



HAL
open science

Infections sexuellement transmissibles et contraception : que savent les étudiants de l'université de Caen ?

Leslie Kouam Youogo

► **To cite this version:**

Leslie Kouam Youogo. Infections sexuellement transmissibles et contraception : que savent les étudiants de l'université de Caen ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03166377

HAL Id: dumas-03166377

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03166377>

Submitted on 11 Mar 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

Année 2019/2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 28 septembre 2020

Par

Mme KOUAM YOUOGO Leslie Michèle-Ange.

Né (e) le 03 novembre 1991 à Foumban (Cameroun)

TITRE DE LA THÈSE :

Infections sexuellement transmissibles et contraception : que savent les étudiants de l'université de Caen ?

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Professeur LAUNOY Guy

Madame le Professeur SCHUMANN-BARD Pascale

Monsieur le Docteur MORELLO Remy

Directeur de thèse : Pr LE COUTOUR Xavier

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUTTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-
opératoire	
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André	Cancérologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition

M. QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REPESSE Yohann	Hématologie
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M. GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M. LE BAS François	Médecine Générale
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
--------------------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M. HURAU de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LEPORRIER Michel	Hématologie
M. VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie

M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M. PITHON Anni	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

*A monsieur le professeur Xavier LE COUTOUR mon directeur de thèse et président du jury,
Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse ; pour votre disponibilité et votre encadrement tout au long de ce travail ; vous m'avez également accueillie et permis d'intégrer cette spécialité qu'est la santé publique et je vous en suis reconnaissante.*

*A monsieur le professeur Guy LAUNOY, membre du jury,
Je tiens à vous remercier de vous être rendu disponible et d'avoir accepté de juger mon travail ; votre présence m'honore.*

*A madame le professeur Pascale SCHUMANN-BARD membre du jury,
Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'être là aujourd'hui ; recevez ma gratitude et mon respect.*

*A monsieur le docteur Remy MORELLO membre du jury,
Je ne saurais vous exprimer ma gratitude ; vous m'avez accueillie dans votre service et durant ces mois passés votre aide dans le processus de réalisation de ce travail a été très précieuse ; recevez mes remerciements et ma reconnaissance.*

A Romain, Alexandra mes co internes et amis ainsi qu'aux deux étudiants de la faculté de chimie qui ont bien voulu tester mon questionnaire avant sa mise en ligne. Je vous remercie pour votre aide.

Aux étudiants qui ont répondu au questionnaire merci d'avoir participé

A Lucy, pour ton aide, le temps libre pris pour m'aider dans la réalisation de ce travail et ce avec plaisir je te remercie grandement.

Merci à toi Damiano pour ton aide incommensurable durant toute cette période où je préparais ma thèse ; ton aide a été précieuse.

Je remercie tous mes Co internes pour leur accueil au sein du groupe ; leur disponibilité et présence en cas de besoin

Je remercie mes parents ; mes frères et sœur qui ont toujours été présents malgré la distance ; vos mots de soutien et de réconfort pendant les moments de relâchement m'ont beaucoup aidé

Un merci particulier au docteur Agnès BAZIN une femme au grand cœur qui n'a jamais hésité à prendre de son temps afin de me guider, m'orienter me motiver et me conseiller.

Abréviations

ALL : Arts-lettres-langues

ARS : Agence Régionale de Santé

BAPU : Bureau d'aide psychologique universitaire

CDAG : Centres de dépistages anonymes et gratuits

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CIDDIST : Consultations d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLERS : Comité locale d'éthique pour la recherche en santé

CPEF : Centre de planification et d'éducation familial

DEG : Droit-économie-gestion

DIU : Dispositif intra utérin

DOM : Départements d'outre-mer

EFS : Etablissement Français du Sang

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

HPV : Human papillomavirus

HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec un homme

HSV : Human simplex virus

IFOP : Institut français d'opinion publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : Infection sexuellement transmissible

IUT : Institut Universitaire de Technologie

IVG : Interruption volontaire de grossesse

KABP: Knowledge, attitudes, beliefs and practices

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

LMDE : La mutuelle des étudiants

OMS : Organisation de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PrEP : Prophylaxie préexposition

PRES : Pôle de recherche et d'enseignement supérieur

SHS : Sciences humaines et sociales

SIUMPPS : Service inter universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

SMEREP : Société mutualiste régionale

STS : Sciences-technologie-santé

SUMPPS : Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UFR : Unité de formation et de recherche

VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome de l'immunodéficience acquise

Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et générales de l'échantillon

Tableau 2 : Nombre moyen d'IST connues par les étudiants sur un total de 9 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

Tableau 3 : Notes moyennes relatives à la connaissance des modes de transmission des IST sur un total de 7 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

Tableau 4 : Connaissances des moyens de protection contre les IST selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

Tableau 5 : Connaissance du préservatif féminin selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

Tableau 6 : Notes moyennes relatives à la connaissance de l'utilisation du préservatif sur un total 7 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

Tableau 7 : Connaissance du délai de consultation après un rapport sexuel non protégé selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

Tableau 8 : Taux moyens de bonnes réponses relatifs aux questions générales sur les IST selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

Tableau 9 : Connaissance de structure(s) où effectuer un dépistage du VIH/SIDA selon l'âge, le sexe, au niveau d'étude, au domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et au niveau d'information estimé.

Tableau 11 : Notes moyennes relatives à la connaissance des différents moyens de contraception sur un total de 11 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

Tableau 12 : Taux moyens de bonnes réponses relatifs aux généralités sur la contraception selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

Figures

Figure 1 : organisation de la surveillance des infections sexuellement transmissibles en France

Figure 2 : évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France 2000-2018

Figure 3 : Évolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia, réseau Rénachla, France, 2000-2015.

Figure 4 : évolution du nombre de cas de gonococcies selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France 2004-2018.

Figure 5 : Nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale et taux de sérologies positives pour mille, France, 2010-2017. Source LaboVIH 2017, Santé publique France.

Figure 6 : méthode de contraception les plus utilisées dans le monde.

Figure 7 : méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon les âges des femmes.

Figure 8 : Diagramme de flux de l'échantillon étudié

Figure 9 : Sentiment d'information des étudiants sur les IST. A : sentiment d'information ; B : niveau d'information évalué sur une échelle de 1 à 5

Figure 10 : Les sources d'information des étudiants sur les IST

Figure 11 : Les IST citées par les étudiants

Figure 12 : Connaissance des modes de transmission des IST

Figure 13 : Connaissance des moyens de protection contre les IST

Figure 14 : Connaissance de l'utilisation du préservatif

Figure 15 : Quand consulter après un rapport sexuel non protégé

Figure 16 : Connaissance de structures où effectuer un test de dépistage

Figure 17 : Sentiment d'information des étudiants vis-à-vis de la contraception. A : sentiment d'information ; B : niveau d'information évalué sur une échelle de 1 à 5.

Figure 18 : Les sources d'information des étudiants au sujet de la contraception

Figure 19 : Connaissance des personnes/structures à qui s'adresser pour avoir une contraception

Figure 20 : Les moyens de contraception cités par les étudiants

Sommaire

Introduction	1
Contexte de l'étude	2
I. Les infections sexuellement transmissibles	2
A. La syphilis.....	3
B. Infections uro-génitales à chlamydia	4
C. La gonococcie.....	5
D. Le VIH/SIDA	6
II. Généralités sur la contraception	7
A. L'histoire de la contraception	7
1. Au niveau mondial.....	7
2. En France	9
III. Information des jeunes au sujet de la contraception et des infections sexuellement transmissibles et actions de prévention	10
A. Les centres de santé universitaires/ SUMPPS/ SIUMPPS	11
B. Les CPEF	13
C. Les CeGIDD	13
D. Les Autres structures/sources d'information	14
1. Les cabinets de médecine générale et les cabinets de gynécologie	14
2. Les établissements scolaires	14
3. Les sites internet	15
4. L'entourage	15
5. Les campagnes d'information	15
La problématique	16
Objectifs	17
A. Objectif principal	17
B. Objectifs secondaires	17
Matériels et méthodes	18
A. Population d'étude	18
B. Données recueillies	18
C. Notre échantillon	18
D. Analyse statistique	19
E. Autorisations et éthique	20

Résultats	21
A. Caractéristiques sociodémographiques et générales de l'échantillon.....	22
B. Le sentiment d'information des étudiants vis-à-vis des IST	22
C. Les sources d'informations sur les IST	23
D. Les connaissances sur les IST	24
E. Le sentiment d'information des étudiants vis-à-vis de la contraception	37
F. Les sources d'information sur la contraception	38
G. Les connaissances sur la contraception	39
Discussion	44
A. Les forces et les limites de notre étude	44
1. Les forces	44
2. Les limites	44
B. Les IST	45
1. Connaissances sur les IST	46
2. Autour du préservatif	47
3. Le dépistage.....	47
C. La contraception	48
1. Connaissances sur la pilule.....	49
2. Les nouveaux moyens de contraception.....	50
3. Connaissances sur le stérilet	50
4. Connaissances sur la contraception d'urgence	51
D. Les facteurs qui influencent les connaissances.....	52
1. Variation selon l'âge	52
2. Variation selon le sexe.....	53
3. Variation selon le niveau d'étude.....	54
4. Variation selon le domaine d'étude	54
5. Variation selon le fait d'avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité.....	54
E. Les perspectives.....	55
Conclusion	57
Bibliographie	58
Annexes	63

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence [1].

Autrefois, l'entrée dans la sexualité était liée au mariage en particulier pour les femmes : le premier rapport sexuel elles l'avaient avec leur mari ou l'homme qu'elles allaient épouser. On assiste ensuite dans les années 1960-1970 à une évolution caractérisée par un détachement progressif entre l'entrée dans la sexualité et la vie conjugale avec dorénavant un premier partenaire sexuel qui ne devient que très rarement le premier conjoint ; à ce jour, l'âge du premier rapport sexuel se situe entre 17 et 18 ans [2].

Les étudiants, composée en majeure partie de personnes âgées de 18 à 25 ans et représentant une population assez hétérogène du fait de la diversité des filières, orientation sexuelle, lieu de résidence..., ont été décrits par le Haut Conseil de Santé Publique comme étant une population se caractérisant par un bon état de santé avec en revanche une fréquence élevée de comportements dits à « risque » [3]. La spontanéité, les conduites d'essai, la prise de risque et l'instabilité représentent des « normes de comportements » propres à l'adolescence qui peuvent être à la base de problèmes de santé liés à la sexualité. Du fait de leur activité sexuelle « précoce », les jeunes sont communément associés à des comportements à risque [4] représentés par :

- ✓ Des rapports sexuels non protégés (sans aucun moyen de protection tel que le préservatif ou sans contraception) pouvant avoir des conséquences telles que des IST y compris le VIH/SIDA, les grossesses non désirées conduisant aux IVG ou à des accouchements chez des filles très jeunes.
- ✓ Le multi partenariat sexuel qui correspond au fait d'avoir connu au moins deux partenaires dans l'année écoulée.
- ✓ La consommation de substances psychoactives (drogue, alcool, certains médicaments...) pouvant entraîner des rapports non consentis/non protégés.

Notre intérêt pour la question est né du constat de l'augmentation des comportements à risques chez les étudiants et notre étude cherche donc à savoir si ces derniers sont suffisamment informés quant aux conséquences associées à ces comportements notamment sur les IST et les grossesses « non prévues ».

Contexte de l'étude

I. Les infections sexuellement transmissibles

Les IST sont des infections causées par des virus, bactéries, parasites ; on en dénombre une trentaine mais la grande majorité de l'incidence des IST est liée à 8 agents pathogènes à l'origine de 8 maladies identifiées : la chlamydie, la syphilis, la gonorrhée, la trichomonase, l'hépatite B, le VIH/SIDA, les condylomes génitaux, l'herpès génital. Les 4 premières sont curables [5].

Les IST se transmettent principalement par contact muqueux après un rapport sexuel vaginal, anal ou oral non protégé [6]. La caractéristique principale de la plupart d'entre elles est le caractère asymptomatique et même lorsque les signes cliniques sont présents, (éruption cutanée, écoulement par la verge, le vagin ou encore l'anus, brûlures mictionnelles, ulcérations génitales, adénopathies, prurit...) ils sont peu spécifiques [7]. Elles constituent un problème majeur de santé publique lié à leur transmissibilité, leur fréquence et les répercussions qu'elles peuvent avoir sur la santé reproductive et sexuelle (douleurs pelviennes chroniques, infections génitales hautes, infertilité...) [8].

Selon un rapport de l'OMS, chaque année, 357 millions de personnes contractent l'une des IST suivantes : chlamydie (131 millions), gonorrhée (78 millions), syphilis (5,6 millions) et trichomonase (143 millions). En outre, plus de 500 millions de personnes vivaient avec une infection par l'herpès simplex virus (HSV) et plus de 290 millions de femmes ont une infection à human papillomavirus (HPV), l'une des IST les plus courantes favorisant le cancer du col utérin [5].

En France, depuis l'année 2000, les IST « classiques » (syphilis, chancre mou, gonococcie, LGV¹) ne font plus parti des maladies à déclaration obligatoire du fait de la faible exhaustivité et représentativité [9]. De ce fait, la surveillance épidémiologique de ces IST repose sur des réseaux volontaires de surveillance constitués de cliniciens (RésIST pour la surveillance des gonococcies et des syphilis précoces c'est-à-dire datant de moins d'un an et correspondant aux stades primaire, secondaire ou latente précoce) et de laboratoires (Rénago pour les gonococcies et les résistances du gonocoque aux antibiotiques et Rénachla pour les infections à chlamydia et le réseau LGV coordonné par le centre national de recherche pour les chlamydiae). Le recueil des données (démographiques, cliniques, biologiques et comportementales) se fait sur différents lieux de

¹ Lymphogranulomatose vénérienne

diagnostic (CeGIDD², consultations hospitalières de dermatologie, de maladies infectieuses ou de médecine interne, cabinets de médecine libérale...) [Figure 1].

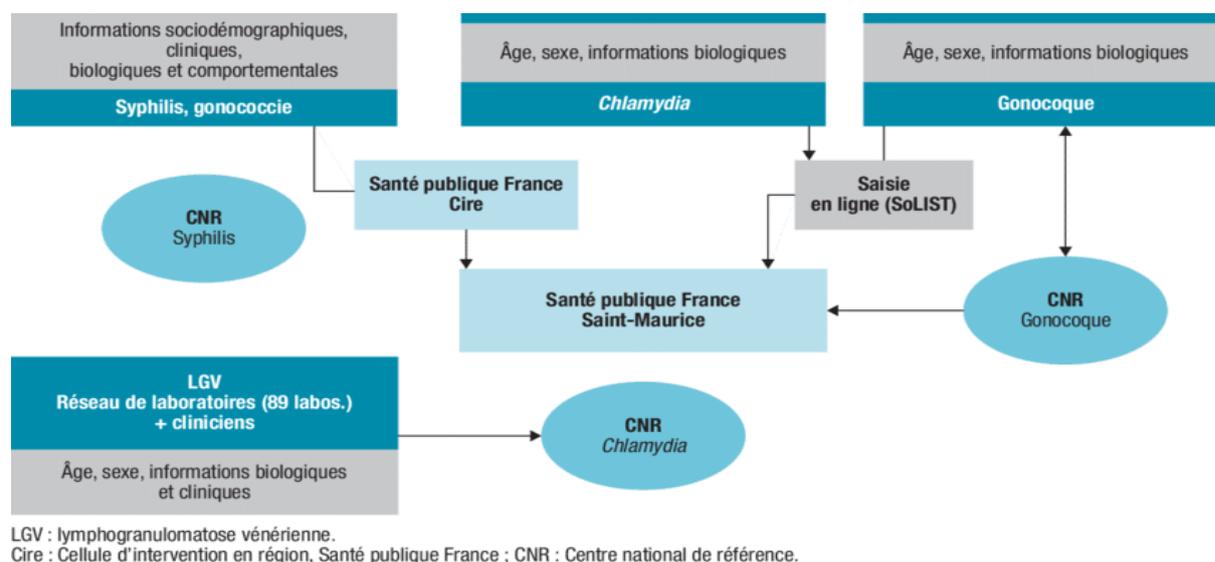


Figure 1 : organisation de la surveillance des infections sexuellement transmissibles en France. Source INVS 2015.

Ces données, bien que permettant de suivre l'évolution en ce qui concerne l'incidence et la prévalence des IST, ne sont pas exhaustives car elles ne prennent pas suffisamment en compte les tableaux asymptomatiques d'une part, et dépendent de la participation volontaire des professionnels d'autre part.

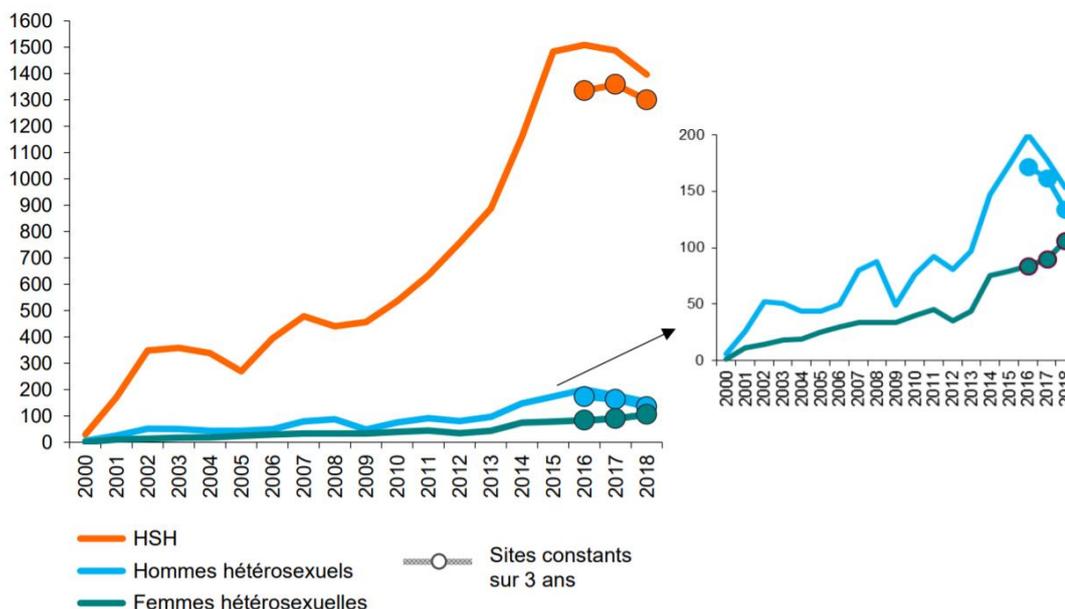
A. La syphilis

Dans les années 1990, la syphilis avait quasiment disparu mais, courant 2000, nous avons assisté à une résurgence de celle-ci. Selon les données du réseau RésIST entre les années 2000 et 2010, on peut voir une augmentation rapide des cas de syphilis récente au cours des premières années jusqu'à une certaine stabilité entre 2008 et 2010 [10]. Cette augmentation pourrait être liée à une augmentation au fil des ans des sites participants au recueil des données. La stabilité relative est observée quelle que soit l'orientation sexuelle et le sexe ; les femmes ayant la syphilis sont plus jeunes que les hommes : âge médian de 26 ans contre 37 ans en 2010.

Entre 2013 et 2015 on note une augmentation de 56% des cas de syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec un homme (HSH). Chez les hétérosexuels, malgré un taux plus faible, on note une augmentation des cas : 85% en plus chez les femmes et 75% chez les hommes [11].

² Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles.

Selon les dernières données qui sont celles de 2018, le nombre de dépistage sur le territoire national a augmenté par rapport à 2016 (+11%) avec en association une baisse du nombre de cas déclarés chez les HSH et les hommes hétérosexuels ; en revanche, on note une augmentation du nombre de cas chez les femmes surtout dans les DOM [12]. Même si on note une baisse du nombre de cas chez les HSH, ils restent la population la plus touchée (93% des hommes sont atteints dont 79% sont des HSH) [Figure 2] ; quelle que soit l'orientation sexuelle, 20-29 ans représente la tranche d'âge principalement concernée.



Source : réseau RésIST, Santé publique France

Figure 2 : évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France 2000-2018

B. Infections uro-génitales à chlamydia

L'infection à chlamydia représente l'IST bactérienne la plus fréquente dans les pays industrialisés. La surveillance des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis basée sur un réseau de laboratoires Rénachla totalise 64 laboratoires recevant des prélèvements d'environ 440 laboratoires (regroupement multi sites).

En 2015, les patients du réseau Rénachla étaient surtout diagnostiqués dans des structures spécialisées : CeGIDD ou centre de planification et d'éducation familial (CPEF) dans 46 % des cas.

Les diagnostics réalisés lors des consultations hospitalières ou en médecine de ville sont moins fréquents : gynécologues hospitaliers (11 %) et libéraux (6 %), généralistes (12 %) ou autres médecins libéraux (3 %) ou hospitaliers (6 %) [11].

En 2015, on notait une augmentation de 10 % par rapport à 2013 du nombre d'infections urogénitales à Chlamydia rapporté par les sites à déclaration constante chez les hommes comme chez les femmes et 15-24 ans représentait la classe d'âge la plus touchée. [Figure 3].

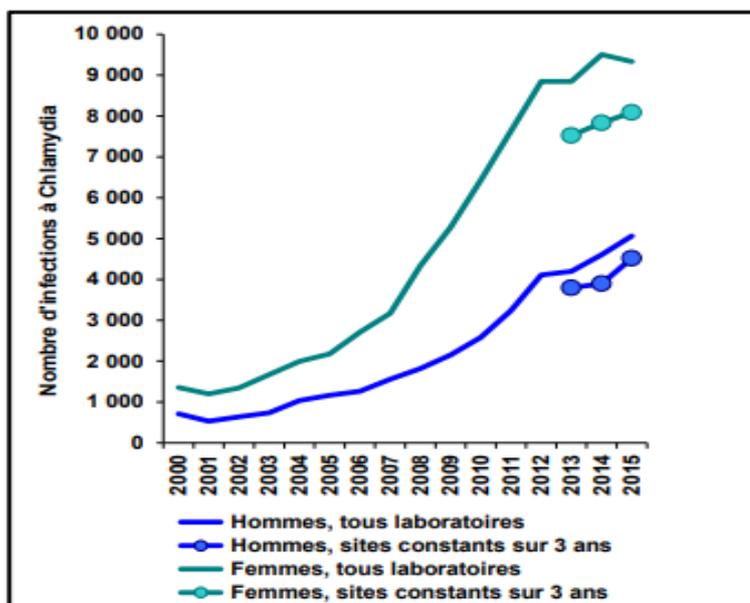


Figure 3 : Évolution du nombre d'infections urogénitales à Chlamydia, réseau Rénachla, France, 2000-2015.

Selon les dernières données qui datent de 2018, le nombre de dépistage a augmenté surtout chez les femmes qui représentaient 77%. Par ailleurs, cette augmentation du taux de dépistage s'est associée à une baisse du taux de positivité. Malgré la baisse du taux de positivité, les femmes et la classe d'âge 15-24 ans restent les plus touchées.

C. La gonococcie

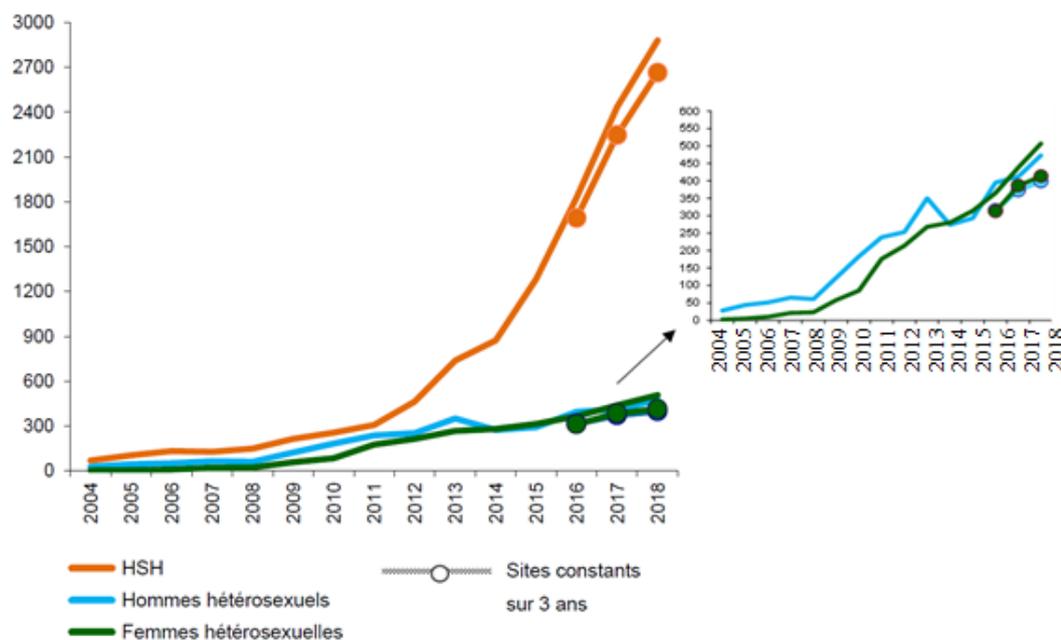
Les infections à gonocoque sont surveillées à travers deux réseaux [11] :

- ✓ Le réseau de cliniciens RésIST, dont les patients sont diagnostiqués quasi exclusivement dans des structures spécialisées Ciddist³ et CDAG⁴ (aujourd'hui CeGGID) 98 % en 2015 ;
- ✓ Le réseau de laboratoires Rénago, dont les patients sont diagnostiqués majoritairement en médecine de ville (58 % en 2015).

³ Centre d'informations de dépistage, de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

⁴ Centre de dépistage anonyme et gratuit

En 2018, on note une hausse du nombre de dépistage ; cette hausse s’est accompagnée d’une augmentation du nombre de cas de gonococcies par rapport à 2016 (+53%) et elle concernait surtout les HSH [Figure 4]. L’âge médian était de 21 ans chez les femmes et de 29 ans chez les hommes [12].



Source : Réseau RésIST, Santé publique France

Figure 4 : évolution du nombre de cas de gonococcies selon l’orientation sexuelle, réseau RésIST, France 2004-2018.

D. Le VIH/SIDA

Relevant des IST d’origine virale, l’activité de dépistage du VIH/SIDA est surveillée en laboratoire par LaboVIH ; cette surveillance comprend les sérologies réalisées par tous les laboratoires de biologie médicale (ville/hôpital) indépendamment du lieu de prélèvement (ville, hôpital, CeGIDD…) ainsi que les tests rapides d’orientation diagnostique (TROD) réalisés en laboratoire ; en revanche, sont exclu de cette surveillance tous les dépistages effectués dans le cadre d’un don de sang.

