



**HAL**  
open science

# Évaluation des comportements et des pratiques de prévention des jeunes de 18 à 29 ans vis à vis des infections sexuellement transmissibles : enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Sarah Biermann

## ► To cite this version:

Sarah Biermann. Évaluation des comportements et des pratiques de prévention des jeunes de 18 à 29 ans vis à vis des infections sexuellement transmissibles : enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02953558

**HAL Id: dumas-02953558**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02953558>**

Submitted on 30 Sep 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.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Sarah BIERMANN**

Le 5 octobre 2018

TITRE :

Evaluation des comportements et des pratiques de prévention des jeunes  
de 18 à 29 ans vis à vis des infections sexuellement transmissibles :  
Enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Directeur de thèse : Dr. Carine FAVIER

JURY

Président : Mr le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

M. Le Docteur Béatrice LOGNOS

M. Le Docteur Philippe SERAYET

M Le Docteur Carine FAVIER

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILLAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LOROT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude  
BLANC François  
BOULENGER Jean-Philippe  
BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DEDET Jean-Pierre  
ELEDJAM Jean-Jacques  
GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques  
MAURY Michèle  
MILLAT Bertrand  
MARES Pierre  
MONNIER Louis  
PRAT Dominique  
PRATLONG Francine  
PREFAUT Christian  
PUJOL Rémy  
ROSSI Michel  
SULTAN Charles  
TOUCHON Jacques  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

#### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTE Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie -  
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DE VOS John-Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HAYOT Maurice-Physiologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
MOREL Jacques -Rhumatologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PRUDHOMME Michel-Anatomie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

#### 2<sup>eme</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire  
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

#### 2<sup>eme</sup> classe :

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

DAVID Michel  
RAMBAUD Jacques

### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - (Dermato-vénéréologie)  
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique  
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie  
PUJOL Joseph-Anatomie  
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques  
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie  
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie  
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire  
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire  
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie  
BRET Caroline -Hématologie biologique  
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie  
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie  
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

**Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

**Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques



LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## REMERCIEMENTS

### **A mon président de jury, Mr le Professeur Michel Amouyal**

Je vous remercie tout d'abord d'avoir endossé le rôle de président de jury ce jour et en plus un vendredi, je mesure ma chance ! J'aimerais aussi vous remercier pour votre disponibilité, votre écoute et votre gentillesse depuis mon stage à Codognan et pour m'avoir aidé à faire germer ce sujet de thèse. Je garde précieusement tous les conseils que vous m'avez donné.

### **A ma directrice de thèse, Mme le Docteur Carine Favier**

Je vous remercie pour toute l'aide que vous m'avez apportée pendant mon travail de thèse, pour avoir accepté de m'encadrer sur ce sujet alors que nous ne nous connaissions pas, pour avoir corrigé mon travail avec bienveillance. J'ai beaucoup de respect pour les engagements que vous avez pris dans votre vie professionnelle. Et je compte bien m'en inspirer.

### **A Mme le Docteur Béatrice Lognos,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'avoir montré de l'intérêt pour le sujet que j'ai choisi.

### **A Mr le Docteur Philippe Serayet,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, avant même d'être nommé ! Je vous remercie aussi tout particulièrement pour votre aide et de votre soutien dans l'élaboration de mon premier projet.

## A ma famille

**Maman** : pour les nombreux déménagements vécus au cœur de l'action, pour les sauvetages administratifs, pour tes talents de déco et ton enthousiasme pour les plaisirs simples de la vie ! Merci aussi pour tes repas « tout simples à la bonne franquette » dignes des grands chefs. Mes retours en train toujours bien garni grâce à toi ont été une grande source de réconfort.

**Papa** : pour tes innombrables questions philosophiques qui appellent toujours plus de questions, tes destinations qui m'ont fait gagner quelques points en géographie, et pour nous avoir donné envie de lire, je t'écrirai du chateaubriand la prochaine fois.

**A vous deux** : pour votre présence et votre soutien, pour la double relecture, pour m'avoir donné le goût des voyages et de la découverte, et pour m'avoir laissé toute latitude de faire mes propres choix.

**Ma sœur Laura** : pour ton empathie et tes bons conseils, pour ta tolérance sans borne et tes talents d'introspection. Je crois en toi. Et merci de persévérer à regarder des films avec moi quand tu sais très bien que je vais m'endormir..

**Mignon**, ma grand-mère mignonne, pour ton franc parler, tes plats au goût d'enfance, la liberté que tu nous laissais expérimenter dans le jardin sur ces pauvres têtards. Pour ta main verte, que mes plantes envient cruellement. Tu es le pilier de la famille. Je suis heureuse que tu sois là.

**Stéphane, Brenda, Elodie et Kylian**, à l'avenir.

**À mes oncles et tantes, grands ou pas, cousins et cousines, germains, pas germains** : Pour toujours trouver un peu de temps pour se voir quand je reviens, pour envisager de nouvelles dates de Noël. Et à toutes ces réunions de famille qui confirment les talents culinaires Massein. **Zaboune** et **Pierre Louis** vous êtes mes références en matière de ribambelle de desserts (Maman, t'inquiète, ton tiramisu est hors-série). Une spéciale dédicace à **Léane** pour ton aide précieuse ! **Julia**, I hope you will enjoy your new home ! Profite de la vie. **Monique**, Bordeaux n'est plus très loin, c'est marqué noir sur blanc.

**A mes arrière-grands-mères, Mamie** : Pour tous tes incroyables métiers, ton élégance, les langues de chat au brie, la saga Ginestra que j'ai lu bien plus tard. **Nana**, je voulais parler de ton roulé à la framboise, mais ils vont croire qu'on ne fait vraiment que manger dans cette famille.. à la façon dont tu rrrroulais les r

A **Hannelore** et **Herbert**, wir haben die Zeit verpasst.

A **Pierre**, pour tes histoires du soir extraordinaires, pour les aventures en Italie, pour tout le bien que tu as fait autour de toi. Je pense très souvent à toi.

Comme si c'était ma famille :

**Françoise et Grégoire** : Pour les pièces de théâtre mises en scène avec brio, le Futuroscope avec autant d'enfants... comment avez-vous fait ? Françoise, je te remercie de m'appeler « ma grande » c'est toujours un plaisir

**Marie-Paule et Gilles** : Pour le privilège d'avoir été les seules filles à côté de la tribu de garçons, on a toujours été tellement gâtées ! et puis les fauteuils chauffants, et le Space Mountain que j'ai failli faire, si seulement

**Régine et Charly** : Pour les excuses parfaites servies sur un plateau et pour m'accueillir toujours à bras ouvert

Les annéciens :

A l'abbatiale, pour ces années essentielles, pour faire partie de tant de souvenirs d'enfance et de répondre encore présents aujourd'hui.

**Mélanie** : Pour nos chambres presque identiques et pour toutes nos histoires de Playmobil. Je ne t'en veux plus d'avoir été aussi l'amoureuse d'Alexandre Clabaud en maternelle, surtout quand je sais de qui tu étais vraiment amoureuse. Au premier bébé de la clique. Cyrille on se voit très vite !

**Max** : Pour m'avoir laissé si facilement le siège à l'avant quand on rentrait de l'école, pour les courses de vélos, pour les soirées tête bêche, pour avoir regardé Robin des bois et Taxi sans pouvoir les compter ni s'en lasser d'ailleurs

**Dudu** : Tu te démènes toujours pour faire plaisir autour de toi, et que dire de ton talent d'organisateur (merci Carole quand même). Tu es un mec en or ! (N'hésite pas si tu veux donner des montres).

**Clément** : Saches que je t'ai toujours trouvé super méga intelligent, même avec deux ans de moins, Et à cette âge-là ce n'est pas peu dire. Ps : Rouen c'est loin.

### Les inclassables :

**Julia** : Pour me faire traverser le globe dans toutes les directions, pour tous ces plans foireux imprévisibles, pour Levy et Adam. Je continue d'espérer que si ça sonne à la porte, c'est peut-être toi. Loin des yeux près du cœur. Tu me manques

**Laura** : Pour les années collèges, le camping dans le verdon, les Spice girls de l'espace sur fun radio et cette fameuse P1 qui n'aurait pas été là même sans toi, merci Johnny Hallyday. Le Canada est pour sûr parmi mes prochaines destinations

### Les Vags

A notre avancée dans la vie, les unes à côté des autres (comme à Istanbul), votre amitié me rend forte

**Rosa** : Pour ton sens de l'humour décapant, pour ces 4 années d'externat qu'on a partagé dans notre chalet suisse avec Ross Rachel Monica et toute la clique, nos soirées films, nos lendemains de soirée sous le plaid.

**Alex** : Ma co-pe, ma partner in crime, pour tes choix pour moi et malgré moi, pour le soutien sans borne, pour avoir été trop souvent dans la même pièce

**Dagal** : Ma Dagal, pour la bonté que tu répands autour de toi, ton amitié sans faille, nos chansons en duos, les salades composés et pour les coquillettes à l'huile

**Delord** : Pour ta voix qui porte, ton entrain pour tout et surtout pour faire la fête, pour ta bonne humeur contagieuse et tes petits yeux quand tu souris. Ps : Jess parle quand même plus fort que toi.

**Léa** : Pour être toujours à la pointe de la mode, pour ton écoute sans jugement. Même sans téléphone, je sais que tu es là !

**Lison** : Pour les débuts de la TT et lendemains au Subway, pour ta voix plus que mélodieuse qui ont permis aux rois du monde de devenir un hymne quasi national

**Blanket** : A nos pas de danses enfin surtout les tiens sur scène il y a presque 10ans, pour tous ces metros, chalet, voûte qu'on a fait ensemble avec l'amie Maredsous

**Agathe** : Pour toutes ces maredsous partagées. A ce rapprochement géographique ! J'espère donc te voir à Lyon très prochainement

### Les grenoblois

**Dorothée** : Pour ton humour corrosif, ta répartie à toute épreuve et ta franchise, impossible de rater un cœur gros comme ça, à tous les futurs souvenirs

**Marie** : En cas de coups de blues, je pense à la pute russe et ça va mieux, des barres ! vivement le prochain Florence !

**Léo** : Sous ton côté sain et frais, tes airs de mec tranquille, bitchy bitch sache que personne ne me fera oublier cette histoire de cuillère au chocolat !

**Sof** : Pour la valeur que tu accordes à l'amitié. A la douceur que t'apporte Safia. Hâte d'être dans deux semaines !

**Rodo** : Outre tes talents d'imitation de Bruce Springsteen, j'admets que tu as un don pour la chasse, la pêche et la cueillette

**Edouard** : Tes bavardages incessants me manquent

**Charles** : Ssssarles, pour ton passe VIP dans la TT

**Gilles** : Pour ton corps de bodybulder et nos vacances chez moïse.

**Charlot** : Quand est ce qu'on se voit ?

**Bibite** : Pour l'art des œufs poilus

#### Le 8 rue richier de belleval, mon nid, mon cap mon roc

**Fanny** : Pour tes cookies rassembleurs, ton goût pour les Aliens qu'on ne t'a pourtant jamais laissé regarder, pour avoir rendu la vie à la maison si douce et si parfumée.. pour les paysages de ouf qu'on a découvert ensemble.

**Paul** : Pour ton corps d'apollon en colonne de bambou, pour tes conseils avisés et tout ce saumon que j'ai mangé. Tu décryptes souvent avec justesse ce que j'ai du mal à exprimer

**Renaud** : Pour le soleil qui fait flamboyer tes cheveux et que tu as fait rentrer à la maison et partout où tu vas, pour me faire rire autant, et pour toutes tes questions existentielles

**Simon** : Pour ta bonhomie, ton sens aigu de la fête et ta musique de barjo qu'on entend même dehors, à tes empreintes dentaires, tes chaussettes dépareillées et tes mots de passe pourris

#### Les Biterrois :

**Sarah** : Pour avoir été la meilleure Cointerne de tous les temps, pour les débriefs post amélioré et les danses dans les urgences, je suis heureuse que vous soyez rentrés

**Antonia** : Pour ta capacité à toujours trouver le bon mot à défaut de savoir l'écrire, pour tes goûts musicaux plus qu'appréciables et pour ta bienséance (même en rentrant du pub kariok). **Adil** faut que tu viennes vivre à Montpellier, merci d'avance et très Joyeux anniversaire !

**Floriane** : Pour tes anecdotes poignantes, qui font de la plus petite histoire, des récits soudainement incroyables, pour ta bonne humeur et cette jolie victoire de coupe du monde que tu nous laisses dorloter sans trop d'appréhension

**Jess** : à ta générosité sans borne, ton rire qui fait trembler les murs, ta conduite qui permet de muscler les fesses, et tes dessins que je songe monétiser très prochainement.

**Manon** : Pour ta passion carnivore et tes nombreuses siestes en voiture, les photos sont là pour le prouver. A la mémoire de ta frange Godefroy de Montmirail

**Marion** : Pour tes tenues toujours soignées, j'attends le prochain vide dressing ! et tes goûts culinaires aventureux 😊

**Arnaud** : Pour ton « i-i », ton sourire, tes lunettes branchées que tu as enfin abandonnées, tes talents de conducteur de van en plein hiver et cette épique danse sur les genoux. Ton amitié m'est très précieuse

**Côme** : Pour tes pffious, cratches, boum, wizz, tes selfies de trop près, pour Bella et pour les choux de Bruxelles jamais cuisinés. Reste ici maintenant.

**Pierre** : Pour être une arme blanche à toi tout seul, merci de ne pas repartir en Suisse

### Les Sintes Danse

Merci à Dignity toutes ces années ! A quand le prochain voyage ?

**Mélanie** : Pour tes chorégraphies toujours impressionnantes et que dire des bolas ! trop facile la vie en voyage avec toi ! J'espère toujours que le vidéoprojecteur nous permettra de regarder ensemble Crazy Stupid Love

**Cyrielle** : Pour ton sens de l'orientation hors pair, oui, j'ai réalisé que google maps est totalement futile si tu es là. Pour ton amour de la fête et pour le ventilateur d'appoint qu'il nous a fallu à Dublin.

**Isa** : Les massages thaïs sont à jamais gravé dans ma mémoire...

**Eve** : J'ai failli donner l'anglais à Isa mas ça n'a duré qu'une seconde ! of course ! Pour nos séances potins. A tes talents de cuisinière dont on a eu malheureusement pas besoin au pays du cidre et des patates

**Dorothée** : Again, pour les putes de Bangkok tout simplement

### Les Montpelliérains d'adoption

**D'Arcy** : Pour cette capacité incroyable à toujours me motiver, ta bonne humeur sans faille, les pintes de 17h, pour nos discussions à n'en plus finir, un bémol sur la brandade de morue

**Aline** : Pour ton sourire communicatif, pour m'inviter à dormir comme si on était ado et pour nos analyses psychanalytiques, j'espère que Tahiti mesure sa chance

**La vigour** : N'hésite pas si tu as besoin de shampooin, je viens de refaire des commandes, la bise à Jarod (et à juju et cléclé :))

**Timothée** : Pour cette coloc géniale à Perpi avec toi, pour les réanimations de 5h du mat', faut qu'on refasse un point je ne me souviens plus de mon profil numérolgique

**Virginie** : Pour ta faculté à faire un millier de choses par jour, et à quand même réussir à caler un petit café en fin d'aprem, continue de croquer la vie !

**Eloise et Sof** : Pour votre fraîcheur, et votre beaugossitude, j'ai hâte de vous retrouver et de refaire nos soirées zouz (déso Sof, et oui Simon tu peux venir)

**Stef** : Pour tes multiples talents artistiques impressionnants, tes goûts musicaux, et ces fameux pas de danse ! tu es quelqu'un de bien et tu as toute mon estime !

**Chakr** : Tu es une bien belle rencontre, chuis ben contente que tu ais pris la décision de quitter Paris, n'oublie pas que je suis dispo pour garder le chat !

**Pancho** : Tu me fais tellement rire, je n'ai qu'à penser à ton rire doux et cristallin et ça le fait ! Et puisque tu me supplies depuis tant de temps, ok pour organiser un week-end annécien

**Maissiat** : Pour ton flegme, ton côté surfeur, la planche sous le bras, le vent sur le front.. 😊 et pour ta bonne humeur permanente

**Brice** : Dededede et à ton entrain de ouf un chouette matin en pleine manade #féedulogis

**Hugo** : Pour tes champs lexicaux surdéveloppés, pour la bonne ambiance permanente que tu amènes partout, je te kiffe ! N'oublie pas de venir avec Diana steuplé

**Thibault** : The roi de la punchline pour moi ! Un amour de gentil ! Et des capacités surhumaines en dettes de sommeil, pour le soir où j'ai pu apercevoir Jack Nicholson

**Benji et Sev** : Je n'ai que des superlatifs pour parler de vous, amour, gloire, beauté. C'est toujours un plaisir de vous voir

**Hedi** : Pour ton bronzage parfait et tes talents de séducteur, dommage que tu aimes le fizz

**Oliv** : Tu fais mentir ce célèbre proverbe français qui dit je cite « qui a le visage beau n'a pas toujours bon cerveau », pour tes disquettes savantes quand je ne sais pas si c'est du lard ou du cochon

**Zaza** : A ton calme olympien, ta gentillesse, il est bien loin le temps où tu voulais me vendre ton armoire,

**Jo** : Pour ton rire tellement communicatif, et ton nouveau rôle de papa

**Laura Az** : Merci à Paris, pour nous avoir fait nous rencontrer pour de vrai ! La bise à Ruben-Pablo

**Clarisse** : Pour ta dinguerie et ton look de ouf ! Libérée délivrée ! On se retrouve sur la dance floor pour fêter ça !

**Juliette** : A la douceur de nos cuisses après l'aqua bike. Un vrai sport

**Julie et Marie** : Vous avez égayé notre retour sur les bancs de l'école, plus de Vatel par contre

**Marie Geslain** : Sache que je te voue une admiration sans borne depuis I love techno

**Bruno** : Bruuuunoooooooo

**Yann** : #poussièresdétoiles

**Céline** : Pour ta douceur et pour m'avoir fait confiance

**Johnny** : Je garde précieusement la dernière bière d'anniversaire en attendant la future fournée !

**Adrien** : pour rendre heureuse notre Jess, c'est bon on t'adopte avec plaisir !

**France** : Merci pour ton aide précieuse ! Pour tes connaissances de Béziers à Agde en passant par le Fizz. Pour ton sens de la fête



**Thierry** : Merci pour tes bonnes idées pour améliorer la forme ! et pour les discussions de fonds !

**Fanny** : Merci pour tes compétences statistiques bien au-dessus de mes attentes.

#### Dans le grand nord

**Emilie et Sandra** : pour cette découverte inattendue et pleine de promesses, merci à l'exceptionnel Véronique et à Corine bien sûr ! Hâte de vous revoir !

**Laetitia** : merci pour ce voyage exceptionnel en Sicile, pour tes répliques trashes qui parviennent encore à me choquer, grâce à toi les sacs congélation me font sourire

**Cécile** : merci pour ta blondeur et ton air ingénue, je suis sûre de gagner si je suis dans ton équipe !

**Zouzou** : Couxou! Pour ta passion pour les films de Jennifer Lopez et les animaux tout mignons, pour toutes tes trouvailles incroyables sur internet

#### Aux Saint Joriens, et à l'ADAB

**Olivia** : je te signale que Malcolm passe encore sur les chaînes de télé ici, je pense que ça serait quand même bien que tu viennes vérifier par toi même

**Coline** : j'espère que tu n'as pas changé de couleur de cheveux

Et enfin,

Merci à tous les médecins qui m'ont enseigné ce que je sais aujourd'hui,

Merci aux infirmières, aides-soignantes, secrétaires pour leurs coups de pouces, leurs conseils, leurs gentilleses,

Merci encore à mes amis médecins qui sont toujours là pour débriefer des situations délicates

Et merci aux patients qui m'en ont appris beaucoup sur les relations humaines et sur moi-même.

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	20
<b>INTRODUCTION</b> .....	21
<b>I. Contexte</b> .....	22
I.1. Epidémiologie.....	22
I.2. Expressions cliniques.....	23
I.3. Impact.....	24
I.4. Pratiques sexuelles et conséquences.....	24
<b>II. Question de recherche</b> .....	25
<b>III. Rappel sur les principaux agents pathogènes bactériens</b> .....	26
III.1. Treponema pallidum.....	26
III.2. Neisseria gonorrhoeae.....	28
III.3. Chlamydia trachomatis.....	30
III.4. Mesures complémentaires de suivi et de prévention.....	32
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	34
<b>I. Choix méthodologique</b> .....	34
I.1. Type d'étude.....	34
I.2. Enjeu méthodologique principal.....	34
<b>II. Population de l'étude</b> .....	34
II.1. Sélection des sujets.....	34
II.2. Mode de recrutement.....	35
<b>III. Elaboration du questionnaire</b> .....	36
<b>IV. Analyse statistique</b> .....	37
<b>RESULTATS</b> .....	38
<b>I. Population et identification des facteurs de risque</b> .....	38
<b>II. Comportements et pratiques de prévention</b> .....	42
<b>III. Connaissances et conscience des risques encourus</b> .....	49

<b>DISCUSSION</b> .....	56
<b>I. Sur la méthode</b> .....	56
I.1.L'échantillonnage.....	56
I.2. Le questionnaire.....	56
<b>II. Sur les résultats</b> .....	57
II.1. Population et identification des facteurs de risque.....	57
II.2. Comportements et pratiques de prévention.....	59
II.3. Connaissances et conscience des risques encourus.....	61
<b>III. Analyses complémentaires</b> .....	62
<b>IV. Limites de l'étude</b> .....	63
<b>V. Perspectives</b> .....	63
<b>CONCLUSION</b> .....	65
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	66
<b>ANNEXES</b> .....	71
<b>SERMENT</b> .....	78
<b>RESUME</b> .....	80
Mots Clés.....	80

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANAES = Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ancienne dénomination HAS)

EIA = Enzyme ImmunoAssays

ELISA = Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay

HCE = Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes

IFOP = Institut français d'opinion publique

IM = Intramusculaire

INPES = Institut national pour l'éducation et la santé

IST = Infection Sexuellement Transmissible

IV = Intraveineux

HAS = Haute Autorité de Santé

HPV = Human Papilloma Virus

HSV = Herpes Simplex Virus

MST = Maladie Sexuellement Transmissible

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

VDRL = venereal disease research laboratory

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

# INTRODUCTION

Enjeu de santé publique nationale mais aussi mondiale, l'élimination des infections sexuellement transmissibles (IST) s'inscrit dans la Stratégie Mondiale de la Santé 2016-2021 de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) (1) et dans le plan gouvernemental de Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 (2) dans le but entre autres de réduire la morbidité et la mortalité qui leurs sont associées.

Si ces plans d'actions sont promus par les grandes institutions, il faut le concours d'autres acteurs, notamment celui du système de santé, avec en particulier, le médecin généraliste qui s'inscrit de plus en plus comme pivot du système de soins (3). Comme décrit dans le code de la santé publique (article L.4130-1), le médecin généraliste a pour rôle de contribuer aux actions de prévention et de dépistage, et d'assurer pour ses patients l'éducation à la santé (4). Il est le médecin de proximité, celui qui est à même de connaître le mieux leur mode de vie. En cela, il est effectivement à un poste clé pour le dépistage et la prévention des IST.

Ces IST sont nombreuses, elles sont causées par des agents pathogènes de type bactéries, virus ou parasites. Nous en connaissons plus d'une trentaine (5), mais l'incidence des IST est liée majoritairement à huit d'entre elles, que sont : *Treponema pallidum* (responsable de la syphilis), *Neisseria gonorrhoeae* (responsable de la gonorrhée), *Chlamydia trachomatis* (responsable de la chlamydie), *Trichomonas vaginalis*, le virus de l'hépatite B, le virus de l'herpès (HSV), le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et le papillomavirus (HPV). Malgré l'importance de la prévalence et de l'incidence encore aujourd'hui des IST d'origine virale (6) (7) (8), elles ne seront pas abordées ici. : En effet, nous avons voulu centrer notre travail sur les IST bactériennes compte tenu du fait que le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans le dépistage et le traitement de ces infections. Certes le généraliste est également impliqué dans le dépistage des infections virales ou dans leur prévention par la vaccination (hépatite B et HPV), mais le traitement relève généralement de compétences spécialisées.

Dans cette étude, nous avons été aussi influencés par les données alarmantes de surveillance épidémiologique française des IST bactériennes les plus courantes que sont *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*. Les dernières évaluations publiées en 2018 par Santé publique France (9), confirment ces résultats et renforcent encore l'importance et l'urgence de se pencher sur le sujet.

## I. Contexte :

### 1. Epidémiologie :

Cette surveillance met en évidence une augmentation de ces IST bactériennes depuis la fin des années 1990.

Actuellement, elle est basée sur un réseau de cliniciens volontaires (exemple : réseau « RésIST », pour la syphilis et les gonococcies) et de laboratoires volontaires (« Renachla » et « Rénago » respectivement pour les chlamydioses et les gonococcies) qui permet de suivre les tendances, sans être exhaustif, du nombre de cas diagnostiqués et de leurs caractéristiques (6). Seuls 20% des laboratoires sont volontaires pour faire remonter leurs données de surveillance épidémiologique. Les pouvoirs publics ont conscience que ce n'est pas assez exhaustif et Santé Publique France envisage un dispositif plus centralisé pour palier à ce problème.

D'après leurs données publiées en 2016, le nombre d'infections à *N. gonorrhoeae* continue d'augmenter. Cette progression est particulièrement marquée chez les homosexuels masculins, bien que l'augmentation concerne également les femmes et les hommes hétérosexuels depuis 2008. En 2012 l'incidence annuelle est estimée à environ 15 000 cas (11). Les cas sont retrouvés particulièrement chez les jeunes (âge médian au diagnostic de 25 ans chez les hommes hétérosexuels et de 22 ans chez les femmes hétérosexuelles). En 2014, les réseaux ont rapporté le diagnostic de seulement quelques 3 000 cas, ce chiffre semble peu élevé compte tenu de l'incidence estimée (10).

Le nombre d'infections urogénitales à *C. trachomatis*, se stabilise. L'incidence annuelle de l'infection à *Chlamydia trachomatis* a été estimée à environ 77 000 cas en 2012 (11). Là aussi, les réseaux n'ont fait remonter le diagnostic que de 13 000 cas en 2014 (10). Les deux tiers des cas sont des femmes, en majorité âgées de 15 à 24 ans. Pour les hommes, la tranche d'âge est 20-29 ans. Bien que la surveillance de ces cas ne permette pas de décrire l'orientation sexuelle des patients, la forte représentation des femmes laisse supposer que l'infection se transmettrait davantage dans le cadre de rapports hétérosexuels.

Le nombre d'infections anorectales à *C. trachomatis* continue aussi d'augmenter et concernent les homosexuels dans plus de 90% des cas.

Le nombre de syphilis récentes (contaminations datant de moins d'un an) quant à lui, se stabilise (12).

Actuellement, le nombre de cas d'IST bactériennes est un problème de santé publique majeur qui touche majoritairement les jeunes (adolescents et jeunes adultes) définis ici par la tranche d'âge 15-29 ans.

## 2. Impact sur la santé :

Les IST bactériennes ont un retentissement sur la population directement par leurs conséquences sur la qualité de la vie, la procréation, la santé sexuelle et la santé des nouveau-nés et des enfants. De même, elles peuvent favoriser indirectement la transmission du VIH par voie sexuelle (5).

Leurs conséquences sur la santé vont donc de maladies aiguës bénignes courantes telles que les vaginites, les cervicites, les salpingites, les endométrites chez la femme, les urétrites, les orchites et les épидидymites chez l'homme aux maladies chroniques invalidantes incurables, en passant par les troubles psychologiques. Un éventail non exhaustif des pathologies associées à ces IST est visibles dans le tableau 1 (5).

Par ailleurs le coût de leur prise en charge peut avoir un impact sur l'économie nationale et le revenu des individus (13).

Les conséquences sur la santé des populations peuvent être multiples et lourdes.

Infections bactériennes	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p><b>GONORRHEE</b>  <b>Hommes</b> : écoulement urétral (urétrite), épидидymite, orchite, stérilité  <b>Femmes</b> : cervicite, endométrite, salpingite, infection génitale haute, stérilité, rupture prématurée des membranes, périhépatite  <b>Deux sexes</b> : rectite, pharyngite, gonococcie disséminée  <b>Nouveau-nés</b> : conjonctivite, cicatrices cornéennes et cécité</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p><b>CHLAMYDIOSE</b>  <b>Hommes</b> : écoulement urétral (urétrite), épидидymite, orchite, stérilité  <b>Femmes</b> : cervicite, endométrite, salpingite, infection génitale haute, stérilité, rupture prématurée des membranes, périhépatite ; souvent asymptomatique  <b>Deux sexes</b> : rectite, pharyngite, syndrome de Reiter  <b>Nouveau-nés</b> : conjonctivite, pneumonie</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i> (souches L1-L3)	<p><b>LYMPHOGRANULOME VENERIEN</b>  <b>Deux sexes</b> : ulcère, oedème inguinal (bubon), rectite</p>
<i>Treponema pallidum</i>	<p><b>SYPHILIS</b>  <b>Deux sexes</b> : ulcération primaire (chancre) associée à une adénopathie locale, éruption cutanée, condylomatose ; atteintes osseuses, cardio-vasculaires et neurologiques  <b>Femmes</b> : grossesses improductives (avortement, mortinaissance), accouchement avant terme  <b>Nouveau-nés</b> : mortinaissance, syphilis congénitale</p>

Tableau 1 : Principaux agents pathogènes bactériens et maladies qu'ils causent



### **3. Défaut d'expression clinique :**

L'augmentation du nombre de cas d'IST bactériennes est liée au fait qu'une grande proportion d'individus contaminés ne présente aucun symptôme apparent. Cette prévalence élevée des formes asymptomatiques entretient la transmission. D'ailleurs, de ce fait, nous utilisons le terme d'infections sexuellement transmissibles (IST) plutôt que maladies sexuellement transmissibles (MST).

Ainsi, selon les données de l'HAS, les infections uro-génitales à *C. trachomatis* sont asymptomatiques jusqu'à chez 70% des femmes et 54% des hommes (14). L'infection asymptomatique de *N. gonorrhoeae* quant à elle, concerne plus de 50% des cas chez la femme (15). Pour la syphilis, plusieurs raisons peuvent se combiner pour que l'infection ne soit pas diagnostiquée : elle présente des phases de latence clinique, les manifestations cliniques peuvent être peu spécifiques ou difficilement accessibles aux yeux de l'individu atteint et du médecin, ou même régressives spontanément (16).

La grande proportion de formes asymptomatiques entretient la transmission.
--

### **4. Défaut de connaissance et relâchement des mesures de protection :**

Le sentiment d'information sur les IST hors VIH chez les jeunes entre 15 et 30 ans qui était plus élevé en 2015 que pour la période de 2000 à 2010 (17), décroît de 2015 à 2016 (18).

En effet d'après le sondage IFOP de 2016, concernant le VIH, on enregistre tout d'abord une diminution du sentiment d'être informé (82% en 2016 versus 89% en 2015) mais aussi des fausses représentations du VIH et de ses modes de transmission (30% des jeunes interrogés). Avec notamment 17% d'entre eux qui pensent que la pilule du lendemain permet d'empêcher cette transmission. Un autre exemple, 22% des jeunes interrogés pensent qu'il existe un traitement pour guérir du SIDA.

Il en découle un sentiment d'invincibilité avec 24% des jeunes qui déclarent ne pas avoir peur du sida contre 17% en 2015, et donc un relâchement global des mesures de protection communes à toutes les IST (18).

Déjà en 2010, on constate une diminution de l'utilisation du préservatif chez les moins de 30 ans. Ainsi 34% des hommes contre 50% en 2004 disent l'avoir utilisé pour leur dernier rapport et cela sans lien avec un test de dépistage récent (19).

En 2016, Seulement 45% des 15-25 ans ont effectué un test de dépistage après des rapport non protégés contre 55% en 2015 (18). A titre indicatif : l'âge au premier rapport est stable (17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles), les rapports sexuels précoces sont rares, l'utilisation du préservatif pour le tout premier rapport est largement répandue (17) (20).

Par ailleurs, une fois en couple, les réflexes de protection ne perdurent pas. Notamment, dans les premiers trois mois de la relation, nombreux sont ceux qui pensent que leur relation est suffisamment sérieuse pour arrêter les préservatifs, et ce sans avoir fait de bilan de dépistage des IST (21) (22). Une des principales raisons évoquées pour lesquelles les couples cessent d'utiliser les préservatifs est la confiance et l'intimité grandissantes entre les partenaires, Et ceci, tandis que leur perception du risque de transmission des IST décroît (23) (24) (25) (26). De plus, il est également rapporté que de nombreux couples utilisant une contraception hormonale pour éviter une grossesse, perçoivent les préservatifs comme étant un double emploi et donc superflu, si le risque de transmission des IST leur paraît négligeable (27) (28).

Les mesures de protection se relâchent chez les jeunes.
---

## **II. Question de recherche :**

Comme évoqué précédemment, le nombre de cas d'IST est un problème majeur de santé publique pouvant entraîner de lourdes conséquences sur la santé des populations. Il touche majoritairement les jeunes dont les habitudes de prévention se relâchent, potentialisé par la grande proportion de formes asymptomatiques qui entretient la transmission.

Permettre une réelle conscience du risque de transmission des IST par les populations exposées est une nécessité. Mais rien ne peut être efficace si les populations ne perçoivent pas la réalité du risque auquel elles sont exposées. C'est pourquoi de nombreux efforts sont fait depuis des années au niveau national pour les sensibiliser. Les plans gouvernementaux se succèdent tout comme les campagnes de prévention. Bien que le nombre de dépistages augmente, on est encore

loin de l'élimination des IST. Sensibiliser une population paraît être une démarche des plus complexes.

Notre travail consiste donc à interroger des jeunes femmes et jeunes hommes en dehors de toute consultation spécifique pour analyser leur sensibilisation face au risque d'IST. Le fait de les interpeller en dehors de toute demande émanant de leur part, nous rappelle qu'en tant que médecins généralistes nous sommes les premiers acteurs dans la démarche de dépistage des IST comme cela a été réaffirmé dans la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 et qu'il est de notre rôle, même en l'absence de toute demande, d'éduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes (2)

Notre objectif principal est donc de décrire leurs comportements et leurs pratiques de prévention en matière de sexualité ainsi que d'évaluer leurs facteurs de risque d'IST.

Notre objectif secondaire est de décrire leurs connaissances des situations à risque et leur conscience du risque vis-à-vis de leurs comportements.

### **III. Rappel :**

Etant donné que nous avons choisi de nous intéresser aux IST bactériennes comme expliqué plus haut, nous rappelons plus spécifiquement pour leurs modes de transmission, leurs méthodes diagnostiques dans le cadre de dépistage et leur traitement de première intention d'après les données de l'HAS.

#### **1. Treponema pallidum :**

##### **a. Modes de transmission :**

La transmission se fait par contact direct lors des rapports sexuels avec des lésions muqueuses principalement ou cutanées excoriées (par exemple par contact avec le chancre de la syphilis primaire ou les syphilides de la syphilis secondaire).

La période de contagion peut être longue ; un à deux ans en fonction de l'évolution de l'infection et la présence de lésions primaires ou secondaires.

Le taux de transmission par un partenaire contaminé est de 50 à 75 % s'il est en phase primaire ou secondaire. Les signes peuvent survenir après une période d'incubation d'environ 3 semaines.

A noter qu'il existe également un risque de transmission materno-fœtale entre les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> mois de grossesse.

Les transmissions post-transfusionnelles ou post-greffe d'organe sont exceptionnelles.

#### b. Méthodes diagnostiques :

En dehors d'un contexte clinique évocateur, la méthode de référence pour le dépistage est la sérologie : il est recommandé actuellement que le dépistage initial soit fait par un test tréponémique automatisé (EIA, ELISA) qualitatif. Ce test témoigne du passage de l'infection mais pas de son activité, il reste positif même après guérison.

En cas de positivité, il doit être confirmé dans le même temps par un test non tréponémique (VDRL) quantitatif. Dans ce cas ce test est peu spécifique, il témoigne de l'activité de l'infection et se négative à la guérison.

La positivité du test survient après un délai de 10 jours après l'apparition d'un chancre (ce dernier pouvant échapper à l'examen clinique du fait de sa localisation et de la possible régression spontanée).

En pratique (16) :

Test tréponémique + et VDRL + : l'individu présente une syphilis non guérie ; et c'est l'examen clinique qui détermine le stade de l'infection.

Test tréponémique +, VDRL - : l'individu a eu la syphilis et est guérie ou le dépistage est très précoce (premiers jours du chancre) et doit être reconstrôlé.

Test tréponémique -, VDRL + : c'est un faux positif du VDRL (cela peut s'observer au cours du syndrome des anti-phospholipides ou dans certaines maladies auto-immunes).

Test tréponémique -, VDRL - : l'individu n'a pas de syphilis, ou la sérologie est trop précoce, dans ce cas, la sérologie peut être répétée après 1 à 2 semaine(s) en fonction du contexte.

c. Prise en charge thérapeutique :

Le traitement est antibiotique. Concernant la syphilis précoce, il est recommandé en première intention d'administrer en dose unique une injection intra musculaire de 2,4 Millions d'unités de Benzathine benzylopénicilline (Extencilline®). En cas d'allergie aux  $\beta$ lactamines, l'antibiotique préconisé est la doxycycline 100 mg deux fois par jour per os pendant 14 jours (29).

Affirmer la guérison immédiate est quasi impossible, le suivi des patients et des résultats du VDRL notamment est nécessaire pendant plusieurs années.

Concernant plus spécifiquement le dépistage et le traitement des partenaires (30) :

Si le patient a un dépistage positif à la syphilis :

- Et le contact remonte à plus de 6 semaines : examiner le sujet contact, faire la sérologie : si le résultat est positif : le traiter, si le résultat est négatif : reconstrôler la sérologie à 3 mois.
- Ou le contact remonte à moins de 6 semaines : examiner le sujet contact, faire la sérologie et traiter systématiquement.

