



HAL
open science

Connaissances des adolescents sur les infections sexuellement transmissibles : enquête dans cinq lycées des Hauts-de-Seine

Myriam Allache

► **To cite this version:**

Myriam Allache. Connaissances des adolescents sur les infections sexuellement transmissibles : enquête dans cinq lycées des Hauts-de-Seine. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03409299

HAL Id: dumas-03409299

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03409299>

Submitted on 29 Oct 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.



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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N°299

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Connaissances des adolescents sur les infections sexuellement
transmissibles : Enquête dans cinq lycées des Hauts-de-Seine

Présentée et soutenue publiquement
le 10 décembre 2019

Par

Myriam ALLACHE

Née le 13 septembre 1987 à Kouba, Algerie

Dirigée par Mme le Docteur Camille Charpantier

Jury :

M. Le Professeur Henri Partouche, PU Président

M. Le Professeur Philippe Jaury

M. Le Professeur Luigi Titomanlio, PU-PH

Mme Le Docteur Claude Masliah

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Henri Partouche,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous avez encadré le groupe d'échange de pratique auquel je participais lors de mon stage chez le praticien et ces séances auront fortement marqué ma formation. Je retiendrai entre autres l'atmosphère de bienveillance qui a pu se développer grâce à vous.

A Monsieur le Professeur Philippe Jaury,

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse, je vous en suis sincèrement reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Luigi Titomanlio,

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Grâce à toi et à l'équipe formidable que tu diriges aux urgences pédiatriques de l'hôpital Robert Debré et après un semestre hivernal intense, je me sens armée pour donner le meilleur à nos jeunes patients.

A Madame le Docteur Claude Masliah,

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Pour prendre soin avec cœur de la santé de ma famille.

Pour m'avoir accompagnée dans mes débuts de remplacement et pour toujours répondre à mes doutes.

Pour votre famille adorable.

A Madame le Docteur Camille Charpentier,

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. C'est une grande chance pour moi de t'avoir rencontrée et je te remercie pour tes conseils, ta patience et tes encouragements.

REMERCIEMENTS

A Mesdames les Docteurs Annie-Claire Deyon-Avanturier, Leticia Weizmann et Marion Casadevall et Messieurs les Docteurs Jean-Jacques Bourcart et Luc de Massé,
Pour avoir accepté tous les cinq de me prendre sous votre aile et m'avoir permis de débiter les remplacements à vos côtés.

Vous m'avez fait découvrir la médecine générale. Votre investissement et votre bienveillance auprès de vos patients restent une source d'inspiration pour moi.

A Mesdames les Docteurs Laetitia Grandcollot et Fabienne Desrousseaux et toute l'équipe de l'unité Est 2 de l'hôpital de la Porte Verte.

Pour avoir fait confiance à un petit chaton et l'avoir formé à la gériatrie.

A Mesdames les Docteurs Carole Plaussu et Capucine Journé,

Pour m'avoir permis de débiter mes remplacements dans votre cabinet et Carole pour m'avoir aidée à trouver une formidable directrice de thèse.

A Monsieur le Docteur David Zucman,

Pour avoir permis à cette thèse d'exister.

A Monsieur le Docteur Mahmoud Kahil,

Pour m'avoir formée à la pédiatrie et pour tout ce que tu as apporté aux enfants qui ont eu la chance d'être soignés par toi. Merci pour ta disponibilité, ta bonté et ta générosité. Tu étais un médecin extraordinaire et ta disparition est et restera une blessure.

REMERCIEMENTS

A toi Minmin,
Pour ton dévouement et ta tendresse. Je ne serais jamais arrivée aussi loin sans ton soutien inconditionnel.
Pour avoir traqué chaque faute de ce travail avec l'instinct et l'intrépidité de l'écureuil.

A Célia,
Pour croire en moi et m'encourager chaque jour.
Pour ta patte fine et ta relecture délicate.

A Sébastien et Lys,
Sébastien, pour ton soutien, ton écoute et pour ta relecture attentive de cette thèse.
Et Lys pour être si pupuce.

A mes amis fidèles, Toupoutou, Salvy et Alice,
Pour tous les moments passés ensemble, les rires, les voyages, les conseils et les encouragements. Et puis brrrrrr!

A Christine,
Pour votre bienveillance et votre professionnalisme qui me permettent de toujours travailler avec sérénité.

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac : Anticorps
ADVIH : Autotest de Dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine
AES : Accident d'Exposition Sexuelle
Ag : Antigène
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ARN : Acide Ribonucléique
ARV : Antirétroviral
CCP : Consultation Contraception et Prévention
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CESC : Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CEPF : Centre de Planification et d'Éducation Familial
HAS : Haute Autorité de Santé
HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HPV : Human Papilloma Virus
HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
Ig : Immunoglobuline
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis ou Prophylaxie Pré-Exposition
SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
TAAN : Test d'Amplification des Acides Nucléiques
TDF-FTC : Association Ténofovir et Emtricitabine
TNT : Test Non Tréponémique
TPE : Traitement Post-Exposition
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic
TT : Test Tréponémique
VHA : Virus de l'Hépatite A
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DE MATIERES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	9
I. État des lieux	9
1. Contexte épidémiologique des principales IST en France	9
a. VIH	9
b. Chlamydia trachomatis	11
c. Gonocoque	12
d. Syphilis	13
e. Hépatite B	14
f. Hépatite C	15
2. Moyens de prévention	16
a. Préservatif	16
b. Vaccination	17
c. Le traitement comme prévention du VIH	20
d. La prophylaxie pré-exposition	21
e. Le traitement post-exposition	22
f. La circoncision masculine médicalisée	24
g. Le dépistage	24
3. Techniques de dépistage des principales IST	27
a. VIH	27
b. Chlamydia trachomatis	30
c. Gonocoque	30
d. Syphilis	30
e. Hépatite B	32
II. Éducation à la sexualité et sources d'information des adolescents	33
1. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire	33
a. Cadre législatif et réglementaire	33
b. Mise en œuvre et réalisation	35
2. Le médecin généraliste	36
3. Internet et les médias	37
a. Internet et sites institutionnels	37
b. Internet et autres sites	39
c. Médias	39
4. Connaissances des jeunes	39
L'ETUDE	41
I. Matériel et méthode	41
1. Critères d'inclusion	41
2. Lieux de l'étude	41
3. Conditions de réalisation	41
4. Questionnaire	42
5. Analyses statistiques	45

II. Résultats	45
1. La population	45
a. Sexe et âge	45
b. Statut vaccinal	46
c. Abord de la sexualité, de la contraception ou du dépistage avec un médecin	47
d. Relations sexuelles non protégées	48
e. Intervention d'éducation à la sexualité	48
2. Connaissances sur les IST	49
a. Les IST	49
b. IST la plus fréquente chez les jeunes	50
c. Prévention des IST	51
d. Symptômes des IST	51
e. Comportement en cas de nouveau partenaire	52
3. Connaissances sur Chlamydia trachomatis	53
4. Connaissances sur le VIH	54
a. Mode de transmission le plus fréquent du VIH dans le monde	54
b. Risques de contamination par le VIH	55
c. Accident d'exposition sexuelle	56
d. Lieux où se faire dépister	57
e. Délais de dépistage du VIH par test Elisa après un rapport non protégé	58
f. Les traitements des personnes séropositives	59
g. La PrEP	60
h. Fréquence de contamination par le VIH chez les jeunes	60
5. Satisfaction	61
II. Discussion	62
1. Interprétation et enseignements	62
a. La population	62
b. Connaissances sur les IST	64
c. Connaissances sur Chlamydia trachomatis	65
d. Connaissance sur le VIH	65
e. Satisfaction	66
2. Forces et faiblesses de l'étude	67
a. La population	67
b. Conditions de réalisation de l'étude	67
c. Le questionnaire	67
3. Perspectives	68
<u>CONCLUSION</u>	70
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	72
<u>ANNEXES</u>	80
ANNEXE 1	80
ANNEXE 2	82
<u>RESUME</u>	90

INTRODUCTION

Les IST restent fréquentes en France et représentent un sujet d'actualité qui fait l'objet de nombreuses études et de réévaluations régulières des stratégies de prévention et de prise en charge.

Une des raisons de la stabilité voire de l'augmentation de l'incidence des IST est la mauvaise connaissance des populations les concernant. Afin de limiter les nouvelles contaminations, un des leviers majeurs à actionner est donc l'éducation des populations, notamment des adolescents, au moment de leur entrée dans leur vie sexuelle. Ces derniers ont à leur disposition une multitude de canaux d'information, via les professionnels de santé, les associations, internet ou la presse et se sentent bien informés. Ces sources étant plus ou moins crédibles et consultées, quelles est la réalité des connaissances des adolescents concernant les IST ? C'est la question à laquelle cette thèse propose de répondre via une enquête réalisée chez les lycéens de trois communes des Hauts-de-Seine lors d'interventions de prévention en santé sexuelle dans leur établissement.

Avant de développer les détails de cette enquête et ses résultats, j'exposerai dans mon introduction un état des lieux concernant les principales IST en France. J'exposerai leur épidémiologie, les moyens de prévention existant ainsi que les outils et les dernières recommandations concernant leur dépistage. J'exposerai aussi les sources d'information des adolescents et en particulier les cours d'éducation à la sexualité dispensés dans les collèges et lycées

I. État des lieux

1. Contexte épidémiologique des principales IST en France

a. VIH

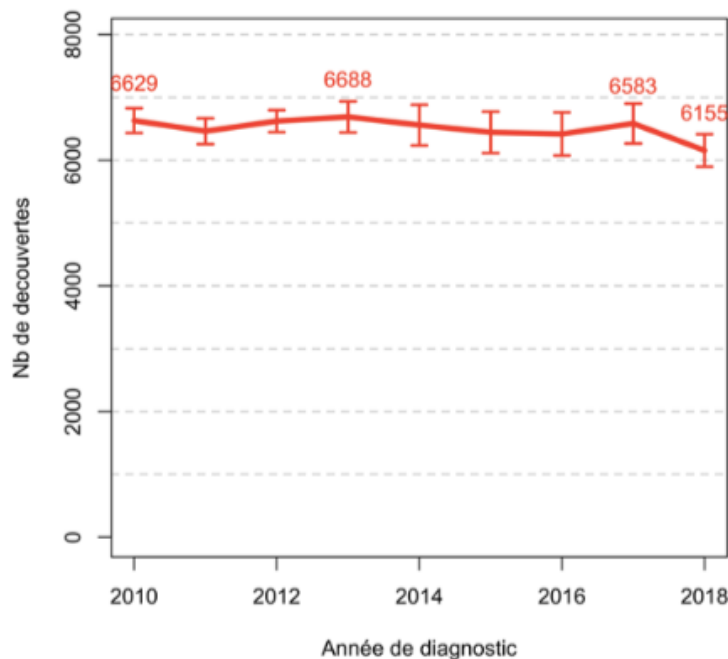
L'infection par le VIH constitue un enjeu majeur de santé publique mondial.

En France, les données de découverte de séropositivité VIH sont connues du fait de la déclaration obligatoire du VIH par les biologistes et les cliniciens via l'application e-DO

<http://www.e-do.fr/> depuis 2016. Cependant, beaucoup de données sont manquantes car seulement 70% des cas sont déclarés par les biologistes et 40% par les cliniciens. Les données suivantes sont donc des estimations tenant compte de la sous-déclaration ainsi que du délai de déclaration et des données manquantes (mode de contamination notamment).

Le nombre de découvertes de séropositivité avait été estimé à 6200 en 2018, en diminution après plusieurs années de stabilité. Cette tendance est à confirmer dans les années à venir. Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, 13% avaient moins de 25 ans, 64% entre 25 et 49 ans et 23% 50 ans ou plus¹.

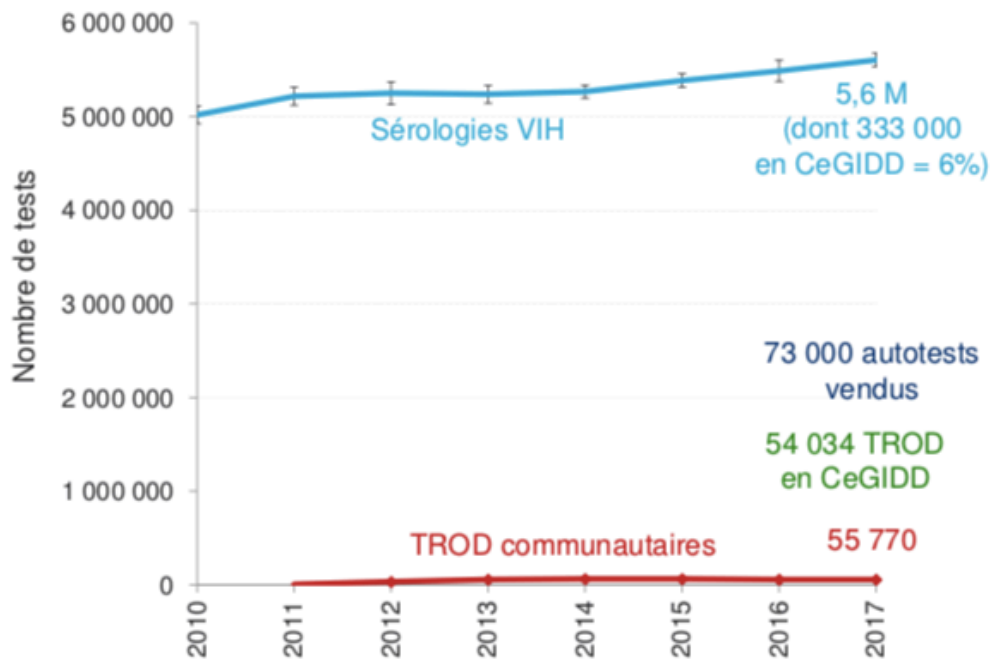
Figure 1 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH en France entre 2010 et 2018¹



La surveillance de l'activité de dépistage du VIH est, elle, réalisée grâce aux données fournies par les laboratoires de biologie médicale (recueil LaboVIH) complétées par celles recueillies par des associations habilitées à réaliser des TROD et par le nombre d'autotests vendus en pharmacie.

Ainsi, en 2017, 5,6 millions de sérologies VIH avaient été réalisées par les laboratoires de biologie médicale soit une augmentation de 12% depuis 2010 et 6,4% depuis 2014².

Figure 2 : Nombre de tests de dépistage de l'infection par VIH réalisés en France entre 2010 et 2017²



En 2018, 56% des découvertes de séropositivité concernaient des personnes nées à l'étranger, dont 66% venaient d'Afrique subsaharienne, et 40% concernaient des HSH. Les TROD réalisés dans le cadre d'actions de dépistage communautaire sont un moyen utile pour dépister ces populations à risque. En effet, le taux de TROD communautaires positifs est de 7,3/1000 contre un taux de sérologies positives de 2,0/1000 en 2017.

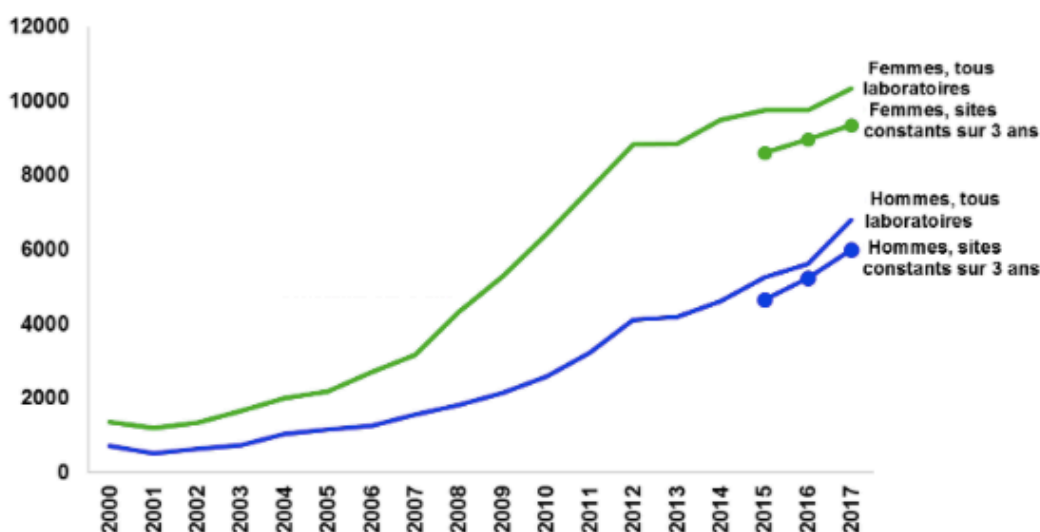
b. Chlamydia Trachomatis

La Chlamydie est l'IST le plus fréquente chez la femme.

La surveillance des infections à Chlamydia trachomatis est faite par le réseau de laboratoires volontaires Renachla. Les données ne sont pas exhaustives mais elles permettent d'analyser les tendances nationales et les caractéristiques des cas.

Ainsi, on note une augmentation continue du nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis depuis l'an 2000³. Cette augmentation est en partie expliquée par l'augmentation du nombre de dépistages de 38% chez les femmes et 62% chez les hommes entre 2013 et 2017².

Figure 3 : Évolution du nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia, 2000-2017³



Des estimations plus précises sont disponibles pour l'année 2016, du fait d'une vaste enquête auprès de l'ensemble des laboratoires de bactériologie français concernant les infections à Chlamydia trachomatis et à gonocoque⁴.

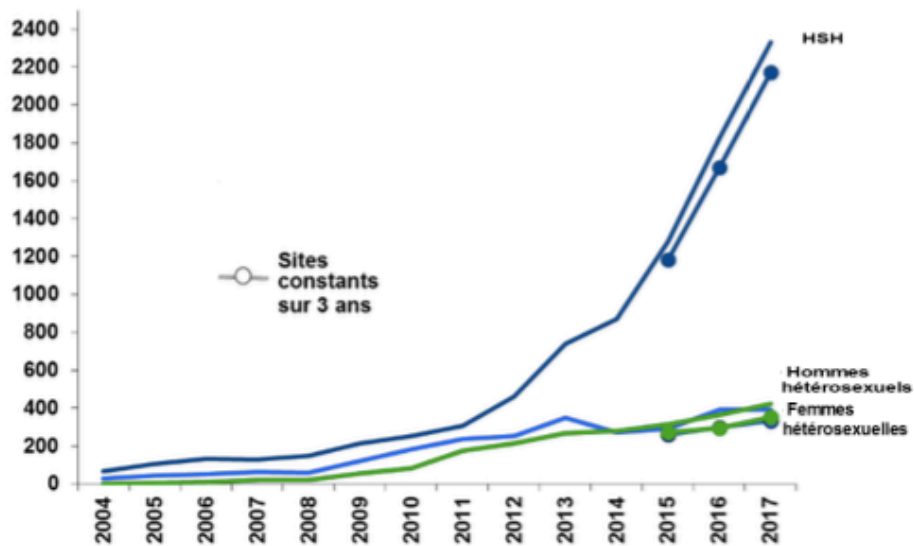
Cette étude estimait à 267 097 le nombre d'infections à Chlamydia diagnostiquées en 2016. L'Ile-de-France était la région la plus touchée avec un taux de diagnostic de 1 481/100 000 habitants contre 258/100 000 pour le reste de la métropole. Les femmes étaient les plus touchées en particulier les femmes de 15 à 24 ans (2 271/100 000) et vivant en Ile-de-France (5 682/100 000).

c. Gonocoque

La surveillance des infections à gonocoque est réalisée par les réseaux RésIST et Rénago. Tout comme pour la surveillance du réseau Renachla, les données recueillies ne sont pas exhaustives mais permettent d'analyser les tendances nationales et les caractéristiques des cas.

Le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque augmente et ce de manière plus importante depuis 2010 et en particulier chez le HSH (+84% entre 2015 et 2017)³. Ceci peut être expliqué par l'augmentation du nombre de dépistages et par la possibilité d'un dépistage conjoint avec celui de Chlamydia trachomatis par PCR mixte.

Figure 4 : Évolution du nombre de diagnostics d'infection à gonocoque, 2004-2017³



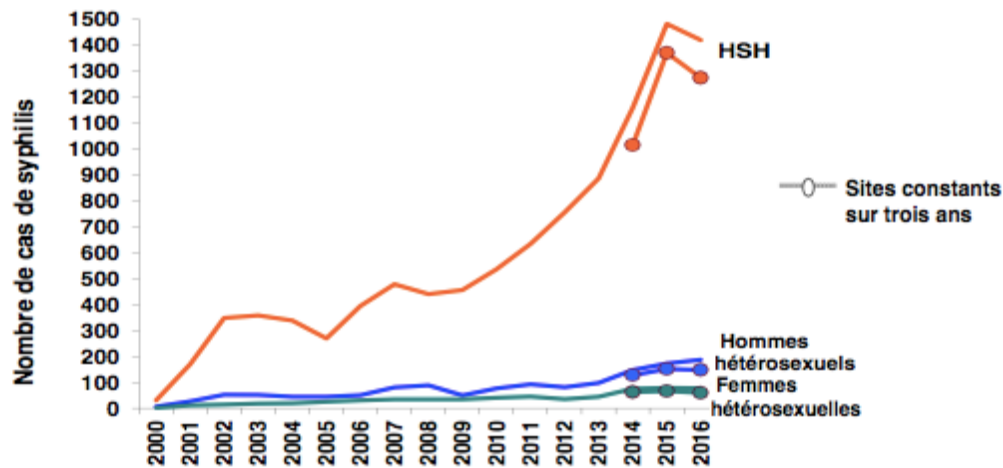
En 2016, le nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à gonocoque étaient estimé à 49 628 dont 62% étaient des HSH. Les jeunes des 15 à 24 ans font partie de la classe d'âge la plus touchée avec un taux de diagnostic positif de 181/100 000.

d. Syphilis

La surveillance des syphilis est réalisée par le réseau RésIST, les données recueillies ne sont pas exhaustives mais permettent d'analyser les tendances nationales et les caractéristiques des cas.

Concernant la syphilis récente (contamination datant de moins d'un an), la tendance est à la stabilité entre 2015 et 2017 après une forte augmentation des diagnostics depuis 2008. La non augmentation des diagnostics de syphilis, malgré l'augmentation des diagnostics des autres IST et l'augmentation de l'activité de dépistage, n'est pas expliquée à l'heure actuelle^{2,3}.

Figure 5 : Évolution du nombre de diagnostics de syphilis récente, 2000-2016⁵ :



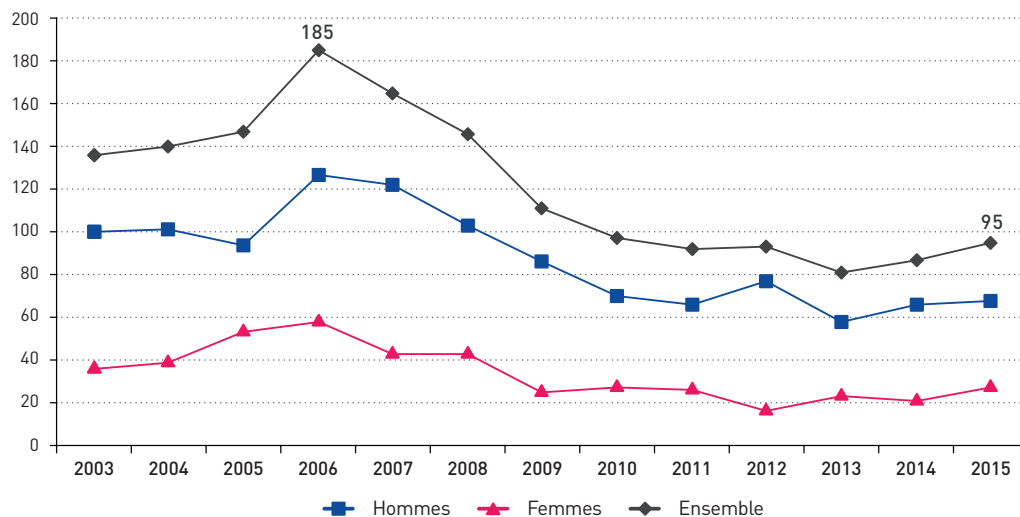
Les HSH représentent la population la plus touchée (81%) avec un âge médian au diagnostic de 37 ans et les femmes hétérosexuelles ne constituent que 5% des cas.

e. Hépatite B

La découverte d'une hépatite B aiguë symptomatique est soumise à une déclaration obligatoire sans caractère d'urgence depuis 2003. La déclaration se fait sur un formulaire papier et l'exhaustivité de celle-ci est très faible (estimation à 23,5% en 2013). Les estimations et tendances sont donc à interpréter avec prudence.

Entre 2003 et 2016, 1 661 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés. Ce nombre tend à augmenter depuis 2013⁶.

Figure 6 : Évolution du nombre annuel de cas d'hépatite B aiguë déclarés entre 2003 et 2015, par sexe (Déclarations obligatoires au 01/12/2016)⁶

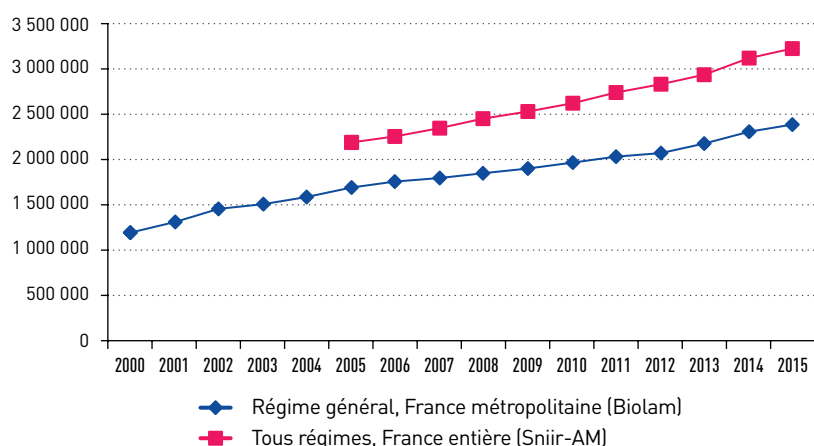


L'exposition sexuelle est le principal mode de contamination rapporté entre 2012 et 2014 (38,5%) et dans 37,3% des cas déclarés, aucune exposition à risque n'a été rapportée.

L'enquête nationale LaboHep permet la surveillance de l'activité de dépistage des hépatites B et C. Elle est réalisée tous les trois ans depuis 2010 auprès d'un échantillon aléatoire de laboratoires de biologie médicale.

