



HAL
open science

Connaissance et mise en application du dispositif de prescription de préservatifs remboursés par les médecins généralistes de l'Eure exerçant dans les zones d'influence du CEGGID d'Évreux et de ses antennes

Doriane Hascoet

► To cite this version:

Doriane Hascoet. Connaissance et mise en application du dispositif de prescription de préservatifs remboursés par les médecins généralistes de l'Eure exerçant dans les zones d'influence du CEGGID d'Évreux et de ses antennes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02972788

HAL Id: dumas-02972788

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02972788>

Submitted on 20 Oct 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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2020

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

Doriane HASCOET

Née le 23 Mai 1989 à EVREUX

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 OCTOBRE 2020

**CONNAISSANCE ET MISE EN APPLICATION DU DISPOSITIF DE
PRESCRIPTION DE PRESERVATIFS REMBOURSES PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DE L'EURE EXERCANT DANS LES
ZONES D'INFLUENCE DU CEGGID D'EVREUX ET DE SES
ANTENNES**

PRESIDENT DU JURY : Pr Manuel ETIENNE

DIRECTEUR DE THESE : Dr Pascal HABAULT

MEMBRES DU JURY : Dr Eglantine FERRAND DEVOUGE

Dr Joël LADNER

Dr Lucille PELLERIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

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

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury

Au **Professeur Manuel ETIENNE**, vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Au **Docteur Joel LADNER**. Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de ce jury. Soyez assuré de toute ma gratitude.

A la **Doctoresse Lucille PELLERIN**. Merci de m'avoir guidée pendant la rédaction de ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A la Doctoresse **Eglantine FERRAND DEVOUGE**. Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail et de répondre toujours présente, avec toute ta gentillesse.

Au **Docteur Pascal HABAULT**. Merci de ton soutien, de ta gentillesse, de ta bienveillance et d'avoir accepté de faire partie de ce travail.

Remerciements personnels

A **Vincent**, sans qui la vie serait moins belle. Merci d'être là chaque jour et de me combler de bonheur.

A **Astrid** et **Arsène**, qui ont retardé un peu la rédaction de cette thèse ! Mais que j'aime le plus fort du monde !

A **mes parents**, qui m'ont accompagnée chaque jour et soutenue. Merci d'être les plus belles personnes au monde ! Je vous aime.

A **Julien**, **Mathieu** et **Marion**, pour votre soutien et tout votre amour ! Quelle fierté d'être la numéro 4 !

A **Arthur**, **Pénélope** et **Marius** que j'aime plus que tout.

A **mes grands-parents**, Daniel, Augustine, Pierre, Suzanne.

A **Alain**, **Josiane**, **Camille**, **Claire** et **Alice** pour m'avoir accueillie dans leur famille et pour leur soutien.

A **Chantal**, **Jean Pierre**, **François** et **Elisabeth** merveilleuse équipe de la rue Van Gogh !

A **Orianne**, mon unique, pour toujours !

A **Camille**, **Hélène**, **Sarah**, **Hugo**, **Camille**, **Corentin** mes irrésistibles amis pour la vie !

A **Constance**, **Justine**, **Margot**, **Marie**, ce gang de filles qui s'agrandit, pour tous ces beaux moments passés et à venir !

A **Alex** et **Alex** ! Mon gang ébroïcien ! Pour nos super moments de rires passés et à venir !

A **Florian** et **Poupette** (et **Harry**), merci de prendre si bien soin de moi encore et toujours !

A **Clément**, merci d'être l'ami que tu es. Et merci d'avoir débarqué si tard dans la nuit pour fêter la naissance de Gaston !

A **Arsène, Marine, Clément** mon gang Normand-Bordelais pour la vie !

A **l'équipe du CeGIDD**, pour m'avoir si bien accueillie, que je ne suis plus repartie !

A tous ceux qui m'ont aidée dans la réalisation de travail.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	12
TABLE DES ABREVIATIONS.....	16
I. INTRODUCTION	18
1. Définitions	18
a. Santé sexuelle	18
b. Infections sexuellement transmissibles.....	18
2. Epidémiologie des IST.....	18
a. Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)	18
b. IST bactériennes :	20
c. Hépatites virales	21
d. Papillomavirus (HPV)	22
e. Herpès génital (HSV2).....	22
f. Trichomonas	22
3. Prévention des IST.....	23
a. CeGIDD.....	23
b. Plan national	23
c. Prévention combinée	24
d. Dépistage	24
e. Vaccination	27
4. Médecins libéraux au cœur de la prévention en santé sexuelle	28
5. Focus préservatif	29
a. Petite Histoire du préservatif	29
b. L'utilisation du préservatif en France :	29
c. Préservatif ses avantages et ses limites :	30
d. Prescription du préservatif externe remboursé.....	31
6. Rationnel du travail et objectifs	32
II. METHODOLOGIE	32
1. Elaboration du questionnaire.....	33
2. Diffusion / Recueil	33
a. Périmètre de diffusion.....	34
b. Modalités de diffusion.....	34
3. Traitement des données	34

4.	Aspects réglementaires	34
III.	Résultats	35
1.	Généralités :	35
2.	Profil des médecins répondants :	35
3.	Dépistage des Infections sexuellement transmissibles.....	37
4.	Focus préservatif	42
IV.	DISCUSSION	48
1.	Rationnel de l'étude	48
2.	Population étudiée	49
3.	Résultats discutés.....	50
a.	La connaissance du dispositif de prescription et la mise en application	50
b.	Conditions de prescription	53
c.	Dépistage des IST	54
V.	CONCLUSION.....	57
	BIBLIOGRAPHIE.....	60
	ANNEXES.....	63
1.	Annexe 1 : Questionnaire.....	63
2.	Annexe 2 : Carte des bassins de vie	Erreur ! Signet non défini.

TABLE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence régionale de Santé

CeGIDD : Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des IST et du VIH

CMU : Couverture médicale universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNR : Centre National de Référence

Ct : Chlamydia trachomatis

DO : Déclaration Obligatoire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

HSV : Virus à Herpès Simplex

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infections sexuellement transmissibles

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

MGs : Médecins généralistes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PreP : Prophylaxie de pré-exposition au VIH

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SNDS : Système national des données de santé

TAAN : Tests d'amplification d'acides nucléiques

Tasp : Treatment as prevention

TPE : Traitement de Post exposition au VIH

TROD : Test rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usager de drogue intraveineuse

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé majeur en raison de leur transmissibilité, de leur fréquence et des conséquences sur la santé des populations (douleurs, infertilité, cancer...), qu'elles soient liées aux infections elles-mêmes ou à leurs complications. (1)

L'incidence des IST est en progression depuis plusieurs années (267 000 infections à Chlamydia trachomatis diagnostiquées en 2016), et ce malgré les mesures de prévention impulsées par les pouvoirs publics et portées par les acteurs de terrains. (1)

1. Définitions

a. Santé sexuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme : « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». (2)

b. Infections sexuellement transmissibles

Les IST correspondent à des pathologies qui peuvent être transmises lors des relations sexuelles et qui sont provoquées par des agents infectieux (virus, bactéries ou parasites) (3). Il existe plus d'une trentaine d'IST. Les plus fréquentes sont les suivantes :

- Chlamydia trachomatis (Ct)
- Gonocoque
- Syphilis
- Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)
- Hépatites B et C (VHB et VHC)
- Herpès génital (HSV2)
- Papillomavirus (HPV)
- Trichomonas

2. Epidémiologie des IST

a. Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Réseaux de surveillance

La surveillance du VIH en France est réalisée par les laboratoires de biologie médicale (recueil LaboVIH), auxquels s'ajoutent les associations habilitées à réaliser des tests rapides

d'orientation diagnostique (TROD) et le nombre d'autotests vendus en pharmacie. Les données sur les découvertes de séropositivité VIH sont obtenues grâce à la déclaration obligatoire du VIH (web e-DO), réalisée par les biologistes et les cliniciens. (4)

Epidémiologie

En Octobre 2019, Santé Publique France publie un bulletin de santé publique intitulé « Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida - France, 2018 » (4).

Ce bulletin révèle qu'en 2018, 6200 découvertes de séropositivité ont été déclarées, chiffre en légère diminution depuis 2017 (-7%, $p=0,040$).

Parmi ces 6200 découvertes :

- 29% ont été diagnostiqué à un stade avancé (lymphocytes $CD4 < 200/mm^3$ ou stade Sida).
- 40% des découvertes de séropositivité concernaient des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), 56% étaient hétérosexuels et 2% étaient des utilisateurs de drogues injectables (UDI). 56% concernaient des personnes nées à l'étranger, dont 66% étaient originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne.
- Plus de la moitié (52%), des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018 n'avaient jamais été testées pour le VIH auparavant.
- 21% résultaient d'une sérologie réalisée à la demande du patient et 79% à l'initiative du professionnel de santé.

Le taux de positivité est très variable selon les régions, de 0,7 à 6,9 pour 1 000. Il est plus élevé dans les départements d'outre-mer (de 2,1 en Martinique à 6,9 en Guyane) et en Île-de-France (3,3).

Epidémiologie Normande

En Normandie, les données épidémiologiques des infections à VIH et des autres IST sont relayées via le Comité de Coordination de la lutte contre les IST et le VIH (COREVIH) qui collecte les données des CeGIDD (Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des IST et du VIH) et les TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) réalisés par les différentes structures habilitées.

En Décembre 2017, La Cire Normandie en partenariat avec le COREVIH Normandie publie un bulletin de veille sanitaire intitulé « Les infections sexuellement transmissibles en région Normandie en 2016 » (5).

D'après ce bulletin, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région s'élevait à 63 pour 1 000 habitants (IC95 % = 60-67) en 2016, ce qui plaçait la région au 4ème rang des régions ayant une faible activité de dépistage (5).

Le nombre total de sérologies VIH confirmées positives était estimé à 293 (IC95 % = 235-351) soit un taux de 1,4 sérologie positive pour 1 000 sérologies réalisées. Ce taux était proche du taux de positivité observé en France métropolitaine hors région Ile-de-France qui s'élevait à 1,3 sérologie positive pour 1 000 sérologies réalisées (5).

En 2016, en Normandie, deux tiers des personnes ayant eu un diagnostic d'infection à VIH étaient des hommes (66 %), et 37% des contaminations relevaient de rapports sexuels entre hommes (HSH) (5).

En 2016, le nombre de découvertes de SIDA en région Normandie a été estimé à 30 (IC95 = 23-36), soit un taux de diagnostic de SIDA estimé à 9 par million d'habitants. (5)

b. IST bactériennes :

Réseaux de surveillance

La surveillance des IST bactériennes est organisée via un réseau de cliniciens volontaires (RéSIST), pour la syphilis et les gonococcies, ainsi que sur deux réseaux de laboratoires volontaires (Rénago et Rénachla) pour les gonococcies et les infections à Ct. Ces réseaux sont coordonnés par Santé Publique France (3).

Pour estimer le nombre de diagnostics d'IST bactériennes en 2016, une enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale : LaboIST (enquête ponctuelle pluriannuelle) (6). Elle est répétée tous les deux ans afin de pouvoir disposer du nombre total de diagnostics au niveau national et régional. Les acteurs principaux sont :

- La médecine de ville via les données du système national des données de santé (SNDS) : les données de remboursement des soins de l'assurance maladie permettent la surveillance de l'activité de dépistage.
- Les CeGIDD : données individuelles sociodémographiques, comportementales, cliniques, biologiques.
- La médecine hospitalière via le réseau ReIST pour les gonococcies.
- La collaboration avec le CNR des IST bactériennes qui coordonne la surveillance des LGV (Lymphogranulomatose vénérienne) et des résistances aux antibiotiques des infections à Gonocoque.

Epidémiologie

Depuis 2012, le nombre de nouveaux diagnostics d'infections à Ct et à gonocoque est en augmentation, d'après les résultats de l'enquête LaboIST1. (7)

Chlamydia (Ct)

En 2018, 2,1 millions de personnes ont été testées pour une infection à Ct en secteur privé. La majorité des personnes testées étaient des femmes (77%). (8)

En 2018, 110 645 personnes de 15 ans et plus ont été diagnostiquées pour une infection à Ct en secteur privé et 22 325 en CeGIDD. Le taux national de diagnostics était de 202 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus. Ce taux était de 285 pour 100 000 chez les femmes et de 112 pour 100 000 chez les hommes, plus important dans la tranche des 15-24 ans.

En 2018, 722 LGV rectales ont été déclarées au CNR des IST bactériennes. Les cas étaient quasi exclusivement diagnostiqués chez des HSH (98%) chez lesquels le niveau de co-infection par le VIH restait très élevé (54%).

En Normandie, le nombre de déclarations d'infection à Ct était en forte augmentation depuis 2013, avec 802 diagnostics en 2016 contre 579 en 2014. (5) La classe d'âge la plus touchée était représentée par les 20-24 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Gonocoque

En 2018, 1,6 millions de dépistages du gonocoque ont été réalisés dans le secteur privé et 305 535 en CeGIDD. (8)

En 2018, 4 064 infections à gonocoque ont été déclarées par le réseau de cliniciens RésIST. Le nombre de diagnostics de gonococcie a augmenté significativement en 2018 par rapport à 2016 (+53%). Cette augmentation a notamment concerné les HSH (+58%).

Parmi les patients déclarés via le réseau RésIST en 2018, 88,8% ont été diagnostiqués dans un CeGIDD, 10,7% en consultation hospitalière et 0,5% en médecine de ville. (8)

En Normandie, 95 cas de gonococcies ont été déclarés en 2016 (chiffre en augmentation). (5) Les HSH représentaient 44 % des diagnostics.

Syphilis

En 2018, 1 762 syphilis récentes ont été déclarées dans le réseau de surveillance RésIST. Le nombre de cas déclarés dans le réseau est quasiment stable depuis 2016. (8)

La majorité (83,7%) des patients déclarés via ce réseau ont été diagnostiqués dans des CeGIDD, 15,6% en consultation hospitalière et 0,7% en médecine de ville. (8)

Les hommes représentaient 93% des cas déclarés en 2018 par le réseau RésIST, 79% étaient des HSH (8).

En Normandie, en 2016, 35 cas de syphilis récentes ont été déclarés, 58% des déclarations concernaient des patients HSH. (5)

c. Hépatites virales

Réseaux de surveillance

La surveillance des hépatites virales repose sur des systèmes multiples : dépistage, diagnostic, prise en charge via des réseaux de partenaires cliniciens et de laboratoires ainsi que sur l'analyse des bases médico-administratives et des enquêtes spécifiques. (9)

Epidémiologie

Hépatite C (VHC)

La prévalence du VHC dans la population générale en France métropolitaine en 2016 a été estimée à 0,30% (intervalle de confiance à 95%, IC95% : [0,13-0,70]), soit 133 466 personnes [56 880-312 616]. (9) Chez les UDI (usagers de drogues injectables), 30% étaient porteurs d'une hépatite C chronique.

Hépatite B (VHB)

La prévalence du VHB dans la population générale en France métropolitaine en 2016 a été estimée à 0,30% [0,13-0,70], soit 135 706 personnes [58 224-313 960]. (9)

Hépatite A

L'hépatite A fait partie des hépatites virales sexuellement transmissibles en fonction des pratiques.