Depuis l’année 2010, on assiste à une augmentation du nombre de sérologies réalisées par les laboratoires de biologie médicale avec en 2017 environ 5,6 millions de sérologies effectuées. Cette augmentation est associée à une diminution du taux de positivité qui pourrait s’expliquer par le fait que cette augmentation de dépistage concerne surtout les personnes peu exposées par rapport aux personnes plus exposées. [Figure 5].

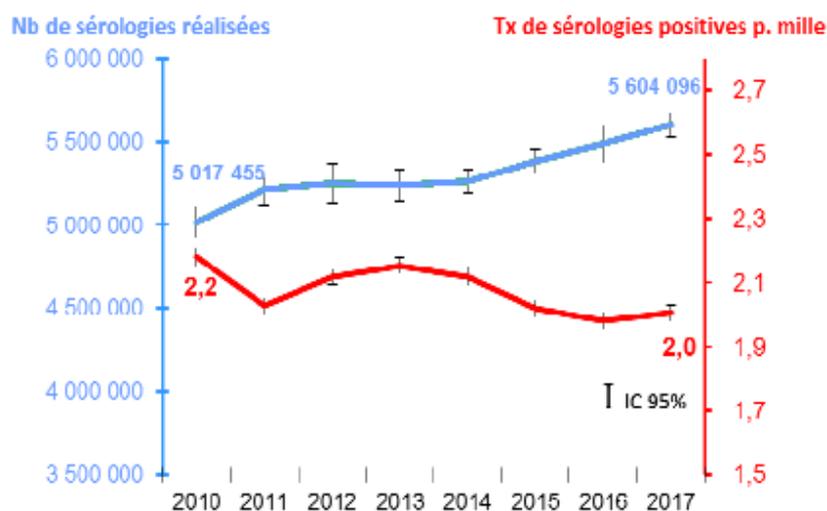


Figure 5 : Nombre de sérologies VIH réalisées par les laboratoires de biologie médicale et taux de sérologies positives pour mille, France, 2010-2017. Source LaboVIH 2017, Santé publique France.

Concernant les caractéristiques des personnes séropositives, entre 2017 et 2018, 66% des découvertes sont des hommes ; les HSH (45%) et les hétérosexuels nés à l'étranger dont les $\frac{3}{4}$ sont originaires d'Afrique subsaharienne (38%) sont les plus touchés et les moins de 25 ans représentent 14% [13].

II. Généralités sur la contraception

La contraception est définie comme étant l'emploi de moyens visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Selon l'OMS, elle correspond à « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou pour l'éviter » [14].

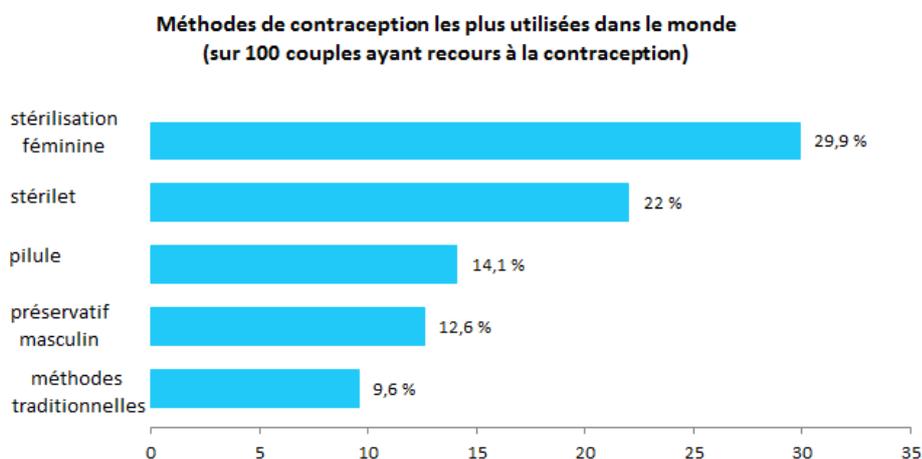
A. L'histoire de la contraception

1. Au niveau mondial

Selon le rapport établi par le département d'économie et des affaires sociales des nations unies, les contraceptifs sont utilisés par la majorité des femmes en âge de procréer (15-49 ans) [15] mariées ou en couple. En 2017, 63% des femmes en âge de procréer utilisaient une forme de contraception avec des pourcentages variés en fonction de la région du monde (70% en Europe, en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Amérique du Nord et inférieur à 25% en Afrique centrale et occidentale).

Depuis 1970, l'utilisation de contraceptifs a considérablement augmenté. La prévalence contraceptive a presque doublé, passant de 35% en 1970 à 63% en 2017 ; la majeure partie de cette augmentation ayant eu lieu avant 2000. Par exemple, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes, la plupart des changements ont eu lieu de 1970 à 2000 (en Asie, on est passé de 27% en 1970 à 65% en 2000 et en Amérique latine et dans les Caraïbes de 35% en 1970 à 70% en 2000). Après l'an 2000, elle a ralenti et en 2017 on note que 66% des femmes mariées ou en couple ont utilisé une méthode contraceptive en Asie et 75% en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les changements ont été plus progressifs en Afrique, où la prévalence de la contraception est passée de 8% en 1970 à 25% en 2000 et a atteint 36% en 2017. En Europe et en Amérique du Nord, en 1970 environ 65% des femmes utilisaient un contraceptif (ce pourcentage a augmenté progressivement jusqu'à 70% en Europe et 74% en Amérique du Nord en 2017).

Selon les données de l'INED⁵, plus de 90% des personnes en couples qui souhaitent limiter les naissances utilisent les méthodes modernes et les autres utilisent les méthodes dites traditionnelles (retrait, calendrier...). La stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde (près de 30 %) devant le stérilet, la pilule et le préservatif. La stérilisation masculine, ou vasectomie, est beaucoup plus rare (moins de 4 %) [16] [figure 6].



Source : World Contraceptive Patterns 2013, Division de la population, Nations unies

Figure 6 : méthode de contraception les plus utilisées dans le monde.

On observe cependant un usage varié des différents moyens de contraception selon les pays : La pilule et le préservatif masculin sont privilégiés dans les pays développés, la stérilisation féminine et le stérilet dans les pays en développement. La stérilisation féminine est le plus pratiquée

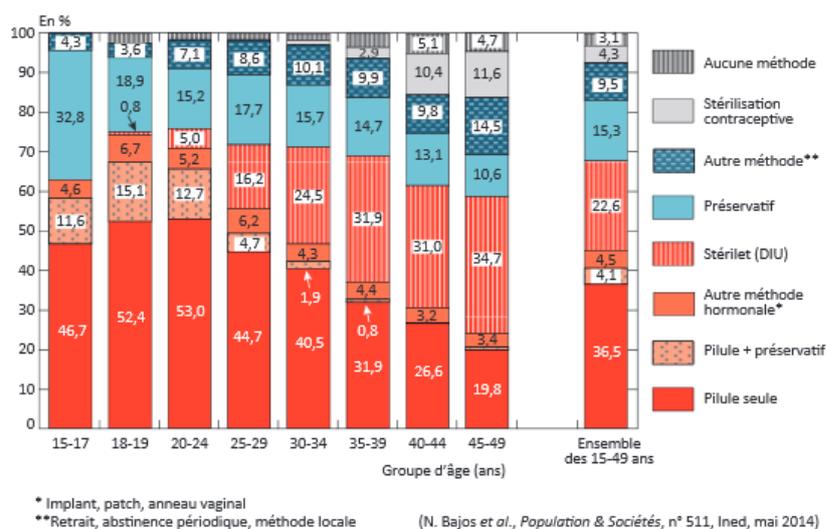
⁵ Institut national des études démographiques

en Amérique latine et aux Caraïbes, notamment en Colombie ou au Salvador. Le stérilet est très utilisé en Asie, surtout en Chine. Au Royaume-Uni, la stérilisation masculine est la troisième méthode la plus employée. Même si elle n'est pas en tête sur l'ensemble du monde, la pilule est le moyen le plus utilisé dans beaucoup de pays [17].

2. En France

Depuis la légalisation en 1967 de la contraception dans le cadre de la loi Neuwirth, on note une évolution continue des méthodes contraceptives qui se diversifient. En effet, cette évolution est marquée par l'arrivée de nouvelles méthodes hormonales (l'implant, l'anneau vaginal et le patch) dans les années 2000 et de la contraception définitive autorisée à partir de 2001 [18] en complément aux méthodes préexistantes représentées par les pilules, le dispositif intra-utérin (DIU) et le préservatif.

Malgré ces évolutions, le schéma contraceptif français est considéré comme peu flexible restant caractérisé par le recours au préservatif au moment de l'entrée dans la sexualité, adoption de la pilule au moment de la mise en couple pour enfin arriver au DIU chez les femmes ayant des enfants [19]. Selon les données de l'enquête FECOND réalisée en 2010 par l'INSERM⁶ et l'INED sur un échantillon de femmes âgées de 15-49 ans et ayant pour objectif l'analyse des pratiques de contraception en France depuis l'entrée dans la vie sexuelle, il en ressort que en 2010, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé à tous les âges en dehors des femmes âgées de 40-49 ans qui préfèrent le stérilet [Figure 7].



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.
 Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Figure 7 : méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon les âges des femmes.

⁶ Institut national de la santé et de la recherche médicale

En 2013, une nouvelle enquête FECOND a été réalisée par l'INSERM et l'INED à travers un questionnaire à la suite de la « crise de la pilule » et les résultats obtenus ont été comparés à ceux de 2010 [20] ; globalement, il n'y a pas eu de détachement vis-à-vis de la contraception. Parmi les femmes concernées par la contraception (non stériles, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfants), 3% n'utilisaient pas de moyens de contraception ce qui représente le même pourcentage qu'en 2010. En revanche, il y a eu une évolution des pratiques étant donné que près d'une femme sur cinq déclarait avoir changé de méthode depuis la controverse [le recours à la pilule a nettement diminué passant de 50 % en 2010 à 41% en 2013 au profit d'autres méthodes comme le stérilet (+1,9 point), le préservatif (+ 3,2 points) ou les méthodes naturelles (+3,4 points)].

En 2016, 4 ans après la controverse liée aux risques importants des pilules contraceptives de 3^e et 4^e génération, l'enquête Baromètre Santé a été menée dans le but de savoir si les modifications survenues en 2012 se sont maintenues dans le temps et si les changements de pratiques étaient des réactions temporaires secondaires à la médiatisation. Sur les 71,8% de femmes concernées par la contraception, l'utilisation de la pilule, même si celle-ci était en baisse, restait le moyen le plus utilisé (36,5%) suivie par le DIU et le préservatif [21]. Néanmoins, on observe des dynamiques différentes selon la classe d'âge avec les principaux changements observés chez les 20-29 ans et ceci suivant deux tendances contraires : soit les jeunes femmes abandonnent la pilule pour des méthodes autres telles que le DIU, l'implant ; soit au contraire pour l'utilisation du préservatif au sein du couple.

III. Information des jeunes au sujet de la contraception et des infections sexuellement transmissibles et actions de prévention

Aujourd'hui, la santé sexuelle est, elle aussi, intégrée dans une pratique globale de santé et de ce fait, le gouvernement français a mis en place une feuille de route (« feuille de route santé sexuelle 2018-2030 ») constituée de plusieurs mesures réparties en six axes dont l'un d'entre eux a pour objectif une réduction des IST et des grossesses « non prévues » chez les jeunes et ceci au moyen de la mise en place d'actions ciblées d'éducation, d'information sur les méthodes contraceptives, de dépistage et sur les IST et de promouvoir également les préservatifs (masculin et féminin) auprès des jeunes comme outil de référence de la prévention [22].

Au sein des universités, la santé des étudiants est régie par la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur qui a été par la suite modifiée par le décret n° 2008-1026 du 7 octobre 2008 qui a revu les modalités de gouvernance et les compétences des services dédiés à la santé des

étudiants. Concernant les différents problèmes liés à leur santé, il existe plusieurs structures aux fonctions multidisciplinaires auxquelles les étudiants peuvent avoir accès.

A. Les centres de santé universitaires/ SUMPPS/ SIUMPPS

Le suivi sanitaire des étudiants est effectué par les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) et les services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS) dirigés par un directeur obligatoirement médecin, nommé par le président de l'université. Ces services proposent des bilans de santé et des consultations gratuites à destinations des étudiants et dans de nombreux cas, ils sont en relation avec un BAPU⁷ permettant ainsi l'accès à des consultations gratuites en psychothérapie et psychiatrie ; dans certaines universités, ces services sont aussi des centres de santé médicaux et infirmiers offrant ainsi une prise en charge de premier niveau en cas de besoin et surtout l'avantage de pouvoir déclarer comme médecin traitant l'un des médecin du centre [23].

A ce jour, on dénombre 59 SUMPPS et SIUMPPS repartis sur l'ensemble du territoire, dix d'entre eux étant des services interuniversitaires c'est-à-dire rattachés à plusieurs universités, et douze qui dépendent d'un pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES).

Les SUMPPS et SIUMPPS exercent de nombreuses missions qui sont variables d'une ville à une autre ; néanmoins, parmi ces missions 6 sont obligatoires dans tous les SUMPPS et SIUMPPS de France [24].

Le SUMPPS de Caen, localisé au sein du campus 1 de l'université de Caen Basse-Normandie au 47 avenue de Bruxelles, possède plusieurs antennes sur différents sites (IUT⁸ de Caen, IUT d'Alençon, de Cherbourg, de saint Lô, et à Lisieux). Ils ont plusieurs missions parmi lesquelles des missions obligatoires et des missions facultatives. Comme missions obligatoires, nous avons :

➤ L'examen préventif

Il est réalisé au cours des trois premières années d'études ; il s'agit d'une approche médico-psycho-sociale sur la santé globale des étudiants. En outre, il permet de savoir quels sont les besoins en matière de santé pour un bon déroulement des études et d'orienter les étudiants sur l'accès aux droits et sur les parcours de santé.

⁷ Bureau d'aide psychologique universitaire

⁸ Institut universitaire de technologie

➤ **La veille sanitaire**

Le SUMPPS de Caen en lien avec l'ARS⁹ permet l'alerte en cas d'épidémie ou de maladies à déclaration obligatoire. Par ailleurs, il a le rôle d'informer et de sensibiliser les étudiants, d'informer et conseiller le président de l'université et le comité d'hygiène et de sécurité en ce qui concerne la veille sanitaire.

➤ **La visite médicale pour les étudiants exposés à des risques particuliers**

Elle est axée sur le contrôle du statut vaccinal et la vaccination le cas échéant et concerne les étudiants en santé (médecine, infirmier, maïeutique, pharmacie, aide-soignant, manipulateur radio, kiné...)

➤ **Contribution au dispositif d'accompagnement et intégration des étudiants en situation de handicap**

La CDAPH¹⁰ désigne une équipe médicale plurielle au sein du SUMPPS qui évalue les besoins de compensation de l'étudiant en fonction de son handicap et émet un avis sur les aménagements de scolarité et des examens permettant aussi de faire le lien avec différents services (service santé social, relais handicap et les composantes). A noter que la décision finale sur la mise en place ou de l'aménagement préconisé est prise par l'autorité administrative compétente (président de l'université).

➤ **Participation aux instances de régulation de l'hygiène et de la sécurité de l'université**

➤ **Impulsion et coordination des programmes d'éducation pour la santé**

Les différentes thématiques sont définies en fonction des priorités déclinées dans les programmes nationaux et régionaux de santé publique et en fonction des besoins des étudiants.

Comme missions facultatives, le SUMPPS de Caen en tant qu'antenne du CPEF¹¹ est à l'écoute et le soutien en vie affective et sexuelle des étudiantes sur les thèmes contraception, suivi gynécologique et dépistage des IST ; par ailleurs, le SUMPPS est un centre de vaccination, on y effectue des consultations en vue de la gestion du stress par médiation corporelle (à travers la pédagogie perceptive et la réflexologie plantaire) ainsi que des consultations en nutrition. Au sein du SUMPPS, il existe un service social dédié à l'accompagnement social et le suivi des étudiants présentant un problème de santé ou une situation de handicap. Toutes ces actions sont effectuées dans le respect du secret professionnel.

⁹ Agence régionale de santé

¹⁰ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

¹¹ Centre de planification et d'éducation familiale

B. Les CPEF

Ils ont été créés par la loi Neuwirth du 28 Décembre 1967 dans le but d'accompagner la diffusion des méthodes contraceptives [25]. Les CPEF sont dirigés par un médecin qui peut être spécialisé en gynécologie, en obstétrique ou en gynécologie –obstétrique.

Ils ont pour missions une information, une écoute, des entretiens et des consultations concernant la contraception (prescription et délivrance si besoin de tout moyen de contraception), la contraception d'urgence, le dépistage des IST, les difficultés liées à la sexualité/ la stérilité, l'IVG (consultations médicales, entretiens pré et post-IVG), IVG médicamenteuse dans certains CPEF, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale ainsi que des conseils aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences (intrafamiliales, sexuelles). Ils organisent en outre des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal. Les CPEF sont ouverts à tous (dans la limite de leurs missions) aux mineurs, majeurs sans condition de ressource sans avance de frais et prise en charge départementale pour les personnes sans couverture sociale et tout ceci dans le respect de la confidentialité [26].

A Caen, le CPEF situé au 25 Avenue du 6 juin est un établissement public géré par le service de PMI¹² du département.

C. Les CeGIDD

Il s'agit d'un centre gratuit d'information, de dépistage, et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des IST. Il a été mis en place le 1er janvier 2016 après la fusion des CDAG et CIDDIST. Les CeGIDD sont sous la responsabilité de l'ARS et leur financement est assuré par la sécurité sociale au moyen des fonds d'intervention régionaux. Il existe au minimum un CeGIDD par territoire de santé. Nombreuses sont les missions des CeGIDD qui varient aussi selon les départements [27]. A Caen, situé au 49 rue Gémare, il a pour missions :

- Informations, prévention et orientation en santé sexuelle, en partenariat avec le CPEF
- Dépistage gratuit du VIH, des hépatites virales B et C ainsi que des autres IST, tout en respectant l'anonymat selon le choix de la personne
- Traitement gratuit des IST

¹² Protection maternelle et infantile

D. Les Autres structures/sources d'information

En plus des structures sus citées, d'autres structures et/ou personnes interviennent dans l'information des étudiants au sujet des IST et de la contraception et également dans la mise en place des actions de prévention ; nous avons entre autres :

1. Les cabinets de médecine générale et les cabinets de gynécologie

2. Les établissements scolaires

Dans le cadre de sa mission éducative, l'école a une responsabilité vis à vis de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [28], l'Education Nationale a l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées par groupe d'âge homogène », permettant ainsi une approche éducative qui tient compte des enjeux de santé publique : prévention du sida, des IST, des grossesses non désirées, des violences sexuelles.

En effet, l'éducation à la sexualité dans les écoles s'inscrit dans une démarche ayant pour objectif de favoriser l'apprentissage d'un comportement responsable dans le respect de soi et des autres ; l'acceptation des différences, la compréhension et le respect de la loi, la responsabilité individuelle et collective. Elle vise donc à [29] :

- Apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques
- Permettre une meilleure perception des risques - grossesses précoces, infections sexuellement transmissibles, sida - et favoriser des comportements de prévention
- Informer sur les ressources d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.
- Faire connaître aux élèves les dimensions relationnelle, juridique, sociale et éthique de la sexualité
- Accompagner leur réflexion sur le respect mutuel, le rapport à l'autre, l'égalité filles-garçons, les règles de vie en commun, le sens et le respect de la loi
- Développer l'exercice de l'esprit critique, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias.

Malgré tous ces éléments réunis montrant les aspects positifs de ce dispositif, l'application effective des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire n'est que partielle, inégale selon les territoires car dépendante des bonnes volontés individuelles, et qu'elle

est, selon le point de vue de certain(e)(s) acteur(rice)(s), inadaptée aux réalités des jeunes et que les obstacles à la mise en place de ce dispositif dans l'ensemble des établissements sont nombreux [30].

3. Les sites internet

Aujourd'hui en France, plusieurs sites d'information sur la sexualité sont disponibles et ces derniers s'adressent surtout aux jeunes. Concernant les informations sur la contraception, parmi ces sites, nous pouvons citer : www.onsexprime.com développé par l'INPES, www.choisirsacontraception.fr en lien avec Santé publique France, www.planning-familial.org, www.g-oubliepilule.com site médical en partenariat avec la Haute Autorité de Santé, www.ivg.gouv.fr et enfin le site www.parlons-ici.org par le mouvement français pour le planning familial.

Concernant les informations sur les IST, nous avons notamment : les sites www.info-ist.fr géré par Santé publique France ou encore le www.SIDA-info-service.org qui possède en plus d'un site internet d'une ligne d'écoute.

4. L'entourage

5. Les campagnes d'information

Dans le but de promouvoir la communication sur la sexualité et la contraception, en 2008, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) aujourd'hui partie intégrante de Santé publique France avait mis en place un dispositif de communication en direction du public surtout des jeunes représenté par des spots télévisés et radio qui décrivent des situations quotidiennes auxquelles sont confrontés les adolescents, afin de favoriser l'identification et une prise de conscience chez les jeunes et leur entourage [31].

Il existe aussi des campagnes en direction des professionnels de santé étant donné que ceux-ci représentent les principaux interlocuteurs des femmes en matière de contraception ; parmi elles nous pouvons citer celle qui a été mise en place par l'INPES (« la contraception : comment mieux la personnaliser ? »).

Dans les universités, elles sont la plupart du temps organisées par les SUMPPS/SIUMPPS ; certains par exemple créent des équipes d'étudiants relais santé dans une démarche d'éducation par les pairs chargés d'exercer des missions de prévention sur les établissements (stands, journées à thèmes...) ou durant des évènements étudiants (galas notamment). D'autres SUMPPS en revanche limités en termes de moyens, se contentent des actions de prévention par voie d'affichage ou par le biais de l'examen préventif [32].

La problématique

L'arrivée des antibiotiques, les nombreuses campagnes de prévention et d'information, l'utilisation du préservatif, la crainte du VIH/SIDA ayant conduit à un changement des comportements sexuels ont contribué massivement à une baisse de l'incidence des IST. Il en est de même pour la contraception qui grâce à la loi NEUWIRTH a été légalisée dans un but de réduire les avortements clandestins et de faciliter également l'accès aux contraceptifs

Avec les années, les campagnes de prévention ont pris de l'ampleur et se sont multipliées ; des actions ont été mises en place notamment la loi obligeant la réalisation de séances d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées avec pour objectif de fournir aux jeunes les connaissances et les compétences nécessaires leur permettant de prendre des décisions responsables concernant leur santé sexuelle ; la création de nombreux centres gratuits et anonymes de dépistage ; la mise en place au sein des universités des structures d'information, de conseil, de prévention et de prise en charge de la santé des étudiants dans sa totalité y compris la santé sexuelle. Malgré tout ceci, le 21^e siècle est marqué par une recrudescence des IST et d'une augmentation du recours à l'IVG dû aux grossesses « non prévues » et ce au sein d'une population essentiellement jeune.

A ce jour, les IST et les grossesses « non prévues » demeurent d'importants problèmes de santé publique du fait de leur impact pour la société mais également pour la santé reproductive et sexuelle et le bien être en général. Comme nous l'avons vu, le nombre de cas d'IST ne cesse d'augmenter et les étudiants font partie de la catégorie la plus touchée ; de même, en France, malgré la médicalisation et la disponibilité d'un large panel de contraceptifs permettant de répondre aux diverses attentes des femmes, les grossesses « non prévues » restent élevées surtout chez les femmes âgées de 20 à 24 ans comme le démontre le rapport de la DREES contenant le nombre d'IVG pour le compte de l'année 2018 [33].

L'augmentation des comportements à risque autant que la banalisation des conséquences associées sont à la base de ce constat mais comment expliquer ces tendances ? sont-elles la résultante d'un manque de connaissance ou le fait de connaissances insuffisantes ? étant donné que l'information et sa bonne compréhension fournissent des éléments qui permettent de mesurer la portée de ses actes et de prendre conscience du risque, il nous a semblé intéressant de savoir quelles sont les connaissances que les étudiants ont sur ces thématiques.

Objectifs

A. Objectif principal

Cette étude avait pour objectif principal d'établir un bilan des connaissances des étudiants sur les IST et sur la contraception.

B. Objectifs secondaires

- ✓ Mettre en évidence ou non l'existence de facteurs pouvant avoir une influence sur le niveau de connaissance des étudiants (âge, sexe, domaine d'étude, niveau d'étude...) afin d'identifier des profils dits « fragiles » et de mieux orienter les programmes de prévention et d'information.

- ✓ Préciser quelles sont les principales sources d'informations des étudiants sur les IST et la contraception.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

A. Population d'étude

La population d'étude était représentée par les étudiants inscrits à l'université de Caen au cours de l'année scolaire 2019/2020, inscription qui constituait le seul critère d'inclusion de notre travail. Notre étude était exempte de critères de non-inclusion et le nombre de sujets nécessaires n'a pas été calculé au préalable étant donné que la participation dépendait de la volonté des étudiants ; néanmoins, nous souhaitons avoir le plus de réponses possibles et être proches d'une certaine exhaustivité ou tout au moins représentativité.

B. Données recueillies

Les données utilisées pour l'analyse statistique ont été obtenues à partir des réponses à un questionnaire établi à destination des étudiants. Ce questionnaire a été conçu grâce à Lime Survey (logiciel d'enquête statistique, de sondage et de création de formulaire en ligne). Le lien vers le questionnaire a été transmis aux étudiants sur leur adresse mail Etupass par l'intermédiaire de madame V. GAUTHIER responsable informatique de l'UFR¹³ santé de Caen. Le questionnaire était accompagné d'un message introductif (cf. annexe).

Le questionnaire a été mis à la disposition des étudiants le 05 février 2020 avec une date de fin fixée au 30 avril 2020 avec désactivation du questionnaire sur Lime Survey ; aucun message de relance n'a été envoyé aux étudiants.

Le questionnaire était divisé en trois parties et comprenait 59 questions (cf. annexe) :

- ✓ La première partie (partie A) : les caractéristiques sociodémographiques des étudiants (7 questions)
- ✓ La deuxième partie (partie B) : les connaissances sur les IST (21 questions)
- ✓ La troisième partie (partie C) : les connaissances sur la contraception (31 questions)

Les réponses étaient complètement anonymes et aucune question ne permettait d'identifier l'étudiant qui avait répondu.

C. Notre échantillon

Notre population d'étude représentait 29 949 étudiants inscrits à l'université de Caen pour l'année 2019/2020.

¹³ Unité de formation et de recherche

A la date fixée comme date de fin de l'étude et donc de recueil des données, 3 486 étudiants avaient répondu au questionnaire de façon complète ou partielle soit 11,6% de la population. Sur l'ensemble des questionnaires remplis, 771 étaient incomplets et 2 715 complets ; ces derniers ont été exploités soit 9,1% de l'ensemble de notre population.