On estime qu'en 2016, 4,3 millions de sérologies de dépistage ont été effectuées, un nombre en augmentation.

Figure 7 : Activité de dépistage de l'Ag HBs (nombre de tests), 2000-2015⁶



Le nombre de tests confirmés positifs (présence de l'Ag HBs) était alors estimé à 33 962. Il faut noter cependant que le nombre de tests positifs ne reflète pas le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées positives pour l'Ag HBs, une même personne testée positive pour la première fois dans des laboratoires différents pouvant être comptabilisée plusieurs fois.

f. Hépatite C

L'Hépatite C n'est pas considérée comme une IST car elle se transmet essentiellement lors d'échanges sanguins. Le risque de sa transmission est cependant élevé chez les HSH du fait essentiellement de l'usage de drogues dites « récréatives » mais aussi du fait de pratiques sexuelles traumatiques et/ou de l'insertion de matériel et notamment lorsqu'ils sont infectés par le VIH⁷. Ainsi, selon l'étude Prevagay de 2015, la prévalence pour le VHC était estimée à 0,7% chez les HSH fréquentant les lieux de convivialité gay, avec un taux de méconnaissance du statut positif vis-à-vis du VHC (présence de l'ARN VHC dans le sang) de 62,9%.

2. Moyens de prévention

a. Le préservatif

Le préservatif est un moyen de prévention mécanique des IST. Il empêche le contact avec les liquides corporels (sperme, sécrétions vaginales et rectales) susceptibles de contenir des germes à l'origine d'IST et le contact avec la peau infectée ou lésée par une IST.

Lorsqu'il est utilisé de manière correcte et systématique, il est efficace et assure aussi une action contraceptive.

Le préservatif masculin a d'avantage été étudié et est beaucoup plus utilisé que le féminin.

Le préservatif externe, dit préservatif masculin

- Efficacité

L'efficacité théorique du préservatif masculin est de 98%, cependant celle-ci n'est pas aussi importante en pratique⁸.

Concernant le VIH, le taux d'efficacité du préservatif masculin est estimé selon les études entre 64 et 70% chez les HSH^{9,10} et entre 70 et 80% chez les hétérosexuels masculins et féminins^{11,12}.

Il est de 66% pour l'hépatite B¹³, 70% pour le HPV¹⁴, 30% pour la syphilis¹⁵ et l'herpès génital¹⁶ et 59% pour le gonocoque, le chlamydia et le trichomonas¹⁷.

La différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité en pratique du préservatif est avant tout liée à des problèmes au quotidien de ruptures et de glissements du préservatif avec 20% des utilisateurs de préservatif qui ont rapporté ces accidents au cours des 12 derniers mois dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » en 2006 de l'Institut National d'Etudes Démographiques.

- Utilisation

Il a été vendu 113,1 millions de préservatifs masculins en France en 2018 (hors ventes sur internet) et 5 millions ont été mis à disposition gratuitement par l'État en 2018 via les associations et les centres de planning familial¹⁸.

En décembre 2018, le préservatif masculin EDEN est devenu le premier préservatif remboursé par la sécurité sociale sur prescription, suivi par le préservatif SORTEZ COUVERTS ! en mars 2019.

Le préservatif interne, dit préservatif féminin

- Efficacité

Il n'y a pas de données sur les performances du préservatif féminin aussi précises que pour le préservatif masculin. *In vitro*, il semble aussi efficace que ce dernier¹⁷ et les revues de la littérature tendent à montrer que son utilisation permet de diminuer l'incidence des IST chez la femme et d'encourager les rapports sexuels protégés²⁰. Une nouvelle revue systématique de la littérature est en cours pour réévaluer son efficacité sur la transmission des IST²¹. On sait que les difficultés de manipulation aux premières utilisations diminuent cette efficacité, mais ces difficultés diminuent significativement à mesure des utilisations²².

- Utilisation

Ce préservatif est disponible sur le marché européen depuis 1991 et est importé et commercialisé par une seule société.

Son emploi est plus rare que celui du préservatif masculin. En effet, son coût (6 à 9 euros la boîte de trois) plus important, le peu de visibilité et de disponibilité dans les pharmacies et les commerces, les difficultés aux premières utilisations et son aspect représentent de nombreux freins à sa diffusion.

Il est surtout distribué gratuitement par l'État (360 000 en 2018)¹⁸.

La digue buccale

Il s'agit d'un carré de latex ou de polyuréthane à l'origine employé comme champ opératoire par les chirurgiens-dentistes pour isoler les dents à traiter du reste de la cavité buccale et de la salive. Vendu comme tel, il peut aussi être confectionné à partir d'un préservatif masculin²³.

Utilisée depuis les années 1980 pour la prévention des IST lors des rapports sexuels oro-génitaux et oro-anaux, l'efficacité de la digue buccale n'a pas été évaluée et son utilisation, peu étudiée, semble rester confidentielle²⁴.

b. La vaccination

Il existe aujourd'hui des vaccins prévenant la contamination par plusieurs IST. Leur couverture vaccinale nationale est peu satisfaisante, la France étant l'un des pays au monde où la proportion de messages négatifs sur la vaccination est l'une des plus importantes²⁵.

Hépatite B

- Population générale

L'objectif national de couverture vaccinale contre le VHB est fixé à 75% chez les adolescents de 15 ans mais elle est estimée à seulement 35,8% par l'étude Vaccinoscopie® en 2017.

Pour la population générale, la vaccination contre le VHB repose sur trois injections réalisées à 2, 4 et 11 mois. Un rattrapage est recommandé chez les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus et, pour les adolescents de 11 à 15 ans, un schéma en deux injections séparées de six mois est possible²⁶.

Pour les enfants nés à partir de 2018, la vaccination contre le VHB est obligatoire²⁷.

- Cas particuliers

La vaccination est également obligatoire pour les professionnels exerçant dans les établissements ou services suivants²⁸ :

- hôpitaux et autres établissements de soins,
- établissements de protection maternelle et infantile (PMI) et de planification familiale,
- laboratoires d'analyses de biologie médicale,
- centres et postes de transfusion sanguine,
- établissements de conservation de produits humains autres que sanguins,
- établissements et services pour personnes handicapées et pour personnes âgées,
- établissements et services sociaux de protection de l'enfance,
- établissements de garde d'enfants d'âge préscolaire,
- établissements de formation des personnels sanitaires,
- services communaux d'hygiène et de santé,
- entreprises de transport sanitaire,
- services de médecine du travail et de médecine scolaire,
- services de soins à domicile,
- services d'incendie et de secours.

Chez les adultes pour lesquels une immunisation rapide est souhaitable, il existe un schéma accéléré utilisant le vaccin Engerix® B20 µg, à savoir une primovaccination par trois injections à J0, J7 et J21 suivi d'un rappel douze mois plus tard.

Papilloma virus

La première autorisation de mise sur le marché en Europe des vaccins contre le HPV date de 2006, il s'agit donc d'une vaccination récente. De plus, le délai moyen entre la contamination

par le HPV et l'apparition d'un cancer du col de l'utérus est en moyenne de 20 à 30 ans. Son efficacité est donc toujours en cours d'évaluation mais un essai de 2019 a mis en évidence des éléments encourageants.

Cette étude écossaise rétrospective de 2019, portant sur 138 692 femmes, montre une diminution significative des lésions cervicales précancéreuses à l'âge de 20 ans chez les femmes vaccinées (vaccin bivalent) à l'âge de 12-13 ans. La diminution des lésions intra épithéliales de bas grade (CIN1) était de 79% et celle des lésions de haut grade de 88% pour les CIN2 ou lésions plus graves et de 89% pour les CIN 3 ou lésions plus graves. La performance du vaccin variait selon l'âge lors des injections et la vaccination s'est montrée d'autant plus efficace qu'elle avait été effectuée jeune²⁹.

- Population générale

Le but de la vaccination contre le HPV des adolescentes est la prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus liés aux HPV oncogènes.

L'objectif national de couverture vaccinale est fixé à 60% chez les adolescentes de 15 ans mais l'étude Vaccinoscopie® en 2017 a estimé que seulement 22% des adolescentes avaient bénéficié d'un schéma vaccinal complet et 31,1% avaient reçu au moins 1 dose. Dans ce contexte, la HAS soumet à consultation publique, jusqu'au 27 novembre 2019, un projet de recommandation visant à élargir aux hommes de 11 à 14 ans la vaccination contre le HPV.

Le vaccin nonavalent, Gardasil 9®, contre les HPV de type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, est actuellement recommandé en première intention chez les jeunes femmes non vaccinées antérieurement²⁶.

La vaccination repose alors sur 2 injections espacées de 6 à 13 mois, à effectuer entre 11 et 14 ans.

Un rattrapage est possible jusqu'à 19 ans révolus par 3 injections à 0, 2 et 6 mois, mais il faut noter que le vaccin est d'autant plus efficace qu'il a été réalisé avant que l'adolescente n'ait été exposée au risque d'infection par le HPV.

Concernant les adolescentes ayant commencé leur vaccination par les vaccins bivalents (Cervarix®) ou quadrivalents (Gardasil®), les injections suivantes doivent être réalisées avec le même vaccin selon les schémas suivants :

- vaccin bivalent, entre 11 et 14 ans révolus : 2 injections espacées de 6 mois,
- vaccin bivalent, entre 15 et 19 ans révolus : 3 injections à 0, 1 et 6 mois,
- vaccin quadrivalent, entre 11 et 13 ans révolus : 2 injections espacées de 6 mois,
- vaccin quadrivalent, entre 14 et 19 ans révolus : 3 injections à 0, 2 et 6 mois.

La vaccination contre le HPV ne dispense pas du dépistage du cancer du col par frottis cervical, recommandé tous les trois ans dès 25 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle.

- Cas particuliers

Le vaccin Gardasil 9® est aussi recommandé chez les HSH, qui ne bénéficient pas de la protection indirecte par la vaccination des adolescentes, en prévention des lésions précancéreuses anales, des cancers anaux et des condylomes²⁶.

La couverture vaccinale concernant les HSH n'est pas connue.

La vaccination peut être réalisée jusqu'à l'âge de 26 ans avec un schéma en trois injections à 0, 2 et 6 mois

Chez les sujets immunodéprimés, la vaccination est recommandée chez les filles comme les garçons selon les mêmes modalités que pour la population générale. Elle peut être réalisée dès l'âge de 9 ans lorsque le sujet est candidat à une greffe d'organe solide.

Hépatite A et méningocoque de type C chez les HSH

Entre 2014 et 2016, le HCSP a recommandé la vaccination des HSH contre les infections invasives à méningocoque de type C devant l'apparition de cas groupés entre 2012 et 2014 en Europe. Elle concernait les HSH fréquentant les lieux de convivialité ou de rencontre gays ou souhaitant se rendre à un ou des lieux de rassemblement gay, au-delà de 25 ans. Une souche de la bactérie, initialement particulière à la population ciblée et qui s'est ensuite étendue à la population générale, a notamment été responsable d'urétrites en France et en Allemagne³⁰. Cette vaccination n'est maintenant plus recommandée.

Concernant le VHA, la vaccination est toujours recommandée en France chez les HSH après vérification du statut sérologique par deux injections espacées de²⁶ :

- 6 mois à 5 ans pour le Havrix 1440®
- 6 à 36 mois pour le Avaxim 160®
- 6 à 18 mois pour le Vaqta 50®.

c. Le traitement comme prévention du VIH

Le traitement de l'infection du VIH repose sur la thérapie antirétrovirale. Son but est de diminuer la charge virale plasmatique et de la rendre indétectable afin de maintenir ou de restaurer le système immunitaire de la personne infectée.

En 2008, la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au SIDA affirmait que « *les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre IST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle* ». C'est le concept de traitement comme prévention ou TasP pour *Treatment as Prevention*.

Depuis, son efficacité a été confirmée par différentes études et notamment les études internationales HPTN 052 et *Partner*.

Dans la première, où 1 763 couples majoritairement hétérosexuels (97%) et séro-discordants vis-à-vis du VIH ont été suivis sur une durée médiane de 5,5 années, le traitement ARV a diminué le taux d'incidence du VIH de 93%³¹.

Dans la seconde, 1 166 couples séro-discordants vis-à-vis du VIH et sous traitement ARV efficace ont été suivis sur une durée médiane de 1,3 ans, dont 548 couples hétérosexuels et 340 couples d'HSH, et aucune transmission du VIH n'est survenue³².

Il faut noter que ce mode de prévention ne protège pas des autres IST.

d. La prophylaxie pré-exposition

La prophylaxie pré-exposition au VIH ou PrEP repose sur la prise d'un traitement ARV, associant ténofovir disoproxil et emtricitabine, correspondant au Truvada®, par une personne séronégative et à haut risque de contamination par le VIH afin de prévenir cette contamination.

La PrEP en prise quotidienne a montré son efficacité sur la diminution du risque de contamination par le VIH chez les sujets séronégatifs.

Dans l'étude internationale iPrEx de 2010, randomisée en double aveugle contre placebo, portant sur 2 499 HSH et transgenres nés hommes ayant des relations sexuelles non protégées avec des hommes, à haut risque de contamination par le VIH et dont la sérologie à l'initiation de l'étude était négative, l'incidence du VIH a diminué de 44% dans le groupe sous TDF-FTC en prise quotidienne³³.

L'étude pilote anglaise *Proud*, randomisée ouverte, portant sur 546 HSH et transgenres nés hommes ayant des relations sexuelles non protégées avec des hommes, a comparé en 2016 deux groupes. Le premier devait bénéficier de l'association TDF-FTC immédiatement et le second de manière différée, 12 mois après le début de l'essai. La réduction de l'incidence du VIH était de 86% dans le groupe bénéficiant de la PrEP de manière immédiate et devant des preuves d'efficacité précoces dans l'analyse intermédiaire des données, le comité de surveillance de l'étude a recommandé, au cours de celle-ci, de proposer la PrEP à tous les participants dont ceux du groupe différé qui n'avaient pas encore eu la possibilité d'en bénéficier³⁴.

Une mauvaise observance de la prise quotidienne de TDF-FTC étant fortement suspectée de diminuer son efficacité, d'autres protocoles de prise du traitement ont été étudiés.

L'essai randomisé en double aveugle ANRS IPERGAY de 2015, a porté sur la PrEP à la demande. Les 414 participants étaient des HSH et des femmes transgenres ayant des relations sexuelles avec des hommes, à haut risque de contamination par le VIH et non contaminés par le VIH. Un premier groupe bénéficiait de la prise de deux comprimés de TDF-FTC 2 heures à 24 heures avant les rapports sexuels puis d'un comprimé 24 heures et 48

heures après ceux-ci. Le second groupe recevait un placebo selon le même protocole. La réduction de l'incidence du VIH était de 86% dans le groupe TDF-FTC par rapport au groupe placebo avec une prise médiane de 15 comprimés par mois³⁵.

Par la suite, l'essai a été poursuivi sous la forme d'une étude observationnelle de cohorte suivant 361 participants de l'essai ANRS IPERGAY, sur une durée médiane de 18,4 mois, qui bénéficiaient de la PrEP à la demande selon le même protocole que lors de la première phase de l'étude. L'incidence du VIH observée était réduite de 97% par rapport à celle du groupe placebo de l'étude ANRS IPERGAY.

L'étude a aussi montré une diminution de l'usage du préservatif. L'absence d'utilisation de ce dernier lors du dernier rapport sexuel était en effet passée de 77% au début de l'étude à 86% à 18 mois de suivi³⁶.

Parallèlement à une diminution de l'incidence du VIH chez les personnes bénéficiant de la PrEP, on observe ainsi une augmentation de l'incidence des autres IST. Selon une méta-analyse de 2016, le risque de contamination était multiplié par 25 pour le gonocoque, par 11 pour *Chlamydia trachomatis* et par 45 pour la syphilis chez les HSH utilisant la PrEP³⁷. Cependant ces personnes bénéficient d'un suivi médical régulier pour la prescription de la PrEP et donc de la possibilité de dépistages fréquents des IST pour les traiter précocement.

Actuellement en France, c'est la prise quotidienne de l'association ténofovir disoproxil et emtricitabine (Travada® et ses génériques) qui a été validée par l'AMM. La première prescription et une visite annuelle doivent être réalisées par un médecin expérimenté dans la prise en charge du VIH et exerçant à l'hôpital ou dans un CeGIDD. Le suivi trimestriel peut être fait par tout médecin³⁸.

e. Le traitement post-exposition

Des traitements post-exposition pour le VIH et le VHB existent pour réduire le risque de transmission de l'IST suite à des rapports sexuels à risques ou accidents d'exposition sexuelle. Les TPE ne sont actuellement accessibles que dans les services d'accueil des urgences et dans les services hospitaliers spécialisés.

VIH

Le TPE du VIH comprend 3 molécules dont deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse. Les INTI TDF-FTC et l'INNTI rilpivirine constituent en France le TPE de référence et leur association existe sous forme de comprimé unique³⁹. Ce TPE est efficace, et d'autant plus s'il est débuté de manière précoce après l'AES, et bien toléré. Une étude observationnelle française a suivi 163 personnes sous TPE dont 150 à la suite d'un AES et aucune séroconversion VIH n'a été retrouvée à 16 semaines de suivi. Les effets indésirables étaient fréquents mais principalement légers à modérés⁴⁰. Le TPE peut être initié jusqu'à 48 heures après l'AES.

Le choix de la prescription du TPE dépend du type de rapport sexuel à risque⁴¹ et du statut vis-à-vis du VIH du partenaire.

Figure 8 : Indications du TPE après exposition sexuelle³⁹

	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
Risque et nature de l'exposition	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée: HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Hépatite B

La vaccination et/ou l'injection d'immunoglobulines permettent de diminuer le risque de transmission de l'hépatite B à la suite d'un AES. Elles sont, au mieux, réalisées dans les 72 heures qui l'ont suivi et jusqu'à une semaine³⁹. Les immunoglobulines, à la posologie de 500 UI, confèrent une protection passive et transitoire allant de 3 à 6 mois.

La prescription de cette prophylaxie dépend du statut vaccinal de la personne, du statut vis-à-vis de l'hépatite B du partenaire et de la prescription ténorfovir en TPE du VIH.

En effet, les ARV recommandés pour le risque de contamination par le VIH, agissent aussi sur le VHB, et en particulier le ténorfovir⁴².

Figure 9 : Indications de la sérovaccination VHB³⁹

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Inconnu
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vacciné	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples

f. La circoncision masculine médicalisée

La circoncision masculine volontaire médicalisée n'est pas recommandée en France car inadaptée. Elle a cependant montré son efficacité pour la diminution de l'incidence du VIH dans certaines populations notamment africaines, de l'ordre de 60%⁴³.

g. Le dépistage

VIH

Les dernières recommandations de la HAS concernant le VIH datent de 2017.

Pour la population générale, un test de dépistage du VIH au moins dans la vie, chez les 15-70 ans, est préconisé en complément du dépistage ciblé. Dans les faits, seuls 50,2% des femmes (28,5% une fois et 21,7% plusieurs fois) et 45,2% des hommes (25,7% une fois et 19,5% plusieurs fois) ont déclaré avoir effectué au moins un test de dépistage du VIH au cours de leur vie dans l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » de l'institut National d'Etudes Démographiques de 2006. Ces chiffres sont en hausse, ils sont en effet presque deux fois supérieurs à ceux de l'enquête de 1992.

Pour les populations cibles, la fréquence des dépistages doit être renforcée :

- tous les 3 mois chez le HSH,
- tous les ans chez les usagers de drogue par voie intraveineuse,
- tous les ans chez les personnes originaires de zones à forte prévalence du VIH.

Des circonstances particulières doivent aussi amener à proposer un dépistage du VIH, à savoir en cas de diagnostic d'une autre IST, de prescription d'une contraception, de projet de grossesse ou de grossesse confirmée, d'IVG, de viol, d'incarcération et de diagnostic de tuberculose.

Chlamydia trachomatis

Les recommandations de l'ANAES de 2003 pour le dépistage de Chlamydia trachomatis ont été réévaluées par la HAS en 2018 et s'en sont suivies les recommandations suivantes.

Le dépistage doit être proposé de manière systématique aux femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, femmes enceintes comprises, c'est-à-dire ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois.

Un dépistage ciblé est préconisé pour :

- les HSH actifs de tout âge, présentant des facteurs de risque,
- les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque,
- les femmes enceintes de tout âge consultant pour une IVG.

Les facteurs de risque sont : le multi-partenariat, le changement de partenaire récent, le diagnostic d'une autre IST chez l'individu ou le partenaire, l'antécédent d'IST, les HSH, les personnes en situation de prostitution, les viols.

Gonocoque

La dernière stratégie de dépistage des infections à gonocoque a été établie par la HAS en 2010.

Le dépistage est actuellement recommandé chez les populations cibles suivantes :

- les personnes dépistées ou diagnostiquées pour une autre IST,
- les personnes ayant des antécédents d'IST, dont le gonocoque,
- les HSH,
- les personnes porteuses du VIH,
- les hommes et les femmes ayant des comportements sexuels à risque, c'est-à-dire les personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ayant une utilisation inadaptée des préservatifs et le partenaire sexuel d'une personne infectée par le gonocoque ou par une autre IST.

Il doit aussi être proposé chez toute personne ayant recours aux soins dans les CeGIDD, les CPEF, les centres d'orthogénie et les centres d'éducation sexuelle.

Syphilis

Le dépistage de la syphilis est avant tout ciblé aux circonstances suivantes selon les recommandations de la HAS 2007 :

- chez les travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise),
- chez les personnes fréquentant les travailleurs du sexe et ayant des rapports non protégés (fellation comprise),
- lors du diagnostic ou en cas d'antécédent d'IST à type de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH,
- chez les personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires par an,
- chez les migrants en provenance de pays d'endémie,
- lors d'une incarcération,
- après un viol.

Le rythme des dépistages doit être adapté au contexte.

Hépatite B

La stratégie de dépistage de l'hépatite B en France n'est pas clairement définie⁴⁴. Elle doit être proposée aux personnes considérées à risque, dont :

- les personnes nées ou ayant résidé dans les régions de forte ou moyenne endémicité,
- l'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB,
- les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale,
- les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives,
- les voyageurs et les personnes amenés à résider dans un pays de forte ou moyenne endémicité,
- les adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques,
- les personnes séropositives pour le VHC ou ayant une IST en cours ou récente,
- les personnes ayant un tatouage ou un piercing,
- les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral,
- les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents,
- les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.

3. Techniques de dépistage des principales IST

a. VIH

La sérologie VIH

Elle permet le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH et est réalisable dans les CeGIDD et les laboratoires d'analyses médicales publics ou privés. De plus, depuis le premier juillet 2019, le dispositif « VIHTEST » permet d'effectuer ce test de manière gratuite, sans ordonnance et sans rendez-vous dans tous les laboratoires d'analyses médicales de Paris et des Alpes-Maritimes.

Depuis 2010, les biologistes doivent utiliser les tests Elisa combinés de 4^e génération⁴⁵. Ces tests détectent la présence combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'antigène p24 du VIH-1, avec un seuil minimal de détection de l'antigène p24 du VIH-1 de 2 UI/mL.

Si le test Elisa est négatif, l'infection par le VIH ne peut être éliminée que si le test a été réalisé au moins 6 semaines après une exposition supposée au VIH.

Si le test Elisa est positif, une analyse de confirmation par Western blot ou immunoblot doit être réalisée à l'initiative du biologiste sur le même échantillon sanguin. Cela permet aussi une différenciation entre une infection à VIH-1 ou à VIH-2.

Si le test de confirmation est négatif ou douteux, afin de ne pas méconnaître une primo-infection au stade de pré-séroconversion, le biologiste médical doit effectuer sur le même échantillon sanguin, à son initiative, une détection de l'antigène p24 du VIH-1 (à un seuil de détection au moins équivalent à celui du test Elisa combiné utilisé dans l'analyse de dépistage), confirmée par un test de neutralisation en cas de positivité. Lorsqu'il en a la possibilité, le biologiste médical peut réaliser, à la place de cette détection, une recherche d'ARN viral plasmatique du VIH-1.

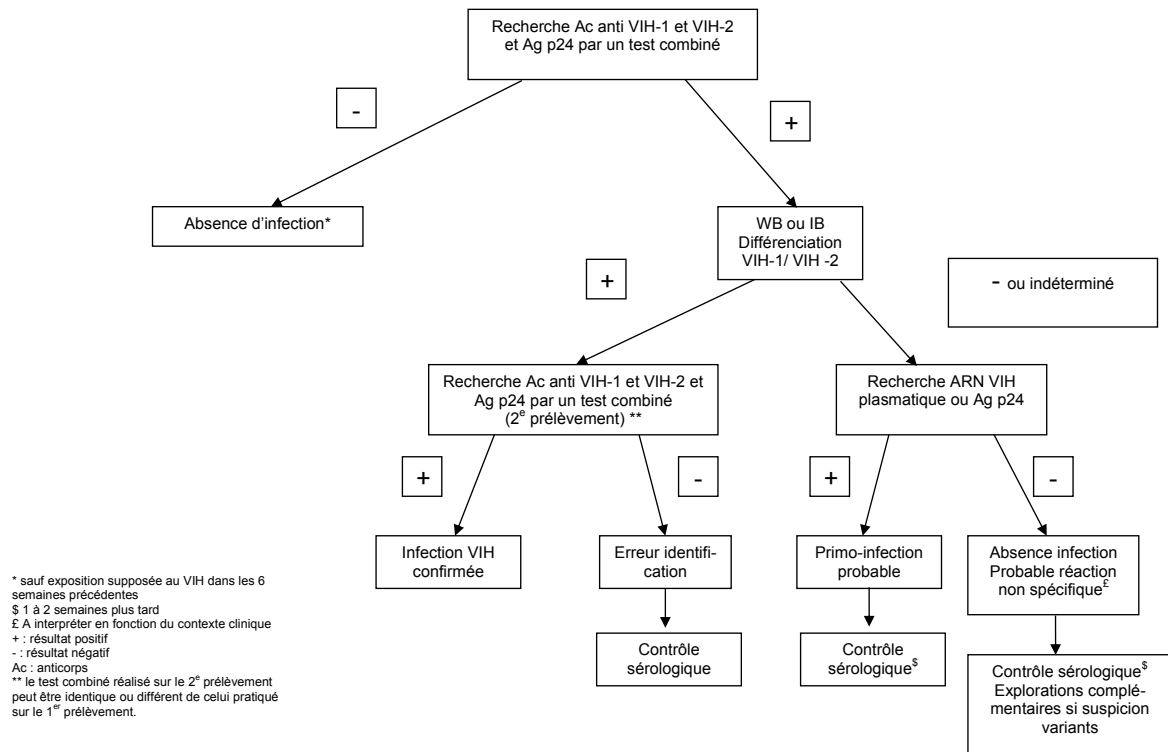
L'affirmation de l'infection par le VIH nécessite toujours de disposer des résultats concordants de deux prélèvements distincts.

