements en pathologie du voyageur. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

A MES DIRECTRICES

Madame le Docteur Charlotte SERRANO

Médecin généraliste en Centre de Santé municipal à Gennevilliers
Praticien Hospitalier
Maître de stage de l'Université Paris Diderot

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, et de m'avoir continuellement coaché durant ces longs mois de préparation ! Ce fut fastidieux pour moi d'avoir du recul et les idées claires au début de ce projet. Ton soutien régulier et constant jusqu'au bout m'y a grandement aidé. Merci infiniment. Sois assurée de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect. A la prochaine, à Paris ou ailleurs.

Madame le Docteur Léa BRUNEAU

Médecin de Santé Publique, Assistante spécialiste
Unité de Soutien Méthodologique – Pôle Santé Publique et thérapeutique
CHU de La Réunion

Merci d'avoir répondu à mon appel, et rejoint l'aventure pour co-diriger cette thèse. Dans les moments clés, tu as su te rendre disponible pour mes (très nombreuses) questions, et tu as apporté un soutien méthodologique décisif pour ce travail. Sois assurée de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect. A bientôt sans doute à La Réunion.

A CELLES ET CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ A CE TRAVAIL

Merci au personnel du Centre Hospitalier de Mayotte, notamment :

- A M. Nicolas Valour, directeur des affaires médicales, pour la résolution efficace des différents soucis administratifs que j'ai rencontrés.

- Aux responsables de dispensaires, chefs de service et cadres de santé, pour avoir rendu possible la logistique de ma recherche : Dr Katia Magnin, Dr Thierry Lahalle, Dr Habil Said-Combo, et Mme Claude Iborra, Mme Anissati Said, sans oublier Philippe Usseglio-Verna : ravi d'avoir pu échanger et travailler avec toi.

- Aux médecins de dispensaires qui m'ont accompagné, initialement comme interne puis comme collègue : Dr Serge Garnier (pour ton encadrement bienveillant en tant qu'interne), Dr Anne-Claire Praud (ce fut un honneur et plaisir de travailler à tes côtés, et d'apprendre de ta rigueur et ton sens clinique), Dr Lherminier Katsuki (à défaut de te rattraper, pourrai-je courir sur tes traces un jour à la Mascareigne?), Dr Elise Sagnes (Merci pour ton avis, concis et précieux).

- A l'équipe du dispensaire de Kahani, notamment Moibassi Bahedja et Brigitte Boinaïdi pour leur traduction (j'ai encore un peu de progrès à faire en shimaoré!), Hadia Ali la super-secrétaire, Chidati Boura (et son inoubliable mataba), Dr Ehsane Premdjee, pharmacien (au plaisir de te recroiser), et à son équipe enthousiaste. Vanessa, et tous les autres. J'ai beaucoup apprécié les moments parmi vous, et je reviendrai avec plaisir.

Au Dr Sabine Henry, précieuse correspondante à l'ARS Mayotte : merci notamment pour votre veille documentaire et vos conseils.

A la Croix Rouge de Mayotte, notamment M. Michel Henry, pour m'avoir sorti de l'ornière en me mettant à disposition gracieuse une interprète pour deux semaines (et merci à toi Saanda Ali-Baraka).

Aux membres des associations locales qui ont pris du temps pour me conseiller : Association REPEMA (Mme Anne-Sophie Bonnin et Mme Charlotte Collod), la CIRE Mayotte (M. Samy Boutouaba), le Planning Familial de Mayotte.

Au département d'aide méthodologique de La Réunion : Samuel Bénéteau et Samir Medjane, pour l'aide méthodologique.

Au Dr Laurent Magot, pour sa disponibilité et ses conseils bienvenus.

A tous les patients et accompagnants qui ont accepté de participer à cette étude et l'ont rendue possible.

A MES PROCHES :

A Alice

Tu as illuminé ma vie voilà déjà deux ans. J'aime être à tes côtés, au rythme de nos errances tropicales. Tes relectures enthousiastes ont grandement aidé mon travail. Merci de me rendre heureux au quotidien, de me pousser à donner le meilleur de moi-même, et pour tes cours de guitare ! J'espère te combler autant que tu le fais.

A ma famille :

A mes parents : Pour votre attention, votre bienveillance, et générosité. Pour m'avoir toujours tiré vers le haut. Pour avoir été présents et compréhensifs en toute occasion. Pour le plaisir de nos retrouvailles à chaque retour. Et pour l'éducation oenologique assidue !

A mon grand frère, pour ton accompagnement depuis nos vertes années. Pour m'avoir partagé ton goût du voyage, de la bière allemande et nous avoir fait découvrir Kathrin !

A ma sœur et ancienne coloc, pour tes célèbres jus (de racines de poireau), ta joie de vivre, et ton écoute attentive.

A ma Mamie de Benayes, pour ton énergie et ton affection inépuisables, aussi loin que remontent mes souvenirs. Et pour ta gastronomie généreuse, qui ne laisse personne indifférent ! A ma Mamie de Limoges, pour ta douceur et ta gentillesse. A mes grands-pères, pour votre amour et votre bonté, à Sophie, reposez en paix.

Aux autres membres de la tribu: Monique (pour tes escapades humanitaires inspirantes), Hubert, Claire (ma prof privée d'escalade!), Charlotte, Cécile Marion Guillaume, Françoise, Florence, Jérôme, et les familles respectives.

A mes amis :

A ce vieux groupe des Berlinoises: Violayne Hélène Raphaël et Edouard. Aux amis du lycée : Guillaume (co-créateur de pétards, et fidèle camarade s'il en est), Audrey, Martine, Aude, Méli et les autres.

A ceux rencontrés à la fac : pour ces quelques années passées sur les mêmes bancs, dédicace à ceux du tout premier jour : Etienne, Milka et Marie, et les autres: Renaud Floofy, Lulu, Gnagna, Pauline...

Aux partenaires d'Erasmus à Bristol, témoins d'une magnifique expérience: Mathilde, Sarah, Camille, Matthias, Clément, les Grenobloises, les Angevins .

A ceux croisés sous le soleil de Mayotte : Matthieu Screve, Neelesh, Stéphanie, Dalia, Elodie, Fanny, Maxime, Lydia, et l'artiste-peintre Loïc / Et côté Réunion : Guillaume, Emma, Philippe (merci pour l'hospitalité et la relecture!).

A mes co-internes et collègues :

Aux anesthésistes et réanimateurs que j'ai courtement côtoyés, avant de changer de cap. Ce choix s'est vite imposé à moi et n'est en aucun cas un désaveu. Mention spéciale à l'encadrement hors pair et la bonne ambiance que j'ai connus au bloc de l'hôpital de Périgueux.

Aux médecins généralistes qui m'ont donné goût à cet exercice : Dr Jean Dayraut et Dr Xavier Larrègle : merci pour votre compagnonnage.

Aux praticiens et équipes, pour m'avoir formé et accompagné dans mes différents stages hospitaliers: Maladies infectieuses à Pellegrin, cardiologie à Périgueux, urgences à Bayonne, et pédiatrie à Pau.

Aux copains d'internat, notamment l'équipe Périgueux hiver 2012-2013, gravée dans la roche et ma mémoire : Elssa, Daubi, Antoine, Elsa, Babin, Kevin, Andrée-Anne, Alexia, Cédric, Anne-Laure (merci pour ta relecture attentive et ton globe-trotting inspirant), Lucille, et les autres : ne changez rien ! Aux Périgourdins saison-2-le-retour: Romain (fameux cascadeur subaquatique !), Claire, Grigri.

Aux colocataires palois successifs qui ont supporté mon penchant pour le rangement obsessionnel, et mes expériences culinaires locales (hommage à la garbure) : Alexandre (quelque chose de plus facile que l'Everest, si possible, pour la prochaine sortie), Julie (pour m'avoir montré le chemin de l'interCHU Mayotte), Simon la Monzie. Et la team d'après : Lacharme l'intrépide, Marion et Boris.

A tous les autres, rencontrés en voyage, en stage ou autre, et que je reverrai avec plaisir !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	10
PREMIERE PARTIE – JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE.....	11
1. La problématique des infections sexuellement transmissibles.....	11
2. L’île de Mayotte : contexte général.....	12
3. La situation épidémiologique des IST à Mayotte.....	13
4. Les études de type KABP appliquées aux IST.....	14
5. Question de recherche et objectifs.....	15
6. Bibliographie.....	16
DEUXIEME PARTIE – ARTICLE.....	20
1. INTRODUCTION.....	20
2. METHODES.....	21
2.1. Population d’étude et échantillonnage.....	21
2.2. Recueil de données.....	22
2.3. Etablissement des scores.....	23
2.4. Analyse statistique des données.....	24
3. RESULTATS.....	25
3.1. Caractéristiques des répondants.....	25
3.2. Connaissances relatives aux IST et à leur prévention.....	26
3.3. Attitudes relatives aux IST et à leur prévention.....	27
3.4. Comportements sexuels à risque d'IST.....	27

4. DISCUSSION.....	29
4.1. Caractéristiques des répondants.....	29
4.2. Connaissances relatives aux IST et à leur prévention.....	30
4.3. Attitudes relatives aux IST et à leur prévention.....	31
4.4. Comportements sexuels à risque d'IST.....	31
4.5. Limites de l'étude.....	34
5. CONCLUSION.....	35
6. BIBLIOGRAPHIE.....	37
TABLEAUX.....	41
Tableau 1. Caractéristiques des répondants.....	41
Tableau 2. Connaissances et attitudes relatives aux IST chez les répondants.....	42
Tableau 3. Comportements sexuels chez les répondants.....	43
Tableau 4. Facteurs associés aux scores.....	44
ANNEXES.....	45
Annexe 1. Cartes du canal du Mozambique et de l'archipel des Comores.....	45
Annexe 2. Carte des dispensaires de Mayotte.....	46
Annexe 3. Carte des lieux de distribution des préservatifs à Mayotte.....	47
Annexe 4. Message d'information préalable au recueil des données.....	48
Annexe 5. Questionnaire.....	50
Annexe 6. Protocole de recherche non-interventionnelle.....	58
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	95
ABSTRACT.....	96
RÉSUMÉ.....	97

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
CAPIST	Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHM	Centre hospitalier de Mayotte
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP	Comité de protection des personnes
DOM	Département d'outre-mer
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IdF	Île-de-France
IC95%	Intervalle de confiance à 95 %
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KABP	<i>Knowledge, attitudes, beliefs and practices</i> (Connaissances, attitudes, croyances et pratiques)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORa	Odds ratio ajusté
ORS	Observatoire régional de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
Q.	Question
RésIST	Réseau de surveillance des IST
Rénago	Réseau national gonocoque
Rénachla	Réseau national Chlamydia
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PREMIERE PARTIE – JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE

1. La problématique des infections sexuellement transmissibles (IST)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la lutte contre les IST comme une priorité mondiale, en raison de la morbidité et de la mortalité qui leur sont associées (1). Les IST affectent la qualité de vie des populations, leur santé sexuelle et reproductive, ainsi que la santé des nouveau-nés et des enfants (1). En outre, plusieurs de ces infections favorisent la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par voie sexuelle (1). La prévention du VIH ne peut donc être conçue comme une intervention isolée de santé publique, mais doit être intégrée dans une approche préventive globale incluant les IST les plus prévalentes (2).

En France, depuis la fin des années 1990, le nombre de cas diagnostiqués des IST bactériennes est en forte augmentation (3). En 2016, le taux de diagnostic concernant Chlamydia était estimé à 491 pour 100 000 habitants chez les sujets âgés de 15 ans et plus, soit 3,4 fois plus qu'en 2012 (4). En 2016, le taux de diagnostic concernant le gonocoque était estimé à 91 pour 100 000 habitants chez les sujets âgés de 15 ans et plus, soit 3,3 fois plus qu'en 2012 (4). L'incidence annuelle du VIH demeure stable depuis 2011, autour de 6000 infections par an (5).

Outre-mer, l'importante diversité des populations et la forte proportion de personnes migrantes expliquent une épidémiologie des IST différente de la métropole (6). Ainsi, contrairement à la métropole, la transmission du VIH y est à large dominante hétérosexuelle, et la proportion de femmes atteintes est supérieure (6). Les départements français d'Amérique correspondent aux régions les plus touchées par l'infection à VIH en France (7). En 2016, le taux de diagnostic de Chlamydia chez les habitants de 15 ans et plus était estimé à 407/100 000 dans les départements d'outre-mer (DOM), contre 258/100 000 en métropole (4). La même année, concernant les infections à gonocoque, le taux de diagnostic était de 194 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus dans les DOM, comparativement à l'Île-de-France (IDF) et la métropole hors IdF (respectivement 151 et 71 pour 100 000) (4).

2. L'île de Mayotte : contexte général

Mayotte est une île de l'archipel des Comores, située dans l'océan Indien, au nord-ouest de Madagascar, dans le canal du Mozambique (Annexe 1) (8). Lors du référendum d'autodétermination de 1975, Mayotte est restée sous administration française, contrairement aux autres îles comoriennes, qui ont alors fait le choix de l'indépendance (9). Peuplée de 256 000 habitants, elle est devenue le 101^{ème} département français et le 5^{ème} département d'outre-mer en 2011(9). Ses habitants sont majoritairement d'origine africaine bantoue et malgache.

Mayotte est le département français ayant la plus forte croissance démographique (de 2012 à 2017 +3,8% par an en moyenne) (10). En effet, l'île connaît une natalité élevée (en moyenne 4 enfants par femme en 2015), et de forts courants migratoires (10,11). Sur le plan économique, les disparités sont importantes et le produit intérieur brut y est le plus faible des départements français (12). Malgré ce contexte socio-économique difficile, la relative prospérité de Mayotte par rapport aux Comores voisines en fait une zone d'immigration intense (11,13). Ainsi, un peu plus d'un adulte sur deux résidant à Mayotte en 2015 n'y est pas né (10). Le shimaoré, d'origine africaine, et le shibushi, d'origine malgache, constituent les deux principales langues locales parlées à Mayotte (14). En 2007, la population non francophone y était estimée à 37 % (15). La culture locale est très imprégnée de l'Islam, religion la plus représentée sur l'île (16).

La densité de professionnels de santé est particulièrement faible à Mayotte (17), et l'accès aux soins est difficile (18). L'offre de soins s'articule majoritairement autour du Centre hospitalier de Mayotte (CHM), qui regroupe l'hôpital de Mamoudzou, seul plateau technique de l'île, et 17 dispensaires répartis sur tout le territoire (Annexe 2) (19). Ces dispensaires compensent en partie la faiblesse de l'offre de soins de ville (20). Ils connaissent une forte affluence et assurent les soins primaires de proximité (19,21). Le recours à la médecine traditionnelle reste très fréquent à Mayotte (22). Une majorité des habitants utilise les traitements traditionnels à la place, ou en parallèle, de la médecine conventionnelle (22). La moitié de la population n'a recours au système conventionnel de santé que pour des situations graves (23).

La polygamie est toujours pratiquée dans les faits, bien qu'interdite depuis 2014 (11). L'éducation sexuelle semble inexistante, occultée par un tabou sociétal (24). Dans une société nataliste, où les rapports sexuels protégés ne sont pas encouragés, les jeunes découvrent la sexualité sans connaissance particulière et sans préparation (24). En 2015, 28,4 ‰ des femmes de 15 à 45 ans ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse à Mayotte, soit deux fois plus qu'en métropole (25). Parmi les comportements sexuels fréquents à Mayotte, le multipartenariat, la faible utilisation du préservatif, le faible recours au dépistage, et la précocité des relations sexuelles sont des facteurs de risque importants d'IST (26).

3. La situation épidémiologique des IST à Mayotte

La surveillance épidémiologique des IST à Mayotte est peu développée (6). Les déclarations obligatoires du VIH ne sont transmises que depuis 2008 à l'Institut de veille sanitaire (InVS) (27). Les systèmes de surveillance RésIST (Réseau de surveillance des IST), Rénago (Réseau national gonocoque), et Rénachla (Réseau national Chlamydia) ne sont pas implantés à Mayotte (25). La prise en charge des urétrites est principalement basée sur un diagnostic clinique, sans prélèvements microbiologiques (26).

La population de Mayotte semble fortement exposée aux IST, malgré des données épidémiologiques parcellaires (26). Le taux de diagnostic d'infections à VIH était de 183 par million d'habitants en 2016, en constante augmentation depuis 2013, et deux fois supérieur au taux moyen national (28). Concernant l'hépatite B, le nombre de tests d'antigène HBs positifs rapporté à la population était le plus élevé de tous les départements français en 2013 (242 pour 100 000 habitants) (29). En 2012, l'incidence des infections à gonocoque à Mayotte était estimée à 202 pour 100 000 habitants, soit cinq fois celle de métropole. La même année, l'incidence des infections à Chlamydia était estimée à 345 pour 100 000 habitants, contre 257 pour 100 000 en métropole (25). En 2011, au Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), le taux de positivité de Chlamydia était deux fois plus élevé qu'en métropole (30). En 2017, chez les femmes consultant en orthogénie à Mayotte, la prévalence de cette infection était estimée à 22,9% soit trois fois celle de métropole dans la

même population (30). Une étude de dépistage systématique réalisée dans le service de médecine du CHM en 2014-2015 retrouvait une syphilis active chez 2 % des patients hospitalisés (25).

Les pays voisins de Mayotte appartiennent à une zone de forte endémicité pour les IST, notamment l'hépatite B (31). Par le passé, le "paradoxe de l'océan Indien" se traduisait au niveau régional par la coexistence d'une prévalence faible pour le VIH, et forte pour les autres IST (32). Cependant, à l'heure actuelle, ces pays connaissent d'importantes épidémies de VIH (25). A titre d'exemple, plus de la moitié des découvertes de séropositivité à Mayotte se font chez des personnes étrangères (28). Plus de deux tiers des nouveaux cas de VIH diagnostiqués à La Réunion concernent des patients originaires de pays voisins, notamment Madagascar et les Comores (25).

4. Les études de type KABP appliquées aux IST

Les comportements sexuels constituent un facteur déterminant de la propagation des IST (33). Selon l'OMS, les enquêtes comportementales en population générale permettent de suivre l'évolution des pratiques sexuelles et d'identifier les sous-populations à risque (34). Les données produites sont standardisées et comparables d'un moment et d'une région à l'autre. Cela permet de mesurer l'impact combiné des divers éléments des politiques nationales de santé publique (34).