D. Analyse statistique

Afin d'analyser les variables à l'étude, les questionnaires complets ont été dépouillés, triés et organisés grâce au logiciel Excel ; en outre, nous avons utilisé le logiciel R pour l'analyse des données.

- ✓ Les filières d'étude ont été regroupées dans les quatre différents domaines tel qu'indiqué dans le catalogue des formations disponibles à l'université de Caen : Art-Lettres-Langues (ALL), Droit-Economie-Gestion (DEG), Sciences humaines et sociales (SHS) et Sciences-Technologies-Santé (STS).
- ✓ De même, les niveaux d'étude ont été repartis en cycle d'étude (1^{er}, 2^e ou 3^e cycle).
- ✓ Les continents de naissance des étudiants ont été divisés en deux sous-ensembles : Europe et Autres comprenant les continents Afrique, Amérique, Antarctique, Asie et Océanie
- ✓ Pour la variable âge, les deux catégories 30-34 ans et « autre » ont été regroupées sous la catégorie ≥ 30 ans.
- ✓ Trois notes ont été calculées à partir des questions B4, B5, et B8 en attribuant 1 point lorsque la réponse juste était cochée ou si la réponse fausse n'était pas cochée et 0 si la réponse juste n'était pas cochée ou si celle qui était fausse était cochée ; cette note correspondait donc au nombre total de réponses justes à la question posée ;
- ✓ Nous avons également 5 groupes de questions pour lesquelles les options de réponses étaient oui/non/incertain (correspondant à je ne sais pas) : question B11 pour la partie sur les IST et C6, C7, C8, C9 pour la partie sur la contraception regroupées en un bloc unique de questions) ; à partir de ces groupes de questions, nous avons calculé un taux de bonnes réponses en attribuant 1 point si bonne réponse et 0 si réponse fausse ou incertaine ; le taux final correspondait donc au pourcentage de réponses exactes données pour chaque groupe de questions.

Le descriptif (effectifs et pourcentages) relatif aux questions pour lesquelles nous avons calculé des notes et des taux se trouve en annexes.

Les variables qualitatives ont été représentées par les effectifs et les pourcentages et nous avons utilisé le test de Khi-deux ou le test de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5.

Les variables quantitatives quant à elles ont été représentées par la moyenne et l'écart-type et nous avons utilisé le test non paramétrique de MANN-WHITNEY pour la comparaison des moyennes entre 2 groupes ou le test non paramétrique de KRUSKAL WALLIS lorsqu'il y avait plus de 2 groupes et le test post hoc de NEMENYI a été effectué afin de d'identifier les groupes présentant des différences significatives.

Une valeur de $p < 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Les moyennes des différentes notes calculées, les taux moyens de bonnes réponses et les réponses aux autres questions ont été étudiées selon les facteurs suivant :

- ✓ L'âge des étudiants
- ✓ Le sexe des étudiants
- ✓ Le cycle d'étude
- ✓ Le domaine d'étude
- ✓ Le fait d'avoir ou non bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité
- ✓ Le niveau d'information que les étudiants estimaient avoir

E. Autorisations et éthique

Afin de réaliser cette étude, dans le respect de la réglementation et de l'éthique, nous avons demandé l'avis du CLERS (comité locale d'éthique pour la recherche en santé) par l'intermédiaire du guichet d'orientation pour la recherche en santé de l'université de Caen Normandie et du CHU de Caen et nous avons obtenu un avis positif.

Résultats

Après le dépouillement des 2 715 questionnaires complètement remplis, nous avons ultérieurement exclus 20 questionnaires :

- ✓ A raison du faible effectif, 15 questionnaires d'étudiants ayant indiqué « autre » comme sexe ont été exclus.
- ✓ La catégorie « autre » de la variable âge pouvant contenir potentiellement des étudiants de moins de 18 ans et des plus de 34 ans, nous avons identifié selon le niveau d'étude sélectionné les étudiants ayant moins de 18 ans ; il y 'en avait 5 et ces 5 questionnaires ont été exclus de l'analyse.

Nous avons donc au total analysé les réponses de 2 695 questionnaires [figure 8].

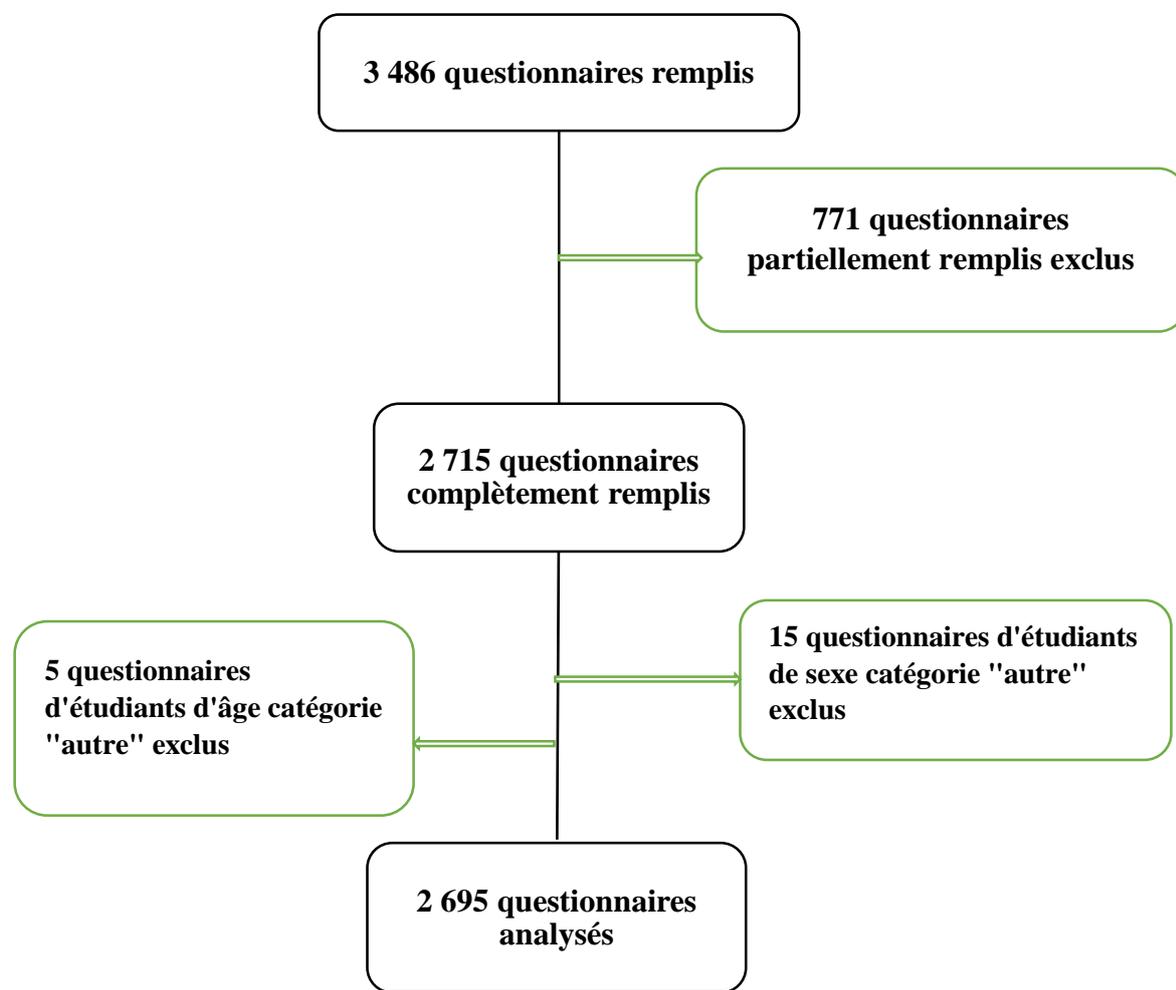


Figure 8 : Diagramme de flux de l'échantillon étudié

A. Caractéristiques sociodémographiques et générales de l'échantillon

Les caractéristiques de l'ensemble des étudiants qui ont répondu complètement au questionnaire ont été reportées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et générales de l'échantillon

Variables (N=2 695)	Catégorie	N (%)
Âge	[18-24 ans)	2 429 (90,1)
	[25-29 ans)	173 (6,4)
	≥ 30 ans	93 (3,5)
Sexe	Masculin	724 (26,9)
	Féminin	1 971 (73,1)
Continent de naissance	Europe	2 598 (96,4)
	Autres (Afrique, Amérique, Asie, Antarctique, Océanie)	97 (3,6)
Niveau d'étude	1 ^{er} cycle	1 938 (71,9)
	2 ^e cycle	666 (24,7)
	3 ^e cycle	91 (3,4)
Domaine d'étude	Art-lettres-langues	301 (11,2)
	Droit-économie-gestion	432 (16,0)
	Sciences humaines et sociales	744 (27,6)
	Sciences-technologies-santé	1 218 (45,2)
Avoir reçu des séances d'éducation à la sexualité	Non	492 (18,3)
	Oui	2 203 (81,7)
	○ Je ne m'en souviens pas	742 (33,7)
	○ 1 séance	348 (15,8)
	○ 2 séances	506 (23,0)
	○ 3 séances	275 (12,5)
○ >3 séances	332 (15,1)	

B. Le sentiment d'information des étudiants vis-à-vis des IST

Les étudiants à 74,4% estimaient être informés au sujet des IST. Concernant le niveau qu'ils estimaient avoir, évalué sur une échelle de 1 à 5, ils étaient 1,2% à juger que leur niveau était très mauvais (1/5) et à l'opposé 11,1% estimaient avoir un très bon niveau (5/5). Le niveau estimé était de 3/5 pour 39,3% et de 4/5 pour 39% pour un total de 78,3%. **[Figure 9].**

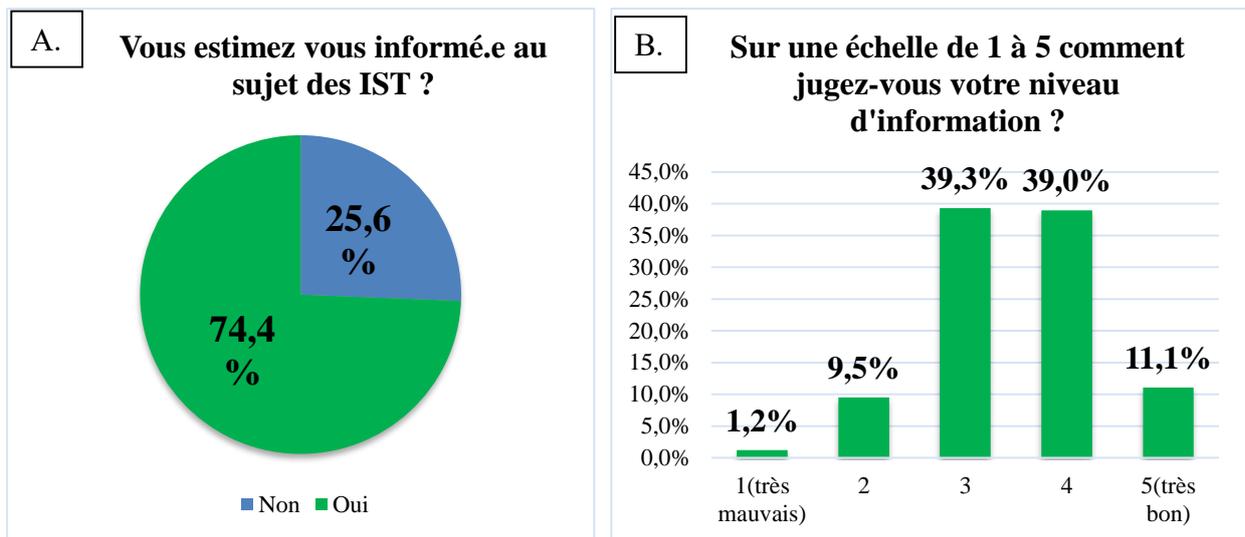


Figure 9 : Sentiment d'information des étudiants sur les IST. A : sentiment d'information ; B : niveau d'information évalué sur une échelle de 1 à 5

C. Les sources d'informations sur les IST

Les principales sources d'information des étudiants au sujet des IST étaient le milieu scolaire cité par 68,0% d'étudiants et internet par 67,2% suivis du personnel médical (42,7%). En revanche, le CPEF et CeGIDD ont été moins cités (6,1%). [Figure 10].

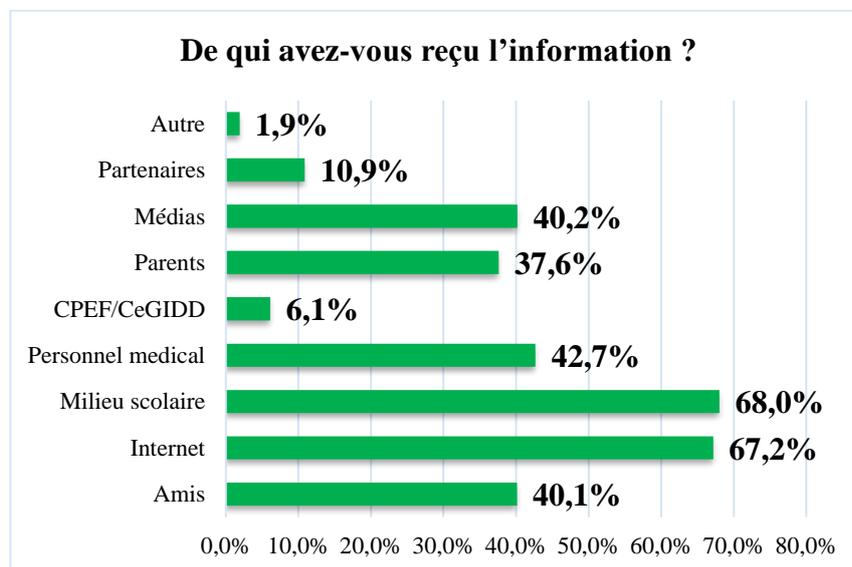


Figure 10 : Les sources d'information des étudiants sur les IST

D. Les connaissances sur les IST

✓ Parmi les IST ci-après citez celle(s) que vous connaissez

Sur l'ensemble des IST, la plus connue était le VIH/SIDA citée par 99,6% des étudiants. Nous avons ensuite la syphilis citée par 86,5% ; l'hépatite B citée par 85,3% et l'herpès génital citée par 83,0%. La gonococcie, l'infection à mycoplasme et la trychomonase étaient les IST les moins citées respectivement par 21,1% ; 18,6% et 11,5% des étudiants. [Figure 11].

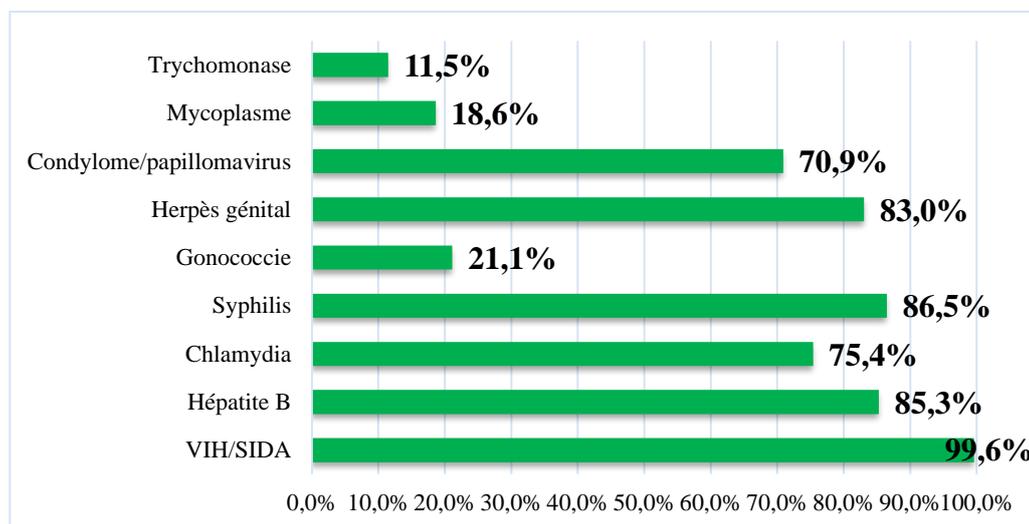


Figure 11 : Les IST citées par les étudiants

Le nombre d'IST connues par chaque étudiant a été calculé : en moyenne, les étudiants connaissaient 5,52 IST sur 9 ; une comparaison du nombre moyen d'IST connues entre les différents groupes est présentée dans le tableau 2.

Dans l'ensemble, les étudiants qui affirmaient avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité connaissaient mieux les différentes IST mais il n'existait pas de différence statistiquement significative du nombre moyen d'IST connues en comparaison avec les étudiants qui déclaraient n'avoir pas bénéficié de séance(s).

Les étudiants plus âgés connaissaient en moyenne plus d'IST que les plus jeunes : 6,93 pour les étudiants âgés de 25 à 29 ans ; 6,29 pour ceux âgés de plus de 30 ans contre 5,39 pour les étudiants âgés de 18 à 24 ans ($p < 0,001$).

Les IST connues selon le sexe étaient variables avec certaines plus connues des hommes (syphilis) et d'autres plus connues des femmes (chlamydia, condylome et trychomonase) ; le nombre moyen était de 5,57 pour les femmes contre 5,38 pour les hommes ($p = 0,017$).

Plus les étudiants étaient avancés dans les études, plus ils connaissaient un plus grand nombre d'IST : en moyenne 7,51 IST pour les étudiants de 3^e cycle ; 5,99 pour ceux du 2^e cycle et 5,26 pour les étudiants du 1^{er} cycle ($p < 0,001$).

Selon le domaine d'étude, il existait une différence statistiquement significative du nombre moyen d'IST connues ; en effet, les étudiants du domaine STS connaissaient le plus d'IST : en moyenne 6,03 et à l'opposé ceux qui en connaissaient le moins étaient les étudiants du domaine DEG avec une note moyenne de 4,85 ($p < 0,001$).

Nous avons également observé que le nombre moyen d'IST connues augmentait proportionnellement avec le niveau d'information que les étudiants estimaient avoir : les étudiants estimant avoir un niveau égal à 5 avaient une note moyenne de 7,32 contre 3,47 pour les étudiants estimant avoir un niveau égal à 1 ($p < 0,001$).

Tableau 2 : Nombre moyen d'IST connues par les étudiants sur un total de 9 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

		Moyenne (écart type)	P
Âge			$<0,001^1$
18-24 ans	(n= 2 429)	5,39 (1,71)	
25-29 ans	(n= 173)	6,93 (1,90)	
≥ 30 ans	(n= 93)	6,29 (1,70)	
Sexe			$0,017$
Homme	(n= 724)	5,38 (1,76)	
Femme	(n= 1 971)	5,57 (1,76)	
Niveau d'étude			$<0,001^2$
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)	5,26 (1,62)	
2 ^e cycle	(n= 666)	5,99 (1,90)	
3 ^e cycle	(n= 91)	7,51 (1,75)	
Domaine d'étude			$<0,001^3$
ALL	(n= 301)	5,47 (1,47)	
DEG	(n= 432)	4,85 (1,50)	
SHS	(n= 744)	5,09 (1,58)	
STS	(n= 1 218)	6,03 (1,87)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité			$0,44$
Non	(n= 492)	5,42 (1,83)	
Oui	(n= 2 203)	5,54 (1,75)	
Niveau d'information estimé			$<0,001^4$
1(très mauvais)	(n= 32)	3,47 (2,08)	
2	(n= 256)	4,14 (1,75)	
3	(n= 1 059)	4,92 (1,50)	
4	(n= 1 050)	6,01 (1,45)	
5(très bon)	(n= 298)	7,32 (1,49)	

- ^{1,2} = Comparaisons deux à deux des différents sous-groupes toutes significatives.

- ³ = Comparaisons deux à deux sont toutes significatives sauf pour DEG versus SHS

- ⁴ = Comparaisons deux à deux sont toutes significatives sauf pour le niveau 1 versus niveau 2.

(cf annexes tableau 2bis pour le descriptif des réponses)

✓ **D'après vous comment se transmettent les infections sexuellement transmissibles ?**

Les modes de transmission des IST étaient bien connus des étudiants malgré la persistance de quelques fausses croyances. En effet, ils étaient 12,8% à penser qu'elles se transmettent par les toilettes publiques ; 12,7% par un baiser et 12,1% par une piqûre d'insecte. Parmi les différents modes de transmission cités, le contact oro-anal était le moins connu, cité par 70,1% des étudiants [Figure 12].

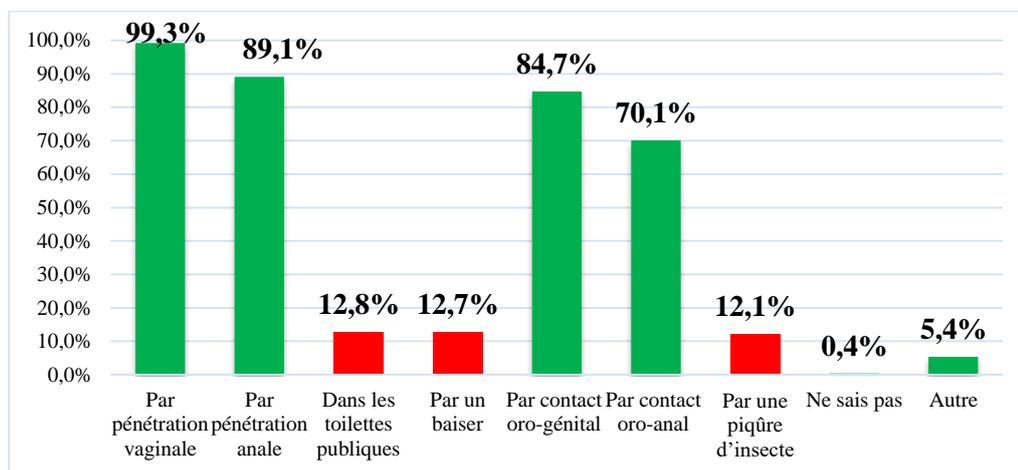


Figure 12 : Connaissance des modes de transmission des IST

Suivant les réponses données par les étudiants, une note sur un total de 7 a été calculée. La comparaison des notes moyennes des différents groupes est présentée dans le tableau 3.

Comparés aux femmes, les hommes étaient plus nombreux à répondre par un baiser (17,4% versus 16,3%) et par une piqûre de moustique (16,3% versus 10,5%) comme mode de transmission des IST ; en outre ils connaissaient plus la transmission par pénétration anale, contact oro-génital et oro-anal mais globalement, le sexe n'avait pas d'influence sur la note moyenne des étudiants.

Les étudiants plus âgés donnaient le plus de bonnes réponses ; la note moyenne était égale à 6,49 pour ceux âgés de 25 à 29 ans et de 6,35 pour de plus de 30 ans contre 6,01 pour les étudiants de 18 à 24 ans ($p < 0,001$). Ils étaient plus nombreux parmi les plus de 30 ans à indiquer une transmission des IST par un baiser (15,1% contre 12,7 pour les 25-29 ans et 12,6% pour les 18-24 ans) même si la différence n'était pas statistiquement significative.

Plus les étudiants avaient un niveau d'étude supérieur plus ils avaient une meilleure note : 6,55 en moyenne pour les étudiants de 3^e cycle ; 6,22 pour les étudiants du 2^e cycle et 5,98 pour les étudiants du 1^{er} cycle ($p < 0,001$).

Selon le domaine d'étude des étudiants, nous avons observé une différence statistiquement significative ; en effet, les étudiants du domaine STS donnaient plus de bonnes réponses : note moyenne égale à 6,16. En revanche, les étudiants du domaine DEG sont ceux qui avaient les moins bonnes réponses (note moyenne égale à 5,88) ($p < 0,001$).

Les étudiants qui déclaraient avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité avaient le plus de bonnes réponses : note moyenne égale à 6,09 contre 5,89 pour les étudiants qui déclaraient n'avoir jamais bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité (p=0,006).

La note moyenne variait proportionnellement avec le niveau d'information que les étudiants estimaient avoir : elle était égale à 6,45 pour les étudiants estimant avoir un niveau de 5/5 contre 4,97 pour les étudiants qui estimaient avoir un très mauvais niveau d'information (1/5) (p<0,001).

La réponse « je ne sais pas » était plus observée chez les étudiants ayant déclaré n'avoir pas bénéficié de séances d'éducation à la sexualité et ceux qui estimaient avoir un très mauvais niveau d'information.

Tableau 3 : Notes moyennes relatives à la connaissance des modes de transmission des IST sur un total de 7 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

		Moyenne (écart type)	P
Âge			<i><0,001¹</i>
18-24 ans	(n= 2 429)	6,01 (1,11)	
25-29 ans	(n= 173)	6,49 (0,87)	
≥ 30 ans	(n= 93)	6,35 (0,99)	
Sexe			0,579
Homme	(n= 724)	6,06 (1,05)	
Femme	(n= 1 971)	6,05 (1,12)	
Niveau d'étude			<i><0,001²</i>
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)	5,98 (1,12)	
2 ^e cycle	(n= 666)	6,22 (1,04)	
3 ^e cycle	(n= 91)	6,55 (0,86)	
Domaine d'étude			<i><0,001³</i>
ALL	(n= 301)	6,01 (1,06)	
DEG	(n= 432)	5,88 (1,16)	
SHS	(n= 744)	6,01 (1,12)	
STS	(n= 1 218)	6,16 (1,07)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité			0,006
Non	(n= 492)	5,89 (1,24)	
Oui	(n= 2 203)	6,09 (1,06)	
Niveau d'information estimé			<i><0,001⁴</i>
1(très mauvais)	(n= 32)	4,97 (1,23)	
2	(n= 256)	5,61 (1,27)	
3	(n= 1 059)	5,91 (1,12)	
4	(n= 1 050)	6,23 (1,00)	
5(très bon)	(n= 298)	6,45 (0,92)	

- ¹ = comparaisons deux à deux significatives pour 18-24 versus 25-29 ans et 18-24 ans versus ≥ 30 ans

- ² = comparaisons deux à deux toutes significatives

- ³ = différence significative de DEG versus STS

- ⁴ = les comparaisons deux à deux sont toutes significatives sauf pour niveau 1 versus niveau 2 et niveau 4 versus niveau 5

(cf annexes tableau 3bis pour le descriptif des réponses)

✓ D'après vous comment se protège-t-on contre les IST ?

Les différents moyens de protection contre les IST étaient bien connus des étudiants ; 99% savaient que le préservatif masculin est un moyen de protection contre les IST et un peu moins en ce qui concerne le préservatif féminin (89,5%). En revanche, 18,4% pensaient que les contraceptifs protègent contre les IST ; 3,4% à indiquer l'utilisation d'un savon antiseptique et 1,9% le retrait avant l'éjaculation. Dans « autre », les étudiants indiquaient principalement un dépistage, des contrôles réguliers, la chasteté, le vaccin pour l'hépatite b et le condylome et la prophylaxie préexposition (PrEP) pour le VIH. [Figure 13].