En cas de positivité de l'analyse de confirmation, un second prélèvement devra donc obligatoirement être réalisé afin d'éliminer une erreur d'identité. Il est recommandé de pratiquer une nouvelle analyse de dépistage sur ce second prélèvement mais il n'est pas nécessaire de réaliser une nouvelle analyse de confirmation.

Seul un résultat positif sur le second prélèvement permettra de valider le résultat et d'affirmer le diagnostic d'infection par le VIH.

Devant tout syndrome infectieux aigu compatible avec une primo-infection par le VIH, il est nécessaire de réaliser d'emblée la recherche de l'ARN VIH plasmatique (charge virale) associée à un test sérologique VIH combiné (détection de l'antigène p24 et des anticorps anti-VIH 1 et 2)⁴⁶.

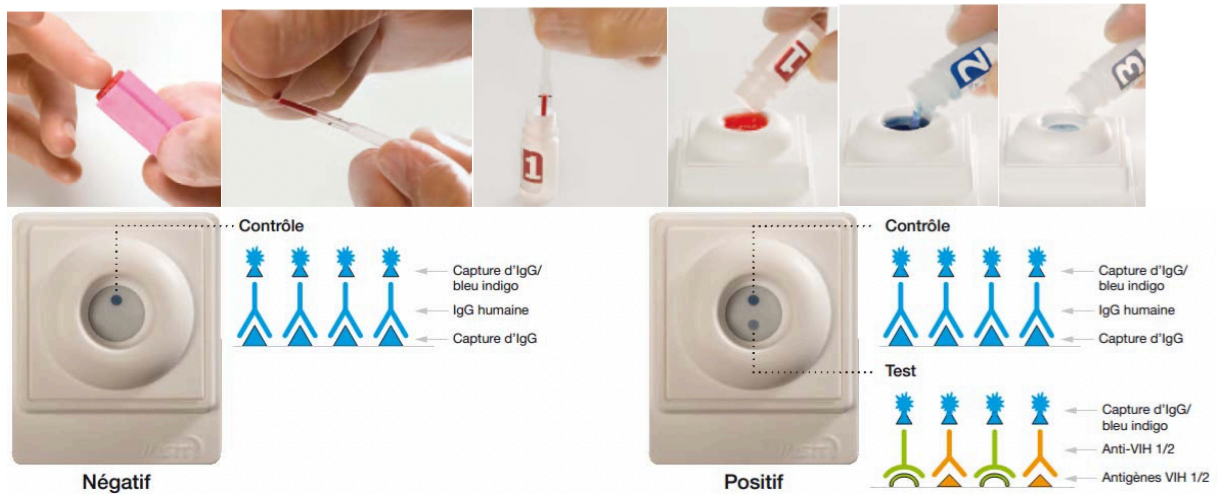
Figure 10 : Algorithme de dépistage de l'infection à VIH selon les recommandations de la HAS⁴⁷



Les tests rapides d'orientation diagnostique

Un TROD est un test fiable⁴⁸ défini comme un test unitaire, à lecture visuelle subjective, de réalisation simple⁴⁹ et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement). Ce test est pratiqué sur sang total, plasma ou sérum, conformément aux instructions du fabricant, au moyen d'un réactif détectant l'infection par les VIH-1 et VIH-2, avec un marquage CE. Il existe aussi des tests combinant la recherche de l'antigène et d'anticorps.

Figure 11 : Réalisation et interprétation d'un TROD, exemple du mode d'emploi du TROD INSTI™



Depuis 2010, les TROD peuvent être réalisés dans des structures associatives par des personnels formés, ce qui facilite l'accès au dépistage aux populations cibles.

En cas de TROD positif, la personne concernée est systématiquement orientée, voire accompagnée si nécessaire, vers un médecin, un établissement de santé ou un service de santé en vue de la réalisation par un laboratoire de biologie médicale, public ou privé, d'un diagnostic biologique de l'infection par les VIH-1 et 2.

En cas de TROD négatif, la personne testée est informée des limites inhérentes à l'interprétation du résultat du test et de la possibilité de réaliser le diagnostic biologique précipité, notamment en cas de risque récent de transmission du VIH.

Un résultat négatif ne peut pas être interprété en cas de prise de risque datant de moins de 3 mois.

Les autotests de dépistage de l'infection par le VIH

Les ADVIH sont des TROD fiables⁵⁰ pour lesquels le prélèvement, la manipulation et la lecture du résultat sont faits par la personne testée avec un délai d'obtention de résultat inférieur à 30 minutes. Ils sont vendus en pharmacie et délivrés gratuitement dans les CeGIDD, les associations habilitées, les centres d'addictologies, les centres de réduction des risques liés à la toxicomanie ainsi que dans les appartements de coordination thérapeutique. Tout test positif doit être confirmé par un test Elisa combiné⁵¹.

b. Chlamydia trachomatis

Les tests d'amplification d'acides nucléiques sont les tests de référence de dépistage des infections par *Chlamydia trachomatis*. Ils sont réalisés préférentiellement sur un prélèvement d'urines (premier jet) pour l'homme ou sur un prélèvement (cervico-)vaginal pour la femme mais peuvent aussi être réalisés sur prélèvement urétral, anal et pharyngé en fonction du contexte⁵².

En raison du caractère intime des prélèvements vaginaux qui peut représenter un frein au dépistage, les auto-prélèvements sont une alternative au prélèvement cervico-vaginal en laboratoire. Ils doivent être proposés en première intention.

Il existe des tests de diagnostic rapide, mais ils ne sont pas recommandés en raison de leurs faibles performances.

La sérologie n'est indiquée qu'en cas de suspicion d'infection génitale haute.

c. Gonocoque

Dans un contexte de dépistage, les TAAN sont recommandés sur prélèvement urinaire chez l'homme (premier jet) et sur auto-prélèvement vaginal chez la femme. Ils peuvent aussi être réalisés sur prélèvements pharyngés ou anaux en fonction des pratiques sexuelles⁵³.

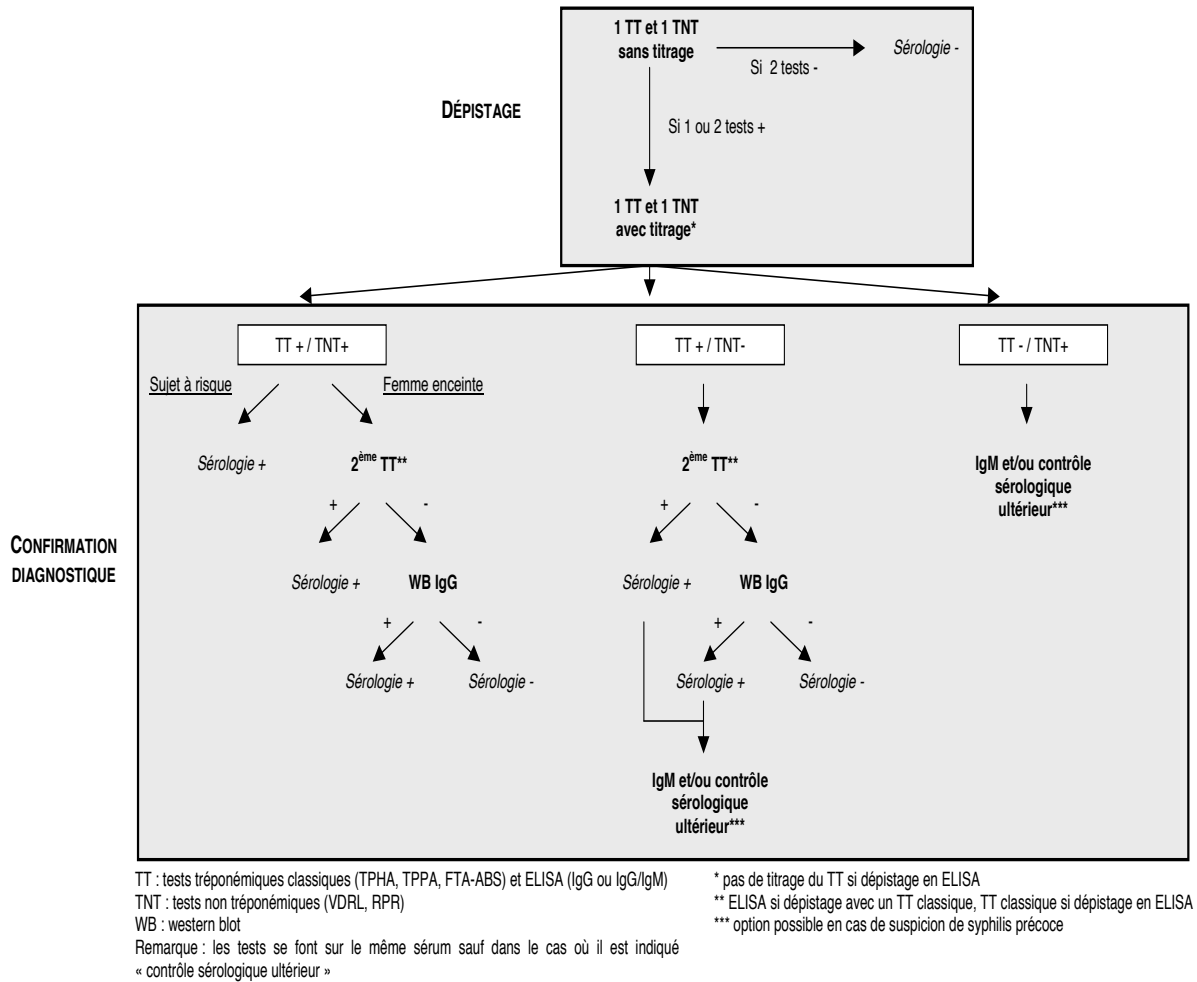
Chez l'individu symptomatique, la culture est le mode diagnostic de référence de l'infection par le gonocoque sur prélèvement urinaire (premier jet) ou urétral chez l'homme ou auto-prélèvement vaginal chez la femme. Il peut être complété par l'utilisation des TAAN si le prélèvement risque d'être altéré. Si le prélèvement est anal ou pharyngé, seuls les TAAN sont indiqués.

d. Syphilis

Les tests sérologiques sont recommandés pour le dépistage de la syphilis. Deux procédures sont actuellement possibles.

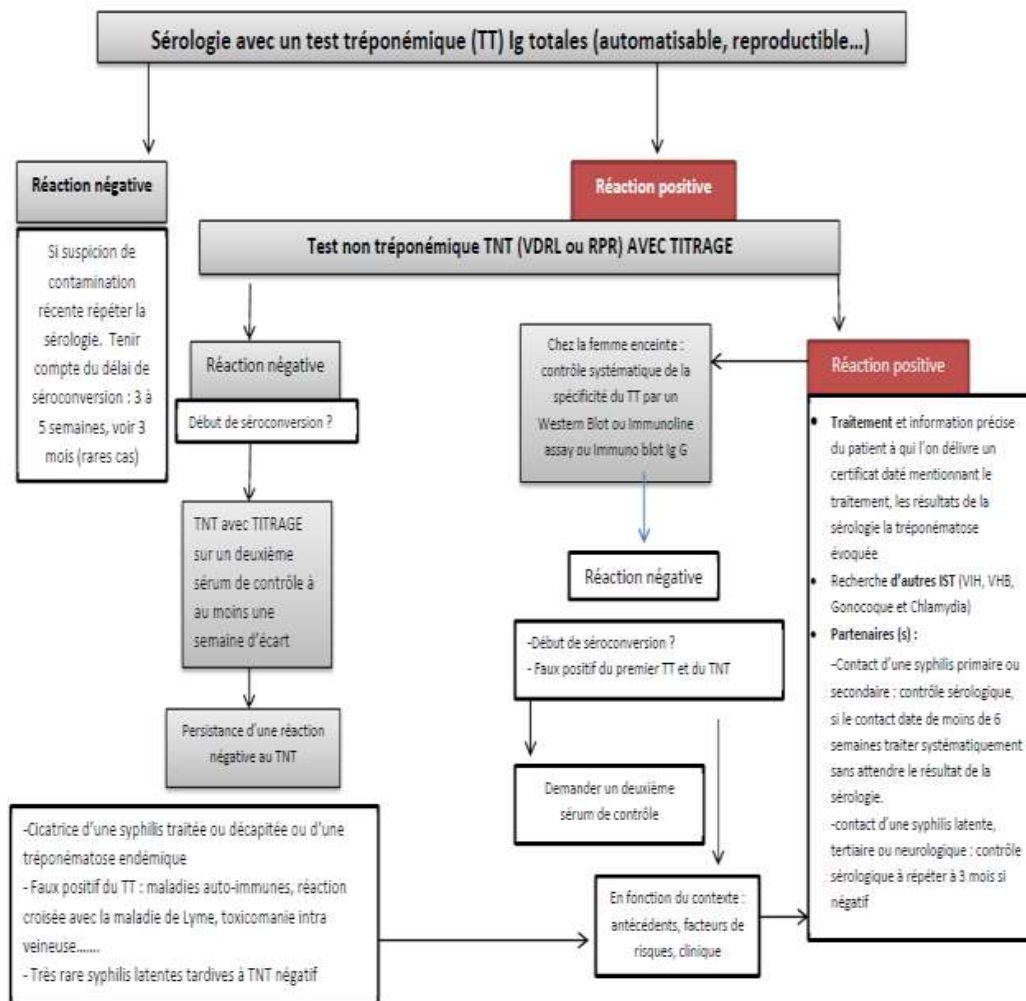
La première associe un test tréponémique à un test non tréponémique⁵⁴.

Figure 12 : Dépistage de la syphilis associant TT et TNT⁵⁴



La seconde proposée par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie consiste à la réalisation d'un TT associant IgG et IgM suivi d'un TNT en cas de positivité⁵⁵.

Figure 13 : Dépistage de la syphilis associant TT et immunoglobulines⁵⁵



Il existe des TROD de la syphilis dont les performances ont été évaluées par l'ANSM en 2015 mais ceux-ci n'ont pas encore été validés. Leur sensibilité est comprise entre 95 et 100% et leur spécificité entre 94,7 et 100% (données fournies par les fabricants). Un de ces TROD combine le dépistage du VIH avec celui de la syphilis⁵⁶.

e. Hépatite B

Le dépistage de l'hépatite B repose sur la détection de trois marqueurs, l'anticorps anti-HBc, l'antigène HBs et l'Ac anti-HBs, par test Elisa. Ce test permet d'identifier différents types de populations dont celles atteintes d'hépatite B chronique et celles n'ayant jamais été en contact avec le virus afin de leur proposer la vaccination. La présence de l'Ag HBs signe une infection en cours⁵⁷.

Figure 14 : Interprétation des marqueurs sériques de dépistage⁵⁷

Statut immunitaire	AgHBs	Ac anti-HBs**	Ac anti-HBc	Interprétation	Vaccination
Patient non immunisé	-	-	-	Absence de contact avec le VHB	OUI
Patient immunisé	-	+	-	Immunisation par la vaccination	NON
Patient immunisé	-	+	+	Infection ancienne guérie	NON
Portage	+	-	+	Infection virale en cours	NON
Patient immunisé	-	-	+	Infection ancienne (perte de l'Ac anti-HBs)	NON

*Ce tableau ne prend pas en compte les personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique (obligation d'immunisation)

**Taux d'anticorps anti-HBs protecteurs > 10 mUI/mL

Le dépistage du VHB peut aussi se faire par TROD⁵⁸. Il s'agit de tests fiables⁵⁹ réalisables, comme le TROD du VIH en milieu associatif.

En cas de TROD positif, la sérologie, qui est l'examen de référence, doit être réalisée.

II. Éducation à la sexualité et sources d'information des adolescents

1. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire

a. Cadre législatif et réglementaire

C'est en 1973, dans un contexte de libéralisation des mœurs au lendemain de la législation sur la contraception par la loi Neuwirth de 1967 et de « mai 68 », que l'éducation à la sexualité fait son entrée en milieu scolaire par la circulaire dite « Fontanet ». Le ministre de l'Éducation nationale, Joseph Fontanet, proposait alors une information scientifique obligatoire au sein de l'école et accompagnant le programme de biologie « *avec la progressivité, la prudence et le tact nécessaire* »⁶⁰. L'éducation serait, elle, facultative et aurait pour objectif d'« *aider les jeunes à un âge difficile à acquérir la pleine maîtrise de leur*

vie affective et à accéder à un comportement responsable vis-à-vis d'eux-mêmes, de leur famille et des autres ». Pour appliquer ces propositions, s'ajoute la création du Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la régularisation des naissances et de l'éducation familiale.

C'est en 1985 que l'éducation à la sexualité fait son entrée à l'école primaire, via la circulaire dite « Chevènement » et qu'est créé le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté. Ses missions actuelles sont de contribuer à l'éducation à la citoyenneté, préparer les plans de prévention de la violence, proposer des actions pour aider les parents en difficultés et lutter contre l'exclusion, définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.

En 1992, la circulaire n°92-196, modifiée par la circulaire n°2004-139 du 13 juillet 2004, encourage les relations entre les associations et le monde de l'éducation.

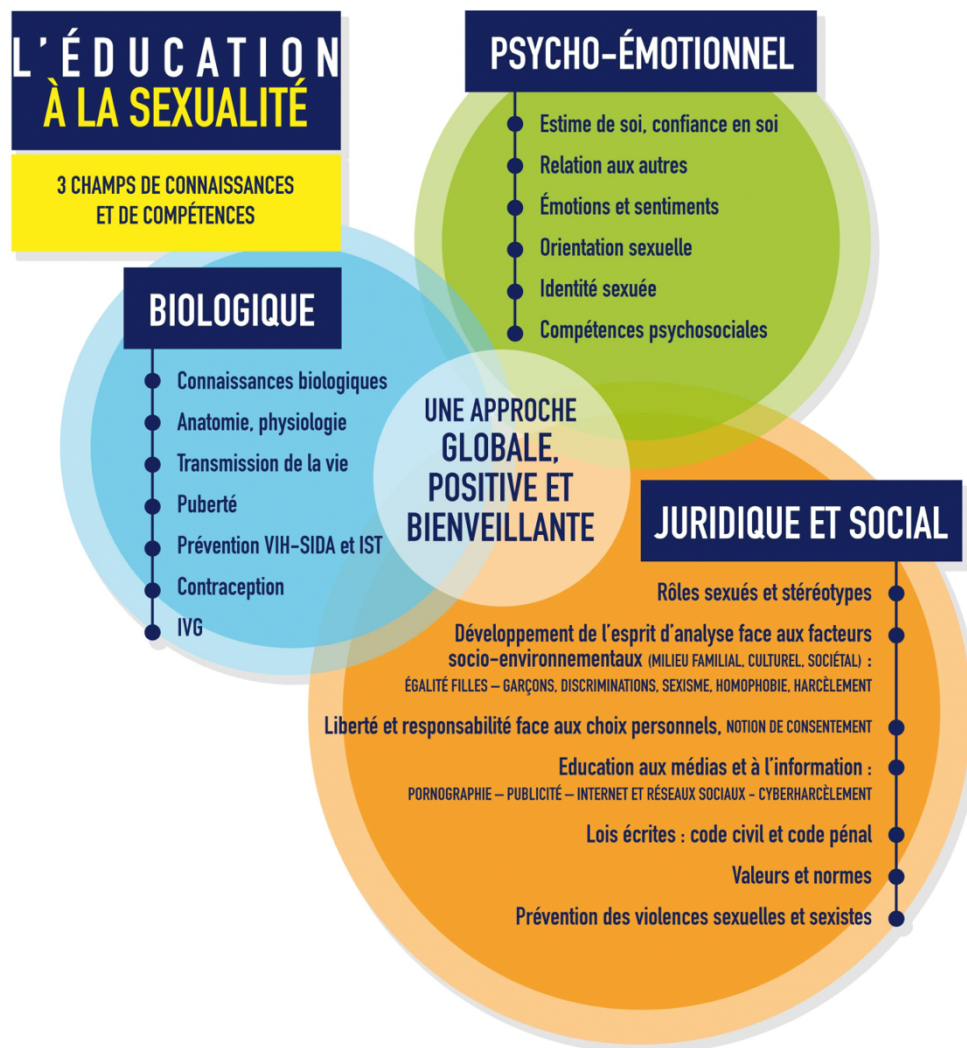
En 1998, la circulaire relative à l'éducation sexuelle et à la prévention du SIDA remplace la circulaire « Fontanet ». Elle insiste sur le fait de développer une véritable éducation à la sexualité en intégrant des dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles et morales et se donne pour but de généraliser les actions sur la sensibilisation et la prévention des risques liés au VIH.

En 2001, l'éducation à la sexualité devient une obligation légale via la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. L'article L.312-16 stipule qu'« *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés* ». La circulaire du 17 février 2003 précise les modalités internes d'organisation de l'Education Nationale.

Depuis 2012, chaque recteur d'académie doit désigner une équipe académique de pilotage en charge d'accompagner la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les projets d'établissement.

La dernière définition reconnue de l'éducation à la sexualité est celle proposée par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. C'est « *une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités, adaptée à l'âge, basée sur des informations scientifiques, sans jugement de valeur. Elle vise, à partir de la parole des jeunes, à les doter des connaissances, compétences et savoir-être dont ils et elles ont besoin pour une vie sexuelle et affective épanouie. Elle s'inscrit dans une conception holistique de la santé et est un outil indispensable pour atteindre l'égalité femmes-hommes* ».

Figure 15 : L'éducation à la sexualité : champs de connaissances et de compétences⁶¹



b. Mise en œuvre et réalisation

Au niveau de l'école élémentaire, les modalités retenues pour la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité sont présentées lors du conseil d'école et portées à la connaissance des parents lors de la réunion de rentrée⁶².

Au niveau des collèges et des lycées, ces modalités sont établies dans le cadre du CESC. Celui-ci est dirigé par le chef d'établissement et peut comprendre des représentants des personnels enseignants, des parents et des élèves désignés par le chef d'établissement sur proposition des membres du conseil d'administration appartenant à leurs catégories respectives, des personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement, des représentants de la commune et de la collectivité de rattachement au sein de ce conseil, des représentants des partenaires institutionnels (police, gendarmerie, service départemental

d'incendie et de secours et associatifs) et un ou plusieurs représentants de la Réserve citoyenne de l'Education Nationale.

La politique d'éducation à la sexualité fait l'objet d'un suivi et est piloté au niveau académique.

Dans les faits, malgré l'inscription dans la loi de son caractère obligatoire et malgré les nombreuses circulaires précisant son organisation, l'accès à l'éducation à la sexualité en milieu scolaire n'est pas acquis.

Selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, « La prévention des grossesses non désirées : information, éducation, communication » de 2009, la loi du 4 juillet 2001 est très inégalement et partiellement appliquée malgré les précisions apportées par le décret de 2003. L'éducation à la sexualité rencontre de nombreux obstacles organisationnels, matériels et financiers et dépend beaucoup des initiatives et de l'implication locales.

Un autre état des lieux a été effectué entre 2014 et 2015 par le HCE via son baromètre « Éducation à la sexualité en milieu scolaire » portant sur 3000 établissements. Celui-ci a révélé que 25% des écoles élémentaires répondantes n'avaient mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale. Quand elles étaient réalisées, les séances d'éducation à la sexualité ne concernaient pas toutes les classes mais étaient surtout concentrées sur certaines à savoir le CM1, le CM2, la 4^e, la 3^e et la 2nde. A la question « *Avez-vous rencontré des difficultés à la mise en œuvre ?* », la réponse avait été positive pour 28% des écoles élémentaires, 25% des collèges et 29% des lycées et les principaux freins mis en évidence étaient le manque de moyens financiers, la disponibilité des personnels et la gestion des emplois du temps. Il était souligné aussi le manque de formation du personnel enseignant.

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire est donc toujours en construction. Dans ce cadre le HCE a émis en 2016 de nombreuses recommandations pour l'améliorer, avec par exemple son intégration à la formation initiale des personnels éducatifs, le développement des échanges qui doivent être réguliers entre le Comité National de pilotage et les partenaires extérieurs à l'Éducation Nationale ou encore le fait de mieux écouter et prendre en compte la parole des jeunes. Elle recommande aussi de s'appuyer sur les médias pour s'adresser à eux.

2. Le médecin généraliste

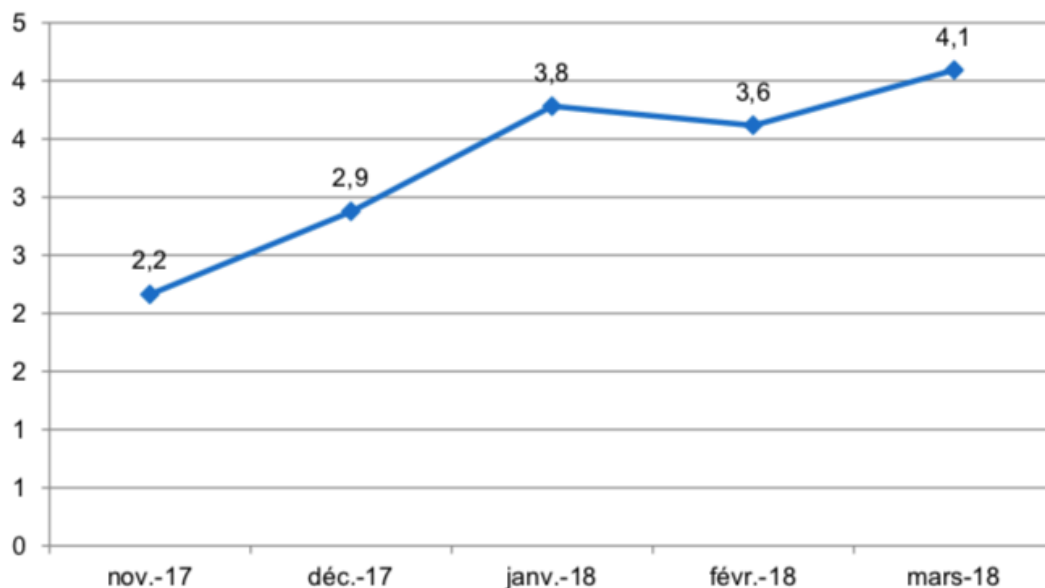
Le médecin généraliste a une place importante à maintenir ou investir auprès des adolescents. Il « *peut apporter des informations sur la sexualité aux adolescents et aux parents, faciliter la communication parents-adolescents concernant les problèmes sexuels et peut être un référent pour les adolescents* »⁶³.