Depuis janvier 2017, la Normandie est au centre d'une épidémie d'hépatite A avec 154 cas recensés qui ont fait l'objet d'une Déclaration Obligatoire (DO) dont 59% domiciliés en Seine Maritime. L'épidémie d'hépatite A qui a débuté en janvier 2017, s'accompagne d'une modification du sex-ratio H/F et des classes d'âges touchées. Habituellement proche de 1 dans la région, le sexratio H/F observé depuis janvier 2017 s'élève à 4,9, avec une surreprésentation des HSH. (10)

d. Papillomavirus (HPV)

Epidémiologie

70 à 80% des hommes et des femmes sexuellement actifs sont exposés à l'HPV dans leur vie. Le cancer du col de l'utérus induit par l'HPV se place en 12ème position des cancers féminins les plus fréquents en France. Il se développe en moyenne 10 à 15 ans après une infection persistante par un HPV.

En 2018, en France métropolitaine, le nombre de nouveaux diagnostics de cancer du col de l'utérus était estimé à 2 920. 40% des cas ont été diagnostiqués chez des femmes de moins de 50 ans. 1117 décès secondaires à un cancer du col de l'utérus ont été recensés en 2018. (11)

e. Herpès génital (HSV2)

80 % de la population adulte est porteuse de l'Herpès simplex virus à l'état latent. En France, les infections à HSV-2 concernent près de 17 % de la population adulte. (12)

f. Trichomonas

La trichomonose urogénitale est une infection sexuellement transmissible fréquente, due à *Trichomonas vaginalis*, protozoaire flagellé, parasite des voies urogénitales.

3. Prévention des IST

a. CeGIDD

Au 1^{er} janvier 2016, suite au Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 (13) et à l' Arrêté du 1er juillet 2015 NOR: AFSP1508884A (14) le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes fusionne les structures de prévention préexistantes que sont les consultations d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et les consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG) afin de créer une structure unique de prévention dédiée en santé sexuelle : les CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

Les missions des CeGIDD sont :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic du VIH, des hépatites virales et des IST dont la vaccination.
- La prise en charge médicale des infections sexuellement transmissibles.
- La prévention des autres risques liés à la sexualité, dans une approche globale de santé sexuelle, et notamment la prescription de contraceptions.

b. Plan national

Après la création des CeGIDD, la santé sexuelle demeure au cœur de la stratégie nationale de santé comme en témoigne le plan de santé sexuelle 2017 - 2030.

Elle se base sur trois principes fondamentaux que sont « l'autonomie », « la satisfaction » et « la sécurité ». (6)

Le plan santé sexuelle 2017-2030 définit la sécurité sexuelle en tant qu'indicateur fondamental de bonne santé comme en témoignent les objectifs annoncés pour 2030 en matière d'IST :

- Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience acquise) et zéro discrimination.
- Eliminer les épidémies d'IST en tant que problème majeur de santé publique.
- 95% des personnes vivants avec le VIH connaissent leur statut sérologique en 2020.
- 95% des personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral recommandé en 2020.
- 95% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable en 2020.
- 75% de couverture vaccinale du VHB chez les adolescents en 2023 (95% en 2030).
- 60% de couverture vaccinale pour l'HPV chez les adolescentes en 2023 (80% en 2030).

- Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : syphilis, gonococcies, chlamydiae, LGV. (6)

c. Prévention combinée

La politique de prévention en santé sexuelle s'articule autour du préservatif dans une logique de prévention combinée. (15)

Le préservatif est utilisé comme outil de base. Du fait de son accessibilité, il est le moyen de prévention le plus répandu pour se protéger et protéger les autres du VIH et des IST.

La prévention combinée (6) regroupe différents dispositifs de prévention des IST que sont :

- Les préservatifs (préservatif externe / masculin ; préservatif interne / féminin)
- Le Traitement Post Exposition au VIH (TPE) : traitement préventif du VIH délivré en urgence après un risque d'exposition au virus qui vise à réduire le risque de transmission. Ce traitement ne concerne que la transmission du VIH et non pas celle des autres IST.
- La Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) : traitement délivré en amont de la prise de risque sexuelle de transmission du VIH dans le but d'éviter la transmission du virus. Elle ne concerne que le VIH et pas les autres IST. Elle peut être prescrite selon deux schémas différents en fonction des besoins du patients et de sa demande (continu / discontinu).
- Le Treatment as Prevention (Traitement comme prévention / TasP) : qui permet, si le traitement pris pour le VIH est efficace et la charge virale plasmatique indétectable depuis au moins 6 mois, de réduire le risque de transmettre le virus à son partenaire.
- Le dépistage régulier du VIH et des autres IST : qui permet un dépistage et un traitement précoce des différentes IST, ainsi qu'une éducation ciblée à la santé sexuelle et aux différents moyens de prévention.
- La vaccination : contre le VHB et l'HPV.

d. Dépistage

Le dépistage demeure au cœur de la prévention. La majorité des infections sexuellement transmissibles donnent peu de symptômes lors de la contamination, et parfois les symptômes passent inaperçus. La connaissance de son statut vis-à-vis des IST reste un moyen important pour le patient de se protéger, protéger les autres et limiter les épidémies. (16)

Le bilan sérologique

VIH

Les marqueurs biologiques recherchés en pratique courante à partir d'un prélèvement sanguin sont :

- les anticorps (Ac) anti-VIH en première intention
- l'antigène p24 (Ag p24), recherché par des techniques immuno-enzymatiques (ELISA, Western Blot de confirmation sur le même prélèvement) (17);

Un second prélèvement est toujours réalisé afin de confirmer un résultat positif.

Pour un résultat fiable un délai de six semaines est à respecter par rapport au risque (délai de séroconversion possible).

Le médecin prescripteur se doit d'informer son patient de la réalisation d'exams biologiques à visée diagnostique pour le VIH.

Syphilis

Deux types de tests permettent le dépistage et le diagnostic de la syphilis : des tests tréponémiques spécifiques dirigés contre les antigènes du tréponème (TPHA pour « Treponema pallidum Hemagglutination Assay » et FTA pour « Fluorescent Treponemal Antibody ») et des tests non tréponémiques moins spécifiques permettant la surveillance de l'efficacité du traitement (le VDRL pour « Veneral Disease Research Laboratory » et le RPR pour « Rapid Plasma Reagin »).

En pratique il est désormais recommandé en première intention de réaliser un test tréponémique de type ELISA ou apparenté pour le dépistage de la syphilis à la place du couplage TPHA VDRL. (18)

Hépatite B

Le dépistage du VHB B se fait sur le couplage de trois marqueurs prescrits de façon concomitante : Ac anti-HBc, Ag HbS, Ac anti-HBs.

En cas de suspicion d'infection à VHB active une recherche de l'ADN viral B est effectuée. (19)

Hépatite C

Le dépistage du VHC en première intention est réalisé par le dosage des Ac anti VHC.

Un résultat d'Ac anti-VHC négatif est fiable en l'absence de prise de risque dans les 3 derniers mois. Un résultat d'Ac anti-VHC positif, doit être contrôlé par un nouveau test immuno-enzymatique (EIA) sur un deuxième prélèvement. (19)

En cas de sérologie de contrôle positive sur le deuxième prélèvement, on recommande la recherche de l'ARN du VHC par PCR qualitative ou quantitative sur ce même deuxième prélèvement.

Hépatite A

Le dépistage d'une hépatite aiguë virale A repose sur la présence des IgM anti-VHA. La recherche est recommandée en fonction des pratiques sexuelles, particulièrement chez les HSH chez qui une vaccination est recommandée en cas d'absence d'immunisation. (10)

Le prélèvement local

Chlamydia trachomatis (Ct)

Le dépistage est réalisé par des tests d'amplification d'acides nucléiques, ou « TAAN » (real time PCR). Il existe des tests combinés pour le Ct et *N. gonorrhoeae*. Ni les tests antigéniques, ni la culture cellulaire, ni la sérologie ne sont recommandés et adaptés au dépistage. (20)

Chez l'homme : le prélèvement peut être fait de façon non invasive soit par prélèvement urinaire sur 1er jet d'urines, soit par auto-prélèvement urétral.

Chez la femme : le prélèvement peut être réalisé par auto-prélèvement vaginal. Il peut être réalisé par le médecin ou le biologiste par prélèvement endocervical.

Selon les pratiques sexuelles, il peut être réalisé un prélèvement anal ou pharyngé. (21)

Neisseria gonorrhoeae

Le dépistage peut être réalisé par différents tests en fonction des situations :

- La culture bactérienne : indiquée chez les patients symptomatiques (urétrite, cervicite ou anite). Elle est réalisée en 48h et permet l'obtention d'un antibiogramme. Elle est systématiquement couplée à un test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN). Le prélèvement se fait chez l'homme sur 1er jet d'urines ou écouvillonnage urétral par auto-prélèvement, chez la femme le prélèvement se fait par auto-prélèvement vaginal ou prélèvement endocervical.

- Les tests d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) : indiqués chez les patients symptomatiques en association à la culture, et chez les patients asymptomatiques seuls. Selon les pratiques l'écouvillonnage pharyngé ou anal peut être pratiqué. (22) (23)

Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD)

L'arrêté du 1er août 2016 fixe les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le VHC. Le TROD est un outil qui complète l'offre traditionnelle de dépistage de l'infection par le VHC ou à VIH existante auprès des populations et des individus les plus exposés, notamment les populations ayant des difficultés à recourir à des structures de soins ou de prévention quelle qu'en soit la raison (géographique, sociale...) et les populations non ou insuffisamment dépistées qui seraient plus facilement convaincues du fait d'un dépistage immédiat par un test rapide.

« Un test rapide d'orientation diagnostique détectant l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) peut être réalisé chez toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé ». (24)

La loi prévoit qu'il puisse être réalisé par un médecin exerçant en cabinet libéral ou en établissement ainsi que par un salarié ou un bénévole, non professionnel de santé, intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative mentionnée à condition qu'il ait préalablement suivi une formation à l'utilisation des TROD de l'infection à VIH 1 et 2.

En cas de TROD positif, la personne concernée est invitée systématiquement à réaliser un diagnostic biologique de l'infection à VIH 1 et 2. S'il revient négatif le TROD est fiable dans la mesure où le patient ne rapporte pas de prise de risque dans les 3 derniers mois. Il existe parfois des TROD combinés (VIH/ VHC/ Syphilis/ VHB).

L'autotest pour le VIH

L'autotest pour le VIH a pour objectif, pour le patient qui l'utilise, de connaître rapidement son statut sérologique concernant ce virus. Contrairement au TROD pour le VIH, l'autotest peut être réalisé seul par le patient sans l'accompagnement d'une personne habilitée.

En revanche, de la même manière que pour le TROD, en cas d'autotest positif, la personne concernée est invitée systématiquement à réaliser, auprès d'un médecin ou d'un établissement ou service de santé, un diagnostic biologique de l'infection à VIH 1 et 2. S'il revient négatif le test est fiable dans la mesure où le patient ne rapporte pas de prise de risque dans les 3 derniers mois.

L'autotest est accessible en population générale pour tout patient qui le souhaite. Il est disponible en pharmacie ou sur internet. Les frais restent à la charge du patient.

Selon Sida info service, en 2018, 74 400 autotests ont été vendus en pharmacie en France.

e. Vaccination

La couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale s'inscrit dans la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. (6)

Hépatite B

La politique de vaccination contre le VHB en France dans la population générale repose sur 2 stratégies :

- L'identification et la vaccination des personnes à risque élevé d'exposition.
- La vaccination des nourrissons et le rattrapage des enfants et des adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus. (25)

La vaccination se fait alors selon le schéma classique à 3 doses (0, 1 et 6 mois).

Chez les nourrissons, les recommandations générales portent sur le vaccin hexavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b et le VHB aux âges de 2,4 et 11 mois.

La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 propose de faire du rappel de la vaccination DT-polio entre 11 et 13 ans une opportunité d'offrir systématiquement le rattrapage de la vaccination anti-VHB chez les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

Papillomavirus

Les recommandations générales concernent toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans. La vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par l'HPV. Dans le cadre du rattrapage, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles entre 15 et 19 ans révolus.

Le vaccin nonavalent est recommandé (GARDASIL 9) selon le schéma suivant :

- Vaccination initiée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées de 6 à 13 mois.
- Entre 15 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0,2 et 6 mois.

Une approche populationnelle concernant les HSH, propose une vaccination, jusqu'à 26 ans révolus, avec 3 doses administrées à 0,2 et 6 mois.

La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 s'oriente vers une vaccination universelle des garçons et des filles aux tranches d'âges concernées comme ce qui peut être vu dans d'autres pays voisins. Elle s'appliquera au 1^{er} janvier 2021.

Hépatite A

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les patients porteurs d'une hépatopathie chronique due au virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.

Elle est recommandée chez les patients Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH). (25)

4. Médecins libéraux au cœur de la prévention en santé sexuelle

Les médecins généralistes (MGs) bénéficient d'une place de choix dans la prévention en santé sexuelle. La prescription de tests de dépistage des IST, la couverture vaccinale et désormais la prescription de préservatifs externes remboursés en font des acteurs de terrains qui bénéficient d'une place centrale dans la prévention.

L'étude Baromètre santé 2009 réalisée auprès d'un échantillon de 2 083 MGs décrit leurs perceptions et leurs comportements en matière de vaccination, de dépistage des hépatites virales et du VIH.

Avec cinq millions de tests VIH réalisés chaque année, la France se situe au premier rang des pays européens pour l'activité de dépistage, pourtant un certain retard au diagnostic persiste.

Le Baromètre santé 2009 met en exergue qu'en médecine générale, la pratique actuelle du dépistage est orientée par le profil de risque et non par une attitude classique de dépistage d'une pathologie non symptomatique bénéficiant d'un traitement. Le principe d'un dépistage en population générale sur initiative du médecin, comme recommandé par la HAS, suscite un bon niveau d'adhésion mais les avis sont plus nuancés quand il s'agit de proposer un test aux personnes sans facteur de risque apparent. (26)

Les dernières recommandations de dépistage du VIH en médecine libérale ont été revues par la HAS en Mars 2017, elles se déclinent selon deux volets :

- « La proposition d'un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, au moins une fois dans la vie, lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH. »
- « Le renforcement du dépistage auprès des populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH que sont les HSH, les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, et les UDI, inscrits dans la durée. » (26)

5. Focus préservatif

Par l'arrêté du 21 novembre 2018 portant inscription du préservatif masculin lubrifié EDEN des Laboratoires MAJORELLE au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, le premier préservatif externe remboursé par la sécurité sociale est mis sur le marché le 10 Décembre 2018 (27). Le remboursement du préservatif masculin est un symbole fort lancé par le Ministère de la santé auprès des professionnels. Longtemps seul rempart contre l'épidémie de VIH, il demeure un moyen de prévention en santé sexuelle identifié par le plus grand nombre, et démocratisé au fil des années. Utilisé aussi bien par les femmes que les hommes dans les rapports hétérosexuels ou homosexuels, il constitue un outil de prévention de choix.

a. Petite Histoire du préservatif

Les premières traces d'utilisation de préservatif par l'Homme remontent aux environs de 6000 avant Jésus Christ en Egypte. Le préservatif moderne apparaît au 18ème siècle en Angleterre.

L'apogée du préservatif masculin se fait dans les années 80 avec l'apparition de l'épidémie du VIH qui le propulse au cœur de la prévention des IST.

b. L'utilisation du préservatif en France :

En France, l'utilisation actuelle du préservatif ne permet pas pour le moment une couverture suffisante pour atteindre les objectifs d'extinction de l'épidémie de VIH en 2030.