Si le patient a un dépistage biologique douteux pour la syphilis : Examiner le sujet contact, faire la sérologie :

- Si le résultat est positif : le traiter,
- Si le résultat est négatif : reconstrôler la sérologie à 3 mois.

## 2. Neisseria gonorrhoeae :

### a. Modes de transmission

L'infection se transmet par contact direct, principalement lors de rapports sexuels (général, buccal ou anal) entre une personne déjà infectée, qu'elle soit symptomatique ou non et son partenaire. Cette bactérie est donc présente en particulier sur les muqueuses (urètre, col de l'utérus, vagin, région anorectale, oropharynx).

Elle peut toucher plus rarement les conjonctives, via le manuportage dans le cas des adultes ou lors du passage de la filière génitale à l'accouchement pour les nouveau-nés.

De façon tout à fait exceptionnelle, il a été rapporté des contaminations indirectes par les mains ou des objets souillés.

Après un unique contact infectant, le risque de contamination par transmission sexuelle avoisine les 20 % chez l'homme et près de 50 % à 90 % chez la femme (15).

Pour les infections symptomatiques, les signes surviennent entre 2 et 7 jours après la contamination.

b. Méthodes diagnostiques :

Le diagnostic biologique repose sur les prélèvements locaux. Concernant les prélèvements à privilégier pour la réalisation des tests de dépistage ou pour le diagnostic des formes symptomatiques, ils se font en fonction des caractéristiques et des comportements des individus, ainsi chez l'homme on préfère le prélèvement du premier jet d'urine ; chez la femme l'auto-prélèvement vaginal ; et en fonction des pratiques sexuelles, dans les deux sexes, il peut être rajouté un prélèvement pharyngé et/ou anal (15).

En laboratoire, bien que la mise en culture soit le test diagnostique de référence, elle n'est pas adaptée dans le contexte de dépistage. Ce sont les méthodes d'amplification génique associant la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et de *Chlamydia trachomatis* qui sont préconisées.

c. Prise en charge thérapeutique :

Il est apparu des cas de résistances aux antibiotiques. Notamment une augmentation de la résistance de la bactérie à la classe des pénicillines, des tétracyclines et une augmentation de la résistance à la ciprofloxacine avec résistance croisée aux autres fluoroquinolones. Il existe également une augmentation des résistances à certaines céphalosporines de 3ème génération tel que la céfixime.

Plus grave, deux souches (sur 1400) se sont révélées résistantes à la ceftriaxone en 2010 (31). Malgré cela, le traitement recommandé actuellement en première intention et visible dans le tableau 2 est la ceftriaxone 500 mg en intraveineux (IV) ou en intramusculaire (IM) (29). La gentamycine est à proposer en cas de contre-indication aux  $\beta$ -lactamines.

Il est recommandé d'y associer le dépistage et le traitement du portage asymptomatique de *Chlamydia trachomatis*.

Agent	Traitement	
	Première intention	Deuxième intention <sup>1</sup>
Gonocoque	Ceftriaxone IM dose unique	Par ordre décroissant de recommandation : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Gentamicine<sup>2</sup> IM dose unique</li> <li>· Cefixime<sup>3</sup> PO dose unique</li> <li>· Ciprofloxacine PO (uniquement si l'on dispose d'un antibiogramme montrant une sensibilité) dose unique</li> </ul>

Tableau 2 : Traitement antibiotique dans les urétrites et cervicites à gonocoque

### 3. Chlamydia trachomatis :

#### a. Modes de transmission :

Tout comme *Neisseria gonorrhoeae*, l'infection se transmet par contact direct, principalement lors de rapports sexuels (génital, buccal ou anal) entre une personne déjà infectée, qu'elle soit symptomatique ou non et son partenaire. Cette bactérie est donc présente en particulier sur les muqueuses (urètre, col de l'utérus, vagin, région anorectale, oropharynx).

L'infection peut aussi se transmettre au nouveau-né lors du passage de la filière génitale.

Lorsque l'infection est symptomatique, les signes apparaissent dans les premières semaines suivant la contamination (14).

#### b. Méthodes diagnostiques :

*Seules les prises en charge pour les suspicions de formes asymptomatiques ou d'infections urogénitales basses simples sont abordées ici.*

Le diagnostic biologique se fait par prélèvement local. Chez les femmes (en dehors des menstruations), il se fait par prélèvement vaginal ou du premier jet urinaire (possiblement en auto-prélèvement) pour les formes asymptomatiques, ou alors de l'endocol en cas de formes symptomatiques. Chez les hommes, il se fait en première intention sur premier jet urinaire pour

les formes symptomatiques, ou alors sur prélèvement du méat urinaire en cas de formes symptomatiques.

De la même façon que pour *Neisseria gonorrhoeae*, en fonction des pratiques sexuelles, dans les deux sexes, il peut être rajouté un prélèvement pharyngé et/ou anal.

Une fois au laboratoire, la méthode de référence utilisée en première intention est la biologie moléculaire avec amplification génique (en anglais polymerase chain reaction : PCR) (14) (32).

c. Prise en charge thérapeutique :

*Seules les prises en charge pour les suspicions de formes asymptomatiques ou d'infections uro-génitales basses simples (vaginite, cervicite, urétrite) sont abordées ici.*

Actuellement le traitement des infections uro-génitales basses simples ou des formes asymptomatiques est l'azithromycine 1g per os en prise unique en première intention ou par doxycycline per os 100 mg deux fois par jour pendant sept jours (29).

Cependant, il faut savoir que la guérison bactériologique ne permet pas d'affirmer la guérison anatomique et fonctionnelle. Il peut persister des lésions tubaires ou pelviennes irréversibles chez la femme.

Il est recommandé de traiter systématiquement les partenaires, si possible au même moment et ce quel que soit le résultat de leur prélèvement.

*Neisseria gonorrhoeae* doit être recherchée systématiquement et son traitement peut être proposé d'emblée en fonction du contexte clinique.

Actuellement le dépistage systématique opportuniste de *Chlamydia trachomatis* est recommandé chez les femmes de moins de 25 ans et chez les hommes jusqu'à 30 ans dans les centres de dépistage (14).

A noter aussi qu'en présence de facteurs de risque infectieux (IST ou pratique sexuelle à risque d'IST), le dépistage est également recommandé avant la pose d'un dispositif intra-utérin (33).



#### 4. Mesures complémentaires communes de suivi et de prévention :

##### a. Le suivi :

Le traitement s'accompagne aussi de recommandations d'abstinence sexuelle ou d'utilisation de préservatifs pendant minimum 7 jours après une dose unique ou plus si besoin pour couvrir toute la durée du traitement et jusqu'à la disparition des symptômes s'ils existent initialement.

Du fait de l'émergence de résistance aux antibiotiques concernant *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, le patient doit être informé que la persistance précoce des symptômes s'ils préexistent doit conduire à une nouvelle consultation dans les 3 à 7 jours pour adapter si besoin le traitement à l'antibiogramme.

Il est également nécessaire de vérifier 7 jours plus tard, la guérison clinique et biologique surtout dans le contexte de localisation pharyngée ou d'un traitement autre que la ceftriaxone pour *Neisseria gonorrhoeae* (34).

##### b. Autres mesures préventives :

Il faut proposer le dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les délais de séroconversion.

La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée chez les patients non immunisés.

De la même façon, en l'absence de couverture vaccinale recommandée, la vaccination contre l'HPV peut être rattrapée jusqu'à 19 ans chez les filles et jusqu'à 26 ans chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (35).

Depuis janvier 2017, le CNS recommande d'adopter la stratégie de vaccination universelle pour les jeunes filles et jeunes garçons de 11 à 13 ans en utilisant le vaccin quadrivalent et assortie d'un rattrapage vaccinal des adolescents et jeunes adultes non vaccinés (10).

Dans tous les cas, il est recommandé de dépister les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin à partir de 25 ans.

De manière plus général, il faut rappeler que les rapports sexuels protégés c'est-à-dire avec préservatifs, sont préconisés (y compris pour la fellation, y compris pour les rapports sans éjaculation) et ce avec tout partenaire inconnu ou occasionnel (36). En cas d'IST diagnostiqués,

les partenaires récents (dans les 2 mois précédents) ou habituels doivent pouvoir être pris en charge (34).

L'utilisation correcte des préservatifs pendant les rapports est le seul moyen de prévention disponible contre la transmission des IST. Le recours aux tests de dépistage pour les deux partenaires avant d'arrêter l'utilisation de préservatifs est essentiel.

# **MATERIEL ET METHODES**

## **I. Choix méthodologique**

### **1. Type d'étude**

Pour rappel, cette étude a pour objectif principal de décrire les comportements et les pratiques de prévention en matière de sexualité de la population étudiée ainsi que leurs facteurs de risque d'IST.

Notre objectif secondaire est de décrire leurs connaissances des situations à risque et leur conscience du risque vis-à-vis de leurs comportements.

Nous avons donc choisi de l'appréhender sous la forme d'une étude quantitative d'épidémiologie descriptive auprès d'un échantillon de jeunes femmes et jeunes hommes âgés de 18 à 29 ans.

### **2. L'enjeu méthodologique principal**

Du fait du sujet évoqué, la méthode qui nous a semblé la plus adaptée était la réalisation d'une enquête par questionnaire informatisé.

Pour faciliter la participation à l'enquête, le questionnaire devait être anonyme, rapide à faire et accessible 24h/24h.

## **II. Population :**

### **1. Sélection des sujets :**

La population ciblée était une population de 18 à 29 ans ayant des rapports sexuels.

Les critères d'inclusion étaient la participation volontaire à l'enquête, l'accès à l'un des réseaux sociaux diffusant le questionnaire et d'avoir complété entièrement ce dernier. Nous avons respecté des critères d'exclusion préétablis. Ainsi les individus qui ne correspondaient pas à la tranche d'âge concernés et qui n'avait jamais eu de rapports sexuels ont été retirés de l'étude.

## **2. Mode de recrutement**

Pour commencer, nous avons décidé que pour diffuser le questionnaire prioritairement auprès de la tranche d'âge ciblée, il était plus réalisable de recruter auprès d'une population étudiante. C'est pourquoi, nous avons choisi, lors de la création du questionnaire, de détailler les différentes filières étudiantes sans toutefois exclure les participants non étudiants. De plus nous souhaitons recruter préférentiellement une population locale, c'est pourquoi nous avons mis en avant le département de l'Hérault sans, encore une fois, exclure les autres participants.

Nous avons donc décidé de diffuser le questionnaire via les réseaux étudiants de Montpellier. La diffusion du questionnaire dépendait de l'acceptation des administrateurs de chaque réseau étudiant contacté. Nous avons contacté par mail huit bureaux de vie étudiante de différentes branches universitaires montpellieraines pour leur expliquer le projet et leur demander l'accès à leur mailing list ou leur accord pour une publication sur leur réseau étudiant. En revanche, nous n'avons pas fait de demande auprès du bureau de vie étudiante de médecine de Montpellier. Nous avons également contacté le bureau de vie étudiante de Montpellier via le Service commun de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé. Nous avons été confrontés à un refus unanime.

Nous avons donc pris le parti de le diffuser par l'intermédiaire de deux groupes sur le réseau social gratuit Facebook. Après acceptation des administrateurs des groupes : « étudiant montpellier 2017/2018 » et « Etudiants de Montpellier », nous avons publié le questionnaire disponible en annexe 1. Ces groupes de membres ont pour but de faire du lien entre les étudiants de partager des informations sur la vie étudiante, sur les événements de proximité et les bons plans étudiants. Nous les avons volontairement choisis du fait de leur grand nombres de membres. Ils regroupaient à eux deux quelques 33 000 membres mais la part d'utilisateurs réellement actifs est difficilement quantifiable. Une fois diffusé sur ces deux réseaux, aucune relance n'a été effectuée, les éventuels commentaires des usagers faisant remonter d'eux-mêmes la publication.

Le questionnaire a été diffusé le 28 mars 2018 et les réponses ont été comptabilisées jusqu'au 30 juin 2018.

### III. L'élaboration du questionnaire

Il a été créé sur internet via le logiciel libre Google Forms.

Ce questionnaire composé de 31 questions fermées (dont 2 semi-fermées) a été construit grâce aux recherches bibliographiques sur le sujet (19) (23) (37) (38) et avec l'aide de ma directrice de thèse le Dr Carine Favier.

Le questionnaire disponible en Annexe 1 a été testé préalablement par 7 étudiants de Montpellier et modifié à la suite de leurs remarques pour une meilleure compréhension des questions.

Il débutait par une présentation de l'étude associée à une proposition de participation. La participation devait être consentie par validation électronique. Le questionnaire était structuré en trois pages. La première page était une présentation de l'étude et les 31 questions étaient réparties sur les deux autres pages. L'ordre des questions ainsi que la présence régulière de phrases d'accroche ont été pensés afin de maintenir l'intérêt des participants. La présence de questions semi-fermées concernait une précision sur l'âge, sur la localisation géographique et l'activité étudiante ou professionnelle des participants.

Pour l'interprétation des résultats, nous avons divisé le questionnaire en plusieurs parties sans lien avec l'ordre des questions proposées aux participants.

Nous avons fait apparaître les critères d'exclusions de l'enquête : l'âge et la virginité ont été recherchés dans les questions 1 et 8. La tranche d'âge choisie fait référence aux données épidémiologiques connues (6) (11). La population mineure a été exclue pour des raisons d'impossibilité de recueil du consentement du tuteur légal.

Et nous avons découpé le questionnaire comme suit :

Une première partie visait à étudier **les caractéristiques de la population et identifier les facteurs de risque d'IST bactériennes**. Parmi ceux répertoriés dans la littérature (14) (15) (39), seuls les antécédents d'IST, les partenaires sexuels multiples, l'homosexualité, l'âge de moins de 25 ans, et le sexe féminin ont été recherchés dans les questions 1, 2, 9, 10 et 16.

Les caractéristiques socio démographiques telles que la localisation géographique et l'activité des participants ont été demandés dans les questions 3 et 4 et pouvaient être librement précisées.

Une deuxième partie visait à explorer dans les questions 7,11,15, 17 à 23, **les pratiques de prévention** telles que l'utilisation des préservatifs et la réalisation de test de dépistage pour le participant et le partenaire **et à mettre en relief les comportements prédictifs de prise de risque** tels que

- Le célibat, (40)
- Les relations de moins de trois mois, (40)
- Avoir un partenaire ayant eu une IST, (21) (22) (26) (40)
- L'absence de communication entre les partenaires sur les pratiques de prévention.

La troisième partie visait d'une part à apprécier **les connaissances théoriques sur les situations à risque** (regroupées dans les questions 5, 28, 29 et 30) et d'autre part pour les questions restantes, à évaluer **la conscience que les participants avaient vis-à-vis de leurs comportements**. Il s'agissait par exemple de les laisser juger par eux-mêmes de leur capacité à savoir se protéger ou de la possibilité d'avoir été exposé aux IST.

Après validation du questionnaire, le participant accédait à une page comportant les adresses des centres de dépistage de Montpellier et des liens internet de sites d'informations de Santé publique France dédiés aux IST. Il lui avait été également précisé sur la publication qu'en cas de problème de compréhension ou d'inquiétudes par rapport aux questions, nous étions joignables pour leur répondre.

#### **IV. La méthode d'analyse**

La méthode est descriptive. Le logiciel Microsoft Excel® a été utilisé pour réaliser les calculs des descriptives usuelles (pourcentages, moyennes, médianes) ainsi que les graphiques.

Les analyses sont univariées. Deux analyses statistiques complémentaires ont été réalisées via le test Chi2 de Pearson.

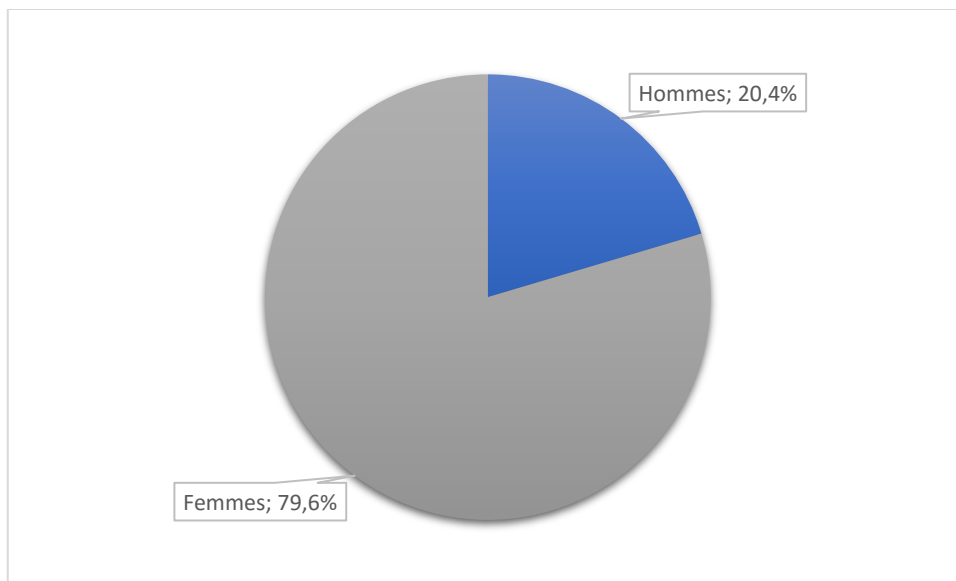
# **RESULTATS**

Le 28 mars 2018, le questionnaire a été publié sur internet sur les 2 groupes cités. 193 réponses ont été collectées. Soit un taux de participation global de 0,58 %.

Parmi les 193 répondants, 12 ont été exclus selon les critères d'exclusion pré établis, soit 8 participants qui n'avaient pas l'âge requis et 4 supplémentaires qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels. Nous avons donc retenu un total de 181 réponses.

## **I. Caractéristiques de la population et identification des facteurs de risque :**

### Sexe

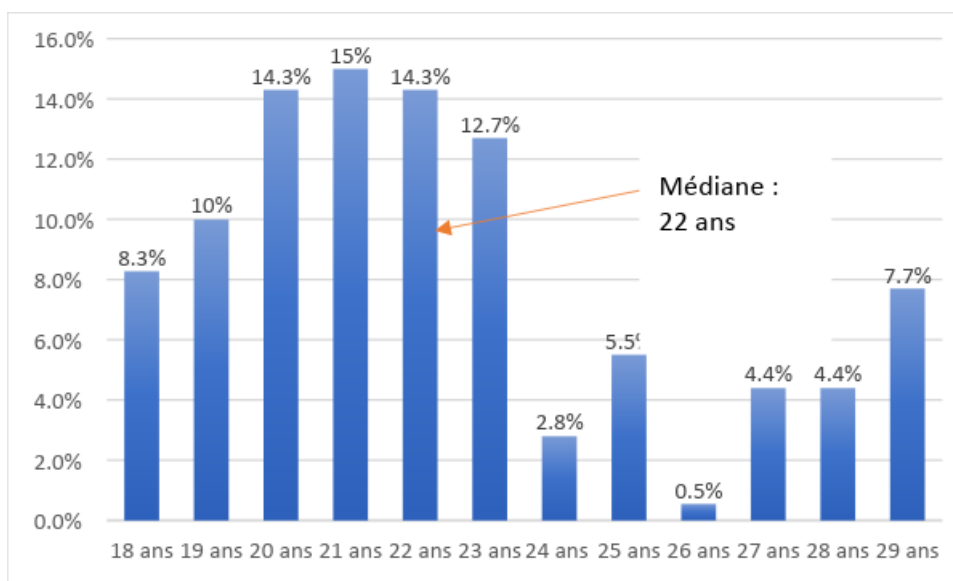


Parmi ces 181 répondants, on peut constater qu'une large majorité des répondants sont des femmes, puisqu'elles sont 144 soit 79,6% contre 37 hommes soit 20,4%.

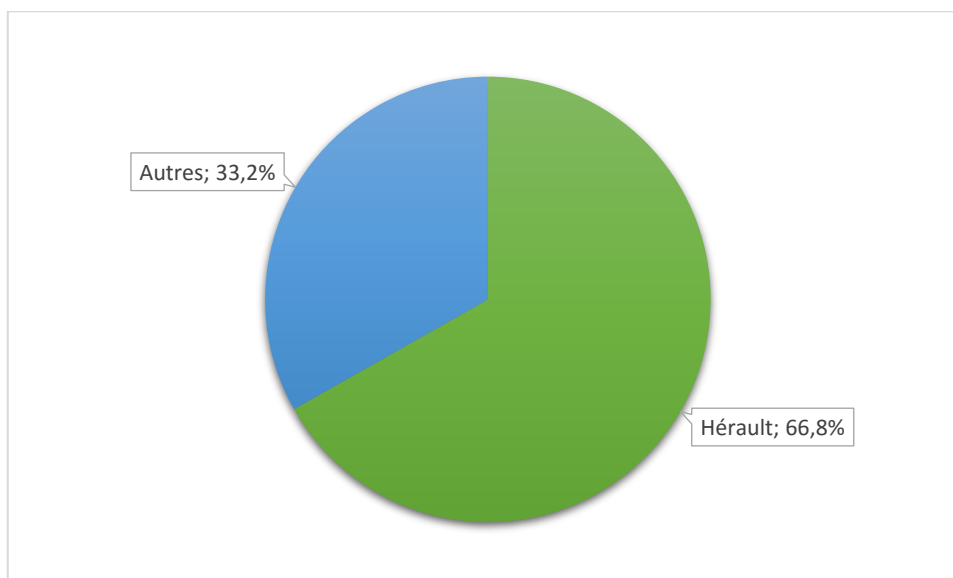
### Age

L'âge moyen est de 22,4 ans. La médiane est de 22 ans (le 25<sup>ème</sup> percentile est 20 ans et le 75<sup>ème</sup> percentile est 24 ans) avec un âge minimum de 18 ans et un âge maximum de 29 ans correspondant aux critères d'inclusion.

Les moins de 25 ans représentent donc plus de 75% des répondants soit 136 personnes.



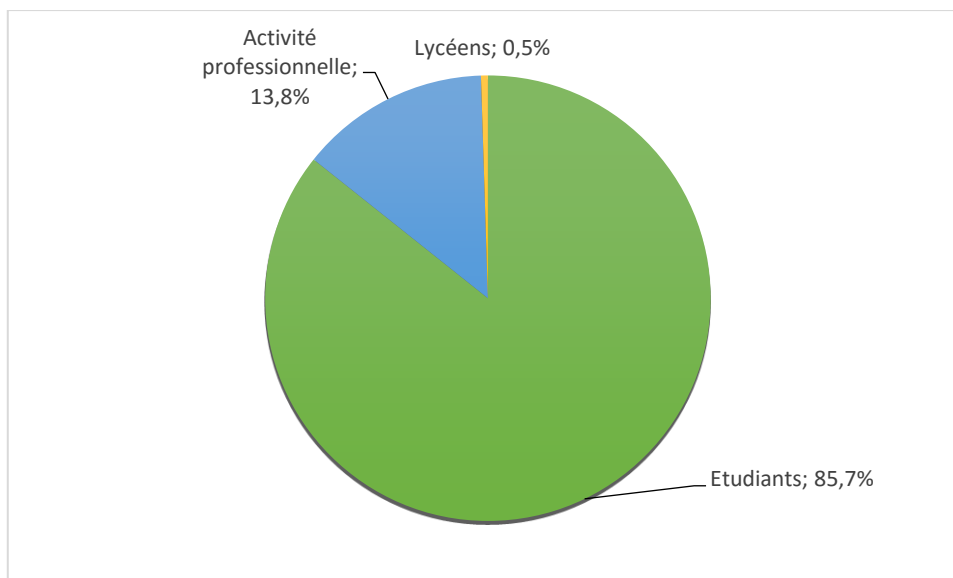
### Département



Parmi les répondants, une grande part, 66,8%, habite dans l'Hérault soit 121 personnes et 33,2% soit 60 personnes habitent d'autres départements parmi lesquels, le Nord (22 personnes), l'Isère (14), les Bouches du Rhône (8), le Rhône (6), le Gard (3) et les 7 restants habitent dans des départements français chacun différent : Yvelines, Haute Corse, Savoie, Haute Savoie, Alpes Maritimes, Aude et Var.



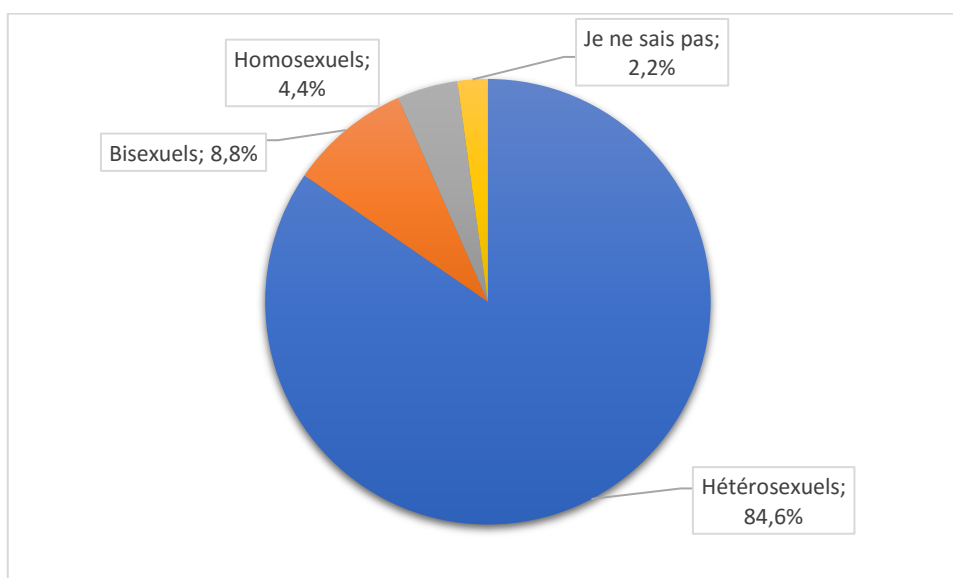
## Etudes ou activités professionnelles



Les études entreprises pouvaient être détaillées, ainsi parmi les étudiants : 57 sont en niveau Licence, 40 sont en niveau Master, 29 autres sont spécifiquement en filière Santé/médecine, 9 en Ecole de commerce, 6 en BTS/DUT, 4 en Ecole d'ingénieurs, 4 en Ecole d'arts, 3 en classes préparatoires et 3 en Licence professionnelle. On peut constater qu'une très large majorité côtoie l'université.

## Orientation sexuelle :

La grande majorité des répondants déclare être hétérosexuelle soit 84,6%. Les 8,8% (soit 16 personnes) qui se disent bisexuels sont presque tous des femmes (soit également 9% d'entre elles). Les 4,4% (soit 8 personnes) qui se disent homosexuels sont presque tous des hommes (soit également 19% d'entre eux). Une petite part, 2,2% (soit 4 personnes) ne sait pas quoi répondre.



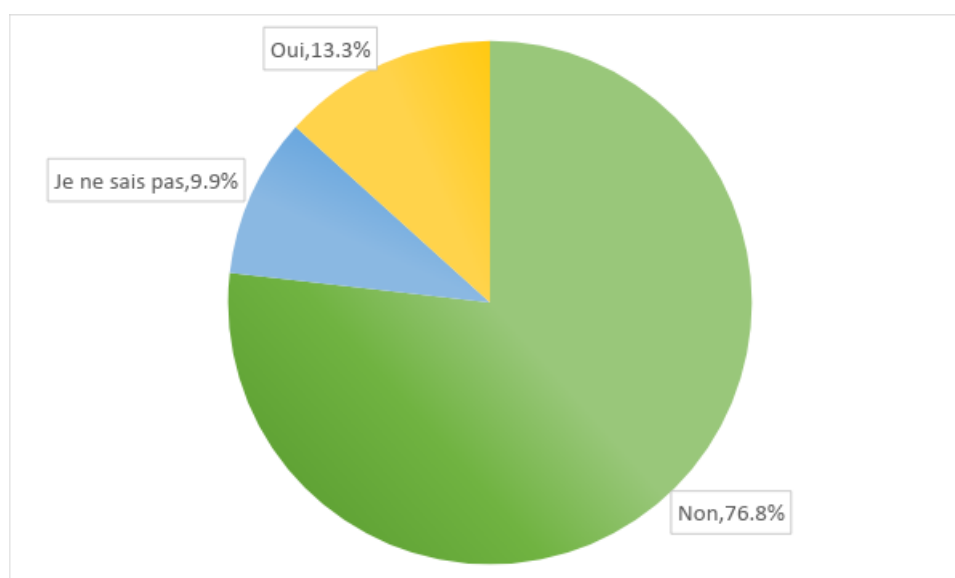
### Nombre de partenaires au cours de la vie :

Au moment du questionnaire, 44% des participants déclarent avoir eu entre 1 et 3 partenaires. La grande majorité d'entre eux sont des femmes. Parmi les réponses des femmes, la médiane se situe entre quatre et six partenaires et le 75<sup>ème</sup> percentile se situe entre onze et quinze partenaires. Parmi les hommes, la médiane se situe entre onze et quinze partenaires et le 75<sup>ème</sup> percentile se situe entre vingt-et-un et vingt-cinq partenaires.

Nombre de partenaires	Pour les femmes	Pour les hommes
Entre 1 et 3	69 (38,1%)	11 (5,9%)
Entre 4 et 6	24 (13,3%)	2 (1,1%)
Entre 7 et 10	14 (7,7%)	4 (2,2%)
Entre 11 et 15	14 (7,7%)	6 (3,3%)
Entre 16 et 30	20 (11,1%)	5 (2,8%)
Entre 31 et 60	2 (1,1%)	5 (2,8%)
Entre 61 et 100	0	2 (1,2%)
>100	1 (0,6%)	2 (1,1%)
<b>Total</b>	<b>144 (79,6%)</b>	<b>37 (20,4%)</b>

### Antécédents personnels d'IST :

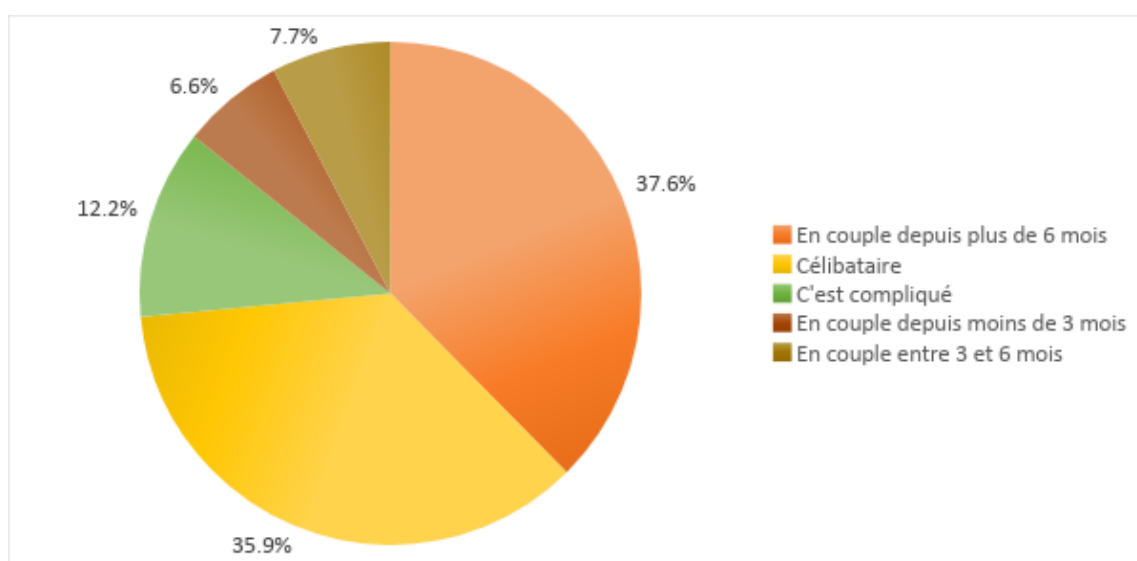
Ils sont 13,3%, soit vingt-quatre personnes, a déclaré avoir déjà eu une IST. Selon le sexe, 16,2 % des hommes participants déclarent avoir eu une IST contre 14,3% des femmes. La prévalence d'IST parmi les moins de 25 ans de cette étude sans distinction selon le sexe est de 10%.



## II. Comportements et pratiques de prévention mises en œuvre :

En couple : Plus de la moitié des participants sont soit célibataires 35,9% (65 personnes), soit en situation instable 12,2% (22 personnes) ou soit sont des jeunes couples de moins de trois mois 6,6% (12 personnes).

Pour les participants qui se déclarent en couple depuis plus longtemps, 7,7 % sont en couple depuis plus de trois mois et moins de six mois et 37,6 % sont en couple depuis plus de six mois.

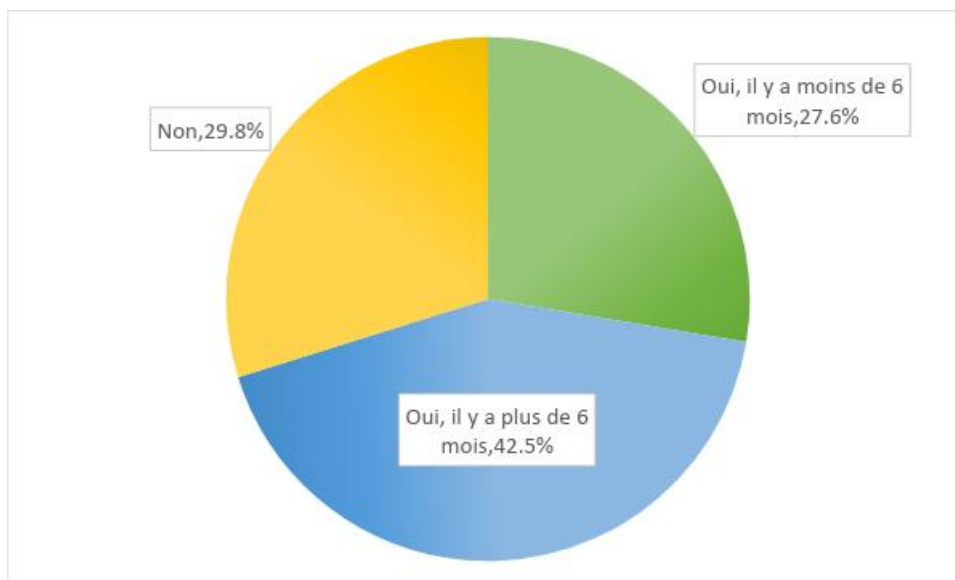


### En couple, vous vous considérez comme fidèle ou infidèle ?

Sur une échelle analogique allant de 1 à 5 avec soit 1 représentant la fidélité et 5 l'infidélité, 78,5% des participants (142) déclarent être fidèle, aucun ne coche la case « infidélité », et 39 d'entre eux soit 21,5 % se situent entre les deux.

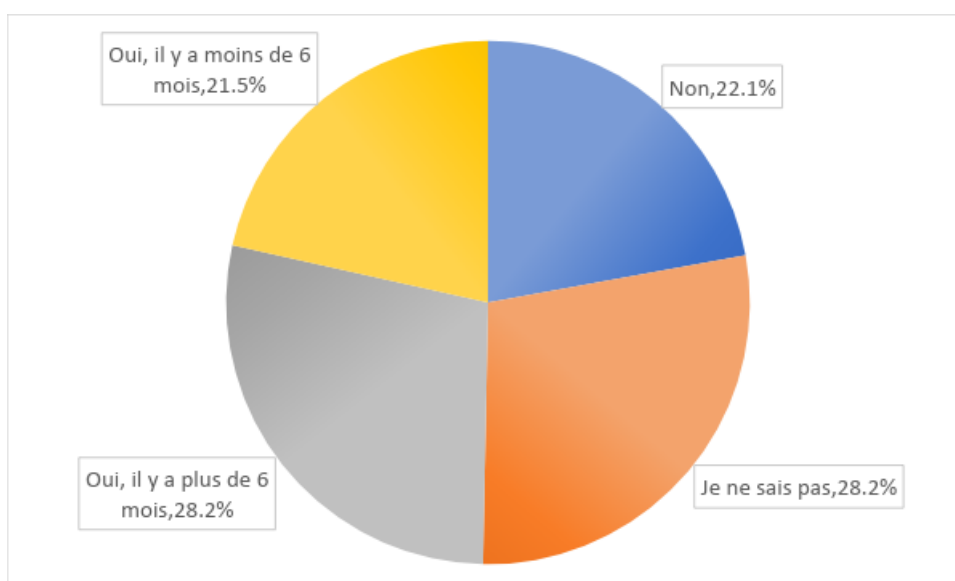
Avez-vous déjà fait un test de dépistage ?

La majorité, soit 70,1%, a déjà fait au moins un bilan de dépistage au cours de leur vie et 27,6% des participants l'ont fait dans les six derniers mois.



Savez-vous si votre dernier partenaire a fait un test de dépistage ?

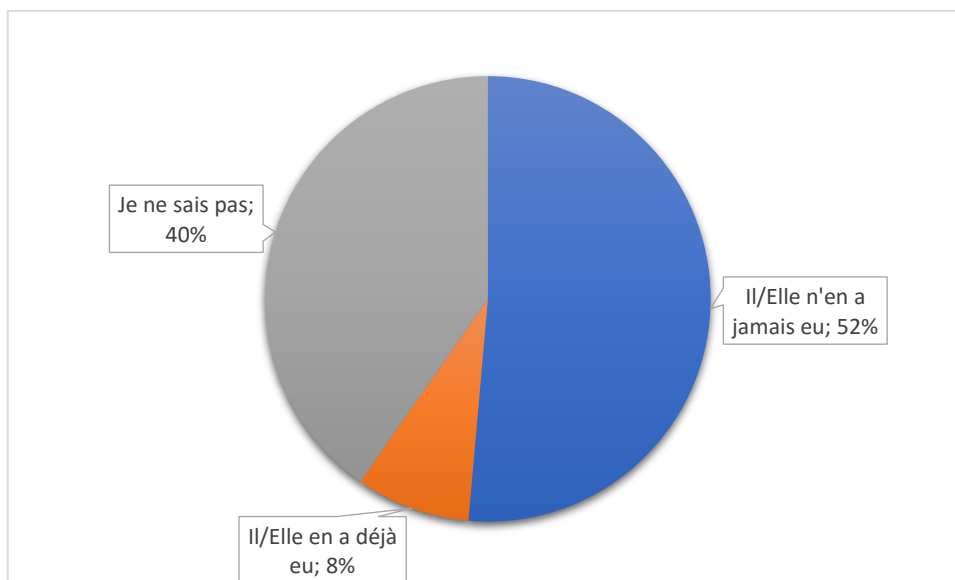
La moitié des participants ne connaît pas le statut sérologique de leur partenaire : ils sont 28,2 % à ne pas savoir si leur dernier partenaire a fait un test de dépistage et 22,1% à savoir qu'aucun test n'a été fait.



### Savez-vous si votre dernier partenaire a déjà eu une IST ?

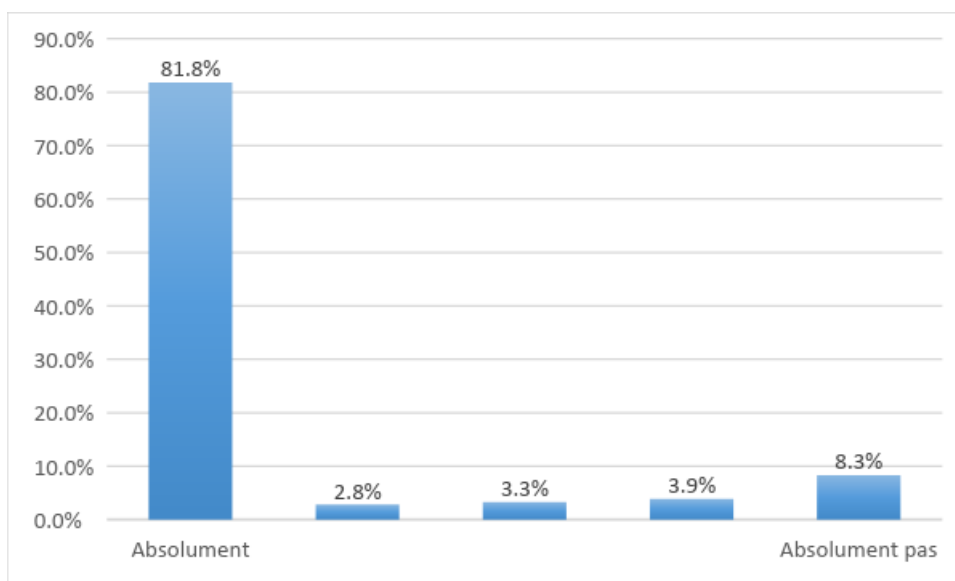
Tandis que la moitié affirme que leur partenaire n'a jamais eu d'IST, 40,3 % ne connaît pas l'information.

La part des répondants qui déclare que leur partenaire a déjà contracté une IST, est de 8,3%.



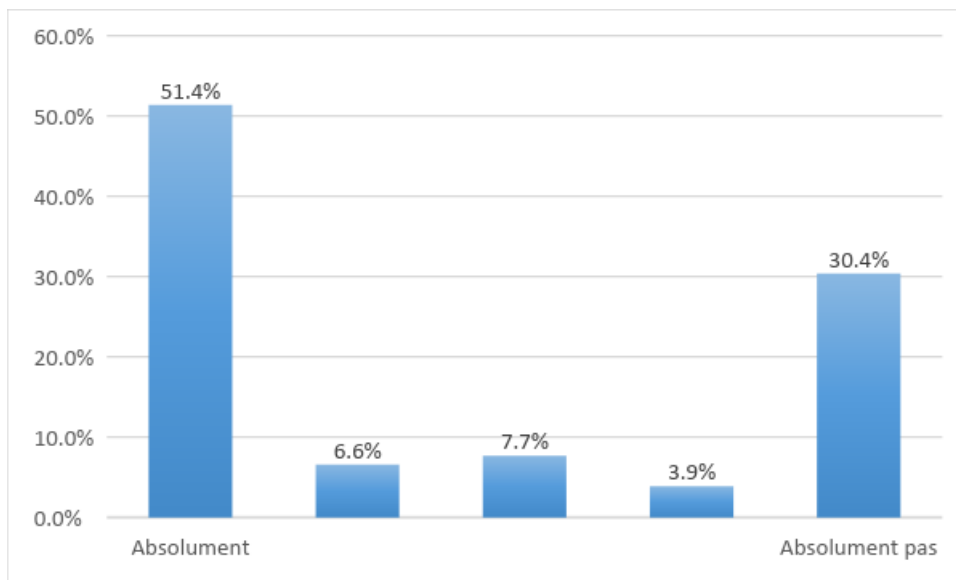
### Avez-vous abordé le sujet du préservatif avec votre dernier partenaire ?

La grande majorité, 81,8% déclare avoir clairement abordé le sujet du préservatif avec leur dernier partenaire contre 8,3 % qui ne l'a absolument pas abordé.



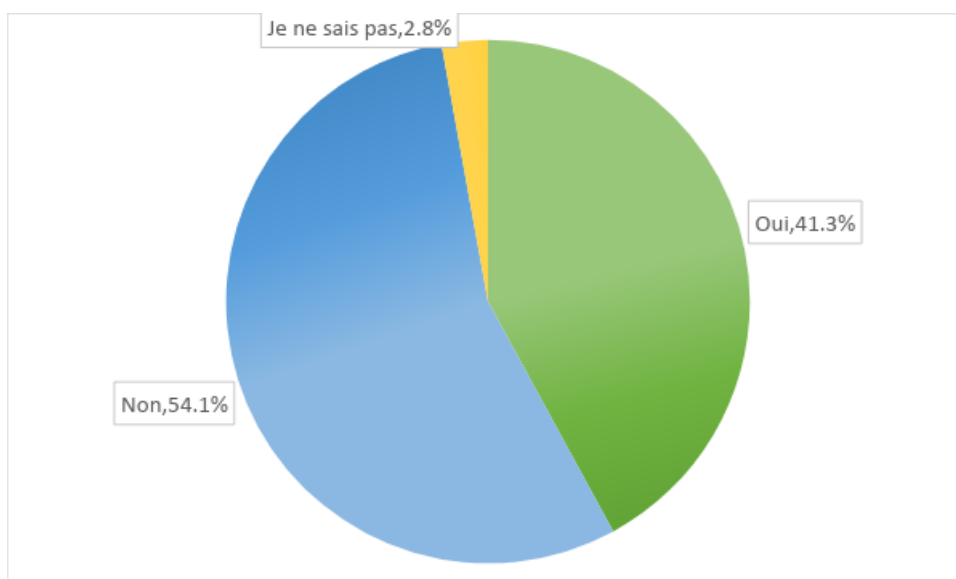
Avez-vous abordé le sujet du dépistage avec votre dernier partenaire ?

Le résultat est plus mitigé pour ce qui est du dépistage, en effet 51,4% déclarent l'avoir réellement abordé avec leur partenaire contre 30,4% qui affirment n'en avoir absolument pas parlé.



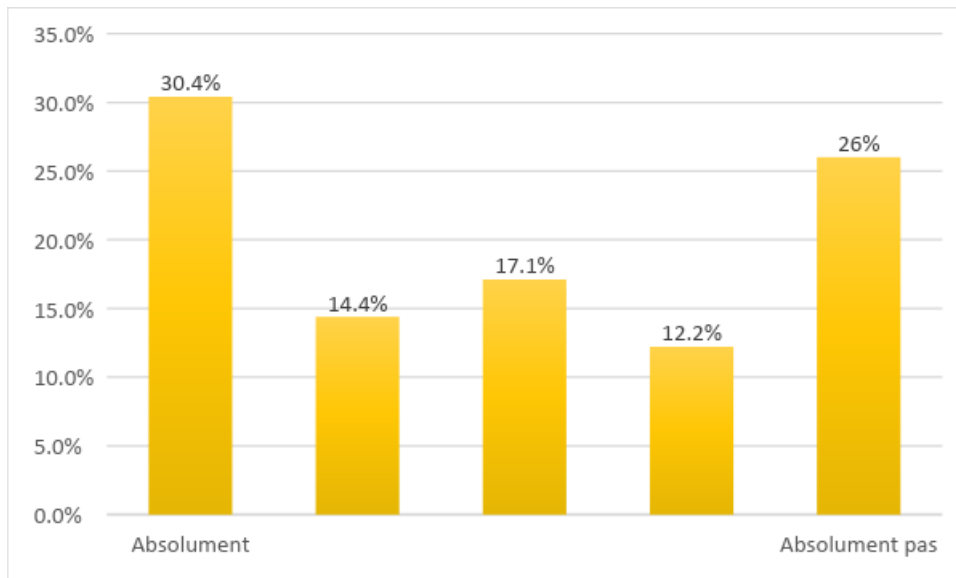
Avez-vous fait un test de dépistage avant d'arrêter d'utiliser des préservatifs avec votre dernier partenaire ?

Ils sont plus de la moitié, 54,1%, à déclarer ne pas avoir fait de bilan de dépistage avant d'arrêter le port des préservatifs avec leur dernier partenaire tandis que 41,3% déclarent l'avoir fait.



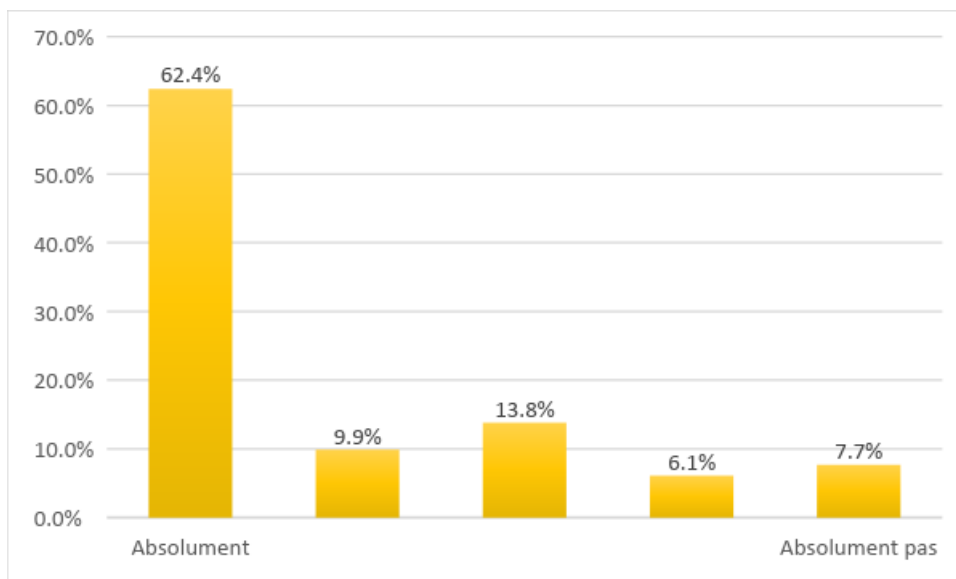
D'après vous, en l'absence de tout bilan de dépistage, est-ce que votre dernier partenaire souhaite utiliser des préservatifs pour chaque rapport ?

Seul 30,4 % des répondants affirment que leur dernier partenaire tient absolument à se protéger en l'absence de bilan de dépistage.



Est-ce que son avis compte dans cette décision ?

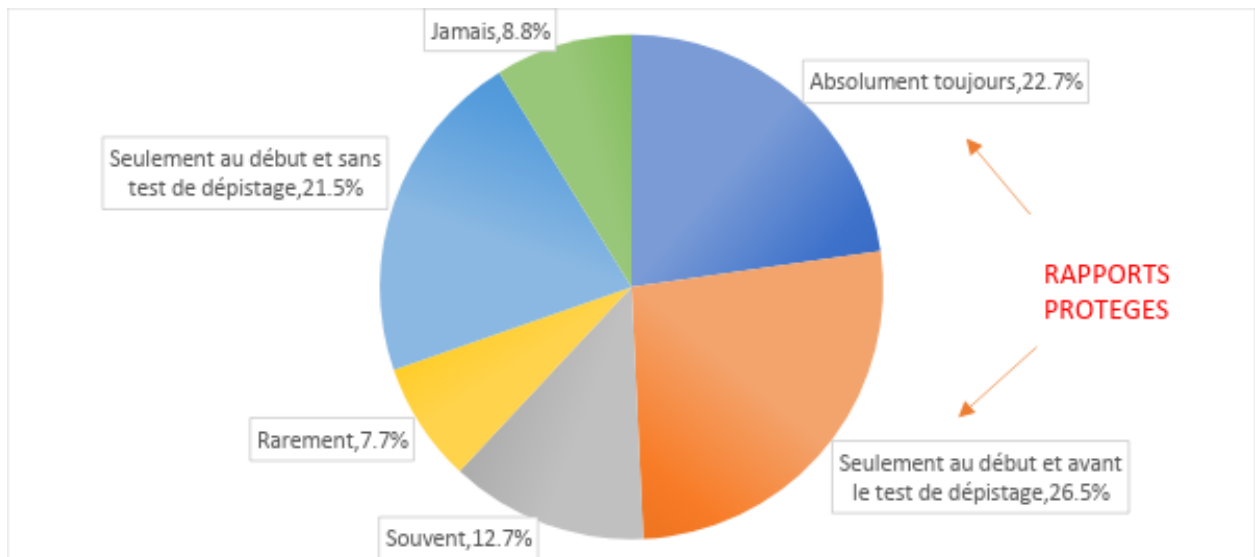
Pour 62,4% des répondants, l'avis du partenaire est fortement pris en compte pour cette décision.



Concernant votre dernière relation, avez-vous utilisé des préservatifs ?

La moitié (50,8%) affirme ne pas avoir eu de rapports entièrement protégés lors de leur dernière relation puisque 20,4 % déclare les avoir mis de façon inconstante (soit souvent et rarement), 8,8% à ne jamais les mettre et 21,5 % précisent les avoir arrêtés sans test de dépistage.

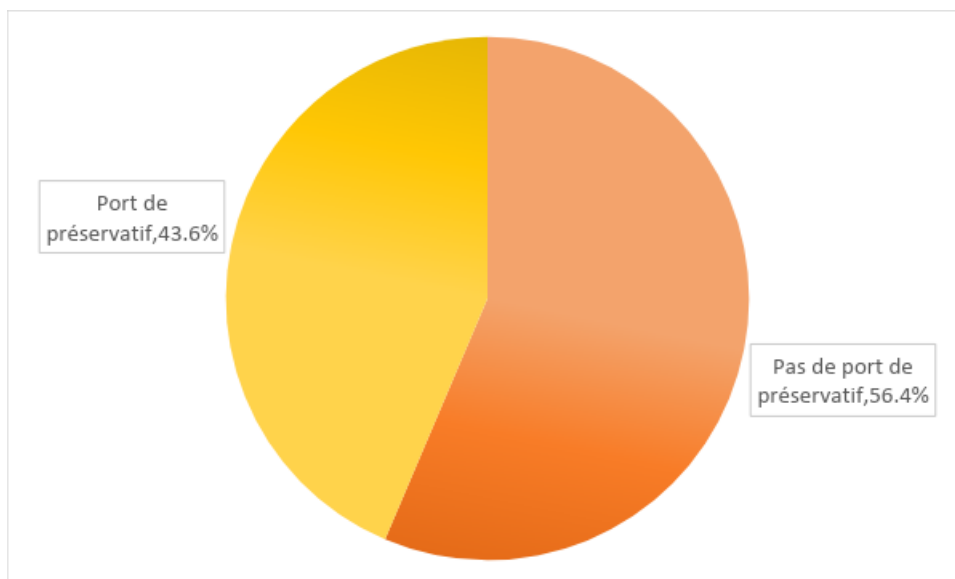
L'autre moitié (49,2%) déclare avoir des rapports entièrement protégés. Ils sont 22,7 % à déclarer en avoir « absolument toujours » mis pendant leur dernière relation. On note que la part de participants qui déclare avoir mis des préservatifs seulement au début et avant le bilan de dépistage est bien plus basse (26,5%) qu'à la question précédente.





Lors de votre dernier rapport, vous êtes-vous protégés par préservatifs ?

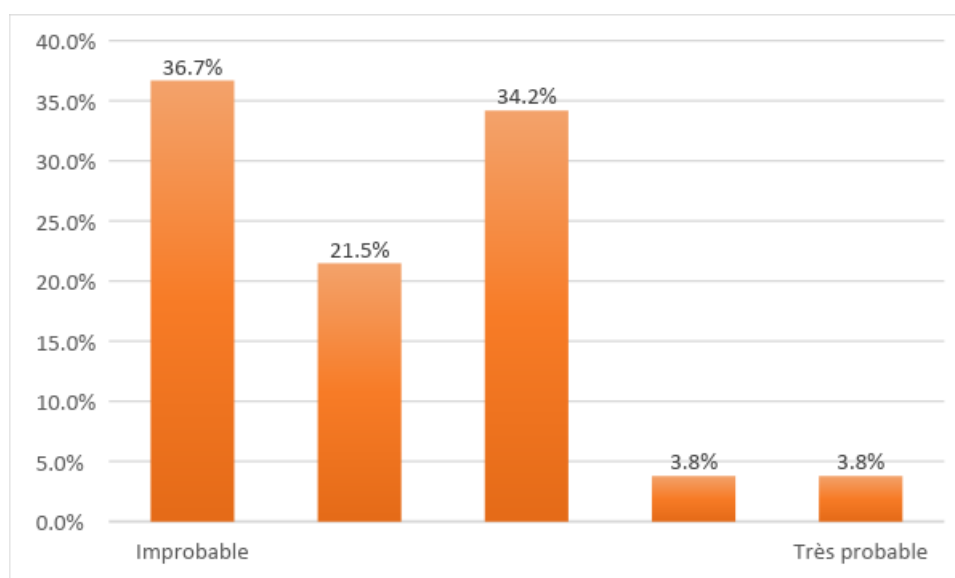
En analysant en sous-groupe selon le sexe, 40,3% des femmes disent s'être protégées et 56, 8% des hommes. Si on analyse cette fois en associant les participants célibataires, en couple de moins de trois mois ou en situation compliquée, 57,6% d'entre eux déclarent s'être protégés.



Toujours avec ce même partenaire

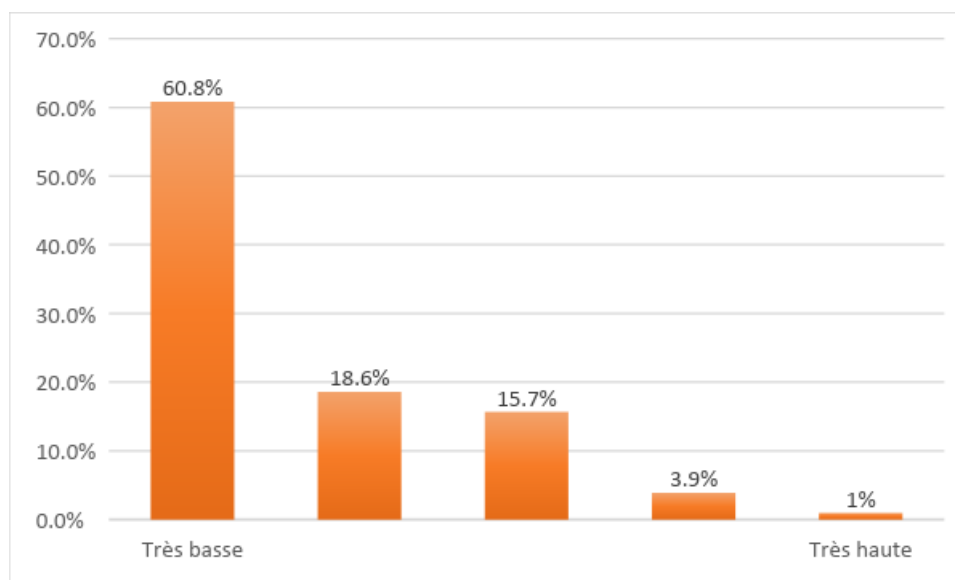
Si vous avez répondu oui à la question précédente et que maintenant vous les enlevez totalement, quelle serait la possibilité de contracter une IST ?

Seule une partie de l'effectif total, 43,6%, répond à cette question. Parmi eux, 36,7% pensent que la possibilité de contracter une IST dans ces conditions est improbable, 34,2 % semblent ne pas savoir se positionner.



Si au dernier rapport vous avez répondu, non, n'avez pas utilisé de préservatifs et que vous ne changez rien à votre façon de vous protéger, quelle est la probabilité de contracter une IST ?

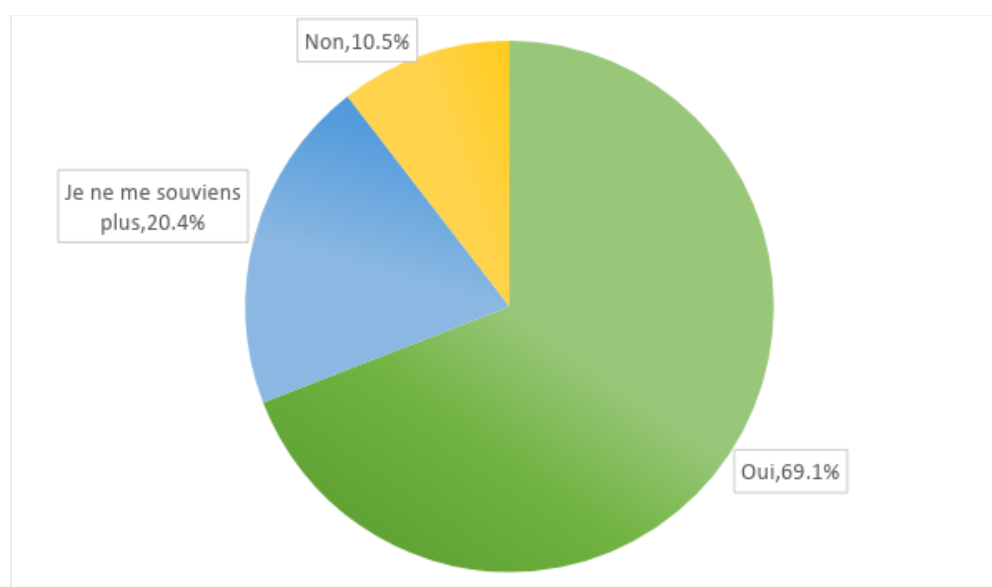
Le reste de l'effectif soit 56,4% de l'effectif total, répond donc à cette question. Parmi eux, 60,8% pensent que la possibilité de contracter une IST dans ces conditions est très basse.



### III. Connaissances et conscience des situations à risque :

#### 1) Connaissances des situations à risque :

Avez-vous déjà bénéficié d'une information sur les infections sexuellement transmissibles (IST) dans le cadre scolaire ?

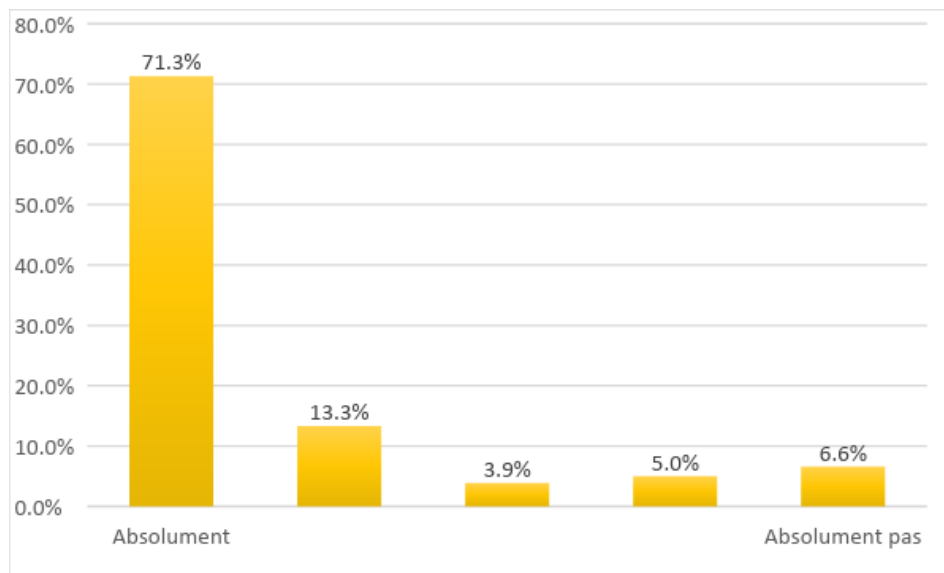


Une grande part, 69,1%, se souvient en avoir bénéficié d'au moins une information. Tandis que 20,4% des répondants déclarent ne pas en avoir bénéficié et 10,5% n'en ont pas le souvenir.

Mise en situation : Trois questions en cas de rapports sans préservatif :

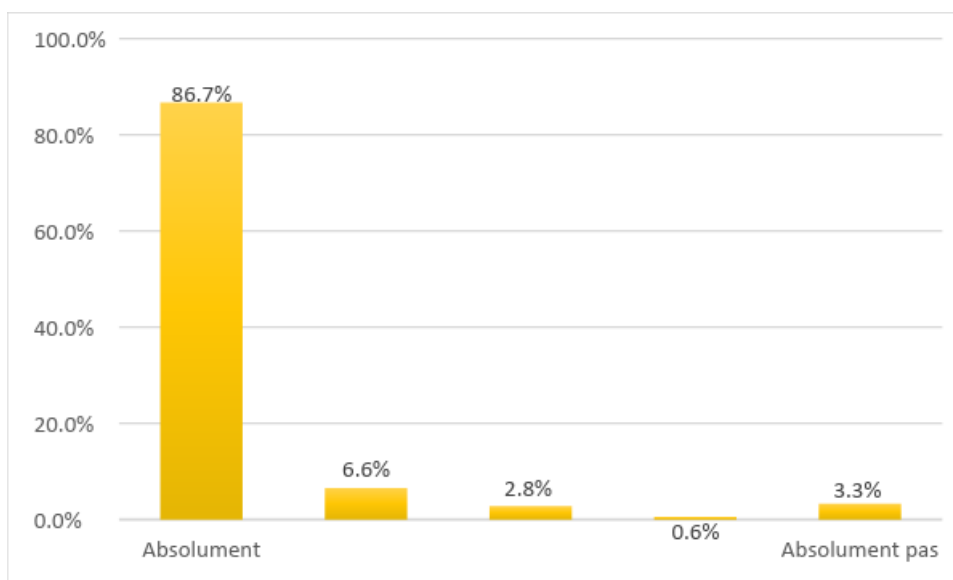
Prend-on un risque de contracter ou de transmettre une IST si vous avez un rapport sexuel entre la bouche et le sexe ?

Bien que, la majorité des répondants, 71,3 %, affirme qu'il existe un risque en cas de rapports sexuels oraux. 6,6% des répondants en réfutent la possibilité et 22,2 % hésitent. C'est la question qui obtient le plus de mauvaises réponses.



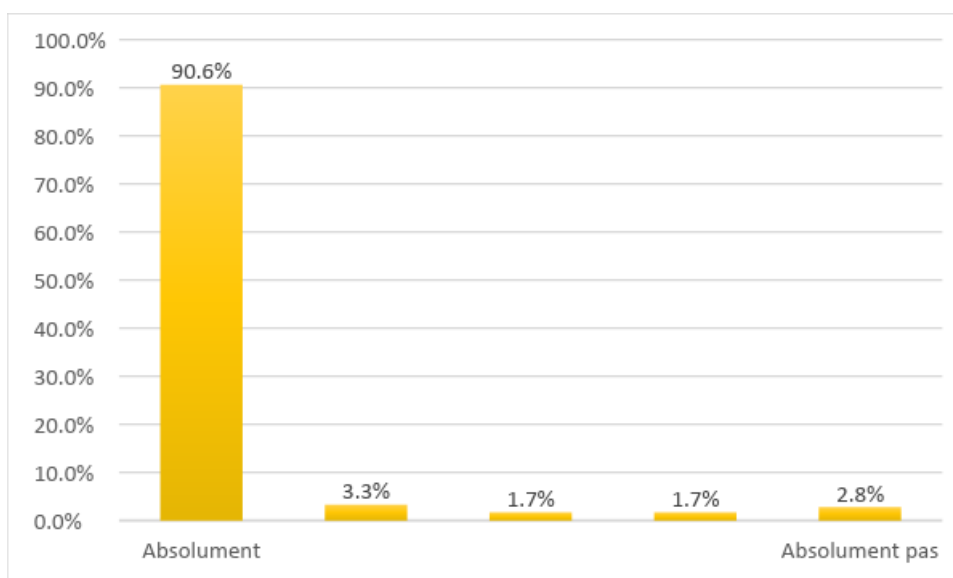
Prend-on un risque de contracter ou de transmettre une IST si on a un rapport pénis/vagin ou pénis/anus mais sans éjaculation ?

A nouveau la grande majorité, 86,7 % des participants, indique la bonne réponse, 3,3 % des répondants pensent que le risque n'existe pas et 10 % hésitent.



Prend-on un risque de contracter ou de transmettre une IST si on a un rapport sexuel ET que l'un des partenaires prend une contraception par pilule, implant ou stérilet ?

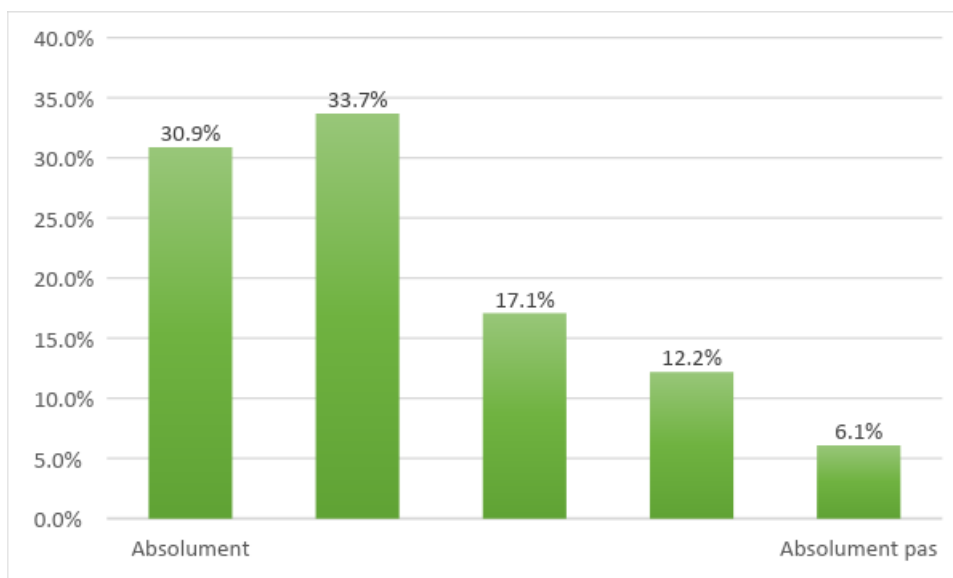
C'est cette question qui obtient le plus de bonnes réponses avec 90,6 % des répondants qui affirment à juste titre qu'il existe un risque en cas de rapports sexuels sous contraceptifs hormonaux seuls, tandis que 2,8 % des répondants pensent qu'il n'y a aucun risque et 6,7 % hésitent.



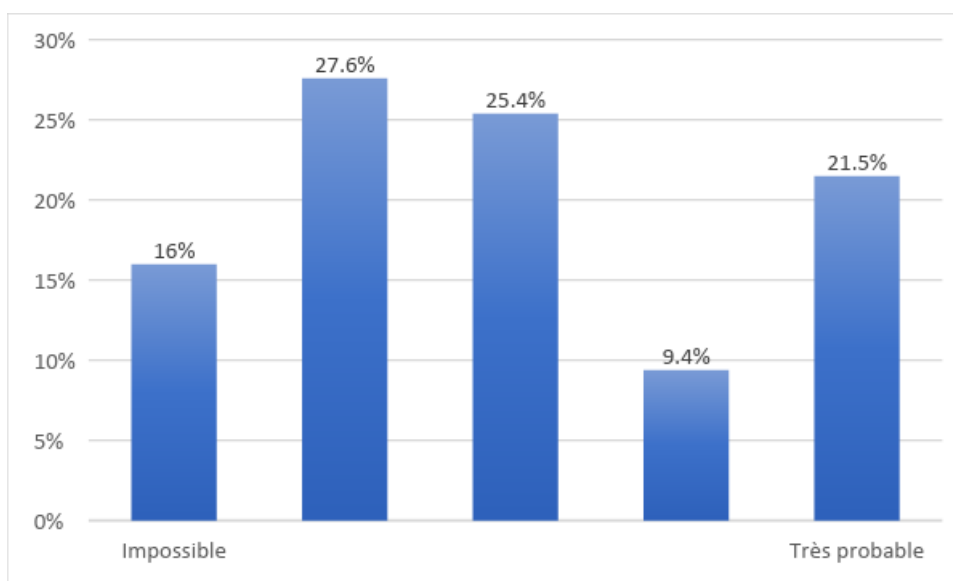
## 2) Conscience des risques encourus :

Avez-vous l'impression d'avoir des connaissances et de savoir vous protéger contre les IST ?

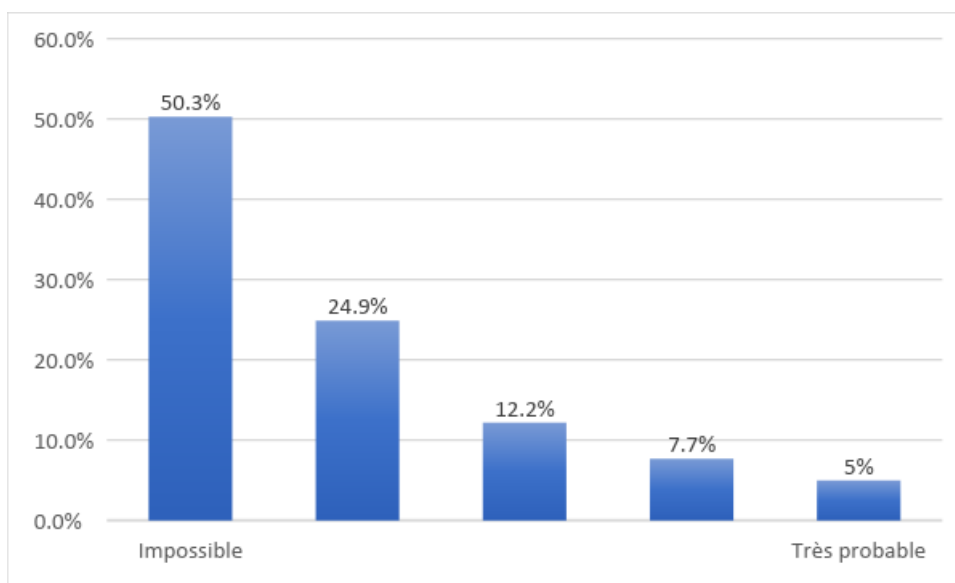
Près de deux tiers se sentent bien ou très bien informés, respectivement 33,7% et 30,9% des répondants.



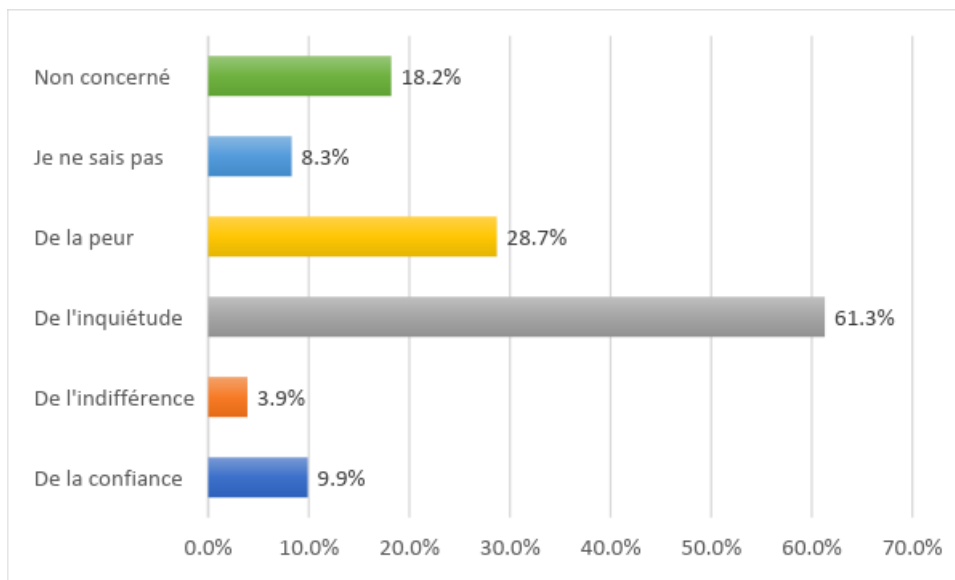
A votre avis, est-il probable que vous ayez déjà été exposé à une IST dans votre vie ?



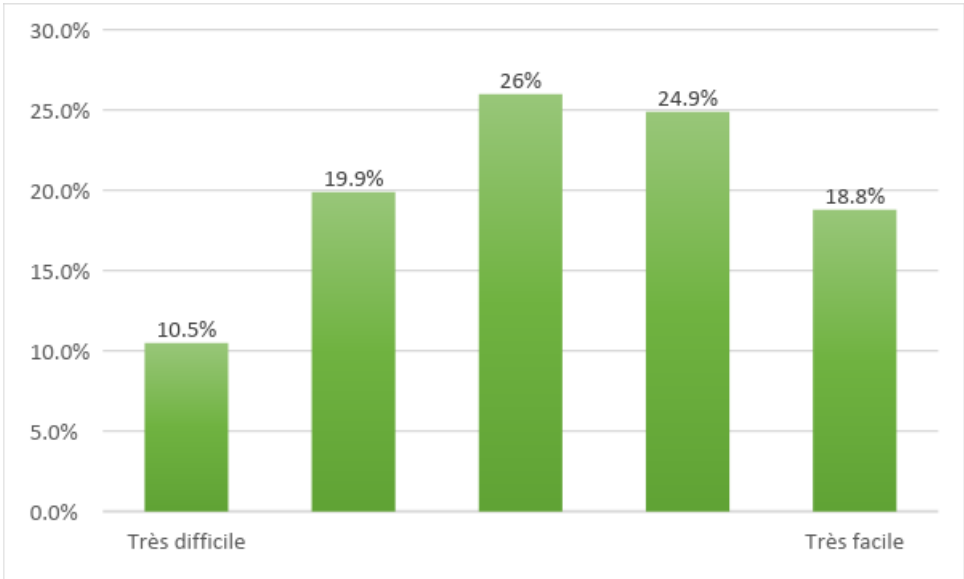
A votre avis, est-il probable que vous ayez déjà été exposé à une IST dans les six derniers mois ?



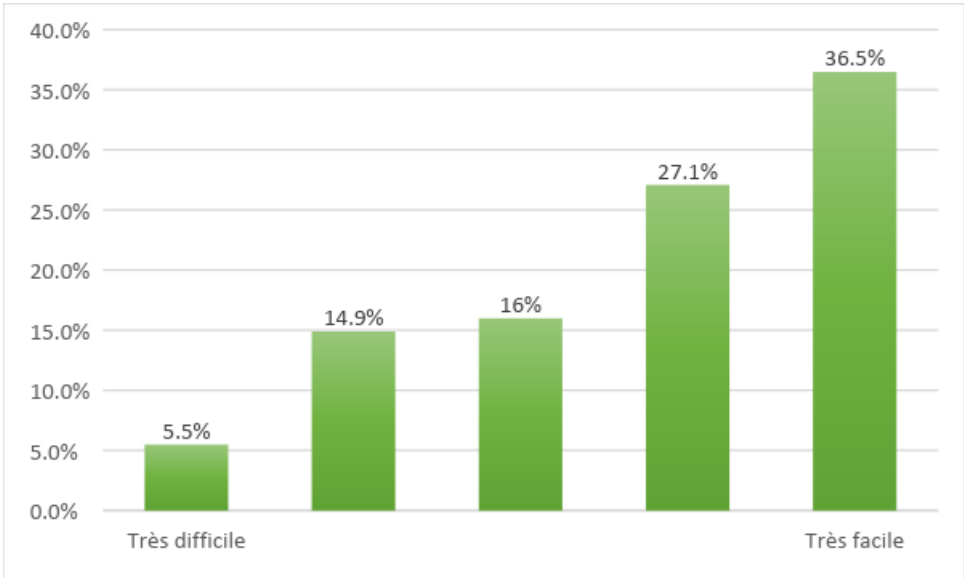
Face au risque auquel vous avez pu être exposé, que ressentez-vous ?



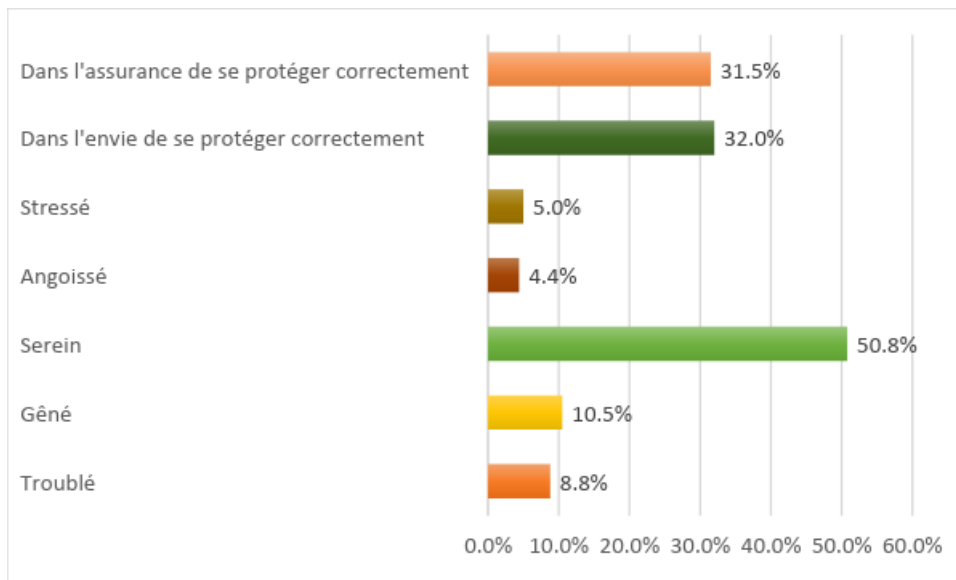
Pensez-vous qu'il est difficile ou facile d'utiliser des préservatifs à chaque rapport ?



Pensez-vous qu'il est difficile ou facile de programmer un bilan de dépistage avant d'arrêter les préservatifs ?



Dernière question, face aux comportements que vous avez décrits, comment vous sentez-vous ?



La question était à choix multiples. On remarque qu'une grande partie des participants de l'étude paraît sereine au regard de leur comportement en matière de prévention des IST. Ainsi 50,8% des participants a au moins coché la case « serein » à l'issu de questionnaire et 31,5 % a au moins coché la case « dans l'assurance de se protéger correctement ».



# **DISCUSSION**

## **I. Sur la méthode :**

### **1) L'échantillonnage :**

Nous nous sommes heurtés à une difficulté inattendue pour diffuser le questionnaire. Les bureaux de vie étudiante des différentes universités, de même que le bureau de vie étudiante de Montpellier ont refusé toutes nos demandes, bien que le thème abordé porte sur un problème actuel et majeur de santé publique. Pour ceux qui ont fourni des réponses, le motif de refus était toujours le même : l'abondance de demandes pour diffuser des questionnaires ne provenant pas d'étudiants de leur filière universitaire. Ils ne souhaitent pas être « pollués de contenu sans rapport [avec leur filière] ou [leurs] événements. » Dans une stratégie de santé publique, on peut se demander si justement, il ne serait pas judicieux de leur rappeler qu'ils sont des destinataires de choix pour recevoir des informations de prévention pour ensuite les relayer à leur tour.

Le taux de participation à l'enquête est très bas, 0,58%, mais certainement sous-estimé étant donné l'impossibilité de savoir :

- Combien étaient réellement connectés les jours suivants la publication,
- Combien l'avaient effectivement vu parmi les publications des groupes. En effet les publications sont nombreuses, quotidiennes et portent sur des thèmes très diverses. Il faut savoir que plus de la moitié des résultats ont été obtenus les premiers jours et les autres ont été obtenus de façon rapidement dégressive.
- Combien ne s'y étaient pas intéressés

### **2) Le questionnaire :**

L'enquête via un questionnaire informatisé nous a paru être la solution la plus adaptée. La méthode est simple et efficace pour évaluer quantitativement un grand nombre de réponses.

Le choix d'internet est pertinent du fait la grande proportion des plus de 18 ans à utiliser internet régulièrement (41).

Le choix d'un auto-questionnaire anonyme est un mode de recueil moins intrusif que répondre à des questions délicates devant un enquêteur et permet de réduire de surcroît les réponses trop convenues et de sous déclarer des comportements pouvant être perçus comme transgressifs.

Il était précisé que nous nous tenions à disposition en cas d'incompréhension du questionnaire ou de toutes autres questions.

Les réponses courtes et rapides ont été privilégiées comme dit précédemment dans la partie méthodologie. Néanmoins, concernant les questions sur les sentiments ressentis, un champ pour les commentaires libres aurait mérité d'apparaître.

De même que la question sur le nombre de partenaires aurait pu être étayée en demandant plus précisément le nombre de partenaires dans les trois mois précédents (40).

Enfin nous nous sommes rendu compte à posteriori qu'il aurait été judicieux de demander si les tests de dépistage comportaient des prélèvements locaux (10) ou seulement des prises de sang.

## **II. Sur les résultats :**

### **1) Population et identification des facteurs de risque :**

L'échantillon recruté correspond bien aux critères d'inclusion de l'étude.

On retrouve tout d'abord une grande majorité de femmes, 79,6%. Ce chiffre élevé ne coïncide pas avec la proportion de femmes dans la population âgée de 18 à 29 ans de Montpellier ou plus largement de France, qu'elle soit étudiante ou non (42). Elle est révélatrice de la propension plus grande des femmes à s'intéresser à leur santé (43). De plus, cela correspond à une population plus exposée au risque (14) (15) (39).

Ensuite, l'âge de la population recrutée est particulièrement jeune avec une médiane d'âge à 22 ans et le 75<sup>ème</sup> percentile à 24 ans. Avec une majorité de participants ayant moins de 25 ans, c'est un critère supplémentaire reconnu comme facteur de risque d'IST (39). Pour mémoire, la tranche d'âge choisie était d'emblée porteuse de risque puisqu'il avait été décidé d'après les données épidémiologiques de recrudescence d'IST bactériennes (10) (11) (14) (15).

L'homosexualité est tout aussi représentée voire plus élevée (1% des femmes et 19% des hommes) que dans la population générale. En France, selon des données de 2014, la proportion des femmes et des hommes qui se définissaient comme homosexuels était respectivement de 1%

et 7% (44), (0,5% et 1,1% en 2006) (45). Mais les chiffres de notre étude, notamment du fait de la faible proportion d'hommes, sont difficilement comparables à ceux de la population cible.

A noter tout de même que la proportion de femmes bisexuelles est de 9% versus 2% (46). Il est plutôt rare d'obtenir un tel chiffre. En effet, elles ont plutôt tendance à moins le déclarer que les hommes lors des enquêtes de santé (44) (47).

Les données concernant le nombre de partenaires peuvent être mises en perspective avec les résultats de la troisième grande enquête sur la sexualité en France réalisée en 2006 (45). Dans cette étude, le nombre moyen de partenaires pour les femmes dans la même tranche d'âge était de 3,8. Pour les hommes de moins de 30 ans, le nombre moyen de partenaires était de 7,7. Les nombres médians de partenaires pour les hommes et pour les femmes dans notre étude sont donc plus élevés qu'attendus et sont identiques à ceux de la population âgée de 18 à 69 ans (44) (46).

Dans notre étude la prévalence des IST (toutes confondues) au cours de la vie est de 13,3 % pour les 18 à 29 ans et de 10% plus spécifiquement chez les moins de 25 ans. Cette proportion est plus élevée que dans les études antérieures. Une étude française de 2014 évalue la prévalence de *Chlamydia trachomatis* à 7,6% et de *Neisseria gonorrhoeae* à 0,36% pour les jeunes de moins de trente ans (48). En 2010, la prévalence dans la population générale, toutes IST confondues, a été évalué en France à 1,5% pour les hommes et 2,7% pour les femmes (19). Une autre étude en 2009, en France, a évalué cette fois ci, la prévalence de *Chlamydia trachomatis* à 4% mais sur une population bien différente puisqu'elle a été menée sur un échantillon d'hommes emprisonnés (49).

**En résumé la population étudiée semble avoir des facteurs de risque similaires ou plus élevés que la population de la même tranche d'âge.**

La proportion d'étudiants à l'université est largement majoritaire. Les autres filières étudiantes sont donc moins bien représentées ici. Par Comparaison, dans l'étude EmeVia de 2015, la part des étudiants recrutés fréquentant l'université avoisinait les 48% (50).

## 2) Comportements et pratiques de prévention :

Les proportions de couples et de célibataires sont proches de celles de la population du même âge (entre 38 et 48% entre 18 et 24 ans et entre 62 et 64% entre 25 et 34 ans) (46).

L'étude met en évidence que 70,1% des participants ont réalisé un test de dépistage au cours de leur vie. Ces résultats sont plus élevés que ceux de l'enquête KABP de 2010 qui évaluait ce taux à près de 60% pour les hommes et plus de 60% pour les femmes (19).

Ils sont aussi 27,6% à déclarer les avoir réalisés dans les six derniers mois. Là encore, c'est un chiffre plus haut que celui retrouvé en Ile de France en 2010 et qui avoisinait tout juste les 20% (19).

Si l'on s'attarde sur le port des préservatifs au cours de la dernière relation suivie, tous participants confondus, les données de l'étude (49,2%) sont légèrement plus basses que celles de la mutuelle Smerep de 2018 qui comptabilise 52% des étudiants à déclarer en utiliser à chaque rapport (51).

Pour savoir si les préservatifs ont été arrêtés uniquement après avoir réalisé le dépistage, la question a été posée deux fois. D'une façon globale d'abord puis plus précise au cours de la dernière relation suivie. Et le résultat n'est pas le même, avec respectivement 41,3% puis 21,5%. Le résultat de 41,3% correspond aux résultats de l'enquête Ifop de 2016 (18). Mais pourquoi un deuxième résultat différent et plus bas ? Outre les possibles défauts de compréhension des questions, nous pouvons envisager qu'avec la deuxième question plus précise, nous nous affranchissons d'une réponse convenue et attendue de la part de la population, d'une distorsion entre les pratiques générales et la réalité de la dernière relation. Il nous semble donc que l'attitude avec le pourcentage de 21,5% est plus proche des vrais comportements.

Si l'on s'attarde cette fois sur le port de préservatif au dernier rapport sexuel, la population étudiée déclare un taux de protection au dernier rapport (56,8% des hommes et 40,3% des femmes soit 43,6% des participants) bien plus élevé que les données de l'étude KABP de 2010 qui indiquait seulement 34% des hommes de moins de 30 ans et 22,7% des femmes de moins de 30 ans en France (19). Le taux est en revanche plus bas que dans le sondage Ifop de 2016 avec 53% des sondés ayant déclarés avoir mis un préservatif au dernier rapport. Mais la tranche d'âge est différente et comprise entre 15 et 24 ans (18). Pour la très grande majorité, l'usage du préservatif semble être un sujet réellement abordé avec le dernier partenaire.

En mettant de côté les couples de plus de trois mois et en analysant uniquement les célibataires, les couples de moins de trois mois et ceux en situation dite instable, avec 57,6% qui déclarent s'être protégés, le taux de protection au dernier rapport est aussi plus élevé (19).

**Leurs pratiques de prévention paraissent globalement meilleures que celles retrouvées dans les précédentes études. Néanmoins, elles restent bien en deçà des pratiques de prévention optimales. S'il est illusoire d'obtenir le 100%, il reste tout de même une marge de progression non négligeable et il est nécessaire de rappeler qu'en cas de non-port de préservatifs, le dépistage régulier est fortement recommandé.**

Les données suivantes, concernent celles recueillies au sujet du dernier partenaire.

La proportion des partenaires ayant eu une IST, 8,3% est plus élevée que les chiffres de prévalence d'IST déjà cités et donc prédictif d'un risque d'IST plus élevé.

Le taux de dépistage au cours de la vie est plus bas, proche de 50% et le taux de ceux réalisés dans les six derniers mois correspond à l'étude de KABP de 2010 (19). Les résultats sont toutefois relatifs puisqu'une part non négligeable ne savait pas la réponse. Il peut y avoir donc un biais de déclaration. Le sentiment qui en découle paraît mitigé car seul un participant sur deux a l'impression d'en avoir réellement parlé avec son partenaire.

Seuls 30,4 % des participants déclarent que leur dernier partenaire tient absolument à utiliser des préservatifs à chaque rapport, or avoir un partenaire qui les utilise de façon inconstante est prédictif d'exposition au risque d'IST (40).

**Les pratiques du dernier partenaire semblent moins précautionneuses que celles des participants. Outre la possibilité d'un biais de déclaration, on peut se demander si cette fois encore, les différences entre la description de son propre comportement et celui de quelqu'un d'autre, ne sont pas biaisées par le fait de vouloir être perçu sous un meilleur jour.**

De plus, une certaine vulnérabilité se dégage des constatations. Le comportement du partenaire notamment si le couple est établi depuis plusieurs mois, ne semble que peu remis en question. Quel que soit le mode de protection décrit, le risque de contracter une IST sans préservatif avec ledit partenaire semble improbable pour beaucoup. La fidélité décrite par la majorité des

participants peut même sembler dispenser de tout dépistage. **On peut se demander s'il ne serait pas judicieux d'insister, auprès des personnes qui se considèrent en couple établi et stable, sur l'importance de la réalisation de dépistage si cela n'a pas été fait au moment du changement de partenaire.**

### 3) Connaissances et conscience des risques encourus :

Concernant l'information en milieu scolaire, une majorité, 69,1%, déclare avoir bien assisté à des séances d'information. Néanmoins pour ceux qui n'en ont pas eu ou qui ne s'en souviennent plus, cela s'explique probablement par le fait que seuls 10 à 21 % des jeunes ont reçu, pendant leurs années au lycée, le nombre recommandé d'heures dédiées à l'éducation sexuelle (52); la pratique courante ne leur donnant accès qu'à des interventions uniques et insuffisantes, qu'ils ont tôt fait d'oublier.

Le sentiment vis-à-vis de l'information reçue est que seuls 64,6% répondent se sentir bien ou très bien informés. Le résultat est similaire au baromètre de santé 2010 de l'Inpes (17). Mais il est bien inférieur à celui retrouvé dans l'enquête Ifop de 2016 (18). On peut se poser la question du lien entre la baisse du sentiment d'information et l'explosion de l'incidence des IST (9). Pourtant les situations à risque d'IST qui leur ont été exposées sont plutôt bien reconnues. Le pourcentage de méconnaissance du risque en cas d'emploi seul d'une pilule contraceptive classique est identique à celui du sondage Ifop de 2016 (18). Il existe tout de même un pourcentage important de participants méconnaissant le risque de transmission d'IST par voie bucco génitale avec seulement 71,3% qui identifie formellement un risque. Il semble donc nécessaire de leur rappeler que le risque existe.

Concernant leur exposition personnelle aux IST au cours de leur vie, ils sont nombreux (56,3%) à penser que c'est « possible » à « très probable ». La question est quelque peu différente dans l'étude KAPB de 2010 puisqu'elle interroge spécifiquement leur appréciation quant à une exposition au VIH et pour une population plus large de 18 à 54 ans, mais nous pouvons néanmoins citer que ce pourcentage est beaucoup plus bas à 32,7% (19).

Pour les 6 derniers mois, ils sont 24,9% à penser que c'est « possible » à « très probable ». Nous citons cette fois ci le sondage Ifop de 2016 toujours à titre indicatif car ne désignant pas la même population, mais dans lequel 9% des interrogés pensent avoir été fréquemment exposé dans

les douze derniers mois (18). Devant ce fort sentiment de prise de risque, nous nous sommes donc demandés s'ils faisaient référence à des rapports non protégés.

Nous avons été interpellés par une discordance entre leurs inquiétudes et leurs peurs manifestées face aux souvenirs de s'être exposés au risque d'IST et leur relative sérénité au regard de leurs pratiques habituelles. Nous pouvons nous demander à quel point ils envisagent d'être concernés personnellement par la transmission des IST.

Le taux de réponse de 63,6% des participants qui trouvent « facile » ou « très facile » de programmer un test de dépistage, nous a interpellé. Le taux paraît élevé par rapport au taux de dépistage des six derniers mois. On peut se demander à nouveau s'ils se sentent vraiment concernés personnellement ou si cela correspond à une réponse convenue.

### **III. Analyses complémentaires :**

Nous avons voulu savoir si à la question : avez-vous pris un risque ces six derniers mois ; la réponse était corrélée au fait de se protéger ou non au cours de la dernière relation suivie. Nous avons donc divisé l'échantillon en deux groupes respectivement de 92 et 89 participants.

Le premier groupe « rapports non protégés au cours de la dernière relation » regroupait ceux qui avaient coché « souvent », « rarement », « jamais » ou « seulement au début sans test de dépistage ».

Et le second groupe « rapports protégés au cours de la dernière relation » regroupait les participants qui avaient répondu « absolument toujours » et « seulement au début jusqu'au test de dépistage ».

Puis nous avons divisé à nouveaux entre ceux qui pensaient « impossible » ou « très improbable » d'avoir pris un risque et ceux qui pensaient que c'était « possible » à « très probable ».

Nous avons effectué à nouveau un test de Chi2.

Nous avons observé une différence de sentiment éprouvé entre ceux qui se protègent et ceux qui ne se protègent pas. Nous pouvons donc conclure ici que ne pas se protéger lors de la dernière relation donne la sensation d'avoir pris un risque ( $p < 0,05$ ). Il semble donc que ceux qui ont eu des rapports non protégés ont ressenti le risque que cela impliquait.

Nous avons également voulu savoir si le fait de se protéger ou non au cours de sa dernière relation était influencé par le nombre de partenaires rencontrés au cours de sa vie.

Nous avons comparé les mêmes groupes précédents « rapports non protégés au cours de la dernière relation » et « rapports protégés au cours de la dernière relation »

Puis nous avons ensuite divisé le nombre de partenaires en deux groupes : ceux qui avaient eu entre 1 et 3 partenaires et ceux qui en avaient eu plus.

Nous avons effectué un test de Chi<sup>2</sup> avec ces modalités.

Nous avons observé que le taux de rapports non protégés est différent en fonction du nombre de partenaires. Le nombre de partenaires rencontrés au cours de la vie semble influencer sur la façon de se protéger au cours de la dernière relation ( $p < 0,05$ ). On note que le nombre de partenaires supérieur à quatre semble avoir majoré l'existence de rapports non protégés pendant la dernière relation.

#### **IV. Limites de l'étude :**

Nous avons vu que notre échantillon n'est pas représentatif de la population française au même âge.

L'étude est de faible puissance.

La distribution prioritairement aux étudiants pour mieux cibler la tranche d'âge et le choix subjectif des groupes sélectionnés sur les réseaux sociaux ont pu constituer un biais de sélection. On peut se demander si les résultats auraient été les mêmes si nous avions interrogé comme prévu via les bureaux de vie étudiante.

Les participants étaient volontaires donc potentiellement plus intéressés par le sujet. Les comportements et pratiques de prévention pourraient donc s'avérer différents de ceux recrutés de façon aléatoire. Il y a donc là un biais d'attrition.

Les questions abordant des sujets intimes peuvent favoriser un biais d'information, bien que l'auto-questionnaire anonyme ait été choisi pour lutter autant que possible contre ce biais.

#### **V. Perspectives :**

La sensibilisation au risque de transmission des IST est inévitablement un thème d'actualité. A la lumière de cette étude, l'éducation thérapeutique ciblée semble incontournable pour informer la population en fonction de ses facteurs de risque, de ses comportements et de ses pratiques de prévention.



Concernant notre étude, il pourrait être intéressant d'explorer de façon plus précise le ressenti des participants en complétant ce travail par une étude qualitative.

Et une étude à plus grande échelle pourrait permettre d'obtenir un reflet plus juste des comportements et pratiques de prévention.

Par ailleurs, il pourrait être utile d'évaluer l'impact de ce questionnaire, notamment d'évaluer si, à posteriori, les participants renforcent leurs pratiques de prévention. Nous pourrions, par exemple, évaluer le nombre de bilan de dépistage demandé dans les suites.

Et pour permettre cette évaluation, il pourrait aussi être réadapté pour être proposé en amont d'une consultation de médecine générale.

Sur le modèle de la consultation dédiée à la contraception pour les filles mineures, nous pourrions imaginer une consultation longue pour les jeunes hommes et femmes majeurs sur le thème de la santé sexuelle.

## **CONCLUSION**

L'augmentation des infections sexuellement transmissibles et leurs conséquences sur la population justifient la nécessité d'informer et de dépister de façon régulière les populations les plus exposées sans oublier de proposer largement le dépistage à la population générale.

Notre travail indique que la population de 18 ans à 29 ans cumule souvent plusieurs facteurs de risque inhérents notamment à leur âge ainsi que des comportements prédictifs d'IST liés à leur situation sociale, justifiant d'autant plus la nécessité de les repérer.

Leurs pratiques de prévention semblent meilleures que celles attendues. Cette population étudiée identifie bien les situations à risque. Elle semble consciente des risques pris en cas de rapports non protégés.

Pourtant leurs pratiques de prévention peuvent encore être nettement améliorées. Il est donc nécessaire, pour les médecins généralistes, de continuer de promouvoir, auprès de cette tranche de population, les moyens de prévention existants et de proposer des bilans de dépistage en dehors de toute demande émanant de leur part. Nous pensons notamment qu'il est nécessaire d'insister qu'en cas de non-port de préservatifs, le dépistage régulier est fortement recommandé. Sans oublier de suggérer le dépistage aux personnes en couple qui auraient arrêté les préservatifs sans aucun bilan.

Si le questionnaire n'a pas vocation d'informer les participants directement, nous espérons que le sujet en lui-même, ait permis d'éveiller leur curiosité et d'attirer leur attention sur leurs propres pratiques.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie Mondiale du secteur de la Santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021. Vers l'élimination des IST. Juin 2016. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250242/WHO-RHR-16.09-fre.pdf?sequence=1>
2. Stratégie nationale de santé sexuelle, Agenda 2017-2030. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
3. Gay B, Rethinking the place of primary healthcare in France – Role of general practice Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 61, Issue 3, June 2013, Pages 193-198.
4. Druais P, La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé, Rapport remis à Madame Marisol Touraine. Mars 2015.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015. Disponible sur : [http://who.int/hiv/pub/toolkits/stis\\_strategy\\_fr\[1\].pdf](http://who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy_fr[1].pdf) (consulté le 22 avril 2016)
6. Santé publique France. Infection par le VIH et les IST bactérienne. Point épidémiologique. 28/11/2017. Disponible à partir de l'URL : [http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossierthematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017,](http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossierthematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017)
7. Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Lot F. Dépistage des hépatites B et C en France en 2016, nouvelle édition de l'enquête LaboHep. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(11):188-95. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/11/2018\\_11\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/11/2018_11_1.html).
8. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col. État des connaissances – Actualisation 2008. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2008. 33 p. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=3559](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3559).
9. Santé publique France. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice ; 2018. 6 p.

10. Conseil national du sida et des hépatites virales. Avis suivi de recommandations sur la prévention et a prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. Janvier 2017.
11. Ndeikoundam N, 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.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016\\_41-42\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)
12. Santé publique France, Bulletins des réseaux de surveillance des IST, données au 31 décembre 2014. [Internet]. Saint-Maurice. Novembre 2016  
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
13. Organisation mondiale de la Santé, Infections sexuellement transmissibles –aide-mémoire 110, août 2016. Disponible à l’adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/> (consulté le 26 novembre 2016)
14. Haute Autorité de Santé, Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France – 2003
15. Haute Autorité de Santé, Evaluation des tests d’amplification des acides nucléiques recherchant Neisseria gonorrhoeae. Novembre 2015
16. Haute Autorité de santé, Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour l’acte de suivi thérapeutique des patients infectés par Treponema pallidum (bactérie responsable de la syphilis). Mars 2017
17. Inpes, Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.
18. Sondage Ifop pour Sidaction, Les jeunes, l’information et la prévention du sida. Mars 2016  
Disponible sur :  
<http://presse.sidaction.org/Handlers/HTFile.ashx?MEDIAID=60917&SITEKEY=03849c18-f868-41ce-b222-ba1469319d2c>

19. Beltzer.N I, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, Equipe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 [brochure]. Paris : ORS Ile-de-France, décembre 2011
20. Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School - aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 5 p.)
21. Chacko, M.R., Wiemann, C.M., Kozinetz, C.A., DiClemente, R.J., Smith, P.B., Velasquez, M.M., & von Sternberg, K. (2006). New sexual partners and readiness to seek screening for chlamydia and gonorrhoea: Predictors among minority young women. *Sexually Transmitted Infectious*, 82, 75–79.
22. De Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J., & Wanwesenbeeck, I. (2005). Seks under your 25th Sexual health of adolescents in the Netherlands anno 2005 (pp. 73–101).
23. Fraukje E.F. Mevissen, Robert A.C. Ruiter, Ree M. Meertens, Filippo Zimbile & Herman P. Schaalma (2011) Justify your love: Testing an online STI-risk communication intervention designed to promote condom use and STI-testing, *Psychology & Health*, 26:2, 205-221
24. Hammer, J.C., Fisher, J.D., Fitzgerald, P., & Fisher, W.A. (1996). When two heads aren't better than one: AIDS risk behavior in college-age couples. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 375–397.
25. Kershaw, T.S., Ethier, K.A., Nicolai, L.M., Lewis, J.B., & Ickovics, J.R. (2003). Misperceived risk among female adolescents: Social and psychological factors associated with sexual risk accuracy. *Health Psychology*, 22, 523–532.
26. Misovich, S.J., Fisher, J.D., & Fisher, W.A. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behavior: Evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology*, 1, 72–107.
27. Canin, L., Dolcini, M.M., & Adler, N.E. (1999). Barriers to and facilitators of HIV-STD behavior change: Intrapersonal and relationship-based factors. *Review of General Psychology*, 3, 338–371.
28. Roye, C.F., & Seals, B. (2001). A qualitative assessment of condom use decisions by female adolescents who use hormonal contraception. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12, 78–87.

29. ECN.PILLY 2018. Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humains (HPV), trichomonose, UE6 – N°158 – 5ème édition - Maladies infectieuses et tropicales. 2018. Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-158-nb.pdf>
30. Société Française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles 2016. Section MST/SIDA. Février 2016
31. La Ruche G, Goubard A, Berçot B, et al, Evolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012, BEH 2014 ;5 ;93 -103
32. ANAES, Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis. Février 2003
33. ANAES, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine : ANAES ; 2004.
34. Haute Autorité de Santé. Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge. Octobre 2015
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. Janvier 2018. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\\_vaccinations\\_2018.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf)
36. Carey RF et al. Efficacité des préservatifs en latex pour stopper les particules de la taille du virus de l'immunodéficience humaine dans des conditions de simulation d'utilisation. Sex Transm Dis 1992;19:230-4.
37. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. 2005
38. Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France : résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010.
39. Inpes, Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. 2011. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>

40. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. 2005. Disponible sur : [http://applications.emro.who.int/aiecf/guide\\_prise\\_infections\\_sexuellement\\_transmissibles\\_fr.pdf](http://applications.emro.who.int/aiecf/guide_prise_infections_sexuellement_transmissibles_fr.pdf)
41. Insee, Accès et utilisation de l'internet dans l'Union européenne en 2017. Données annuelles de 2003 à 2017. Mai 2018.
42. Insee, Dossier complet France, Evolution et structure de la population en 2015. Juin 2018.
43. Polton D., Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins, Regards 2016/2, 250 p.
44. Sondage Ifop pour Marianne, Les pratiques sexuelles des français. Juillet 2014.
45. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France, Pratiques, genre et santé. Paris, La Découverte, 2008, 609 p.
46. Sondage Ifop, Paris, ville lumière, ville de débauche ? L'observatoire de la vie sexuelle des parisiens. Décembre 2016.
47. Buissonet G., Lapinte A., Le couple dans tous ses états Non-cohabitation, conjoints de même sexe, Pacs..., division Enquêtes et études démographiques, Insee, N° 1435 - FÉVRIER 2013
48. Clarivet B et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium in asymptomatic patients under 30 years of age screened in a French sexually transmitted infections clinic. Eur J Dermatol. (2014)
49. Verneuil L et al. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. (2009)
50. Emevia, CSA, La santé des étudiants en 2015
51. Etudes Opinion Way pour la SMEREP, Santé des étudiants et Lycéens, 2018
52. HCE, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, publié le 13 juin 2016

## ANNEXE : le questionnaire

Percevez-vous le risque que vous prenez de contracter ou de transmettre une infection sexuellement transmissible (IST) ?

Oui ? Vous n'en savez rien ? Testez-vous !

C'est le sujet de ma thèse de médecine générale.

Le questionnaire est **ENTIÈREMENT ANONYME**, je dis bien **EN-TIERE-MENT**, d'une trentaine d'items et vous prendra 5 minutes.

Si vous êtes jeunes, étudiants de Montpellier, ce test est plus particulièrement fait pour vous.

Je vous remercie déjà pour votre participation.

Et suis à votre disposition en cas de questions.

Sarah Biermann

.1/ Quel est votre âge ? \*Une seule réponse possible.

- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- Autre

2/ Sexe : \*Une seule réponse possible.

- Féminin
- Masculin

3/ Dans quel département vivez-vous ? \*Une seule réponse possible.

- 34
- Autre
  
- Si autre, précisez :

4/ Quelles études faites-vous ? \*Une seule réponse possible.





- entre 21 et 25
- entre 26 et 30
- entre 31 et 40
- entre 41 et 50
- entre 51 et 60
- entre 61 et 70
- entre 71 et 80
- entre 81 et 90
- entre 91 et 100
- plus de 100

10/ Orientation sexuelle \*Une seule réponse possible.

- Homosexuelle
- Hétérosexuelle
- Bisexuelle
- Je ne sais pas

11/ En couple, vous êtes du genre : \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Fidèle

Infidèle

12/ A votre avis, est-il probable que vous ayez déjà été exposé à une IST dans votre vie ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Impossible

Très  
probable

13/ A votre avis, est-il probable que vous ayez déjà été exposé à une IST dans les 6 derniers mois ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Impossible

Très  
probable

14/ Face au risque auquel vous avez pu être exposé, que ressentez-vous ? \*Plusieurs réponses possibles.

- De la peur
- De l'inquiétude
- De l'indifférence
- De la confiance
- Je ne sais pas
- Non concerné

15/ Avez-vous déjà fait un test de dépistage ? \*Une seule réponse possible.

- Oui, il y a plus de 6 mois

- Oui, il y a moins de 6 mois
- Non

16/ Avez-vous déjà eu une IST ? \*Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17/ Savez-vous si votre dernier partenaire a fait un test de dépistage ? \*Une seule réponse possible.

- Oui, il y a moins de 6 mois
- Oui, il y a plus de 6 mois
- Non, il n'en a pas fait
- Je ne sais pas

18/ Savez-vous si votre dernier partenaire a déjà eu une IST ? \*Une seule réponse possible.

- Il/Elle en a déjà eu
- Il/Elle n'en a jamais eu
- Je ne sais pas

19/ Avez-vous abordé le sujet du préservatif avec votre dernier partenaire ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Absolument

Absolument  
pas

20/ Avez-vous abordé le sujet du dépistage avec votre dernier partenaire ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Absolument

Absolument  
pas

21/ Avez-vous fait un test de dépistage avant d'arrêter d'utiliser des préservatifs avec votre dernier partenaire ? \*Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

22/ Concernant votre dernière relation, avez-vous utilisé des préservatifs ? \*Une seule réponse possible.

- Absolument toujours
- Souvent
- Rarement
- Seulement au début jusqu'au test de dépistage

- Seulement au début sans test de dépistage
- Jamais

23/ Lors de votre dernier rapport, vous êtes-vous protégés par préservatifs ? \*Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Si OUI : Avec ce partenaire, si vous enlevez totalement les préservatifs, quelle serait la possibilité de contracter une IST ? Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Improbable                      Très probable

- Si NON : Avec ce partenaire, si vous ne changez rien à votre façon de vous protéger, quelle est la probabilité de contracter une IST ? Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Très basse                      Très haute

24/ D'après vous, en l'absence de bilan de dépistage, est-ce que votre dernier partenaire souhaite utiliser des préservatifs pour chaque rapport ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Absolument                      Absolument pas

25/ Est-ce que son avis compte ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Absolument                      Absolument pas

26/ Pensez-vous qu'il est difficile ou facile d'utiliser des préservatifs à chaque rapport ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Très difficile                      Très facile

27/ Pensez-vous qu'il est difficile ou facile de programmer un bilan de dépistage avant d'arrêter les préservatifs ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Très  
difficile

Très  
facile

28/ Sexe sans préservatif : Prenez-vous un risque de contracter ou de transmettre une IST si vous avez un rapport sexuel entre la bouche et le sexe ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Oui

Non

29/ Sexe sans préservatif encore : Prenez-vous un risque de contracter ou de transmettre une IST si vous avez un rapport pénis/vagin ou pénis/anus mais sans éjaculation ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Oui

Non

30/ Sexe sans préservatif toujours : Prenez-vous un risque de contracter ou de transmettre une IST si vous avez un rapport sexuel ET que l'un des partenaires prend une contraception par pilule, implant ou stérilet ? \*Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Oui

Non

31/ Maintenant que vous avez répondu à toutes ces questions, face aux comportements que vous avez, comment vous sentez-vous ? \*Plusieurs réponses possibles.

- Troublé
- Gêné
- Serein
- Angoissé
- Stressé
- Dans l'envie de se protéger correctement
- Dans l'assurance de pouvoir se protéger correctement

Merci de votre participation !

Ce questionnaire a soulevé des questions ? Tant mieux

N'oubliez pas de cliquer sur ENVOYER en bas de la page

Pour plus d'informations sur les IST, le dépistage :

N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin.

Vous pouvez dès à présent cliquer sur ces liens :

<http://www.info-ist.fr>

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1211.pdf>

<http://www.sida-info-service.org/>

A MONTPELLIER, quelques adresses utiles :

Centre de dépistage anonyme et gratuit

Hôpital Saint Eloi - 80 avenue Augustin Fliche - 34295 Montpellier cedex 5

04 67 33 69 50

Site: <http://www.herault.fr/solidarite/contact/centre-de-depistage-anonyme-gratuit-cdag>

Planning familial 34

48 Boulevard Rabelais, 34000 Montpellier

04 67 64 62 19

Site : <https://www.planning-familial.org/>

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## **RESUME**

Les infections sexuellement transmissibles bactériennes sont en recrudescence en France. Ceci malgré les divers plans d'actions menés au niveau national et la réaffirmation, pour le médecin généraliste, de son rôle dans la prévention, le dépistage, et l'éducation à la santé. Elles touchent majoritairement les jeunes, notamment de 18 à 29 ans. Notre objectif principal était de décrire leurs comportements et leurs pratiques de prévention en matière de sexualité et d'évaluer leurs facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles. Notre objectif secondaire était de décrire leurs connaissances des situations à risque et leur conscience du risque vis-à-vis de leurs comportements.

Nous avons donc réalisé une étude observationnelle descriptive auprès d'un échantillon de femmes et d'hommes âgés de 18 à 29 ans à l'aide d'un questionnaire informatisé.

Au total, 181 personnes ont participé à l'étude. Notre travail indique que la population de 18 ans à 29 ans étudiée cumule souvent plusieurs facteurs de risque inhérents notamment à leur âge ainsi que des comportements prédictifs d'IST liés à leur situation sociale. Leurs pratiques de prévention semblent meilleures que celles attendues et ils identifient bien les situations à risque. Ils semblent conscients des risques pris en cas de rapports non protégés.

Pourtant leurs pratiques de prévention peuvent encore être nettement améliorées.

Il paraît donc nécessaire que les médecins généralistes continuent de promouvoir auprès de cette tranche de population les moyens de prévention existants et de proposer des bilans de dépistage en dehors de toute demande émanant de leur part.

**Mots clés** : infections sexuellement transmissibles, risque, comportements, prévention, dépistage, médecine générale