En France, jusqu'à la fin des années 1980, la place des processus socio-psychologiques influençant les comportements sexuels à risque était mal connue (35). De 1992 à 2010, des enquêtes ont été conduites à six reprises sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements (KABP, pour "*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*") face au VIH et aux autres IST, dans la population adulte en France (36). Depuis les années 2000, les jeunes apparaissent moins bien informés sur le VIH et la protection, avec une moindre visibilité des personnes séropositives. Le VIH fait moins peur qu'auparavant (36). Ces évolutions peuvent s'expliquer par l'allongement de la survie suite à l'introduction des traitements antirétroviraux, et par un changement de la représentation sociale du VIH dans la

population générale (36). L'utilisation du préservatif est diminuée, et l'incidence croissante des IST souligne la réapparition des comportements sexuels à risque (36). Les enseignements de ces études ont permis aux pouvoirs publics d'orienter les politiques de lutte contre le VIH et les autres IST (36).

Des études KABP ont été menées en 2004 et 2011 dans les départements français d'Amérique (37). Les données révèlent une amélioration des connaissances relatives au VIH et des comportements préventifs. Cela témoigne des efforts de prévention réalisés dans ces territoires (37). Une enquête KABP a également été conduite à La Réunion en 2012, où la lutte contre le VIH est une priorité de santé publique (38).

Peu d'études de connaissance socio-comportementales sur la sexualité et les IST sont recensées à Mayotte. Une étude de perception sur le VIH a été réalisée par l'institut IPSOS en 2005 auprès de 749 personnes et abordait l'aspect cognitif seulement (39). En 2013, une étude portant sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques auprès de 671 femmes enceintes consultant en Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Mayotte a été menée dans le cadre d'une thèse de santé publique par le Dr Saindou (40). Cependant aucune étude de type KABP sur les IST n'a été menée en population générale à Mayotte.

5. Question de recherche et objectifs

Face à ce constat, quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST et à leur prévention à Mayotte ?

L'objectif principal de cette étude était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST et à leur prévention chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte en 2018.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les caractéristiques de la population associées à de faibles connaissances sur les IST, à une mauvaise opinion du préservatif, et à un comportement sexuel à risque d'IST.

6. Bibliographie

1. OMS. Stratégie Mondiale du secteur de la Santé contre les Infections Sexuellement Transmissibles, 2016-2021 [Internet]. 2016 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250242/1/WHO-RHR-16.09-fre.pdf?ua=1>
2. INPES. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2011 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
3. Ngangro NN, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2016 ;41-42:738-44.
4. Ngangro NN, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, Fouquet A, Viriot D, Fournet N, et al. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 [Internet]. 2018 [consulté le 19 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-Chlamydia-et-a-gonocoque-en-France-en-2016>
5. Santé publique France. Infection à VIH et SIDA - Prévalence du VIH [Internet]. 2018 [consulté le 10 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Prevalence-du-VIH>
6. Ministère de la Santé. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 - 2014 en direction des populations d'outre-mer [Internet]. 2010 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf
7. Santé publique France. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique du 23 mars 2017. [Internet]. 2017 [consulté le 10 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
8. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Géographie & climat [Internet]. 2016 [consulté le 10 oct 2018]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-geographie-climat>
9. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Histoire [Internet]. 2016 [consulté le 19 oct 2017]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-histoire>
10. Insee. 256 500 habitants à Mayotte en 2017 - La population augmente plus rapidement qu'avant [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3284395>

11. Insee. Migrations, natalité et solidarités familiales [Internet]. 2017 [consulté le 5 oct 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2656589#titre-bloc-5>
12. Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer. Mayotte - Rapport annuel 2016 [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : https://www.iedom.fr/IMG/pdf/ra2016_mayotte.pdf
13. Préfecture de Mayotte. Réalisation du diagnostic territorial stratégique à Mayotte préalable à la définition et à la rédaction des futurs programmes européens 2014-2020 [Internet]. 2012 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://www.mayotte.pref.gouv.fr/content/download/2241/13732/file/Diagnostic%20Mayotte_Rapport%20final_Partie%201.pdf
14. Eygun-Audap J. Caractéristiques sociolinguistiques des patients rencontrés en dispensaire à Mayotte : analyse d'une prise en charge en contexte interculturel. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux ; 2015
15. Insee. Mayotte : les langues en 2007 [Internet]. 2017 [consulté le 6 juill 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569783#consulter>
16. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Culture [Internet]. 2016 [consulté le 24 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-culture>
17. ARS Océan Indien. STATISS - Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2016 [Internet]. 2017 [consulté le 18 sept 2018]. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2017-09/ARS_Statiss2016_HD.pdf
18. ARS Océan Indien. Programme pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2018-2023 - Volet 2 Mayotte [Internet]. 2018 [consulté le 15 sept 2018]. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PRS2_PRAPS_VOLET%202%20MAYOTTE%20VD.pdf
19. Réseaux Santé Mayotte. Le centre hospitalier de Mayotte [Internet]. 2016 [consulté le 4 août 2018]. Disponible sur : <https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/page/le-centre-hospitalier-de-mayotte>
20. ARS Océan Indien. Offre de soins et accès aux soins [Internet]. 2017 [consulté le 6 juill 2018]. Disponible sur : <http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/offre-de-soins-et-acces-aux-soins-0>
21. Garnier S. Exercer la médecine générale à Mayotte - Les dispensaires. 2ème congrès francophone de médecine générale de l'océan Indien. 22 avril 2016; La Réunion.
22. Lartigau-Roussin C. De l'harmonie dans le soin. Face à face Regards sur la santé [Internet]. 2004 [consulté le 3 sept 2017]. Disponible sur : <http://faceaface.revues.org/383>

23. ARS Océan Indien. Plan stratégique de santé 2012-2016 [Internet]. 2011 [consulté le 15 sept 2018]. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PRS_plan_strategique_24_07.pdf
24. Guillemaut F. Etude de la prostitution, des échanges économico-sexuels en France et prévention du VIH. Mayotte: IREPS Mayotte; 2013.
25. ARS Océan Indien. Situation sanitaire Réunion et Mayotte - Janvier 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/5-PRS%20%20DIAGNOSTIC%20Situation%20sanitaire%20Réunion%20et%20Mayotte_Janvier%202017_0.pdf
26. Délégation ARS OI de Mayotte. Schéma de lutte contre les IST/VIH-SIDA/hépatites - Plan 2011-2014 [Internet]. 2011 [consulté le 24 sept 2017]. Disponible sur : http://www.irepsmayotte.org/_depot_arkcms_ireps_mayotte/_depot_arko/articles/158/schema-de-lutte-contre-le-vih-mayotte_doc.pdf
27. InVS. Bulletin de veille sanitaire - VIH et IST - Réunion et Mayotte [Internet]. 2017 [consulté le 3 sept 2017]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Ocean-indien-Reunion-Mayotte/Bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-Indien.-N-31-Aout-2016>
28. Cire océan Indien. VIH / Sida à Mayotte: Surveillance, dépistage et diagnostic [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ocean-Indien/2017/Surveillance-du-VIH-Sida-a-Mayotte.-Point-epidemiologique-au-1er-decembre-2017>
29. Cire océan Indien. Surveillance des hépatites B et C Réunion et Mayotte [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. (Bulletin de Veille Sanitaire thématique). Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Ocean-indien-Reunion-Mayotte/Bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-Indien.-N-31-Aout-2016>
30. Notteghem A. Prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier de Mayotte. Thèse de médecine, La Réunion: Université de La Réunion; 2017.
31. Ahmad D. Evaluation du dépistage systématique des IST dans un service de Médecine polyvalente à Mayotte. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot; 2016
32. Dada Y, Milord F, Frost E, Manshande J-P, Kamuragiye A, Youssouf J, et al. The Indian Ocean paradox revisited: HIV and sexually transmitted infections in the Comoros. *Int J STD AIDS*. 2007;18(9):596-600.
33. Michael RT, Wadsworth J, Feinleib J, Johnson AM, Laumann EO, Wellings K. Private sexual behavior, public opinion, and public health policy related to sexually transmitted diseases: a US-British comparison. *Am J Public Health*. 1998;88(5):749-54.

34. OMS. Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH [Internet]. 2000 [consulté le 1 sept 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/secondgeneration_fr.pdf
35. Bajos N, Spira A. Analyse des comportements sexuels en France (ACSF). Sciences sociales et santé. 1991;9(4):57-68.
36. Saboni L, Beltzer N, groupe KABP France. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2012;46-47:525-9.
37. Lydié N, Halfen S. Les populations des Départements Français d'Amérique face au VIH/sida - Guadeloupe, Martinique et Guyane [Internet]. 2013 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp131202.pdf>
38. ORS Océan Indien. Enquête KABP Réunion 2012. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels - Principaux résultats [Internet]. 2015 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/KABP_2012_rapport_final.pdf
39. Ipsos Océan Indien. Etude de perception sur le SIDA à Mayotte. Mayotte: Ipsos; 2005.
40. Saindou M. Prévalence et déterminants des infections sexuellement transmissibles chez les femmes enceintes de Mayotte: étude épidémiologique concernant le virus de l'immunodéficience humaine, le virus de l'hépatite B et du *Treponema pallidum*. Thèse de médecine, Lyon: Université Claude Bernard-Lyon I; 2013

DEUXIEME PARTIE – ARTICLE

1. INTRODUCTION

Mayotte est une île de l'archipel des Comores, située dans l'océan Indien (1). Elle est devenue le 101ème département français en 2011 (2). Sa population était de 256 000 habitants en 2017. La croissance démographique est importante, expliquée par une natalité élevée et de forts courants migratoires (3,4). Malgré un contexte socio-économique difficile, la relative prospérité de Mayotte par rapport aux pays voisins en fait une zone d'immigration intense (4,5). L'offre de soins s'articule majoritairement autour du centre hospitalier de Mayotte, qui regroupe l'hôpital de Mamoudzou et 17 dispensaires répartis sur tout le territoire (Annexe 2) (6). Ces dispensaires compensent la faiblesse de l'offre de ville et assurent les soins primaires de proximité (6,7). La culture locale est très imprégnée de l'Islam, religion majoritaire sur l'île (8). Interdite en 2014, la polygamie est toujours pratiquée dans les faits (4). L'éducation sexuelle semble inexistante, occultée par un tabou sociétal (9).

La population de Mayotte semble fortement exposée aux IST, malgré des données épidémiologiques parcellaires (10). Le taux de diagnostic d'infections à VIH était de 183 par million d'habitants en 2016, deux fois supérieur au taux moyen national (11). Concernant l'hépatite B, le nombre de tests d'antigène HBs positifs rapporté à la population était le plus élevé de France en 2013 (242 pour 100 000 habitants) (12). En 2012, l'incidence des infections à gonocoque était estimée à cinq fois celle de France métropolitaine (13). En 2017, la prévalence de Chlamydia chez les femmes consultant en orthogénie à Mayotte est estimée à 22,9%, soit trois fois celle de la métropole dans la même population (14). En outre, les pays voisins connaissent d'importantes épidémies de VIH, et une forte endémicité de l'hépatite B (13,15).

L'OMS définit la lutte contre les IST comme une priorité mondiale, en raison de la morbidité et de la mortalité qui leur sont associées (16). Les comportements sexuels constituent un élément déterminant dans la propagation des IST (17). Afin d'adapter les stratégies de prévention et de dépistage sur le territoire français, des études ont été réalisées, portant sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements

(KABP pour *knowledge, attitudes, beliefs and practices*) concernant le VIH et les autres IST. Elles ont été conduites à six reprises en France de 1992 à 2010, dans les départements français d'Amérique en 2004 et 2011, et à La Réunion en 2012 (18–20). Cependant aucune étude de type KABP sur les IST n'a été menée en population générale à Mayotte.

L'objectif principal de cette étude était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques concernant les IST et leur prévention parmi les adultes consultant en dispensaire à Mayotte.

2. METHODES

2.1. Population d'étude et échantillonnage

CAPIST-Mayotte est une étude transversale de type KABP. Elle a été menée au sein de 4 dispensaires mahorais localisés à Kahani, Dzoumogné, M'ramadoudou et Dembeni, sur une période d'un mois, d'avril à mai 2018. Les personnes de sexe masculin ou féminin accompagnant ou consultant dans l'un des 4 dispensaires, âgées de 18 à 64 ans, comprenant le français et/ou une langue mahoraise (shimaoré, shibushi) et en capacité de répondre à un questionnaire ont été incluses dans l'étude. N'ont pas été incluses les personnes refusant de participer à l'étude. Tous les participants ont été informés des objectifs de la recherche (Annexe 4) et le consentement libre et éclairé était obtenu avant l'entretien.

Les personnes présentes dans les salles d'attente des quatre dispensaires pendant la période d'inclusion ont été sélectionnées pour cette étude. Il s'agissait d'un échantillonnage de convenance. Les dispensaires sélectionnés étaient répartis sur le territoire : le dispensaire de Dzoumogné était situé au nord de l'île, celui de Kahani au centre, et ceux de M'ramadoudou et Dembeni au sud (Annexe 2).

Les inclusions se sont déroulées de manière séquentielle. Les interrogés ont été recrutés au dispensaire de M'ramadoudou pendant la première semaine, puis dans les dispensaires de Kahani et Dembeni durant les 2 semaines suivantes, puis durant la dernière semaine au dispensaire de Dzoumogné.

Dans ce contexte d'étude KABP, il était fait l'hypothèse que la prévalence de chaque variable serait de 50%. Le recrutement de 210 personnes devait permettre d'obtenir une précision de l'intervalle de confiance à 95% de +/- 7% (i.e. 50% [43%-57%]), avec une puissance de 80% et un risque alpha de 5%.

2.2. Recueil de données

Les données ont été recueillies au cours d'un entretien confidentiel en face à face par un enquêteur, accompagné d'un interprète pour les personnes parlant uniquement les langues mahoraises. Différents membres de l'équipe paramédicale des dispensaires étaient mis à disposition de l'enquêteur dans les dispensaires de M'ramadoudou, Kahani et Dembeni. Pour les entretiens de Dzoumogné, une interprète a été mise à disposition par la Croix-Rouge de Mayotte.

Les données ont été recueillies via un questionnaire de 67 questions regroupées en quatre parties : caractéristiques des participants, connaissances, attitudes et opinions, et pratiques relatives aux IST (Annexe 5).

La première partie du questionnaire portait sur les caractéristiques socio-démographiques des participants (âge, sexe, lieu de naissance, nationalité, visa, couverture santé, niveau d'étude, lieu de scolarité, profession, statut marital, religion), et l'information sur la sexualité (sources et âge des premières informations sur la sexualité, cours d'éducation sexuelle durant la scolarité).

La deuxième partie du questionnaire portait sur la connaissance des agents infectieux, la transmission, les conséquences et la prévention des IST. Les modalités de réponses étaient "Oui/Non", "Vrai/Faux", ou "Efficace/Inefficace" selon les questions.

La troisième partie du questionnaire comprenait des questions sur les opinions vis-à-vis des préservatifs et sur le fait de craindre les IST et se sentir concerné par ces dernières. Les modalités de réponses étaient sous forme d'une échelle à deux modalités "D'accord/Pas d'accord".

La dernière partie du questionnaire concernait les pratiques et les comportements sexuels à risque : âge du premier rapport sexuel, nombre de partenaires sexuels,

type de rapport (homosexuel, hétérosexuel, bisexuel), utilisation du préservatif, pratique du dépistage des IST, antécédent d'IST, et rapports sexuels rémunérés.

Ce questionnaire a repris plusieurs questions d'enquêtes KABP préexistantes (enquête KABP en matière de risques liés aux comportements sexuels, de l'Observatoire régional de la santé (ORS) de la Réunion en 2012, et enquête KABP VIH/Sida et autres IST auprès de femmes enceintes à Mayotte en 2013).

Une phase test a été menée auprès de 50 patients consultant dans le dispensaire de Kahani avant l'enquête pour évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et la compréhension du questionnaire.

2.3. Etablissement des scores

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques de la population associées à de faibles connaissances sur les IST, à une mauvaise opinion du préservatif, et à un comportement sexuel à risque d'IST. Pour cela, des scores relatifs aux connaissances sur les IST, opinions relatives au préservatif, et comportements sexuels à risque ont été établis.

Un score de connaissances sur les IST a été calculé à partir des questions 19 à 22. Chaque sous-question était cotée 1 en présence d'une bonne réponse ou 0 en cas de réponse erronée. Le score total allait de 0 à 23.

Un score d'opinion relatif au préservatif a été calculé à partir de sept sous-questions de la question 26. Chaque réponse était cotée 1 en présence d'une opinion favorable au préservatif ou 0 en cas d'une opinion défavorable. Les répondants "Ne sait pas" étaient exclus. Le score total allait de 0 à 7.

Un score de comportement sexuel à risque a été calculé chez les répondants sexuellement actifs au cours de la vie, en considérant seulement les sous-questions sur l'année passée concernant le nombre de partenaires sexuels, le multipartenariat simultané, l'utilisation de préservatifs, le recours au dépistage des IST et les rapports sexuels rémunérés. Chaque réponse était cotée 1 en présence d'un comportement sexuel à risque ou 0 en son absence. Le score total allait de 0 à 5.

Pour chaque score, la population a été répartie en deux catégories selon la médiane : mauvaises connaissances (score de 0 à 13) ou bonnes connaissances (score de 14 à 23) ; opinion défavorable au préservatif (score de 0 à 5) ou opinion favorable (score de 6 à 7) ; comportement sexuel non à risque (score de 0 à 1) ou comportement sexuel à risque (score de 2 à 5).

2.4. Analyse statistique des données

Une analyse descriptive a été menée. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart-type, ou médiane, minimum, maximum et quartile, selon la normalité de la distribution. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques de la population associées à de faibles connaissances sur les IST, à une mauvaise opinion du préservatif, et à un comportement sexuel à risque d'IST. Pour y répondre, des analyses bivariées puis multivariées ont été réalisées.

A l'étape bivariée, les facteurs associés aux scores calculés ont été analysés grâce au test de Wilcoxon ou Man-Whitney pour les variables à deux facteurs, ou le test de Kruskal-Wallis pour les variables possédant plus de deux facteurs, selon les conditions d'application de ces tests. Suite aux analyses bivariées, les variables ayant une valeur p inférieure ou égal à 0,05 ont été sélectionnées et leurs corrélations ont été étudiées à l'aide du test de Cramer. Lorsque deux variables avaient une corrélation supérieure à 0,5, une seule d'entre-elles a été conservée.

A l'étape multi-variée, la mesure de l'association entre les trois critères de jugement secondaire (variable qualitative binaire) et les facteurs prédictifs a été estimée par des odds ratio (bruts et ajustés) et leurs intervalles de confiance à 95%, via un modèle de régression logistique multiple sur l'ensemble de la population. Le risque de première espèce a été fixé à 5% pour l'ensemble des tests statistiques. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel R, version 3.5.1.