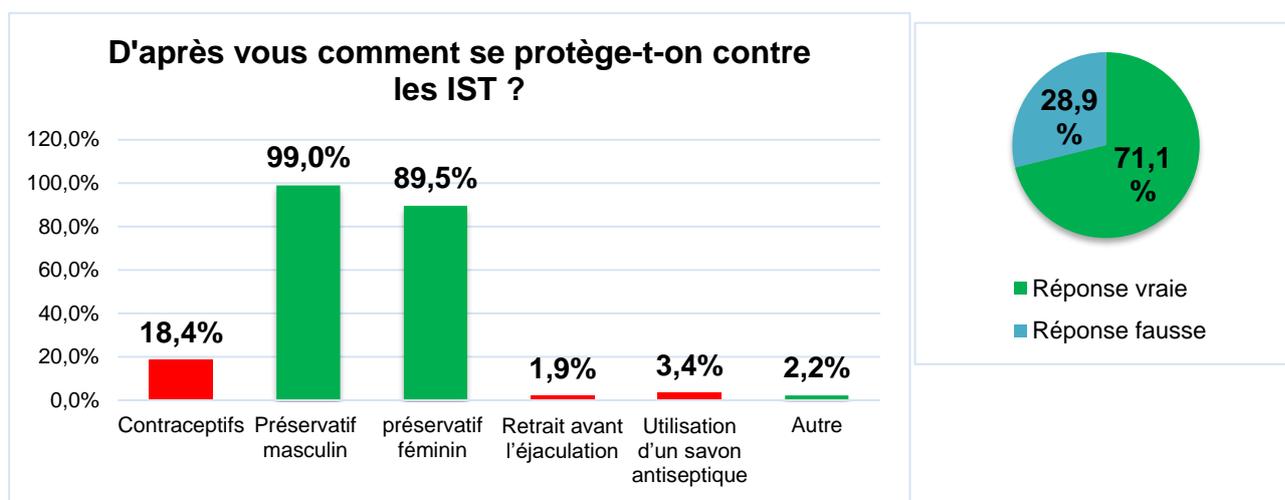


Figure 13 : Connaissance des moyens de protection contre les IST

Les réponses à cette question ont été classées en « réponse vraie » correspondant au fait de cocher préservatif masculin et préservatif féminin sans aucune des autres réponses et « réponse fausse » dans les autres cas. Les résultats sont présentés dans le tableau 4.

Les étudiants à 71,1% donnaient la réponse vraie et à 28,9% la réponse fausse.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative selon les différentes classes d'âge même si nous avons observés que les 30 ans et plus sont ceux qui avaient le moins de bonnes réponses.

De façon statistiquement significative, les femmes avaient plus de réponses vraies que les hommes ; elles étaient 73,8% contre 64,0% ($p < 0,001$).

Plus les étudiants étaient avancés dans les études plus ils donnaient les réponses vraies : 81,3% pour les étudiants de 3^e cycle contre 73,6% pour ceux de 2^e cycle et 69,8% pour ceux du 1^{er} cycle.

La connaissance de la réponse variait selon le domaine d'étude : les étudiants du domaine STS étaient 75,3% contre 70,2% pour les étudiants du domaine SHS ; 68,8% pour ceux du domaine ALL et 62,7% pour ceux du domaine DEG.

La différence était statistiquement significative selon le fait d'avoir bénéficié ou non de séances d'éducation à la sexualité ; 72,5% de ceux qui déclaraient en avoir bénéficié avaient la réponse vraie contre 65% pour ceux qui disaient ne pas avoir en bénéficié (p=0,001).

Plus les étudiants estimaient avoir un bon niveau d'information plus ils donnaient la réponse vraie : 77,2% d'étudiants estimant avoir un niveau = 5 contre 75,9% pour ceux de niveau=4 ; 68,3% pour ceux de niveau= 3 ; 58,2% et 56,3% respectivement pour les étudiants de niveau 2 et 1.

Tableau 4 : Connaissances des moyens de protection contre les IST selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

N(%)	Réponse fausse n= 778 (28,9)	Réponse vraie n= 1 917 (71,1)	P
Âge			0,075
18-24 ans (n= 2 429)	712 (29,3)	1 717 (70,7)	
25-29 ans (n= 173)	37 (21,4)	136 (78,6)	
≥ 30 ans (n= 93)	29 (31,2)	64 (68,8)	
Sexe			<0,001
Homme (n= 724)	261 (36,0)	463 (64,0)	
Femme (n= 1 971)	517 (26,2)	1 454 (73,8)	
Niveau d'étude			0,017
1 ^{er} cycle (n= 1 938)	585 (30,2)	1 353 (69,8)	
2 ^e cycle (n= 666)	176 (26,4)	490 (73,6)	
3 ^e cycle (n= 91)	17 (18,7)	74 (81,3)	
Domaine d'étude			<0,001
ALL (n= 301)	94 (31,2)	207 (68,8)	
DEG (n= 432)	161 (37,3)	271 (62,7)	
SHS (n= 744)	222 (29,8)	522 (70,2)	
STS (n= 1 218)	301 (24,7)	917 (75,3)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité			0,001
Non (n= 492)	172 (35,0)	301 (65,0)	
Oui (n= 2 203)	666 (27,5)	1 597 (72,5)	
Niveau d'information estimé			<0,001
1(très mauvais) (n= 32)	14 (43,8)	18 (56,3)	
2 (n= 256)	107 (41,8)	149 (58,2)	
3 (n= 1 059)	336 (31,7)	723 (68,3)	
4 (n= 1 050)	253 (24,1)	797 (75,9)	
5(très bon) (n= 298)	68 (22,8)	230 (77,2)	

(cf annexes tableau 4bis pour le descriptif des réponses)

✓ Connaissez-vous les préservatifs féminins (préservatifs internes) ?

Les étudiants à 91,4% d'étudiants affirmaient connaître les préservatifs féminins. Le tableau 5 présente la répartition de la connaissance des préservatifs féminins selon différents groupes comparés.

Le sexe et le niveau d'étude des étudiants n'influençaient pas la réponse à cette question de façon statistiquement significative.

Une différence statistiquement significative a été mise en évidence selon les différentes classes d'âge : 94,8% de 25-29 ans déclaraient connaître les préservatifs féminins contre 91,5% de 18-24 ans et 83,9% de plus de 30ans ($p=0,009$).

Les étudiants du domaine STS connaissaient mieux les préservatifs féminins : 93,7% contre 90,7% pour les étudiants du domaine ALL ; 90,2% pour ceux de SHS et 87,7% pour le domaine DEG ($p<0,001$).

Les étudiants déclarant avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité connaissaient mieux les préservatifs féminins : 92,9% contre 84,8% pour ceux qui affirmaient ne pas avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité ($p<0,001$).

Les préservatifs féminins étaient mieux connus des étudiants qui estimaient avoir un bon niveau d'information : 95,9% et 95,6% d'étudiants pour les niveaux 5 et 4 respectivement et 68,8% d'étudiants de niveau 1 ($p<0,001$).

Tableau 5 : Connaissance du préservatif féminin selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

N (%)		Non n= 231 (8,6)	Oui n= 2 464 (91,4)	P
Âge				<i>0,009</i>
18-24 ans	(n= 2 429)	207 (8,5)	2 222 (91,5)	
25-29 ans	(n= 173)	9 (5,2)	164 (94,8)	
≥ 30 ans	(n= 93)	15 (16,1)	78 (83,9)	
Sexe				<i>0,580</i>
Homme	(n= 724)	58 (8,0)	666 (92,0)	
Femme	(n= 1 971)	173 (8,8)	1 798 (91,2)	
Niveau d'étude				<i>0,34</i>
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)	170 (8,8)	1 768 (91,2)	
2 ^e cycle	(n= 666)	57 (8,6)	609 (91,4)	
3 ^e cycle	(n= 91)	4 (4,4)	87 (95,6)	
Domaine d'étude				<i><0,001</i>
ALL	(n= 301)	28 (9,3)	273 (90,7)	
DEG	(n= 432)	53 (12,3)	379 (87,7)	
SHS	(n= 744)	73 (9,8)	671 (90,2)	
STS	(n= 1 218)	77 (6,3)	1 141 (93,7)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité				<i><0,001</i>
Non	(n= 492)	75(15,2)	417 (84,8)	
Oui	(n= 2 203)	156(7,1)	2 047 (92,9)	
Niveau d'information estimé				<i><0,001</i>
1(très mauvais)	(n= 32)	10(31,3)	22 (68,8)	
2	(n= 256)	49(19,1)	207 (80,9)	
3	(n= 1 059)	116(11)	943 (89,0)	
4	(n= 1 050)	43(4,1)	1 007 (95,9)	
5(très bon)	(n= 298)	13(4,4)	285 (95,6)	

✓ **D'après vous le préservatif, on doit le mettre :**

Concernant la connaissance sur l'utilisation du préservatif, son utilisation dans le cadre de la pénétration vaginale et anale était bien connue (respectivement 99,9% et 90,5%) ; cependant, son utilisation pour les pratiques sexuelles telles que les rapports bucco-génitaux (fellation et cunnilingus) et les rapports bucco anaux (anulingus) était beaucoup moins connue notamment pour le cunnilingus et l'anulingus connus par 35,1% et 26,6% respectivement.

En outre, 99,6% savaient que le préservatif se met avant la pénétration ; en revanche, ils étaient 9,3% à indiquer que le préservatif se met avant l'éjaculation [Figure 15].

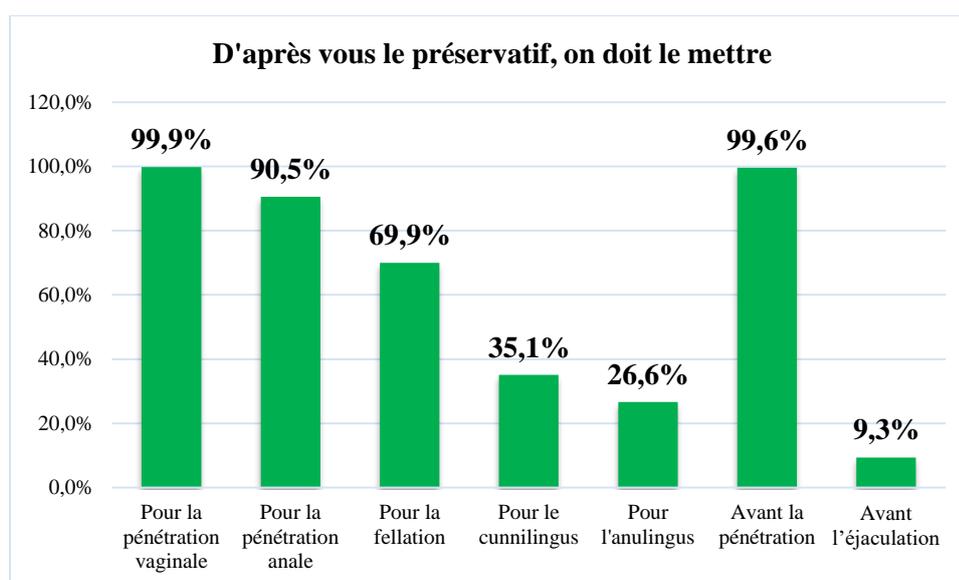


Figure 14 : Connaissance de l'utilisation du préservatif

Une note correspondant au total de bonnes réponses a été calculée sur un total de 7. La comparaison des notes moyennes selon les différents groupes est présentée dans le tableau 6.

Malgré une note moyenne plus élevée pour les plus âgés et ceux ayant un niveau d'étude plus élevé, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative selon la classe d'âge et le niveau d'étude des étudiants.

Les femmes sont celles qui avaient le plus de réponses justes ; leur note moyenne était de 5,17 contre 5,00 pour les hommes ($p=0,002$).

Selon le domaine d'étude, nous avons observé que les étudiants des domaines ALL et STS avaient le plus de bonnes réponses avec une note moyenne égale à 5,20 et 5,19 respectivement contre 5,09 pour les étudiants du domaine SHS et 4,93 pour les étudiants du domaine DEG ($p=0,001$).

Avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité influençait la note moyenne : les étudiants qui affirmaient en avoir bénéficié avaient une note moyenne égale à 5,15 contre 4,98 pour ceux qui affirmaient ne pas en avoir bénéficié ($p=0,005$).

Plus les étudiants estimaient avoir un bon niveau d'information plus ils donnaient les bonnes réponses : la note moyenne était de 5,41 pour les étudiants estimant avoir un niveau 5 contre 5,33 pour ceux qui estimaient avoir un niveau 4. Les étudiants qui estimaient avoir un très mauvais niveau (1/5) avaient la note moyenne plus basse égale à 4,44 ($p<0,001$).

Tableau 6 : Notes moyennes relatives à la connaissance de l'utilisation du préservatif sur un total 7 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

		Moyenne (écart type)	P
Âge			0,215
18-24 ans	(n= 2 429)	5,11 (1,30)	
25-29 ans	(n= 173)	5,25 (1,17)	
≥ 30 ans	(n= 93)	5,17 (1,16)	
Sexe			0,002
Homme	(n= 724)	5,00 (1,25)	
Femme	(n= 1 971)	5,17 (1,30)	
Niveau d'étude			0,268
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)	5,11 (1,31)	
2 ^e cycle	(n= 666)	5,13 (1,23)	
3 ^e cycle	(n= 91)	5,29 (1,00)	
Domaine d'étude			0,001 ¹
ALL	(n= 301)	5,20 (1,32)	
DEG	(n= 432)	4,93 (1,31)	
SHS	(n= 744)	5,09 (1,27)	
STS	(n= 1 218)	5,19 (1,26)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité			0,005
Non	(n= 492)	4,98 (1,36)	
Oui	(n= 2 203)	5,15 (1,26)	
Niveau d'information estimé			<0,001 ²
1(très mauvais)	(n= 32)	4,44 (1,56)	
2	(n= 256)	4,77 (1,30)	
3	(n= 1 059)	4,95 (1,29)	
4	(n= 1 050)	5,33 (1,25)	
5(très bon)	(n= 298)	5,41 (1,17)	

- ¹ = comparaisons deux à deux significatives pour DEG versus STS

- ² = comparaisons deux à deux significatives pour niveau 1 versus niveau 5 ; niveau 2 versus niveau 3,4 et 5 et niveau 3 versus niveau 4 et 5.

(cf annexes tableau 6bis pour le descriptif des réponses)

✓ **D'après vous combien de temps après un rapport sexuel non protégé faut-il consulter ?**

Le délai de consultation après un rapport sexuel non protégé était moyennement connu : 57,4% savaient qu'il fallait consulter tout de suite.

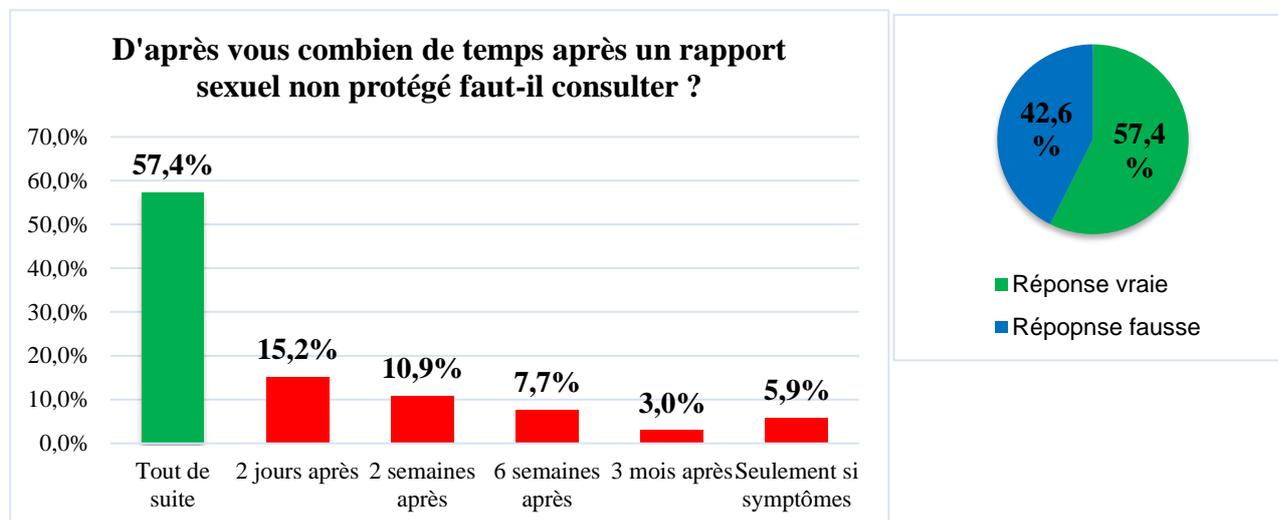


Figure 15 : Quand consulter après un rapport sexuel non protégé

Nous avons reparti les réponses en deux catégories : réponse vraie correspondant à « tout de suite » et réponse fausse correspondant aux autres réponses. Ils étaient 57,4% à donner la réponse vraie contre 42,6% qui donnaient les réponses fausses. Le tableau 7 présente les résultats de la comparaison entre les différents groupes.

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative suivant le sexe, et le fait d'avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité.

Le délai de consultation était mieux connu des étudiants plus âgés : 74,2% pour les 30 ans et plus contre 65,3% pour les 25-29 ans et 56,2% pour les 18-24 ans ($p < 0,001$).

Les étudiants de 3^e cycle sont ceux qui ont le plus répondu qu'il fallait consulter tout de suite : 73,6% contre 56,9% pour ceux du 1^{er} cycle et 56,5% pour ceux du 2^e cycle ($p = 0,006$).

Le domaine d'étude avait une influence sur la réponse à cette question ; les étudiants des domaines SHS et STS savaient à 40,9% qu'il fallait consulter tout de suite contre 47,9% pour les étudiants du domaine DEG et 46,5% pour ceux du domaine ALL ($p = 0,026$).

La connaissance du délai de consultation variait de façon proportionnelle avec le niveau d'information que les étudiants estimaient avoir : 64,8% pour ceux qui avaient un niveau 5 contre 61,0% pour le niveau 4 ; 53,8% pour le niveau 3 ; 50,4% pour le niveau 2 et 43,8% pour le niveau 1 ($p < 0,001$).

Tableau 7 : Connaissance du délai de consultation après un rapport sexuel non protégé selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

N (%)	Réponse fausse n= 1 149 (42,6)	Réponse vraie n= 1 546 (57,4)	P
Âge			<i><0,001</i>
18-24 ans (n= 2 429)	1 065 (43,8)	1 364 (56,2)	
25-29 ans (n= 173)	60 (34,7)	113 (65,3)	
≥ 30 ans (n= 93)	24 (25,8)	69 (74,2)	
Sexe			0,942
Homme (n= 724)	310 (42,8)	414 (57,2)	
Femme (n= 1 971)	839 (42,6)	1 132 (57,4)	
Niveau d'étude			<i>0,006</i>
1 ^{er} cycle (n= 1 938)	835 (43,1)	1 103 (56,9)	
2 ^e cycle (n= 666)	290 (43,5)	376 (56,5)	
3 ^e cycle (n= 91)	24 (26,4)	67 (73,6)	
Domaine d'étude			<i>0,026</i>
ALL (n= 301)	140 (46,5)	161 (53,5)	
DEG (n= 432)	207 (47,9)	225 (52,1)	
SHS (n= 744)	304 (40,9)	440 (59,1)	
STS (n= 1 218)	498 (40,9)	720 (59,1)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité			0,435
Non (n= 492)	218 (44,3)	274 (55,7)	
Oui (n= 2 203)	931 (42,3)	1 272 (57,7)	
Niveau d'information estimé			<i><0,001</i>
1(très mauvais) (n= 32)	18 (56,3)	14 (43,8)	
2 (n= 256)	127 (49,6)	129 (50,4)	
3 (n= 1 059)	489 (46,2)	570 (53,8)	
4 (n= 1 050)	410 (39,0)	640 (61,0)	
5(très bon) (n= 298)	105 (35,2)	193 (64,8)	

✓ Généralités sur les IST

Les réponses aux questions étaient bonnes dans l'ensemble malgré la persistance de quelques lacunes et/ ou incertitudes avec notamment seulement 51,9% des étudiants qui connaissaient l'existence d'un traitement d'urgence contre le VIH ; 64,3% qui savaient qu'il existe un vaccin contre l'hépatite B. Le taux moyen de bonnes réponses de notre échantillon était égal à 81,6% (15,6). Dans le tableau 8, sont présentés les résultats de la comparaison des taux de bonnes réponses des différents groupes.

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les taux moyens selon le fait d'avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité bien que celui des étudiants qui déclaraient en avoir bénéficié avait tendance à être meilleur.

Les plus âgés avaient significativement plus de bonnes réponses : taux moyen égal à 91% pour les étudiants de 25-29 ans et 89,5% pour les 30 ans et plus contre 86% pour les 18-24 ans.

Les femmes donnaient le plus de bonnes réponses avec un taux moyen de 82,2% contre 79,8% pour les hommes (p=0,002).

Selon le niveau d'étude, le taux de bonnes réponses était statistiquement différent : 94,1% pour les étudiants de 3^e cycle contre 85,4% pour ceux du 2^e cycle et 79,7% pour ceux en 1^{er} cycle.

Les étudiants des domaines STS donnaient le plus de bonnes réponses : leur taux moyen était égal à 85,3%. En revanche les étudiants du domaine DEG avaient le moins bon taux de bonnes réponses (76,9%)

Les étudiants qui estimaient avoir un meilleur niveau d'information avaient un meilleur taux de bonnes réponses : égal à 91,1% pour ceux de niveau 5 contre 85,1% pour ceux de niveau 4 ; 77,8% pour ceux de niveau 3 ; 73,4% pour ceux niveau 2 et 67,0% pour ceux de niveau 1.

Tableau 8 : Taux moyens de bonnes réponses relatifs aux questions générales sur les IST selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

		Taux moyen de bonnes réponses % (écart type)	P
Âge			<i><0,001¹</i>
18-24 ans	(n= 2 429)	80,6% (15,4) ¹	
25-29 ans	(n= 173)	91,0% (12,6) ²	
≥ 30 ans	(n= 93)	89,5% (16,0) ³	
Sexe			<i>0,002</i>
Homme	(n= 724)	79,8% (16,7)	
Femme	(n= 1 971)	82,3% (15,1)	
Niveau d'étude			<i><0,001²</i>
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)	79,7% (15,8) ¹	
2 ^e cycle	(n= 666)	85,4% (13,9) ²	
3 ^e cycle	(n= 91)	94,1% (9,3) ³	
Domaine d'étude			<i><0,001³</i>
ALL	(n= 301)	78,8% (15,2) ¹	
DEG	(n= 432)	76,9% (17,2) ²	
SHS	(n= 744)	79,5% (14,9) ³	
STS	(n= 1 218)	85,3% (14,5) ⁴	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité			<i>0,174</i>
Non	(n= 492)	80,3% (17,0)	
Oui	(n= 2 203)	81,9% (15,2)	
Niveau d'information estimé			<i><0,001⁴</i>
1(très mauvais)	(n= 32)	67,0% (21,0) ¹	
2	(n= 256)	73,4% (16,3) ²	
3	(n= 1 059)	77,8% (15,5) ³	
4	(n= 1 050)	85,1% (13,2) ⁴	
5(très bon)	(n= 298)	91,1% (13,5) ⁵	

- ¹ = Comparaisons deux à deux significatives pour 18-24 ans versus 25-29 ans et 18-24 ans versus ≥ 30 ans
- ² = Comparaisons deux à deux toutes significatives
- ³ = Comparaisons deux à deux significatives pour ALL versus STS, DEG versus STS et SHS versus STS
- ⁴ = Comparaisons deux à deux toutes significatives sauf pour niveau 1 versus niveau 2 et 3 et niveau 2 versus niveau 3

(cf annexes tableau 8bis pour le descriptif des réponses)

✓ **Connaissez-vous une ou des structures où vous pouvez réaliser un test de dépistage du VIH/SIDA ?**

Sur l'ensemble des étudiants qui ont répondu au questionnaire, 69,8% (1 881/2 695) déclaraient connaître une ou plusieurs structures où effectuer un test de dépistage du VIH/SIDA.

Le CeGIDD représentait la structure la plus citée (33,5%) ; ensuite nous avons les hôpitaux (30,7%) et le planning familial (27,0%). En revanche le CPEF et le SUMPPS étaient moins cités (respectivement 5,8% et 6,6%). **[Figure 16].**

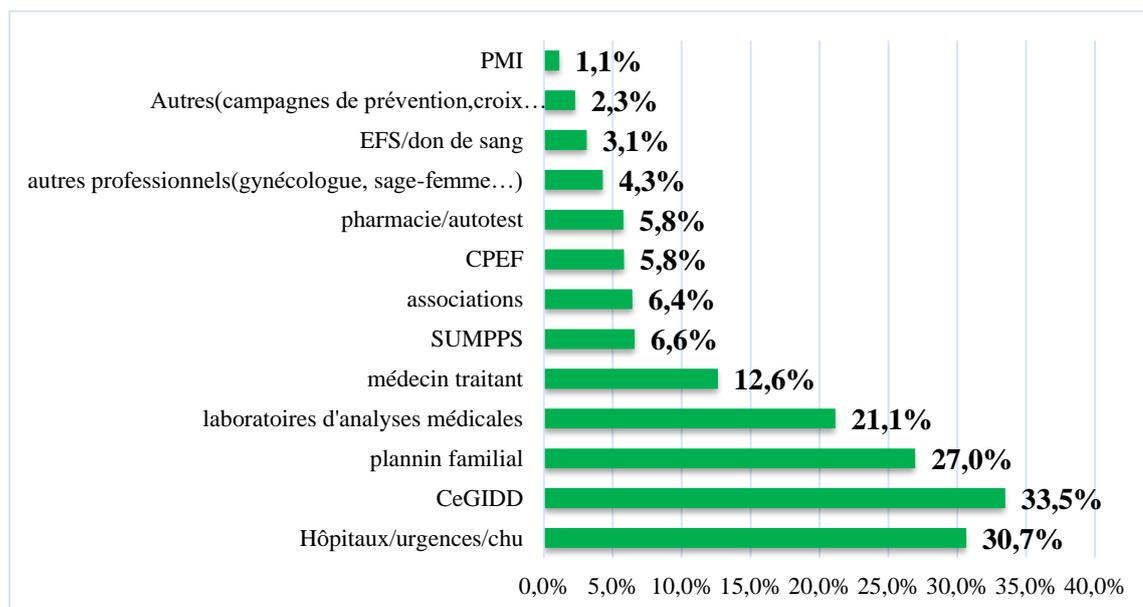


Figure 16 : Connaissance de structures où effectuer un test de dépistage

Les plus âgés connaissaient mieux ces structures : 82,8% et 82,7% pour les plus de 30 ans et les 25-29 ans respectivement contre 68,4% pour les étudiants âgés entre 18 et 24 ans.

Les femmes connaissaient les structures mieux : 71,7% contre 64,6% pour les hommes.

Plus ils étaient avancés dans les études plus ils connaissaient les structures : 85,7% d'étudiants du 3^e cycle ont répondu oui contre 77,6% pour les étudiants du 2^e cycle et 66,4% pour ceux du 1^{er} cycle.

Les étudiants des domaines SHS et STS ont le plus répondu par l'affirmative ; ils étaient respectivement 72,6% et 70,4% contre 67,1% pour ceux du domaine DEG et 64,1% pour ceux du domaine ALL.

Avoir bénéficié de séances(s) d'éducation à la sexualité était associé à une meilleure connaissance des structures de dépistage ; en effet 71,6% de ceux qui avaient déclaré en avoir bénéficié ont répondu oui contre 61,8% de ceux qui déclaraient n'en avoir pas bénéficié.

Plus les étudiants estimaient avoir un bon niveau de connaissance plus ils connaissaient les structures : 88,9% pour ceux de niveau 5 contre 77,0% pour ceux de niveau 4 et 62,7% pour ceux de niveau 3. Les étudiants estimant avoir un niveau 1 ou 2 sont ceux qui connaissaient le moins avec 50,0% de réponses affirmatives chacun

Tableau 9 : Connaissance de structure(s) où effectuer un dépistage du VIH/SIDA selon l'âge, le sexe, au niveau d'étude, au domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et au niveau d'information estimé.

N (%)		Non n= 814 (30,2)	Oui n= 1 881 (69,8)	p
Âge				<i><0,001</i>
18-24 ans	(n= 2 429)	768 (31,7)	1 661 (68,4)	
25-29 ans	(n= 173)	30 (17,3)	143 (82,7)	
≥ 30 ans	(n= 93)	16 (17,2)	77 (82,8)	
Sexe				<i><0,001</i>
Homme	(n= 724)	256 (35,4)	468 (64,6)	
Femme	(n= 1 971)	558 (28,3)	1 413 (71,7)	
Niveau d'étude				<i><0,001</i>
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)	652 (33,6)	1 286 (66,4)	
2 ^e cycle	(n= 666)	149 (22,4)	517 (77,6)	
3 ^e cycle	(n= 91)	13 (14,3)	78 (85,7)	
Domaine d'étude				<i>0,028</i>
ALL	(n= 301)	108 (35,9)	193 (64,1)	
DEG	(n= 432)	142 (32,9)	290 (67,1)	
SHS	(n= 744)	204 (27,4)	540 (72,6)	
STS	(n= 1 218)	360 (29,6)	858 (70,4)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité				<i><0,001</i>
Non	(n= 492)	188 (38,2)	304 (61,8)	
Oui	(n= 2 203)	626 (28,4)	1 577 (71,6)	
Niveau d'information estimé				<i><0,001</i>
1(très mauvais)	(n= 32)	16 (50,0)	16 (50,0)	
2	(n= 256)	128 (50,0)	128 (50,0)	
3	(n= 1 059)	395 (37,3)	664 (62,7)	
4	(n= 1 050)	242 (23,0)	808 (77,0)	
5(très bon)	(n= 298)	33 (11,1)	265 (88,9)	

E. Le sentiment d'information des étudiants vis-à-vis de la contraception

les étudiants à 90,5% estimaient être informés au sujet de la contraception. Concernant le niveau qu'ils estimaient avoir sur le sujet évalué sur une échelle de 1 à 5, ils étaient assez peu (0,9%) à juger que leur niveau est très mauvais (1/5) et à l'opposé 23,9% estimaient avoir un très bon niveau (5/5). Le niveau estimé était de 3/5 pour 19,9% et de 4/5 pour 50,8% pour un total de 70,7%.

[Figure 17].

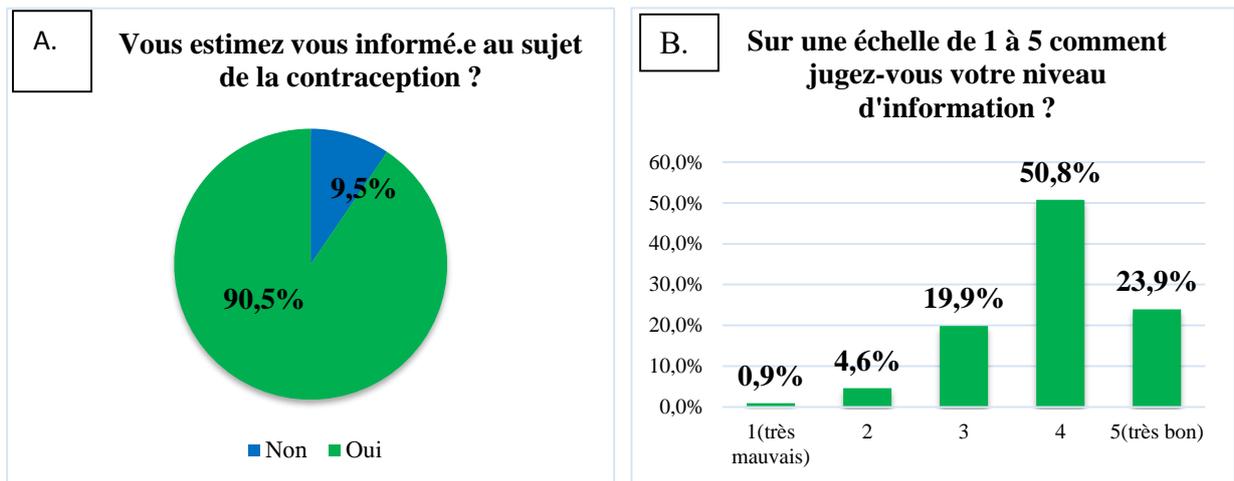


Figure 17 : Sentiment d'information des étudiants vis-à-vis de la contraception. A : sentiment d'information ; B : niveau d'information évalué sur une échelle de 1 à 5.

F. Les sources d'information sur la contraception

Tout comme pour les IST, les principales sources d'information des étudiants au sujet de la contraception étaient le milieu scolaire cité par 72,2% et internet 64,6% ; ensuite nous avons le personnel médical cité par 56,0%, les parents 52,5% et les amis cités par 52,3%. Là encore, le CPEF étaient moins cités par les étudiants. **[Figure 18]**.

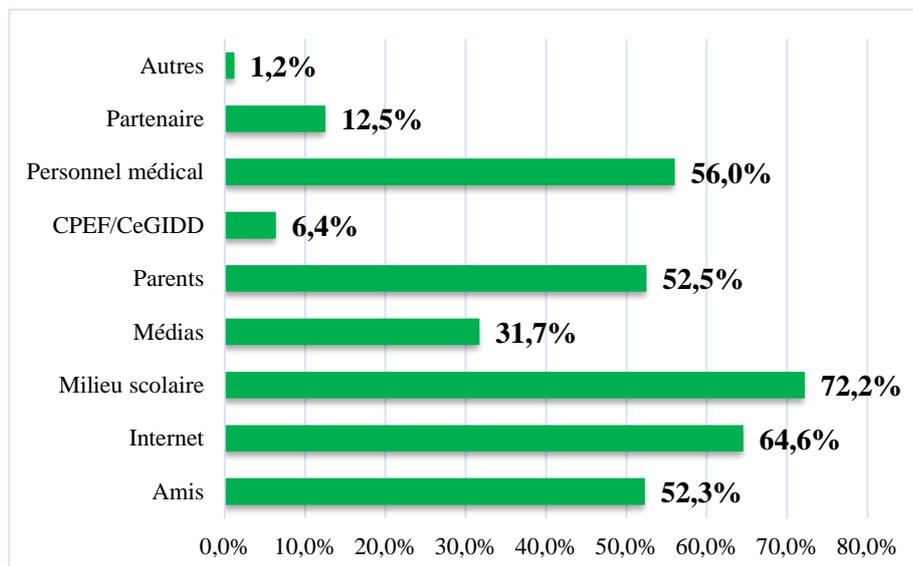


Figure 18 : Les sources d'information des étudiants au sujet de la contraception

G. Les connaissances sur la contraception

✓ A qui peut-on s'adresser pour avoir une contraception ?

Les étudiants indiquaient principalement le gynécologue (93,9%) et le médecin traitant (92,8%) comme personnes auxquelles s'adresser pour avoir une contraception. Les autres professionnels tels que la sage-femme et le pharmacien étaient moins cités (respectivement 57,1% et 50,7%). En outre, les structures telles que le CPEF (44,7%) ; la PMI (26,3%) étaient également moins citées ; ils indiquaient à 46,9% les parents/familles et/ou aux amis. **[Figure19]**.

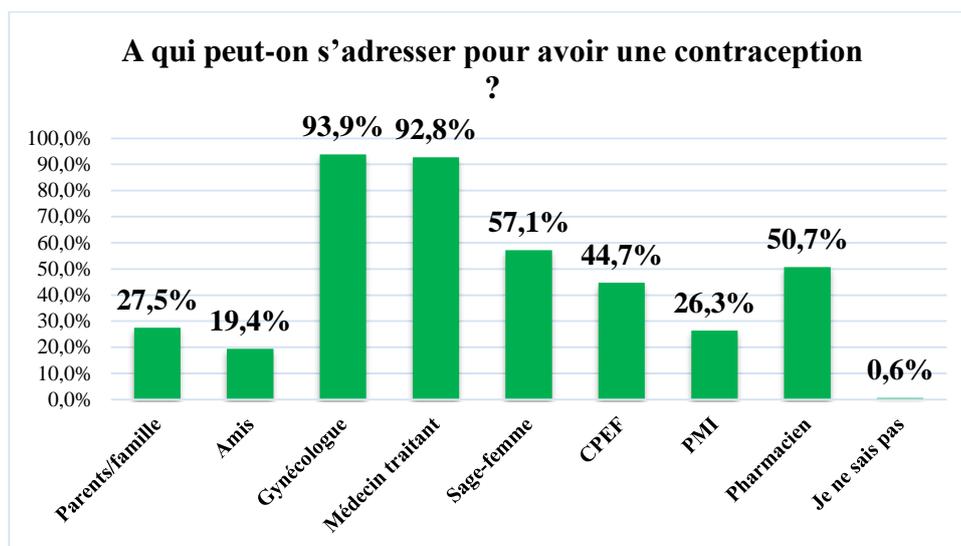


Figure 19 : Connaissance des personnes/structures à qui s'adresser pour avoir une contraception

Parmi ceux qui ont répondu « je ne sais pas », les hommes étaient plus nombreux (1,8% versus 0,2% pour les femmes), de même que les étudiants déclarant n'avoir jamais bénéficié de séances d'éducation à la sexualité (2% versus 0,3% pour ceux qui déclaraient en avoir bénéficié) et ceux qui estimaient avoir un très mauvais niveau d'information sur le sujet (16,7% versus 0,2% pour ceux estimant avoir un très bon niveau).

Les 18-24 ans, les hommes et les étudiants en 1^{er} cycle indiquaient le plus les parents et les amis comme personnes à qui s'adresser et les différences entre les groupes étaient statistiquement significatives.

Le CPEF, la sage-femme et la PMI étaient moins connus des étudiants plus jeunes.

Les femmes comparées aux hommes citaient plus le CPEF, la PMI et la sage-femme ; en revanche, le pharmacien était davantage cité par les hommes (76,8% contre 41,1% pour les femmes) et la différence était statistiquement significative.

(cf annexes tableau 10 pour le descriptif des réponses :)

✓ **Parmi les moyens de contraception ci-après cochez celui ou ceux que vous connaissez**

Les différents moyens de contraception étaient assez connus puisque chacun d'eux était cité par au moins 50% de notre échantillon. La pilule était le moyen de contraception le plus connu des étudiants et citée par 99,5% ; ensuite, le stérilet cité par 97,7% ; le préservatif masculin par 96,5% ; le préservatif féminin par 92,9% et l'implant par 91,1%. Les moyens de contraception tels que les méthodes naturelles et les spermicides étaient les moins connus (cité respectivement par 51,0% et 46,7%).

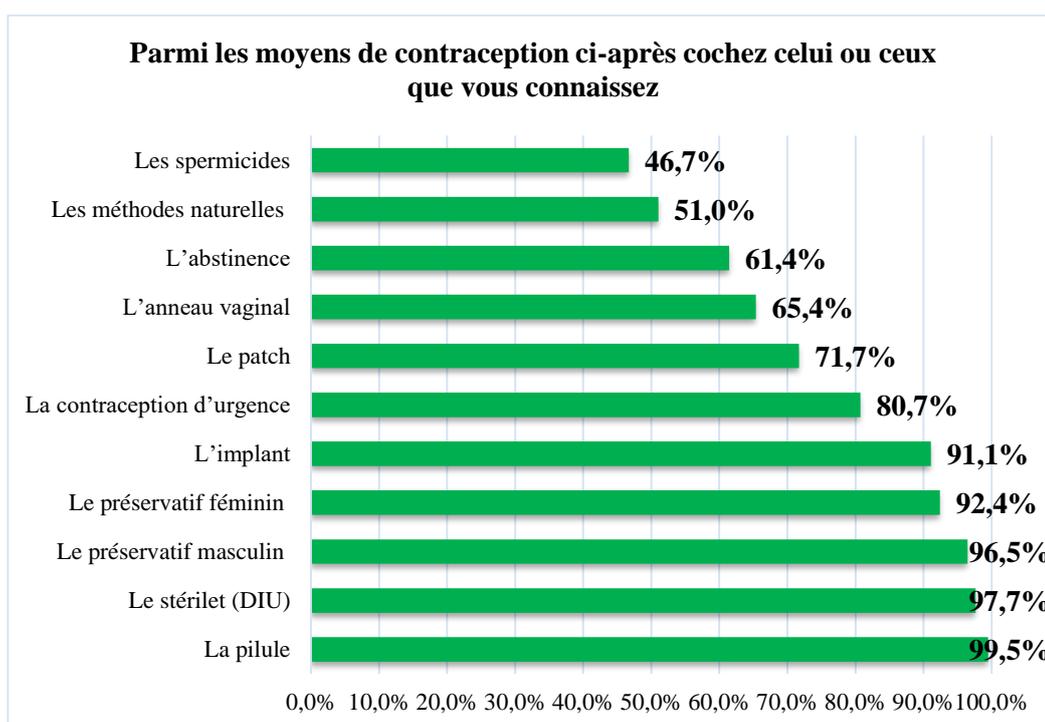


Figure 20 : Les moyens de contraception cités par les étudiants

Le nombre moyen de méthodes contraceptives connues a été calculé et il était de 8,54/11 dans notre échantillon. Dans le tableau 11, sont présentés les résultats relatifs à la comparaison du nombre moyen de méthodes contraceptives connues des différents groupes.

Les étudiants âgés de 25-29 ans connaissaient le plus de moyens de contraception : 9,02 en moyenne contre 8,83 pour les plus de 30 ans et de 8,50 pour ceux de 18-24 ans.

Les femmes connaissaient plus de moyens de contraception ; en effet elles citaient en moyenne 8,74 contre 7,99 pour les hommes ;

Les étudiants du 3^e cycle sont ceux qui citaient le plus méthodes contraceptives : 9,23 en moyenne contre 8,61 pour les étudiants du 2^e cycle et 8,49 pour ceux du 1^{er} cycle.

Selon le domaine d'étude, ceux qui citaient le plus de méthodes contraceptives sont les étudiants des domaines STS et ALL : en moyenne 8,73 et 8,69 respectivement. 8,45 pour les étudiants du domaine SHS et 8,06 pour ceux du domaine DEG.

Les étudiants qui ont déclaré avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité citaient plus de moyens de contraception ; en moyenne 8,61 contre 8,25 pour ceux qui déclaraient n'en avoir jamais bénéficié.

Le nombre moyen de méthodes contraceptives connues augmentait avec le niveau d'information que les étudiants estimaient avoir : 9,36 en moyenne pour les étudiants estimant avoir un niveau 5 contre 8,89 pour ceux de niveau 4 ; 8,23 pour ceux de niveau 3 ; 7,63 pour les étudiants de niveau 2 et 7,03 pour ceux de niveau 1.

Tableau 11 : Notes moyennes relatives à la connaissance des différents moyens de contraception sur un total de 11 selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé

		Moyenne (écart type)	p
Âge			<i><0,001¹</i>
18-24 ans	(n= 2 429)	8,50 (2,00)	
25-29 ans	(n= 173)	9,02 (2,16)	
≥ 30 ans	(n= 93)	8,83 (2,08)	
Sexe			<i><0,001</i>
Homme	(n= 724)	7,99 (2,09)	
Femme	(n= 1 971)	8,74 (1,96)	
Niveau d'étude			<i><0,001²</i>
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)	8,49 (1,97)	
2 ^e cycle	(n= 666)	8,61 (2,17)	
3 ^e cycle	(n= 91)	9,23 (1,77)	
Domaine d'étude			<i><0,001³</i>
ALL	(n= 301)	8,69 (1,83)	
DEG	(n= 432)	8,06 (2,00)	
SHS	(n= 744)	8,45 (2,00)	
STS	(n= 1 218)	8,73 (2,06)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité			<i>0,006</i>
Non	(n= 492)	8,25 (2,27)	
Oui	(n= 2 203)	8,61 (1,96)	
Niveau d'information estimé			<i><0,001⁴</i>
1(très mauvais)	(n= 32)	7,03 (2,73)	
2	(n= 256)	7,63 (2,26)	
3	(n= 1 059)	8,23 (2,00)	
4	(n= 1 050)	8,89 (1,81)	
5(très bon)	(n= 298)	9,36 (1,93)	

- ¹=comparaison deux à deux significative pour 18-24 ans versus 25-29 ans
- ²= comparaisons deux à deux significatives pour 1^{er} cycle versus 3^e cycle et 2^e cycle versus 3^e cycle
- ³=comparaisons deux à deux significatives pour ALL versus DEG et DEG versus SHS ET STS
- ⁴= comparaisons deux à deux toutes significatives sauf pour niveau 1 versus niveau 2 et niveau 1 versus niveau 3

(cf annexes tableau 11bis pour le descriptif des réponses)

✓ **Répondre aux questions suivantes par oui, non ou incertain (je ne sais pas) : généralités sur la contraception**

Dans l'ensemble, les réponses des étudiants sur la contraception n'étaient pas très bonnes ; en effet, le taux moyen de bonnes réponses dans notre échantillon était égal à 53,2% (17,7). Les résultats relatifs à la comparaison des taux moyens de bonne réponse entre les groupes sont présentés dans le tableau 12.

Les étudiants âgés de 25-29 ans avaient le plus de bonnes réponses : taux moyen de bonnes réponses égal à 62,4% contre 56,2% pour les étudiants âgés de plus de 30 ans et 52,4% pour de 18-24 ans ($p < 0,001$).

Les femmes avaient le plus de bonnes réponses et leur taux moyen était statistiquement différent de celui des hommes (57,1% contre 42,3%).

De façon statistiquement significative, les étudiants du 3^e cycle répondaient plus correctement aux questions avec un taux moyen à 69,7% contre 55,8% pour ceux du 2^e cycle et de 51,5% pour ceux du 1^{er} cycle.

Le taux moyen de bonnes réponses était meilleur chez les étudiants du domaine STS : 56,0% contre 52,0% pour les étudiants du domaine SHS ; 50% pour ceux du domaine DEG et 49,0% pour ceux du domaine ALL.

De façon statistiquement significative, le fait d'avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité était associé à un meilleur taux de bonnes réponses ; en effet, ceux qui déclaraient en avoir bénéficié avaient un taux moyen de 53,0% contre 50,0% pour ceux qui déclaraient n'en avoir pas bénéficié.

Nous avons observé une augmentation du taux de bonnes réponses avec le niveau d'information que l'étudiant estimait avoir sur le sujet : 62,5% pour les étudiants estimant avoir un très bon niveau (5/5) contre 53,2% pour ceux de niveau 4 ; 46,1% pour ceux de niveau 3 ; 37,6% pour ceux de niveau 2 et 33,7% pour les étudiants de niveau 1.

Tableau 12 : Taux moyens de bonnes réponses relatifs aux généralités sur la contraception selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le domaine d'étude, avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité et le niveau d'information estimé.

		Taux moyen de bonnes réponses % (écart type)	p
18-24 ans	(n= 2 429)		<i><0,001¹</i>
25-29 ans	(n= 173)	52,4% (17,1)	
≥ 30 ans	(n= 93)	62,4% (22,0)	
Sexe		56,2% (18,5)	
Homme	(n= 724)		<i><0,001</i>
Femme	(n= 1 971)	42,3% (18,3)	
Niveau d'étude		57,1% (15,7)	
1 ^{er} cycle	(n= 1 938)		<i><0,001²</i>
2 ^e cycle	(n= 666)	51,5% (16,6)	
3 ^e cycle	(n= 91)	55,8% (18,9)	
Domaine d'étude		69,7% (19,6)	
ALL	(n= 301)		<i><0,001³</i>
DEG	(n= 432)	49,0% (16,1)	
SHS	(n= 744)	50,0% (15,9)	
STS	(n= 1 218)	52,0% (15,6)	
Avoir bénéficié de séance(s) d'éducation à la sexualité		56,0 (19,3)	<i><0,001</i>
Non	(n= 492)		
Oui	(n= 2 203)	50,0% (18,3)	
Niveau d'information estimé		53,0% (17,5)	
1(très mauvais)	(n= 32)		<i><0,001⁴</i>
2	(n= 256)	33,7% (19,8)	
3	(n= 1 059)	37,6% (18,5)	
4	(n= 1 050)	46,1% (15,7)	
5(très bon)	(n= 298)	53,2% (15,6)	
18-24 ans	(n= 2 429)	62,5% (17,9)	

- ¹=comparaisons deux à deux significatives pour 18-24 ans versus 25-29 ans
- ²=comparaisons deux à deux toutes significatives
- ³= comparaisons deux à deux significatives pour ALL versus STS ; DEG versus STS et SHS versus STS
- ⁴=comparaisons deux à deux toutes significatives sauf pour niveau 1 versus niveau 2 ; niveau 1 versus niveau 3 et niveau 2 versus niveau 3

(cf annexes tableau 12bis pour le descriptif des réponses)

Discussion

L'analyse des données de notre étude dont l'objectif principal était de dresser un bilan des connaissances des étudiants sur les IST et la contraception a permis de mettre en évidence un certain nombre d'éléments importants.

En effet, il en ressort que même si les étudiants semblent bien informés sur certains points, il persiste toujours certaines idées reçues ou fausses croyances mais également des incertitudes voir des lacunes et surtout que la contraception est et demeure un problème de femmes.

A. Les forces et les limites de notre étude

1. Les forces

La particularité de l'objectif principal de notre étude qui ciblait l'ensemble de la population des étudiants de l'université de Caen ; en effet, nous nous sommes aperçus qu'il n'y a pas beaucoup d'études qui évaluent les connaissances des étudiants sur ces thématiques et ce d'autant plus qu'il s'agit d'une population constituée majoritairement de personnes concernées par la recrudescence des IST et ayant majoritairement recours à l'IVG.

Nous estimons que dans un certain sens, notre étude a permis de diffuser de l'information sur les IST et la contraception et ceci dans la mesure où elle a pu engendrer des questionnements de leur part sur ce qu'ils savent réellement et peut être les a amenés à s'interroger et à chercher des réponses à leurs questions.

A travers l'option de réponse « je ne sais pas », nous avons donné la possibilité aux étudiants de répondre aux questions selon ce qu'ils savaient réellement et empêcher ainsi qu'ils répondent de manière hasardeuse faussant ainsi l'évaluation de leurs connaissances.

2. Les limites

Le nombre important de questions (58) a sans doute limité le nombre de participants : les questionnaires incomplets n'ont pas été analysés.

Les questions qui possédaient parmi les options de réponses « autre » n'ont pas été analysées aux vues de la diversité des réponses.

Le questionnaire sur la contraception a été proposé aux hommes et aux femmes car nous avons estimé que les hommes devraient se sentir concernés par la contraception ; le fait qu'ils se sentent moins concernés a peut-être engendré une moindre participation de leur part à l'étude.

Certains éléments tels que l'orientation sexuelle et le statut socioéconomique des étudiants n'ont pas été explorés dans notre ; en effet, ils auraient également permis de dégager d'autres profils cibles des diverses actions de santé sur ces thématiques.

Nos résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des étudiants de l'université car notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la population

B. Les IST

Les étudiants estimaient à 74,4%, être informés au sujet des IST. Ce pourcentage est plus élevé que celui qui a été observé en 2014 par la LMDE¹⁴ dans son enquête sur la santé des étudiants où 60% d'entre eux estimaient être informé [34] ; les principales sources d'information indiquées par les étudiants étaient principalement le milieu scolaire, puis internet et le personnel médical.

Dans notre étude, le milieu scolaire a été cité par 68,0% contre 87% observé par Emelyne CRESSANT dans sa thèse réalisée au sein de cinq cabinets de médecine générale en haute Normandie auprès de 127 jeunes de 18 à 30 ans [35]. Ce pourcentage n'est pas très élevé quand on sait que depuis la loi du 4 juillet 2001 au moins trois séances d'éducation à la sexualité obligatoires doivent être dispensées dans les écoles, collèges et lycées ; en effet, en termes de réalisation, la mise en place de cette obligation est en dessous des référentiels définis par l'éducation nationale, incomplète et non systématique et dépendante du bon vouloir des responsables des établissements. Ce constat avait déjà été fait par l'IGAS¹⁵ en 2009 dans un rapport sur l'éducation à la sexualité et la situation n'a pas changé plusieurs années après comme le montre le rapport relatif à l'éducation à la sexualité qui a été publié en 2016 [30, 36].

Internet a été cité par 67,2% ; notre résultat est supérieur à celui qui a été mis en évidence par Charlotte BRIANDET dans son étude où internet était cité par 51% d'étudiants [37]. Internet représente aujourd'hui un outil de communication plus qu'adapté à la nouvelle génération et facile d'accès et surtout que cette source d'information leur garanti une forme d'anonymat et l'absence de la gêne qu'on peut avoir lorsqu'on est face à un professionnel de santé ; en revanche, ceci n'exclut pas le fait de se poser des questions sur la fiabilité de certains sites et donc de rester vigilant et de cadrer les choses surtout en termes de données médicales. C'est dans cette optique que les différents ministères en charge dans le programme « stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 » avaient parmi leurs objectifs une amélioration de l'information en santé sexuelle au moyen de l'utilisation des nouveaux outils de communication dont le but serait de fournir des contenus corrects et adaptés pour ce public [38].