L'appropriation du préservatif au-delà des données d'utilisation déclarée est corroborée par l'évolution des ventes qui augmentent depuis les années 2000, en particulier en grandes surfaces et en pharmacies qui restent les deux principaux lieux d'achat. (28)

En 2000 en France, 74 millions de préservatifs ont été vendus. En 2016 on en comptait 106 millions (source : Santé publique France). A cela s'ajoutent les ventes en ligne évaluées aux alentours de 5% en 2009 soit environ 5 millions de préservatifs. Enfin, une partie des préservatifs utilisés proviennent de la mise à disposition gratuite par l'Etat (5 à 6 millions de préservatifs par an) et des associations (environ 4 millions par an).

Selon un article publié dans Le Point sur les régions où sont achetés le plus de préservatifs, l'Eure se place au 78^{ème} rang sur 95. (29)

c. Préservatif ses avantages et ses limites :

Les avantages du préservatif externe :

- Il demeure le seul moyen de prévention qui protège du VIH et des autres IST.
- Il est accessible à tous, hommes et femmes, dans les relations hétérosexuelles ainsi que dans les relations entre hommes.
- Son efficacité théorique de protection contre les IST est bonne, même si son efficacité réelle diffère selon le type d'IST, les pratiques sexuelles (hétérosexuelles/homosexuelles), et le type de rapports (vaginal/ anal).
- Il reste le pilier central de la prévention diversifiée.
- Il protège des grossesses non désirées.
- Il est facile d'utilisation, et dispose d'une bonne acceptabilité auprès du public.
- Son utilisation n'expose pas le patient à des effets indésirables secondaires en dehors du risque d'allergie au latex pour les préservatifs qui en contiennent.
- Il est facile d'accès et dispose d'un faible coût.

L'efficacité théorique en terme de protection contre les IST des préservatifs masculins (lorsqu'ils sont utilisés de manière correcte et systématique) varie selon les IST (30) :

- 70 % à 80 % pour le VIH
- 66 % pour le VHB
- 30 % pour la syphilis
- 70 % pour l'HPV
- 30 % pour l'Herpès génital
- 59 % pour le Ct
- 59 % pour les gonococcies
- 59 % pour le Trichomonas

Les limites du préservatif externe :

- Les incidents de préservatifs :

L'efficacité réelle plus faible du préservatif externe s'explique en partie par des incidents de préservatif par rupture ou glissement.

Dans l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » de 2006 (31), 20 % des répondants utilisant des préservatifs rapportaient des incidents par « rupture ou glissement » au cours des 12 derniers mois. Le nombre d'incidents augmentait avec le nombre de rapports et le multipartenariat. Les HSH rapportaient le taux le plus faible (12 %), suivis par les hétérosexuels (20 %) et les bisexuels (38 %).

Dans l'enquête Presse Gay de 2004, 11 % des répondants utilisant les préservatifs ont déclaré des glissements et 13 % des ruptures. Les facteurs favorisant les incidents qui demandaient une attention particulière étaient : la pose et la lubrification. (32)

Ces incidents restent fréquents et incitent à poursuivre l'information des usagers à une bonne utilisation.

- L'utilisation du préservatif au-delà des premiers rapports :

L'arrêt du préservatif au-delà des premiers rapports au cours d'une relation reste fréquent. Les causes évoquées sont : le confort, le fait qu'il soit sous le contrôle de l'un des partenaires (de l'homme dans les relations hétérosexuelles) et son image trop souvent associée à des relations multiples ou occasionnelles. (32)

- L'uniformité de l'offre gratuite, et ce malgré la qualité et l'éventail de tailles proposées était aussi remise en cause.

La diversité de produits en termes de textures et autres, demeure du choix individuel.

- L'adhésion des publics à risques :

A ce jour il reste nécessaire d'assurer auprès des populations à risques que sont le public jeune, la population HSH, les travailleurs du sexe et la population migrante, la promotion et les bons conseils d'usage du préservatif. Il reste important de le promouvoir, d'en faciliter l'offre, et d'en permettre l'apprentissage dès l'entrée dans la sexualité.

d. Prescription du préservatif externe remboursé

Depuis novembre 2018, suite au rapport de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) a demandé l'inscription sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale du dispositif de préservatif masculin EDEN du laboratoire Majorelle. Il est soumis au remboursement depuis le 10 Décembre 2018. Il dispose par ailleurs du marquage CE qui garantit la conformité à la norme NF EN ISO 4074. (33) (27) (30)

La HAS a jugé le service attendu suffisant, en raison de :

- L'intérêt en termes de prévention des IST, compte tenu de son efficacité quand il est correctement utilisé, dans une stratégie globale de prévention.

- L'intérêt attendu en santé publique compte tenu de la fréquence et du caractère de gravité potentiel des IST dont le VIH.

La prescription concerne la population générale âgée de plus de 15 ans (hommes et femmes), pour la prévention des huit infections sexuellement transmissibles suivantes : VIH ; HSV-2 ; HPV ; VHB ; Syphilis ; Ct ; Gonorrhée ; Trichomonas.

EDEN est accessible en vente libre en pharmacie ou remboursé sur prescription médicale effectuée par tout médecin ou par une sage-femme. Il est remboursé à hauteur de 60% par la sécurité sociale. Par la suite d'autres marques ont bénéficié du remboursement comme « sortez couverts » du laboratoire POLIDIS.

6. Rationnel du travail et objectifs

Sensibilisée à ce sujet par mon activité en tant que praticien attaché au CeGIDD d'Evreux et attachée à mon activité de remplaçante en médecine libérale dans l'Eure, le but de mon travail était de mettre en lien mes apprentissages en termes de santé sexuelle avec mon activité libérale.

Un an après la mise en place du remboursement des préservatifs externes, nous nous sommes interrogés sur la connaissance et l'appropriation de ce dispositif par les MGs.

Par ailleurs dans ce contexte d'évolution des recommandations de dépistage des IST, nous avons souhaité évaluer la diffusion de ces recommandations auprès des praticiens.

En fonction de cet état des lieux, des actions de communication auprès des médecins libéraux menées par le CeGIDD pourraient être envisagées.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la connaissance et l'appropriation du dispositif de prescription de préservatifs externes auprès des omnipraticiens de l'Eure exerçant dans les zones d'influence du CeGIDD principal d'Evreux et de ses antennes.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer pour ces mêmes praticiens :

- La mise à jour des connaissances et la mise en application des dernières recommandations en termes de dépistage des IST dans la population générale et dans les populations à risques.
- L'adhésion à l'extension de la vaccination contre l'HPV aux garçons de 11 à 19 ans.
- Le recours au TROD pour le VIH en consultation de médecine générale.

II. METHODOLOGIE

Une étude descriptive quantitative a été conduite auprès des MGs de l'Eure exerçant dans les zones d'influence du CeGIDD d'Evreux et de ses antennes de Louviers, Gisors, Vernon, Bernay et Verneuil-sur-Avre.

1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré après la réalisation d'une bibliographie portant sur le dispositif de prescription de préservatifs, les bonnes pratiques d'utilisation, les freins et les limites du dispositif auprès des utilisateurs ainsi que l'actualisation des connaissances en termes de dépistage des IST.

Il a été soumis pour validation au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) ainsi qu'aux membres de l'équipe du CeGIDD d'Evreux (médecins et paramédicaux).

Les questions portaient sur :

- le profil des médecins répondants
- leur lieu d'activité
- le nombre de patients bénéficiant de la CMU (Couverture médicale universelle) dans leur patientèle
- leur appartenance à un réseau VIH
- les tests réalisés au décours d'un dépistage d'IST courant
- les situations motivant la prescription de dépistage d'IST
- la fréquence de prescription de sérologies VIH
- la tranche d'âge à laquelle était prescrite le plus souvent un dépistage d'IST
- l'actualité de vaccination pour les garçons de 11 à 19 ans contre l'HPV.

Les questions sur la prescription de préservatifs concernaient :

- les modalités de découverte du dispositif
- l'appropriation du dispositif de prescription
- la fréquence de prescription
- les modalités de prescription
- les freins à la prescription
- les conseils délivrés aux patients au décours de la prescription
- la demande des patients ainsi que sa fréquence
- les raisons de non-prescription en cas de connaissance du dispositif de remboursement

Une phase de test a été réalisée auprès de plusieurs praticiens avant diffusion.

Le questionnaire est disponible en annexe (Annexe 1).

2. Diffusion / Recueil

a. Périmètre de diffusion

La zone de diffusion choisie correspond aux bassins de vie contenant les villes d'Evreux, Louviers, Bernay, Gisors, Vernon et Verneuil-sur-Avre.

Ces territoires ont été retenus car ils correspondent à la zone d'influence théorique du CeGIDD principal d'Evreux et de ses antennes (Louviers, Bernay, Gisors, Verneuil-sur-Avre et Vernon). Ainsi en fonction des résultats de ce travail, des actions de communication à destination des médecins pourraient être conduites par cette structure.

Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. (34) La liste des bassins de vie a été récupérée sur le site de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). (35)

Les médecins contactés étaient les médecins en activité au moment de la diffusion du questionnaire et exerçant dans ces zones. Les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier de façon exclusive ont été exclus.

La liste des praticiens concernés a été extraite via le répertoire ADELI des bassins de vie concernés.

La population de médecins interrogés était composée de 104 médecins.

b. Modalités de diffusion

Le questionnaire a été diffusé aux praticiens, au format électronique ou au format papier après obtention de l'accord du médecin par contact téléphonique direct ou par le biais du secrétariat.

Le contact téléphonique dans un premier temps permettait de recueillir le souhait ou non du médecin de répondre à un travail de thèse, son motif de refus si c'était le cas puis dans un second temps explicitait le sujet abordé.

La période de recueil s'est étendue du 10/12/2019 au 10/05/2020.

Deux relances ont été effectuées auprès des médecins qui avaient initialement accepté de se voir soumettre le questionnaire.

3. Traitement des données

Les données ont été récoltées sous format informatique ou papier, anonymisées. Elles ont été traitées dans un logiciel tableur.

4. Aspects réglementaires

Une déclaration de conformité à la Méthodologie de Référence 004 (MR-004) a été déposée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le questionnaire a été diffusé après réception de récépissé de la CNIL.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le questionnaire indiquait la durée de conservation des données à 5 ans et informait les médecins qu'ils disposaient d'un droit de modification et de suppression des données.

Les données récoltées auprès des MGs étaient anonymisées et non identifiantes.

III. Résultats

1. Généralités :

Cent-quatre médecins généralistes ont été contactés.

Trente-deux MGs ont répondu au questionnaire envoyé (30,7%).

Vingt-cinq médecins ont apporté des précisions sur le refus de participer au questionnaire : 16 médecins « manquaient de temps », 9 médecins « n'étaient pas intéressés par le sujet ».

2. Profil des médecins répondants :

Sur les 32 médecins qui ont répondu au questionnaire : 17 étaient des hommes, 15 étaient des femmes.

Sexe	Effectif
Hommes	17
Femmes	15
Total	32

Deux MGs avaient moins de 30 ans, 11 avaient entre 30 et 39 ans, 4 avaient entre 40 et 49 ans, 15 avaient 50 ans ou plus.

Age	Effectif
< 30 ans	2
30 - 39 ans	11
40 - 49 ans	4
> 50 ans	15
Total	32

Vingt-quatre médecins exerçaient en cabinet de groupe, 8 en cabinet individuel.

Mode d'exercice	Effectif
Cabinet individuel	8
Cabinet de groupe	24
Total	32

Concernant le lieu d'exercice des MGs : 29 exerçaient en zone urbaine (soit plus de 2000 habitants) et 3 en zone rurale.

Lieu d'exercice	Effectif
Rural	3
Urbain	29
Total	32

Le nombre de consultations par jour était compris entre 21 et 30 pour 22 d'entre eux et, supérieur à 30 pour 10 généralistes.

Consultations journalières	Effectif
21 à 30	22
> 30	10
Total	32

La part de leurs patients bénéficiant de la CMU était de plus de 10% pour 11 omnipraticiens, comprise entre 6% et 9% pour 9 d'entre eux et inférieure à 5% pour 11. 1 médecin généraliste n'a pas communiqué d'information à ce sujet.

CMU	Effectif
< 5%	11
6 - 9 %	9
> 10 %	11
Total	31

Concernant le nombre de patients suivis pour une infection VIH au sein de leur patientèle : 3 médecins n'assuraient aucun suivi de séropositivité au VIH, 23 praticiens suivaient entre 1 et 5 patients séropositifs au VIH, 3 médecins suivaient entre 6 et 10 patients, 3 médecins suivaient plus de 10 patients.

Suivi VIH	Effectif
0	3
1 à 5	23
6 à 10	3
> 10	3
Total	32

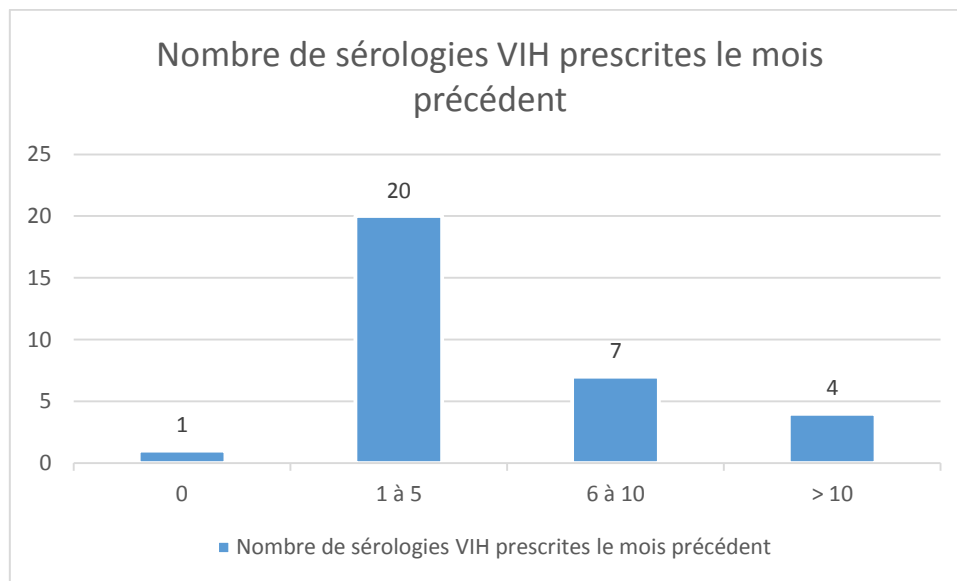
Sur les 32 généralistes interrogés, 2 appartenait à un réseau VIH, 29 n'en faisaient pas partie, un médecin n'a pas apporté de précision à ce sujet.