Le protocole de l'étude a été soumis à l'avis du Comité de Protection des Personnes en octobre 2018 (Annexe 6).

3. RESULTATS

Au total, 210 participants ont été inclus dans cette étude. La durée moyenne de passation du questionnaire était de $14,1 \pm 6,0$ minutes. L'entretien était intégralement en français dans 60 % des cas.

3.1. Caractéristiques des répondants

Les caractéristiques des participants à l'étude sont renseignées dans le tableau 1. L'échantillon était composé de 60 % de femmes (N = 126/210). L'âge moyen était de $32,6 \pm 10,7$ ans. Les répondants étaient 52,9 % de nationalité comorienne (N = 111/210) et 43,8 % de nationalité française (N = 92/210). Les participants résidaient à Mayotte en moyenne depuis $18,7 \pm 12,7$ années. Parmi les non-Français, 50,4 % n'avaient pas de titre de séjour (N = 60/118).

Seuls 18,1 % des participants ont fait des études supérieures (N = 38/210), et 24,3 % (N = 51/210) n'ont jamais été scolarisés. Parmi les répondants, 9 % étaient étudiants (N = 19/210). L'absence d'activité professionnelle était déclarée par 38,1 % des hommes (N = 32/84) et 70,6 % des femmes (N = 89/126).

Les répondants étaient 64,3 % à se déclarer mariés (N = 135/210). La polygamie était déclarée par 8,3 % des hommes (N = 7/84) et par aucune femme. Les unions libres concernaient 11,9 % des individus (N = 25/210). L'Islam était la religion majoritaire à 95,7 % (N = 201/210). La religion était considérée comme très importante par 89 % des participants (N = 187/210).

Concernant les premières sources d'informations sur la sexualité, 30 % des répondants mentionnaient l'école (N = 63/210), 21,9 % les amis (N = 46/210), 18,1 % l'entourage familial (N = 38/210), et 11 % l'école coranique (N = 23/210). L'âge moyen d'acquisition de ces premières informations était de $14,9 \pm 4,4$ ans. Parmi les individus ayant connu une scolarité française, 69,3 % déclaraient avoir eu des cours d'éducation sexuelle durant leur cursus (N = 70/210).

3.2. Connaissances relatives aux IST et à leur prévention

Les connaissances relatives aux IST et à leur prévention parmi les répondants à l'étude sont renseignées dans le tableau 2.

Les noms des principales IST étaient connus par moins de 25 % des interrogés, excepté pour le VIH. Celui-ci était identifié comme une IST par 93,8 % des participants (N = 197/210). La pénétration vaginale était la modalité de transmission d'IST la plus évoquée, par 83,8 % de participants (N = 176/210). La pénétration anale était incriminée par 62,4 % des participants (N = 131/210).

Concernant les conséquences des IST, 30,5 % des répondants (N = 33/210) ignoraient qu'il n'était pas possible de guérir du VIH. La possibilité d'avoir une IST sans présenter de symptômes était connue de 71,9 % des participants (N = 151/210). Le fait que certaines IST pouvaient rendre stérile était inconnu de 48,1 % des répondants (N = 101/210).

Concernant la prévention des IST, les connaissances étaient globalement bonnes avec plus de 50 % de réponses correctes pour 6 des 8 items. Toutefois, 64,3 % (N = 135/210) des répondants ignoraient que le fait de se laver après un rapport sexuel était inefficace. Aussi, 57,6 % (N = 121/210) ignoraient que le retrait précoce ne constituait pas un moyen de prévention efficace.

Seulement 50,5 % (N = 106/210) des participants disaient connaître un lieu de dépistage des IST à Mayotte, et seuls 18,1 % (N = 38/210) ont évoqué le centre gratuit de dépistage, d'information et de diagnostic (CeGIDD) de Mayotte.

Le score moyen de connaissances était de $13 \pm 3,9$ points (/23). En analyse bivariée, ce score était significativement associé au dispensaire, à la classe d'âge, au lieu de naissance, à la nationalité, à la durée de résidence à Mayotte, au fait d'être ou non en situation clandestine sur le territoire français, à la protection sociale, à la scolarité, à la situation professionnelle, à la place de la religion, aux sources et à l'âge des premières informations sur la sexualité (résultats non montrés). En analyse multivariée, le score était significativement plus élevé dans les classes d'âge supérieures (Odds ratio ajusté (ORa) = 5,22 Intervalle de confiance à 95 % (IC95%) [1,81-16,93] p = 0,003), pour ceux ayant eu le parcours scolaire le plus long

(ORa = 4,89 IC95% [1,76-14,73] $p < 0,001$), et pour ceux dont la source des premières informations sur la sexualité était l'école (ORa = 2,92 IC95% [1,17-7,64] $p = 0,025$). L'ajustement était effectué sur le dispensaire, l'âge, le nombre d'années de résidence à Mayotte, le lieu de naissance, le niveau scolaire, la situation professionnelle, la source, et l'âge d'acquisition des premières informations sur la sexualité (Tableau 4). Aucune différence statistiquement significative n'était observée pour le lieu de naissance, la situation professionnelle, ou le fait d'avoir eu des cours d'éducation sexuelle durant les études.

3.3. Attitudes relatives aux IST et à leur prévention

Les attitudes relatives aux IST et à leur prévention sont renseignées dans le tableau 2. Parmi les participants, 87,1 % (N = 183/210) affirmaient craindre les IST, et 71,9 % (N = 151/210) déclaraient se sentir concernés par ce problème. L'usage du préservatif était considéré comme normal pour 86,7 % des répondants (N = 182/210). Seuls 27,6 % (N = 58/210) déclaraient avoir honte d'en acheter, et 20 % (N = 42/210) le considéraient comme illicite sur le plan religieux ("*Haram*").

Le score moyen d'opinion était de $5,2 \pm 1,5$ points (/7). En analyse bivariée, ce score était significativement associé au dispensaire, au lieu de naissance, à la nationalité, à la durée de vie à Mayotte, à l'affiliation à la sécurité sociale, au niveau de scolarité, et à la situation professionnelle. En analyse multivariée, les personnes sans emploi avaient un score d'opinion significativement plus faible que les personnes actives (ORa = 0,34 IC95% [0,13-0,90] $p = 0,031$), ajusté sur le dispensaire, le lieu de naissance, le niveau scolaire et la durée de résidence à Mayotte (Tableau 4).

3.4. Comportements sexuels à risque d'IST

Les comportements sexuels à risque d'IST parmi les répondants sexuellement actifs sont renseignés dans le tableau 3. L'âge médian au premier rapport sexuel était de 17 ans (16 ans chez les hommes et 17 ans chez les femmes). Le nombre moyen de partenaires sexuels au cours de la vie était de 8,6. Au cours de l'année passée, il était de 2 partenaires en moyenne. Seuls 15 participants (7,1 %) déclaraient n'avoir eu aucun rapport au cours de l'année passée, parmi lesquels 10 (4,8 %) n'en avaient jamais eu de leur vie.

Au cours de la vie, 23,5 % des répondants sexuellement actifs (N = 47/200) déclaraient avoir eu plusieurs partenaires sexuels durant la même période (43,9 % des hommes contre 9,3 % des femmes). Cela concernait 12,8 % des sexuellement actifs (N = 25/195) au cours de l'année passée.

Parmi les sexuellement actifs, 9,8 % des hommes (N = 8/82), et 45,8 % des femmes (N = 54/118) déclaraient n'avoir jamais utilisé de préservatif au cours de leur vie. Au cours de l'année passée, 68,7 % des sexuellement actifs (N = 134/195) déclaraient ne pas en avoir utilisé. Lors du premier rapport sexuel, 73 % des répondants impliqués (N = 146/200) déclaraient ne pas en avoir utilisé.

Les répondants sexuellement actifs étaient 44,5 % (N = 89/200) à déclarer avoir déjà eu recours à un dépistage d'IST au cours de leur vie, et environ 1 sur 5 mentionnait avoir déjà eu une IST (N = 41/200).

Près de 30 % des hommes sexuellement actifs (N = 25/82) déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels en offrant argent ou services durant leur vie. Chez les femmes sexuellement actives, 15,3 % (N = 18/118) déclaraient avoir eu des rapports sexuels en recevant argent ou services durant leur vie. Les rapports hétérosexuels exclusifs étaient déclarés par 98 % des répondants sexuellement actifs.

Le score moyen de comportement sexuel à risque était de $1,8 \pm 1,1$ points (/5). En analyse bivariée, ce score était significativement associé au sexe et au lieu de scolarité. Il n'était pas retrouvé de différence significative en fonction de l'âge, du lieu de naissance, du niveau de scolarité ou du statut marital. En analyse multivariée, aucune association statistiquement significative n'était retrouvée avec ce score (Tableau 4).

Un alpha de Cronbach a été calculé pour chaque score afin d'évaluer leur cohérence interne. Il valait 0,792 [0,739-0,828] pour le score de connaissances, 0,596 [0,499-0,665] pour le score d'opinion sur le préservatif, et 0,015 [-0,289-0,218] pour le score de comportements à risque.

4. DISCUSSION

Cette étude est la première à s'intéresser aux connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST dans la population adulte consultant en dispensaire à Mayotte. Elle correspond aux préconisations de recherche faites par l'ARS Océan Indien : « mener des enquêtes socio-comportementales et descriptives à Mayotte afin de connaître les KABP relatives aux IST » (10). Les IST constituent un problème de santé publique à Mayotte, dans un contexte de majoration de l'épidémie de VIH dans certains pays de la zone océan Indien (21).

4.1. Caractéristiques des répondants

Malgré un échantillonnage non aléatoire, l'échantillon semble représentatif de la population générale de Mayotte : parmi les 210 individus recrutés, plus de la moitié étaient non-Français et nés hors Mayotte. Plus de la moitié des non-Français n'avaient pas d'autorisation de séjour (visa ou récépissé) au cours de l'année passée. Les non-francophones représentaient 39,5 % de l'effectif. Ces proportions sont comparables à la population générale de l'île (4,22). Cela traduit les importants flux migratoires régionaux, et la place centrale qu'occupent les dispensaires pour tous les habitants.

Le niveau scolaire était faible avec seulement 18,1 % de répondants ayant suivi des études supérieures, et 24,3 % n'ayant jamais été scolarisés. Seulement un tiers des interrogés déclaraient travailler. Le mariage monogame était la norme pour 61 % des répondants, et le mariage polygame, officiellement interdit depuis 2014, était cependant déclaré par 8,3 % des hommes.

Parmi les répondants ayant suivi une scolarité française, 69,3 % déclaraient avoir bénéficié de cours d'éducation sexuelle. Cette proportion est voisine de celle retrouvée à La Réunion en 2012 (64 %), concernant les séances d'informations sur les IST (20). La famille était mentionnée par près de 1 répondant sur 5 comme source des premières informations sur la sexualité. Cela pourrait traduire une évolution des mœurs, alors que le sujet est traditionnellement tabou au sein de la famille (9). On peut aussi supposer que cette question ait été comprise à tort comme

portant sur la première évocation des règles de conjugalité traditionnelle. Cela peut expliquer pourquoi 11 % des interrogés ont répondu l'école coranique.

4.2. Connaissances relatives aux IST et à leur prévention

Si le VIH était connu de la grande majorité des personnes interrogées, les autres IST étaient largement méconnues. On peut supposer que la communication sur les IST à Mayotte ait principalement été centrée sur le risque du VIH. Pourtant tout diagnostic d'une IST témoigne d'une prise de risque et doit conduire à dépister l'ensemble des IST (23). Le dépistage du VIH ne peut être conçu comme une intervention isolée de santé publique : il devrait être intégré dans une approche préventive globale incluant les IST les plus prévalentes (24).

Les modes de transmission des IST et leurs conséquences étaient connus par plus de la moitié des répondants. La pénétration anale était moins considérée comme une pratique à risque que la pénétration vaginale, bien que le risque de transmission du VIH soit supérieur (25).

Les connaissances concernant les conséquences de certaines IST et leurs modes de transmission semblaient globalement acquises. Cependant, des connaissances erronées persistaient quant à l'efficacité du retrait précoce et du fait de se laver après le rapport sexuel. Elles étaient considérées comme efficaces respectivement par 39 % et 53,3 % des interrogés. Lors de l'enquête KABP 2010 en métropole, ces croyances étaient nettement moins répandues et ne représentaient respectivement que 13,7 % et 10,4 % de l'effectif (26).

Faire partie des classes d'âge les plus avancées était associé à un score de connaissances sur les IST statistiquement meilleur. Ce résultat inattendu pourrait traduire une diminution de la visibilité des campagnes de communication sur les IST à Mayotte. Les plus âgés pourraient aussi avoir été exposés à plus de communications sur les IST durant leur vie ce qui aurait accru leurs connaissances.

Ces dernières étaient meilleures lorsque les premières informations sur la sexualité provenaient de l'école plutôt que des proches. Cela peut correspondre au fait que des connaissances erronées seraient possiblement véhiculées par les proches, alors

que celles transmises par le système scolaire seraient en adéquation avec les données de la science.

4.3. Attitudes relatives aux IST et à leur prévention

Une majorité de répondants se déclarait concernée par les IST. Cela paraît une condition nécessaire pour conduire des politiques efficaces d'amélioration des connaissances et des comportements auprès de la population. Les opinions étaient globalement favorables à l'usage du préservatif. Cela corrobore les résultats d'une étude non publiée, réalisée à Mayotte en 2005 (27). Dans la présente étude, 86,7 % des répondants considéraient que l'usage du préservatif était quelque chose de normal. Ce résultat était supérieur à la proportion de 74,3 % des répondants de l'étude KABP en métropole en 2010.

Le fait de ne pas avoir d'activité professionnelle était associé à une mauvaise opinion sur le préservatif. Ce résultat est inattendu. Il peut correspondre à un biais de sélection, une fluctuation d'échantillonnage ou des déterminants non identifiés. Sa persistance dans d'autres études similaires sera à étudier.

4.4. Comportements sexuels à risque d'IST

Les répondants déclarant plus de trois partenaires sexuels au cours de la vie étaient 43,8 %. Cette multiplicité ne semble pas exclusivement le fait de remariages successifs, pourtant habituels à Mayotte (9), car seulement 13,3 % des répondants alléguaient s'être mariés au moins trois fois.

Le nombre médian de partenaires sexuels au cours de la vie différait fortement entre les hommes (N = 9) et les femmes (N = 2). Ces chiffres avoisinent ceux retrouvés lors de l'étude KABP de 2011 dans les départements français d'Amérique (respectivement 9,5 et 2,4) (28).

Dans la présente étude, parmi les répondants sexuellement actifs, 46,9 % des hommes et 14 % des femmes avaient déclaré plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année passée. En métropole en 2010, cela ne concernait que 13,5 des hommes et 6,9 % des femmes (26). Le multipartenariat simultané au cours de l'année passée était, chez les hommes et les femmes sexuellement actifs au cours de cette période,

respectivement de 25,9 % et 3,5 % à Mayotte. Ces proportions étaient plus de trois fois supérieures à celles retrouvées à l'île de La Réunion en 2012 (20).

Ces éléments témoignent de l'asymétrie marquée des rapports de genre à Mayotte. Ils pourraient s'expliquer, concernant les hommes, par la polygamie, traditionnelle à Mayotte et autorisée jusqu'à récemment ; et pour les deux sexes, par les échanges economico-sexuels, qui semblaient fréquents dans l'échantillon (4).

Dans la présente étude, l'âge médian d'entrée dans la sexualité était de 16 ans pour les hommes et 17 ans pour les femmes, ce qui représente un âge plus précoce qu'en métropole en 2010 (respectivement 16,5 ans contre 17,2 ans) (26). Cela confirme la précocité des rapports sexuels à Mayotte, qui est un facteur de risque d'IST (29).

Malgré des opinions globalement positives à son égard, l'usage du préservatif paraît très en retrait comparé aux autres territoires français. Lors du tout premier rapport sexuel, près de 70 % des répondants mahorais déclaraient n'avoir pas utilisé de préservatif, contre moins de 15 % des métropolitains en 2005 (30). Dans la présente étude, parmi les répondants sexuellement actifs, 31 % déclaraient n'avoir jamais utilisé de préservatif. C'est deux fois plus que la proportion retrouvée à La Réunion en 2012 (20). La différence était plus marquée entre hommes et femmes à Mayotte (9,8 % contre 45,8%) qu'à La Réunion en 2012 (10,6 % contre 19,5%) et que dans les départements français d'Amérique en 2010 (8,9 % contre 20,5).

Une étude effectuée au CDAG de Mayotte en 2009 retrouvait 43 % d'interrogés n'ayant jamais utilisé de préservatif (10). Cette proportion semble donc diminuer au cours du temps.

L'accessibilité des préservatifs à Mayotte a évolué en 2016 avec la mise à disposition de préservatifs à bas prix dans les commerces de proximité (31). Cela est venu compléter les distributions gratuites qui sont réalisées dans nombre de structures : dispensaires, PMI, CeGIDD, infirmeries scolaires et associations (Annexe 3) (31). Cependant les points de distribution des préservatifs sont rares en dehors des horaires de travail, et il n'existe pas suffisamment de lieux de distribution gratuite pour les plus démunis dont les moyens de transport sont souvent limités (10).

Cette faible utilisation du préservatif pourrait également être une conséquence de l'absence d'accompagnement familial sur le sujet tabou de la sexualité. Le préservatif pourrait être perçu comme contraire à l'injonction sociale de procréer et à l'interdit concernant les rapports extra-conjugaux. On peut aussi supposer l'implication de croyances erronées, freinant son usage (32). Enfin, l'existence d'un probable biais de désirabilité sociale a pu majorer le taux d'opinions positives exprimées (33).

Le recours au dépistage des IST durant la vie était relativement faible. Il était rapporté par 41,5 % des hommes et 46,6 % des femmes sexuellement actifs durant leur vie, alors que 62 % des hommes et 71,9 % des femmes s'étaient fait dépister pour le VIH dans l'enquête KABP de métropole en 2010 (26). Un répondant sur deux disait ne pas connaître de lieu de dépistage dans la présente étude. Le seul CeGIDD de Mayotte était spontanément évoqué par moins d'un répondant sur cinq. Cela peut donc traduire un manque de structures de dépistage, et un manque d'informations concernant l'existence de ces structures, ou l'intérêt du dépistage.

Parmi les répondants sexuellement actifs, 30,5 % des hommes et 13,6 % des femmes déclaraient avoir eu une IST au cours de leur vie. En raison du faible recours au dépistage, et des connaissances inégales sur les IST, ces proportions sont probablement sous-estimées. En métropole en 2004, ce pourcentage était similaire pour les femmes (13,5 %) mais très inférieur pour les hommes (11 %) (20).