La représentation par les jeunes du champ d'action du médecin généraliste est imprécise⁶⁴ et selon une thèse de médecine générale de 2010 portant sur 250 élèves de 3^{ème}, 94%

d'entre eux estimaient qu'il existait au moins un obstacle à aborder le sujet de la sexualité avec son médecin traitant. Ce dernier doit donc, dans la mesure du possible, lever les obstacles en abordant le sujet, en rassurant l'adolescent sur le caractère confidentiel de la consultation, en se montrant disponible, empathique et pédagogue⁶⁵.

Depuis novembre 2017, la Consultation de Contraception et Prévention permet de valoriser ce travail exigeant. Celle-ci est proposée aux jeunes filles de 15 à 18 ans pour leur première consultation de contraception et de prévention des IST. Le médecin peut coter cet acte à 46 euros et celui-ci est pris en charge à 100% avec donc la possibilité d'appliquer le tiers payant. Dans les cinq premiers mois ayant suivi son instauration, 16 500 CCP ont été remboursées avec un nombre de CCP croissant. 55% de ces consultations concernaient des médecins généralistes, 44% des gynécologues et 1% des pédiatres⁶⁶

Figure 16 : Consultation Contraception et Prévention en milliers d'actes⁶⁴



3. Internet et médias

a. Internet et sites institutionnels

Internet permet l'accès à l'information de manière facile, gratuite et anonyme. L'INPES et l'Agence Nationale de Santé Publique ont développé plusieurs sites fiables et dont les contenus se croisent et se complètent pour informer, en particuliers les jeunes, sur la sexualité.

www.onsexprime.fr

Il s'agit du site dont le contenu est le plus large sur la sexualité. En effet plusieurs thèmes sont abordés au travers des rubriques « sexe anatomy », « première fois », « sexe & santé »,

« plaisir », « sexe & sentiments », « sexe & égalité » et « sexe & droits ». En plus des données à visée éducative, ce site informe aussi sur les interlocuteurs privilégiés en matière de sexualité, d'IST, de contraception ou d'IVG, à savoir les professionnels de santé dont le médecin généraliste mais aussi les CPEF, les centres de dépistage, les Centres Régionaux d'Information et de Prévention du SIDA et pour la santé des jeunes, ainsi que d'autres sites sur internet.

www.info-ist.fr

Ce site donne des informations sur les différentes IST et est essentiellement consacré à leur prévention et à la sensibilisation au dépistage.

www.filsantejeunes.com

Il s'agit d'un site d'information généraliste sur la santé, adressé aux jeunes, allant de la sexualité à la nutrition et donnant aussi les coordonnées des interlocuteurs à contacter en fonction des besoins. Il est équipé d'un chat individuel et collectif ainsi que d'un forum avec des professionnels qui répondent aux questions posées.

www.sida-info-service.org

Ce site informe sur le VIH comme sur les autres IST. Il est équipé d'un annuaire d'orientation vers les centres de dépistage (CeGIDD, associations), les consultations pour prescription de la PrEP, les services hospitaliers prenant en charge le VIH et les hépatites ainsi que vers les associations agissant autour des domaines du VIH et des hépatites et de la communauté Lesbien(ne)s, gays, bisexuels et transgenres. Comme le précédent site, il donne la possibilité d'adresser des questions directement à des professionnels.

www.choisirscontraception.fr

Ce site propose des informations simples et fiables sur la contraception et informe sur les principaux interlocuteurs en matière de sexualité, contraception, de vie relationnelle et affective.

www.ivg.gouv.fr

Devant des risques importants de désinformation sur internet sur le sujet de l'IVG, le gouvernement a créé ce site pour informer sur l'IVG (des techniques aux lieux les pratiquant). Il met aussi en avant un numéro de téléphone d'informations, anonyme et gratuit.

www.paroledado.fr

Il s'agit d'un site internet généraliste belge pour les adolescents. Il est animé par une association à but non lucratif. Il aborde les sujets de la sexualité, de la santé mentale et physique, des conduites addictives ou encore de la scolarité. Les adolescents peuvent poser

des questions sur un forum auxquels des professionnels s'engagent à répondre sous 72 heures.

Ces outils divers et accessibles restent peu connus et peu mobilisés par les jeunes.

b. Internet et autres sites

Le domaine de la sexualité a aussi été investi sur internet par des profanes, via les blogs et les réseaux sociaux, comme Enjoyphoenix, Emma CakeCup ou encore Nadia Richard. Ces sources d'information ne sont pas contrôlées et peuvent représenter un outil éducatif formidable comme un vecteur d'erreurs, voire de mensonges. Elles sont pourtant les plus consultées par les adolescents.

En effet, selon une consultation menée en Midi-Pyrénées auprès de jeunes âgés de 14 à 20 ans, ceux-ci recourent en premier lieu aux réseaux sociaux (39,2%), aux sites et forums santé (33,3%) et aux blogs et sites adolescents (21,6%) pour s'informer sur la sexualité et 64% d'entre eux ont souvent recours aux réseaux sociaux pour trouver des réponses aux questions qu'ils n'osent pas poser ailleurs⁶⁷.

La pornographie joue un rôle de plus en plus important dans l'éducation sexuelle des adolescents. Selon une étude de l'institut de sondage Ifop pour l'Observatoire de la Parentalité et de l'Éducation Numérique réalisée 2017 auprès d'un échantillon de 1 005 personnes, représentatif de la population âgée de 15 à 17 ans résidant en France métropolitaine, 51% des 15-17 ans ont déjà consulté un site pornographique contre 37% en 2013. 45% estiment que la pornographie a participé à l'apprentissage de leur sexualité.

c. Médias

Plusieurs émissions de radio ciblent les adolescents et abordent le domaine de la sexualité comme *Radio libre* sur Skyrock ou encore *Lovin' Fun* sur Fun Radio. Leur contenu est souvent le sujet de polémiques du fait de leur caractère parfois sexiste et vexatoire et ceci malgré le fait qu'une de ces émissions est co-animée par un médecin généraliste et sexologue.

Mises de côté ces émissions de divertissement à l'approche parfois discutable, il n'existe pas en France de programme régulier à destination des jeunes qui les informe sur la sexualité à la radio ou à la télévision. Le HCE a recommandé en 2016 d'investir ces médias et de proposer des programmes pédagogiques ciblés sur les jeunes.

4. Connaissances des jeunes

Avec toutes les sources d'informations exposées, les jeunes se sentent bien informés sur leur santé. En 2010, 88% d'entre eux se sentaient bien ou très bien informés sur le SIDA et

63,8% se sentaient bien ou très bien informés sur les IST (hors SIDA)⁶⁸. En 2018, 20% d'entre eux s'estimaient mal informés sur le SIDA⁶⁹. Pourtant une étude menée par l'institut de sondage Opinion Way pour la mutuelle SMEREP à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA 2018 a révélé des comportements inadaptés et dangereux chez les étudiants et la persistance de fausses croyances. Ainsi, en 2018, un étudiant sur deux déclarait ne pas utiliser de préservatif à chaque rapport sexuel, sept étudiants sur dix ne se faisaient pas dépister systématiquement lorsqu'ils changeaient de partenaire et un lycéen sur dix pensait que l'on guérissait facilement du VIH-SIDA avec les traitements actuels.

Qu'en est-il actuellement ? Je propose de répondre à cette question dans cette thèse en interrogeant des lycéens de trois communes des Hauts-de-Seine sur leurs connaissances sur les IST.

I. Matériel et méthode

L'enquête a été réalisée pour évaluer les connaissances des adolescents sur les IST au cours d'interventions d'éducation à la sexualité dans cinq lycées des Hauts-de-Seine. Un questionnaire (Annexe 1) a été distribué de manière systématique aux lycéens présents à ces interventions.

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient peu nombreux. Les individus inclus devaient être des élèves du lycée où avait lieu l'intervention, participer à la séance, avoir rempli le questionnaire et être âgés de 14 à 20 ans. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

2. Lieux de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique. Le questionnaire avait été distribué dans cinq lycées des Hauts-de-Seine au cours d'interventions d'éducation à la sexualité effectuées par le docteur Camille Charpentier, médecin généraliste exerçant à la Maison de Santé Pluri-professionnelle des Chênes à Suresnes. Parmi les cinq lycées, trois étaient des lycées professionnels, les lycées Gustave Eiffel de Rueil-Malmaison, Louis Blériot de Suresnes et Lucien Voilin de Puteaux et deux étaient des lycées généraux, les lycées Richelieu de Rueil-Malmaison et Paul Langevin de Suresnes.

3. Conditions de réalisation

Le questionnaire était distribué en classe en début d'intervention et était récupéré à la fin. La consigne était donnée de ne pas répondre aux questions si la réponse n'était pas connue par l'individu. Le temps de remplissage des questionnaires n'était pas fixe et dépendait du temps disponible pour réaliser l'intervention. Le support numérique sur lequel reposait l'intervention est présenté en annexe 2.

4. Le questionnaire

Le questionnaire, initialement établi à visée didactique, contenait vingt questions à choix multiples, avec une ou plusieurs réponses possibles, et deux questions sur l'âge et le sexe de l'individu.

Sept d'entre elles décrivaient le profil des individus inclus dont l'âge et le sexe.

Les réponses « oui » et « non » étaient proposées aux questions :

- « Avez-vous déjà eu une intervention sur la sexualité au collège ou au lycée ? »,
- « Avez-vous déjà abordé la sexualité, la contraception ou les dépistages des IST avec un médecin ? »,
- « Avez-vous déjà eu des relations sans préservatifs ? ».

Les réponses « oui », « non » et « je ne sais pas » étaient proposées aux questions :

- « Si vous êtes une fille, pensez-vous être vaccinée contre le papilloma virus (cancer du col de l'utérus) Gardasil / Cervarix? »,
- « Savez-vous si vous êtes vacciné contre l'hépatite B ? ».

Cinq questions permettaient de décrire les connaissances générales et les comportements autour des IST :

- « Après un rapport sexuel non protégé, on peut attraper ? » :
 - l'infection par le VIH
 - l'hépatite B
 - des chlamydias
 - des champignons
 - l'herpès
 - la syphilis
 - des gonocoques
 - la varicelle

- « Quelle est l'IST la plus fréquente chez les jeunes ? » :
 - le VIH
 - les chlamydias
 - l'hépatite B
 - l'herpès

- « Quels sont les signes qui peuvent révéler une IST ? » :
 - une douleur dans le bas ventre
 - un écoulement vaginal ou par le pénis
 - une fièvre et une grande fatigue
 - il ne peut y avoir aucun signe mais on est tout de même infecté
 - le nez qui coule

- « J'aime mon nouveau partenaire. Nous sommes vraiment tombés amoureux l'un de l'autre ». Avec quelles propositions êtes-vous d'accord ? » :

- « C'est bon, il/elle a l'air propre, on n'est pas obligé de mettre un préservatif »
- « Il/Elle est hyper sportive, avec lui/elle c'est différent, il n'y a pas de risque »
- « Bien sûr je l'aime et j'ai confiance en lui/elle. Dans quelques semaines, nous pourrons nous passer du préservatif, lorsque notre relation deviendra sérieuse. »
- « De toute façon, avant de nous passer du préservatif, nous ferons un test. »
- « Nous sommes tous les deux vierges, il n'y a pas de problème »

- « On ne peut pas être contaminé si ? » :

- votre partenaire se nettoie le sexe avant le rapport
- votre partenaire se retire avant d'éjaculer
- votre partenaire pratique seulement la sodomie
- votre partenaire utilise un préservatif

En ce qui concerne spécifiquement Chlamydia trachomatis, une question a été posée.

« Quels sont les risques des infections par chlamydia chez la femme ? » :

- de l'acné
- une rage de dent
- être stérile
- une infection de l'utérus ou des trompes

En ce qui concerne le VIH, plusieurs questions explorent les connaissances et les comportements des adolescents :

- « Quel est le mode de transmission le plus fréquent pour le VIH dans le monde ? » :

- par rapport homosexuel
- par partage de seringues usagées
- par rapport hétérosexuel

- « Je peux me contaminer par le VIH ? » :

- en touchant du sang contaminé avec une peau saine
- en buvant dans le verre de quelqu'un d'autre
- en ayant un rapport sexuel non protégé
- en se faisant piquer par un moustique
- en embrassant quelqu'un
- en s'asseyant sur des toilettes publiques
- en pratiquant une fellation à quelqu'un

- « Je viens d'avoir une relation non protégée/le préservatif a craqué » :
 - je me lave immédiatement à l'eau très chaude pour éliminer le virus
 - je fais un test de dépistage du VIH demain
 - je vais en urgence dans un hôpital pour évaluer la possibilité de prendre un traitement d'urgence et je demande à mon partenaire de m'accompagner
 - j'attends des signes de la maladie, s'il n'y a pas de signe c'est bon

- « Où peut-on se faire dépister pour une infection VIH ? » :
 - par son médecin traitant (test rapide du VIH ou prise de sang)
 - dans un laboratoire d'analyse avec ou sans ordonnance
 - chez soi avec un autotest
 - dans un centre de dépistage anonyme et gratuit
 - dans une association spécialisée

- « Après une relation non protégée, le test du VIH est fiable après dans une prise de sang » :
 - 48 heures
 - 15 jours
 - 6 semaines
 - 3 mois

- « Avec les nouveaux traitements, les personnes séropositives » :
 - sont guéries
 - doivent prendre un médicament de temps en temps lorsqu'elles se sentent fatiguées ou malades
 - doivent prendre toute leur vie tous les jours un traitement

- « Qu'est-ce que la PrEP ? » :
 - c'est un traitement préventif de l'infection VIH
 - c'est un traitement d'urgence après une prise de risque
 - c'est la Pratique Expresse Particulière...
 - c'est une nouvelle drogue festive

- « En France, un jeune de 16 à 24 ans est contaminé par le VIH en moyenne » :
 - toutes les 12 heures
 - toutes les 24 heures
 - tous les 2 jours

Enfin, une dernière question renseignait sur la satisfaction des participants suite à l'intervention :

- « Êtes-vous satisfait de l'intervention d'aujourd'hui ? » :
- oui j'ai appris plein de choses
 - bof ce sujet ne m'intéresse pas beaucoup
 - non je ne me sens pas concerné

5. Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été analysées en calculant les pourcentages des bonnes et mauvaises réponses. J'ai aussi réalisé des analyses bivariées avec l'utilisation du test du Chi² pour rechercher un lien entre le fait d'avoir déjà bénéficié d'au moins une intervention à la sexualité ou d'au moins une consultation médicale abordant la sexualité avec les réponses obtenues sur les comportements et les connaissances des adolescents inclus.

L'âge était la seule variable quantitative analysée. J'ai calculé pour cette variable la médiane et l'écart type.

Pour effectuer ces analyses, j'ai utilisé le logiciel Rstudio ainsi que le site biostaTGV.

II. Résultats

De février 2018 à mai 2019, 680 adolescents ont été inclus dans l'étude après avoir rempli notre questionnaire.

1. La population

a. Sexe et âge

Dans la population étudiée, il y avait 297 hommes (43,7%) et 365 femmes (53,7%). 18 individus n'avaient pas indiqué leur sexe (2,6%).

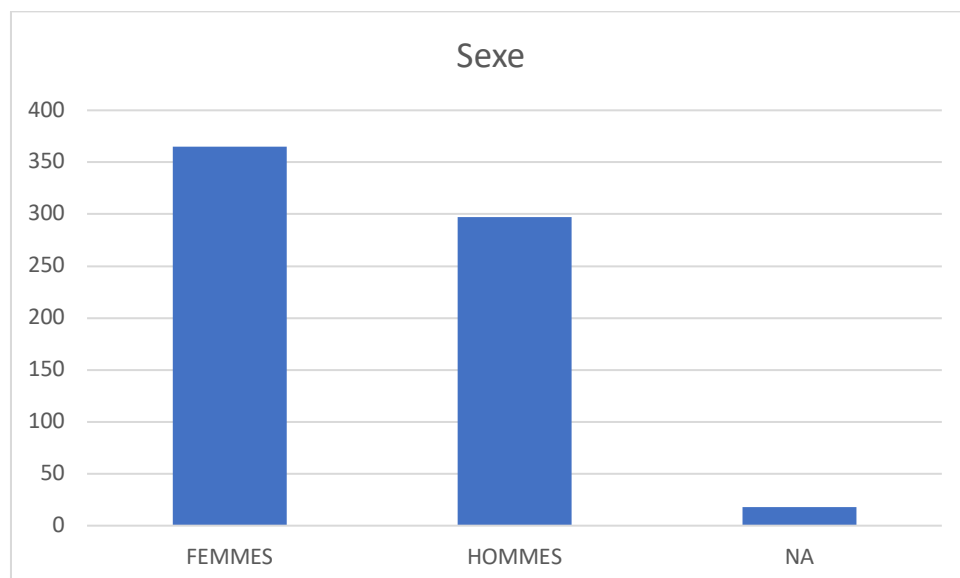


Figure 17

Les élèves avaient entre 14 et 20 ans avec un âge médian à 15,9 ans et avec un écart-type de 1,05.

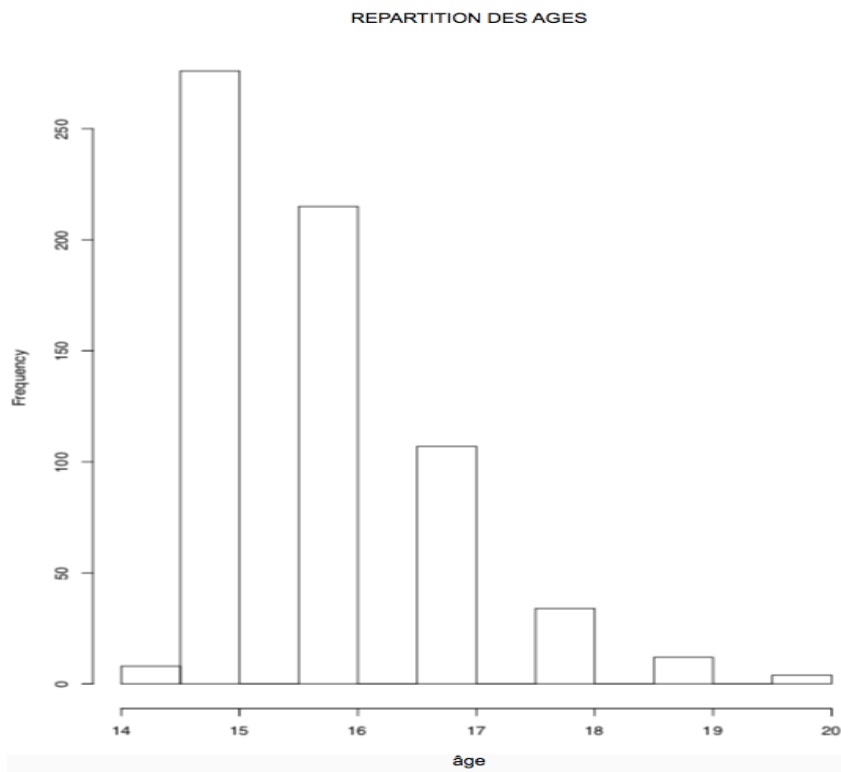


Figure 18

b. Statut vaccinal

Dans notre étude, 103 adolescentes (28,2%) disaient être vaccinées contre le HPV, 93 (25,5%) disaient ne pas être vaccinées et 169 (46,3%) ne connaissaient pas le statut.

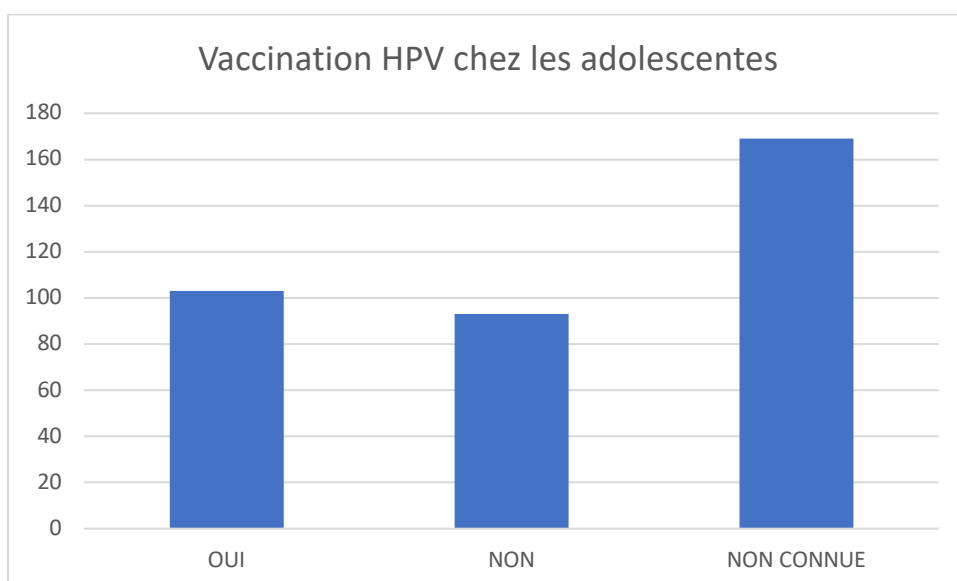


Figure 19

Concernant la vaccination contre le VHB, la grande majorité des adolescents interrogés ne connaissaient pas leur statut (420 individus soit 61,8%). Seuls 208 d'entre eux disaient être vaccinés (30,6%) et 52 disaient ne pas être vaccinés (7,6%).

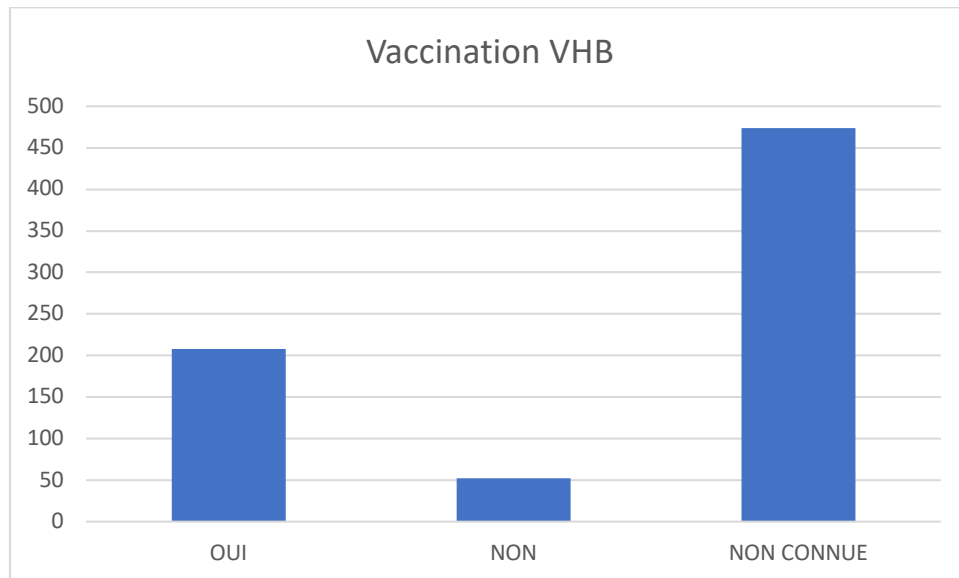


Figure 20

c. Abord de la sexualité, de la contraception ou du dépistage avec un médecin

Seulement 126 individus disaient avoir abordé ces sujets avec un médecin (18,5%) et 499 (73,4%) disaient ne pas les avoir abordés. Il y avait 55 questionnaires sans réponse (8,1%).

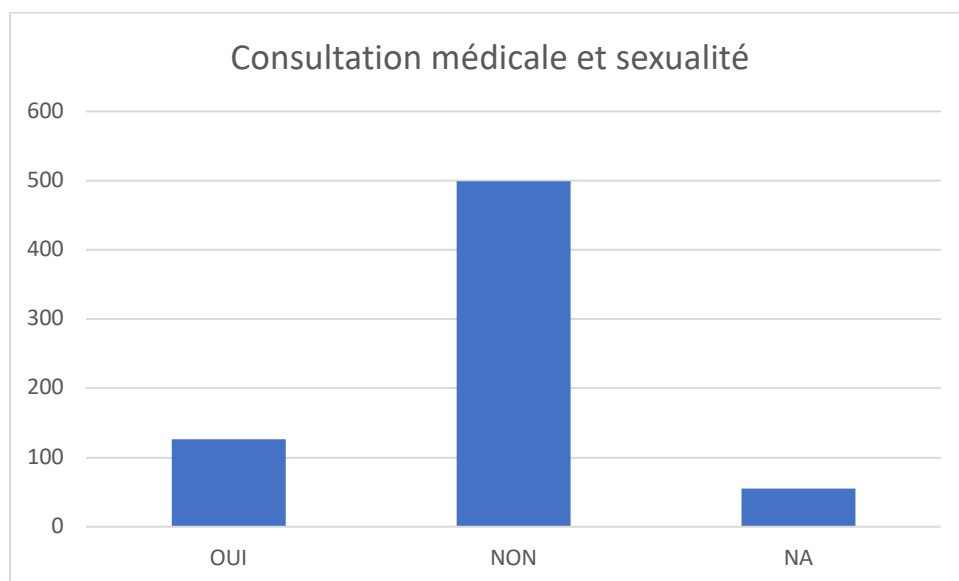


Figure 21

d. Relations sexuelles non protégées

75 adolescents avaient affirmé avoir déjà eu des relations sexuelles non protégées dans leur vie soit 11%. La grande majorité des adolescents disaient ne jamais avoir eu de rapport sexuel non protégé soit 541 individus (79,6%). 64 adolescents n'ont pas répondu (9,4%).