¹⁴ La mutuelle des étudiants

¹⁵ Inspection générale des affaires sociales

1. Connaissances sur les IST

Dans notre étude, l'IST la plus connue c'est le VIH/SIDA citée par la quasi-totalité des étudiants (99,6%) ; les autres IST sont connues par plus de 70% d'étudiants en dehors de la gonococcie, mycoplasme et trychomonase citées par moins de 25%. Ces résultats correspondent à ceux qui ont été observés par Emelyne CRESSANT même si les nôtres sont plus élevés [35].

Ils sont 13,6% d'étudiants qui ne savent pas si les IST peuvent être asymptomatiques et 4,1% qui pensent non ; 3,1% d'étudiants, ne savent pas si on peut transmettre les IST si on n'a pas de symptômes. Ces résultats sont meilleurs que ceux observés par Emelyne CRESSANT dans son étude ils étaient plus nombreux (31%) à ne pas savoir si les IST pouvaient être asymptomatiques et 16% à penser qu'elles ne le sont pas ; en outre, ils étaient 14% à ne pas savoir si on peut transmettre les IST même si on n'a pas de symptômes. Ces méconnaissances peuvent être à l'origine d'un retard à la consultation et donc au diagnostic de l'infection pouvant avoir des conséquences néfastes sur la vie sexuelle et affective surtout lorsqu'on s'aperçoit qu'ils n'étaient que 57,4% à savoir qu'il fallait consulter tout de suite après une prise de risque contre 62% dans l'étude d'Emelyne [35].

Seulement 64,3% des étudiants savaient qu'il existe un vaccin contre l'hépatite B et 31,9% ne le savaient pas. Cette proportion est inférieure à celle observé par Magali STEINECKER dans thèse où ils étaient 70% à savoir qu'un vaccin existe contre l'hépatite B [39]. Ce résultat est assez surprenant étant donné que ce vaccin fait partie des vaccins recommandés dans la population générale.

Les différents modes de transmission des IST sont relativement bien connus mais certaines fausses croyances persistent ; selon certains étudiants, elles peuvent se transmettre par un baiser, par les toilettes publiques ou par une piqûre de moustique. Ce constat a également été fait par Emelyne CRESSANT mais avec des pourcentages plus élevés (17% qui indiquent les toilettes publiques et 13% un baiser). La différence entre les pourcentages observés pourrait être dû au fait que notre échantillon était composé de personnes de niveau minimum BAC+1 et le sien composé de 32% de personnes de niveau égal ou inférieur au BAC ; en outre, on pourrait penser que la connaissance de ces modes de transmission pourrait en quelque sorte influencer la connaissance des moyens de protection contre les IST ; il a été observé dans notre étude que même si les préservatifs étaient bien connus comme étant les moyens de protection contre les IST (le préservatif féminin un peu moins : 89,5%), il n'en demeure pas moins que certaines fausses croyances persistent : 18,4% ont indiqués que les contraceptifs protégeaient contre les IST. Plusieurs études ont également fait ce constat de fausses croyances qui persistent [35,40].

2. Autour du préservatif

Dans notre étude, les étudiants à 91,4% (dont 73,0% de femmes) ont déclaré qu'ils connaissaient les préservatifs féminins ; ce pourcentage est supérieur à celui qui a été mis en évidence en 2004 lors d'une enquête menée par la KABP sur un échantillon de personnes âgées de 18 à 54 ans où il était de 75,4% [41]. Cette différence peut s'expliquer par la durée entre ces deux périodes où des communications et publicités ont été créées ou amplifiées touchant ainsi un plus grand nombre de personnes. Il est également important de noter le fait que 91,4% déclaraient qu'ils connaissent les préservatifs féminins mais 89,5% à savoir que c'est un moyen de protection contre les IST ; ceci peut s'expliquer par le fait que certains connaissent juste le nom mais ne savent pas exactement à quoi ils servent.

Concernant l'utilisation du préservatif, les connaissances varient selon le type de pratique sexuelle ; en effet, seulement 69,9% savent qu'on doit utiliser le préservatif pour une fellation et ce pourcentage est davantage réduit lorsqu'il s'agit du cunnilingus (35,1%) et de l'anulingus (26,6%). Toutes lacunes et méconnaissances peuvent être source de contamination en pensant à tort ne prendre aucun risque. Ce faible taux de connaissance pour ces pratiques (la fellation, l'anulingus et le cunnilingus) peut être due d'une part au fait que les jeunes pensent que les risques associés à ces pratiques sexuelles sont moindres ou inexistantes; d'autre part ceci peut être dû à une confusion ou incertitude de la part des étudiants en lien avec l'existence de la digue dentaire indiquée comme étant le moyen de protection contre les IST pour ces pratiques sexuelles sachant que celle-ci est un carré de latex équivalent à un préservatif ou elle s'explique tout simplement un manque d'information des jeunes sur ces pratiques sexuelles et comment se protéger durant celles-ci ;

Ce résultat est assez surprenant étant donné 84,7% savaient que la fellation, et le cunnilingus sont des modes de transmission des IST et 70,1% pour l'anulingus. On peut alors se poser la question font ils le lien entre les modes de transmission et les moyens de protection ? et nous pouvons également penser qu'il ne s'agit peut-être pas d'un manque de connaissance mais plutôt d'informations incomplètes.

3. Le dépistage

Les étudiants déclaraient à 30,2% qu'ils ne connaissent pas de structures où ils peuvent effectuer un test de dépistage du VIH/SIDA. Ce pourcentage est très élevé comparé à celui qui a été observé dans l'enquête de la SMEREP en 2019 où 21% d'étudiants indiquaient qu'ils ne savaient pas où effectuer un test de dépistage [42]. Se sentent-ils moins concernés par le VIH ou est-ce un manque de visibilité des structures dédiées ? à la suite d'une enquête menée en 2014 par la LMDE, cette dernière déclarait que plusieurs freins étaient responsables du faible recours au dépistage par les jeunes notamment le fait qu'ils ne se sentent pas concernés par le VIH/SIDA, la crainte d'un

entretien avec un professionnel de santé ou encore des horaires d'ouverture insuffisants, inadaptés [34].

Parmi les étudiants qui déclaraient connaître des structures de dépistage, le CeGIDD était la structure la plus citée (33,5%), puis les hôpitaux /services des urgences cités par 30,7%. Les autres structures spécifiques que sont le CPEF et le SUMPPS n'étaient pas très cités (respectivement 5,8% et 6,6%). En 2014, la LMDE lors de son enquête avait fait une observation différente de la nôtre et les laboratoires représentaient le lieu le plus cité pour effectuer un test de dépistage (51%) après lesquels venait le CeGIDD cité par 28% [34].

Ces résultats sont assez décevants surtout lorsqu'on sait que le CeGIDD et le CPEF représentent les deux opérateurs publics qui jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les IST et qu'ils ont été créés dans le but de faciliter l'accès aux différents tests de dépistage.

C. La contraception

Ils étaient 90,5% parmi les étudiants à estimer être informés au sujet de la contraception. Tout comme pour les IST, les sources d'information indiquées par les étudiants étaient principalement le milieu scolaire, puis internet et ensuite le personnel médical.

Le milieu scolaire a été cité comme source d'information par 72,2% contre 63% dans une enquête de 2007 menée par l'INPES [43]. Comme indiqué pour les IST, l'obligation légale d'au moins trois séances d'éducation à la sexualité n'est pas totalement effective et est inégalement répartie selon les territoires Cet état des faits est déplorable surtout lorsque nous regardons les résultats de notre étude dans laquelle il ressort que les étudiants affirmant avoir reçu au moins une séance d'éducation à la sexualité ont de meilleures connaissances que ceux déclarant n'avoir pas bénéficié de ces séances.

Internet a été cité par 64,6% d'étudiants ce qui s'entend bien étant donné que cette population en grande partie jeune est portée sur les nouvelles technologies dont internet. Cependant nous ne sommes pas à l'abri de la circulation de fausses informations ainsi que des méfiances non justifiées concernant certains moyens de contraception ; c'est dans cette optique que l'INPES et le ministère du travail, de l'emploi et de la santé ont mis sur pieds le site internet www.choisirsacontraception.fr dans le but de cadrer les choses faisant de ce site une référence et dont le contenu est fiable, diversifié pouvant également venir en appui tant aux professionnels de santé qu'aux parents afin de mieux accompagner les jeunes dans le choix de leur contraception et selon leurs attentes : mais ces sites internet sont-ils suffisamment visibles pour être connus de la majorité ?

Quand il s'agit d'indiquer les personnes et/ou les structures auxquelles s'adresser pour avoir une contraception, le gynécologue cité par 93,9% et le médecin traitant par 92,8% apparaissent au premier plan : constat qui se veut rassurant puisque ces derniers sont les plus qualifiés et en mesure

de répondre de manière satisfaisante et adaptée à chaque situation et surtout en matière de ligne de conduite selon les différents cas. En revanche, citée par 57,1% d'étudiants, la sage-femme qui depuis la loi HPST¹⁶ promulguée en juillet 2009 s'inscrit au rang de professionnel de santé pouvant réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique a un rôle qui reste encore mal connu des étudiants [44].

De même, le CPEF lieu d'accueil gratuit, anonyme et confidentiel et surtout où les mineurs n'ont pas besoin d'autorisation parentale a été cité par 44,7% pourcentage certes plus élevé que dans une autre étude mais loin des attentes [45]. Ce pourcentage peu élevé pourrait s'expliquer par leur manque de visibilité.

➤ **Connaissance sur les différents moyens de contraception**

Au terme de l'analyse de nos résultats, force est de constater que les connaissances des étudiants sur la contraception sont insuffisantes. Le taux moyen de bonnes réponses était égal à 53,2%.

Dans notre étude, les étudiants ont une connaissance assez large des différents moyens de contraception qui existent indépendamment de la connaissance sur l'utilisation : en moyenne 8,54 sur 11. Les méthodes contraceptives dites « classiques » que sont la pilule, les préservatifs et le stérilet sont ceux qui sont les plus connus par les étudiants. Ceci reflète probablement un lien avec les moyens de contraception les plus utilisés surtout lorsqu'on observe le panel de contraceptifs disponibles et ceux qui sont les plus utilisés ; en effet selon les résultats du Baromètre Santé 2016, la pilule est et demeure le contraceptif le plus utilisé suivi par le stérilet et le préservatif même s'il existe des variations selon différentes classes d'âge montrant bien un manque de flexibilité du modèle contraceptif français [21] ; en outre, on note des connaissances sur les conditions d'utilisation de ces contraceptifs très disparates selon le moyen :

1. Connaissances sur la pilule

La pilule, moyen de contraception le plus utilisé, il est connu par 99,5% des étudiants de notre étude contre 93,8% observé dans l'enquête EPICE [46] ; en revanche, pour ce qui est de son utilisation et la conduite à tenir en cas d'oubli, elles ne sont pas toujours bien connues.

Dans notre étude, 10,3% ont déclaré qu'il n'y a pas de risque de grossesse si la pilule est oubliée une fois par plaquette versus 25,3% qui ne savaient pas ; Seulement 36,9% savaient qu'il faut reprendre un comprimé si vomissement ou diarrhée dans un délai de 3h suivant la prise et 29,8% qui déclaraient ne pas savoir ; 49,7% savaient qu'il fallait le reprendre en cas d'oubli de plus de 12h et 19,4% disaient ne pas savoir ; 66,0% savaient qu'il ne faut pas jeter le comprimé oublié et 19,7% ont répondu qu'ils ne savent pas ; 77,9% savaient qu'il faut poursuivre la plaquette comme

¹⁶ Hôpital, patients, santé, territoires

d'habitude et 83,6% qu'il faut se protéger avec un préservatif pendant les 7 jours qui suivent l'oubli. Delphine Boos [47] dans sa thèse a mis en évidence des résultats plus élevés notamment 76,5% qui savaient qu'il faut prendre le comprimé oublié, 83,9% qu'il faut poursuivre la plaquette et 92,6% qu'il faut se protéger pendant au moins 7 jours après l'oubli. Cette différence peut être liée au fait que son échantillon ne comprenait que des femmes.

La méconnaissance de ces recommandations concernant la conduite à tenir expose fortement à des risques de grossesses « non prévues » surtout si la conscience de prise de risque est absente.

2. Les nouveaux moyens de contraception

Cette catégorie est représentée par le patch, l'anneau vaginal et l'implant ; ils ont été créés avec pour objectif une réduction des problèmes liés à l'observance de la pilule et les conséquences qui peuvent en découler et ceci en lien avec leur longue durée d'action tout conservant une efficacité au moins égale à celle de la pilule.

Dans notre étude, 65,4% affirmaient connaître l'anneau vaginal et 71,7% le patch. Ces pourcentages sont plus élevés que ceux observés dans d'autres études [43, 46]; en revanche les informations concernant le mode d'emploi sont très méconnues : Seulement 20,8% d'étudiants connaissaient le mode d'emploi de l'anneau vaginal (72,2% ont répondu « ne sais pas ») et seulement 15,5% savaient qu'il n'est pas remboursé par la sécurité sociale (72,1% qui déclaraient ne pas savoir). De même, seulement 21,1% connaissaient le mode d'emploi du patch et 72,5% disaient ne pas savoir ; ces pourcentages sont bas comparés à ceux observé par Camille LAMBOLEY dans son étude [48].

A partir de ces résultats, un constat clair est qu'ils peuvent connaître un moyen de contraception mais ne pas savoir l'utiliser et l'explication réside dans le fait qu'il s'agisse de moyens de contraception qu'ils n'utilisent pas et donc ne se sentent pas concernés par leur fonctionnement ou ne sont pas été assez informé sur le sujet. Ce serait dommage si la deuxième option est vraie puisque ces informations doivent être fournis lors d'une consultation pour prescription de contraceptifs comme indiqué dans les recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS [49].

3. Connaissances sur le stérilet

Longtemps considéré comme réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants, le stérilet est connu par 97,7% d'étudiants parmi lesquels 84,1% savent qu'il n'est pas réservé qu'aux femmes ayant des enfants pourcentage plus élevé que celui qui avait été mis en évidence en 2007 par l'INPES où ils étaient 93% à connaître le stérilet et 50% à savoir qu'il n'est pas réservé qu'aux femmes ayant déjà des enfants [43]. En revanche il est inférieur à celui qui a été observé par

Mathilde SIVET dans sa thèse où 93% savaient qu'il n'est réservé uniquement aux femmes qui ont des enfants [50].

En ce qui concerne sa pose, les étudiants étaient 5,3% à répondre qu'on ne pouvait pas le retirer n'importe quand si on désirait avoir un enfant et 15,1% qui ne savaient pas ; de plus, ils ne savaient où il se place puisqu'ils étaient 41,4% à répondre qu'il se met dans le vagin et 11,5% à n'avoir aucune idée de son emplacement. Ce pourcentage avoisine celui qui a été observé par Mathilde dans sa thèse (56,1% qui déclaraient qu'il se place dans le col de l'utérus). En revanche dans notre échantillon ceux qui ont répondu qu'il n'est pas mis dans le vagin nous ne savons pas s'ils connaissent la localisation exacte de la pose d'un stérilet. Toutes ces informations sont importantes les unes comme les autres étant donné qu'elles sont en mesure de guider le choix du contraceptif.

Le DIU utilisé comme contraception d'urgence est fortement méconnu des étudiants ; en effet, seulement 12,8% connaissaient cette autre possibilité. Ce résultat est meilleur que celui observé par l'INPES en 2007 [43] où seulement 7% le savaient mais il reste tout de même très bas. Cette méconnaissance peut être dû au fait que ce ne soit pas la méthode la plus proposée par les professionnels de santé contrairement à la pilule du lendemain surtout quand on sait que la pose du stérilet nécessite une prescription médicale et une prise de rendez-vous pour la pose à la différence de la pilule du lendemain qui ne nécessite pas de prescription. Il reste tout de même important que les jeunes soient informés de cet autre moyen de contraception d'urgence qui présente également l'avantage qu'une fois en place, il est en mesure de fournir une couverture contraceptive efficace sur plusieurs années.

4. Connaissances sur la contraception d'urgence

Elle est connue par 80% d'étudiants de notre échantillon un pourcentage bas comparé à celui qui a été observé dans l'enquête menée par santé publique France en 2019 où 95% déclaraient connaître la contraception d'urgence [51]. Dans cette même étude, il en ressort que les délais de prise sont sous-estimés ; en effet, ils sont 22,8% à indiquer un délai de 24 h et 39,2% un délai de 48h. ; ces pourcentages sont inférieurs aux nôtres puisque nous avons observé que 61,6% d'étudiants affirmaient qu'elle doit être prise au plus tard au lendemain du rapport sexuel à risque. Les étudiants étaient 87,7% à savoir qu'elle ne nécessite pas obligatoirement une prescription médicale contre 82,1% de sujets dans l'enquête de santé publique France en 2016 [52].

Ces résultats démontrent bien que même si une bonne proportion a connaissance de l'existence et des conditions d'accès à la contraception d'urgence, il y a encore du progrès à faire dans le cadre de l'information d'autant plus que la méconnaissance du délai d'efficacité peut pousser certaines à ne pas l'utiliser pensant l'avoir dépassé.

D. Les facteurs qui influencent les connaissances

1. Variation selon l'âge

Nos résultats mettent en évidence une différence de connaissances entre les classes d'âge autant sur les IST que sur la contraception. En effet, les plus jeunes (18-24 ans) ont de moins bonnes connaissances sur les IST et la contraception :

Ils connaissent moins les IST ; le VIH/SIDA est la seule IST connue autant par eux que par les autres. Ceci pourrait être lié à sa forte médiatisation en comparaison aux autres IST ; ce constat a également été fait dans d'autres études [35, 37]. En revanche, les différents modes de transmission sont peu connus (en dehors de la pénétration vaginale) et ils ont plus de fausses croyances. Concernant les moyens de protection, ils sont 70,7% qui savent que seuls les préservatifs (masculin et féminin) protègent contre les IST. Ce pourcentage est plus élevé que ce qui a été mis en évidence par Camille GROS dans son étude (67%). Ceci témoigne de la persistance de fausses croyances auprès des jeunes pouvant être responsables de prise de risque.

Ce sont également ceux qui savent le moins qu'il faut consulter tout de suite après un rapport sexuel non protégé et qui connaissent le moins les structures où il est possible d'effectuer un test de dépistage du VIH/SIDA. En 2016, suite à un sondage effectué par l'IFOP¹⁷ sur des sujets âgés de 15 à 24 ans, il avait été mis en évidence que 42% d'entre eux estimaient être mal informés sur l'existence de ces lieux de dépistage et 53% qui déclaraient ne pas savoir qu'il existe un traitement post exposition contre le VIH ; cette méconnaissance est-elle liée à un manque d'information ou alors les jeunes ne se sentent pas concernés ? il est légitime de se poser cette question lorsque nous observons les résultats du sondage effectué en 2019 par YouGog pour le journal 20minutes, où seulement 43% des jeunes de 18-24 ans déclaraient avoir déjà effectué un test de dépistage contre 50% pour ceux âgés de 25-34 ans [53]. Ce qui pourrait faire penser que ce faible taux du recours au dépistage chez les plus jeunes pourrait être lié à une méconnaissance de ces lieux.

Concernant la contraception, les 18-24 ans ont moins de connaissances en matière d'utilisation et de mode d'emploi des différents moyens de contraception et ils ont plus d'incertitudes en comparaison aux plus âgés ; ces méconnaissances expliqueraient le fait que le recours aux IVG soit plus élevé dans cette catégorie d'âge. Les résultats du Baromètre santé en 2010 mettaient en évidence le fait que 91% de jeunes âgés entre 15 et 24 ans étaient sous contraceptifs et que 2/3 des grossesses non prévues avaient lieu sous contraceptif avec comme cause surtout avec un oubli de pilule témoignant ainsi d'une méconnaissance de l'utilisation du contraceptif et des recommandations concernant la conduite à tenir en cas d'oubli : d'où l'intérêt durant les consultations de prescription d'une contraception de présenter tous les moyens disponibles tout en

¹⁷Institut français d'opinion publique

fournissant les informations nécessaires et afin de mieux orienter le choix vers le contraceptif adapté [54].

2. Variation selon le sexe

Dans cette étude, nous avons mis en évidence le fait que les femmes ont de meilleures connaissances que les hommes pourtant, au contraire de la contraception que les hommes ont tendance à considérer comme étant une « affaire de femmes », les IST concernent les femmes et les hommes au même titre. Ce constat a également été fait dans d'autres études [35, 46]. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes très souvent sont amenées à consulter un professionnel de santé pour une contraception ou un suivi gynécologique et donc elles bénéficieraient de plus d'informations que les hommes qui consulte moins.

Parmi les IST, les femmes connaissent mieux l'infection à chlamydia et à papillomavirus. Ce constat a également été fait par Pauline BROUILLET dans son étude [55]. L'explication résiderait dans le fait que les femmes se sentent plus concernées par ces IST étant donné que les conséquences encourues sont graves (stérilité, cancer du col de l'utérus) ; effectivement, les dernières données épidémiologiques sur les infections à chlamydia indiquent une hausse de contamination chez les femmes avec un recours au dépistage plus élevé chez celles-ci. Concernant le papillomavirus, les hommes connaissent moins peut-être parce que les campagnes d'informations et de prévention ont tendance à cibler le public féminin puisqu'avant janvier 2020, le vaccin contre le papillomavirus était réservé uniquement aux jeunes filles.

En termes de contraception, le constat est sans surprise ; les hommes ont de moins bonnes connaissances sur le sujet (taux de bonnes réponses de 42,3% contre 57,1% pour les femmes) et surtout beaucoup plus d'incertitudes. Les hommes connaissent le moins de méthodes contraceptives et les préservatifs sont les seuls qu'ils connaissent à la même hauteur que les femmes. Nos résultats diffèrent de ceux mis en évidence par Camille GROS dans la mesure où dans son étude, les seuls moyens de contraception pour lesquelles les femmes avaient de meilleures connaissances étaient le patch, l'anneau vaginal et les spermicides [40]. En outre, ils savent le moins à qui s'adresser si on veut avoir une contraception. Le pharmacien est le seul professionnel qu'ils connaissent mieux que les femmes ; cette différence observée reflète des différences au niveau des inquiétudes et des moyens de contraception selon le sexe : en effet, les garçons concernés surtout par le préservatif comme moyen de contraception peuvent se le procurer en pharmacie à la différence des femmes qui elles sont concernées le plus souvent par des contraceptifs oraux nécessitant une prescription de la part d'un professionnel de santé.

3. Variation selon le niveau d'étude

Plus les étudiants ont un niveau d'étude avancé plus ils ont des connaissances autant sur les IST que sur la contraception ; ce constat est le même que celui qui a été fait dans d'autres études [39,43]. Il n'a pas été mis en évidence dans la littérature des études sur la question mais on pourrait supposer que ces étudiants de niveau d'étude avancé aient avec les années d'étude développé un esprit critique surtout à propos des fausses croyances et peut être se sentent ils plus concernés et donc s'informent de manière individuelle et spontanée.

4. Variation selon le domaine d'étude

Il en ressort globalement de notre étude que les étudiants du domaine STS sont ceux qui ont de meilleures connaissances tant sur les IST que la contraception et à l'opposé ceux qui en ont le moins ce sont les étudiants du domaine DEG. Pour les étudiants du domaine STS ceci pourrait être lié au fait que près de la moitié des étudiants de ce domaine d'étude qui ont répondu au questionnaire étaient des étudiants en santé (médecine, infirmier, sage-femme...) étudiants qui en dehors des campagnes de prévention ou autres à destination des étudiants et dans un but d'information reçoivent également ces informations au moment des cours dans le cadre de leur cursus scolaire. Ce constat va dans le même sens que celui mis en évidence par une autre étude qui comparait les étudiants en santé des autres et dans laquelle il a été mis en évidence que ceux-ci avaient de meilleures connaissances [37]. Ceci nous amène à nous poser la question de savoir si les séances d'éducation à la sexualité ne devraient pas se poursuivre même à l'université ?

5. Variation selon le fait d'avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité

La prévention passe par une bonne information et donc afin que les jeunes soient en mesure d'adopter des comportements adaptés et réduisent les prises de risque liés à la sexualité, il est primordial de les informer, de les sensibiliser. Les résultats de notre étude mettent davantage en évidence le rôle fondamental de l'école et l'impact des enseignements relatifs à l'éducation à la sexualité dans la lutte contre les IST et les grossesses non prévues ; en effet, comparés aux étudiants qui ont déclarés ne pas avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité, ceux qui en ont bénéficié même si certains résultats ne sont pas statistiquement significatifs, ont de meilleures connaissances sur les IST et la contraception ; cette observation a également été faite par Astrid AUGET dans son étude [56].

E. Les perspectives

❖ Former les professionnels

Même si dans notre étude le personnel médical n'arrive qu'en 3^e position en tant que source d'information, il n'en demeure pas moins que leur rôle reste primordial dans l'accompagnement et l'information de ceux-ci. Il est donc important que tous les professionnels de santé soient formés dans leur formation initiale sur les différentes IST, les modes de transmission, les moyens de protection, le dépistage et les lieux de dépistage ; de plus des formations complémentaires leur permettant d'acquérir des compétences et un savoir-faire afin de pouvoir aborder les questions de santé sexuelle avec les jeunes sont aussi nécessaires étant donné qu'il est difficile voire compliqué pour les jeunes et même pour les professionnels d'aborder ces questions touchant du domaine de l'intime.

Des mises à jour de leurs connaissances sur les nouvelles recommandations, les nouveaux traitements disponibles, l'évolution épidémiologique et les différents réseaux en place est également fondamentale.

De plus, internet qui représente aujourd'hui l'une des sources principales d'information des jeunes, malgré le risque de tomber sur des contenus erronés, moralisateurs voire violents, il faudrait également intégrer son usage dans la pratique des professionnels, de les former aux nouveaux médias ce qui leur permettra de mieux comprendre les réalités de ces jeunes et aussi de participer à la prévention auprès de ceux-ci via ces nouveaux modes de communications.

❖ Maintenir et renforcer le rôle de l'école

L'école représente le lieu qui a été le plus indiqué par les étudiants comme étant leur source d'information autant sur les IST que sur la contraception, nous pouvons dire que son rôle est donc essentiel surtout qu'il a été également mis en évidence que les étudiants qui affirmaient avoir reçu des séances d'éducation à la sexualité avaient de meilleures connaissances que ceux qui n'en avaient pas reçu.

A ce jour, nous constatons que sa mise en place n'est pas effective et qu'elle est insuffisamment déployée. Il est donc impératif de tout mettre en œuvre afin de fournir aux établissements les ressources nécessaires mises à jour et adaptées à leur public hétérogène et surtout de former les différents acteurs (personnels de l'éducation nationale, infirmiers et infirmières scolaires, enseignants ou personnels de vie scolaires) afin de leur fournir les moyens leur permettant de transmettre l'information et de pouvoir répondre aux questionnements des jeunes.