Les échanges economico-sexuels semblaient fréquents dans cette étude. Environ 1 répondant sur 5 déclarait y avoir eu recours durant sa vie (30,4 % des hommes et 15,3 % des femmes). En comparaison, en métropole en 2006, seuls 18,1 % des hommes déclaraient avoir payé pour des rapports (34). L'offre des services sexuels était quasi exclusivement représentée par des femmes (deux hommes alléguaient toutefois s'être prostitués), et le recours à ces services exclusivement le fait des hommes. A Mayotte, la prostitution est rarement identifiée comme telle par les acteurs, car ces échanges sont organisés selon une symbolique de "complémentarité" entre les sexes (9). La précarité socio-économique de nombre de femmes à Mayotte les conduit souvent à cette solution (9).

Les rapports homosexuels exclusifs n'étaient rapportés par aucun répondant. La grande majorité des sexuellement actifs (98 %) déclarait avoir des rapports

hétérosexuels exclusifs. L'homosexualité déroge à l'injonction sociétale mahoraise du mariage hétérosexuel (9). C'est un sujet tabou et probablement sous-déclaré (9). Cette stigmatisation implique une majoration des risques pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, en limitant la parole sur le sujet et le recours aux soins (9).

Le score de comportement à risque n'était statistiquement associé à aucune variable. Cela peut traduire les limites de ce score élaboré pour l'occasion, et l'effectif modéré de l'étude. Les réponses ont aussi pu être influencées par le principe d'une étude en face à face induisant un biais de désirabilité sociale (33).

4.5. Limites de l'étude

Entre janvier et avril 2018 a eu lieu un important mouvement social à Mayotte associant une grève générale et des barrages routiers empêchant la circulation (35). Lors de la période qui a suivi, le fonctionnement des dispensaires et l'affluence des patients ont été sensiblement affectés. Le recrutement des sujets pour l'étude a eu lieu à cette période, et il est apparu nécessaire, au vu du temps imparti, d'inclure des accompagnants en plus des patients afin de constituer un échantillon de taille prévue. C'est une limite à l'homogénéité de l'échantillon. Ces deux populations sont toutefois présentes en salle d'attente au dispensaire et lors des consultations. On peut supposer que les consultants et les personnes les accompagnant partagent les mêmes habitudes de vie, voire adoptent des comportements préventifs similaires.

Une limite importante correspond à la méthode d'échantillonnage qui n'était pas aléatoire. L'échantillonnage de convenance était plus efficace pour le recrutement en période de fonctionnement sous-optimal des dispensaires. Cela induit un risque de biais de sélection et diminue la représentativité de l'échantillon. La taille de l'effectif était faible, et des résultats significatifs ont pu ne pas être mis en évidence par un manque de puissance.

Il était initialement prévu d'élargir le recrutement à un dispensaire de Mamoudzou et Petite-Terre, afin de couvrir l'ensemble des secteurs de soin de Mayotte. Cela ne fut pas possible pour des raisons logistiques.

Cette étude n'appréhende pas tous les aspects de la prévention des IST habituellement explorés dans les études KABP de métropole, Réunion ou départements français d'Amérique. Lors de la phase de pré-test du questionnaire, les barrières culturelle et linguistique ont incité à restreindre le champ des questions afin d'éviter une mauvaise compréhension, ou des interrogatoires trop longs.

La passation d'un questionnaire en présence d'un investigateur et d'un interprète, sur le sujet sensible de la sexualité, induit un biais de désirabilité sociale (33). Les études KABP nationales sont habituellement conduites par téléphone, ce qui permet de limiter ce biais (36). Cette méthodologie n'a pas pu être appliquée pour des raisons pratiques, principalement la barrière de la langue.

Nombre de questions ont abordé des éléments éloignés dans le temps. La précision des réponses a pu être diminuée, notamment chez les plus âgés.

5. CONCLUSION

A Mayotte, les connaissances sur les IST et leur prévention sont précaires et inégales chez les adultes consultant en dispensaire. L'identification de ces carences doit permettre de mettre en place des actions de communications adaptées afin de faire évoluer les attitudes et les comportements. La communication sur les IST doit être intégrée dans la promotion de la santé sexuelle, à travers une approche globale et positive (37).

L'offre de soins est peu développée à Mayotte, et la prévention apparaît comme non prioritaire dans ce contexte. La promotion de programmes de sensibilisation (développement d'associations de patients par exemple) semble pourtant essentielle pour lutter contre les IST. Les dispensaires pourraient être des lieux opportuns pour des actions de prévention, à l'échelle collective ou individuelle.

Le dépistage a un rôle central dans la lutte contre les IST (10). La population sexuellement active devrait être plus sensibilisée à son importance. Il serait intéressant que les structures concernées se développent et soient mieux identifiées par la population. L'identification des freins à l'utilisation du préservatif paraît

primordiale pour comprendre sa faible utilisation, malgré l'opinion globalement positive à son égard, et les efforts d'accessibilité et de distribution récents.

Plus de la moitié de la population à Mayotte est âgée de moins de 18 ans (3). L'école semble être un relai de communication essentiel, notamment via l'éducation à la vie sexuelle et affective. L'adolescence est une période de prise de risques, notamment sexuels (38). Face à ce constat, il serait souhaitable que les KABP relatives aux IST soient étudiées auprès de cette population afin de connaître ses spécificités, pour mieux adapter les programmes de prévention dans un second temps.

Cette étude relève la forte asymétrie entre hommes et femmes concernant les comportements sexuels à risque. Ces derniers semblent par ailleurs plus fréquents à Mayotte que dans les autres DOM et en métropole. Au vu des particularités de la situation mahoraise, l'adaptation au contexte culturel local apparaît comme un pré-requis essentiel à l'élaboration de tout programme de prévention contre les IST. Cela permettrait d'améliorer la santé sexuelle à Mayotte.

Cette première étude KABP chez les adultes consultant en dispensaire, réalisée à Mayotte sur les IST et leur prévention, est de petite ampleur. Elle apporte de premières informations précises et encourage la réalisation future d'une enquête de même type à plus grande échelle avec un échantillonnage aléatoire.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Géographie & climat [Internet]. 2016 [consulté le 10 oct 2018]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-geographie-climat>
2. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Histoire [Internet]. 2016 [consulté le 19 oct 2017]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-histoire>
3. Insee. 256 500 habitants à Mayotte en 2017 - La population augmente plus rapidement qu'avant [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3284395>
4. Insee. Migrations, natalité et solidarités familiales [Internet]. 2017 [consulté le 5 oct 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2656589#titre-bloc-5>
5. Préfecture de Mayotte. Réalisation du diagnostic territorial stratégique à Mayotte préalable à la définition et à la rédaction des futurs programmes européens 2014-2020 [Internet]. 2012 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://www.mayotte.pref.gouv.fr/content/download/2241/13732/file/Diagnostic%20Mayotte_Rapport%20final_Partie%201.pdf
6. Réseaux Santé Mayotte. Le centre hospitalier de Mayotte [Internet]. 2016 [consulté le 4 août 2018]. Disponible sur : <https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/page/le-centre-hospitalier-de-mayotte>
7. ARS Océan Indien. Offre de soins et accès aux soins [Internet]. 2017 [consulté le 6 juill 2018]. Disponible sur : <http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/offre-de-soins-et-acces-aux-soins-0>
8. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Culture [Internet]. 2016 [consulté le 24 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-culture>
9. Guillemaut F. Etude de la prostitution, des échanges économico-sexuels en France et prévention du VIH. IREPS Mayotte; 2013.
10. Délégation ARS OI de Mayotte. Schéma de lutte contre les IST/VIH-SIDA/hépatites - Plan 2011-2014 [Internet]. 2011 [consulté le 24 sept 2017]. Disponible sur : http://www.irepsmayotte.org/_depot_arkcms_ireps_mayotte/_depot_arko/articles/158/schema-de-lutte-contre-le-vih-mayotte_doc.pdf
11. Cire océan Indien. VIH / Sida à Mayotte: Surveillance, dépistage et diagnostic [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ocean-Indien/2017/Surveillance-du-VIH-Sida-a-Mayotte.-Point-epidemiologique-au-1er-decembre-2017>

12. Cire océan Indien. Surveillance des hépatites B et C Réunion et Mayotte [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Ocean-indien-Reunion-Mayotte/Bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-Indien.-N-31-Aout-2016>
13. ARS Océan Indien. Situation sanitaire Réunion et Mayotte - Janvier 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/5-PRS%20%20DIAGNOSTIC%20Situation%20sanitaire%20Réunion%20et%20Mayotte_Janvier%202017_0.pdf
14. Notteghem A. Prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier de Mayotte. Thèse de médecine, La Réunion: Université de La Réunion; 2017.
15. Ahmad D. Evaluation du dépistage systématique des IST dans un service de Médecine polyvalente à Mayotte. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot; 2016
16. OMS. Stratégie Mondiale du secteur de la Santé contre les Infections Sexuellement Transmissibles, 2016-2021 [Internet]. 2016 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250242/1/WHO-RHR-16.09-fre.pdf?ua=1>
17. Michael RT, Wadsworth J, Feinleib J, Johnson AM, Laumann EO, Wellings K. Private sexual behavior, public opinion, and public health policy related to sexually transmitted diseases: a US-British comparison. Am J Public Health. 1998;88(5):749-54.
18. Saboni L, Beltzer N, groupe KABP France. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2012;46-47:525-9.
19. Lydié N, Halfen S. Les populations des Départements Français d'Amérique face au VIH/sida - Guadeloupe, Martinique et Guyane [Internet]. 2013 [consulté le 15 juill 2018] Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp131202.pdf>
20. ORS Océan Indien. Enquête KABP Réunion 2012. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels - Principaux résultats [Internet]. 2015 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/KABP_2012_rapport_final.pdf
21. Ministère de la Santé. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 - 2014 en direction des populations d'outre-mer [Internet]. 2010 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf

22. Insee. Mayotte : les langues en 2007 [Internet]. 2017 [consulté le 6 juill 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569783#consulter>
23. Steinecker M, Soares A, Cadwallader J-S, Chastang J. Evaluation des connaissances des patients sur les infections sexuellement transmissibles en médecine générale. *Exercer*. 2017;130:60-67.
24. INPES. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2011 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
25. Morlat P, Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: recommandations du groupe d'experts : rapport 2013. Paris: La Documentation française; 2013.
26. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Île-de-France en 2010 [Internet]. 2011 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf
27. Ipsos Océan Indien. Etude de perception sur le SIDA à Mayotte. Mayotte: Ipsos; 2005.
28. Halfen S, Lydié N, Esvan M, Diter K. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels. Paris: La documentation Française; 2014.
29. Bantuelle M, Demeulemeester R, Arcand L, Bouvier P, Broussouloux S, Housseau B, et al. Référentiel de bonnes pratiques: comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Saint-Denis: Éditions INPES; 2008.
30. Beck F, Arwidson P, Baudier F, Escalon H, Ferron C, Gautier A, et al. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Éditions INPES; 2007.
31. Ireps Mayotte. Répartition et approvisionnement des préservatifs sur le territoire. Mayotte: Ireps Mayotte; 2016.
32. Malidi Z. La politique de maîtrise de la fécondité à Mayotte. Master 2 sciences humaines et sociales, Montpellier: Université Paul Valéry; 2015.
33. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. Paris: Association française du marketing; 2010;
34. Bajos N, Beltzer N, Andro A, Ferrand M, Goulet V, Laporte A, et al. Premiers Résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » [Internet]. 2007 [consulté le 15 sept 2018]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/coeditions/enquete-sur-la-sexualite-en-france/>
35. Wikipédia. Mouvement social de 2018 à Mayotte [Internet]. 2018 [consulté le 15 oct 2018]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mouvement_social_de_2018_%C3%A0_Mayotte&oldid=152791363

36. Bajos N, Spira A. Analyse des comportements sexuels en France (ACSF). Sciences sociales et santé. 1991;9(4):57-68.
37. Santé publique France. Stratégie nationale de santé sexuelle 2018 - 2030 [Internet]. 2018 [consulté le 15 sept 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
38. La maison des Adolescents. Les conduites à risque chez les adolescents à Mayotte. Mayotte: TAMA; 2015.

TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des répondants

Caractéristiques socio-démographiques	N = 210	(%)	Information sur la sexualité	N = 210	(%)
Dispensaire			Cours d'éducation sexuelle durant la scolarité française		
Kahani	62	(29,5)	Oui	31	(14,8)
Dzoumogné	71	(33,8)	Non	70	(33,3)
M'ramadoudou	51	(24,3)	Sources des premières informations sur la sexualité		
Dembeni	26	(12,4)	Proches (partenaire, amis, famille)	98	(46,7)
Sexe			Ecole	63	(30,0)
Homme	84	(40,0)	Autres (partenaire, soignant, media, seul)	49	(23,3)
Femme	126	(60,0)	Age des premières informations sur la sexualité (années)		
Age (années)			<15	94	(44,8)
18-24	55	(26,2)	≥15	99	(47,1)
25-34	74	(35,2)	Ne sait pas	17	(8,1)
35-44	50	(23,8)			
45-64	31	(14,8)			
Lieu de naissance					
Mayotte	84	(40,0)			
Anjouan	66	(31,4)			
Autre (Grande Comore, Moheli, Madagascar, Congo)	60	(28,6)			
Nationalité					
Française	92	(43,8)			
Autre (Comorienne, Malgache, Congolaise)	111	(52,9)			
Durée de résidence à Mayotte (années)					
0-10	7	(7,6)			
11-20	26	(28,3)			
>20	59	(64,1)			
Autorisation de séjour français (visa, récépissé)					
Oui	150	(71,4)			
Non	60	(28,6)			
Sécurité sociale					
Oui	120	(57,1)			
Non	90	(42,9)			
Scolarité					
Primaire	38	(18,1)			
Collège	39	(18,6)			
Lycée, baccalauréat	44	(21,0)			
Etudes supérieures	38	(18,1)			
Aucune	51	(24,3)			
Lieu de scolarité					
Mayotte	79	(37,6)			
Autre (Métropole, Comores, Madagascar)	80	(38,1)			
Situation professionnelle					
Actif avec un emploi	89	(42,4)			
Sans emploi	121	(57,6)			
Statut marital					
Marié monogame	128	(61,0)			
Autre (marié polygame, union libre, PACS, célibataire)	82	(39,0)			
Nombre de mariages					
0	54	(25,7)			
1	92	(43,8)			
≥2	64	(30,5)			
Religion					
Musulmane	201	(95,7)			
Chrétienne	7	(3,3)			
Athée	2	(1,0)			
Place de la religion					
Très importante	187	(89,0)			
Moyennement importante	17	(8,1)			
Peu importante	5	(2,4)			
Ne sait pas	1	(0,5)			

Tableau 2. Connaissances et attitudes relatives aux IST chez les répondants

Connaissances	Bonnes réponses	
	N = 210	(%)
Identification des maladies suivantes comme des IST		
SIDA	197	(93,8)
Syphilis	46	(21,9)
Hépatite B	39	(18,6)
Chlamydia	7	(3,3)
Gonocoque	18	(9,0)
Herpès	16	(7,6)
Propagation des IST		
La pénétration vaginale peut propager des IST	176	(83,8)
La pénétration anale peut propager des IST	131	(62,4)
Les rapports bouche-sexe peuvent propager des IST	126	(60,0)
Le guruwa * peut propager des IST	118	(56,2)
La grossesse ou l'allaitement peuvent propager des IST	157	(74,8)
Conséquences des IST		
On ne peut pas guérir du SIDA	146	(69,5)
On peut avoir une IST sans présenter de symptôme	151	(71,9)
Certaines IST peuvent causer la stérilité	109	(51,9)
Certaines IST peuvent causer le cancer	113	(53,8)
Prévention de la propagation des IST		
Se laver après le rapport sexuel est inefficace	75	(35,7)
Avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire est efficace	181	(86,2)
Utiliser un préservatif est efficace	190	(90,5)
Demander un test de dépistage des IST à son/ses partenaire(s) est efficace	190	(90,5)
Faire régulièrement un test de dépistage des IST est efficace	184	(87,6)
Poser des questions à son/sa partenaire sur sa vie sexuelle passée est efficace	161	(76,7)
Se retirer avant la fin du rapport sexuel est inefficace	89	(42,4)
Prendre la pilule contraceptive est inefficace	42	(57,6)
Savez-vous où il est possible de faire un dépistage d'IST à Mayotte		
Oui	106	(50,5)
Non	104	(49,5)
Proposition libre : CeGIDD de Mayotte	38	(18,1)
Attitudes		
N = 210 (%)		
Craint les IST		
Oui	183	(87,1)
Non	27	(12,9)
Se sent concerné(e) par les IST		
Oui	151	(71,9)
Non	59	(28,1)
Opinions sur le préservatif		
Le préservatif c'est pour les jeunes	41	(19,5)
Utiliser un préservatif, c'est quelque-chose de normal	182	(86,7)
Le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel	89	(42,4)
Le préservatif, j'ai honte d'en acheter	58	(27,6)
Le préservatif, c'est difficile de s'en procurer à Mayotte	37	(17,6)
Quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatifs	66	(31,4)
Utiliser un préservatif, c'est « haram », illicite	42	(20,0)

* guruwa : rapports sexuels non pénétrants respectant la virginité pré-maritale à Mayotte

Tableau 3. Comportements sexuels chez les répondants

Comportements	Vie entière		Année passée	
	N* = 200	(%)	N** = 195	(%)
Age au premier rapport sexuel (années)				
<17	94	(47,0)		
≥17	99	(49,5)		
Ne sait pas	15	(7,5)		
Nombre de partenaires sexuels				
1	41	(20,5)	141	(72,3)
2-5	90	(45,0)	45	(23,1)
6-10	30	(15,0)	5	(2,6)
>10	29	(14,5)	4	(2,1)
Ne sait pas	10	(5,0)		
Avoir eu plusieurs partenaires sexuels durant la même période				
Oui	47	(23,5)	25	(12,8)
Non	152	(76,0)	169	(86,7)
Ne sait pas	1	(0,5)	1	(0,5)
Avoir utilisé un préservatif				
Oui	138	(69,0)	61	(31,3)
Non	62	(31,0)	134	(68,7)
Avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel				
Oui	49	(24,5)		
Non	146	(73,0)		
Ne sait pas	5	(2,5)		
Avoir déjà fait un dépistage d'IST				
Oui	89	(44,5)	36	(18,5)
Non	111	(55,5)	159	(81,5)
Avoir eu une IST				
Oui	41	(20,5)	10	(5,1)
Non	155	(77,5)	182	(93,3)
Ne sait pas	4	(2,0)	3	(1,5)
Avoir eu des rapports sexuels en échange de quelque chose				
En offrant quelque-chose, argent, ou service	25	(12,5)	7	(3,6)
En recevant quelque-chose, argent, ou service	20	(10,0)	6	(3,1)
Avoir eu des rapports sexuels avec				
Exclusivement des partenaires de sexe opposé	196	(98,0)	193	(99,0)
Des partenaires de sexe opposé et de même sexe	4	(2,0)	2	(1,0)