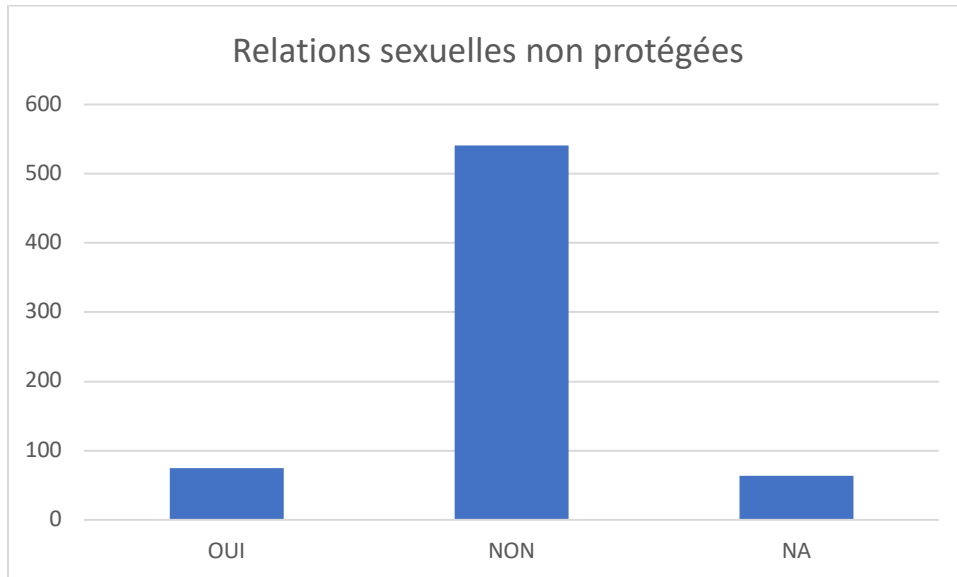


Figure 22

e. Intervention d'éducation à la sexualité

La plupart des élèves interrogés avaient déjà bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité avant d'avoir rempli le questionnaire soit 528 adolescents (77,6%). 101 n'avaient jamais assisté à une séance (14,9%) et 51 n'ont pas répondu à la question correspondante (7,5%).

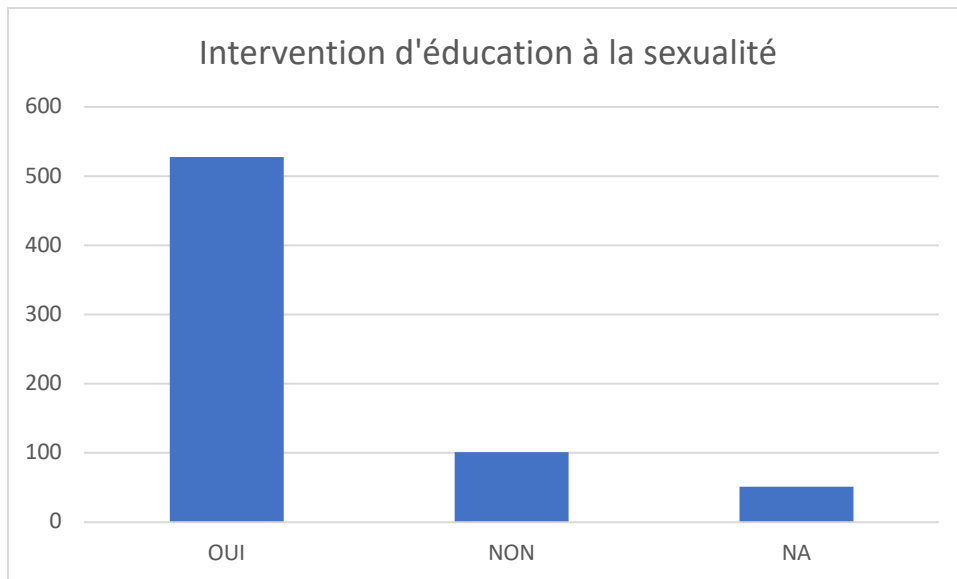


Figure 23

2. Connaissances sur les IST

a. Les IST

A la question « Après un rapport sexuel non protégé, on peut attraper ? », 619 adolescents (91%) avaient sélectionné le VIH. Les autres IST étaient moins connues, 335 adolescents (49,3%) avaient sélectionné « L'hépatite B », 288 (42,3%) « Des chlamydias », 296 « L'herpès » (43,5%), 309 « La syphilis » (45,4%), 131 « Des gonocoques » (19,3%). La réponse « Des champignons » avait été choisie aussi fréquemment que certaines IST soit 290 réponses (42,6%) et 26 adolescents (3,8%) avaient sélectionné la varicelle. 32 adolescents (4,7%) n'avaient pas répondu.

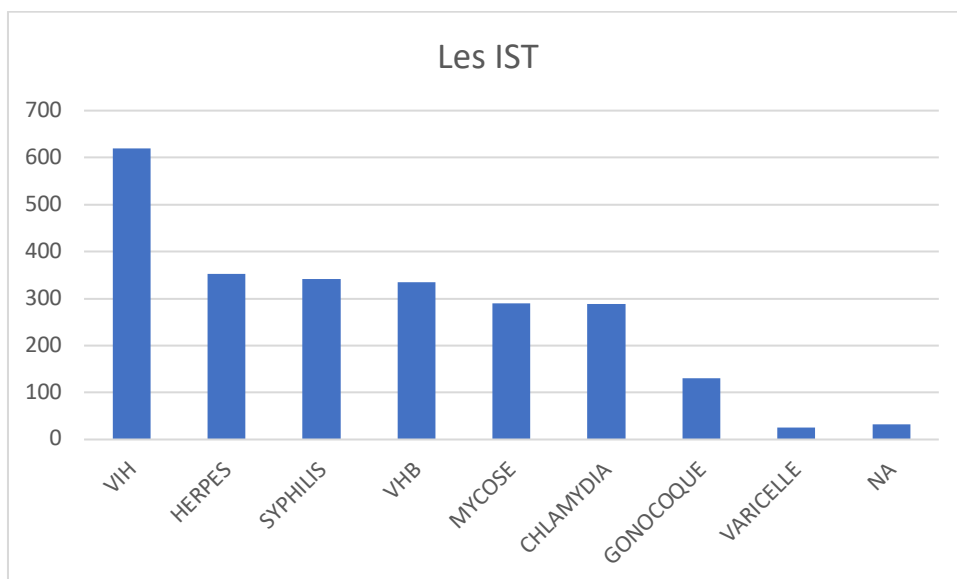


Figure 24

Il n'y avait pas de différence significative sur les connaissances de l'hépatite B ($p=1,58$), du chlamydia ($p=0,07$), de l'herpès ($p=0,87$), de la syphilis ($p=0,37$) et du gonocoque ($p=0,46$) en tant qu'IST entre les lycéens ayant déjà assisté à au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres. Ceux qui avaient participé à ces séances avaient davantage choisi la réponse VIH ($p=0,03$) et de manière significative.

Les adolescents qui avaient déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin connaissaient davantage le risque d'être contaminés par le virus de l'hépatite B ($p=0,008$), le chlamydia ($p=0,005$) et le gonocoque ($p=0,006$) lors de rapports sexuels non protégés. Il n'y avait pas de différence significative pour le VIH ($p=0,19$), l'herpès ($p=0,07$) et la syphilis ($p=0,49$). Il n'y avait pas non plus de différence significative concernant la mauvaise réponse « Des champignons » ($p=0,16$).

b. IST la plus fréquente chez les jeunes

La majorité des lycéens avait choisi le VIH, soit 386 réponses (56,8%). La seconde réponse la plus choisie était l'herpès, soit 101 réponses (14,8%). Seuls 65 (9,6%) avaient choisi les infections à chlamydia alors qu'il s'agit de l'IST la plus fréquente chez les jeunes. Enfin la réponse « L'Hépatite B » avait été retenue 41 fois (6%). 87 adolescents (12,8%) n'avaient pas répondu.

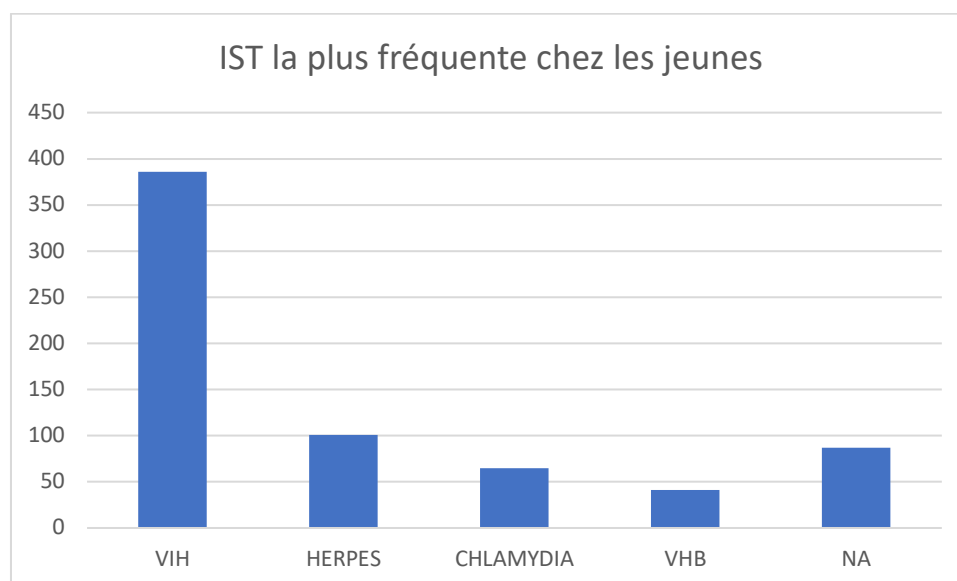


Figure 25

Il n'y avait pas de différence significative sur la réponse « Les Chlamydias » entre les lycéens ayant assisté à au moins une intervention d'éducation à la sexualité et les autres ($p=0,95$) et entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres ($p=0,50$).

c. Prévention des IST

Quatre réponses étaient possibles à la question « On ne peut pas être contaminé si ? ». La grande majorité des lycéens, soit 615 (90,4%), avaient choisi l'utilisation du préservatif qui est la seule méthode fiable de prévention des IST lors d'un rapport sexuel. Ensuite, 93 avaient choisi la réponse « votre partenaire se retire avant d'éjaculer » (13,7%), puis 44 « votre partenaire pratique seulement la sodomie » (6,5%) et 21 « votre partenaire se nettoie le sexe avant le rapport » (3,1%). 38 lycéens (5,6%) n'avaient pas donné de réponse.

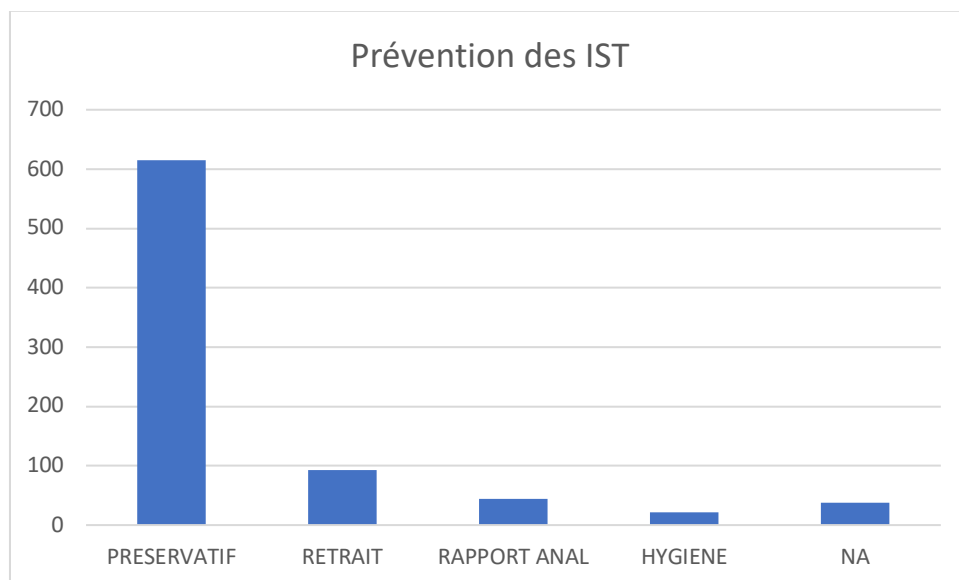


Figure 26

Il n'y avait pas de différence significative entre les lycéens ayant assisté à au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres concernant toutes les réponses avec pour le préservatif $p=0,35$, pour la méthode du retrait $p=0,26$, pour les rapports anaux $p=0,91$ et pour les mesures d'hygiène $p=0,09$.

Il n'y avait pas non plus de différence significative concernant ces questions avec respectivement $p=0,39$, $p=0,48$, $p=0,63$ et $p=0,75$ entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres.

d. Symptômes des IST

La réponse la plus souvent obtenue, 413 fois soit 60,7% des réponses, avait été « Il ne peut y avoir aucun signe mais on est tout de même infecté ». 287 lycéens (42,2%) avaient répondu « une fièvre et une grande fatigue », 195 avaient répondu « un écoulement vaginal ou par le pénis » (28,7%) et 115 avaient répondu « une douleur dans le bas ventre » (17%). Toutes ces réponses étaient correctes et elles avaient été choisies ensemble par 47 adolescents soit 6,9% des individus. La réponse « le nez qui coule » avait été choisie par 26 lycéens (3,8%) et 103 d'entre eux (15,1%) n'avaient pas répondu.

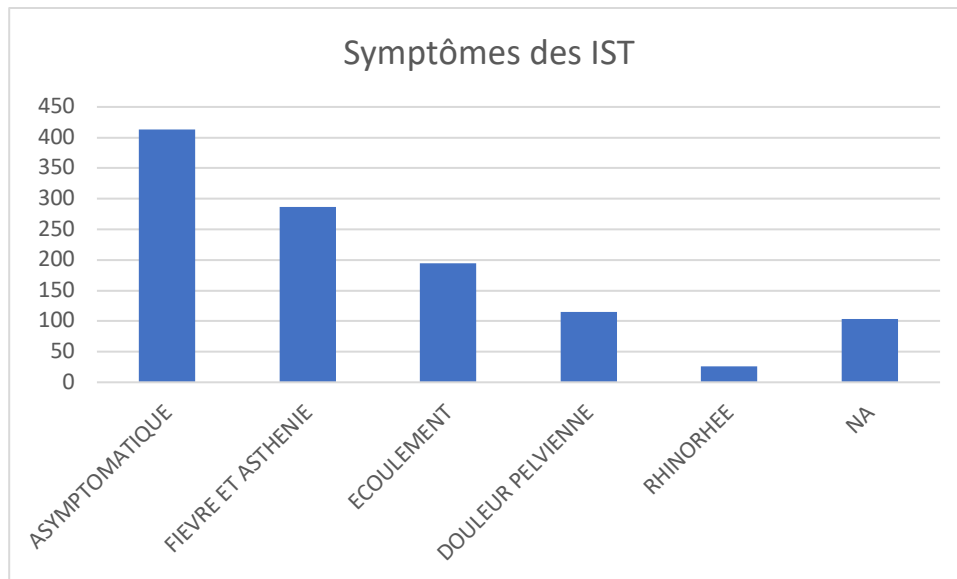


Figure 27

Il n'y avait pas de différence significative entre les adolescents ayant bénéficié auparavant d'au moins une intervention d'éducation à la sexualité et ceux qui n'en avaient pas eu concernant les réponses « Il ne peut y avoir aucun signe mais on est tout de même infecté » ($p=0,51$), « une douleur dans le bas ventre » ($p=0,78$) et « un écoulement vaginal ou par le pénis » ($p=0,71$). Pour la réponse « une fièvre et une grande fatigue », la différence était significative entre les deux groupes avec davantage de bonnes réponses chez les lycéens qui avaient déjà assisté à une séance d'éducation à la sexualité ($p=0,16$).

Il n'y avait pas de différence significative de réponses entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres, avec $p=0,57$ pour la réponse « une douleur dans le bas ventre », $p=0,61$ pour la réponse « un écoulement vaginal ou par le pénis », $p=0,28$ pour la réponse « une fièvre et une grande fatigue » et $p=0,73$ pour la réponse « Il ne peut y avoir aucun signe mais on est tout de même infecté ».

e. Comportement en cas de nouveau partenaire

Pour ne pas utiliser de préservatif, la grande majorité des lycéens, 586 d'entre eux soit 86,2%, avaient répondu qu'ils feraient un « test », ce qui est la seule réponse correcte. La réponse « Bien sûr je l'aime et j'ai confiance en lui/elle. Dans quelques semaines, nous pourrons nous passer du préservatif, lorsque notre relation deviendra sérieuse » avaient été choisie par 93 lycéens (13,7%), la réponse « Nous sommes tous les deux vierges, il n'y a pas de problème » par 53 (7,8%), la réponse « C'est bon, il/elle a l'air propre, on n'est pas obligés de mettre un préservatif » par 15 (2,2%) et la réponse « Il/Elle est super sportive, avec lui/elle c'est différent, il n'y a pas de risque » par 8 (1,2%). 19 adolescents n'avaient pas répondu (2,8%).

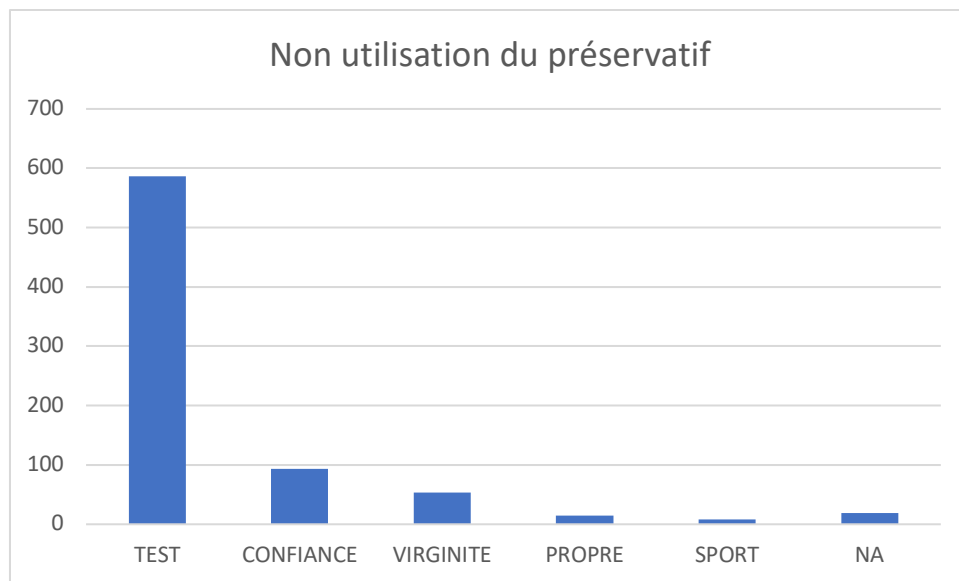


Figure 28

Il n'y avait pas de différence significative entre les lycéens ayant assisté à au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres concernant les réponses « C'est bon, il/elle a l'air propre, on n'est pas obligés de mettre un préservatif » ($p=0,08$), « Il/Elle est super sportive, avec lui/elle c'est différent, il n'y a pas de risque » ($p=0,08$), « Nous sommes tous les deux vierges, il n'y a pas de problème » ($p=0,12$) et « De toute façon, avant de nous passer du préservatif, nous ferons un test » ($p=0,92$).

Il n'y avait pas de différence significative non plus à ces questions avec respectivement $p=0,74$, $p=0,15$, $p=0,17$ et $p=0,18$ entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres.

J'ai retrouvé un nombre significativement plus élevé de réponses « Bien sûr je l'aime et j'ai confiance en lui/elle. Dans quelques semaines, nous pourrons nous passer du préservatif, lorsque notre relation deviendra sérieuse » ($p=0,01$) dans le groupe ayant déjà bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité mais pas dans le groupe ayant déjà abordé la sexualité avec un médecin ($p=0,87$).

3. Connaissances sur Chlamydia trachomatis

La question des risques spécifiques liés aux infections à Chlamydia trachomatis avait été posée. Les réponses correctes étaient « Une infection de l'utérus ou des trompes » et « Être stérile ». Celles-ci avaient été sélectionnées respectivement par 421 (61,9%) et 239 (35,1%) lycéens et ensemble par 176 (25,9%). 28 d'entre eux (4,1%) avaient répondu « De l'acné » et 20 (2,9%) « Une rage de dents ». 163 adolescents (24%) n'avaient pas répondu à la question.

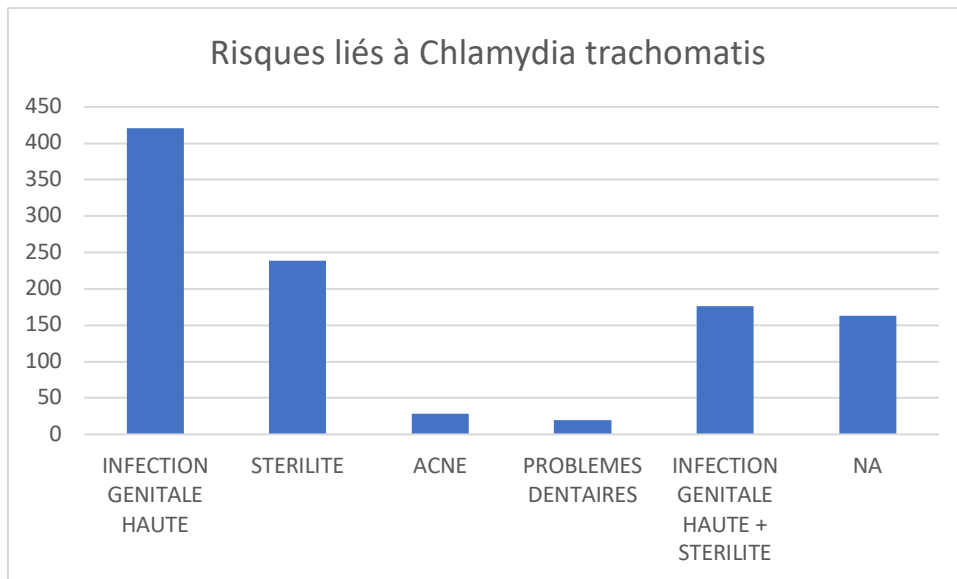


Figure 29

Les risques liés aux infections à chlamydia sont dirigés vers les femmes. Il n'y avait pas de différence significative de connaissances sur ces risques entre les adolescents et les adolescentes dans l'étude ($p=0,24$ et $p=0,12$ concernant respectivement la connaissance du risque de stérilité et d'infection génitale haute).

Il n'y avait pas non plus de différence significative entre les lycéens ayant bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres concernant la connaissance des risques de stérilité ($p=0,84$) et des risques d'infection génitale haute ($p=0,95$) et ni entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin avec respectivement $p=0,38$ et $p=0,40$.

4. Connaissances sur le VIH

a. Mode de transmission le plus fréquent du VIH dans le monde

La transmission du VIH dans le monde se fait le plus fréquemment par les rapports hétérosexuels. 514 adolescents avaient donné la bonne réponse (75,6%). 153 avaient répondu « par les rapports homosexuels » (22,5%) et 157 « par partage de seringues usagées » (23,1%). Certains individus avaient donné plusieurs réponses à cette question.

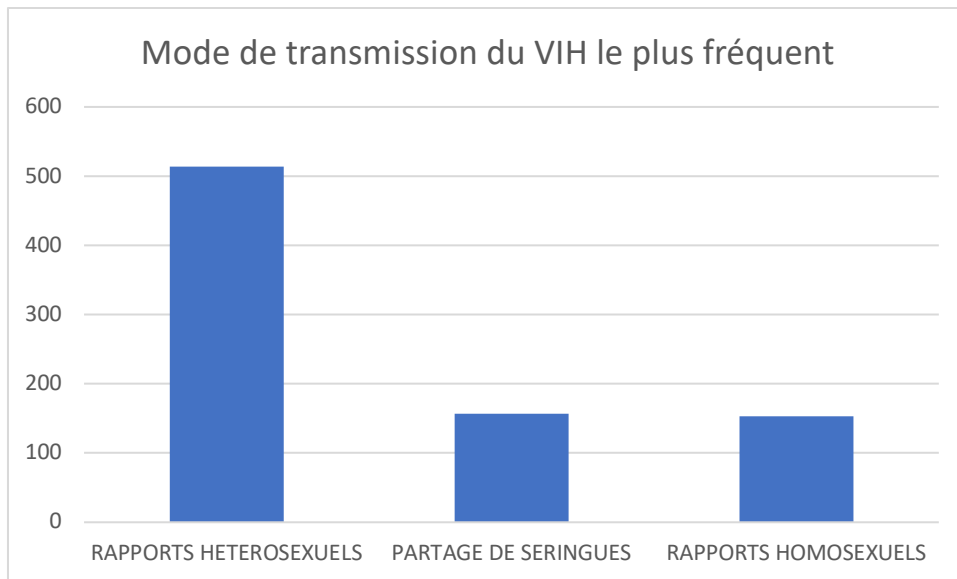


Figure 30

Il n'y avait pas de différence significative entre les lycéens ayant déjà bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité pour les trois réponses possibles : $p=0,47$ pour la réponse « rapports homosexuels », $p=0,97$ pour la réponse « rapports hétérosexuels » et $p=0,78$ pour la réponse « partage de seringues usagées ».

Il en était de même entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres, avec respectivement $p=0,28$, $p=0,11$ et $p=0,09$.

b. Risques de contamination par le VIH

Les situations à risque d'être contaminé par le VIH sont plutôt bien connues. En effet 651 lycéens (95,7%) avaient répondu « En ayant un rapport sexuel non protégé », 442 (65%) « En pratiquant une fellation à quelqu'un » et 429 (63,1%) avaient choisi ces deux items.

148 adolescents (21,8%) avaient répondu « En touchant du sang contaminé avec une peau saine », 139 (20,4%) « En se faisant piquer par un moustique », 47 (6,9%) « En embrassant quelqu'un », 31 (4,6%) En buvant dans le verre de quelqu'un d'autre » et 26 (6,9%) « En s'asseyant sur des toilettes publiques ». 9 lycéens (1,3%) n'avaient pas répondu.