Réseau VIH	Effectif
Oui	2
Non	29
Total	31

3. Dépistage des Infections sexuellement transmissibles

Parmi les omnipraticiens interrogés, dans le mois qui précédait la réponse au questionnaire, le nombre de sérologies VIH prescrites étaient de :

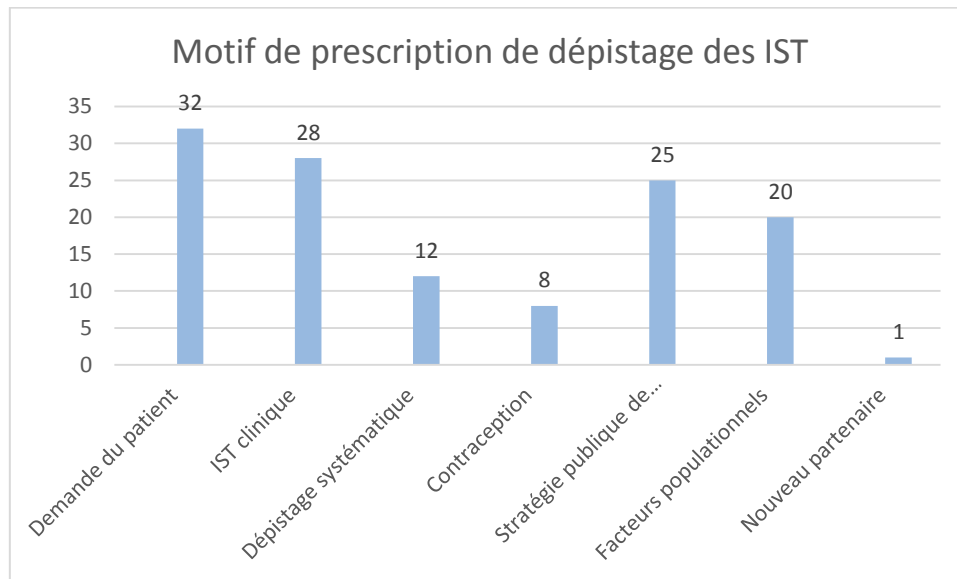
- 0 pour 1 d'entre eux,
- Entre 1 et 5 pour 20 médecins
- Entre 6 et 10 pour 7 médecins,
- Plus de 10 pour 4 médecins.



A la question « A quelle occasion proposez-vous un dépistage des IST ? » :

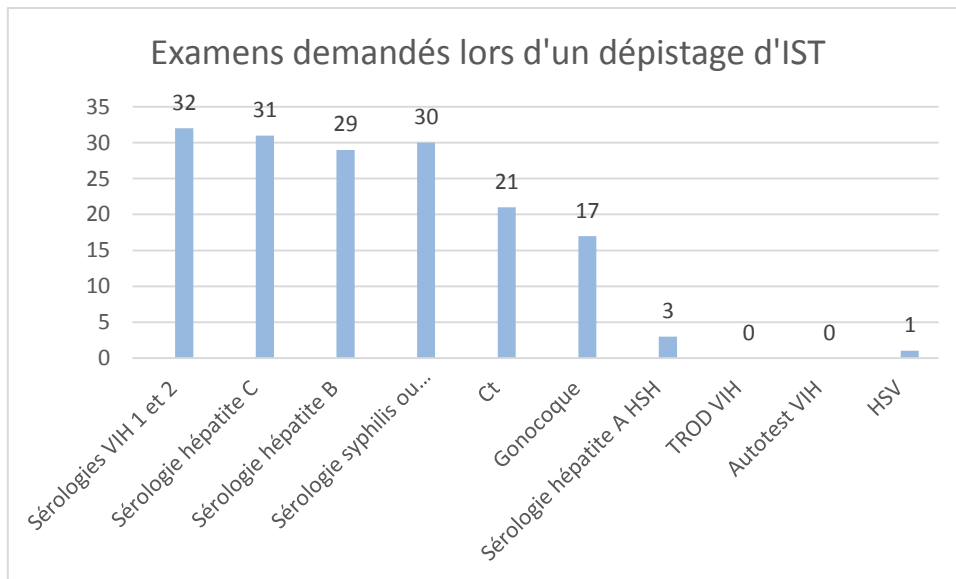
- Les 32 généralistes interrogés proposaient un dépistage des IST quand le patient en faisait la demande.
- 28 d'entre eux prescrivaient un dépistage lorsque le patient présentait des signes cliniques compatibles avec une infection sexuellement transmissible.
- 12 médecins proposaient aux patients de faire un dépistage de façon systématique au décours d'un bilan biologique programmé.

- 8 généralistes proposaient aux patientes de faire un dépistage au décours des consultations dont le motif était la prescription d'une contraception.
- 25 d'entre eux prescrivaient un dépistage des IST dans le cadre d'une stratégie publique de dépistage (bilan biologique au décours du 1er trimestre de grossesse...).
- 20 MGs proposaient le dépistage si les patients présentaient des facteurs de risques populationnels (travailleurs du sexe, migrants...).
- 1 médecin généraliste proposait le dépistage des IST en consultation lorsque le patient mentionnait un nouveau partenaire.



A la question « Lors de la dernière demande de dépistage des IST, quels examens avez-vous prescrits ? » :

- 32 médecins interrogés prescrivaient une sérologie pour le VIH 1 et 2.
- 31 d'entre eux prescrivaient une sérologie VHC et 29 une sérologie VHB.
- 30 prescrivaient une sérologie syphilis ou un couplage TPHA/ VDRL.
- 21 recherchaient la présence d'un Ct sur un prélèvement local ou urinaire, et 17 d'entre eux pour le gonocoque.
- 3 proposaient une sérologie hépatite A chez les patients HSH.
- 1 médecin prescrivait une sérologie HSV.
- Aucun médecin n'avait recours au TROD pour le VIH ou à la recommandation d'autotest pour le VIH.



A la question « Avez-vous déjà eu recours à un TROD pour le VIH et que pensez-vous de son utilisation au décours d'une consultation de médecine générale ? »

Trente et un MGs n'avaient jamais eu recours à un TROD et, un médecin avait déjà utilisé des TROD dans des consultations pour médecins du monde.



Un médecin jugeait l'utilisation en cabinet intéressante mais préconisait une formation en amont pour anticiper les résultats positifs.

Un médecin considérait le TROD « très approprié pour les populations qui ont le moins accès au soin car c'est un moyen d'entrer dans le soin », mais moins pertinent en médecine générale devant la présence d'autres tests de dépistage du VIH et des autres IST.

Deux médecins jugeaient le TROD utile en consultation de médecine générale pour les patients « à risque d'être perdus de vue ».

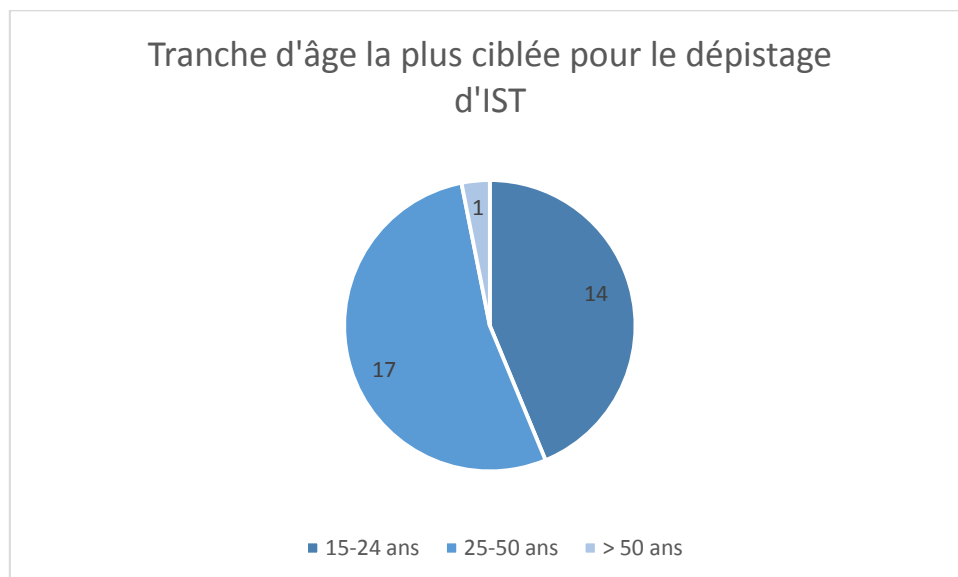
Cinq médecins jugeaient le TROD « peu adapté à la médecine générale » et un médecin « trop chronophage ».

Trois médecins généralistes ne connaissaient pas le dispositif, et étaient intéressés pour se former à la pratique.

A la question « Parmi vos patients à quelle tranche d'âge proposez-vous le plus souvent le dépistage des IST? » :

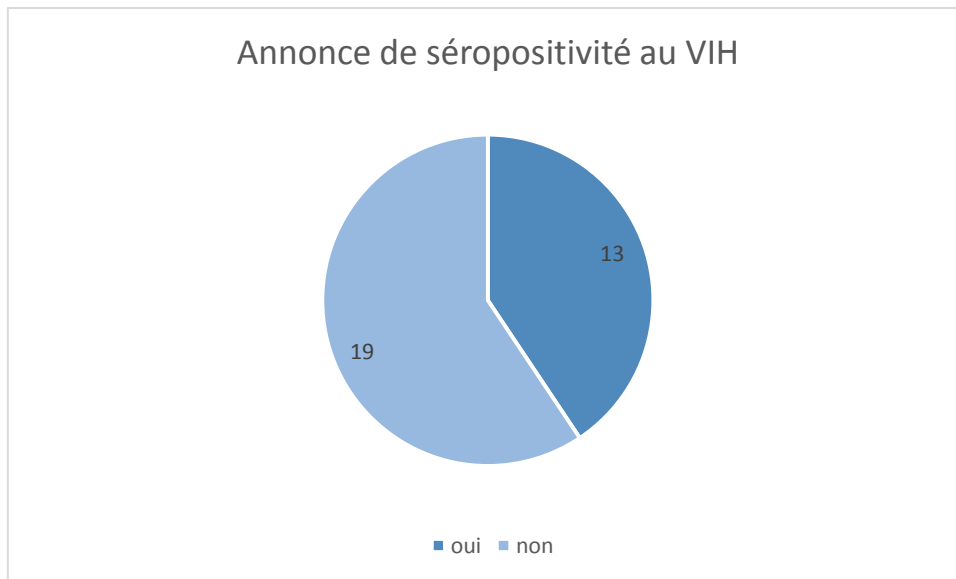
Tous les médecins ont répondu, et la tranche d'âge des 15-24 ans était la plus ciblée pour 14 omnipraticiens tandis que la tranche d'âge des 25-50 ans l'était pour 17 médecins.

Un médecin proposait le plus souvent le dépistage des IST aux plus de 50 ans.



Aux questions « Dans votre pratique avez-vous déjà été confronté à une annonce diagnostic de séropositivité pour le VIH? Si oui, cela a-t-il modifié vos pratiques quant à la prescription de dépistage des IST et en quoi? »

Treize médecins généralistes avaient déjà réalisé une consultation d'annonce diagnostic pour le VIH, 19 n'y avaient jamais été confrontés.

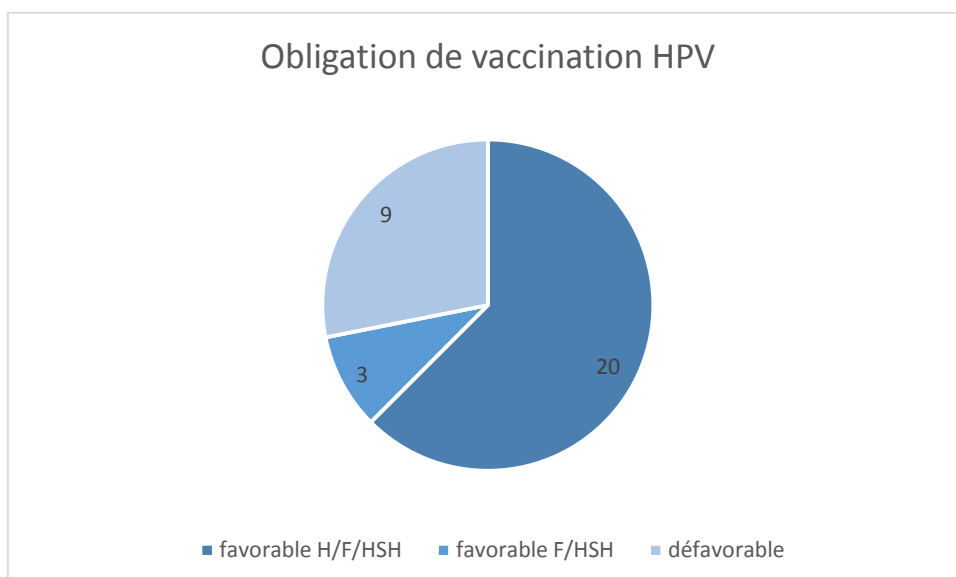


Aucun d'entre eux ne constatait une modification de sa pratique après un diagnostic de VIH.

A la question « Concernant la vaccination contre le papillomavirus, seriez-vous favorable à la rendre obligatoire comme l'hépatite B? »

Trente réponses ont été enregistrées :

- 20 omnipraticiens y étaient favorables pour les jeunes filles et les jeunes garçons de 11 à 19 ans, ainsi que les HSH jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.
- 3 médecins y étaient favorables pour les jeunes filles de 11 à 19 ans, ainsi que les HSH jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.
- 9 n'y étaient pas favorables.

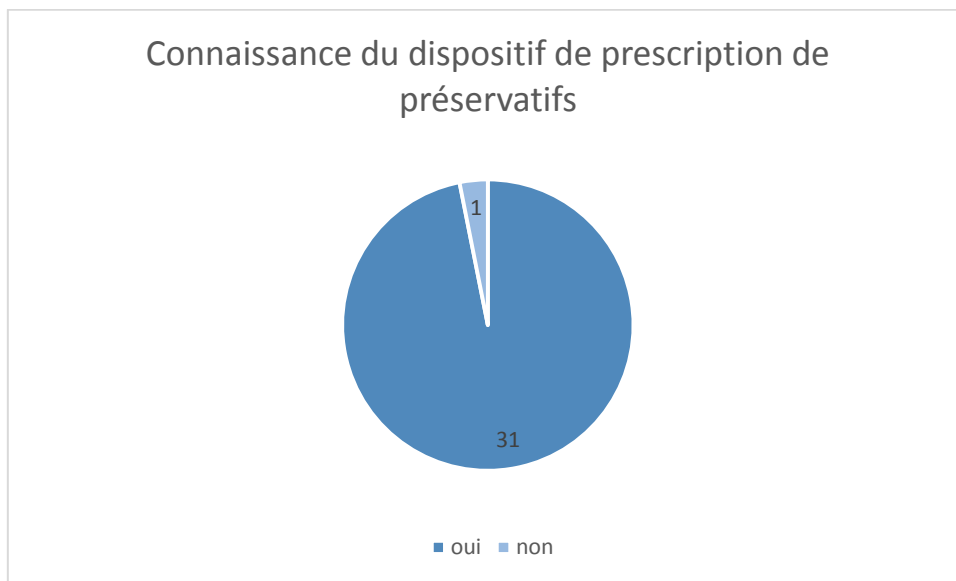


4. Focus préservatif

A la question « Etes-vous au courant du dispositif mis en place depuis décembre 2018 sur la prescription de préservatifs remboursés ? »

Tous les médecins ont répondu :

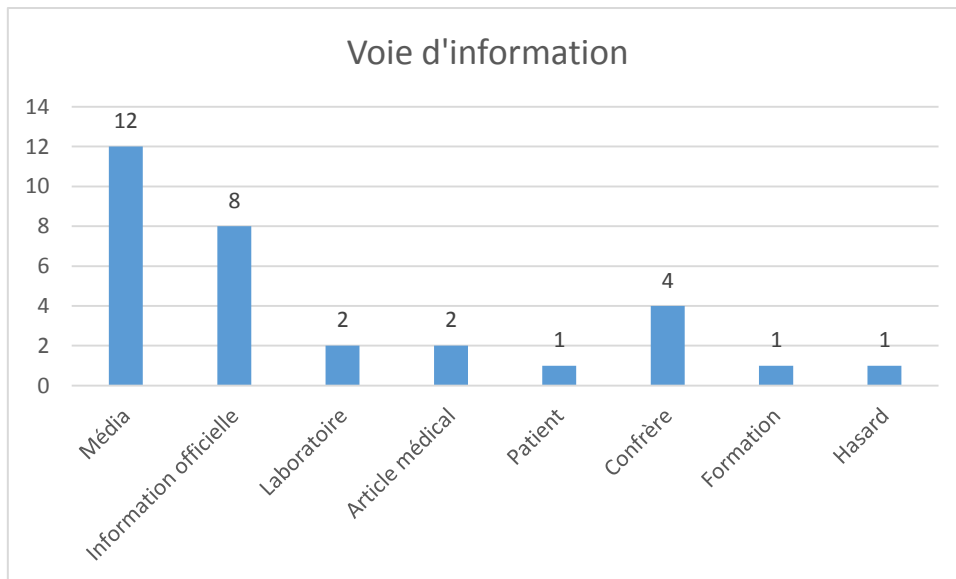
- 31 médecins étaient au courant du dispositif.
- 1 médecin ne le connaissait pas.