* Parmi les répondants sexuellement actifs au cours de leur vie

** Parmi les répondants sexuellement actifs au cours de l'année passée

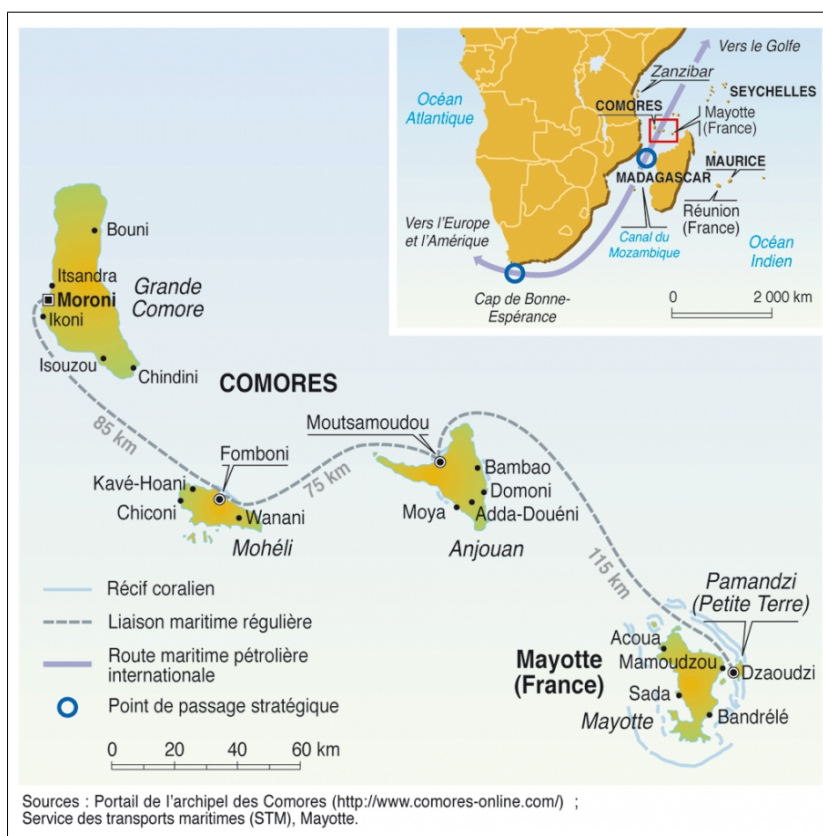
Tableau 4. Facteurs associés aux scores de connaissances, d'opinion sur le préservatif, et de comportement à risque (régression logistique multivariée, N=210)

Variables explicatives	Score de connaissances		Score d'opinion		Score de comportement	
	ORa [IC95%]	p-value	ORa [IC95%]	p-value	ORa [IC95%]	p-value
Dispensaire						
Kahani	1 (ref)		1 (ref)			
Dzoumogné	1,48 [0,56-4,0]	0,434	0,59 [0,17-1,92]	0,405		
M'ramadoudou	1,99 [0,67-6,03]	0,216	1,39 [0,42-4,59]	0,515		
Dembeni	0,74 [0,62-2,99]	0,682	0,52 [0,10-2,59]	0,428		
Sexe						
Homme					1 (ref)	
Femme					0,62 [0,30-1,26]	0,192
Age	5,22 [1,81-16,93]	0,003				
Lieu de naissance						
Mayotte	1 (ref)		1 (ref)			
Anjouan	3,12 [0,88-11,95]	0,085	0,67 [0,14-3,23]	0,760		
Autre (Grande Comore, Moheli, Madagascar, Congo)	1,27 [0,36-4,63]	0,708	0,52 [0,13-2,01]	0,624		
Durée de résidence à Mayotte (années)	0,48 [0,17-1,23]	0,137	0,96 [0,35-2,67]	0,688		
Scolarité	4,89 [1,76-14,73]	0,003	1,64 [0,56-4,99]	0,515		
Lieu de scolarité						
Mayotte					1 (ref)	
Autre (Métropole, Comores, Madagascar)					1,60 [0,80-3,23]	0,188
Situation professionnelle						
Actif avec un emploi	1 (ref)		1 (ref)			
Sans emploi	1,05 [0,43-2,60]	0,909	0,34 [0,13-0,85]	0,02		
Sources des premières informations sur la sexualité						
Proches (partenaire, amis, famille)	1 (ref)					
Ecole	2,92 [1,17-7,64]	0,025				
Autres (partenaire, soignant, media, seul)	0,99 [0,32-2,96]	0,979				
Age des premières informations sur la sexualité	0,83 [0,46-1,49]	0,527				

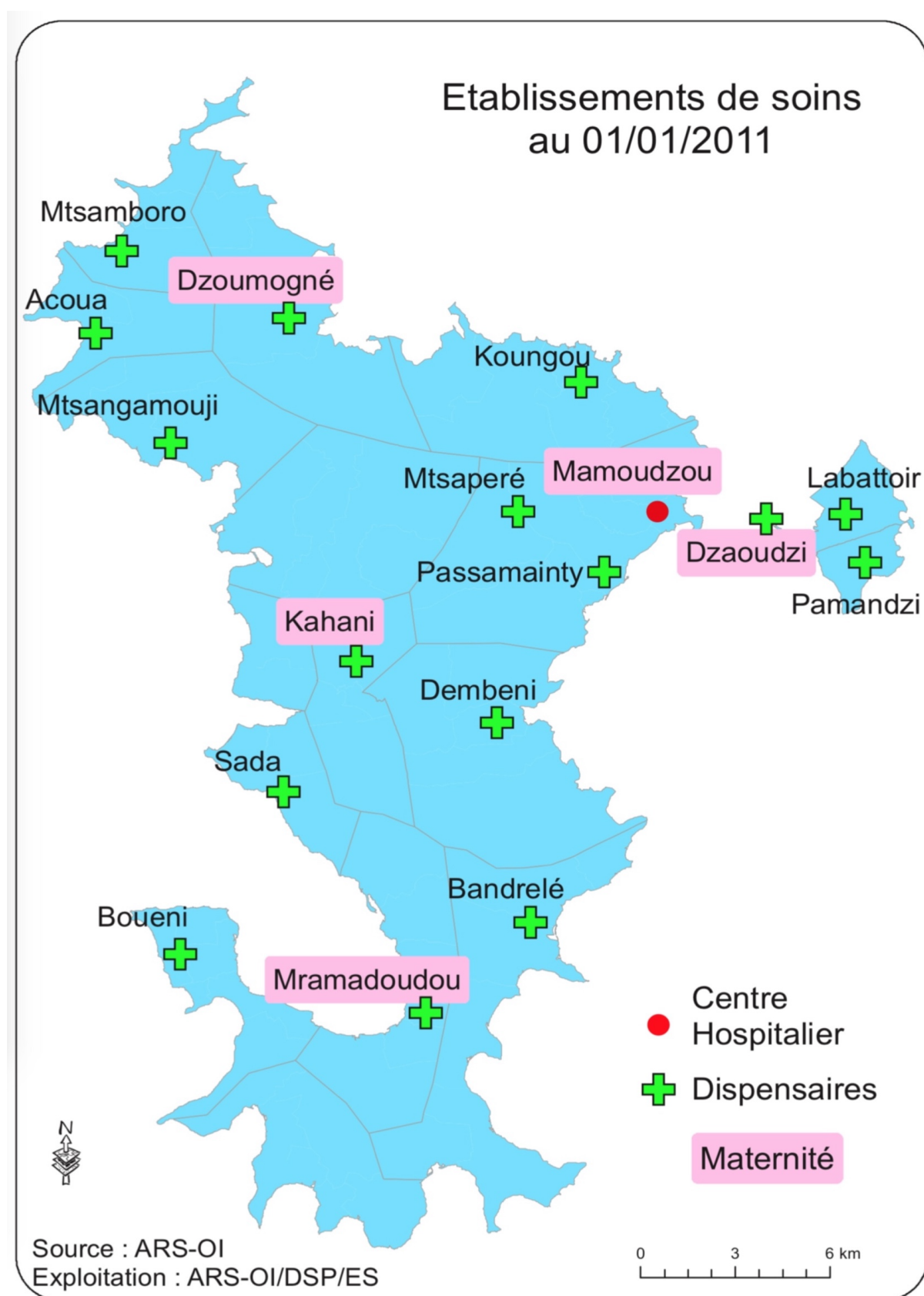
ORa : Odds ratio ajusté IC95% : Intervalle de confiance à 95 %

ANNEXES

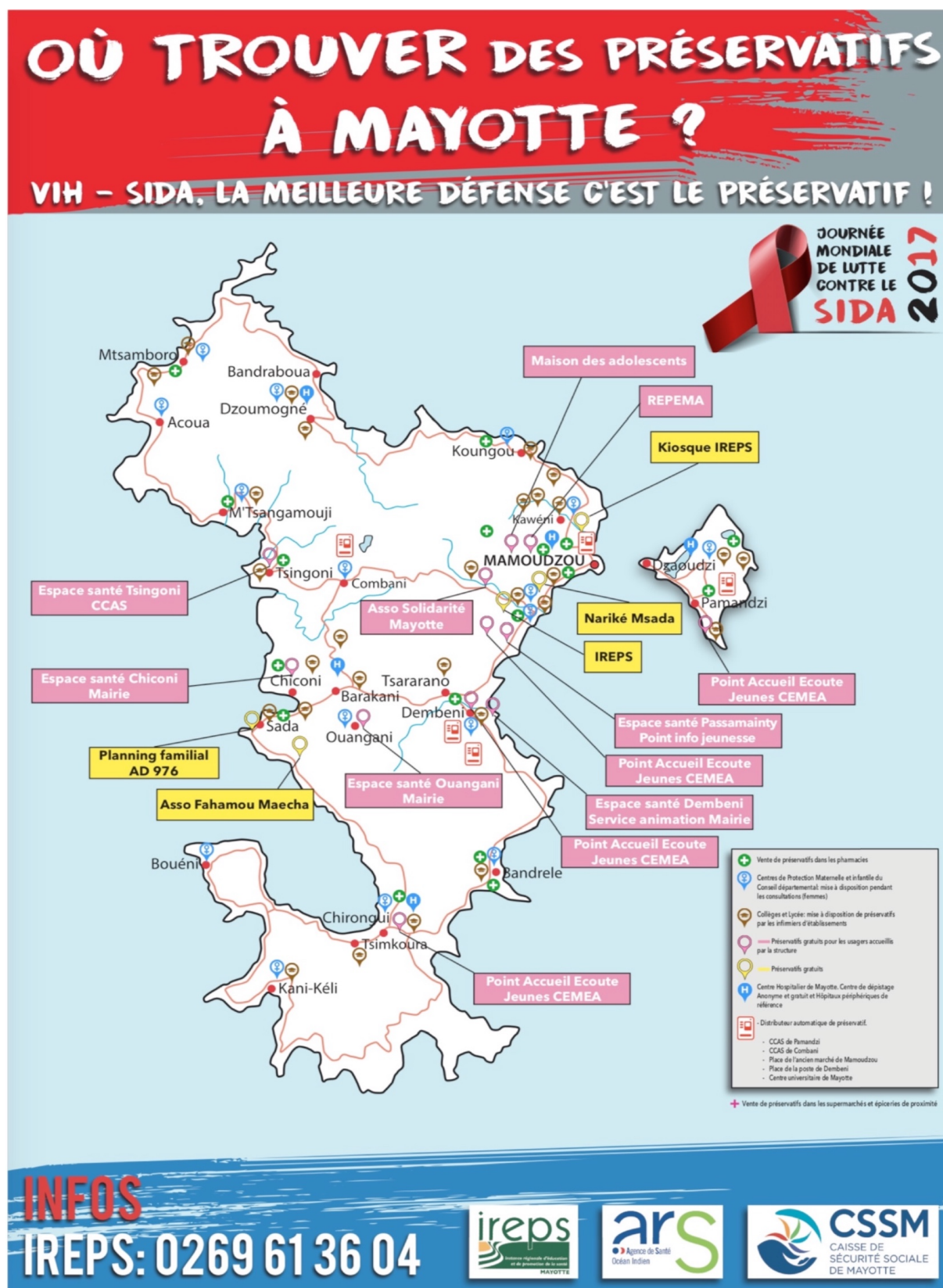
Annexe 1. Cartes du canal du Mozambique et de l'archipel des Comores



Annexe 2. Carte des dispensaires de Mayotte



Annexe 3. Carte des lieux de distribution des préservatifs à Mayotte



Annexe 4. Message d'information préalable au recueil des données

Vous êtes invité à participer à une étude observationnelle dont M. Delhoume est le gestionnaire. Avant de prendre une décision, il est important de bien écouter cette annonce. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire et vous avez le droit de vous opposer à y participer. Dans ce cas-là, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette recherche?

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont fréquentes à Mayotte, et par leurs complications potentielles posent un problème de santé publique. Les connaissances, attitudes et pratiques vis à vis des IST sont mal connues au sein de la population adulte qui consulte en dispensaire. Nous espérons avec cette enquête mieux comprendre comment limiter la propagation des infections sexuellement transmissibles, et notamment du VIH-SIDA à Mayotte.

Quel est l'objectif de cette recherche?

Il s'agit de mieux connaître les connaissances, les attitudes et pratiques vis à vis des IST dans la population de Mayotte.

Comment va se dérouler cette recherche?

Cette étude observationnelle concerne environ 200 personnes consultant dans quatre dispensaires de Mayotte. La durée de l'enquête est de 1 mois. Aucun suivi n'est prévu.

Qui peut participer ?

Tout adulte de moins de 65 ans, accompagnant ou consultant en dispensaire à Mayotte, en l'absence d'un handicap psychomoteur retentissant sur ses modalités d'expression ou de compréhension.

Que vous demandera-t-on ?

Un étudiant en thèse vous interrogera à l'aide d'un questionnaire (35 questions) pendant environ 15 minutes. Les questions porteront sur vos données socio-

démographiques, vos connaissances, attitudes et pratiques face aux infections sexuellement transmissibles et leur prévention. Toutes les informations seront anonymes et l'identification des participants impossible.

Quels sont les inconvénients possibles ?

Le fait de participer à cette étude ne vous fait courir aucun risque de quelque nature. Votre temps de participation à l'enquête est estimé au maximum à 20 minutes. Certaines questions porteront sur votre vie sexuelle intime, dans un seul objectif d'améliorer la santé sexuelle à Mayotte. Il n'y a pas d'ambition de vous juger, et nous vous demandons donc d'être honnête dans vos réponses.

Quels sont vos droits ?

Vous avez le droit de refuser de participer à l'enquête, de retirer votre consentement ou de demander rectification des données à tout moment de l'entretien sans encourir aucune responsabilité ni atteinte à la qualité de votre prise en charge au dispensaire. Une fois l'entretien terminé, il ne sera pas possible d'avoir accès à vos données individuelles, de rectifier les données, ou de se retirer de la recherche, compte tenu des procédures de recueil et traitement garantissant un total anonymat.

Dans le cadre de la recherche à laquelle M. Delhoume vous propose de participer, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie, vos origines ethniques, les données relatives à votre vie sexuelle, seront transmises au nom ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un code. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères et à d'autres entités du Dr Delhoume.

Conformément à la loi Politique de Santé Publique, lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenus informés personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

S'agissant d'une étude observationnelle, un accord oral vous sera demandé pour votre participation mais votre consentement écrit ne sera pas recueilli.