- ❖ Améliorer la visibilité des structures spécifiques mises en place pour accueillir, orienter et répondre aux questions que peuvent se poser les jeunes concernant leur sexualité et également la visibilité des professionnels tels que la sage-femme.
- ❖ Renforcer les dispositifs d'information, de sensibilisation, d'offre de santé sexuelle et reproductive et de campagnes de prévention, faciliter leur diffusion au moyen des différents canaux disponibles et accessibles par les jeunes (internet, réseaux sociaux, télévision, brochures, affiches...).

Conclusion

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances des étudiants de l'université de Caen sur les IST et la contraception et à l'issue de celle-ci, il en ressort que les étudiants ont relativement de bonnes connaissances sur les IST même si certaines fausses croyances persistent et que certaines informations soient méconnues notamment l'existence d'un vaccin contre le virus de l'hépatite B, la nécessité de recours au préservatif pour certaines pratiques sexuelles dont les risques associés restent également méconnus.

Concernant la contraception, ils étaient nombreux à s'estimer informés sur le sujet mais nous pouvons clairement voir que même s'il a été mis en évidence une association entre le niveau de connaissance estimé et les connaissances, ces dernières sont loin d'être bonnes. Ce constat renforce la nécessité de délivrer une information claire et appropriée ; de même, l'ensemble des méthodes contraceptives doit être présenté de manière à promouvoir un choix éclairé et actif de sa méthode contraceptive pour être en accord avec le slogan « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ».

Les objectifs secondaires quant à eux étaient : mettre en évidence ou pas des facteurs influençant les connaissances et déterminer quelles sont les sources d'informations des étudiants. Les principales sources d'information étaient le milieu scolaire, internet et le personnel médical. Ces résultats démontrent qu'effectivement le rôle de l'école reste essentiel tout comme celui du personnel médical et qu'à ce jour internet a pris de l'ampleur et il est important de mettre en œuvre des outils et ressources aux contenus validés et adaptés pour pallier les dérives qui peuvent être associées. Nous avons également pu dégager suivant la comparaison de nos différents groupes des profils dits « fragiles » qui doivent être la principale cible des campagnes d'information et de prévention non pas dans une optique de non-sensibilisation de ceux qui connaissent ou semblent mieux connaître.

Il n'a pas été exploré dans cette étude quelles pourraient être les attentes des étudiants vis-à-vis de l'université et des pouvoirs publics mais le constat est clair : des dispositifs existent déjà mais ils doivent être renforcés et doivent surtout mettre en œuvre des moyens leur permettant de gagner en visibilité ; de plus, des efforts ultérieurs doivent encore être fournis afin de mieux éduquer, informer et accompagner les jeunes dans le cadre de leur santé sexuelle.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. (Page consultée le 08/08/20). Thèmes de santé : Santé sexuelle, [en ligne]. https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Institut national d'études démographiques. (Page consultée le 08/08/20). L'âge au premier rapport sexuel. Octobre 2014, [en ligne]. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
3. Migeot, V., Ingrand, I., Defossez, G., Salardaine, F., Lahorgue, M., Poupin, C. & Ingrand, P. (2006). Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers. Santé Publique, vol. 18(2), 195-205. Doi :10.3917/spub.062.0195.
4. Humanium. (Page consultée le 08/08/20). Sexualité des adolescents, [en ligne]. <https://www.humanium.org/fr/sexualite-des-adolescents/>
5. Organisation mondiale de la santé. (Page consultée le 11/11/19) Infections sexuellement transmissibles. Aide-mémoire n° 110. Aout 2016 [Juin 2019], [en ligne]. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
6. Merck M. Les maladies sexuellement transmissibles. Encyclopédie médicale Larousse. Paris : Édition Larousse ; 2007. p.1178—86.
7. Janier M. Les infections sexuellement transmissibles. Abrégé.Édition Masson ; 2009
8. Ndeikoundam Ngangro N, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, Fouquet A, Viriot D et al. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 6 p.
9. Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. En France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(41-42) :738-44, [en ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/pdf/2016_41-42.pdf
10. La Ruche G., Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, De Barbeyrac B, Dupin N, Semaille C. épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. 2013 ; 42(4pt1) : 432-9.
11. Santé publique France- Institut national de veille sanitaire. Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles. Données au 31 Décembre2015.
12. Ndeindo Ndeikoundam, Delphine Viriot, Corinne Pioche, Lucile Bluzat, Etienne Lucas, Beatrice Bercot et Florence. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes données 2018. Bulletin de santé publique novembre 2019, [en ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement->

[transmissibles/syphilis/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-ist-novembre-2019](#)

13. Santé publique France – bulletin de santé publique. (28 mars 2019). Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017, [en ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Bulletin-de-sante-publique-infection-a-VIH.-Mars-2019>
14. Organisation mondiale de la santé. (Page consultée le 08/08/20). Thèmes de santé : contraception ; [en ligne]. <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>.
15. United Nations Department of Economic and Social Affairs, population division (2017), [en ligne]. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf.
16. Institut national d'études démographiques. Contraception dans le monde. Fiche pédagogique. Accessible sur internet, [en ligne]. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>
17. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World contraceptive patterns 2013. New York: United Nations, 2013: 2 p., [en ligne]. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
18. Loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Chapitre 3 « Stérilisation à visée contraceptive » JO du 07 juillet 2001 Article 26 : Article L. 2123.
19. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*, n° 492, septembre 2012 : 4 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
20. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*, n° 492, septembre 2012 : 4 p. [en ligne] : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
21. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre sante 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.
22. Ministère des affaires sociales et de la santé (2017). (Page consultée le 11/11/19). Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, [en ligne]. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
23. Etudiant.gouv.fr, la santé universitaire (janvier 2016), [en ligne]. <http://www.etudiant.gouv.fr/cid96662/la-sante-universitaire.html>

24. Senat, l'accompagnement en santé des étudiants au cours de leur cursus, [en ligne].
<http://www.senat.fr/rap/r12-221/r12-22111.html>
25. Code de la santé publique. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique Légifrance, le service de la diffusion du droit 20 décembre 1967. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068299&dateTexte=20110401>
26. Direction générale de la Santé Bureau MC1 Santé des populations et Mission information et communication Ministère de la Santé - 14 avenue Duquesne - 75007 Paris disponible sur :
<https://ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>
27. SIDA info service, les CeGIDD entrent en piste. Disponible sur : <https://www.sida-info-service.org/2016-les-cegidd-entrent-en-piste/>
28. Loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Chapitre 3 « Stérilisation à visée contraceptive » JO du 07 juillet 2001 Article 26 : Article L. 2123.
29. Education.gouv.fr. L'éducation à la sexualité (septembre 2018). Bulletin officiel de l'éducation nationale, [en ligne].
https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=133890
30. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femme-homme (juin 2016). Rapport n°2016-06-13-SAN-021, [en ligne].
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000367.pdf>
31. INPES, favoriser le dialogue sur la contraception. Dossier de presse. 2008. Disponible sur :
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/08/dp080429.pdf>
32. AFPSU, bilan de santé des étudiants à l'université. 2016. Disponible sur :
<http://www.afpsu.com/dossier/bilans-de-sante-a-luniversite/>
33. Annick Vilain (DREES), 2019, « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 », *Études et Résultats*, n°1125, Drees, septembre. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>
34. LA MUTUELLE DES ETUDIANTS. 2014. La santé des étudiants en France. 4^e enquête nationale. P 45-72. Disponible sur : <https://www.lmde.fr/documents/20184/1997318/ense-4.pdf/5affe802-08a2-429d-8b60-044c3302419e>
35. Émelyne CRESSANT. Les infections sexuellement transmissibles : connaissances, comportements sexuels, attitudes de prévention et leurs obstacles, des jeunes haut-normands consultant en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01482310

36. IGAS. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. www.ladocumentationfrancaise.fr. [En ligne] octobre 2009. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000048.pdf>
37. Charlotte BRIANDET. Enquête menée auprès des étudiants nantais sur leurs connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles : enquête réalisée auprès de 1793 étudiants de 18 à 25 ans [mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme]. Université de Nantes, UFR de médecine ; 2017.
38. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle (agenda 2017-2030), [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
39. Steinecker M, Chastang J, Université Pierre et Marie Curie (Paris), UFR de médecine Pierre et Marie Curie. Connaissances des patients sur les infections sexuellement transmissibles au centre de santé de Vitry sur Seine : comparaison de la population consultant dans le cadre du dépistage anonyme et de la population consultant en médecine générale. [S.l.] : [s.n.] ; 2014
40. Camille Gros. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00593819
41. N. Beltzer, L. Saboni et al et l'équipe KABP. Les connaissances ; attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en Ile-de-France en 2010. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. <http://www.anrs.fr>. [En ligne] 2011. <http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Sante-publique-Sciences-sociales/Actualites/Les-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-face-au-VIH-sida-en-Ile-de-France-en-2010>.
42. HEYME. Santé étudiants et lycéens (opinion way). 3 juillet 2019. Disponible sur : https://heyme.care/file-attached/heyme_enquete_sante_avancement_20190702.pdf
43. INPES. Les français et la contraception. 2 mars 2007 ; disponible sur : https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
44. Code de la santé publique. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86 ; disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000020879795&cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
45. Allison SOLINHAC. La contraception des jeunes adultes : information, utilisation et satisfaction : à partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans. Gynécologie et obstétrique. 2014.dumas-01004106

46. Institut de démographie. Elizabeth Brown et al. EPICE : « Enquête sur la prévention des IST et la contraception chez les étudiantes et les étudiants ». Juin 2010 ; disponible sur : https://santetudiant.com/wp-content/uploads/2013/08/Epice_complets.pdf
47. Delphine BOOS. Évaluation de la connaissance des femmes sous pilule de leur contraception. Gynécologie et obstétrique. 2018. ffdumas-01878870
48. Lamboley Camille, Connaissance de la contraception chez les jeunes adultes à l'entrée l'Université de Limoges, Mémoire, Limoges, Université de Limoges, 2012. Disponible sur <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-10150>
49. HAS. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Recommandations de bonnes pratiques. 17 Septembre 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
50. Mathilde SIVET. La connaissance de la contraception intra-utérine chez les étudiantes nullipares : enquête auprès de 2391 étudiantes des Universités. Médecine humaine et pathologie. 2018. ffdumas01989893f
51. Santé publique France. Mesurer l'évolution des comportements sexuels et contraceptifs. 16 juillet 2019, [en ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs>
52. Rahib D, Lydié N. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 5 p.
53. 20 minutes. Anissa BOUMEDIENE. IST : Seuls 4 Français sur 10 se sont déjà fait dépister, les jeunes meilleurs élèves, [en ligne]. <https://www.20minutes.fr/sante/2626059-20191015-ist-seuls-4-francais-10-deja-fait-depister-jeunes-meilleurs-eleves>
54. Beck F., Richard J.-B., dir. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344p.
55. Pauline Brouillet. Connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles dans l'armée française. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01342566
56. Astrid AUGET. L'éducation sexuelle au sein des établissements scolaires : Etude observationnelle, descriptive, transversale réalisée auprès de 317 lycéens de Nancy et ses environs de septembre 2015 à mars 2016, [en ligne]. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2016_AUGUET_ASTRID.pdf

Annexes

Annexe 1 : Tableau 2bis : descriptif des réponses données pour les IST connues par les étudiants.

Annexe 2 : Tableau 3bis : descriptif des réponses données pour la connaissance des modes de transmission des IST.

Annexe 3 : Tableau 4bis : descriptif des réponses données pour la connaissance des moyens de protection contre les IST.

Annexe 4 : Tableau 6bis : descriptif des réponses données pour la connaissance sur l'utilisation du préservatif

Annexe 5 : Tableau 8bis : descriptif des réponses données pour les généralités sur les IST.

Annexe 6 : Tableau 10 : descriptif des réponses données pour la connaissance des structures/personnes auxquelles s'adresser pour avoir une contraception

Annexe 7 : Tableau 11bis : descriptif des réponses données la connaissance des moyens de contraception

Annexe 8 : Tableau 12bis : descriptif des réponses données pour les généralités sur la contraception

Annexe 9 : Questionnaire de thèse

Annexe 1

Tableau 2bis : descriptif des réponses données pour les IST connues par les étudiants.

N (%)	VIH/SIDA	Hépatite B	Chlamydia	Syphilis	Gonococcie	Herpès génital	Condylome/ Papillomavirus	Mycoplasme	Trychomonase	Total
Âge										
18-24 ans	2419(99,6)	2058(84,7)	1801(74,1)	2081(85,7)	422(17,4)	1988(81,8)	1687 (69,5)	411(16,9)	224(9,2)	2 429
25-29 ans	172(99,4)	157(90,8)	154(89,0)	164(94,8)	104(60,1)	163(94,2)	150(86,7)	67(38,7)	68(39,3)	173
>= 30 ans	93(100,0)	83(89,2)	77(82,8)	86(92,5)	43(46,2)	87(93,5)	74(79,6)	24(25,8)	18(19,4)	93
Sexe										
H	720(99,4)	632(87,3)	503(69,5)	648(89,5)	146(20,2)	606(83,7)	428(59,1)	145(20,0)	68(9,4)	724
F	1964(99,6)	1666(84,5)	1529(77,6)	1683(85,4)	423(21,5)	1632(82,8)	1483(75,2)	357(18,1)	242(12,3)	1 971
Cycle										
1	1932(99,7)	1625(83,8)	1406(72,5)	1643(84,8)	289(14,9)	1568(80,9)	1329(68,6)	275(14,2)	133(6,9)	1 938
2	662(99,4)	586(88,0)	543(81,5)	600(90,1)	212(31,8)	583(87,5)	500(75,1)	178(26,7)	128(19,2)	666
3	90(98,9)	87(95,6)	83(91,2)	88(96,7)	68(74,7)	87(95,6)	82(90,1)	49(53,8)	49(53,8)	91
Domaine										
ALL	300(99,7)	258(85,7)	252(83,7)	269(89,4)	48(15,9)	256(85,0)	211(70,1)	33(11,0)	18(6,0)	301
DEG	428(99,1)	357(82,6)	274(63,4)	354(81,9)	36(8,3)	327(75,7)	263(60,9)	42(9,7)	16(3,7)	432
SHS	742(99,7)	602(80,9)	552(74,2)	623(83,7)	80(10,8)	590(79,3)	490(65,9)	88(11,8)	19(2,6)	744
STS	1214(99,7)	1081(88,8)	954(78,3)	1085(89,1)	405(33,3)	1065(87,4)	947(77,8)	339(27,8)	257(21,1)	1 218
Séances										
Non	491(99,8)	420(85,4)	365(74,2)	416(84,6)	109(22,2)	392(79,7)	336(68,3)	85(17,3)	53(10,8)	492
oui	2193(99,5)	1878(85,2)	1667(75,7)	1915(86,9)	460(20,9)	1846(83,8)	1575(71,5)	417(18,9)	257(11,7)	2 203
Niveau										
1	31(96,9)	19(59,4)	15(46,9)	16(50,0)	2(6,3)	13(40,6)	10(31,3)	3(9,4)	2(6,3)	32
2	254(99,2)	164(64,1)	143(55,9)	172(67,2)	19(7,4)	162(63,3)	126(49,2)	11(4,3)	8(3,1)	256
3	1055(99,6)	867(81,9)	731(69,0)	883(83,4)	83(7,8)	810(76,5)	638(60,2)	99(9,3)	45(4,2)	1 059
4	1048(99,8)	962(91,6)	868(82,7)	969(92,3)	289(27,5)	960(91,4)	859(81,8)	233(22,2)	124(11,8)	1 050
5	296(99,3)	286(96,0)	275(92,3)	291(97,7)	176(59,1)	293(98,3)	278(93,3)	156(52,3)	131(44,0)	298

Annexe 2

Tableau 3bis : descriptif des réponses données pour la connaissance des modes de transmission des IST.

N (%)	Par pénétration vaginale	Par pénétration anale	Dans les toilettes publiques	Par un baiser	Par contact oro-génital	Par contact oro-anal	Par une piqûre d'insecte	Je ne sais pas	Autre	Total
Âge										
18-24 ans	2409(99,2%)	2148(88,4%)	321(13,2%)	305(12,6%)	2041(84,0%)	1662(68,4%)	313(12,9%)	10(0,4%)	122(5,0%)	2 429
25-29 ans	173(100,0%)	167(96,5%)	13(7,5%)	22(12,7%)	160(92,5%)	148(85,5%)	9(5,2%)	0(0,0%)	15(8,7%)	173
≥ 30ans	93(100,0%)	86(92,5%)	12(12,9%)	14(15,1%)	83(89,2%)	79(84,9%)	3(3,2%)	0(0,0%)	8(8,6%)	93
Sexe										
H	717(99,0%)	667(92,1%)	87(12,0%)	126(17,4%)	636(87,8%)	528(72,9%)	118(16,3%)	1(0,1%)	49(6,8%)	724
F	1958(99,3%)	1734(88,0%)	259(13,1%)	215(10,9%)	1648(83,6%)	1361(69,1%)	207(10,5%)	9(0,5%)	96(4,9%)	1 971
Cycle										
1	1921(99,1%)	1690(87,2%)	261(13,5%)	251(13,0%)	1613(83,2%)	1310(67,6%)	250(12,9%)	9(0,5%)	89(4,6%)	1 938
2	663(99,5%)	622(93,4%)	81(12,2%)	78(11,7%)	583(87,5%)	500(75,1%)	67(10,1%)	1(0,2%)	47(7,1%)	666
3	91(100,0%)	89(97,8%)	4(4,4%)	12(13,2%)	88(96,7%)	79(86,8%)	8(8,8%)	0(0,0%)	9(9,9%)	91
Domaine										
ALL	299(99,3%)	278(92,4%)	53(17,6%)	47(15,6%)	257(85,4%)	221(73,4%)	48(15,9%)	2(0,7%)	20(6,6%)	301
DEG	427(98,8%)	363(84,0%)	59(13,7%)	51(11,8%)	348(80,6%)	271(62,7%)	56(13,0%)	3(0,7%)	15(3,5%)	432
SHS	738(99,2%)	644(86,6%)	99(13,3%)	93(12,5%)	616(82,8%)	507(68,1%)	70(9,4%)	1(0,1%)	46(6,2%)	744
STS	1211(99,4%)	1116(91,6%)	135(11,1%)	150(12,3%)	1063(87,3%)	890(73,1%)	151(12,4%)	4(0,3%)	64(5,3%)	1 218
Séances										
Non	483(98,2%)	419(85,2%)	68(13,8%)	69(14,0%)	393(79,9%)	325(66,1%)	60(12,2%)	6(1,2%)	24(4,9%)	492
Oui	2192(99,5%)	1982(90,0%)	278(12,6%)	272(12,3%)	1891(85,8%)	1564(71,0%)	265(12,0%)	4(0,2%)	121(5,5%)	2 203
Niveau										
1	30(93,8%)	21(65,6%)	8(25,0%)	9(28,1%)	19(59,4%)	14(43,8%)	4(12,5%)	2(6,3%)	3(9,4%)	32
2	252(98,4%)	198(77,3%)	43(16,8%)	38(14,8%)	190(74,2%)	143(55,9%)	35(13,7%)	3(1,2%)	11(4,3%)	256
3	1048(99,0%)	904(85,4%)	135(12,7%)	128(12,1%)	856(80,8%)	670(63,3%)	133(12,6%)	5(0,5%)	35(3,3%)	1 059
4	1048(99,8%)	989(94,2%)	132(12,6%)	128(12,2%)	936(89,1%)	806(76,8%)	123(11,7%)	0(0,0%)	63(6,0%)	1 050
5	297(99,7%)	289(97,0%)	28(9,4%)	38(12,8%)	283(95,0%)	256(85,9%)	30(10,1%)	0(0,0%)	33(11,1%)	298

Annexe 3

Tableau 4bis : descriptif des réponses données pour la connaissance des moyens de protection contre les IST.

	Contraceptifs	Préservatif masculin (préservatif externe)	Préservatif féminin (préservatif interne)	Retrait avant l'éjaculation	Utilisation d'un savon antiseptique	Autre	Total
Âge							
18-24 ans	464(19,1%)	2402(98,9%)	2181(89,8%)	51(2,1%)	86(3,5%)	45(1,9%)	2 429
25-29 ans	18(10,4%)	172(99,4%)	155(89,6%)	1(0,6%)	4(2,3%)	8(4,6%)	173
≥30 ans	13(14,0%)	93(100,0%)	75(80,6%)	0(0,0%)	2(2,2%)	6(6,5%)	93
Sexe							
H	172(23,8%)	713(98,5%)	630(87,0%)	16(2,2%)	29(4,0%)	34(4,7%)	724
F	323(16,4%)	1954(99,1%)	1781(90,4%)	36(1,8%)	63(3,2%)	25(1,3%)	1 971
Cycle							
1	386(19,9%)	1921(99,1%)	1735(89,5%)	44(2,3%)	69(3,6%)	36(1,9%)	1 938
2	100(15,0%)	655(98,3%)	592(88,9%)	7(1,1%)	22(3,3%)	20(3,0%)	666
3	9(9,9%)	91(100,0%)	84(92,3%)	1(1,1%)	1(1,1%)	3(3,3%)	91
Domaine							
ALL	57(18,9%)	298(99,0%)	273(90,7%)	9(3,0%)	16(5,3%)	8(2,7%)	301
DEG	112(25,9%)	424(98,1%)	376(87,0%)	8(1,9%)	19(4,4%)	3(0,7%)	432
SHS	148(19,9%)	73(99,1%)	668(89,8%)	14(1,9%)	23(3,1%)	17(2,3%)	744
STS	178(14,6%)	1208(99,2%)	1094(89,8%)	21(1,7%)	3(2,8%)	31(2,5%)	1 218
Séances							
Non	105(21,3%)	481(97,8%)	422(85,8%)	20(4,1%)	22(4,5%)	20(4,1%)	492
Oui	390(17,7%)	2186(99,2%)	1989(90,3%)	32(1,5%)	70(3,2%)	39(1,8%)	2 203
Niveau							
1	6(18,8%)	29(90,6%)	23(71,9%)	2(6,3%)	2(6,3%)	3(9,4%)	32
2	78(30,5%)	254(99,2%)	222(86,7%)	7(2,7%)	12(4,7%)	2(0,8%)	256
3	207(19,5%)	1047(98,9%)	923(87,2%)	25(2,4%)	45(4,2%)	14(1,3%)	1 059
4	162(15,4%)	1042(99,2%)	968(92,2%)	15(1,4%)	27(2,6%)	25(2,4%)	1 050
5	42(14,1%)	295(99,0%)	275(92,3%)	3(1,0%)	6(2,0%)	15(5,0%)	298

Annexe 4

Tableau 6bis : descriptif des réponses données pour la connaissance sur l'utilisation du préservatif

	Pour la pénétration vaginale	Pour la pénétration anale	Pour la fellation	Pour le cunnilingus	Pour l'anulingus	Avant la pénétration	Avant l'éjaculation	Total
Âge								
18-24 ans	2425(99,8%)	2192(90,2%)	1684(69,3%)	855(35,2%)	650(26,8%)	2418(99,5%)	237(9,8%)	2 429
25-29 ans	173(100,0%)	159(91,9%)	136(78,6%)	59(34,1%)	44(25,4%)	173(100,0%)	8(4,6%)	173
≥ 30 ans	93(100,0%)	89(95,7%)	65(69,9%)	31(33,3%)	23(24,7%)	93(100,0%)	6(6,5%)	93
Sexe								
M	723(99,9%)	669(92,4%)	482(66,6%)	213(29,4%)	159(22,0%)	719(99,3%)	67(9,3%)	724
F	1968(99,8%)	1771(89,9%)	1403(71,2%)	732(37,1%)	558(28,3%)	1965(99,7%)	184(9,3%)	1 971
Cycle								
1	1934(99,8%)	1739(89,7%)	1316(67,9%)	690(35,6%)	537(27,7%)	1932(99,7%)	178(9,2%)	1 938
2	666(100,0%)	614(92,2%)	494(74,2%)	223(33,5%)	160(24,0%)	661(99,2%)	67(10,1%)	666
3	91(100,0%)	87(95,6%)	75(82,4%)	32(35,2%)	20(22,0%)	91(100,0%)	6(6,6%)	91
Domaine								
ALL	301(100,0%)	280(93,0%)	204(67,8%)	122(40,5%)	88(29,2%)	298(99,0%)	30(10,0%)	301
DEG	432(100,0%)	372(86,1%)	268(62,0%)	127(29,4%)	108(25,0%)	431(99,8%)	40(9,3%)	432
SHS	743(99,9%)	671(90,2%)	525(70,6%)	253(34,0%)	187(25,1%)	740(99,5%)	76(10,2%)	744
STS	1215(99,8%)	1117(91,7%)	888(72,9%)	443(36,4%)	334(27,4%)	1215(99,8%)	105(8,6%)	1 218
Séances								
Non	489(99,4%)	430(87,4%)	311(63,2%)	150(30,5%)	130(26,4%)	489(99,4%)	41(8,3%)	492
oui	2202(100,0%)	2010(91,2%)	1574(71,4%)	795(36,1%)	587(26,6%)	2195(99,6%)	210(9,5%)	2 203
Niveau								
1	31(96,9%)	21(65,6%)	15(46,9%)	8(25,0%)	9(28,1%)	31(96,9%)	5(15,6%)	32
2	256(100,0%)	217(84,8%)	148(57,8%)	70(27,3%)	56(21,9%)	254(99,2%)	35(13,7%)	256
3	1058(99,9%)	937(88,5%)	671(63,4%)	313(29,6%)	236(22,3%)	1057(99,8%)	92(8,7%)	1 059
4	1048(99,8%)	980(93,3%)	801(76,3%)	431(41,0%)	324(30,9%)	1046(99,6%)	88(8,4%)	1 050
5	298(100,0%)	285(95,6%)	250(83,9%)	123(41,3%)	92(30,9%)	296(99,3%)	31(10,4%)	298

Annexe 5

Tableau 8bis : descriptif des réponses données pour les généralités sur les IST

Questions	Non (n, %)	Oui (n, %)	Incertain (n, %)	Total (n=2 695)
On peut contracter le VIH ou une IST au premier rapport sexuel ?	13 (0,5)	2 631(97,6)	51(1,9)	2 695(100)
On peut avoir plusieurs IST en même temps ?	15 (0,6)	2 361(87,6)	319(11,8)	2 695(100)
On peut avoir plusieurs fois la même IST ?	138 (5,1)	2 037(75,6)	520(19,3)	2 695(100)
Les IST peuvent ne pas donner de symptômes ?	133 (4,9)	2 196(81,5)	366(13,6)	2 695(100)
Il existe un vaccin contre l'hépatite B ?	101 (3,7)	1 734(64,3)	860(31,9)	2 695(100)
Il existe un vaccin contre le VIH ?	2 193 (81,4)	74(2,7)	428(15,9)	2 695(100)
Il existe un traitement d'urgence contre le VIH après un rapport à risque ?	350 (13)	1 400(51,9)	945(35,1)	2 695(100)
On peut transmettre une IST même si on n'a pas de symptômes ?	26 (1)	2 584(95,9)	8 (3,1)	2 695(100)
Le préservatif c'est toujours à usage unique ?	30 (1,1)	2 651(98,4)	14(0,5)	2 695(100)

Annexe 6

Tableau 10 : descriptif des réponses données pour la connaissance des structures/personnes auxquelles s'adresser pour avoir une contraception

	Parents/ famille	Amis	Gynécologue	Médecin traitant	Sage-femme	CPEF	PMI	Pharmacien	Je ne sais pas	Total
Âge										
18-24 ans	693 (28,5%)	491(20,2%)	2271(93,5%)	2246(92,5%)	1347(55,5%)	1054(43,4%)	573(23,6%)	1229(50,6%)	14(0,6%)	2 429
25-29 ans	31(17,9%)	21(12,1%)	167(96,5%)	165(95,4%)	129(74,6%)	99(57,2%)	87(50,3%)	91(52,6%)	3(1,7%)	173
≥ 30 ans	16(17,2%)	11(11,8%)	92(98,9%)	89(95,7%)	64(68,8%)	52(55,9%)	50(53,8%)	47(50,5%)	0(0,0%)	93
Sexe										
M	286(39,5%)	223(30,8%)	601(83,0%)	634(87,6%)	276(38,1%)	266(36,7%)	166(22,9%)	556(76,8%)	13(1,8%)	724
F	454(23,0%)	300(15,2%)	1929(97,9%)	1866(94,7%)	1264(64,1%)	939(47,6%)	544(27,6%)	811(41,1%)	4(0,2%)	1 971
Cycle										
1	577(29,8%)	399(20,6%)	1816(93,7%)	1782(92,0%)	1074(55,4%)	803(41,4%)	470(24,3%)	978(50,5%)	13(0,7%)	1 938
2	147(22,1%)	114(17,1%)	625(93,8%)	630(94,6%)	392(58,9%)	345(51,8%)	190(28,5%)	340(51,1%)	4(0,6%)	666
3	16(17,6%)	10(11,0%)	89(97,8%)	88(96,7%)	74(81,3%)	57(62,6%)	50(54,9%)	49(53,8%)	0(0,0%)	91
Domaine										
ALL	96(31,9%)	65(21,6%)	285(94,7%)	277(92,0%)	145(48,2%)	128(42,5%)	60(19,9%)	152(50,5%)	0(0,0%)	301
DEG	129(29,9%)	80(18,5%)	401(92,8%)	390(90,3%)	229(53,0%)	159(36,8%)	89(20,6%)	210(48,6%)	5(1,2%)	432
SHS	193(25,9%)	138(18,5%)	703(94,5%)	699(94,0%)	409(55,0%)	320(43,0%)	159(21,4%)	353(47,4%)	7(0,9%)	744
STS	322(26,4%)	240(19,7%)	1141(93,7%)	1134(93,1%)	757(62,2%)	598(49,1%)	402(33,0%)	652(53,5%)	5(0,4%)	1 218
Séances										
Non	121(24,6%)	91(18,5%)	451(91,7%)	441(89,6%)	263(53,5%)	193(39,2%)	127(25,8%)	240(48,8%)	10(2,0%)	492
oui	619(28,1%)	432(19,6%)	2079(94,4%)	2059(93,5%)	1277(58,0%)	1012(45,9%)	583(26,5%)	1127(51,2%)	7(0,3%)	2 203
Niveau										
1	3(12,5%)	3(12,5%)	17(70,8%)	16(66,7%)	8(33,3%)	4(16,7%)	5(20,8%)	13(54,2%)	4(16,7%)	24
2	26(21,1%)	22(17,9%)	103(83,7%)	107(87,0%)	49(39,8%)	22(17,9%)	14(11,4%)	59(48,0%)	5(4,1%)	123
3	150(28,0%)	97(18,1%)	489(91,4%)	483(90,3%)	262(49,0%)	190(35,5%)	95(17,8%)	282(52,7%)	3(0,6%)	535
4	386(28,2%)	264(19,3%)	1296(94,7%)	1281(93,6%)	760(55,6%)	617(45,1%)	346(25,3%)	654(47,8%)	4(0,3%)	1368
5	175(27,1%)	137(21,2%)	625(96,9%)	613(95,0%)	461(71,5%)	372(57,7%)	250(38,8%)	359(55,7%)	1(0,2%)	645

Annexe 7

Tableau 11bis : descriptif des réponses données la connaissances des moyens de contraception

	La pilule	Le préservatif masculin	Le stérilet (DIU)	L'implant	Le préservatif féminin	Le patch	L'anneau vaginal	La contraception d'urgence	Les spermicides	Les méthodes naturelles	L'abstinence	Total
Âge												
18-24 ans	2418 (99,5%)	2341 (96,4%)	2372 (97,7%)	2212 (91,1%)	2240 (92,2%)	1744 (71,8%)	1582 (65,1%)	1964 (80,9%)	1077 (44,3%)	1221 (50,3%)	1466 (60,4%)	2 429
25-29 ans	171 (98,8%)	169 (97,7%)	168 (97,1%)	159 (91,9%)	165 (95,4%)	126 (72,8%)	122 (70,5%)	136 (78,6%)	116 (67,1%)	102 (59,0%)	126 (72,8%)	173
≥ 30 ans	92 (98,9%)	90 (96,8%)	92 (98,9%)	84 (90,3%)	85 (91,4%)	63 (67,7%)	58 (62,4%)	76 (81,7%)	65 (69,9%)	52 (55,9%)	64 (68,8%)	93
Sexe												
M	715 (98,8%)	706 (97,5%)	688 (95,0%)	564 (77,9%)	673 (93,0%)	393 (54,3%)	391 (54,0%)	543 (75,0%)	364 (50,3%)	314 (43,4%)	434 (59,9%)	724
F	1966 (99,7%)	1894 (96,1%)	1944 (98,6%)	1891 (95,9%)	1817 (92,2%)	1540 (78,1%)	1371 (69,6%)	1633 (82,9%)	894 (45,4%)	1061 (53,8%)	1222 (62,0%)	1 971
Cycle												
1	1929 (99,5%)	1870 (96,5%)	1886 (97,3%)	1760 (90,8%)	1789 (92,3%)	1425 (73,5%)	1244 (64,2%)	1555 (80,2%)	829 (42,8%)	978 (50,5%)	1180 (60,9%)	1 938
2	661 (99,2%)	641 (96,2%)	655 (98,3%)	609 (91,4%)	614 (92,2%)	440 (66,1%)	444 (66,7%)	546 (82,0%)	362 (54,4%)	346 (52,0%)	415 (62,3%)	666
3	91 (100,0)	89 (97,8%)	91 (100,0%)	86 (94,5%)	87 (95,6%)	68 (74,7%)	74 (81,3%)	75 (82,4%)	67 (73,6%)	51 (56,0%)	61 (67,0%)	91
Domaine												
ALL	300 (99,7%)	296 (98,3%)	295 (98,0%)	278 (92,4%)	279 (92,7%)	221 (73,4%)	190 (63,1%)	253 (84,1%)	137 (45,5%)	164 (54,5%)	202 (67,1%)	301
DEG	429 (99,3%)	410 (94,9%)	418 (96,8%)	391 (90,5%)	389 (90,0%)	295 (68,3%)	249 (57,6%)	349 (80,8%)	129 (29,9%)	189 (43,8%)	233 (53,9%)	432
SHS	740 (99,5%)	714 (96,0%)	729 (98,0%)	686 (92,2%)	688 (92,5%)	533 (71,6%)	474 (63,7%)	586 (78,8%)	303 (40,7%)	386 (51,9%)	451 (60,6%)	744
STS	1212 (99,5%)	1180 (96,9%)	1190 (97,7%)	1100 (90,3%)	1134 (93,1%)	884 (72,6%)	849 (69,7%)	988 (81,1%)	689 (56,6%)	636 (52,2%)	770 (63,2%)	1 218

	La pilule	Le préservatif masculin	Le stérilet (DIU)	L'implant	Le préservatif féminin	Le patch	L'anneau vaginal	La contraception d'urgence	Les spermicides	Les méthodes naturelles	L'abstinence	Total
Séances												
Non	485 (98,6%)	468 (95,1%)	468 (95,1%)	432 (87,8%)	434 (88,2%)	334 (67,9%)	291 (59,1%)	387 (78,7%)	217 (44,1%)	252 (51,2%)	290 (58,9%)	492
oui	2196 (99,7%)	2132 (96,8%)	2164 (98,2%)	2023 (91,8%)	2056 (93,3%)	1599 (72,6%)	1471 (66,8%)	1789 (81,2%)	1041 (47,3%)	1123 (51,0%)	1366 (62,0%)	2 203
Niveau												
1	22 (91,7%)	23 (95,8%)	21 (87,5%)	13 (54,2%)	19 (79,2%)	9 (37,5%)	9 (37,5%)	13 (54,2%)	6 (25,0%)	6 (25,0%)	12 (50,0%)	24
2	121 (98,4%)	112 (91,1%)	109 (88,6%)	92 (74,8%)	98 (79,7%)	65 (52,8%)	42 (34,1%)	74 (60,2%)	24 (19,5%)	44 (35,8%)	53 (43,1%)	123
3	533 (99,6%)	506 (94,6%)	511 (95,5%)	451 (84,3%)	468 (87,5%)	336 (62,8%)	297 (55,5%)	413 (77,2%)	167 (31,2%)	227 (42,4%)	304 (56,8%)	535
4	1366 (99,9%)	1334 (97,5%)	1353 (98,9%)	1277 (93,3%)	1287 (94,1%)	997 (72,9%)	910 (66,5%)	1111 (81,2%)	622 (45,5%)	705 (51,5%)	837 (61,2%)	1368
5	639 (99,1%)	625 (96,9%)	638 (98,9%)	622 (96,4%)	618 (95,8%)	526 (81,6%)	504 (78,1%)	565 (87,6%)	439 (68,1%)	393 (60,9%)	450 (69,8%)	645

Annexe 8

Tableau 12bis : descriptif des réponses données pour les généralités sur la contraception

Questions	Non (n, %)	Oui (n,%)	Incertain (n,%)	total
Si un épisode de vomissement ou de diarrhée survient dans un délai de 3h après la prise, il faut reprendre un comprimé ?	896(33 ,2)	995(36,9)	804(29,8)	2 695 (100)
Un oubli de pilule (de plus de 12h) est possible sans risque de grossesse si ce n'est qu'une fois par plaquette ?	1 736(64,4)	277(10,3)	682(25,3)	2 695 (100)
Il n'y a pas besoin d'ordonnance pour se procurer la pilule contraceptive en pharmacie ?	1 803(66,9)	481(17,8)	411(15,3)	2 695 (100)
L'anneau vaginal contient les mêmes hormones que la pilule classique ?	348(12,9)	463(17,2)	1 884(69,9)	2 695 (100)
L'anneau vaginal doit être mis en place pour 3 semaines, puis pause d'une semaine ?	189(7,0)	561(20,8)	1 945(72,2)	2 695 (100)
L'anneau vaginal est remboursé par la sécurité sociale ?	417(15,5)	335(12,4)	1 943(72,1)	2 695 (100)
Le patch contient les mêmes hormones que la pilule classique	252(9,4)	828(30,7)	1 615(59,9)	2 695 (100)
Le patch doit être changé toutes les semaines pendant 3semaines puis pause d'une semaine	172(6,4)	568(21,1)	1 955(72,5)	2 695 (100)
Le patch peut être placé n'importe où sur le corps ?	1 145(42,5)	340(12,6)	1 210(44,9)	2 695 (100)
Le stérilet est réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants ?	2 267(84,1)	138(5,1)	290(10,8)	2 695 (100)
Le stérilet peut être retiré à tout moment si on désire avoir un enfant ?	142(5,3)	2 146(79,6)	407(15,1)	2 695 (100)
Le stérilet se place dans le vagin ?	1 269(47,1)	1 115(41,4)	311(11,5)	2 695 (100)
Le stérilet est généralement mis en place pour 3 ans ?	319(11,8)	1 556(57,7)	820(30,4)	2 695 (100)
La contraception d'urgence doit être prise au plus tard le lendemain du rapport sexuel à risque ?	848(31,5)	1 659(61,6)	188(7,0)	2 695 (100)
Plus la contraception d'urgence est prise tôt après le rapport sexuel, plus elle est efficace ?	79(2,9)	2 374(88,1)	242(9,0)	2 695 (100)
Toute contraception d'urgence doit être obligatoirement prescrite par un médecin ?	2 363(87,7)	96(3,6)	236(8,8)	2 695 (100)
Le DIU peut être une méthode de contraception d'urgence ?	910(33,8)	345(12,8)	1 440(53,4)	2 695 (100)
Les préservatifs sont le seul moyen efficace contre les infections sexuellement transmissibles ?	232(8,6)	2 347(87,1)	116(4,3)	2 695 (100)
L'abstinence entre le 13e et 15e jour du cycle est un moyen efficace de contraception ?	2 082(77,3)	93(3,5)	520(19,3)	2 695 (100)

Questions	Non (n, %)	Oui (n,%)	Incertain (n,%)	total
Si une mineure demande une contraception à son médecin traitant il doit avertir les parents ?	2 028(75,3)	166(6,2)	501(18,6)	2 695 (100)
Que dois-je faire si j'oublie ma pilule et que je m'en aperçois plus de 12h après l'heure habituelle ? Répondre par oui, non ou incertain (je ne sais pas)	Non (n, %)	Oui (n,%)	Incertain (n,%)	total
Je prends le comprimé oublié immédiatement	833(30,9)	1 340(49,7)	522(19,4)	2 695 (100)
Je jette le comprimé oublié	1 779(66,0)	385(14,3)	531(19,7)	2 695 (100)
Je poursuis la plaquette comme d'habitude	184(6,8)	2 100(77,9)	411(15,3)	2 695 (100)
Je me protège avec un préservatif pendant les 7 jours qui suivent l'oubli	103(3,8)	2 254(83,6)	338(12,5)	2 695 (100)

Annexe 9 : Le questionnaire de thèse

Bonjour/Bonsoir,

Les infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses non désirées, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) constituent en France des problèmes majeurs de santé publique de par leur impact pour la société, la santé reproductive et sexuelle et le bien être en général ; les jeunes représentent une population particulièrement exposée alors que la sexualité peut encore être considérée comme un sujet tabou dans leur milieu social et familial.

Dans le cadre de ma thèse de médecine, je vous propose ce questionnaire, anonyme, qui a pour objectif d'étudier quelles sont vos connaissances afin de mieux orienter les mesures préventives et de promotion pour une santé sexuelle épanouie et sans risques.

Merci de votre participation qui ne devrait pas excéder 10 minutes !

Leslie Kouam Youogo, interne en médecine.

Conformément au règlement UE-2016/679 et à la loi informatique et liberté 78-17, ce traitement a été instruit par le DPO de l'Université de CAEN, qui l'a déclaré anonyme.

Partie A : Vous

A1. Âge :

- 18-24 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- Autre

A2. Sexe :

- M
- F
- Autre

A3. Continent de naissance :

- Afrique
- Amérique
- Antarctique
- Asie
- Europe
- Océanie

A4. Filière d'étude :

- MATHEMATIQUES
- PHYSIQUE
- CHIMIE
- MATHEMATIQUES APPLIQUEES ET SCIENCES SOCIALES (M.A.S.S.)
- SCIENCES DE L'UNIVERS, DE LA TERRE, DE L'ESPACE, DE LA MER
- SCIENCES DE LA VIE, BIOLOGIE, SANTE
- MEDECINE
- ODONTOLOGIE
- PHARMACIE
- S.T.A.P.S.
- MECANIQUE, GENIE MECANIQUE, INGENIERIE MECANIQUE
- GENIE CIVIL
- GENIE DES PROCEDES, MATERIAUX
- INFORMATIQUE
- ELECTRONIQUE, GENIE ELECTRIQUE, ELECTRON-ELECTROTECH-AUTOMATIQUE (EEA)

- SCIENCES ET TECHNOLOGIE INDUSTRIELLES
- SCIENCES DU LANGAGE – LINGUISTIQUE
- LANGUES ET LITTERATURES ANCIENNES
- LANGUES ET LITTERATURES FRANCAISES
- LITTERATURE GENERALE ET COMPAREE
- ARTS
- FRANCAIS, LANGUE ETRANGERE
- LANGUES ET LITTERATURES ETRANGERES
- LANGUES ETRANGERES APPLIQUEES
- CULTURES ET LANGUES REGIONALES
- PHILOSOPHIE, EPISTEMOLOGIE
- HISTOIRE
- GEOGRAPHIE
- ...

A5. Niveau d'étude :

- DUT
- Licence
- Master
- Doctorat
- Ingénieur

A6. Avez-vous bénéficié des séances d'éducation sexuelle lors de votre scolarité ?

- Non
- Oui

A7. Si oui combien de séances ?

- 1
- 2
- 3
- > 3
- Je ne m'en souviens pas

Partie B : Les infections sexuellement transmissibles

B1. Vous estimez vous informé.e au sujet des IST ?

- Non
- Oui

B2. De qui avez-vous reçu l'information ? (Plusieurs réponses possibles)

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale.

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de diagnostic et de dépistage des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles.

- Amis
- Internet
- En milieu scolaire
- Personnel médical
- CPEF/CeGIDD
- Parents
- Médias
- Partenaire(s)
- Autre (précisez)
- **B3. Sur une échelle de 1 à 5 comment jugez-vous votre niveau d'information ? (1= très mauvais et 5= très bon)**
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

B4. Parmi les IST ci-après citez celle (s) que vous connaissez ?

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

- VIH/SIDA
- Hépatite B
- Chlamydia
- Syphilis
- Gonococcie
- Herpès génital
- Condylome/papillomavirus
- Mycoplasme
- Trychomonase

B5. D'après vous comment se transmettent les infections sexuellement transmissibles ?

- Par pénétration vaginale
- Par pénétration anale
- Dans les toilettes publiques
- Par un baiser
- Par contact oro-génital (fellation, cunnilingus)
- Par contact oro-anal (Anulingus)
- Par une piqûre d'insecte
- Ne sais pas
- Autre (précisez)

B6. D'après vous comment se protège-t-on contre les IST ?

- Contraceptifs
- Préservatif masculin (préservatif externe)
- Préservatif féminin (préservatif interne)
- Retrait avant l'éjaculation
- Utilisation d'un savon antiseptique
- Autre (précisez)

B7. Connaissez-vous les préservatifs féminins (préservatifs internes) ?

- Oui
- Non

B8. D'après vous le préservatif, on doit le mettre :

- Pour la pénétration vaginale
- Pour la pénétration anale
- Pour la fellation
- Pour le cunnilingus
- Pour l'anulingus

B9. D'après vous le préservatif, on doit le mettre :

- Avant la pénétration
- Avant l'éjaculation

B10. D'après vous combien de temps après un rapport sexuel non protégé faut-il consulter ?

- Tout de suite
- 2 jours après
- 2 semaines après
- 6 semaines après
- 3 mois après

- Seulement si on a des symptômes

B11. Répondre aux questions suivantes par oui, non ou incertain (je ne sais pas) :

- On peut contracter le VIH ou une IST au premier rapport sexuel
- On peut avoir plusieurs IST en même temps
- On peut avoir plusieurs fois la même IST
- Les IST peuvent ne pas donner de symptômes
- Il existe un vaccin contre l'hépatite B
- Il existe un vaccin contre le VIH
- Il existe un traitement d'urgence contre le VIH après un rapport à risque
- On peut transmettre une IST même si on n'a pas de symptômes
- Le préservatif c'est toujours à usage unique

B12. Connaissez-vous une ou des structures où vous pouvez réaliser un test de dépistage du VIH/SIDA ?

- Oui
- Non

B13. Si oui la (les) quelle (s) ?

Partie C: La contraception

C1. Vous estimez vous informé.e au sujet de la contraception ?

- Oui
- Non

C2. De qui avez-vous reçu l'information ? (Plusieurs réponses possibles)

- Amis
- Internet
- En milieu scolaire
- Médias
- Parents
- CPEF /CeGIDD
- Personnel médical
- Partenaire(s)
- Autre (précisez)

C3. Sur une échelle de 1 à 5 comment jugez-vous votre niveau d'information ? (1= très mauvais et 5= très bon)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

C4. A qui peut-on s'adresser pour avoir une contraception ?

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

PMI : Protection maternelle et infantile

- Parents/famille
- Amis
- Gynécologue
- Médecin traitant
- Sage-femme
- CPEF
- PMI
- Pharmacien
- Je ne sais pas

C5. Parmi les moyens de contraception ci-après cochez celui ou ceux que vous connaissez

- La pilule
- Le préservatif masculin (préservatif externe)
- Le stérilet (DIU)
- L'implant
- Le préservatif féminin (préservatif interne)
- Le patch
- L'anneau vaginal
- La contraception d'urgence
- Les spermicides
- Les méthodes naturelles (le retrait avant éjaculation, le calcul du cycle...)
- L'abstinence

C6. Répondre aux questions suivantes par oui, non ou incertain (je ne sais pas) :

- Si un épisode de vomissement ou de diarrhée survient dans un délai de 3h après la prise, il faut reprendre un comprimé
- Un oubli de pilule (de plus de 12h) est possible sans risque de grossesse si ce n'est qu'une fois par plaquette

- Il n'y a pas besoin d'ordonnance pour se procurer la pilule contraceptive en pharmacie
- L'anneau vaginal contient les mêmes hormones que la pilule classique
- L'anneau vaginal doit être mis en place pour 3 semaines, puis pause d'une semaine
- L'anneau vaginal est remboursé par la sécurité sociale
- Le patch contient les mêmes hormones que la pilule classique

C7. Répondre aux questions suivantes par oui, non ou incertain (je ne sais pas) :

- Le patch doit être changé toutes les semaines pendant 3 semaines puis pause d'une semaine
- Le patch peut être placé n'importe où sur le corps
- Le stérilet est réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants
- Le stérilet peut être retiré à tout moment si on désire avoir un enfant
- Le stérilet se place dans le vagin
- Le stérilet est généralement mis en place pour 3 ans
- Elle est gratuite pour les mineures

C8. Répondre aux questions suivantes par oui, non, ou incertain (je ne sais pas) :

DIU : dispositif intra-utérin

- La contraception d'urgence doit être prise au plus tard le lendemain du rapport sexuel à risque
- Plus la contraception d'urgence est prise tôt après le rapport sexuel, plus elle est efficace
- Toute contraception d'urgence doit être obligatoirement prescrite par un médecin
- Le DIU peut être une méthode de contraception d'urgence
- Les préservatifs sont le seul moyen efficace contre les infections sexuellement transmissibles
- L'abstinence entre le 13e et 15e jour du cycle est un moyen efficace de contraception
- Si une mineure demande une contraception à son médecin traitant il doit avertir les parents
- Je prends une contraception d'urgence si j'ai eu un rapport sexuel dans les 5 jours

C9. Que dois-je faire si j'oublie ma pilule et que je m'en aperçois plus de 12h après l'heure habituelle ? Répondre par oui, non ou incertain (je ne sais pas)

- Je prends le comprimé oublié immédiatement
- Je jette le comprimé oublié
- Je poursuis la plaquette comme d'habitude
- Je me protège avec un préservatif pendant les 7 jours qui suivent l'oubli

Je vous remercie de votre participation et je vous souhaite une bonne journée/soirée.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN-NORMANDIE et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2019/2020

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : KOUAM YOUOGO Leslie Michèle-Ange

TITRE DE LA THESE EN FRANÇAIS : Infections Sexuellement Transmissibles et contraception : que savent les étudiants de l'université de Caen ?

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

OBJECTIF : Dresser un bilan des connaissances des étudiants sur les IST et la contraception et mettre en évidence les profils, cibles possibles de différentes campagnes d'information et de prévention.

METHODES : Etude descriptive sur auto-questionnaires distribués aux étudiants de l'université de Caen sans critère de non-inclusion.

RESULTATS : Gonococcie, mycoplasme et trychomonase sont connues par moins de 25% d'étudiants ; l'utilisation du préservatif est méconnue pour certaines pratiques sexuelles : fellation, cunnilingus et anulingus (69,9%, 35,1% et 26,6% respectivement). Le traitement d'urgence contre le VIH et le délai de consultation après une prise de risque étaient connus par 51,9% et 57,4% respectivement. Et 69,8% connaissent des structures où il est possible d'effectuer un test de dépistage du VIH/SIDA. La pilule, le préservatif et le stérilet sont les moyens de contraception les plus connus même si en termes de connaissance du mode d'emploi et des recommandations autour de celui-ci les connaissances ne sont pas bonnes. Les femmes, les étudiants plus âgés et de niveau d'étude avancé, du domaine sciences-technologies-santé, et ayant bénéficié de séances d'éducation à la sexualité ont de meilleures connaissances et plus les étudiants s'estiment informés sur le sujet plus ils connaissent.

CONCLUSION : Un manque de connaissance des étudiants sur les lieux de dépistage, les risques liés à certaines pratiques sexuelles mais surtout sur la contraception et son mode d'emploi, a été mis en évidence. Un ensemble de moyens et de dispositifs doivent être mis en place sinon renforcer ceux existant afin d'informer et d'éduquer les jeunes sur les risques et les conséquences.

MOTS CLES : infections sexuellement transmissibles, contraception, connaissances, étudiants

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS: Sexually Transmitted Infections and Contraception: What do students at the University of Caen know?

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

OBJECTIVE: To assess students' knowledge of STIs and contraception and to define profiles that should be the main targets of the various prevention campaigns.

METHODS: Descriptive study based on self-questionnaires distributed to students at the University of Caen, with no non-inclusion criteria.

RESULTS: gonorrhoea, mycoplasma and trichomonas were uncommon (less than 25% of students knew those infections); condom use for sexual practices such as fellatio, cunnilingus and anilingus is unknown (69.9%, 35.1% and 26.6% respectively). Post-exposure prophylaxis and emergency counselling for risk-taking sexual practices were known by 51.9% and 57.4% of respondents respectively, and HIV/AIDS screening facilities by 69.8%. Among contraceptive methods, contraceptive pill, condom and IUD were the most common answers, though the understanding of their correct use was poor. Better knowledge of the topics we investigated were found among students who were women, older, in more advanced career, attending Health Science Technology faculties, and having benefited of sexuality education classes. The more students feel informed on the subject, the more they actually knew.

CONCLUSION: A poor knowledge of screening facilities, risks associated with unsafe practices, and, above all, contraception and its use, was highlighted by this study. A set of measures should be reinforced or put in place, in order to inform and educate young people about the risks and the consequences of STIs and unplanned pregnancy.

KEY WORDS: sexually transmitted infections, contraception, knowledge, students