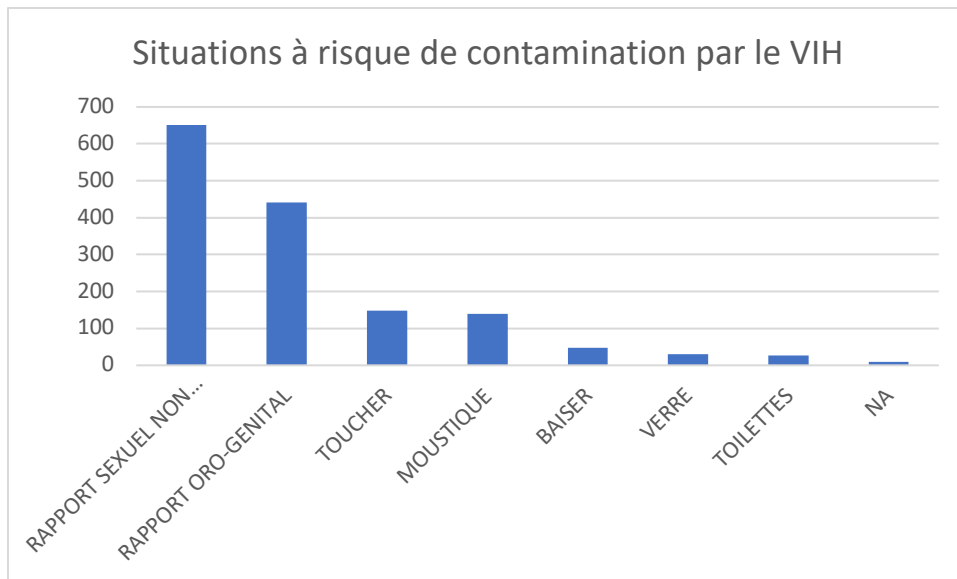


Figure 31

Il n'y avait pas de réponses significativement différentes entre les lycéens ayant déjà assisté à au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres pour les réponses « En touchant du sang contaminé avec une peau saine » ($p=0,11$), « En buvant dans le verre de quelqu'un d'autre » ($p=0,93$), « En ayant un rapport sexuel non protégé » ($p=0,80$), « En se faisant piquer par un moustique » ($p=0,95$), « En embrassant quelqu'un » ($p=0,45$), « En pratiquant une fellation à quelqu'un » ($p=0,23$).

La réponse « En s'asseyant sur des toilettes publiques » était significativement plus fréquente chez les adolescents qui n'avaient jamais bénéficié de séance d'éducation à la sexualité ($p=0,02$).

Il n'y avait pas de réponses significativement différentes entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres pour les réponses « En ayant un rapport sexuel non protégé » ($p=0,69$), « En se faisant piquer par un moustique » ($p=0,86$), « En embrassant quelqu'un » ($p=0,40$), « En s'asseyant sur des toilettes publiques » ($p=0,96$), « En pratiquant une fellation à quelqu'un » ($p=0,50$).

Les réponses « En touchant du sang contaminé avec une peau saine » et « En buvant dans le verre de quelqu'un d'autre » étaient significativement moins fréquentes chez les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin.

c. Accident d'exposition sexuelle

La question de la conduite à tenir en cas d'AES avait été posée dans le questionnaire. La réponse la plus fréquemment choisie, 526 fois, soit 77,3% des réponses, était « Je fais un test de dépistage du VIH demain ». 468 lycéens (68,8%) avaient répondu de manière correcte « Je vais aux urgences dans un hôpital pour évaluer la possibilité de prendre un traitement d'urgence et je demande à mon partenaire de m'accompagner », 36 avaient répondu « Je me lave immédiatement avec de l'eau très chaude pour éliminer le virus »

(5,3%) et 21 avaient répondu « J'attends des signes de la maladie, s'il n'y a pas de signe c'est bon » (3,1%). 11 adolescents (1,6%) n'avaient pas répondu.

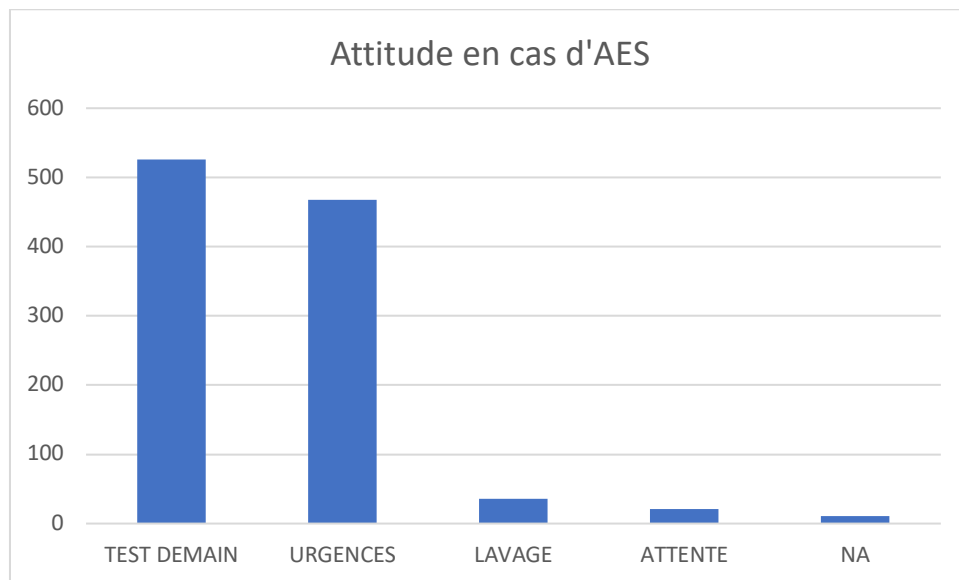


Figure 32

Il n'y avait pas de différence significative entre les lycéens ayant déjà assisté à au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres pour toutes les réponses proposées avec $p=0,51$ pour la réponse « Je me lave immédiatement avec de l'eau très chaude pour éliminer le virus », $p=0,19$ pour la réponse « Je fais un test de dépistage du VIH demain », $p=0,79$ pour la réponse « Je vais aux urgences dans un hôpital pour évaluer la possibilité de prendre un traitement d'urgence et je demande à mon partenaire de m'accompagner » et $p=0,62$ pour la réponse « J'attends des signes de la maladie, s'il n'y a pas de signe c'est bon ».

De même il n'y avait pas de différence significative entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin pour ces questions avec respectivement $p=0,15$, $p=0,47$, $p=0,52$ et $p=0,24$.

d. Lieux où se faire dépister

A cette question, toutes les réponses proposées étaient correctes. Les lieux de dépistage du VIH les plus connus étaient les centres de dépistage anonymes et gratuits (557 réponses, soit 81,9%), puis les laboratoires d'analyse « avec ou sans ordonnances » (416 réponses, soit 61,2%), le cabinet du médecin traitant pour « test rapide du VIH ou prise de sang » (379 réponses soit 55,7%), les associations spécialisées (293 réponses soit 43,1%) et « chez soi avec un autotest » (130 réponses soit 19,1%). 87 lycéens (12,8%) avaient sélectionné toutes les réponses et 38 n'avaient pas répondu (5,6%).

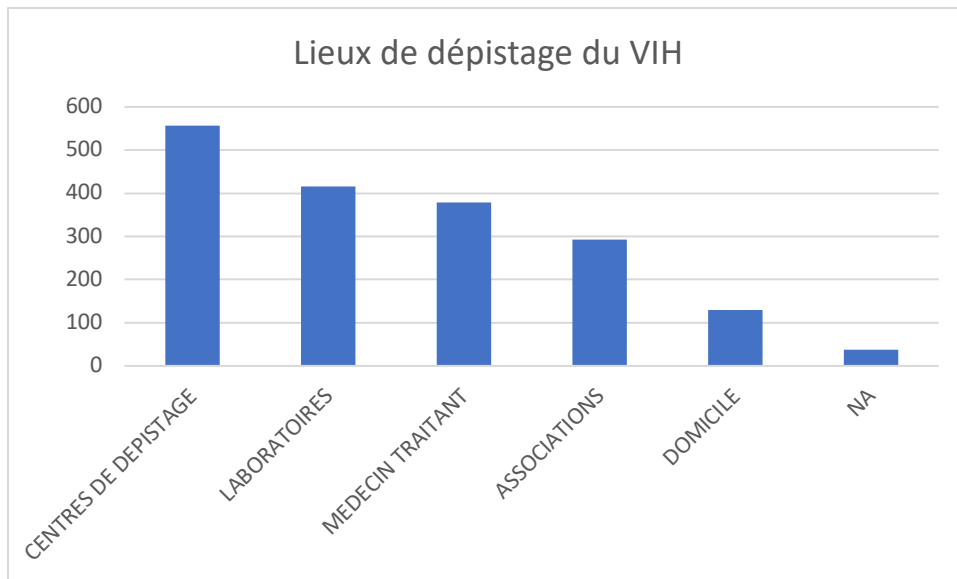


Figure 33

Il n'y avait pas de différence significative de connaissance du cabinet du médecin traitant ($p=0,90$), du laboratoire avec ou sans ordonnance ($p=0,09$), des centres de dépistages anonymes et gratuits ($p=0,97$) et des associations spécialisées ($p=0,82$) en tant que lieu de dépistage du VIH entre les lycéens ayant assisté à au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres. Les premiers connaissaient par contre d'avantage la possibilité de réaliser un autotest au domicile ($p=0,01$).

Il n'y avait pas de différence significative de connaissance du cabinet du médecin traitant ($p=0,19$), du laboratoire avec ou sans ordonnance ($p=0,25$), du domicile avec un autotest ($p=0,12$) et des centres de dépistages anonymes et gratuits ($p=0,41$) en tant que lieu de dépistage du VIH entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres. Les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin avaient davantage connaissance des associations comme lieu possible du dépistage du VIH ($p=0,03$).

e. Délais de dépistage du VIH par test Elisa après un rapport non protégé

La réponse correcte de « 6 semaines » avait été sélectionnée par 84 lycéens (12,3%). La réponse la plus fréquente était « 48 heures » (359 réponses soit 52,8%) puis « 15 jours » (129 réponses soit 19%). 24 lycéens (3,5%) avaient répondu « 3 mois ». 84 d'entre eux n'avaient pas répondu (12,3%).

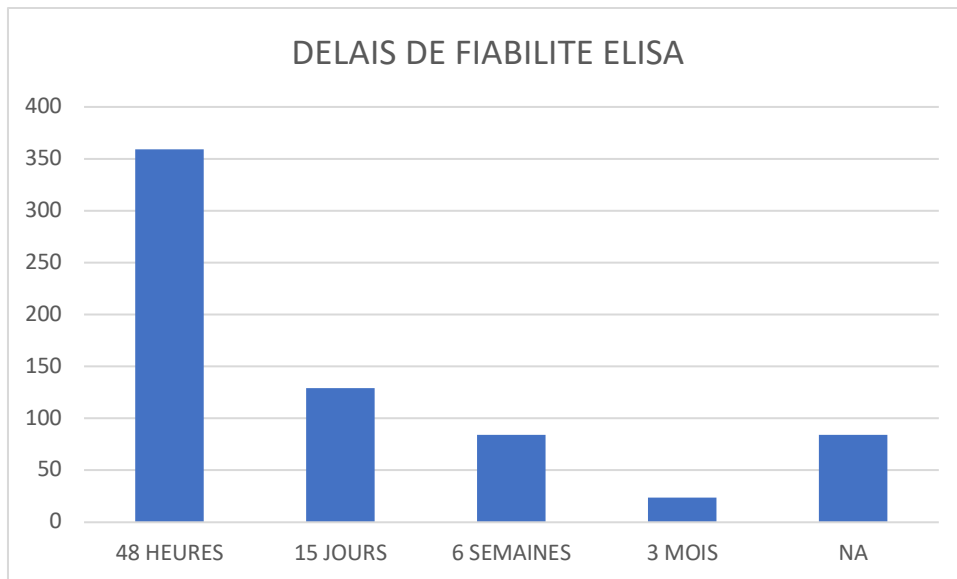


Figure 34

Il n’y avait pas de différence significative sur la réponse 6 semaines entre les lycéens ayant bénéficié d’au moins une séance d’éducation à la sexualité et les autres ($p=0,41$) et entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres ($p=0,22$).

f. Les traitements des personnes séropositives

La grande majorité a répondu correctement à cette question. 494 lycéens (72,6%) avaient répondu « doivent prendre toute leur vie tous les jours un traitement », 72 avaient répondu « doivent prendre un médicament de temps en temps lorsqu’elles se sentent fatiguées ou malades » (10,6%) et 27 avaient répondu « sont guéries » (4%). 87 adolescents n’avaient pas répondu à la question (12,8%).

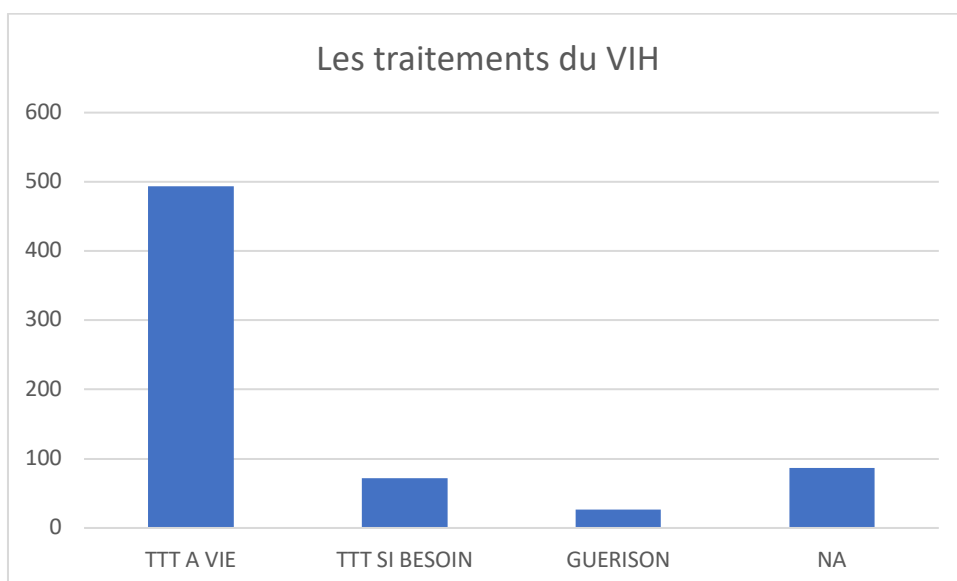


Figure 35

Il n'y avait pas de différence significative sur la réponse « doivent prendre toute leur vie tous les jours un traitement » entre les lycéens ayant bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres ($p=0,95$) et entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité et les autres ($p=0,31$).

g. La PrEP

32% des lycéens ($n=218$) n'avaient pas répondu à cette question. 216 avaient sélectionné la réponse « C'est un traitement préventif de l'infection par le VIH » (31,8%), 133 la réponse « C'est un traitement d'urgence après une prise de risque » (19,6%), 98 la réponse « C'est la Pratique Expresse Particulière... » (14,4%) et 15 la réponse « C'est une nouvelle drogue festive » (2,2%).

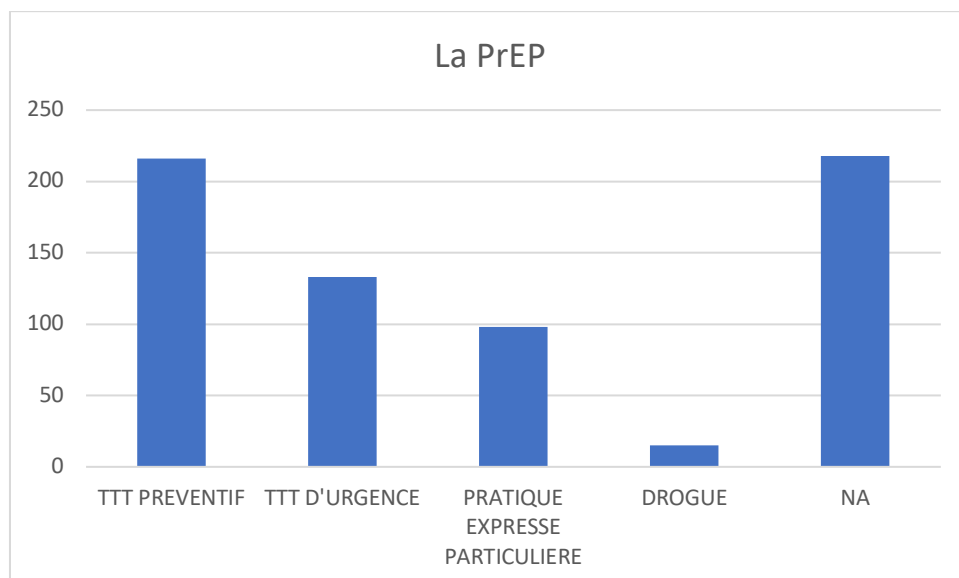


Figure 36

Il n'y avait pas de différence significative sur la réponse « C'est un traitement préventif de l'infection par le VIH » entre les lycéens ayant bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité et les autres ($p=0,91$) et entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les autres ($p=0,60$).

h. Fréquence de contamination par le VIH chez les jeunes

A la question « En France, un jeune de 16 à 24 ans est contaminé par le VIH en moyenne ? », 239 lycéens (35,1%) avaient répondu « Toutes les 24 heures », 190 « Tous les 2 jours » (27,9%) et 168 avaient donné la bonne réponse (24,7%), soit « Toutes les 12 heures ». 83 lycéens (12,2%) n'avaient pas répondu à la question.

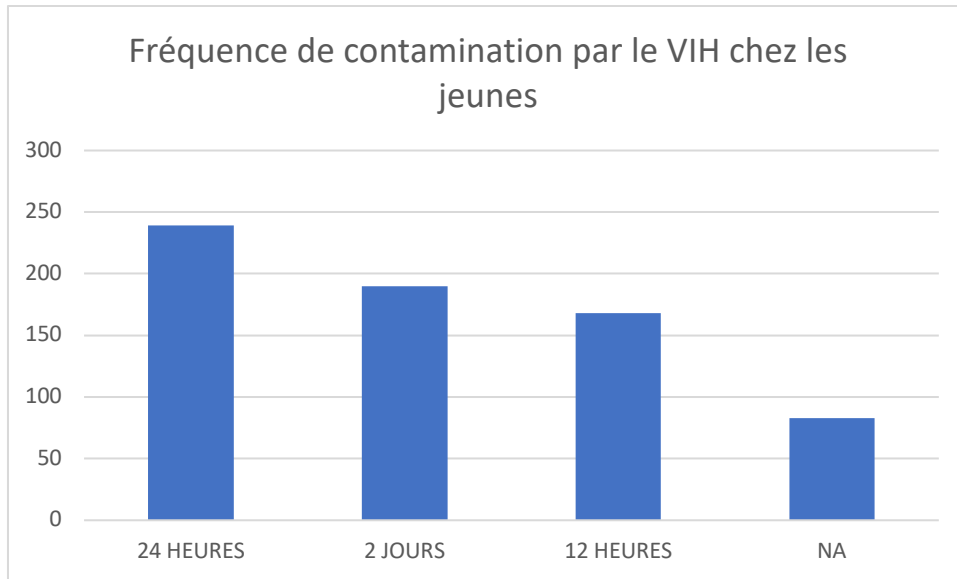


Figure 37

5. Satisfaction

La plupart des lycéens, 411 soit 60,4%, étaient satisfaits de l'intervention au cours de laquelle le questionnaire avait été distribué et avaient répondu « Oui j'ai appris plein de choses ». 135 lycéens (19,9%) avaient répondu « Bof ce sujet ne m'intéresse pas beaucoup » ou « Non je ne me sens pas concerné ». 134 lycéens (19,7%) n'avaient pas répondu à la question.

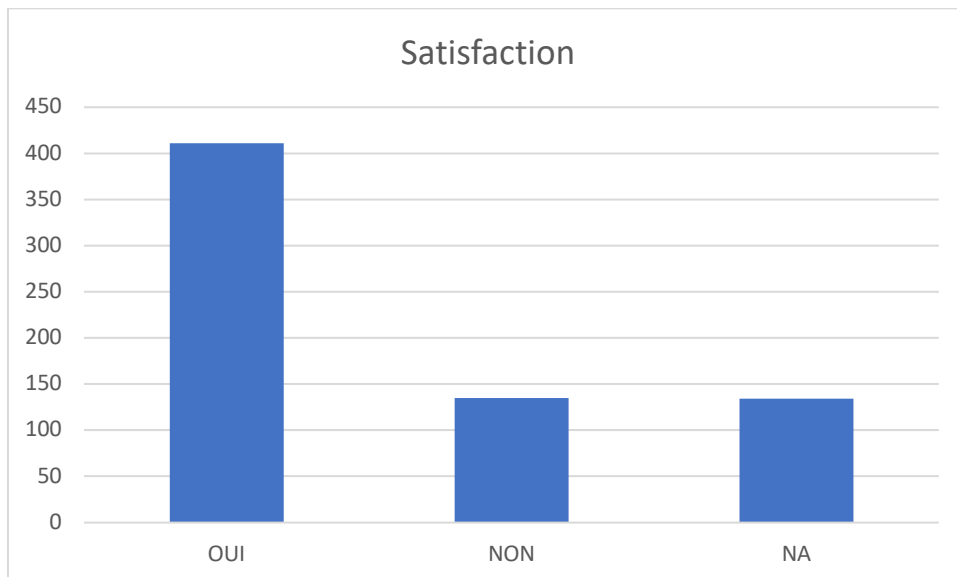


Figure 38

III. Discussion

1. Interprétation et enseignements

a. La population

Statut vaccinal

Dans l'étude Vaccinoscopie©, présentée en introduction, sur la vaccination des adolescents de 15 ans en 2017, 31,1% des adolescentes avaient reçu 1 dose du vaccin contre le HPV, 22% avaient reçu 3 doses. Dans notre étude, 28,2% des adolescentes disaient être vaccinées mais ce nombre n'est pas comparable aux statistiques nationales.

En effet, le nombre d'injections reçues n'était pas demandé ici, même si plusieurs adolescentes avaient spontanément précisé le fait d'être en attente de la seconde injection. De plus 46,3% des adolescentes ne connaissaient pas leur statut vaccinal vis-à-vis du papilloma virus.

Malgré cela, le taux retrouvé reste très éloigné de l'objectif national de couverture vaccinal qui est de 60% et est très faible compte tenu de la nette diminution démontrée des lésions cervicales de bas grade et de haut grade chez les femmes vaccinées²⁹.

Concernant le VHB, 30,6% des adolescents avaient dit être vaccinés contre l'hépatite B alors que dans l'étude Vaccinoscopie© 35,8% des adolescents de 15 ans en 2017 étaient vaccinés. Comme pour la vaccination contre le HPV, ces chiffres ne sont pas comparables dans la mesure où 61,8% des adolescents ne connaissaient pas leur statut vaccinal dans notre étude mais la couverture vaccinale locale semble très inférieure à l'objectif de couverture vaccinale nationale de 75%.

Les données retrouvées montrent une très faible connaissance des lycéens sur leur statut vaccinal concernant le HPV et le VHB. Il en ressort la nécessité d'encourager les adolescents à s'impliquer et à devenir acteur dans la prise en charge de leur santé.

Relations sexuelles non protégées

Dans notre étude, 11% des adolescents avaient affirmé avoir déjà eu des relations sexuelles non protégées. Nous ne savons pas si celles-ci avaient eu lieu après un dépistage des IST mais l'étude de 2018 de la SMEREP « Santé des étudiants & lycéens » le laisse penser pour beaucoup d'entre elles. En effet, parmi les 80% de lycéens qui ne se faisait pas systématiquement dépister lors d'un changement de partenaire, 41% ne s'étaient jamais fait dépister.

Parallèlement, parmi les 79,4% de lycéens disant ne jamais avoir eu de rapport sexuel non protégé, on ne peut pas conclure à de bonnes pratiques en matière de prévention des IST chez tous ces lycéens. Certains d'entre eux avaient en effet précisé le fait de ne jamais avoir eu de rapport sexuel : en France, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,6 ans pour les femmes et de 17 ans pour les hommes⁷⁰.

Abord de la sexualité avec un médecin

Seuls 18,5% des lycéens avaient déjà abordé le sujet de la sexualité, de la contraception ou du dépistage des IST avec un médecin. Ce nombre est très faible et peu de relations significatives ont été retrouvées entre le fait d'avoir déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et les connaissances sur les IST.

Les adolescents consultent un médecin généraliste en moyenne deux fois dans l'année, le plus souvent pour des pathologies aiguës⁷¹. Il s'agit d'occasions d'aborder le sujet de la prévention notamment en santé sexuelle. Cependant les médecins généralistes ont des difficultés à aborder le sujet de la sexualité en consultation, surtout chez les adolescents et méconnaissent leurs habitudes sexuelles⁷². Il existe un manque de formation dans ce domaine⁷³, ces consultations ont une tonalité affective et le dialogue avec un adolescent est parfois difficile à établir⁶³. C'est pourtant bien au médecin d'aborder ce sujet, l'adolescent ayant une vision floue du champ de compétence de leur médecin traitant.

La mise en place en novembre 2017 de la CCP, cotée à 46 euros, devrait encourager les médecins généralistes, pédiatres et gynécologues dans cette voie en valorisant le travail engagé. Son nombre était, de manière prometteuse, en augmentation pendant les cinq premiers mois de sa mise en place⁶⁶. De plus, le fait qu'elle soit prise en charge à 100% devrait faciliter son accès et permettre de lutter contre les inégalités sociales. Cependant, selon une thèse réalisée en 2018⁷⁴, peu de médecins généralistes envisagent une modification de leurs pratiques du fait de son instauration.

Enfin, l'âge médian des adolescents inclus était de 15,9 ans et la majorité d'entre eux avait 15 ou 16 ans. Ceci a pu influencer sur le fait d'avoir déjà évoqué le sujet de la sexualité avec médecin et le taux de consultation retrouvé aurait pu être plus important chez des adolescents plus âgés. En effet, la détermination de l'âge à partir duquel aborder ce sujet pose problème aux médecins et dépend de choix individuels parfois influencés par les parents⁷³.

Intervention d'éducation à la sexualité

L'école laïque et républicaine est un lieu privilégié pour l'éducation à la santé sexuelle loin des valeurs religieuses et culturelles familiales. L'ancrage dans la loi de l'éducation à la santé sexuelle en son sein en 2001 devrait la garantir et les circulaires qui ont suivi la renforcer. Pourtant, seuls 77,6% des adolescents disaient avoir déjà bénéficié d'au moins une

intervention au collège ou au lycée dans cette étude. De plus il n'y a eu que peu de relations significatives retrouvées entre le fait d'avoir déjà assisté à une ou plusieurs séances d'éducation à la sexualité et les connaissances sur les IST. Comment l'expliquer ?

Selon le rapport « La prévention des grossesses non désirées : information, éducation, communication » de 2009 de l'IGAS, de nombreuses initiatives sont mises en œuvre en matière d'éducation à la sexualité en Ile de France mais de manière insuffisamment coordonnée. Il en découle un manque de cohérence tant dans la couverture des besoins (territoires et populations non couverts) que dans les messages délivrés aux jeunes.

De plus, les personnels de l'Éducation nationale sont très peu formés à l'éducation à la sexualité. Ce fait était manifeste à la lecture des nombreuses réponses erronées données par les enseignants qui avaient aussi rempli notre questionnaire lors des interventions.

Enfin, les stratégies visant des problèmes spécifiques (IST, contraception par exemple) ont le plus souvent des impacts limités à certains types de jeunes ou pour un temps trop court⁷⁵. Il serait donc préférable de construire des stratégies plus globales mais ceci reste actuellement difficile.

b. Connaissances sur les IST

Les adolescents connaissaient mal les IST et il persiste de nombreuses idées reçues comme le fait que, pour plus d'un lycéen sur dix, la méthode dite du « retrait » est un moyen de prévention efficace.

Le VIH était, comme attendu, l'IST la mieux connue et plus de la moitié des lycéens le considérait faussement comme étant l'IST la plus fréquente. Concernant les autres IST, moins de la moitié avaient identifié l'hépatite B, les infections à Chlamydia trachomatis, l'herpès, la syphilis et les infections à gonocoque (les moins connues) comme étant des IST. Ils avaient aussi une idée assez vague des symptômes liés aux IST. On peut l'interpréter comme un manque d'éducation, une banalisation de ces IST mais aussi comme le reflet d'une passivité dans la prise en charge de leur propre santé. Il est à noter une meilleure connaissance concernant l'hépatite B, la chlamydia et le gonocoque chez les adolescents ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec médecin, peut-être à la suite d'un dépistage.

La grande majorité des lycéens avaient souligné l'importance du préservatif en termes de prévention des IST ainsi que l'importance d'un test de dépistage avant l'arrêt de son utilisation. Paradoxalement, concernant l'arrêt du préservatif, la réponse « Bien sûr je l'aime et j'ai confiance en lui/elle. Dans quelques semaines, nous pourrons nous passer du préservatif, lorsque notre relation deviendra sérieuse » était significativement plus fréquente chez les adolescents ayant déjà bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité, ce qui est difficilement explicable.

c. Connaissances sur Chlamydia trachomatis

Les infections à chlamydia sont les IST les plus fréquentes, ce qui était su par moins d'un adolescent sur dix. Elles n'étaient pas identifiées comme des IST par plus de la moitié d'entre eux et les risques notamment sur la fertilité étaient peu connus. De plus, lors des interventions, de l'ordre de 2 à 5 lycéens par classe d'environ 30 élèves avaient déjà entendu le mot « chlamydia ».

Ceux qui avaient déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin semblaient être plus sensibilisés que les autres et la poursuite et le renforcement des mesures d'éducation est nécessaire.

d. Connaissances sur le VIH

Le mode de contamination par le VIH le plus fréquent était bien connu, c'est-à-dire par les rapports hétérosexuels (75,6% des réponses). En France, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018, 56% avaient été contaminées lors de rapports hétérosexuels, 40% lors de rapports entre hommes et 2% par usage de drogues injectables¹.

96% des adolescents avaient bien identifié les rapports sexuels non protégés comme situations à risque d'être contaminé par le VIH. Ce chiffre est encourageant mais il faut se méfier d'une banalisation du risque de contamination par le VIH. En effet la perception des risques liés au VIH évolue avec le temps. En 2010, 20% des jeunes de 18 ans qui disaient craindre fortement une contamination par le VIH contre 44% en 1994⁷⁶.

Il persiste aussi des idées reçues, notamment sur le risque de contamination, avec un nombre de réponses « En touchant du sang contaminé avec une peau saine » (21,8% des réponses) et « En se faisant piquer par un moustique » (20,4% des réponses) non négligeable.

La conduite à tenir à la suite d'un accident d'exposition sexuelle semble floue mais la quasi-totalité des lycéens savait qu'un dépistage était nécessaire. Ainsi, même si 68,8% des adolescents avaient répondu « Je vais aux urgences et je demande à mon partenaire de m'accompagner », 77,3% d'entre eux avaient répondu « Je fais un test de dépistage du VIH demain ». Beaucoup d'adolescents avaient donc répondu aux deux affirmations en même temps. Cependant, même si les adolescents attendent 24 heures avant de prendre contact avec un médecin, un traitement post exposition du VIH reste encore possible jusqu'à 48 heures après l'AES.

Concernant les lieux de dépistage proposés dans le questionnaire, il n'y avait pas de mauvaise réponse. Peu de lycéens connaissaient tous les lieux de dépistage (12,8%) mais l'objectif principal est de connaître au moins l'un d'entre eux et seulement 5,6% des adolescents n'avaient pas donné de réponse dans le questionnaire.

Les centres de dépistage anonymes et gratuits étaient les lieux de dépistage les mieux connus (81,9% des réponses) alors que les autotests les moins connus (19,1% des réponses).

Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les adolescents connaissaient les TROD du VIH car ils étaient associés à la prise de sang dans la question les concernant.

Les délais de fiabilité des tests de dépistage du VIH sont très mal connus. 52,8% des adolescents pensaient que les tests diagnostiques du VIH étaient efficaces dès 48 heures après une relation sexuelle non protégée et seuls 19% avaient donné la bonne réponse (6 semaines).

On aurait pu attendre davantage de réponses « 3 mois » qui était l'ancien délai de fiabilité des tests Elisa après une situation à risque de contamination par le VIH. Cette réponse n'avait été choisie que par 3,5% des lycéens.

Le fait que les délais courts proposés avaient été choisis par les lycéens peut constituer un reflet de la banalisation des risques liés aux rapports sexuels non protégés. Par ailleurs, les adolescents ne banalisaient pas certaines conséquences de la contamination par le VIH. Ils connaissaient bien la nécessité d'un traitement quotidien. Cette réponse avait été donnée 494 fois (72,6% des adolescents). Seuls 4% d'entre eux pensaient que les traitements actuels permettaient de guérir de l'infection par le VIH.

Peu de lycéens (68%) ont répondu à la question relative à la PrEP. Celle-ci reste encore relativement peu connue en France et les campagnes d'informations sont avant tout tournées vers les HSH et en 2016 en Europe 82% d'entre eux connaissaient bien la PrEP⁷⁷.

La question de l'orientation sexuelle n'avait pas été abordée dans le questionnaire.

Concernant la fréquence de contamination par le VIH chez les jeunes, la question avait été posée avant tout à but didactique. Celle-ci révèle une nouvelle facette de la banalisation du VIH chez les adolescents. Seuls 24,7% d'entre eux avaient donné la bonne réponse à savoir « Toutes les 12 heures », la majorité ayant donné des fréquences de contamination plus basses.

e. Satisfaction

La majorité des lycéens (60,4%) étaient satisfaits de l'intervention lors de laquelle le questionnaire avait été distribué et des notes de remerciements avaient été écrites, de manière spontanée, sur des questionnaires.

Cependant 19,9% d'entre eux disaient ne pas se sentir concernés ou ne pas être intéressés par le sujet des IST et 19,7% n'avaient pas répondu à la question. Certains adolescents avaient précisé sur leur questionnaire qu'ils étaient déjà bien informés. Cette impression est en contradiction avec les résultats retrouvés.

Outre la banalisation des risques que représentent les IST, ces résultats traduisent le manque d'implication des adolescents dans leur propre santé.

2. Forces et faiblesses de l'étude

a. La population

Cette étude est renforcée par le grand effectif de lycéens inclus avec 680 questionnaires remplis. Concernant les biais de sélection, il y avait davantage de femmes (53,7%) que d'hommes (43,7%) et la plupart des adolescents avaient 15 ou 16 ans alors que la population inclus avait entre 14 et 20 ans.

b. Conditions de réalisation de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique. Les conditions dans lesquelles les adolescents avaient répondu au questionnaire étaient globalement similaires entre les différentes classes où avaient eu lieu l'intervention. Cependant, certaines différences avaient pu influencer sur les réponses obtenues.

Ainsi le temps réservé à la rédaction des réponses, et donc le temps de réflexion des adolescents, pouvait varier selon les lycées et aussi selon les classes dans un même lycée.

Ensuite, lors de la rédaction des réponses, les adolescents n'étaient pas isolés. Ainsi des profils d'erreurs ou de bonnes réponses se sont parfois répétés dans une même classe. Ceci suggère que ces adolescents avaient communiqué entre eux en répondant au questionnaire, ce qui a pu avoir un impact sur leurs réponses.

Enfin, il était donné comme consigne de ne pas répondre aux questions dont le lycéen ne connaissait pas la réponse. Il est difficile de savoir dans quelle mesure cette consigne a été suivie même si davantage de réponses ont été données pour certaines questions par rapport à d'autres. Par exemple, seulement 9 adolescents n'ont pas répondu à la question sur les situations à risque d'être contaminé par le VIH contre 218 pour la question sur la PrEP.

c. Le questionnaire

Le questionnaire avait été initialement créé pour être un outil didactique. Il permettait aux adolescents de s'auto-évaluer et de renforcer leur adhésion à la séance d'éducation à la sexualité.

Il était constitué d'une alternance des questions à réponse unique et des questions à réponses multiples. Des lycéens n'y ont pas fait attention notamment pour la question « Quel est le mode de transmission le plus fréquent pour le VIH dans le monde ? » où beaucoup d'entre eux ont donné deux réponses que j'ai tout de même comptabilisé dans mes analyses. Il en était de même pour la question « Après une relation non protégée, le

test du VIH est fiable après dans une prise de sang ». Pour celle-ci, j'ai pris en compte le délai le plus court choisi.

Par ailleurs, le vocabulaire employé était parfois difficile à comprendre pour les adolescents. Le sens de termes inconnus, comme « VIH », « séropositivité » ou « sodomie » par exemple, était demandé de manière fréquente pendant la rédaction des réponses. Par la suite, l'intervenant avait décidé de noter au tableau le sens de certains mots. De ce fait, on peut penser que des lycéens n'avaient pas pu remplir correctement le questionnaire, qu'ils connaissent ou non la réponse, du fait de la méconnaissance de certains termes.

Aussi, ce questionnaire était court pour des raisons pratiques et des précisions sur certaines questions auraient apporté un meilleur éclairage sur l'éducation et les connaissances des adolescents. Par exemple, concernant le fait d'avoir déjà assisté à une intervention d'éducation à la sexualité et le fait d'avoir déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin, nous ne connaissons pas le nombre d'interventions ou de consultations auxquelles l'adolescent a participé ni leur contenu. Cela aurait permis de mieux décrire leur impact sur leurs connaissances sur les IST.

Concernant la vaccination contre le HPV, connaître le nombre de doses déjà reçues aurait permis d'avoir une meilleure idée de la couverture vaccinale (dans la mesure des connaissances de l'adolescente sur son statut vaccinal). Concernant le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles non protégées. Il aurait été intéressant de poser la question de l'existence d'un dépistage au préalable pour mieux évaluer les conduites à risque.

3. Perspectives

L'adolescence est un moment de bouleversements physiques et psychologiques accompagnés de nombreux questionnements voire d'angoisse notamment autour du sujet de la « normalité ». Selon les études évoquées, les adolescents se tournent en premier lieu vers les réseaux sociaux pour répondre à leurs interrogations sur le sujet de la sexualité. La crédibilité de ces sources pose problème. Le numérique prenant une place majeure dans la vie des adolescents, il est important de l'investir de manière optimale. Pour exemple, le site internet onsexprime.fr, qui comptabilise environ 67 500 visites par mois sur les six derniers mois, n'a été consulté à partir d'un lien sur les réseaux sociaux que pour 6,7% des visites⁷⁸. Ce taux est même nul pour le site internet info-ist.fr. Ainsi, l'investissement des réseaux sociaux, la création éventuelle de partenariats avec ses acteurs les plus influents auprès des jeunes ou encore le guidage des adolescents vers ceux proposant des informations fiables peuvent participer l'éducation des jeunes en matière de santé sexuelle.

Il existe un manque de formation des médecins dans le domaine de la prévention en santé sexuelle chez les adolescents. Un investissement en termes de temps et de moyen financiers est aujourd'hui nécessaire. L'instauration de la cotation CCP en médecine semblait prometteuse lors de sa première évaluation mais son impact sur les connaissances des adolescents et leurs comportements reste à évaluer.

Cet investissement est aussi nécessaire auprès de l'Education Nationale. Une meilleure instruction des personnels et un recours plus fréquent à des intervenants extérieurs experts semble indispensable.

Notre étude permet de mettre en évidence les principales lacunes des adolescents sur leur connaissance des IST et peut constituer un outil pour les professionnels de l'éducation et de la santé, par exemple dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé. En effet, depuis 2018, 6 semaines du cursus médical sont consacrées à la prévention. Le service sanitaire est organisé en trois temps : un temps de formation théorique et pratique, un temps d'intervention et un temps d'évaluation de l'action. Une étude post intervention pourrait déterminer aussi son efficacité.

Enfin, en Australie des enquêtes sur la sexualité des jeunes sont effectuées périodiquement. Dans la dernière, présentée en septembre 2019, environ 7 000 individus avaient été inclus et avaient rempli un questionnaire sur internet comportant 288 items⁷⁹. Les connaissances concernant le VIH et les IST étaient meilleures que dans notre étude, mis à part pour les hépatites et le papilloma virus. Il y était aussi noté la nécessité d'améliorer l'éducation à la sexualité. Ce type d'étude, précise et menée de manière régulière constitue une source formidable pour adapter les politiques de santé publique mais aussi, à l'échelle individuelle, pour orienter les consultations médicales. Il n'en existe pas de telle en France et ces projets sont difficiles à mettre en place mais il serait intéressant d'effectuer des travaux s'en rapprochant.

CONCLUSION

Dans un contexte d'augmentation de la prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis* et à gonocoque en France et ce, alors que les jeunes se sentent bien informés sur leur santé, il semblait nécessaire d'établir un état des lieux de leurs connaissances sur les IST.

Cette étude, qui a porté sur 680 lycéens venant de cinq lycées des Hauts-de-Seine, met en évidence l'existence de nombreuses lacunes concernant ces connaissances en termes d'agents infectieux, de dépistage et de prévention et le fait que les jeunes ont de meilleures connaissances sur le VIH que sur les autres IST. Nous avons aussi mis en relief la persistance de certaines idées reçues notamment sur les modes de contamination du VIH ainsi que sur ses traitements.

Il ressort également une certaine passivité des adolescents dans la prise en charge de leur propre santé et beaucoup ne connaissait pas leur statut vaccinal vis-à-vis du virus de l'hépatite B et du papilloma virus.

Concernant l'éducation à la sexualité, plus d'un adolescent sur dix n'avait jamais bénéficié d'intervention au collège ou au lycée, alors qu'il s'agit d'une obligation légale depuis 2001 et que l'école constitue un lieu privilégié pour l'éducation à la santé sexuelle loin des valeurs religieuses et culturelles familiales.

En effet, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire est toujours en construction et dépend pour beaucoup d'initiatives locales. Ainsi, les personnels enseignant font face à des difficultés de mise en œuvre avec un manque de formation et de moyens. De plus, les stratégies visant des problèmes spécifiques, comme c'est le cas aujourd'hui, ont le plus souvent des impacts limités à certains types de jeunes ou pour un temps trop court. Dans ce contexte, nous n'avons retrouvé que peu de relations significatives entre le fait d'avoir déjà bénéficié de séances d'éducation à la sexualité et les connaissances sur les IST.

Le médecin n'est pas une source d'information privilégiée dans le domaine de la sexualité pour les adolescents avec seulement 18% d'entre eux qui avaient déjà abordé le sujet en consultation. Ceci est expliqué par l'existence de nombreux obstacles.

Les adolescents ont une vision floue du champ de compétences du médecin généraliste et ils n'osent pas toujours aborder ce sujet qui relève de l'intime. Du côté du médecin, l'abord de la santé sexuelle avec des adolescents est souvent ardu. La tonalité affective que peut prendre la prise en charge de ces derniers, les difficultés de dialogue et le grand manque de formation constituent des entraves notoires. De ce fait, nous n'avons retrouvé que peu d'impact du fait d'avoir déjà abordé ce sujet avec un médecin sur les connaissances sur les IST. Des mesures sont pourtant mises en œuvre comme l'instauration de la cotation CCP en 2017 dont l'impact n'a pas encore été évalué.

Internet constitue la source d'information majeure des adolescents en matière de sexualité. Ainsi, plusieurs sites officiels ont été créés pour promouvoir la santé sexuelle des adolescents. Ils sont animés par des professionnels de santé et transmettent donc des

renseignements fiables. Cependant, les professionnels de l'éducation et de la santé ne semblent pas avoir investi de manière optimale la sphère numérique qui représente une opportunité inouïe d'atteindre les jeunes. En effet, les réseaux sociaux en particulier représentent la principale source d'information des adolescents sur la sexualité. Les contenus publiés viennent de profanes qui peuvent diffuser et entretenir des idées reçues sur les IST et les professionnels doivent prendre davantage de place dans cet espace.

Au vu de cet état des lieux, des adaptations concernant la prévention et la promotion en santé sexuelle semblent nécessaires. Notre étude peut constituer un outil de travail pour établir de nouvelles stratégies ou pour des interventions spécifiques. Le questionnaire utilisé pour évaluer ces connaissances avait été certes créé pour servir d'outil éducatif lors d'intervention d'éducation à la sexualité mais il a permis de peindre un tableau assez net des connaissances des adolescents sur les IST.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bulletin de santé publique. *Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA. France 2018*. 9 octobre 2019. Santé Publique France.
Données disponibles à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- (2) Lot F, Cazein N, Ndeikoundam N, *et al.* *Activité de dépistage et de diagnostic du VIH et des IST bactériennes, 2010-2017*. 28 mars 2019. Santé Publique France.
Données disponibles à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- (3) Lot F, Cazein F, Ndeikoundam N, *et al.* *Infections par le VIH et les IST bactériennes. Bilan épidémiologique 2017*. 26 novembre 2018. Santé Publique France.
Données disponibles à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- (4) Ndeikoundam N, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, *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.
Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- (5) Bulletin des réseaux de surveillance des IST. Avril 2018. Santé Publique France.
Données disponibles à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- (6) Vaux S., Pioche C., Brouard C., Pillonel J., *et al.* *Surveillance des hépatites B et C*. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 28 p.
Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- (7) Dhumeaux D. (sous la direction de). *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016*. Sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF.
Disponible à partir de l'URL :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf
- (8) Lytle CD, Routson LB, Seaborn GB, *et al.* *An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus*. Sexuality Transmitted Diseases. 1997;24(3):161-4
- (9) Stromdahl S, Hickson F, Pharris A, *et al.* *A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe*. Euro Surveill. 2015;20(15):pii: 21096

- (10) Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. *Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;68(3):337-44
- (11) Givannou FK, Tsiara CG, Nikovlopoulos GK, et al. *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: A systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples*. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2016;16(4):489–499.
- (12) Weller SC, Davis-Beaty K. *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002:CD003255
- (13) Bernabe-Ortiz A, Carcamo CP, Scott JD, et al. *HBV Infection in Relation to Consistent Condom Use: A Population-Based Study in Peru*. PLoS One. 2011;6(9):e24721
- (14) Winer, RL, Hughes JP, Feng Q, et al. *Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women*. New England Journal of Medicine. 2006;354(25):2645–54
- (15) Ahmed S, Lutalo T, Wawer M, et al. *HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakai, Uganda*. AIDS. 2001;15(16):2171–9
- (16) Martin ET, Krantz E, Gottlieb SL, et al. *A Pooled Analysis of the Effect of Condoms in Preventing HSV-2 Acquisition*. Archives of Internal Medicine. 2009;169(13):1233-40
- (17) Crosby RA, Charnigo RA, Weathers C, et al. *Condom Effectiveness against Non-Viral Sexually Transmitted Infections: A Prospective Study Using Electronic Daily Diaries*. Sexually Transmitted Infections 2012;88(7):484-9.
- (18) *Surveillance des dispositifs de prévention et de Dépistage en libre-service*. 2019. Santé publique France.
Données disponibles à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- (19) Drew WL, Blair M, Miner RC, Conant M. *Evaluation of the virus permeability of a new condom for women*. Sexuality Transmitted Diseases. 1990;17(2):110-2
- (20) Vijayakumar G, Mabude Z, Smit J, et al. *A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence*. International Journal of STD & IADS. 2006;17(10):652-9
- (21) Mome RK, Wiyeh AB, Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. *Effectiveness of female condom in preventing HIV and sexually transmitted infections: a systematic review protocol*. BMJ Open. 2018;8(8):e023055

- (22) Beksinska M, Smit J, Joanis C, Hart C. *Practice makes perfect: reduction in female condom failures and user problems with short-term experience in a randomized trial*. *Contraception*. 2012;86(2):127-31
- (23) *How to use a dental dam as a barrier for oral sex*. Department of Health & Human Services, Etats-Unis.
Données disponibles à partir de l'URL :
<https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/Dental-dam-use.html>
- (24) Richters J, Prestage G, Schneider K, Clayton S. *Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women*. *Sexual Health*. 2010;7(2):165-169
- (25) Larson HJ, Smith DM, Paterson P, *et al*. *Measuring vaccine confidence: analysis of data obtained by a media surveillance system used to analyse public concerns about vaccines*. *Lancet Infectious Diseases* 2013;13(7):606–13
- (26) *Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019*. Mars 2019. Ministère des Solidarités et de la Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf
- (27) Article 1311-2 du Code de la Santé Publique modifié par la loi 2017-1836 du 30 décembre 2017 – article 49.
- (28) Article L. 3111-4 du Code de la Santé Publique complété par l'arrêté du 15 mars 1991.
- (29) Palmer T, Wallace L, Pollock KG, *et al*. *Prevalence of cervical disease at age 20 after immunisation with bivalent HPV vaccine at age 12-13 in Scotland: retrospective population study*. *BMJ*. 2019;3;365:l1161
- (30) *Avis relatif aux recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)*. 2014. Haut Conseil de la Santé Publique.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.mesvaccins.net/textes/hcspa20160308_vaccmenigcpls24ansactualisation.pdf
- (31) Cohen MS, Gamble T, McCauley M. *Prevention of HIV transmission and the HPTN 052 study*. *Annual Review of Medicine*. 2019. Parution prévue en janvier 2020
Données disponibles à partir de l'URL :
<https://www.hptn.org/research/studies/hptn052>

- (32) Rodger A, Cambiano V, Bruun T, et al. *Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy*. JAMA. 2016;316(2):171-181
- (33) Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. *Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men*. New England Journal of Medicine. 2010;363:2587–99
- (34) McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. *Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial*. Lancet. 2016;387(10013):53–60
- (35) Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. *On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection*. New England Journal of Medicine. 2015; 373(23):2237-46
- (36) Molina J, Charreau I, Spire B, et al. *Efficacy, safety and effect on sexual behavior of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study*. Lancet HIV. 2017;4(9):e402-10
- (37) Kojima N, Davey DJ, Klausner JD. *Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men*. AIDS. 2016;30(14):2251–52
- (38) *Bon usage du médicament : La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir-disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques)*. 2019. Haute Autorité de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201905/bum_truvada_maj_avril2019.pdf
- (39) Morlat P. (sous la direction de). *Recommandations 2017 pour la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant*. Sous l'égide du CNS et de l'ANRS.
- (40) Chauveau M, Billaud E, Bonnet B, et al. *Tenofovir DF/emtricitabine/rilpivirine as HIV post-exposure prophylaxis: result from a multicentre prospective study*. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2019;74(4):1021-27
- (41) Patel P, Borrkorf CB, Brooks JT, et al. *Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review*. AIDS. 2014;28(10):1509-19
- (42) Heuft MM, Houba SM, Van den Berk GE, et al. *Protective effect of hepatitis B virus-active antiretroviral therapy against primary hepatitis B virus infection*. AIDS. 2014;28(7) :999-1005

- (43) Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, *et al.* *Randomize, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial.* PLoS medicine. 2005 ;2(11):e298
- (44) Dhumeaux D. (sous la direction de). *Rapport de recommandations 2014 sur la prise charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.* Sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF.
- (45) Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence.
- (46) Morlat P. (sous la direction de). *Recommandations 2016 pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.* Sous l'égide du CNS et de l'ANRS.
- (47) *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France.* 2017. Haute Autorité de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_reco.pdf
- (48) Adams S, Luo W, Wesolowski L, *et al.* *Performance evaluation of the point-of-care INSTI™ HIV-1/2 antibody test in early and established HIV infections.* Journal of Clinical Virology. 2017;92:90-94
- (49) Galli RA, Green KF, La Marca A, *et al.* *Evaluation of the accuracy and ease of use of a rapid HIV-1 Antibody Test performed by untrained operators at the point of care.* Journal of Clinical Virology. 2013; 58 Suppl 1:e65-9
- (50) Figueroa C, Johnson C, Ford N, *et al.* *Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers : a systematic review and meta-analysis.* Lancet HIV. 2018;5(6):e277-290
- (51) Arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif.
- (52) *Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis.* 2018. Haute Autorité de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/recommandation_en_sante_publique__reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infection_a_chlamydia_trachomatis_vf.pdf

- (53) *Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions*. 2010. Haute Autorité de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf
- (54) *Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. Recommandation en santé publique*. 2007. Haute Autorité de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/argumentaire_-_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis.2.pdf
- (55) *Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du Treponema pallidum (bactérie responsable de la syphilis)*. 2017. Haute Autorité de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir3/argumentaire_syphilis.pdf
- (56) *Contrôle du marché des tests rapides d'orientation diagnostique de la syphilis. Bilan de la sensibilité et de la spécificité*. 2015. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/312edcae6bde10cadd654e6ecf12dde.pdf
- (57) *Hépatite B Dépistage. États des connaissances : février 2014*. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://ireps.gp.fnes.fr/_depot_arkcms_ireps_guadeloupe/_depot_arko/basesdoc/1/1577/depistage-de-l-hepatite-b.pdf
- (58) *Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B*. 2016. Haute Autorité de Santé.
Données disponibles à partir de l'URL :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/synthese_recommandation__place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_hepatite_b_2016-07-21_13-56-32_782.pdf
- (59) Chevaliez S, Challine D, Naija H, et al. *Performance of a new rapid test for the detection of hepatitis B surface antigen in various patient populations*. Journal of Clinical Virology. 2014;59(2):89-93
- (60) *Débats parlementaires. Compte rendu intégral des séances*. Journal Officiel. 6 juin 1973. N°37 A.N.