Les 31 généralistes au courant du dispositif, ont été ensuite interrogés :

« Si oui par quelle(s) voie(s) d'information ? » :

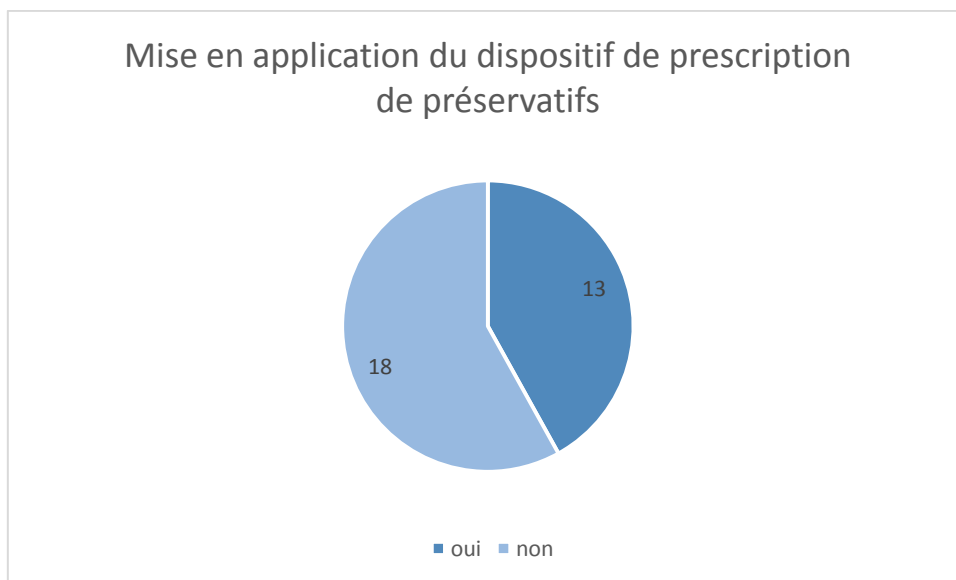
- 12 d'entre eux étaient au courant du dispositif par la voie des médias.
- 8 avaient reçus une information officielle.
- 2 avaient été informés via des laboratoires privés.
- 4 d'entre eux avaient été informés par un confrère.
- 1 au décours d'une formation.
- 2 dans un article médical.
- 1 par une patiente.
- 1 par hasard.



A la question, « Avez-vous déjà prescrit des préservatifs ? »

Tous les médecins connaissant le dispositif y ont répondu :

- 18 médecins n'en avaient jamais prescrit
- 13 s'étaient déjà approprié le dispositif

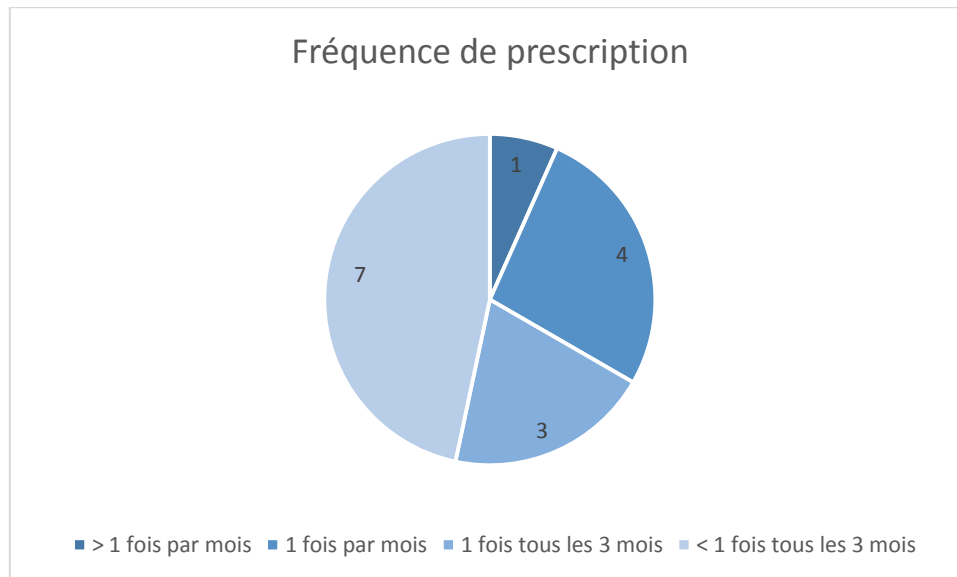


A la question, « Si oui, à quelle fréquence prescrivez-vous des préservatifs ? »

Alors que 18 médecins n'en avaient jamais prescrit et que 13 s'étaient approprié le dispositif, nous avons obtenu 15 réponses à cette question :

- 7 médecins prescrivaient des préservatifs moins d'une fois tous les 3 mois

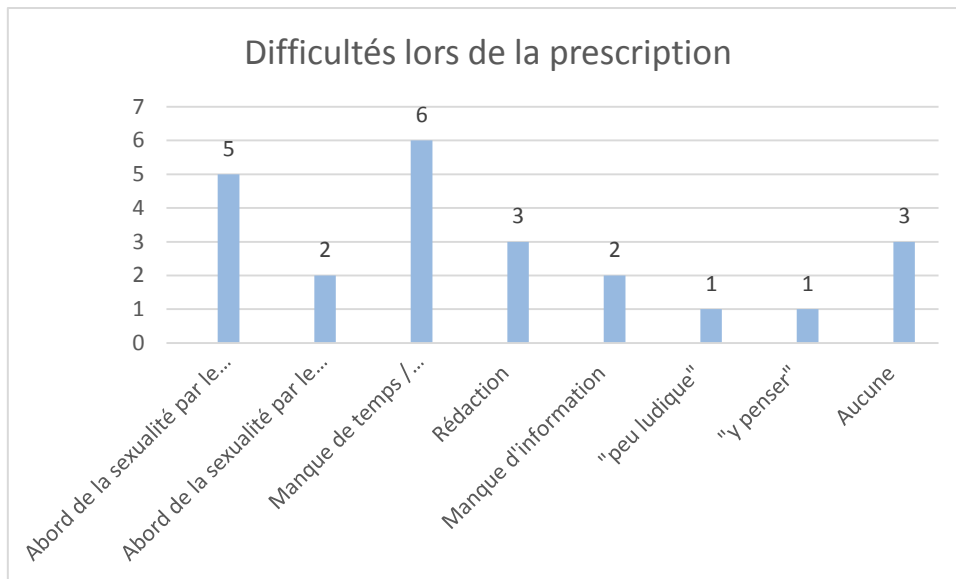
- 3 une fois tous les 3 mois
- 4 une fois par mois
- 1 plus d'une fois par mois



A la question, « Si oui quelles difficultés avez-vous pu rencontrer lors de la prescription ? »

Parmi les 15 médecins ayant répondu à la question précédente sur la fréquence de prescription :

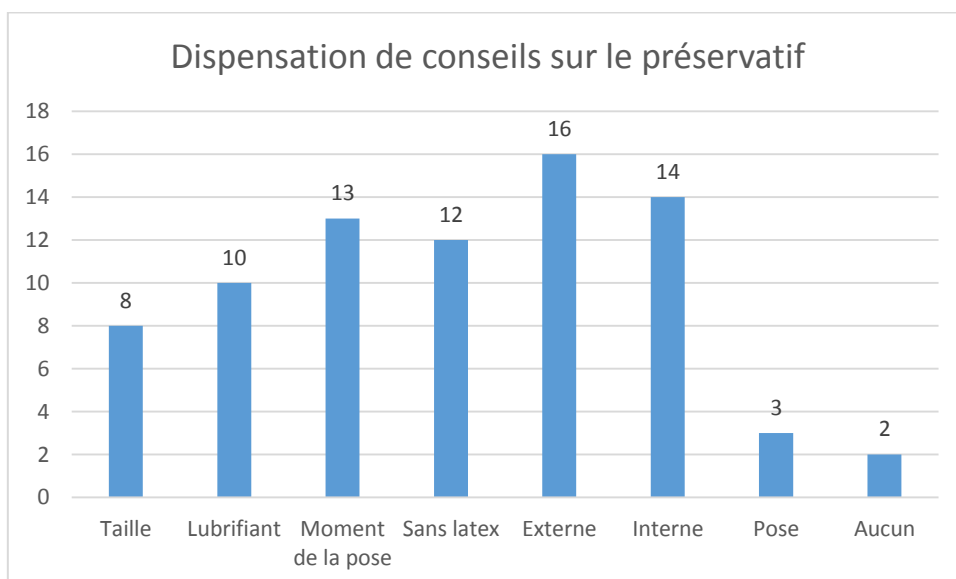
- 5 généralistes rapportaient des difficultés pour le patient à aborder sa sexualité en consultation.
- 6 d'entre eux rapportaient un manque de temps et un manque de valorisation de la consultation dédiée de santé sexuelle.
- Un médecin rapportait le besoin d'étendre la consultation d'accès à la contraception au-delà de l'âge de 18 ans pour les filles et d'y inclure les garçons.
- 2 généralistes rapportaient des difficultés de leur part à aborder la sexualité de leur patient.
- 3 médecins ont rapporté des difficultés à la rédaction de l'ordonnance.
- 2 médecins rapportaient un manque d'information concernant le dispositif.
- 1 médecin éprouvait des difficultés à « y penser » lors des consultations.
- 1 médecin jugeait le dispositif trop « uniforme et peu ludique pour les jeunes ».
- 3 médecins ne présentaient aucune difficulté.



A la question « Lors de la dispensation de conseils sur le préservatif quels sont les sujets que vous abordez ? (Y compris en l'absence de prescription) »

Vingt-cinq médecins ont répondu :

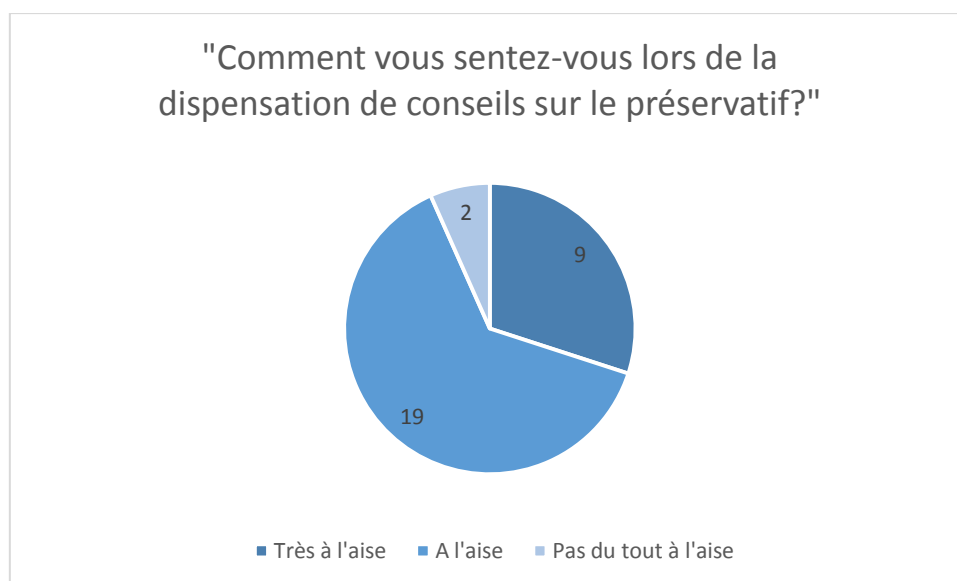
- 8 médecins abordaient l'existence de différentes tailles de préservatifs.
- 10 d'entre eux conseillaient l'utilisation de lubrifiant.
- 13 médecins évoquaient le moment de la pose du dispositif lors du rapport.
- 12 généralistes informaient leurs patients de l'existence de préservatifs sans latex.
- 16 MGs parlaient du préservatif externe.
- 14 parlaient du préservatif interne.
- 3 médecins détaillaient la pose du préservatif et notamment le pincement du réservoir.
- 2 médecins ne dispensaient pas de conseils.



A la question « Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes amené en consultation à dispenser des conseils sur l'utilisation du préservatif ? »

Trente médecins ont répondu :

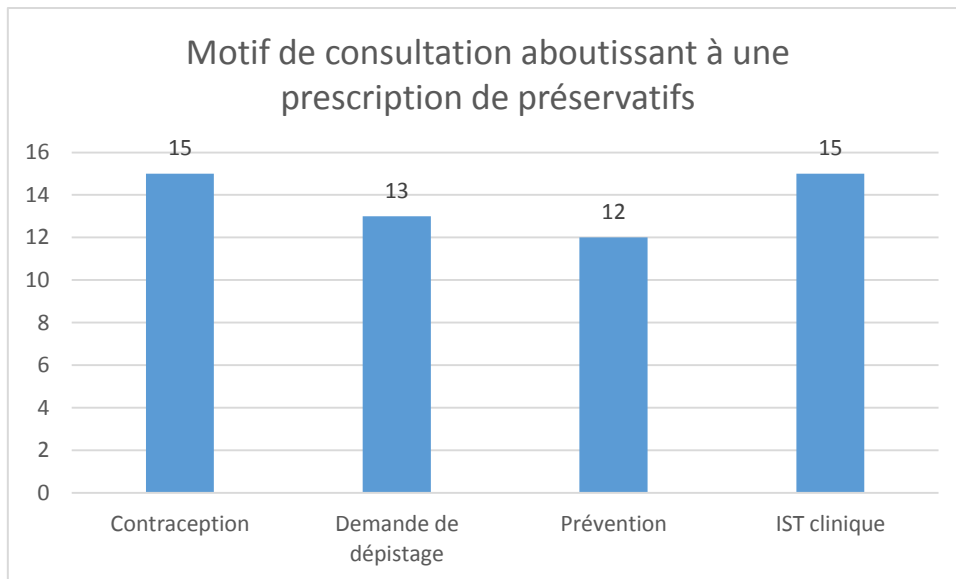
- 9 d'entre eux déclaraient se sentir « très à l'aise »
- 19 « à l'aise »
- 2 « pas du tout à l'aise »



A la question « Dans quel contexte proposez-vous la prescription de préservatifs remboursés ? »

Vingt-cinq médecins ont répondu :

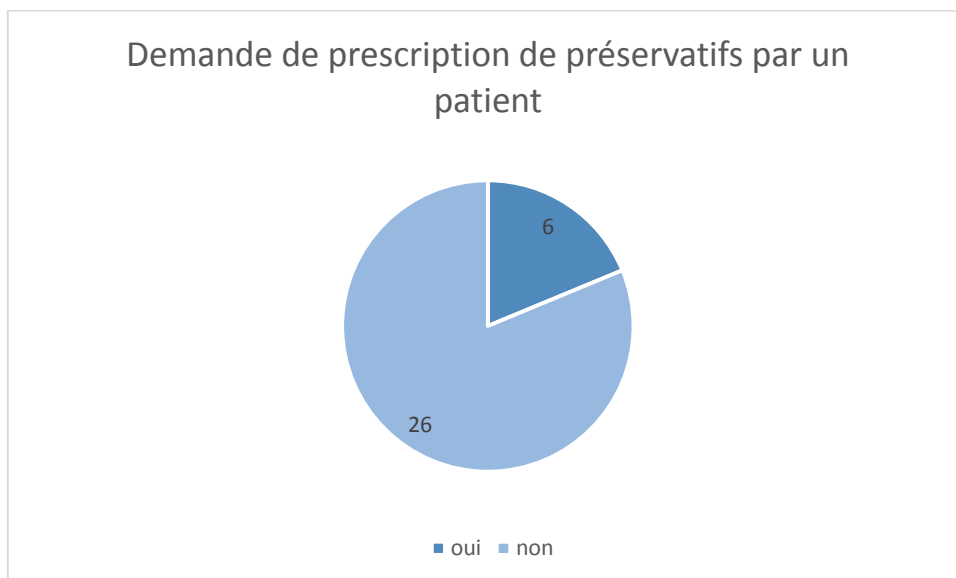
- 15 médecins la proposaient lors de consultation de contraception,
- 13 lors de demande de dépistage,
- 12 lors d'une consultation dédiée de prévention sexuelle
- 15 en présence de signes cliniques d'IST.



A la question « Avez-vous eu à répondre à une demande spontanée de prescription de préservatifs remboursés par un patient ? »

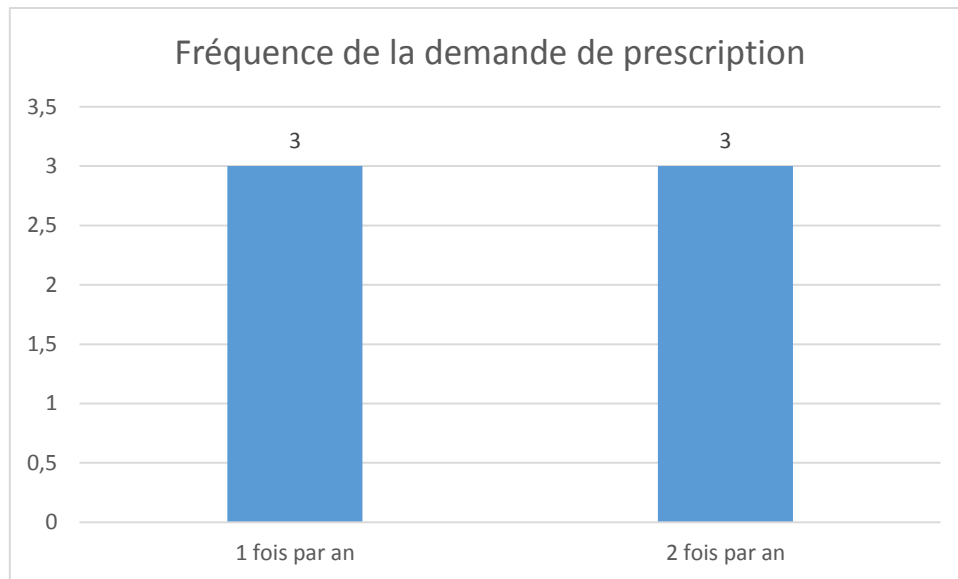
Tous les médecins ont répondu :

- 6 médecins avaient reçu une demande de la part d'un patient,
- 26 n'en avaient jamais reçu.



Aux 6 médecins qui ont répondu favorablement, la question de la fréquence de la demande sur l'année a été posée.

Trois médecins y avaient répondu 1 fois, et 3 médecins 2 fois.



A la question « Si vous étiez au courant du dispositif de prescription de préservatif et que vous ne l'avez jamais prescrit, pour quelle raison ? »

Sept médecins ont répondu.

Ils rapportaient ne pas s'être approprié le dispositif dans leur pratique et ne pas y penser.

Deux d'entre eux rapportaient l'absence de demande des patients.

IV. DISCUSSION

1. Rationnel de l'étude

L'objectif de ce travail était d'appréhender les pratiques de prévention en santé sexuelle des généralistes de l'Eure à travers deux grands volets que sont le préservatif et le dépistage des IST afin de pouvoir dans un second temps proposer des actions ciblées via la structure du CeGIDD.

Le plan national de santé sexuelle 2017-2030 redéfinissait la prévention combinée à travers six outils mobilisables que sont : le préservatif, le dépistage des IST, la vaccination, la PreP, le TPE et le TasP. (6)

La santé sexuelle étant un sujet très large, nous avons fait le choix d'axer notre étude exclusivement sur le préservatif et le dépistage. La vaccination, notamment celle contre l'HPV pour les filles et les garçons, n'a pas été retenue car la mise en application n'était réalisable qu'à partir de janvier 2021.

Le choix d'étudier la prescription de préservatifs a été fait en regard de l'actualité au sujet du remboursement mis en place à partir du 10 Décembre 2018. L'évaluation des connaissances sur ce dispositif et son appropriation par les généralistes interrogés, permettaient à notre étude d'avoir une vision plus ciblée des pratiques dans le domaine de la santé sexuelle à

travers cet outil. Le choix du préservatif se justifiait parce qu'il est un outil simple, d'utilisation facile, démocratisé depuis l'épidémie de VIH dans les années 80 et identifié par les patients comme un outil de prévention. Son caractère universel, utilisé aussi bien dans les rapports hétérosexuels qu'homosexuels et dans tous les types de rapports, en faisait un outil d'étude intéressant car il ne limitait pas le médecin lors de sa prescription. La prescription autorisée à partir de l'âge de 15 ans permettait d'inclure aussi les populations de patients plus jeunes qui sont un public cible en santé sexuelle.

Par ailleurs, les stratégies de dépistage des IST et en particulier du VIH ont été revues en 2009 par la HAS (26) en élargissant la proposition de tests de dépistage à la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, en parallèle du renforcement du dépistage auprès des publics cibles (HSH, population originaire de zone de forte endémie, public jeune). Notre étude avait comme objectif secondaire d'évaluer les pratiques de dépistage des MGs en population générale et auprès de publics cibles. Le dépistage était un outil de prévention intéressant en médecine générale car il ne limitait pas les médecins lors de leur prescription et il nous permettait d'appréhender la prescription auprès des publics cibles.

2. Population étudiée

Le nombre de 104 médecins contactés peut sembler limité. Il correspond aux MGs exerçant dans les bassins de vie du CeGIDD principal de l'Eure (Evreux) et de ses antennes (Vernon, Verneuil-sur-Avre, Bernay, Gisors, Louviers). Ce périmètre restreint a été choisi afin d'effectuer un diagnostic de territoire au plus près des pratiques des médecins qui y exercent et de pouvoir mener des actions ciblées dans la zone d'influence du CeGIDD en fonction des résultats de l'étude.

Le taux de réponses apporté était de 30,7%. Le nombre total de questionnaires qui constituent l'échantillon de travail est faible (32 réponses) néanmoins il est en lien avec la population choisie pour l'étude constituée de 104 médecins.

Un biais de sélection de la population de médecins étudiée se doit d'être souligné. En effet la proportion de médecins répondants demeure faible comparée à celle des refus puisque 69,3 % des médecins contactés n'ont pas répondu à notre étude.

Lors de la collecte des données, les réponses qui accompagnaient le plus souvent les refus étaient « le manque de temps » et « le manque d'intérêt pour le sujet ». On peut supposer que les médecins qui portaient un intérêt important à l'actualité en santé sexuelle ont répondu plus facilement au questionnaire. Ce biais de sélection peut être à l'origine d'un décalage entre les résultats présentés dans l'étude et les pratiques réelles des praticiens de la population cible (surestimation du taux de prescription de préservatif, surestimation de la connaissance du dispositif de prescription...).

Ce taux de réponses est à mettre en perspective avec les chiffres de l'étude Baromètre santé 2009 (36) au cours de laquelle les MGs ont été interrogés sur leur pratique de prévention en santé sexuelle. L'étude avait schématiquement réparti les généralistes en trois classes : les « modérément actifs en prévention » (46% des répondants), les « réfractaires à la prévention en médecine générale » (34%) et les « champions de la prévention » (20%). Les auteurs

concluait à l'époque que « s'il est probable qu'une fraction des médecins généralistes restera rétive à s'impliquer, les données du Baromètre santé médecins généralistes 2009 laissent penser qu'il est possible de faire évoluer les pratiques, à condition, toutefois, de construire un argumentaire clair en faveur des changements qui s'opèrent, adressé tant aux professionnels de santé qu'à la population générale ».

Le taux de non-réponse est donc également un résultat à prendre en compte. L'enjeu des actions qui découleront de ce travail sera de pouvoir mobiliser les MGs qui n'ont pas répondu à l'étude ainsi que la population de praticiens la plus réfractaire à la prévention en santé sexuelle.

Si on s'intéresse au profil démographique des médecins répondants, 40,6% avaient moins de 40 ans et 46,9% étaient des femmes. Si on compare ce chiffre aux données démographiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), on observe que sur le territoire de l'Eure 15,8% des médecins ont moins de 40 ans et 38,8% sont des femmes. (37) Les généralistes répondants étaient plus jeunes en moyenne que les généralistes exerçants sur le territoire et plus souvent des femmes.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la différence de répartition des âges entre notre étude et les données du CNOM :

- Cette étude a été conduite dans une sous population des médecins de l'Eure principalement urbaine (90,6%), population souvent plus jeune. (38)
- Le profil des répondants plus féminin peut être en lien avec l'âge plus jeune des médecins répondants, en effet si on regarde les tendances nationales d'inscription à l'ordre des médecins, les médecins arrivants sont jeunes (32 ans en moyenne) et à majorité des femmes (59%). (38)

Si on compare notre étude à une étude réalisée en juin 2019 sur la santé sexuelle en médecine générale en Seine-Maritime, on retrouve des résultats similaires avec un profil de médecins répondants plus jeunes que celles des médecins exerçants sur le territoire. (39)

Ceci peut laisser penser que la prévention en santé sexuelle est un sujet où l'âge du médecin peut avoir un impact sur la pratique.

3. Résultats discutés

a. La connaissance du dispositif de prescription et la mise en application

Notre étude a mis en évidence que les médecins répondants avaient largement pris connaissance du dispositif de prescription et de remboursement du préservatif mais que la mise en pratique et l'appropriation demeuraient moindres.

En effet, les MGs de l'étude avaient en très grande majorité pris connaissance du dispositif de remboursement du préservatif externe mis en place à compter de décembre 2018 (31 médecins le connaissaient sur 32 répondants).

A un an de la mise en route du dispositif, l'information auprès du corps médical avait été diffusée de façon large sous diverses formes.

La voie d'information privilégiée était la voie médiatique, puis l'information par voie officielle et enfin par les confrères. L'information par le biais d'une formation n'était citée qu'une seule fois.

Si l'on s'intéresse à l'appropriation du dispositif par les généralistes : à la question « Avez-vous déjà prescrit des préservatifs ? », 13 des 32 médecins interrogés répondaient positivement. La mise en application semblait plutôt bonne néanmoins elle doit être nuancée car quand les médecins étaient interrogés sur la fréquence de prescription, la moitié ne le prescrivait que moins d'une fois tous les 3 mois. Si l'on rapporte ce chiffre au nombre de consultations journalières des médecins interrogés (> 21 pour l'ensemble des répondants), la prescription de préservatif était peu réalisée.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour interpréter ce résultat.

La faible mise en application peut s'expliquer d'une part par le manque de recul par rapport à la mise en route du dispositif. Notre étude a été réalisée à 1 an du début du remboursement. Certains évoquaient comme difficultés à la prescription « oublier, ne pas y penser ». Une étude comparative à distance pourrait donner aux médecins le recul nécessaire pour s'approprier plus largement le dispositif.

Les MGs interrogés avaient reçu l'information sur la possibilité de prescription mais celle-ci ne semblait pas accompagnée de formation particulière. L'information par voie médiatique peut être questionnée : la voie médiatique est faite pour une information du grand public et non des professionnels de santé en particulier, l'information sur l'existence du dispositif n'implique pas forcément la connaissance des conditions de mise en application et de remboursements ce qui peut être un frein.

L'une des réponses qui pourraient être proposées par les CeGIDD serait d'apporter un temps dédié de formation autour des outils de prévention en santé sexuelle aux MGs qui le souhaiteraient.

D'autre part, l'une des critiques apportées au dispositif de prescription était son aspect « peu ludique et uniforme ». Une des réponses à envisager pour plus d'adhésion pourrait être une diversification de l'offre avec un remboursement plus large calqué à l'offre commercialisée. L'universalisation du remboursement pourrait être une proposition à envisager. La diversification de l'offre pourrait permettre aussi de pallier les carences du dispositif : le remboursement du préservatif féminin (interne) plus onéreux afin de le démocratiser, le remboursement du préservatif aux patients présentant une allergie au latex. Une alternative à cela pourrait aussi être une dispensation par l'ARS (Agence Régionale de Santé) de préservatifs à disposition des généralistes qui le souhaitent pour étendre au public la mise à disposition de l'offre gratuite dans des lieux de soins identifiés.

D'autre part, l'un des freins cités par les praticiens répondants était l'abord de la sexualité par le patient et par le médecin. La prescription de préservatif passe par l'abord de la sexualité au cours de consultation de prévention, thématique peu abordée pendant le cursus de formation des médecins.

Enfin, l'un des freins déclarés par les médecins à la mise en application du dispositif était le manque de temps et de valorisation de la consultation. Si on regarde le nombre de

consultations journalières des praticiens répondants de notre étude on constate que l'ensemble des médecins réalisaient plus de 21 consultations journalières.

En 2009, le Baromètre santé (36) interrogeait les MGs sur « les éléments permettant de mieux remplir les missions de prévention ». La question posée portait sur les leviers mobilisables et appelait à proposer une réponse pour chacun. Plusieurs thématiques étaient évoquées pour améliorer les pratiques de prévention :

- Davantage de temps était le motif le plus fréquemment cité en particulier chez les médecins déclarant plus de 30 actes par jour (78,7 %).
- Une formation en prévention et éducation était mentionnée comme facteur favorisant les pratiques de prévention par les médecins ayant bénéficié d'une FMC dans la dernière année (39,6 %).
- Une rémunération spécifique (41,1%).

Une proposition de réponse est faite dans l'axe II du plan de santé sexuelle 2017-2030 (6) pour améliorer le parcours de santé en matière d'IST en ciblant deux parcours de santé :

- Les MGs doivent être « confortés dans leur place de professionnels de premier recours et notamment dans la lutte contre les IST en particulier chez les jeunes, en mobilisant les outils conventionnels (rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), consultations longues) ». D'autre part, il prévoit de revoir la formation des professionnels de santé dans une approche globale de santé sexuelle sous diverses formes et notamment « développer l'offre de formation continue dans le champ de la santé sexuelle, des techniques de communication relative à la sexualité ».
- Les CeGIDD en tant qu'acteurs identifiés de la prévention en santé sexuelle se doivent « d'encourager l'organisation des acteurs de la prévention, du dépistage et de la prise en charge en santé sexuelle sur les territoires, en s'appuyant sur les outils de la loi de modernisation de notre système de santé et notamment les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé »

L'une des propositions serait une éventuelle implication plus importante des CeGIDD dans la diffusion auprès des pairs et l'actualisation des connaissances en santé sexuelle en parallèle de l'action menée auprès du public.

D'une part, les CeGIDD pourraient devenir des collaborateurs privilégiés des médecins de ville, et pourraient étoffer le maillage ville/hôpital particulièrement dans les zones de tension de soins comme l'Eure.

D'autre part, pour pallier les difficultés des médecins à aborder la sexualité en consultation, une formation plus approfondie sur cette thématique pourrait être envisagée. L'une des propositions que l'on pourrait considérer serait d'impliquer les CeGIDD dans la formation des internes comme terrain de stage. En ce sens, la création du service sanitaire auprès des étudiants en santé (médecins, pharmaciens, infirmiers...) permet de façon précoce, pour ceux qui le souhaitent, d'intégrer les équipes soignantes et de s'impliquer dans des projets de prévention. Par la suite, une formation continue sous la forme de « Quoi de neuf en santé sexuelle ? » à destination des MGs installés pourrait renforcer le lien entre la médecine générale et les CeGIDD auprès des médecins qui le jugeraient nécessaire.

Enfin, par le biais de formations, il pourrait être proposé des supports écrits d'aide à la pratique pour accompagner les médecins généralistes.

b. Conditions de prescription

Après avoir interrogé les médecins sur l'adhésion qu'ils portaient au dispositif, ils ont été questionnés sur les conditions de prescription.

Lorsqu'on s'intéresse aux conseils dispensés lors des prescriptions, une très grande majorité de médecins ne se cantonnait pas à la rédaction de l'ordonnance mais accompagnait les patients pour une bonne utilisation du préservatif. Par ailleurs, en grande majorité, les médecins répondants se disaient à l'aise lors de la dispense de conseils (28 sur 30). L'ordonnance de préservatif peut alors être une porte d'entrée à la prévention plus large en santé sexuelle auprès des patients.

Notre étude s'est intéressée à la demande de prescription de préservatifs remboursés de la part des patients. Seule la moitié des prescripteurs avait reçu une demande spontanée de la part de patients (6). On peut supposer qu'une part des prescriptions résultaient d'une demande formulée par le patient et non d'une proposition du médecin dans une démarche active de prévention. Il serait alors intéressant de réaliser un travail en parallèle afin de déterminer les connaissances des patients sur ce dispositif de remboursement ainsi que leurs intérêts et freins à sa prescription en médecine générale.

Ensuite, lorsque l'on s'intéressait aux motifs de consultation aboutissant à une prescription, quatre grands thèmes ont été abordés : la consultation de contraception, la présence de signes fonctionnels d'IST, la demande de dépistage et la consultation dédiée de prévention en santé sexuelle.

La consultation dédiée en santé sexuelle en médecine générale implique que le médecin généraliste aborde avec le patient sa vie affective et sexuelle en dehors des motifs de recours qui l'abordent de façon implicite. Dans le chapitre précédent nous avons mis en exergue que l'abord de la sexualité du patient pouvait être un frein pour les médecins.

Dans l'étude Baromètre santé 2009 (36) les MGs français étaient interrogés sur leurs pratiques de prévention en santé sexuelle et la place donnée à cette thématique au sein de la médecine générale. Lors de cette étude, 58,7% des médecins interrogés jugeaient que la vie affective et sexuelle faisait partie des thématiques les plus difficiles à aborder en médecine générale. D'autre part, la facilité à aborder chaque thème de prévention était significativement liée au fait que le médecin considérait la prévention sur ce thème comme faisant partie de son rôle ($p < 0,001$). Ainsi, 28,8 % des médecins qui indiquaient que la prévention dans le domaine de la vie sexuelle relevait de leur rôle déclaraient qu'il était facile d'aborder la sexualité, versus 7,0 % de ceux qui estimaient que cela ne relevait pas de leur rôle.

L'une des propositions qui pourrait être apportée pour améliorer la prévention en santé sexuelle serait de mener une campagne d'information auprès du corps médical le plus rétif pour informer les praticiens sur l'existence des structures dédiées de prévention en santé sexuelle. Faire d'avantage connaître les CeGIDD et leurs missions auprès de ce public permettrait de les identifier comme une trajectoire de soins possible et ainsi améliorer

l'articulation ville/hôpital avec les acteurs de première ligne. Si l'on s'intéresse à l'étude du Baromètre santé 2009, on constate que 66,4% des médecins jugeaient que la prévention en médecine pouvait être réalisée par des médecins hospitaliers et 85,4 % étaient prêts à leur déléguer des tâches de prévention.

La médecine générale et les CeGIDD s'inscrivent dans une politique de complémentarité de l'offre.

Enfin la contraception demeurait le motif de prescription le plus souvent évoqué. La population la plus ciblée était les femmes en âge de procréer, probablement car celles-ci sont dans une démarche de prendre en charge leur santé sexuelle et reproductive.

En ce sens, l'Observatoire Régional de Normandie publie un article sur la santé sexuelle en Normandie (40) et consacre un chapitre sur la prescription de préservatifs remboursés: 4055 prescriptions de préservatifs remboursés ont été recensées par l'ARS de Normandie dont 3814 de janvier 2019 à août 2019 à une majorité de femmes (87%). 42% de ces prescriptions étaient effectuées par des MGs, 30% par des gynécologues et 31% par des sages-femmes. 13% des prescriptions étaient réalisées auprès des hommes dont 86% étaient faites auprès des généralistes.

La prescription de préservatif semble toucher principalement un public féminin dans le cadre de la prévention en santé sexuelle et reproductive avec une prescription effectuée par les MGs en majorité (42%) mais aussi par les gynécologues et sages-femmes. Le public masculin est moins représenté avec seulement 13% des prescriptions. Néanmoins, les prescriptions auprès des hommes sont en grande majorité réalisées par les généralistes.

L'un des publics identifié comme public cible en matière de prévention des IST dans le plan santé sexuelle national demeure le public HSH (6) (public largement touché par le VIH et la syphilis). On peut supposer que les généralistes en tant que principaux prescripteurs de préservatifs auprès des hommes en Normandie ont un rôle clé à jouer auprès de ce public cible. En effet les autres prescripteurs que sont les gynécologues et les sages-femmes ne peuvent toucher ce public de par leurs fonctions. L'une des missions des CeGIDD pourrait être de travailler avec les généralistes pour améliorer la prévention auprès des publics cibles notamment auprès de la communauté HSH avec les spécificités de prévention que cela implique.

c. Dépistage des IST

Le deuxième volet de notre étude était le dépistage des IST en médecine générale et l'actualisation des connaissances. La HAS a élargi en 2009 (26) le dépistage à la population générale en parallèle du renforcement de la prévention auprès des publics ciblés comme plus à risques.

Les facteurs de risques populationnels étaient l'un des motifs identifiés de demande de dépistage pour 20 médecins répondants de l'étude. L'identification des publics à risque fait partie intégrante du dépistage des IST. En effet, le plan santé sexuelle 2017 – 2030 consacre un chapitre au renforcement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des populations les plus vulnérables au VIH aux hépatites et aux IST et particulièrement à la population HSH.

L'identification d'un patient comme appartenant à un public plus vulnérable aux IST permet une prise en charge plus ciblée et plus spécifique. Notre étude a questionné les médecins sur leurs pratiques dans le dépistage des IST en population générale et dans les populations cibles à travers différents items.

Population générale

En 2017, la HAS mettait en place de nouvelles stratégies de dépistage de l'infection à VIH (26) afin de mieux la dépister et de façon plus précoce. Elle redéfinissait les MGs comme « principaux relais de cette stratégie », et recommandait que soit « proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans hors notion d'exposition ou caractéristique particulière ».

Les médecins de notre étude ont été interrogés sur les motifs de consultations aboutissant à une demande de dépistage des IST. Le dépistage systématique d'IST en dehors de facteurs de risques identifiés au cours d'un bilan programmé était réalisé par 1/3 des médecins répondants. Le dépistage systématique semblait peu appliqué.

L'un des freins à cette pratique demeure probablement, comme sus-cité, l'abord de la sexualité avec le patient en dehors d'une demande formulée par ce dernier.

Population HSH

Notre étude a interrogé les généralistes sur certaines spécificités du dépistage des patients HSH et en particulier sur la sérologie hépatite A. Le contexte épidémique actuel depuis janvier 2017 d'hépatite A en Normandie appuyait notre interrogation. (10)

Parmi les médecins interrogés, seuls 3 médecins proposaient la sérologie hépatite A chez les patients HSH.

Plusieurs hypothèses à ce très faible taux de demandes pouvaient être avancées.

Dans un premier temps, on peut s'interroger sur la nécessité d'actualisation des connaissances de prévention en santé sexuelle en termes de formation initiale et continue et notamment sur les spécificités de dépistages en fonction des pratiques du patient. Les patients HSH bénéficient de stratégies particulières de prévention parce qu'ils appartiennent à un public particulièrement touché par le VIH et les autres IST. L'hépatite A en fait partie et ils relèvent d'une indication vaccinale. (25) La formation des MGs aux spécificités de ces populations nécessite d'être approfondie car elle semble peu connue.

La formation des médecins de premier recours est redéfinie dans l'axe 1 du plan santé sexuelle 2017-2030 (6) selon ces termes : « L'amélioration des pratiques des professionnels passe par une définition académique et un renforcement de la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, en particulier les professionnels de 1er recours. L'objectif est autant de permettre à ces professionnels de disposer d'un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques, que d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité, permettant ainsi d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en

charge des usagers. Il s'agira également d'améliorer la connaissance des professionnels de santé, notamment de 1er recours, sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations cibles. » Les CeGIDD, à travers leurs missions, pourraient devenir des collaborateurs privilégiés de la médecine de ville sur ces thématiques spécifiques. L'une des propositions du plan était notamment l'ouverture des CeGIDD comme terrain de stages aux étudiants en médecine.

D'autre part on peut se questionner sur la connaissance par les MGs de l'orientation sexuelle des patients et sur l'interrogation des patients à ce sujet.

Pour illustrer ce propos, Santé Publique France a publié un article en juin 2018 nommé HomoGen qui étudie : « Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin » (41). Cette étude ciblait la population des HSH et explorait la mention de l'orientation sexuelle au médecin traitant et ses freins éventuels. Sur les 1879 participants, 87,3% avaient un médecin traitant déclaré mais seulement 58% lui avaient fait part de leur orientation sexuelle.

On constatait par ailleurs que les participants ayant mentionné leur orientation sexuelle au médecin traitant étaient plus fréquemment dépistés pour les IST et se voyaient proposer plus fréquemment la vaccination contre l'hépatite A. Cette étude statuait sur le fait que la connaissance de l'orientation sexuelle était associée à une meilleure prise en charge médicale.

Néanmoins, lorsque le médecin avait pris connaissance de l'orientation sexuelle du patient, cette mention avait été faite dans la grande majorité des cas à l'initiative du patient, et souvent pour des patients plus âgés. Les médecins généralistes devraient donc être d'avantage incités à pratiquer une politique de prévention active en particulier auprès des publics cibles afin d'améliorer les prises en charge médicales et de prévention. Cette question pourrait par exemple apparaître de façon systématique au sein des logiciels métiers.

Population jeune 15-24 ans

A la question, « Parmi vos patients à quelle tranche d'âge proposez-vous le plus souvent le dépistage des IST ? », les MGs proposaient d'avantage un dépistage des IST à la population des 25-50 ans, devant celle des 15-24 ans.

L'Axe 1 du plan santé sexuelle (6) cible les 15-24 ans comme prioritaires à la promotion en santé sexuelle. Le public jeune est un public à risque d'IST que les médecins doivent dépister de façon active, notamment pour l'infection à Ct du fait de sa forte prévalence au sein de cette population.

Les médecins de notre étude ont été interrogés afin de déterminer quels tests étaient réalisés au décours d'un dépistage d'IST. Seul 2/3 des médecins répondants réalisaient un test de dépistage pour le Ct et seulement la moitié une recherche pour le gonocoque.

La HAS a revu la stratégie de dépistage du Ct en Octobre 2018 (20) et demande qu'il soit effectué un test « de façon systématique chez les femmes de 15 à 25 ans sexuellement

actives, ainsi que chez les hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risques quel que soit l'âge ».

La population des 15 -24 ans étant particulièrement touchée par cette IST la sensibilisation des praticiens à ce sujet semble devoir être renforcée et encouragée.

Dans ce sens, Santé Publique France publie en 2018 un Bulletin de surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes. (6) Si l'on s'intéresse à l'infection à Ct, 2,1 millions de dépistage de Ct étaient réalisés dans le secteur privé et 332 004 en CeGIDD. Le nombre de tests positifs au Ct était de 110 645 en secteur privé et 22 325 en CeGIDD. Le taux de positivité le plus important était retrouvé chez les femmes de moins de 25 ans (86,5 pour 1000). Le dépistage du Ct semble être davantage réalisé dans les structures dédiées à la santé sexuelle qui touchent un public plus jeune.

Une accentuation du maillage ville/hôpital à travers les structures du CeGIDD pourrait être une réponse afin de mieux cibler les publics à risques et de casser les chaînes de transmission surtout auprès du public des 15-24 ans.

Une autre proposition pourrait être de créer, à l'image de la revalorisation de la consultation de contraception et prévention (codification CCP), la valorisation d'une consultation dédiée à la prévention en santé sexuelle par la cotation d'un acte spécifique. Cela permettrait d'avantage d'équité en termes d'offre de prévention avec un élargissement au public masculin. Cette consultation pourrait donner aux généralistes un temps dédié de prévention autour des IST et notamment du Ct auprès du public des 15-24 ans, dès l'entrée dans la sexualité, et ainsi renforcer le dépistage et la prévention auprès du public le plus touché.

Population vulnérable / TROD en médecine générale

Les MGs de notre étude ont été interrogés sur l'utilisation du TROD au cours de consultation de médecine générale. Un seul médecin sur les 32 interrogés avait déjà réalisé un TROD au décours d'une consultation de médecine générale dans la structure « médecins du monde ».

En grande majorité, les MGs jugeaient que la pratique du TROD n'était pas appropriée à la consultation en médecine générale mais le TROD était tout de même identifié comme un outil pertinent pour les publics vulnérables afin d'entrer dans le soin.

V. CONCLUSION

Pour conclure, la connaissance et l'appropriation du dispositif de prescription de préservatifs remboursés par les MGs exerçant dans les zones d'influence des CeGIDD de l'Eure a été évaluée à un an de la mise en place du dispositif.

Si les généralistes qui ont répondu semblaient avoir pris connaissance du dispositif de prescription, peu de prescriptions étaient réalisées à ce jour. Le taux de non-réponse suggère également que la mise en application du dispositif était probablement inférieure aux données récoltées.

L'une des explications pourrait être la voie de diffusion de l'information de remboursement. La voie médiatique qui était privilégiée peut être discutée et laisse à penser que le manque d'information sur les conditions de mise en application et de remboursement du dispositif peut être un frein pour les MGs.

Le taux de non-réponse suggère également qu'il existe encore des marges de progression sur la prévention en santé sexuelle d'une manière générale mais, tout particulièrement auprès des publics plus vulnérables au risque d'infection à VIH et des autres IST. La prévention en santé sexuelle reste un sujet qui semble difficile à aborder en consultation de médecine générale, et l'abord de la sexualité avec le patient reste complexe dans la pratique de la médecine générale. Le plan national de santé sexuelle 2017 – 2030 prévoit de renforcer la formation des MGs et de conforter leur place de premier recours en matière de dépistage et de prévention des IST et il semble important à ce jour que les CeGIDD s'investissent plus largement auprès des MGs en devenir et déjà installés.

Les critiques qui ont pu être apportées au dispositif initial de remboursement portaient sur l'uniformité de l'offre. L'universalisation de l'offre calquée à l'offre commercialisée existante pourrait être l'une des propositions à envisager pour une meilleure adhésion au dispositif. Une autre proposition pourrait être la dispensation d'une offre gratuite chez les généralistes.

Si l'on s'intéresse au dépistage des IST, le dépistage systématique comme proposé par la HAS en population générale en l'absence de facteurs de risques identifiés, n'était réalisé que par un tiers des médecins interrogés. L'identification des publics cibles, plus vulnérables au VIH et aux autres IST semblait être réalisée. Néanmoins les recommandations de dépistage des IST et les spécificités de dépistage de ces publics (HSH, public jeune 15-24 ans...) ne semblaient pas connues par les praticiens interrogés. Pour exemple, la sérologie hépatite A n'était quasiment jamais demandée pour les patients HSH et le dépistage des Ct n'était pas systématiquement proposé auprès des 15-24 ans.

Pour accompagner les généralistes dans leur démarche de prévention, les CeGIDD principaux et leurs antennes pourraient être un lieu ressource identifié par les professionnels de santé. Les CeGIDD semblent avoir un rôle à jouer auprès des MGs, comme collaborateurs et promoteurs de la prévention en santé sexuelle. Un travail de proximité pourrait être mené par les CeGIDD dans l'Eure afin de mieux se faire connaître d'une part, et de proposer aux généralistes dans un second temps des formations sur les thématiques de prévention en santé sexuelle. Un format de « Quoi de neuf en santé sexuelle », ou la création de documents d'aide à la prescription pourraient leur être proposés.

D'autre part, avec la création du service sanitaire, les étudiants médicaux et paramédicaux se voient proposer pendant leur cursus des projets de prévention au sein des équipes en place dans ces structures. Le plan national de santé sexuelle 2017 – 2030 appuie sur la nécessité de former d'avantage les généralistes à travers leur cursus étudiant puis au cours de leur pratique. L'ouverture des CeGIDD comme terrains de stages pour les internes permettrait de plus les sensibiliser à la prévention et à l'exercice de la médecine à travers la santé sexuelle et ses outils de prévention pendant leur cursus.

Le préservatif s'inscrit aujourd'hui dans une politique de prévention combinée. Il demeure un outil indispensable qui garde toute sa place en termes de prévention des IST.

Dans un avenir proche, avec l'arrivée de la prescription et du suivi de la PreP en médecine générale, l'articulation ville / hôpital à travers la structure du CeGIDD se doit d'être renforcée.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOT F, LYDIE N. situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST. Santé Publique France; 2019 nov.
2. WHO. Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux. OMS; 2007.
3. NGANGRO NN, VIRIOT D, FOURNET N, et all. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France: situation en 2015 et évolutions récentes. Santé Publique France; 2016 sept.
4. CAZEIN F, PILLONEL J, SOMMEN C, et all. Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA - France, 2018. Santé Publique France; 2019 oct.
5. MATHIEU A, ETIENNE M. Les infections sexuellement transmissibles en région Normandie en 2016. Cire Normandie; 2017 déc.
6. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. Direction Générale de la Santé; 2017.
7. VIRIOT D, NGANGRO NN, LUCAS E. Dépistage des IST bactériennes dans le secteur privé en France, 2006-2018. Santé Publique France; 2019 sept.
8. NGANGRO NN, VIRIOT D, PIOCHE C, et all. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, données 2018. Santé Publique France; 2019 nov.
9. SABONI L, BOUARD C, GAUTIER A, CHEVALIEZ S, RAHIB D. Prévalence des hépatites chroniques B et C et antécédents de dépistage en population générale en 2016: contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé Publique France Barotest. Santé Publique France; 2019 avr.
10. BOURDILLON F, MATHIEU A, MARTEL M. Situation épidémiologique de l'hépatite aiguë A Point de situation au 30/09/2017. Cire Normandie; 2017 oct.
11. HAMERS F, WORONOFF A-S. Cancer du col de l'utérus en France: tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. Santé Publique France; 2019 mai.
12. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent. Société Française de Dermatologie; 2001 nov.
13. Décret no 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2015 juill.
14. TOURAINE M. Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Code de Santé Publique, NOR: AFSP1508884A juill 1, 2015.

15. DELPECH V. Prévention combinée: une stratégie pour le succès! Santé Publique France; 2019 nov.
16. COMBOROURE J-C, RIVA E, CHARDIN C, DOUMAT F, et all. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. Direction Générale de la Santé; 2018 janv p. 1- 54.
17. Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositif de dépistage. HAS; 2009 oct.
18. Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du *Treponema pallidum* (bactérie responsable de la syphilis). HAS; 2015 mai.
19. JEANBLANC G. Recommandation de la Haute autorité de santé (France) pour le dépistage biologique des hépatites virales B et C. inVS; 2011 mars.
20. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. HAS; septembre 2018.
21. Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydia Trachomatis* - Avis sur les actes. HAS; 2010 juill.
22. BONGIOVANNI-DELAROZIERE I, CHADAPAUD S, RUMEAU-PICHON C. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*: état des lieux et propositions. HAS; 2010 déc.
23. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*: état des lieux et propositions. HAS; 2010 déc.
24. Arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif. NOR: AFSP1622318A août 5, 2016.
25. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2019 mars.
26. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. HAS; 2017 mars.
27. Arrêté du 21 novembre 2018 portant inscription du préservatif masculin lubrifié EDEN des Laboratoires MAJORELLE au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Code de Santé Publique, NOR: SSAS1830921A.
28. CYTRYNOWICZ J. Vente de préservatifs : tendance globale à la hausse. Santé Publique France; 2003 mars.
29. Qui achète le plus de préservatifs en France? Le Point. 23 nov 2018;
30. EDEN Avis de la CNEDIMTS. HAS; 2018 juin.
31. BELTZER N, CAZENAVE A, GREMY I. Sexualité, contraception et prévention en Ile-de-France, résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006. Observatoire régional de santé d'Ile de France; 2006.

32. VELTER A, BOUYSSOU-MICHEL A, DE BUSSCHER P-O, JAUFFRET-ROUSTIDE M, SEMAILLE C, ARNAUD A. Presse Gay. inVS; 2004.
33. Buzyn A. Pour répondre à cet enjeu majeur de santé publique, Majorelle a proposé à la HAS la mise sur le marché d'EDEN®, le premier préservatif remboursable sur prescription médicale. :3.
34. Bassin de vie Définition. Insee; 2016 oct.
35. Base des bassins de vie | Insee [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2115016>
36. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. :44.
37. BOUET P, MOURGUES J-M. Chiffres clés des médecins inscrits. Ordre National des médecins; 2018 janv p. 1- 3.
38. BOUET P, MOURGUES J-M. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Ordre National des médecins; 2018 janv p. 191- 9.
39. Vautrin D. Analyse des modalités et de l'offre de dépistage du VIH et des IST en médecine générale et en CeGIDD en Seine Maritime. :32.
40. LANCRY P-J. La santé observée en Normandie. Observatoire régional de la santé Normandie; 2019 déc p. 1- 24.
41. POTHERAT G. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale: mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur le relation de soin (étude HOMOGEN). Bull Épidémiologique Hebd. avr 2019;1- 7.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire de Thèse HASCOET

Doriane

Etudiante en fin de 3ème cycle pour l'obtention du DES de médecine générale de ROUEN et praticien attaché de l'hôpital d'Evreux au Cegidd, je réalise auprès des médecins généralistes normands un travail de thèse sur "la place du médecin généraliste dans la prévention des IST en Normandie: focus sur la prescription de préservatifs."

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce travail.

Profil du répondant

1. 1) Sexe

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

2. 2) Age

Une seule réponse possible.

Moins de 30 ans

30 - 39 ans

40 - 49 ans

50 ans et plus

3. 3) Mode d'exercice

Une seule réponse possible.

cabinet de groupe

cabinet individuel

4. 4) Lieu d'exercice

Une seule réponse possible.

- rural (- 2000 habitants)
 urbain (+ 2000 habitants)

5. 5) Nombres de consultations / visites journalières

Une seule réponse possible.

- 1 à 20
 21 à 30
 plus de 30

6. 6) Part de la patientèle bénéficiant de la CMU

Une seule réponse possible.

- moins de 5%
 entre 5 et 9%
 plus de 10 %

7. 7) Nombre de patients séropositifs au VIH dans la patientèle

8. 8) Appartenance à un réseau VIH

Une seule réponse possible.

- oui
 Non

Dépistage des IST

9. 9) Nombre de sérologies VIH prescrites dans le dernier mois

10. 10) A quelles occasions prescrivez vous un dépistage d'IST?

Plusieurs réponses possibles.

- demande du patient
- Dépistage systématique
- signes cliniques d'IST
- prescription d'une contraception
- stratégie publique de dépistage (examen du 1er trimestre de grossesse...)
- présence de facteurs de risques populationnels (travailleurs du sexe, migrants...)

Autre : _____

11. 11) Lors de la dernière demande de dépistage d'IST, quels examens avez-vous prescrits?

Plusieurs réponses possibles.

- sérologies VIH 1 et 2
- sérologie hépatite B
- sérologie hépatite C
- sérologie syphilis ou TPHA/VDRL
- recherche de Chlamydia (urinaire, prélèvement local...)
- recherche de gonocoque (urinaire, prélèvement local...)
- sérologie hépatite A chez les patients hommes ayant des rapports avec des hommes
- Réalisation d'un TROD ou prescription d'un autotest pour le VIH

Autre : _____

12. 12) Avez-vous déjà eu recours à un TROD (test rapide d'orientation diagnostique) pour le VIH et que pensez-vous de son utilisation en consultation de médecine générale?

13. 13) Parmi vos patients à quelle tranche d'âge proposez-vous le plus souvent le dépistage des IST?

Une seule réponse possible.

- 15 - 24 ans
 25 - 50 ans
 plus de 50 ans

14. 14) Dans votre pratique avez vous déjà été confronté à une annonce diagnostic de séropositivité pour le VIH?

Une seule réponse possible.

- oui
 Non

15. 15) Si oui, cela a-t-il modifié vos pratiques quant à la prescription de dépistage des IST et en quoi?

16. 16) Concernant la vaccination contre le papillomavirus, seriez vous favorable de la rendre obligatoire comme l'hépatite B?

Une seule réponse possible.

- Oui dans les populations cibles (jeunes filles de 11 à 19 ans et HSH jusqu'à l'âge de 25 ans révolus)
- Oui pour les populations cibles et pour les garçons dans la tranche d'âge cible
- Non

Focus Préservatif

17. 17) Etes-vous au courant du dispositif mis en place depuis décembre 2018 sur la prescription de préservatifs remboursés?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

18. 18) Si oui par quelle(s) voie(s) d'information?

Une seule réponse possible.

- information officielle
- média
- laboratoire privé
- Autre : _____

19. 19) Avez-vous déjà prescrit des préservatifs?

Une seule réponse possible.

- oui
- Non

20. 20) Si oui, à quelle fréquence prescrivez vous des préservatifs?

Plusieurs réponses possibles.

- Plus d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Une fois tous les 3 mois
- Moins d'une fois tous les trois mois

21. 21) Si oui quelles difficultés avez-vous pu rencontrer lors de la prescription?

Plusieurs réponses possibles.

- difficultés à la rédaction de l'ordonnance
- manque d'information sur le dispositif
- difficultés pour le patient à aborder sa sexualité
- difficultés de votre part à aborder la sexualité du patient
- Manque de temps ou de valorisation pour une consultation dédiée de santé sexuelle

Autre : _____

22. 22) Lors de la dispensation de conseils sur le préservatif quels sont les sujets que vous abordez? (Y compris en l'absence de prescription.)

Plusieurs réponses possibles.

- L'existence de différentes tailles de préservatifs et le moyen de mesure
- L'utilisation du lubrifiant
- Le moment de pose du dispositif lors du rapport
- L'existence de préservatifs sans latex
- L'existence d'un préservatif externe (masculin)
- L'existence d'un préservatif interne (féminin)

Autre : _____

23. 23) Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes amené en consultation à dispenser des conseils sur l'utilisation du préservatif?

Une seule réponse possible.

- Très à l'aise
 À l'aise
 Pas du tout à l'aise

24. 24) Dans quel(s) contexte(s) proposez-vous la prescription de préservatifs remboursés?

Plusieurs réponses possibles.

- Consultation de contraception
 Demande de dépistage
 Consultation dédiée de prévention sexuelle
 Diagnostic d'IST clinique

Autre : _____

25. 25) Avez-vous eu à répondre à une demande spontanée de prescription de préservatifs remboursés par un ou des patients ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

26. 26) Si oui, combien de fois sur l'année?

27. 27) Si vous étiez courant du dispositif de prescription de préservatif et que vous ne l'avez jamais prescrit, pour quelle raison ?

RESUME

Mots clés : Préservatif remboursé / Médecin généraliste / Infections sexuellement transmissibles / Prévention / Dépistage

Introduction : Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique en raison de leur transmissibilité, de leur fréquence et des conséquences sur la santé des populations. Après la création de structures dédiées à la santé sexuelle en 2016, les Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), le Ministère de la Santé a mis en place un dispositif de prescription de préservatifs remboursés à compter du 10 Décembre 2018. Notre étude avait pour but d'évaluer la connaissance et la mise en application du dispositif par les médecins généralistes de l'Eure exerçant dans les zones d'influence du CeGIDD d'Evreux et de ses antennes.

Méthodologie : Une étude descriptive quantitative a été conduite de décembre 2019 à mai 2020 auprès des médecins généralistes de l'Eure exerçant dans les zones d'influence du CeGIDD d'Evreux et de ses antennes. Un questionnaire a été diffusé auprès des médecins sous format électronique.

Résultats : Cent-quatre médecins généralistes ont été contactés. Trente-deux médecins ont répondu (30,7%). Trente et un médecins étaient au courant du dispositif. Treize médecins en avaient déjà prescrit dont cinq de façon régulière. Le motif de recours principal était la prescription de contraception.

Discussion : A un an de la mise en place du dispositif de prescription, presque tous les médecins en avaient pris connaissance, mais peu l'avaient mis en application. Ces éléments montrent qu'il existe encore des marges de progression sur la prévention en santé sexuelle en médecine générale. Une implication des CeGIDD auprès des médecins généralistes pourrait permettre d'améliorer les pratiques de prévention.