Annexe 5. Questionnaire

PRE-ENTRETIEN

Identifiant de l'interrogé

Veillez renseigner l'identifiant de l'interrogé:

Dispensaire

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Kahani
- ☐ Dzoumogné
- ☐ M'ramadoudou
- ☐ Dembeni

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q1. Quel est votre sexe

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

Q2. Quel âge avez-vous

Veillez écrire votre réponse ici :

Q3. Où êtes-vous né(e)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Mayotte
- ☐ Anjouan
- ☐ Grande Comore
- ☐ Moheli
- ☐ Madagascar
- ☐ Réunion
- ☐ Métropole
- ☐ Autre:

Q4. Quelle est votre nationalité

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Française
- ☐ Comorienne
- ☐ Autre:

Q5. Depuis quand vivez-vous à Mayotte (nombre d'années)

Veillez écrire votre réponse ici :

Q6. Au cours de l'année passée, aviez-vous un visa de séjour ou un récépissé de demande

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Autre' ou 'Comorienne' à la question Q4

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

Q7. Au cours de l'année passée, aviez-vous la sécurité sociale

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

Q8. Jusqu'où avez-vous étudié

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ N'a jamais été à l'école
- ☐ Ecole primaire
- ☐ Collège, CAP, BEP, PPF
- ☐ Lycée
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Etudes supérieures
- ☐ Autre:

Q9. Où avez-vous fait la majeure partie de votre scolarité

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'N'a jamais été à l'école' à la question Q8

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Mayotte
- ☐ France hors Mayotte
- ☐ Comores
- ☐ Autre:

Q10. Au niveau professionnel, êtes-vous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Travailleur déclaré
- ☐ Travailleur non déclaré
- ☐ Etudiant
- ☐ Sans emploi
- ☐ Autre:

Q11. Quelle est votre profession

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Travailleur non déclaré' ou 'Travailleur déclaré' à la question Q10

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Agriculteur, pêcheur exploitant
- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Cadre, profession libérale, profession intermédiaire ou intellectuelle supérieure
- ☐ Employé / Ouvrier

Q12. Quel est votre statut marital civil ou religieux

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Marié monogame
- ☐ Marié polygame
- ☐ Union libre / PACS
- ☐ Célibataire / veuf(ve) / divorcé(e)
- ☐ Autre:

Q13. Combien de fois vous êtes vous marié(e) civilement ou religieusement

Veillez écrire votre réponse ici :

Q14. Quelle est votre religion

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Musulmane
- ☐ Autre:

Q15. Dans votre vie, est-ce que la religion est

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Très importante
- ☐ Moyennement importante
- ☐ Peu importante
- ☐ Ne sait pas

Q16. Comment avez-vous eu vos premières informations sur la sexualité

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Un partenaire sexuel
- ☐ Des amis
- ☐ Vos parents
- ☐ Une autre personne de votre famille
- ☐ Un professionnel de santé
- ☐ L'école
- ☐ L'école coranique
- ☐ Les livres, La télévision, radio, journaux, Internet
- ☐ Ne se souvient pas
- ☐ Autre:

Q17. A quel âge avez-vous eu vos premières informations sur la sexualité

Veillez écrire votre réponse ici :

Q18. Avez-vous eu des cours d'éducation sexuelle durant vos études

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'N'a jamais été à l'école' à la question Q8 et La réponse était 'France hors Mayotte' ou 'Mayotte' à la question Q9

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

CONNAISSANCES

Q19. Selon vous, les maladies suivantes sont-elles des infections sexuellement transmissibles

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Connaît le nom	Sait que c'est une IST	Ne connaît pas
SIDA	☐	☐	☐
Syphilis	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐
Chlamydia	☐	☐	☐
Gonocoque	☐	☐	☐
Herpès	☐	☐	☐

Q20. A votre avis, une infection sexuellement transmissible peut-elle se propager

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Ne sait pas
lors d'une pénétration vaginale	☐	☐	☐
lors d'une pénétration anale (sodomie)	☐	☐	☐
lors de rapports bouche-sexe (fellation, cunnilingus)	☐	☐	☐
lors du guruwa (pinceau)	☐	☐	☐
De la mère à son enfant durant sa grossesse ou l'allaitement	☐	☐	☐

Q21. Voici différentes affirmations concernant les conséquences des infections sexuellement transmissibles. Dites-moi si vous pensez qu'elles sont vraies ou fausses

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Vrai	Faux	Ne sait pas
On peut guérir de l'infection par le SIDA	☐	☐	☐
On peut avoir une infection sexuellement transmissible sans présenter aucun symptôme	☐	☐	☐
Certaines infections sexuellement transmissibles peuvent causer la stérilité	☐	☐	☐
Certaines infections sexuellement transmissibles peuvent causer le cancer	☐	☐	☐

Q22. Lors d'un rapport sexuel, quelles attitudes permettent de prévenir la propagation des infections sexuellement transmissibles selon vous

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Efficace	Inefficace	Ne sait pas
Se laver après le rapport sexuel	☐	☐	☐
Avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire	☐	☐	☐
Utiliser un préservatif	☐	☐	☐
Demander un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles à son / ses partenaires	☐	☐	☐
Faire régulièrement un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles	☐	☐	☐
Poser des questions à son / sa partenaire sur sa vie sexuelle passée	☐	☐	☐
Se retirer avant la fin du rapport sexuel	☐	☐	☐
Prendre la pilule (contraceptive)	☐	☐	☐

Q23. Savez-vous où il est possible de faire un dépistage d'infections sexuellement transmissibles à Mayotte

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, énumérez les lieux que vous connaissez :

ATTITUDES ET OPINIONS

Q24. Craignez-vous les infections sexuellement transmissibles

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

Q25. Vous sentez-vous concerné(e) par les infections sexuellement transmissibles

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

Q26. Voici quelques opinions sur les préservatifs. Pour chacune d'elles, pouvez-vous me dire si vous êtes d'accord ou pas

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	D'accord	Pas d'accord	Ne sait pas
Le préservatif, c'est pour les jeunes	☐	☐	☐
Utiliser un préservatif, c'est quelque-chose de normal	☐	☐	☐
Le préservatif, ça diminue le plaisir sexuel	☐	☐	☐
Le préservatif, j'ai honte d'en acheter	☐	☐	☐
Le préservatif c'est difficile de s'en procurer à Mayotte	☐	☐	☐
Quand on s'aime, on n'a pas besoin de préservatifs	☐	☐	☐
Utiliser un préservatif, c'est "Haram", illicite	☐	☐	☐

PRATIQUES

Q27. A quel âge avez-vous eu votre tout premier rapport sexuel

Veillez écrire votre réponse ici :

Q28. Combien avez-vous eu de partenaires sexuels en tout durant votre vie

Veillez écrire votre réponse ici :

Q29. Durant l'année écoulée, avec combien de partenaires au total avez-vous eu des rapports sexuels

Veillez écrire votre réponse ici :

Q30. Avez-vous déjà eu plusieurs partenaires sexuels durant la même période

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Ne sait pas
Au cours de votre vie	☐	☐	☐
Au cours de l'année passée	☐	☐	☐

Q31. Concernant l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Ne sait pas
En avez-vous déjà utilisé au cours de votre vie	☐	☐	☐
En avez-vous utilisé lors de votre tout premier rapport sexuel	☐	☐	☐
En avez-vous utilisé au cours de l'année passée	☐	☐	☐

Q32. Concernant les tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Ne sait pas
En avez-vous déjà fait dans la vie	☐	☐	☐
En avez-vous fait au cours de l'année passée	☐	☐	☐

Q33. Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Ne sait pas
Au cours de votre vie	☐	☐	☐
Au cours de l'année passée	☐	☐	☐

Q34. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels en échange de quelque-chose, d'argent ou de services

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui, j'offrais de l'argent, quelque-chose ou service	Oui, je recevais de l'argent, quelque-chose ou service	Oui, j'offrais et recevais de l'argent, quelque-chose ou service	Non	Ne sait pas
Au cours de votre vie	☐	☐	☐	☐	☐
Au cours de l'année écoulée	☐	☐	☐	☐	☐

Q35. Avez-vous eu des rapports sexuels avec

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Exclusivement des partenaires de sexe opposé	Exclusivement des partenaires de même sexe	Des partenaires de sexe opposé et de même sexe	Ne sait pas
Au cours de votre vie	☐	☐	☐	☐
Au cours de l'année écoulée	☐	☐	☐	☐

POST-ENTRETIEN**Le questionnaire a-t-il été passé**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ En français dans sa totalité
- ☐ En langue mahoraise (shimaoré ou shibushi) au moins partiellement

Durée de l'entretien:

Veillez renseigner la durée

"Le recueil d'informations est terminé. Merci de votre participation"

Annexe 6. Protocole de recherche non-interventionnelle

Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux infections sexuellement
transmissibles chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte en 2018
CAPIST-Mayotte

PROTOCOLE DE RECHERCHE NON INTERVENTIONNELLE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

Version n°01 du 15/08/2018

***Cette recherche n'a pas fait l'objet d'une demande de financement et s'inscrit
dans le cadre d'une thèse de médecine.***

PROMOTEUR

Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion
Allée des Topazes
CS 11021
97400 Saint-Denis
Tel: 02 62 90 50 50

PERSONNES QUI DIRIGENT ET SURVEILLENENT LA RECHERCHE :

Co-directeur : Dr SERRANO Charlotte

Médecin généraliste et maître de stage de l'université Paris Diderot
Centre de santé municipal Etienne Gatineau-Sailliant
92230 Gennevilliers
Tel: 01 40 85 66 50

Co-directeur : Dr BRUNEAU Léa

Médecin de Santé Publique
Unité de Soutien Méthodologique, CHU de La Réunion
97400 Saint-Denis
Tel: 02 62 90 68 83
Courriel: lea.bruneau@chu-reunion.fr

CENTRE DE MÉTHODOLOGIE ET DE GESTION DES DONNÉES :

Unité de Soutien Méthodologique
CHU de La Réunion - Centre Hospitalier Felix Guyon
97400 Saint Denis
Tel: 02 62 90 50 50
Courriel: usm@chu-reunion.fr

***Ce protocole a été conçu et rédigé à partir de la version 3.0 du 01/02/2017
du protocole-type du GIRCI SOHO***

PRINCIPAUX CORRESPONDANTS

PROMOTEUR

Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion
Allée des Topazes
CS 11021
97400 Saint Denis de La Réunion
Tel: 02 62 90 50 50

INVESTIGATEURS - COORDONATEURS

Dr SERRANO Charlotte
Centre de santé municipal Etienne Gatineau-Sailliant,
92230 Gennevilliers

Dr BRUNEAU Léa
Unité de Soutien Méthodologique, CHU Félix Guyon,
97400 Saint-Denis de La Réunion

CENTRE DE MÉTHODOLOGIE

Unité de Soutien Méthodologique
CHU de La Réunion - Centre Hospitalier Felix Guyon
97400 Saint Denis de La Réunion

GESTIONNAIRE DES DONNEES

M. MEDJANE Samir
Chef de Projet Promotion CHU
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion

PARTENAIRE INSTITUTIONNEL

ARS Océan Indien
Direction de la Délégation de l'île de Mayotte
Rue Mariazé - BP 410
97600 Mamoudzou

PARTENAIRE ASSOCIATIF

Croix-Rouge française
Délégation territoriale
1, route de Vahibé
97605 Passamainty

HISTORIQUE DES MISES À JOUR DU PROTOCOLE

VERSION	DATE	RAISON DE LA MISE À JOUR
1	15/08/2018	Version initiale

PAGE D'APPROBATION DU PROTOCOLE

Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux infections sexuellement transmissibles chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte en 2018 –
CAPIST-Mayotte

COMITE DE REDACTION	Flavien Delhoume (interne) Dr Léa Bruneau (méthodologiste) Samir Medjane PhD (chef de projet)
----------------------------	---

NOMS ET TITRES DES RESPONSABLES	COORDONNÉES	DATE (jj-mm-aa)	SIGNATURE
Président de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation	Pr IACOBELLI Silvia Réanimation Néonatale et Pédiatrique, Néonatalogie CHU Sud Réunion		
Investigateurs Coordonnateurs	Dr SERRANO Charlotte Centre de santé municipal Etienne Gatineau-Sailliant 92230 Gennevilliers Dr BRUNEAU Léa Unité de Soutien Méthodologique CHU de La Réunion		
Structure Méthodologique	Dr MARIMOUTOU Catherine Unité de soutien méthodologique CHU de La Réunion		
Chef de Projet	M. MEDJANE Samir Chef de Projet Promotion CHU Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation CHU de La Réunion		

PAGE DE SIGNATURE DU PROTOCOLE

Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux infections sexuellement transmissibles chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte en 2018 - CAPIST-Mayotte

PROMOTEUR

Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion
Allée des Topazes
CS 11021
97400 Saint Denis
Tel: 02 62 90 50 50

à Saint-Denis, le:

Signature

PERSONNES QUI DIRIGENT ET SURVEILLENT LA RECHERCHE

Dr SERRANO Charlotte
Centre de santé municipal Etienne Gatineau-Saillant
92230 Gennevilliers
Tel: 01 40 85 66 50

à Paris, le:

Signature

Dr BRUNEAU Léa
Unité de Soutien Méthodologique,
CHU Félix Guyon à Saint-Denis de la Réunion
Tel: +262 262 90 68 83
Courriel: lea.bruneau@chu-reunion.fr

à Saint-Denis, le:

Signature

PERSONNE QUI RÉALISE LA RECHERCHE

M. DELHOUME Flavien
Impasse des petites Alpes
24750 Champcevinel
Tel : 06 86 14 54 73

à Saint-Denis le :

Signature

TABLE DES MATIERES

PRINCIPAUX CORRESPONDANTS.....	59
HISTORIQUE DES MISES À JOUR DU PROTOCOLE.....	60
PAGE D'APPROBATION DU PROTOCOLE.....	61
PAGE DE SIGNATURE DU PROTOCOLE.....	62
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	65
1. RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE.....	66
2. JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE ET DESCRIPTION GÉNÉRALE.....	71
2.1. Etat actuel des connaissances.....	71
2.2. Hypothèses de la recherche.....	74
2.3. Justification des choix méthodologiques.....	74
2.4. Retombées attendues.....	75
3. OBJECTIFS.....	75
3.1. Objectif principal.....	75
3.2. Objectifs secondaires.....	76
4. CONCEPTION DE LA RECHERCHE.....	76
5. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ.....	76
5.1. Critères d'inclusion.....	77
5.2. Critères de non-inclusion.....	77
5.3. Faisabilité et modalités de recrutement.....	77
6. CRITÈRES D'ÉVALUATION.....	78
6.1. Critère d'évaluation principal.....	79
6.2. Critères d'évaluation secondaires.....	80
7. DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE.....	82

7.1. Calendrier de la recherche.....	82
7.2. Tableau récapitulatif du suivi des participants.....	82
7.3. Information des personnes concernées.....	82
8. ASPECTS STATISTIQUES.....	83
8.1. Calcul de la taille d'étude.....	83
8.2. Méthodes statistiques employées.....	83
9. DROITS D'ACCÈS AUX DONNÉES ET DOCUMENTS SOURCES.....	84
9.1. Accès aux données.....	84
9.2. Données sources.....	85
9.3. Confidentialité des données.....	85
10. CONTRÔLE ET ASSURANCE DE LA QUALITÉ.....	86
10.1. Consignes pour le recueil des données.....	86
10.2. Suivi de la recherche.....	86
10.3. gestion des données.....	87
10.4. Audit et inspection.....	88
11. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	88
11.1. Conformité aux textes de référence.....	88
11.2. Modifications au protocole.....	88
12. CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DES DONNÉES RELATIVES À LA RECHERCHE.....	89
13. RÈGLES RELATIVES À LA PUBLICATION.....	90
13.1. Communications scientifiques.....	90
13.2. Communication des résultats aux interrogés.....	99
13.3. Cession des données.....	91
14. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	92

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
CAPIST	Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHM	Centre hospitalier de Mayotte
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP	Comité de protection des personnes
DOM	Département d'outre-mer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IdF	Île-de-France
IC95%	Intervalle de confiance à 95 %
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KABP	<i>Knowledge, attitudes, beliefs and practices</i> (Connaissances, attitudes, croyances et comportements)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORa	Odds ratio ajusté
ORS	Observatoire régional de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
Q.	Question
RésIST	Réseau de surveillance des IST
Rénago	Réseau national gonocoque
Rénachla	Réseau national Chlamydia
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE

PROMOTEUR	Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion Allée des Topazes CS 11021 97400 Saint Denis
PERSONNES QUI DIRIGENT ET SURVEILLENT LA RECHERCHE	Dr SERRANO Charlotte Centre de santé municipal Etienne Gatineau-Sailliant 92230 Gennevilliers Dr BRUNEAU Léa Unité de Soutien Méthodologique CHU Félix Guyon 97400 Saint-Denis de La Réunion
TITRE	Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux infections sexuellement transmissibles chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte en 2018 – CAPIST-Mayotte
JUSTIFICATION / CONTEXTE	Dans une optique de promotion de la santé et du bien-être, l'OMS définit la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) comme une priorité mondiale (1). Le plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST à destination des populations d'outre-mer 2010-2014 rappelle l'importance de "comprendre les connaissances, croyances et représentations au regard des IST mais aussi les comportements sexuels afin de mieux adapter les stratégies d'intervention tant en terme de prévention que de dépistage" (2). Des études visant les connaissances, attitudes, croyances et comportements (KABP) relatives aux IST et à la santé sexuelle ont été menées en France métropolitaine de 1992 à 2010, dans les départements français d'Amérique en 2004 et 2011, ainsi qu'à La Réunion en 2012 (3–5). Ces études n'ont pas été développées à Mayotte.

	L'île est pourtant fortement marquée par les problématiques liées aux IST. Ainsi le taux de diagnostic d'infection à VIH est de 183 par million d'habitants en 2016, en constante augmentation depuis 2013 et largement supérieur au taux national de 90 par million d'habitants (6). La prévalence concernant le virus de l'hépatite B (VHB) y est la plus haute de France, de même que l'incidence des infections à gonocoque (7,8). En 2011 en centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) le taux de positivité de <i>C. Trachomatis</i> était deux fois plus élevé qu'en métropole (9). Le multipartenariat, la faible utilisation du préservatif et du dépistage peuvent faciliter cet état de fait (10). Ces constatations justifient un état des lieux des connaissances attitudes et pratiques vis à vis des infections sexuellement transmissibles à Mayotte.
OBJECTIFS	Objectif principal : - Parmi les adultes consultant en dispensaire à Mayotte, décrire les connaissances, attitudes et pratiques concernant les IST et leur prévention. Objectifs secondaires : - Décrire les caractéristiques de la population associées à de faibles connaissances sur les IST, - Décrire les caractéristiques de la population associées à une mauvaise opinion du préservatif, - Décrire les caractéristiques de la population associée à un comportement sexuel à risque d'IST.

SCHÉMA DE LA RECHERCHE	Etude observationnelle transversale multicentrique
CRITÈRES D'INCLUSION	- Etre âgé entre 18 et 65 ans, - Consulter ou accompagner dans un des quatre dispensaires de Mayotte suivants : Kahani, Dzoumogné, M'ramadoudou et Dembeni
CRITÈRES DE NON INCLUSION	- Présence d'un handicap psychomoteur retentissant sur les modalités d'expressions ou de compréhension du patient, - Refus du patient.
CRITÈRES D'ÉVALUATION	Critère d'évaluation principal : Il correspond aux paramètres décrits dans le questionnaire dans sa partie : - Connaissances (5 questions), - Attitudes et Opinions (3 questions), - Pratiques (9 questions). Critères d'évaluation secondaire: Il seront évalués grâce aux caractéristiques socio-démographiques, et au calcul d'un score de connaissances sur les IST, un score d'opinion vis à vis du préservatif, et un score de comportement sexuel à risque.
TAILLE D'ÉTUDE	200 sujets

DURÉE DE LA RECHERCHE	Durée de passation du questionnaire: 15 minutes. Durée de la période d'inclusions: un mois. Durée totale de la recherche: cinq mois.
ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES	Constitution de l'échantillon: Recrutement via un échantillonnage de convenance. La proposition de participer à l'étude sera faite aux consultants ou accompagnants : - après soins infirmiers, - après consultation médicale, - après délivrance de médicaments. Une information appropriée sera délivrée oralement aux interrogés. En effet la population est illettrée à 60% et une possible stigmatisation est envisageable si les répondants détenaient un document évoquant le sujet tabou de la sexualité. Recueil de données Il sera réalisé en entretien face à face avec l'investigateur et l'aide éventuelle d'un interprète. La confidentialité sera respectée, dans une salle mise à disposition au sein des dispensaires. Il sera réalisé via le site limesurvey.org à partir d'un accès sécurisé. Aucune donnée identifiante ne sera collectée. Un questionnaire pré-établi à questions fermées permettra l'exploration des critères d'évaluation principal et secondaires à travers les catégories suivantes : - Caractéristiques socio-démographiques (18 questions), - Connaissances sur les infections sexuellement transmissibles et leur prévention (5 questions),

	- Attitudes relatives aux infections sexuellement transmissibles et leur prévention (3 questions), - Pratiques sexuelles (9 questions). Epidémiologie descriptive Pour l'objectif principal, une analyse descriptive sera menée. Les variables qualitatives seront décrites en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives seront décrites en moyenne et écart-type ou médiane et quartile selon la normalité de la distribution. Epidémiologie analytique Pour les objectifs secondaires, des analyses bi-variées puis multivariées seront réalisées. Le seuil de significativité pour l'ensemble des tests sera de 0,05. L'analyse sera effectuée à l'aide du logiciel R, version 3.5.1.
RETOMBÉES ATTENDUES	Ce premier état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST parmi les adultes consultant en dispensaire à Mayotte, permettra d'adapter les stratégies de prévention vis à vis des IST et orienter les politiques de lutte contre les IST à Mayotte. Il facilitera l'établissement ultérieur de programmes d'éducation à la prévention des IST mieux adaptés à cette population.

2. JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE ET DESCRIPTION GÉNÉRALE

2.1. Etat actuel des connaissances

A travers le monde, chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible (IST). On estime que chaque année 357 millions de personnes contractent quatre types d'IST (*C. Trachomatis*, *N. Gonorrhoeae*, Syphilis, *T. Vaginalis*) (12). En 2016, le nombre de décès associés au VIH était estimé à un million de personnes. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur Terre était estimé à 36 millions, dont 1,8 millions de nouvelles infections (13).

En France, le nombre de PVVIH était compris en 2013 entre 155 000 et 205 000 personnes (14). Depuis la fin des années 1990, le nombre de cas diagnostiqués des autres IST est en forte augmentation (15). Ainsi en 2016, plus de 267 000 infections à Chlamydia et 49 000 infections à gonocoque ont été diagnostiquées (16).

Dans son rapport "stratégie Mondiale du secteur de la Santé contre les Infections Sexuellement Transmissibles 2016-2021", l'OMS définit la lutte contre les IST comme une priorité mondiale. En effet la charge de morbidité et mortalité associée aux pathogènes transmis par voie sexuelle, met en péril la qualité de vie des populations, leur santé sexuelle et reproductive, ainsi que la santé des nouveau-nés et des enfants (1). En outre, plusieurs de ces infections favorisent la transmission du VIH par voie sexuelle (1).

Ainsi la prévention du VIH ne peut être conçue comme une intervention isolée de santé publique mais doit être intégrée dans une approche préventive globale incluant les IST les plus prévalentes (17).

Le plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014 à visée des populations d'outre-mer abonde en ce sens. Il promeut le développement de recherches afin de mieux comprendre les connaissances, croyances et comportements sexuels au regard de ces infections. Cela permet de mieux adapter les stratégies d'intervention, tant en terme de prévention que de dépistage (2).

En France métropolitaine, les enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements (KABP) face au VIH de la population adulte ont été répétées avec une méthodologie similaire, à six reprises depuis 1992 (1992, 1994, 1998, 2001, 2004, 2010) (3). Elles fournissent aux pouvoirs publics à intervalles réguliers des informations leur permettant d'orienter les politiques de lutte contre le VIH-SIDA et les autres IST. Si le niveau de connaissances sur les modes de contamination et les moyens de prévention est globalement bon, elles mettent en évidence des différences selon la génération, le niveau d'études et le sexe (3).

Ainsi les connaissances apparaissent moins bonnes chez les moins diplômés, parmi lesquels les femmes sont plus vulnérables, connaissant plus de difficultés à imposer le préservatif. Les jeunes apparaissent moins bien informés sur le VIH, et les plus âgés rencontrent plus de difficultés à utiliser le préservatif lors d'une nouvelle relation ou multipartenariat (3). Avec l'arrivée des thérapies antirétrovirales et un discours moins centré sur la prévention, une augmentation de l'incidence des IST a été constatée. Cela témoigne d'un relâchement en matière de prévention avec une réapparition des comportements sexuels à risque, et une moindre utilisation du préservatif depuis les années 2000 (18).

Outre-mer, la prévalence des IST est conséquente, ainsi les départements français d'Amérique correspondent aux régions les plus touchées par l'infection à VIH-SIDA en France (4). Des études KABP y ont été menées en 2004 puis en 2011 et ont pu montrer une amélioration des connaissances relatives au VIH et des comportements préventifs. Cela permet la mise en oeuvre de programmes innovants et ciblés sur des populations particulières (4).

Une enquête KABP a également été conduite à La Réunion en 2012 où la lutte contre le VIH/SIDA est une priorité de santé publique. D'autres aspects de la sexualité ont pu être étudiés comme la contraception, les grossesses, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les violences sexuelles (5).

De telles études d'envergure n'ont pas été développées à Mayotte. Département français depuis 2011, Mayotte est restée sous administration française depuis le référendum d'indépendance en 1975. Les autres îles comoriennes ont alors fait le choix de l'indépendance (19). Elle connaît depuis, et de manière croissante, de forts

courants migratoires, majoritairement originaires des Comores voisines, dont le niveau de vie est amplement inférieur (20). L'île connaît une démographie très dynamique avec une forte natalité et une densité particulièrement faible de professionnels de santé (21,22). Sur le plan économique, les disparités sont importantes et le produit intérieur brut est le plus faible des départements français (23). La culture locale est très imprégnée de l'Islam, religion majoritaire (24). La polygamie était autorisée jusqu'à récemment et est toujours pratiquée dans les faits (25). L'éducation sexuelle semble inexistante, occultée par un tabou sociétal (10).

Malgré des données parcellaires, Mayotte semble fortement marquée par les IST. Ainsi le taux de diagnostic d'infections à VIH est de 183 par million d'habitants en 2016, en constante augmentation depuis 2013 et largement supérieur au taux moyen national de 90 par million d'habitants (6). La prévalence concernant le virus de l'hépatite B (VHB) y est la plus haute de France, ainsi que l'incidence des infections à gonocoque (7,8). En 2011 en centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), le taux de positivité de Chlamydia était deux fois plus élevé qu'en métropole (9). En 2016, sa prévalence mesurée lors d'IVG s'élevait à 22,6% (9). Le multipartenariat, la faible utilisation du préservatif et du dépistage semblent faciliter cet état de fait (10).

Peu d'études type KABP sur la sexualité et les IST sont recensées à Mayotte. Une étude de perception sur le VIH a été réalisée par l'institut IPSOS en 2005 auprès de 749 personnes et abordait l'aspect cognitif seulement (26). En 2013, une étude portant sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements auprès de 671 femmes enceintes consultant en Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Mayotte a été menée dans le cadre d'une thèse de médecine par le Dr Saindou (27).

Conduire une étude de type KABP à Mayotte sur la population des adultes consultant en dispensaire permettra donc d'améliorer les connaissances sur la problématique des IST et leur prévention. Cela permettra également d'adapter les stratégies de politiques de prévention publiques vis à vis des IST.

2.2. Hypothèses de la recherche

L'état actuel des connaissances permet d'émettre les hypothèses de travail suivantes :

- Le niveau de connaissance à l'égard des infections sexuellement transmissibles et des moyens de prévention est globalement insuffisant parmi les adultes à Mayotte.
- Il en résulte des pratiques à risque relativement fréquentes avec un multipartenariat sériel ou simultané, une absence d'utilisation du préservatif et une absence de recours au dépistage des IST.
- Les opinions envers le préservatif sont globalement défavorables à son utilisation car signe d'une sexualité hors mariage.
- Il existe des inégalités sociales de connaissances en matière de prévention, impliquant le niveau d'éducation, et le contexte socio-économique du foyer.
- L'influence de la religion retarde l'entrée dans la sexualité et favorise la monogamie, mais augmente les difficultés d'accès aux connaissances de prévention.

2.3. Justification des choix méthodologiques

Une étude observationnelle transversale permettra de répondre aux objectifs de recherche en testant les différentes hypothèses de travail.

Les données explorées sont sensibles. Le plan de recueil doit garantir une parfaite confidentialité. Du fait du poids de la stigmatisation relative à la sexualité hors mariage, et du tabou autour de la sexualité, aucune donnée identifiante n'est collectée. Cela permet de garantir l'anonymat complet des interrogés lors de l'entretien. Le secret médical est garanti par l'investigateur et l'interprète éventuellement nécessaire. Seul l'âge est recueilli et non la date de naissance. De même seule la catégorie socio-professionnelle est précisée.

Une information appropriée sera délivrée oralement aux interrogés, préalablement à l'entretien, avec l'aide éventuelle d'un interprète, et sans trace écrite. Cela est justifié

par une population dont 60% est illettrée, ainsi que la possible stigmatisation associée à un document évoquant le sujet tabou de la sexualité (10,11).

Le choix de la population cible a été amené pour plusieurs raisons : L'organisation du système de santé à Mayotte repose principalement sur les dispensaires (22). L'investigateur avait réalisé un stage d'internat en dispensaire à Mayotte au cours de son cursus ce qui était facilitant pour réaliser l'étude. Les dispensaires sont des lieux où sont pratiquées habituellement des actions de prévention (28). Le choix de ce milieu d'enquête apporte en outre l'opportunité d'un interprétariat professionnel ainsi que des locaux permettant des entretiens confidentiels. Il est choisi de ne pas inclure la population des mineurs devant les difficultés prévisibles pour obtenir un consentement parental (tabou de la sexualité) (10).

2.4. Retombées attendues

Cette étude permettra de procéder à un premier état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST parmi les adultes consultant en dispensaire à Mayotte.

Cet état des lieux permettra d'adapter les stratégies de prévention vis à vis des IST et orienter les politiques de lutte contre les IST à Mayotte. Il facilitera l'établissement ultérieur de programmes d'éducation à la prévention des IST mieux adaptés à cette population.

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude, parmi les adultes consultant en dispensaire à Mayotte, est de décrire les connaissances, attitudes et pratiques concernant les IST et leur prévention.

3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

1. de déterminer les caractéristiques de la population associées à de faibles connaissances sur les IST,
2. de déterminer les caractéristiques de la population associées à une mauvaise opinion du préservatif,
3. de déterminer les caractéristiques de la population associées à un comportement sexuel à risque d'IST.

4. CONCEPTION DE LA RECHERCHE

Il s'agit d'une étude:

- observationnelle,
- transversale,
- quantitative,
- multicentrique,
- à visée descriptive et analytique,
- avec recueil de données prospectif.

5. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

La population cible correspond aux adultes de 18 à 65 ans consultant dans les dispensaires de Mayotte.

La population source correspond aux adultes de 18 à 65 ans, consultant dans les dispensaires de Kahani, Dzoumogné, M'ramadoudou et Dembeni pour des raisons de faisabilité (échantillonnage de convenance).

5.1. Critères d'inclusion

Tout consultant ou accompagnant dans l'un des 4 dispensaires de Kahani, Dzoumogné, M'ramadoudou et Dembeni au moment de l'étude, âgé de 18 à 65 ans peut être inclus.

5.2. Critères de non-inclusion

Tout individu à inclure présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- Présence d'un handicap psychomoteur retentissant sur sa compréhension ou son expression,
- Refus de l'individu.

5.3. Faisabilité et modalités de recrutement

Le recrutement des interrogés se fera via un échantillonnage de convenance et il se déroulera dans les 4 dispensaires suivants : Kahani, Dzoumogné, M'ramadoudou et Dembeni durant une période d'un mois.

En salle d'attente, la proposition de participer à l'étude sera faite aux consultants et accompagnants:

- après des soins infirmiers,
- après consultation médicale, dans l'attente de la délivrance des médicaments à la pharmacie de dispensaire,
- après délivrance de médicaments auprès de la pharmacie de dispensaire.

Une information appropriée sera délivrée oralement aux interrogés préalablement à l'entretien, avec l'aide éventuelle d'un interprète, et sans trace écrite. Cela est justifié

par une population dont 60% est illettrée, ainsi que la possible stigmatisation associée à un document évoquant le sujet tabou de la sexualité (10,11).

Les inclusions se dérouleront en trois phases. Elles auront lieu dans un premier temps au dispensaire de M'ramadoudou durant une semaine puis aux dispensaires de Kahani et Dembeni durant deux semaines, et enfin au dispensaire de Dzoumogné durant une semaine. Les inclusions se dérouleront donc sur une période totale d'un mois afin d'obtenir l'inclusion de 200 individus.

Un recrutement moyen de 60 individus par centre est attendu pour les dispensaires de Dzoumogné, Kahani et M'ramadoudou et 20 individus pour le dispensaire périphérique de Dembeni.

6. CRITÈRES D'ÉVALUATION

Le questionnaire (présenté sous forme papier en annexe n°2) permettra l'exploration des critères d'évaluation principal et secondaires. Ce questionnaire est basé sur celui utilisé pour l'étude KABP réalisée par l'ORS à La Réunion en 2012 (5). Il s'inspire également de celui de l'étude KABP du Dr Saindou réalisée auprès de femmes enceintes en 2013 (27). Aucune donnée identifiante ne sera collectée.

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire, il comprend 35 questions réparties en quatre parties : caractéristiques socio-démographiques, connaissances, attitudes et pratiques. La durée de passation prévue est de 15 minutes. Elle sera réalisée par l'investigateur en présence de l'interrogé, avec l'aide éventuelle d'un interprète lors d'un entretien confidentiel. Aucune donnée identifiante ne sera collectée. L'interprète sera mis à disposition par le centre hospitalier de Mayotte, parmi le personnel habitué à l'interprétariat médical, et sera comme l'investigateur soumis au secret médical.

Une évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité du questionnaire a été menée auprès de 50 patients consultant dans le dispensaire de Kahani durant le mois de mars 2018. En fonction des résultats de cette phase test, des modifications ont été apportées au questionnaire afin de l'adapter au mieux.

6.1. Critère d'évaluation principal

Il correspond aux paramètres décrits dans le questionnaire (présenté sous forme papier en annexe n°2) dans ses parties:

Connaissances:

- Noms de six infections sexuellement transmissibles (Q. 19),
- Moyens de propagation des IST (Q. 20),
- Conséquences possibles des IST (Q.21),
- Moyens de prévention des IST (Q. 22),
- Lieux de dépistage des IST à Mayotte (Q. 23).

Attitudes et opinions

- Peur des IST (Q. 24),
- Se sent concerné par les IST (Q. 25),
- Opinions sur les préservatifs (Q. 26).

Pratiques

- Age du premier rapport sexuel (Q. 27),
- Nombre de partenaires sexuels (Q. 28, Q. 29),
- Multipartenariat simultané (Q. 30),
- Utilisation des préservatifs (Q. 31),
- Déjà fait le test dépistage des IST (Q. 32),
- Déjà eu une IST (Q. 33),
- Déjà eu recours à la prostitution (Q. 34),
- Déjà eu des rapports homosexuels (Q. 35).

6.2. Critères d'évaluation secondaires

Ils correspondent à l'adéquation, vis à vis des données de la science, des connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST et leur prévention. Ils seront évalués grâce aux caractéristiques socio-démographiques, et au calcul d'un score de connaissances sur les IST, un score d'opinion vis à vis du préservatif, et un score de comportement sexuel à risque:

1. Caractéristiques socio-démographiques des participants:

- sexe (Q. 1),
- âge (Q. 2),
- lieu de naissance (Q. 3),
- nationalité (Q. 4),
- durée de vie à Mayotte (Q. 5),
- possession d'un visa de séjour ou récépissé (Q. 6),
- affiliation à la sécurité sociale (Q. 7),
- niveau d'études (Q. 8),
- lieu d'études (Q. 9),
- statut au regard de l'emploi (Q. 10),
- catégorie professionnelle (Q. 11),
- statut marital (Q. 12),
- nombre de mariages (Q. 13),
- religion (Q. 14),
- religiosité (Q. 15),

- origine des premières informations sur la sexualité (Q. 16),
- âge des premières informations sur la sexualité (Q. 17),
- cours d'éducation sexuelle durant les études (Q. 18) .

2. Un score de connaissances sera calculé à partir des questions 19 à 22, afin de décrire quelles caractéristiques de la population sont associées à de médiocres connaissances sur les IST et leur prévention. Chaque sous-question sera cotée 1 en présence d'une bonne réponse ou 0 en présence d'une mauvaise réponse. Le score total sera sur 23. La population se répartira en deux catégories suivant la médiane : mauvaises connaissances (score inférieur à la médiane) ou bonnes connaissances (score supérieur à la médiane)

3. Un score d'opinion relatif au préservatif sera calculé à partir de la question 26 afin de décrire quelles caractéristiques de la population sont associées à une mauvaise opinion du préservatif. Chaque sous-question sera cotée 1 en présence d'une opinion favorable au préservatif, ou 0 en présence d'une opinion défavorable. Le score total sera sur 7. La population se répartira en deux catégories suivant la médiane : opinion défavorable au préservatif (score inférieur à la médiane) ou favorable (score supérieur à la médiane).

4. Un score de comportement sexuel à risque sera calculé à partir des questions 29, 30, 31, 32, 34 (sous-questions concernant l'année passée) afin de décrire quelles caractéristiques de la population sont associées à un comportement sexuel à risque. Chaque question simple ou sous-question sera cotée 1 en présence de comportement sexuel à risque et 0 en son absence. Le score total sera sur 7. La population se répartira en deux catégories suivant la médiane : comportement sexuel non à risque (score inférieur à la médiane) et comportement sexuel à risque (score supérieur à la médiane).

7. DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

7.1. Calendrier de la recherche

- Durée de la passation de questionnaire: 15 minutes.
- Durée de la période d'inclusion : un mois.
- Durée totale de la recherche : cinq mois.

7.2. Tableau récapitulatif du suivi des participants

	6 semaines	2 semaines	4 semaines	8 semaines
Phase 1 - Soumission du protocole au Comité de Protection des Personnes	X			
Phase 2 - Information et demande d'autorisation de recherche auprès de la direction du Centre Hospitalier de Mayotte, des chefs de service et cadres de secteur des dispensaires		X		
Phase 3 - Recueil des données			X	
Phase 4 - Clôture de la base et analyse des données				X

7.3. Information des personnes concernées

L'investigateur propose au consultant ou accompagnant de participer à cette recherche et l'informe :

- de l'objectif de la recherche,

- du traitement informatisé et anonyme des données personnelles qui seront recueillies au cours de cette recherche,
- du caractère non-identifiant des données personnelles recueillies,
- de leur droit de non participation à la recherche,
- de leur droit de retrait de la recherche et de rectification des données saisies avant la validation du questionnaire,
- de leur droit d'accès limité aux données agrégées, ainsi que de l'impossibilité de rectifier les données ou de se retirer de la recherche une fois que le questionnaire est complété, compte tenu des procédures de recueil et traitement garantissant un total anonymat.