- (61) *Les enjeux de l'éducation à la sexualité*. 2018. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse.
Données disponibles à partir de l'URL : www.eduscol.education.fr
- (62) Circulaire n°2018-111 du 12 septembre 2018. Bulletin Officiel de l'Education Nationale.
- (63) Grant LM, Demetriou E. *Adolescent sexuality*. *Pediatric Clinics of North America*. 1988;35(6):1271-89
- (64) Binder P. *Comment aborder l'adolescent en médecine générale ?* La revue du praticien. 2005;55(10):1073-7
- (65) *Entre nous : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec l'adolescent ?* Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé.
- (66) *Observatoire des mesures conventionnelles*. 2018. Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
Données disponibles à partir de l'URL :
http://www.apima.org/img_bronner/Presentation_observatoire_6juin2018_VF.PDF
- (67) Idayassine S, Khattou P. *Moi, les médias et mes sexualités*. 2015. Coll Expertise citoyenne. Associations Icare et Les Eco-liés.
Données disponibles à partir de l'URL :
<http://www.asso-icare.org/wp-content/uploads/2016/04/Moiles-médias-et-mes-sexualités-2015-2016.pdf>
- (68) Beck F., Richard J.-B. *Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010*. 2013. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Saint-Denis, 344p.
- (69) Sondage Ifop et Bilendi pour Sidaction. Février 2019.
Données disponibles à partir de l'URL :
<https://presse.sidaction.org/communique/193046/Sondage-Ifop-Bilendi-jeunes-l-information-prevention-du-sida-La-lutte-contre-sida-est-au-milieu-du-gue-chez-jeunes>
- (70) Bajos N, Rahib D, Lydié N. *Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 6 p.
Données disponibles à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

- (71) Rousseau-Migeon Céline. *Étude descriptive de la consultation des adolescents en médecine générale sur l'année 2002 à partir d'une base de données comportant 14000 consultations* sous la direction de Pascal Clerc : Université de Versailles-Saint Quentin-En-Yvelines, 2004. Thèse Médecine.
Données disponibles à partir de l'URL :
http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/197/fichier_etude_consultations_ado_rousseau_migeon837f1.pdf
- (72) You C., Baron C. *Prise en compte des infections sexuellement transmissibles à Chlamydia trachomatis en médecine générale*. Exercer. 2012;23(102):119-120.
- (73) Lille Audrey. *Comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? Etude qualitative auprès de médecins généralistes du Maine et Loire* sous la direction de Christine Tessier Cazeneuve : Université d'Angers, 2018. Thèse médecine.
Données disponibles à partir de l'URL :
<http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007268/2018MCEM9846/fichier/9846F.pdf>
- (74) Paille Sarah. *Comment les médecins généralistes des Hauts-de-France abordent la santé sexuelle avec les adolescents avant l'instauration de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » ?* sous la direction de Thibault Puzskarek : Université de Lille, 2018. Thèse médecine.
Données disponibles à partir de l'URL :
<https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/743ad940-d6d0-4a72-9558-2e1a1941515b>
- (75) Roussey M, Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Education pour la santé, prévention et promotion de la santé à l'adolescence / éd par F. Narring et PA Michaud*. Paris : Drouin. 2004
- (76) Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, et al. *An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception, and practices in young adults*. AIDS. 2013;27(6):1011-9
- (77) Bernier A, Delabre RM, Schlegel V, et al. *Barriers to uptake of pre-exposure prophylaxis among respondents to the Flash! PrEP in Europe survey*. Journal of the International AIDS Society. 2017;20:e56
- (78) Analyse de données numériques à partir du site www.similarweb.com
- (79) Brown G, Bellamy R, Fisher MC, et al. *Young People's Sexual Health: Findings from the 6th National Survey of Secondary Students and Adolescent Sexual Health*. Symposium septembre 2019. Australasian Sexual Health and HIV AIDS Conference.
Données disponibles à partir de l'URL :
<http://www.corevih-bretagne.fr/bibliotheque/?p=281>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

- Quiz** (1 ou plusieurs réponses)
- 1 Quel est le mode de transmission le plus fréquent pour le VIH dans le monde ?**
- Par rapport homosexuel
 - Par partage de seringues usagées
 - Par rapport hétérosexuel
- 2 Je peux me contaminer par le VIH ?**
- En touchant du sang contaminé avec une peau saine
 - En buvant dans le verre de quelqu'un d'autre
 - En ayant un rapport sexuel non protégé
 - En se faisant piquer par un moustique
 - En embrassant quelqu'un
 - En s'asseyant sur des toilettes publiques
 - En pratiquant une fellation à quelqu'un
- 3 « J'aime mon nouveau partenaire. Nous sommes vraiment tombés amoureux l'un de l'autre » Avec quelles propositions êtes-vous d'accord ?**
- « C'est bon, il/elle a l'air propre, on n'est pas obligé de mettre un préservatif »
 - « Il / Elle est hyper sportive, avec lui/elle c'est différent, il n'y a pas de risque »
 - « Bien sûr je l'aime et j'ai confiance en lui/elle. Dans quelques semaines, nous pourrions nous passer du préservatif, lorsque notre relation deviendra sérieuse. »
 - « De toute façon, avant de nous passer du préservatif, nous ferons un test. »
 - « Nous sommes tous les deux vierges, il n'y a pas de problème »
- 4 Je viens d'avoir une relation non protégée/le préservatif a craqué**
- Je me lave immédiatement à l'eau très chaude pour éliminer le virus
 - Je fais un test de dépistage du VIH demain
- Je vais en urgence dans un hôpital pour évaluer la possibilité de prendre un traitement d'urgence et je demande à mon partenaire de m'accompagner
- J'attends des signes de la maladie, s'il n'y a pas de signe c'est bon
- 5 Où peut-on se faire dépister pour une infection VIH ?**
- Par son médecin traitant (test rapide du VIH ou prise de sang)
 - Dans un laboratoire d'analyse avec ou sans ordonnance
 - Chez soi avec un autotest
 - Dans un centre de dépistage anonyme et gratuit
 - Dans une association spécialisée
- 6 Après une relation non protégée, le test du VIH est fiable après dans une prise de sang :**
- 48h
 - 15 jours
 - 6 semaines
 - 3 mois
- 7 Avec les nouveaux traitements, les personnes séropositives**
- sont guéries
 - doivent prendre un médicament de temps en temps lorsqu'elles se sentent fatiguées ou malades
 - doivent prendre toute leur vie tous les jours un traitement
- 8 Qu'est-ce que la PrEP?**
- C'est un traitement préventif de l'infection VIH
 - C'est un traitement d'urgence après une prise de risque
 - C'est la Pratique Expose Particulière....
 - C'est une nouvelle drogue festive
- 9 En France, un jeune de 16 à 24 ans est contaminé par le VIH en moyenne :**
- Toutes les 12h
 - Toutes les 24h
 - Tous les 2 jours

10 Après un rapport sexuel non protégé, on peut attraper :

- L'infection par le VIH
- L'hépatite B
- Des Chlamydia
- Des champignons
- L'herpès
- La Syphilis
- Des gonocoques
- La varicelle

11 Quel est l'IST la plus fréquente chez les jeunes ?

- Le VIH
- Les Chlamydia
- L'hépatite B
- L'herpès

12 On ne peut pas être contaminé si

- Votre partenaire se nettoie le sexe avant le rapport
- Votre partenaire se retire avant d'éjaculer
- Votre partenaire pratique seulement la sodomie
- Votre partenaire utilise un préservatif

13 Quels sont les signes qui peuvent révéler une IST ?


- Une douleur du bas ventre
- Un écoulement vaginal ou par le pénis
- Une fièvre et une grande fatigue
- Il peut n'y avoir aucun signe mais on est tout de même infecté
- Le nez qui coule

14 Quels sont les risques des infections par chlamydia chez les femmes ?

- De l'acné
- Une rage de dents
- Etre stérile
- Une infection de l'utérus ou des trompes

1. Vous êtes un(e) Femme Homme
2. Votre âge :
3. Avez-vous déjà eu une intervention sur la sexualité au collège ou au lycée ? Oui Non
4. Si vous êtes une fille, pensez-vous être vaccinée contre le papilloma virus (cancer du col de l'utérus) Gardasil / Cervarix? Oui Non Ne sais pas
5. Savez-vous si vous êtes vaccinée contre l'hépatite B ? Oui Non Ne sais pas
6. Avez-vous déjà abordé la sexualité, la contraception, ou les dépistages des IST avec un médecin ? Oui Non
7. Avez-vous déjà eu des relations sans préservatifs ? Oui Non
8. Etes-vous satisfait de l'intervention d'aujourd'hui ?
 - Oui j'ai appris plein de choses
 - Bof ce sujet ne m'intéresse pas beaucoup
 - Non je ne me sens pas concerné


ANNEXE 2 : PRESENTATION D'INTERVENTION



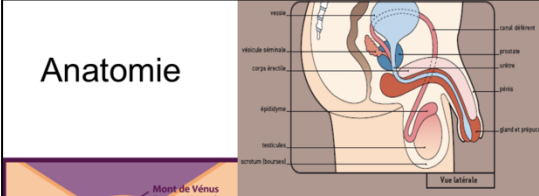
**Lycée Richelieu
Mars 2019**

**Infection à VIH
et autres IST...
Santé sexuelle**

Dr Camille Charpentier
Réseau-Ville-Hôpital



Anatomie



Se connaître...


La femme a bien 3 orifices....
Où sont les muqueuses ?
Où est le clitoris ?

Sexualité

- CONSENTEMENT**
Respect de son corps et du corps de l'autre
Violence
Attouchement
Viol
- TABOU**
Religion
Culture
Famille
- CHACUN A SA PROPRE SEXUALITE**
Pas de jugement de l'autre
Pas de discrimination
Hétérosexuel / Bisexuel / Asexuel
Masturbation
- RISQUES**
Grossesse
IST : Infection Sexuellement Transmissible
Connaitre pour réduire les risques
- RESEaux Sociaux**
Intimité
Chantage
Harcèlement
- PORNOGRAPHIE**
Éloignée de la réalité
Savoir prendre de la distance
- Plaisir
Désir**

Consentement

Savoir dire non
Coucher pour faire comme les autres?
Un verre pour mieux s'amuser?
Ne pas faire comme tout le monde ...




Réseaux sociaux

ATTENTION : mettre des photos / vidéos potentiellement compromettantes peut être dangereux!

Quelqu'un peut à distance copier vos images et mal les utiliser, vous faire du chantage, répandre des fausses rumeurs...



CHANTAGE À LA WEBCAM

IL EST POSSIBLE D'ENREGISTRER UNE CONVERSATION VIDEO VIA INTERNET EN UN SEUL CLIC.
NE FAITES JAMAIS DEVANT VOTRE WEBCAM, DES ACTES QU'IL VOUS SERAIT IMPOSSIBLE DE POSER DEVANT UNE FOULE

TU PEUX TE DÉSHABILLER ?

SE DESHABILLER DEVANT SA WEBCAM
=
SE DESHABILLER DEVANT UNE FOULE

REFLÉCHIS AVANT DE ...

Contraception

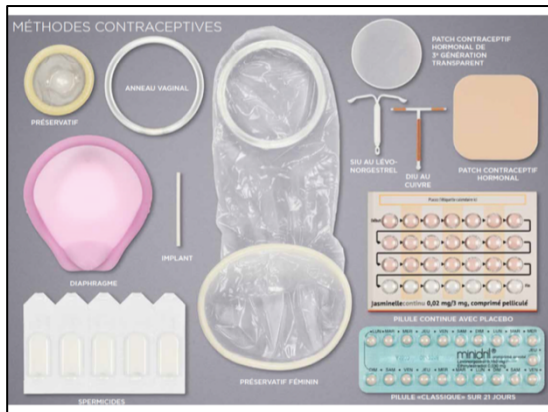
Qu'est-ce que c'est ?? choisirsacontraception.fr

Nouvelle consultation médecin généraliste
Les hommes doivent se sentir concernés !!

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.

LA PILULE
LE PATCH
L'IMPLANT
L'ANNEAU VAGINAL
LE STÉRILET
LE PRÉSERTIF MASCULIN
LE PRÉSERTIF FEMMIN
LE DIAPHRAGME
LA CAPSULE CERVICALE
LES SPERMICIDES
LA STÉRILISATION
LES MÉTHODES ANATOMIQUES
LES MÉTHODES NATURELLES

Un seul rapport sexuel suffit à tomber enceinte



Contraception d'urgence = pilule du lendemain

Délais ? 3 ou 5 jours

Où se la procurer ?
Infirmierie scolaire
Pharmacie

A quel prix ?
gratuit pour les mineurs
prise en charge avec ordonnance pour > 18 ans

Interruption Volontaire de Grossesse

Choix de la femme
Pas de jugement

Nécessité accompagnement majeur

Pris en charge à 100%

Par médicament (7 ou 9 SA)
Par voie instrumentale (14 SA)

SA = Semaines d'Aménorrhée = date du 1er jour des dernières règles

lvglesadresses.org

IST

- Infection par le VIH
- Infection par l'hépatite B
- Syphilis
- Chlamydia
- Gonocoque
- Herpès
- Papilloma
-

LE SIDA NE SE GUÉRIT PAS ENCORE. PENSEZ À VOUS PROTÉGER.

VIH Quelques chiffres.... Dans le monde

2010: A global view of HIV infection
33.3 million people (31.4-35.3 million) living with HIV, 2009

35 millions de morts depuis le début de l'épidémie

En 2016

- 1 million de mort
- 36 millions personnes qui vivent avec le VIH
- 1,8 millions de nouvelles contaminations

Quelques chiffres... En France

En 2017

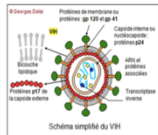
- 172 000 infectés
- 30 000 qui s'ignorent
- 6000 nouveaux

En île de France

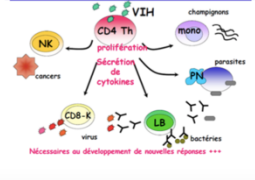
- Incidence 2800 /an
- Rueil 165 personnes vivent avec le VIH soit 0,21%

Figure 4 - Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile en 2015

VIH qu'est-ce que c'est ??

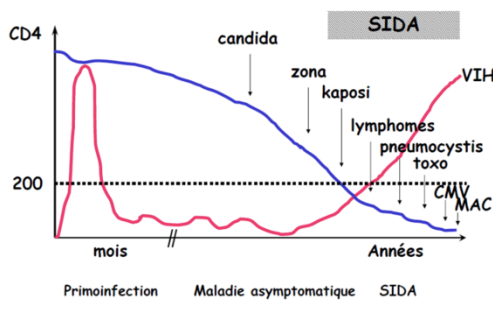


Le VIH atteint les LT CD4+ Auxiliaires (Th1/Th2/Th...) centraux du système immunitaire



- Virus de l'Immunodéficience Humaine
- Virus à ARN
- Attaque les CD4 (LT4)
- Stade avancé de la maladie = SIDA

Évolution du VIH



SIDA

- Syndrome d'immunodéficience acquise.
- Présence d'une infection opportuniste.



Traitements antirétroviraux

- Tri-thérapie /Multi-thérapie à vie
- Pas de guérison**
- 1 comprimé = 3 molécules
- Traitement injectable
- Pas de vaccin
- Indétectable = Intransmissible**



Nécessité de suivi tous les 4 à 6 mois quand infection contrôlée

Comment savoir ???

PAS ECRIT SUR LA TETE DE LA PERSONNE !!!!

- Prise de sang
 - 6 semaines après le rapport non protégé
- Test Rapide d'Orientation Diagnostic TROD
- Autotest

DEPISTAGE

VIH/SIDA ? HÉPATITES B et C ? INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

il se faire dépister ?

Où se faire dépister ???

- Dans un **CeGIDD** (Centre Gratuit d'Orientation, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles et du VIH)
- Dans un **CPEF** (Centre de Prévention et d'Éducation Familiale)
- Dans un **Laboratoire de ville** (avec un avis médical préalable)
- Dans un **Service de Santé Sexuelle** (avec un avis médical préalable)

INSTI Test rapide VIH 1/2

Rapidité d'utilisation et simplicité d'interprétation

Lecture/interprétation

Un point : Résultat négatif

Deux points : Résultat positif

Résultats interprétables

Un point : Résultat négatif

Deux points : Résultat positif

AUTOTEST

Disponible en pharmacie
Depuis 09/2015
10 à 25 euros
Délais de 3 mois +++

Quels sont les 5 liquides biologiques pouvant contenir le VIH ?

1. Sang
2. Sperme
3. Liquide pré-séminale
4. Sécrétions vaginales
5. Lait maternel

Quelles sont les portes d'entrées du VIH ?

1. Plaie / Effraction cutané / Piqueur
2. Muqueuses
 1. Visage : nez – yeux – oreilles- bouche
 2. Anus – Vagin – Vulve
 3. Anus - Gland

Modes de transmission

- SANG
 - Transfusion sanguine
 - Échange de seringues (Toxicomanie)
 - Contact de de plaie en cours de saignement
- **RAPPORTS SEXUELS**
 - Intra vaginal
 - Anal
 - Fellation et cunnilingus
- Materno-infantile / Allaitement



Le VIH ne se transmet pas par...



Les Bisous



toilettes



Les caresses



Les moustiques



Serrer la main



La respiration

Ne se transmet pas non plus par...



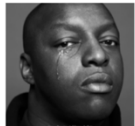
La brosse à cheveux



Le peigne, le ciseau



Boire dans un verre



Les larmes



L'urine



Manger dans la même assiette

NE PROTEGE PAS DES IST !!!!



Spermicide



Toilette intime post coïtale



Circoncision



Ejaculation extra vaginal

Que faire en cas d'exposition VIH?



- Si on a un nouveau partenaire ??
 - LES 2 DOIVENT FAIRE LE TEST AVANT d'enlever le préservatif
- Que faire si on a oublié le préservatif ou s'il a craqué ???
 - Faire un test VIH pour les 2 partenaires le plus rapidement possible
 - Si pas possible, **Traitement Post Exposition**
 - Uniquement dans les 48h
 - Trithérapie 1 mois

PrEP

Prophylaxie Pré Exposition



- Traitement pour les séronégatifs
- A la demande ou en continue
- Pour éviter de s'infecter par le VIH
- Pour les personnes prenant des risques
- Nécessité suivi hôpital / 3 mois

SURTOUT, NE LES COLLECTIONNEZ PAS!

AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES = IST

Hépatite B

VHB dans le monde
 2 milliards contaminés par le VHB
 350 millions porteurs chronique
 15-25% DC par cirrhose ou cancer
 10^{ème} cause de DC dans le monde

VHB en France
 Prévalence 0.66% = 300 000 porteurs
 Ac AntiHBc+ : 8.18%

Hépatite B

Transmission :
 Voie sexuelle ++++
 Transmission mère – enfant
 Voie sanguine

Infection chronique = traitement à vie
 Risque de cirrhose et cancer du foie

Hépatite B

Prévention = **VACCINATION**

3 injections J0 M1 M6 (enfant M2–M4–M11)

Très bonne tolérance
 Pas de contre indications
 Pas de sur-risque

VERIFIEZ VOS CARNETS DE VACCINATION AVEC VOTRE MEDECIN

Syphilis

- Transmission sexuelle +++ **génitale, orale, anale**
- Transmission materno-fœtale
- Recrudescence +++
- Bactérie *Treponema pallidum*

Le mal de Naples
 Maupassant, Beaudelaire, Flaubert, Verlaine, Dostoievski, Tolstol, Van Gogh, Lénine.....

Syphilis

- Syphilis primaire = chancre indolore + ganglion
- Syphilis secondaire = éruption qq semaines ou mois plus tard
- Syphilis tertiaire = cerveau cœur, ophtalmo...

Syphilis

- Unique moyen de le savoir
- Dépistage +++++ Prise de sang
- Traitement
- 1 injection intra-musculaire pénicilline
- Prévention = préservatif

CHLAMYDIA

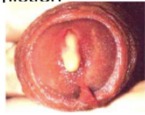
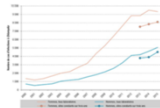
L'INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE LA PLUS RÉPANDUE CHEZ LES 16-24 ANS.

ET SI VOUS ÉTIEZ PORTEUR SANS LE SAVOIR ?

FAITES LE TEST EN MOINS DE 3 MINUTES

Chlamydia et gonocoque

- Bactéries sexuellement transmissibles
- **Hyper fréquent chez les moins de 30 ans**
- Chez les hommes
 - « Chaude pisse » brulures à la miction
 - Ecoulement au méat
- Chez les femmes
 - Asymptomatique
 - Pertes anormales



Chlamydia et gonocoque

Dépistage ++++
 Sur les urines ou auto-prélèvement vaginal
 Traitement minute
 Traitement du partenaire +++

Chlamydia non traité = risque de stérilité



Papilloma Virus

Cancer col de l'utérus
 Vaccins




Herpès



L'herpès génital en France
 17% des adultes de 20 à 59 ans¹⁶ sont concernés



A vie
 Pas de traitement pour guérir
 Douloureux
 Préservatif

En pratique

Les connaître / reconnaître....

Que faire si ...

Où aller?

Le mieux = comment les éviter ?



Sexualité = Plaisir !!!!
 mais sans prendre de risque !!!!

Protection

=
PRESERVATIF

Les préservatifs sont maintenant remboursés !!

Demandez une ordonnance à votre médecin !!!!



Où se faire dépister ? Où se renseigner ?

CEGIDD Nanterre
 Médecin Généraliste
 Sages Femmes
 Sida Info Service

Sida Info Service
 0 800 840 800
 24h/24, confidentiel, anonyme et gratuit
www.sida-info-service.org

CPEF (planning familial)
 AIDES Nanterre
 cartosantejeunes.org Espace santé Jeunes Nanterre
 onsexprime.fr
 parolesdados.be

Paroles d'ados

Accueil - Coups de cœur/Coups de gueule - Sondages - Le savais-tu? - Questions/Réponses

PROBLÈMES
AMOUR
ADOLESCENCE
SEXE
VIOLENCE
BONHEUR

Bienvenue sur Paroles d'ados !

Pose la question →

Bienvenue sur le site Paroles d'Ados

Vous pouvez maintenant vous connecter avec votre compte Facebook !

Inscrivez-vous si vous posez vos questions à nos spécialistes, en tout anonymat !

Derniers dossiers modifiés

Suicide / tentative de suicide

Moi-même

Les personnes suicidaires se sentent dans une impasse, elles ont un sentiment de solitude intense. C'est en général suite à une situation de perte, de deuil, de rupture qui peuvent apparaître des idées suicidaires.

[Lire la suite](#)

Ton avis ?

Quel est le principal sujet de disputes avec tes parents ?

- Mes sorties
- Mes écrans
- Mes relations avec les copains, la famille
- Le respect de ton intimité
- Les résultats scolaires

[Je donne mon avis](#)

**L'AMOUR
ÇA SE PROTÈGE !**



LE PETIT SPIROU

Le préservatif, le bon réflexe pour se protéger du VIH/sida et des IST.







FRANCE < POUR PLUS D'INFORMATIONS > www.prevention.org

Connaissance des adolescents sur les infections sexuellement transmissibles : Enquête dans cinq lycées des Hauts-de-Seine

Résumé

Contexte : Malgré des moyens de prévention efficaces et une offre de dépistage est large, la prévalence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) augmente chez les jeunes en France. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer leurs connaissances sur les IST.

Méthode : Dans cette étude observationnelle multicentrique, un questionnaire de 22 items a été distribué à des lycéens des Hauts-de-Seine.

Résultats : 680 lycéens âgés de 14 à 20 ans (âge médian[+/-SD] 15,9 +/- 1,0 ans) ont été inclus. Beaucoup ne connaissaient pas leur statut vaccinal vis-à-vis du papilloma virus (46%) et de l'hépatite B (62%). Seuls 18% avaient déjà abordé le sujet de la sexualité avec un médecin et 78% avaient déjà eu au moins une intervention d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Plus de la moitié des lycéens ignoraient que l'hépatite B, le chlamydia, l'herpès, la syphilis et le gonocoque étaient des IST et 14% pensaient que la méthode du « retrait » pouvait les prévenir. Concernant le VIH, les connaissances étaient assez adaptées mais il persistait des idées reçues avec 20% des lycéens pensant qu'une piqûre de moustique entraînaient un risque de contamination et 11% que le traitement du VIH était ponctuel. Le préservatif était bien considéré comme moyen de prévention majeur des IST et l'importance du dépistage avant l'arrêt de son utilisation était souligné par 86% des lycéens.

Conclusion : Les connaissances des jeunes sur les IST restent trop limitées. La construction de projets d'éducation en santé sexuelle plus adaptés, en termes de santé publique et au niveau individuel, ainsi qu'un investissement accru de l'espace numérique semblent nécessaires.

Mots clé : Adolescence, maladies sexuellement transmissibles, santé sexuelle, éducation sexuelle, connaissances.

Adolescents sexually transmitted diseases knowledge: a survey in five high schools in Hauts-de-Seine

Abstract

Background: Despite efficient prevention methods and accessible screening tests, the prevalence of certain sexually transmitted diseases (STDs) is increasing amongst adolescents in France. The main goal of this study is to assess their knowledge about STDs.

Methods: In this multicentre observational study, students of Hauts-de-Seine have completed a 22-item questionnaire.

Results: 680 adolescents aged 14 to 20 years (mean [+/-SD] age, 15.9 +/- 1,0 years) were included. Many of them didn't know their immunization status against human papilloma virus (46%) and hepatitis B virus (62%). Regarding information sources, only 18% had ever discussed about sexuality with a physician and 78% had already have at least one sex education session at school. More than a half didn't know hepatitis B, syphilis, chlamydia, herpes simplex virus and gonococcus infections were STDs and 14% thought that "withdrawal" prevents STDs. Concerning HIV, knowledge was quite satisfactory but there are still misconceptions. 20% of teenagers thought a person can be contaminated after being bitten by a mosquito and 11% thought HIV-positive people are treated with one-off medication. Adolescents considered condom as a major method of preventing STDs and 86 % of them emphasized the importance of screening tests before stopping using it.

Conclusion: Knowledge on STDs are still too limited amongst teenagers. Building better sexual health education programs, in terms of public health and at an individual level, and an enhanced appropriation of the digital space seem to be necessary.

Key words: Adolescence, sexually transmitted diseases, sexual health, sex education, knowledge.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06