L'investigateur vérifie également les critères d'éligibilité. Si la personne est d'accord pour participer, elle donne oralement sa non-opposition.

8. ASPECTS STATISTIQUES

8.1. Calcul de la taille d'étude

Dans ce contexte d'étude KABP, la prévalence attendue de chaque variable est de 50%. Le recrutement de 200 personnes permettra d'obtenir une précision de l'intervalle de confiance à 95% de +/- 7% (i.e. 50% [43%-57%]), avec une puissance de 80% et un risque alpha de 5%. Le calcul a été effectué via le logiciel PASS 15.

8.2. Méthodes statistiques employées

L'ensemble des variables explorées sera analysé. L'analyse des données sera effectuée sur l'ensemble de l'échantillon.

Pour l'objectif principal, une analyse descriptive sera menée. Les variables qualitatives seront décrites en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives seront décrites en moyenne et écart-type ou médiane et quartile selon la normalité de la distribution.

Pour les objectifs secondaires, des analyses bi-variées puis multivariées seront réalisées.

Des scores relatifs aux connaissances sur les IST, opinions relatives au préservatif, et comportements sexuels à risque seront calculés.

A l'étape bivariée, les facteurs associés aux connaissances, attitudes, pratiques ou aux scores calculés seront analysés grâce au test de Wilcoxon ou Man-Whitney pour les variables à deux facteurs, ou le test de Kruskal→allis pour les variables possédant plus de deux facteurs, selon les conditions d'applications de ces tests.

A l'étape multivariée, la mesure de l'association entre les trois critères de jugement secondaire (variable qualitative binaire) et les facteurs prédictifs sera estimée par des odds ratio (bruts et ajustés) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%), via un modèle de régression logistique sur l'ensemble de la population.

Le risque de première espèce sera fixé à 5% pour l'ensemble des tests statistiques.

L'analyse sera effectuée à l'aide du logiciel R, version 3.5.1.

9. DROITS D'ACCÈS AUX DONNÉES ET DOCUMENTS SOURCES

9.1. Accès aux données

L'acceptation de la participation au protocole implique que la personne qui réalise la recherche mettra à disposition les documents et données individuelles strictement nécessaires au suivi, au contrôle de qualité et à l'audit de la recherche, à la disposition des personnes ayant un accès à ces documents conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Lors des entretiens d'inclusion, les questions seront posées par l'investigateur qui sera seul à avoir accès au formulaire informatique de recueil de données grâce au site internet limesurvey.org via une connexion internet cryptée (protocole SSL). Les interrogés n'y auront pas accès.

Le fichier de données intermédiaire constitué grâce au site limesurvey.org sera stocké par la société Limesurvey conformément au décret sur l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Il sera uniquement accessible à l'investigateur coordonateur et au gestionnaire de données par connexion internet cryptée protégée par mot de passe.

Une fois la période de recueil de données terminée, le fichier de données intermédiaire sera clôturé, exporté au format Excel en une base de données finale, puis détruit.

La base de données finale sera téléversée par connexion internet cryptée et stockée dans un répertoire informatique sécurisé du département d'aide méthodologique du centre hospitalier universitaire de La Réunion protégé par mot de passe uniquement détenu par l'investigateur.

9.2. Données sources

Tout document ou objet original permettant de prouver l'existence ou l'exactitude d'une donnée ou d'un fait enregistrés au cours de la recherche est défini comme document source.

Les documents sources sont les formulaires informatiques de recueil de données renseignées par l'investigateur et collectées dans le fichier de données intermédiaire ainsi que dans la base de données finale constituée pour l'analyse.

9.3. Confidentialité des données

Conformément aux dispositions législatives en vigueur, les personnes ayant un accès direct aux données sources prendront toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives aux recherches, aux personnes qui s'y prêtent et notamment en ce qui concerne leur identité ainsi qu'aux résultats obtenus. Ces personnes, au même titre que les personnes qui dirigent et surveillent la recherche, sont soumises au secret professionnel.

Pendant la recherche ou à son issue, les données recueillies sur les personnes qui s'y prêtent et transmises au promoteur par les personnes qui dirigent et surveillent la

recherche ne feront en aucun cas apparaître le nom, prénom, date de naissance, téléphone ou adresse des individus concernés, ou toute autre information permettant de les identifier. Dans la base de données finale constituée pour l'étude, seul un numéro d'ordre désignera les participants, sans liste de correspondance. Cette base ne contiendra donc que des données anonymes. Pour l'archivage ou tout transfert, il en sera de même. Seules les données agrégées (tableaux issus du traitement statistique descriptif et analytique) pourront être transmises à des tiers pour publication.

En aucun cas les personnes impliquées dans la recherche ne tenteront de ré-identifier les participants.

Le promoteur s'assurera que chaque personne qui se prête à la recherche a été informée de l'accès aux données individuelles la concernant et strictement nécessaires au contrôle de qualité de la recherche.

10. CONTRÔLE ET ASSURANCE DE LA QUALITÉ

10.1. Consignes pour le recueil des données

Toutes les informations requises par le protocole seront consignées sur les cahiers d'observation électronique et une explication doit être apportée pour chaque donnée manquante. Les données devront être recueillies au fur et à mesure qu'elles sont obtenues, et transcrites dans ces cahiers de façon nette et lisible.

10.2. Suivi de la recherche

Le suivi de la recherche sera assuré par le gestionnaire de données. Il sera chargé, auprès de l'investigateur, de :

1. la logistique et la surveillance de la recherche,
2. l'établissement des rapports concernant son état d'avancement,

3. la vérification de la mise à jour du cahier d'observation (demande d'informations complémentaires, corrections,...),

Il travaillera conformément aux procédures opératoires standardisées.

10.3. Gestion des données

Les données sources seront centralisées par le promoteur et ne pourront être exploitées qu'avec l'autorisation du promoteur, en accord avec l'investigateur. La base de données finale constituée pour la recherche sera exploitée par l'investigateur coordonnateur de l'étude, toute autre exploitation sera soumise à son autorisation.

La web-application utilisée sera Limesurvey version 2.73.1.

Le responsable de l'hébergement et de la maintenance de la base de données sera le site limesurvey.org.

L'accès à la web-application et à la base de données se fera via une connexion cryptée (protocole SSL), protégée par mot de passe uniquement connus de l'investigateur et gestionnaire des données.

10.4. Audit et inspection

Un audit peut être réalisé à tout moment par des personnes mandatées par le promoteur et indépendantes des personnes menant la recherche. Il a pour objectif de vérifier la sécurité des participants et le respect de leurs droits, le respect de la réglementation applicable et la fiabilité des données.

L'audit, aussi bien que l'inspection, pourront s'appliquer à tous les stades de la recherche, du développement du protocole à la publication des résultats et au classement des données utilisées ou produites dans le cadre de la recherche.

Les investigateurs acceptent de se conformer aux exigences du promoteur en ce qui concerne un audit et à l'autorité compétente pour une inspection de la recherche.

11. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

11.1. Conformité aux textes de référence

Le promoteur et les personnes qui dirigent et surveillent la recherche s'engagent à ce que cette recherche soit réalisée en conformité avec la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine et la déclaration d'Helsinki (qui peut être retrouvée dans sa version intégrale sur le site <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>).

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche font l'objet d'un traitement informatisé au département d'aide méthodologique du CHU de La Réunion dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004.

Les droits des participants à l'information préalable et à l'opposition au traitement, à l'accès et à la rectification des données saisies seront respectés dès la collecte des données. Les données collectées ne permettant pas d'identifier les participants, ces derniers ne pourront exercer leur droit d'accès ou de rectification que jusqu'à la validation de leurs réponses au questionnaire. Une information claire et spécifique sur ce point leur est fournie au cours du processus de consentement.

11.2. Modifications au protocole

Toute modification substantielle, c'est à dire toute modification de nature à avoir un impact significatif sur la protection des personnes, sur les conditions de validité et sur les résultats de la recherche, sur la qualité et la sécurité des produits expérimentés, sur l'interprétation des documents scientifiques qui viennent appuyer le déroulement de la recherche ou sur les modalités de conduite de celle-ci, fait l'objet d'un amendement écrit qui est soumis au promoteur ; celui-ci doit obtenir, préalablement à sa mise en œuvre, un avis favorable du CPP.

Les modifications non substantielles, c'est à dire celles n'ayant pas d'impact significatif sur quelque aspect de la recherche que ce soit, sont communiquées au CPP à titre d'information.

Toutes les modifications sont validées par le promoteur, et par tous les intervenants de la recherche concernés par la modification, avant soumission au CPP. Cette validation peut nécessiter la réunion de tout comité constitué pour la recherche.

Toutes les modifications au protocole doivent être portées à la connaissance de toutes les personnes qui réalisent la recherche, qui s'engagent à en respecter le contenu.

12. CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DES DONNÉES RELATIVES À LA RECHERCHE

Les documents relatifs à cette recherche sont archivés conformément aux bonnes pratiques cliniques:

- Par l'investigateur coordonnateur, pour une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche :

- le protocole et les amendements éventuels au protocole,
- la base de données finale constituée pour l'étude,
- tous les autres documents et courriers relatifs à la recherche.

Tous ces documents sont sous la responsabilité de l'investigateur pendant la durée réglementaire d'archivage.

- Par le promoteur, pour une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche :

- le protocole et les amendements éventuels au protocole,
- la base de données finale constituée pour l'étude,
- tous les autres documents et courriers relatifs à la recherche.

Tous ces documents sont sous la responsabilité du promoteur pendant la durée réglementaire d'archivage.

Aucun déplacement ou destruction ne pourra être effectué sans l'accord du promoteur. Au terme de la durée réglementaire d'archivage, le promoteur sera consulté pour destruction.

Toutes les données, tous les documents et rapports pourront faire l'objet d'audit ou d'inspection.

13. RÈGLES RELATIVES À LA PUBLICATION

13.1. Communications scientifiques

L'analyse des données fournies par les centres est réalisée par le département d'aide méthodologique du CHU de La Réunion. Cette analyse donne lieu à un rapport écrit qui est soumis au promoteur. Ce rapport permet la préparation d'une ou plusieurs publication(s).

Toute communication écrite ou orale des résultats de la recherche doit recevoir l'accord préalable de la personne qui dirige et surveille la recherche et, le cas échéant, de tout comité constitué pour la recherche.

La publication des résultats principaux mentionne le nom du promoteur, de toutes les personnes ayant inclus ou suivi des individus dans la recherche, des méthodologistes, biostatisticiens et data managers ayant participé à la recherche, des membres du(des) comité(s) constitué(s) pour la recherche. Il sera tenu compte des règles internationales d'écriture et de publication (Convention de Vancouver, février 2006).

13.2. Communication des résultats aux interrogés

A leur demande, les participants à la recherche sont informés des résultats globaux de celle-ci.

13.3. Cession des données

Le recueil et la gestion des données sont assurés par le département d'aide méthodologique du CHU de La Réunion. Les conditions de cession de tout ou partie de la base de données de la recherche sont décidées par le promoteur de la recherche et font l'objet d'un contrat écrit.

14. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Stratégie Mondiale du secteur de la Santé contre les Infections Sexuellement Transmissibles, 2016-2021 [Internet]. 2016 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250242/1/WHO-RHR-16.09-fre.pdf?ua=1>
2. Ministère de la Santé. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 - 2014 en direction des populations d'outre-mer [Internet]. 2010 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf
3. Saboni L, Beltzer N, groupe KABP France. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Bull Epidemiol Hebd. 2012;46-47:525-9.
4. Lydié N, Halfen S. Les populations des Départements Français d'Amérique face au VIH/sida - Guadeloupe, Martinique et Guyane [Internet]. 2013 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp131202.pdf>
5. ORS Océan Indien. Enquête KABP Réunion 2012. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels - Principaux résultats [Internet]. 2015 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/KABP_2012_rapport_final.pdf
6. Cire océan Indien. VIH / Sida à Mayotte: Surveillance, dépistage et diagnostic [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ocean-Indien/2017/Surveillance-du-VIH-Sida-a-Mayotte.-Point-epidemiologique-au-1er-decembre-2017>
7. Délégation ARS OI de Mayotte. Schéma de lutte contre les IST/VIH-SIDA/hépatites - Plan 2011-2014 [Internet]. 2011 [consulté le 24 sept 2017]. Disponible sur : http://www.irepsmayotte.org/_depot_arkcms_ireps_mayotte/_depot_arko/articles/158/schema-de-lutte-contre-le-vih-mayotte_doc.pdf
8. Cire océan Indien. Surveillance des hépatites B et C Réunion et Mayotte [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Ocean-indien-Reunion-Mayotte/Bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-Indien.-N-31-Aout-2016>
9. Notteghem A. Prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier de Mayotte. Thèse de médecine. La Réunion: Université de La Réunion; 2017.

10. Guillemaut F. Etude de la prostitution, des échanges économique-sexuels en France et prévention du VIH. Mayotte: IREPS Mayotte; 2013.
11. Insee. Quatre jeunes sur dix en grande difficulté à l'écrit à Mayotte [Internet]. 2014 [consulté le 6 juill 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291829>
12. OMS. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2016 [consulté le 5 oct 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>
13. OMS. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. 2018 [consulté le 10 juill 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
14. Santé publique France. Infection à VIH et SIDA - Prévalence du VIH [Internet]. 2018 [consulté le 10 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Prevalence-du-VIH>
15. Ngangro NN, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2016;41-42:738-44.
16. Ngangro NN, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, Fouquet A, Viriot D, Fournet N, et al. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 [Internet]. 2018 [consulté le 19 juill 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-Chlamydia-et-a-gonocoque-en-France-en-2016>
17. INPES. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2011 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
18. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Île-de-France en 2010 [Internet]. 2011 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf
19. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Histoire [Internet]. 2016 [consulté le 19 oct 2017]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-histoire>
20. Préfecture de Mayotte. Réalisation du diagnostic territorial stratégique à Mayotte préalable à la définition et à la rédaction des futurs programmes européens 2014-2020 [Internet]. 2012 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : http://www.mayotte.pref.gouv.fr/content/download/2241/13732/file/Diagnostic%20Mayotte_Rapport%20final_Partie%201.pdf
21. Insee. 256 500 habitants à Mayotte en 2017 - La population augmente plus rapidement qu'avant [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3284395>

22. ARS Océan Indien. Offre de soins et accès aux soins [Internet]. 2017 [consulté le 6 juill 2018]. Disponible sur : <http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/offre-de-soins-et-acces-aux-soins-0>
23. Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer. Mayotte - Rapport annuel 2016 [Internet]. 2017 [consulté le 15 juill 2018]. Disponible sur : https://www.iedom.fr/IMG/pdf/ra2016_mayotte.pdf
24. Ministère des Outre-Mer. Mayotte - Culture [Internet]. 2016 [consulté le 24 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/mayotte-culture>
25. Insee. Migrations, natalité et solidarités familiales [Internet]. 2017 [consulté le 5 oct 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2656589#titre-bloc-5>
26. Ipsos Océan Indien. Etude de perception sur le SIDA à Mayotte. Mayotte: Ipsos; 2005.
27. Saindou M. Prévalence et déterminants des infections sexuellement transmissibles chez les femmes enceintes de Mayotte: étude épidémiologique concernant le virus de l'immunodéficience humaine, le virus de l'hépatite B et du *Treponema pallidum*. Thèse de médecine, Lyon: Université Claude Bernard-Lyon I; 2013
28. Réseaux Santé Mayotte. Le centre hospitalier de Mayotte [Internet]. 2016 [consulté le 4 août 2018]. Disponible sur : <https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/page/le-centre-hospitalier-de-mayotte>

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABSTRACT

Title : Knowledge, attitudes, and practices related to sexually transmitted infections among adults consulting in health centers in Mayotte in 2018 – CAPIST-Mayotte

Introduction: STIs seem prevalent in Mayotte. The aim of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices related to STIs among the adult population consulting in Mayotte health centers.

Methods: CAPIST-Mayotte is a transversal study which has been carried out among 210 subjects consulting in four health centers between April and May 2018. An anonymous questionnaire was used to collect socio-demographic datas, knowledge, attitudes and practices related to STIs. Scores of knowledge, opinion on preservatives, and risky sexual behaviour have been calculated. Datas have been analysed in a descriptive, bivariate and multivariate way.

Results : Main STIs were identified by less than 20 % of the participants, except for HIV (93,8 %). More than a third of participants considered that washing after sexual intercourse and withdrawal method were efficient to prevent STIs. Only half of the participants knew where to get STIs screening. Opinion about preservatives was globally positive. Among sexually active participants, 23,5 % had simultaneous multiple partners during life, 55,5 % never had STIs screening, and 31 % never used preservatives.

Conclusion : Knowledge about STIs are unequal among adults consulting in health centers. STIs screening should be more visible and accessible. Obstacles to preservative use would be important to seek.

Keywords: HIV, STIs, KABPs, Knowledge, Sexual behaviour, Health centers, Mayotte

RÉSUMÉ

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux infections sexuellement transmissibles chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte en 2018 - CAPIST-Mayotte

Introduction: La prévalence des IST semble importante à Mayotte. L'objectif de cette étude était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST chez les adultes consultant en dispensaire à Mayotte.

Méthodes : L'étude transversale CAPIST-Mayotte a été menée auprès de 210 individus consultant dans quatre dispensaires de Mayotte entre avril et mai 2018. Un questionnaire anonyme collectait les données socio-démographiques, et les connaissances, attitudes et pratiques relatives aux IST. Des scores de connaissances, d'opinion sur le préservatif, et de pratiques sexuelles à risque ont été calculés. Les données ont été analysées de manière descriptive, bivariée, et multivariée.

Résultats : Les principales IST étaient identifiées par moins de 20% des répondants, à l'exception du VIH (93,8%). Plus du tiers des répondants considérait que se laver après un rapport et le retrait précoce étaient efficaces en prévention des IST. Seule la moitié des répondants connaissait un lieu de dépistage. L'opinion sur le préservatif était globalement positive. Parmi les répondants sexuellement actifs, 23,5% avaient eu plusieurs partenaires simultanément au cours de la vie, 55,5 % n'avaient jamais fait de dépistage d'IST, et 31% n'avaient jamais utilisé de préservatif.

Conclusion : Les connaissances sur les IST sont inégales chez les adultes consultant en dispensaire. L'offre de dépistage devrait être plus visible et accessible. Les freins à l'utilisation du préservatif seraient importants à identifier.

Mots-clés : VIH, IST, KABP, connaissances, comportement sexuel, dispensaire, Mayotte

Discipline : Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'U.F.R. : U.F.R. des Sciences Médicales de l'Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex