



HAL
open science

Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un outil informatique de dépistage des infections sexuellement transmissibles par les médecins généralistes en soins premiers à La Réunion

Pierre Édouard Aubry

► To cite this version:

Pierre Édouard Aubry. Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un outil informatique de dépistage des infections sexuellement transmissibles par les médecins généralistes en soins premiers à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03711379

HAL Id: dumas-03711379

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03711379>

Submitted on 1 Jul 2022

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

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

**UNIVERSITÉ DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2022

N° : 2022LARE041M

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un outil
informatique de dépistage des infections sexuellement
transmissibles par les médecins généralistes en soins premiers à
La Réunion.**

Présentée et soutenue publiquement
le 09/05/2022 à 17h à La Réunion
Par **Pierre-Edouard Aubry**
né le 07/07/1986

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD

Assesseurs :

**Monsieur le Docteur Lucas CHEYMOL
Monsieur le Docteur Florian LEGRAND
Madame le Docteur Camille PESTRE**

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Directeurs de Thèse :

**Monsieur le Docteur Antoine BERTOLOTTI
Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE**

Résumé :

Contexte : Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont un problème majeur de santé publique. En médecine générale, le dépistage reste insuffisant, notamment lié à la charge de travail et à la difficulté d'abord de la sexualité. Afin d'améliorer le dépistage par les médecins généralistes (MG), un outil informatique d'aide au dépistage a été créé.

Objectifs : Évaluer la faisabilité de l'outil et l'acceptabilité à le réutiliser à l'avenir par les MG en soins premiers. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution des connaissances des MG sur le dépistage des IST, d'évaluer leur satisfaction et d'identifier les freins rencontrés à l'utilisation de l'outil.

Méthode : Enquête d'opinion, descriptive transversale auprès de MG à La Réunion, durant la période de décembre 2020 à juillet 2021. L'outil évalué, accessible en ligne, permet selon un algorithme décisionnel de proposer si nécessaire un dépistage adapté selon les recommandations en vigueur. L'étude a été réalisée à partir de deux auto-questionnaires en ligne envoyés par mail aux MG inclus, avant et après utilisation de l'outil.

Résultats : Au total, 28 MG ont été inclus. Soixante-quinze pourcent ont considéré l'utilisation de l'outil faisable et 42,85 % acceptaient de réutiliser l'outil à l'avenir. La satisfaction à l'utilisation de l'outil était de 78,6 %. Suite à l'utilisation de l'outil, 60,7 % des MG ont amélioré leur note au test de connaissance. Des freins à l'utilisation de l'outil ont été déclarés par 57,14 % des MG, principalement le caractère chronophage et la difficulté à aborder la sexualité.

Conclusion : L'outil évalué semble susciter l'intérêt des MG, avec une volonté de le réutiliser à l'avenir dans leur pratique quotidienne. Il a permis une amélioration des connaissances des MG sur les IST.

Mots clés : Médecine générale, infection sexuellement transmissible, dépistage.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBREVIATIONS	5
INDEX DES FIGURES.....	6
INDEX DES TABLEAUX.....	6
INDEX DES ANNEXES	6
INTRODUCTION.....	7
1. CONTEXTE.....	8
1.1. Les IST, un enjeu de santé publique	8
1.1.1 Épidémiologie	8
1.1.1.1 En France.....	8
1.1.1.2. À la Réunion	9
1.1.2. Contexte d'évolution de la sexualité	10
1.1.2.1. Contexte social et de santé publique en rapide évolution	10
1.1.2.2. Évolution des comportements sexuels.....	10
1.1.2.3. Évolution de la connaissance et de la perception du risque d'IST.....	11
1.1.2.4. Contexte réunionnais	11
1.2. Le dépistage.....	11
1.2.1. Définition	11
1.2.2. Recommandations nationales française de dépistage des IST	12
1.2.3. Les structures de dépistages des IST en France.....	13
1.2.3.1. Structures privées	13
1.2.3.2. Structures publiques	13
1.2.4. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 à 2030.....	14
1.3. Dépistage en médecine générale : Les MG en première ligne.....	14
1.3.1. Position idéale en premier recours.....	14
1.3.2. Opportunités manquées de dépistage	15
1.3.2.1. Insuffisance de ciblage des patients à risque	15
1.3.2.2. Inadéquation des pratiques de dépistage des MG avec les recommandations	15
1.3.2.3. Disparités de dépistage	16
1.4. Obstacles et facilitateurs au dépistage des IST en médecine générale	16
1.4.1. Au niveau du MG	17
1.4.1.1. Barrières	17
1.4.1.2. Facilitateurs	17
1.4.2. Au niveau des patients	18
1.4.2.1. Barrières	18
1.4.2.2. Facilitateurs	19
1.4.3. Au niveau de la médecine générale.....	20
1.4.3.1. Barrières	20
1.4.3.2. Facilitateurs	20
1.4.4. Stratégies visant à améliorer le dépistage des IST.....	21
2. PROBLEMATIQUE : UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE PEUT-IL AIDER LE MG À AMELIORER LE DEPISTAGE DES IST ?	22
3. OBJECTIFS	23
MATERIEL ET METHODES	24
1. SCHEMA D'ETUDE	24
2. OUTIL ÉVALUÉ.....	24
3. POPULATION ET MÉTHODE DE RECRUTEMENT	24
3.1. Méthode de recrutement de la population incluse	24
3.2. Population incluse.....	25
4. COLLECTE DES DONNÉES	26
5. VARIABLES / DONNÉES RECUEILLIES	26

5.1. Questionnaire initial avant utilisation de l'outils (annexe 4).....	26
5.2. Questionnaire final après utilisation de l'outils et à la fin de la participation à l'étude PIST-MG (annexe 5).....	26
5.3. Données supplémentaires.....	27
6. SAISIE ET ANALYSES DES DONNÉES / ANALYSE STATISTIQUE.....	28
7. ASPECT ÉTHIQUE.....	28
RESULTATS	29
1. POPULATION.....	29
1.1. Flow chart.....	29
1.2. Caractéristiques des MG inclus.....	30
2. DONNÉES DU QUESTIONNAIRE AVANT UTILISATION DE L'OUTIL	31
2.1. État des lieux des pratiques des MG.....	31
2.2. Obstacles au dépistage des IST.....	32
2.3. Formation des MG.....	33
2.4. Remarques du questionnaire initial.....	33
3. DONNÉES DU QUESTIONNAIRE APRÈS L'UTILISATION DE L'OUTIL.....	33
3.1. Critères de jugement principaux.....	33
- Faisabilité	33
3.2. Critères de jugement secondaires.....	37
3.2.1. Satisfaction des MG à l'utilisation de l'outil	37
3.2.2. Freins rencontrés par les MG à l'utilisation de l'outil	38
3.2.3. Test de connaissance sur le dépistage des IST.....	38
3.3 Autres résultats complémentaires.....	40
DISCUSSION	42
1. PRINCIPALES CONCLUSIONS	42
2. FORCES ET LIMITES	42
2.1. Forces.....	42
2.2. Limites.....	42
2. VALIDITÉ EXTERNE	44
3. BENEFICES DU QUESTIONNAIRE EN PRATIQUE COURANTE.....	47
4. PERSPECTIVES/ AMÉLIORATIONS DE L'OUTIL	49
CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	51
ANNEXES.....	58

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agences régionales de santé
CDAG : Centres de dépistage anonyme et gratuit
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissible
CIDDIST : Centres de dépistage des IST
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale
Ct : *Chlamydia trachomatis*
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DUMG : Département universitaire de médecine générale
ET : Écart-type
HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
MG : Médecin généraliste
MSU : Maîtres de stage des universités
Ng : *Neisseria gonorrhoeae*
OMS : Organisation mondiale de la santé
PMI : Centre de protection maternelle et infantile
RDV : Rendez-vous
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
SPF : Santé publique France
SUMPPS : Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
Tv : *Trichomonas vaginalis*
UDI : Usagers de drogues intraveineuse
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INDEX DES FIGURES

FIGURE 1 : STRATÉGIE DE DÉPISTAGE INTÉGRÉ DES IST PAR POPULATION	12
FIGURE 2 : FLOW CHART	29
FIGURE 3 : OBSTACLES AU DÉPISTAGE DES IST (N = 28)	32
FIGURE 4 : RÉPARTITION DES MG EN FONCTION DE LEUR DIFFÉRENCE DE NOTE APRÈS/AVANT (N = 28).....	40

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES DES MG.....	30
TABLEAU 2 : SATISFACTION DES HABITUDES DE DÉPISTAGE.....	31
TABLEAU 3 : DÉMARCHÉ SYSTÉMATIQUE DE DÉPISTAGE.....	31
TABLEAU 4 : FAISABILITÉ DE L'UTILISATION DE L'OUTIL	33
TABLEAU 5 : ANALYSE STATISTIQUE DES CARACTÉRISTIQUES DES MG EN FONCTION DE LA FAISABILITÉ (N = 28)	34
TABLEAU 6 : ACCEPTABILITÉ	35
TABLEAU 7 : ANALYSE STATISTIQUE DES CARACTÉRISTIQUES DES MG EN FONCTION DE L'ACCEPTABILITÉ (N = 28)	36
TABLEAU 8 : SATISFACTION DE L'UTILISATION DE L'OUTIL.....	37
TABLEAU 9 : ANALYSE STATISTIQUE DES CARACTÉRISTIQUES DES MG EN FONCTION DE LA SATISFACTION DE L'OUTIL (N = 28)	37
TABLEAU 10 : RÉPONSES AU TEST DE CONNAISSANCE INITIAL (N = 28).....	39
TABLEAU 11 : RÉPONSES AU TEST DE CONNAISSANCE FINAL (N = 28)	39
TABLEAU 12 : MOYENNE DE BONNES NOTES AVANT ET APRÈS L'UTILISATION DE L'OUTIL (TEST DE STUDENT POUR DONNÉES APPARIÉES)	39
TABLEAU 13 : BÉNÉFICES DE L'OUTIL.....	41

INDEX DES ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CEGIDD	
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE	
ANNEXE 3 : MAIL DE PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE INITIAL DES MG	
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE FINAL DES MG	
ANNEXE 6 : TESTS STATISTIQUES SUR LA SATISFACTION DES HABITUDES DE DÉPISTAGE	
ANNEXE 7 : TESTS STATISTIQUES SUR LA DÉMARCHÉ SYSTÉMATIQUE DE DÉPISTAGE	
ANNEXE 8 : REMARQUES GÉNÉRALES DU QUESTIONNAIRE INITIAL	
ANNEXE 9 : REMARQUES CONCERNANT LA QUESTION 15 DU QUESTIONNAIRE FINAL	
ANNEXE 10 : REMARQUES / SUGGESTIONS GÉNÉRALES DU QUESTIONNAIRE FINAL	
ANNEXE 11 : AFFICHE PATIENT	

INTRODUCTION

Chaque jour, dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que plus d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible (IST).

Chaque année, il y a 131 millions de nouveaux cas de patients atteints de *Chlamydia trachomatis* (Ct), 78 millions de *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), 5,6 millions de syphilis et 143 millions de *Trichomonas vaginalis* (Tv), ainsi que 417 millions de personnes vivant avec une infection par l'Herpès simplex de type 2 (1) (2), et plus de 290 millions de femmes porteuses du papillomavirus humain (3).

En 2019, l'OMS estimait à 38 millions le nombre de personnes vivant avec le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (4), et à 296 millions le nombre de personnes vivant avec une hépatite B chronique (définie par la présence de l'antigène de surface de l'hépatite B) (5).

Dans la plupart des cas, les IST sont asymptomatiques ou s'accompagnent de symptômes mineurs qui ne sont pas toujours reconnus comme étant ceux d'une IST, ce qui conduit à une sous-estimation de leur prévalence, à un retard ou à une absence de diagnostic et à un risque majoré de transmission.

Dans certains cas, les IST peuvent avoir des conséquences graves sur la santé, allant au-delà des conséquences immédiates, telles que la stérilité, les grossesses extra-utérines, la transmission des infections de la mère à l'enfant, les cancers ou la lymphogranulomatose vénérienne (1) (2).

1. CONTEXTE

1.1. Les IST, un enjeu de santé publique

1.1.1 Épidémiologie

Les diagnostics d'IST, hors VIH, sont en progression en France depuis leur résurgence vers la fin des années 1990, surtout chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (6).

1.1.1.1 En France

Selon les dernières données de surveillance épidémiologique française de 2019 (7), concernant le VIH, 6,2 millions de sérologies VIH ont été effectuées en 2019. Cette activité de dépistage du VIH est en augmentation depuis 2014, avec +10 % entre 2014 et 2018, et +6 % entre 2018 et 2019. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2018 avait été estimé à 6 200, avec une diminution de 7 % par rapport à 2017. La majorité des découvertes touche les HSH et les hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger.

Concernant la syphilis, 2,6 millions de sérologies syphilis ont été effectuées en 2019, (soit un taux de dépistage de 47,2 pour 1 000 habitants). Ce taux de dépistage a augmenté de 22 % depuis 2017. Le nombre de diagnostics de syphilis récente (durée d'évolution inférieure à 1 an), qui était stable entre 2015 et 2018, a diminué de 7 % en 2019, et concernait à 79 % les HSH.

Pour le *Ng*, 2,2 millions de dépistages ont été effectués en 2019, (soit un taux de dépistage de 40,9 pour 1 000 habitants). Cette activité de dépistage a augmenté de 58 % par rapport à 2017. Le nombre de diagnostics de gonococcies a continué d'augmenter en 2019 par rapport à 2017 (+ 21 %), et concernait à 74 % les HSH.

Pour les infections à *Ct*, 2,5 millions de dépistages ont été effectués en 2019, (soit un taux de dépistage de 45,2 pour 1 000 habitants). Cette activité de dépistage a augmenté de 20 % par rapport à 2017. Le nombre de diagnostics de chlamydie a augmenté de 29 % entre 2017 et 2019.

Pour l'hépatite B, il y a eu 12 % en plus de personnes dépistées pour l'Ag HBs entre 2018 et 2019, soit 3,8 millions de personnes ayant réalisé 4,5 millions de tests en 2019. La prévalence

de l'hépatite B chronique a été estimée à 0,30 % [IC 95 % : 0,3-0,70], correspondant à 135 706 personnes [58 224-313 960] dans la population des 18-75 ans en France métropolitaine.

Cependant, la pandémie à SARS-COV-2 a provoqué une baisse importante de l'activité de dépistage des IST en 2020, qui n'a pas pu être compensée par la suite, ce qui peut faire craindre un retard au dépistage et l'accès à un traitement adapté, avec un risque de circulation majoré des IST (7).

1.1.1.2. À la Réunion

Selon les dernières données de surveillance épidémiologique Réunionnaise (8) (9), concernant le VIH, en 2019, le nombre de sérologies VIH était de 124 pour 1 000 habitants, en augmentation depuis 2013. Le taux de positivité en 2019 était de 0,8/1 000 sérologies, relativement stable depuis 2010, et inférieur aux autres DOM et France métropolitaine. Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH, qui a augmenté entre 2014 et 2018, a été estimé à 61 par million d'habitants en 2018. Le nombre de personnes séropositives est stable depuis une dizaine d'années.

Concernant la syphilis, 62 173 dépistages de la syphilis ont été réalisés en 2019, soit un taux de dépistage de 85,2/1 000 habitants. Entre 2010 et 2018, le nombre de diagnostics précoces de syphilis déclarées à La Réunion a été multiplié par 4 (37 à 161 diagnostics) (10). Ce nombre a légèrement diminué en 2019 avec 145 cas.

Pour le *Ng*, 52 393 dépistages ont été réalisés en 2019, soit un taux de dépistage de 70,8/1 000 habitants. Le nombre de gonococcies déclarées, qui a augmenté de 2014 à 2018, a stagné de 2018 à 2019 avec 92 cas.

Pour le *Ct*, 54 792 dépistages ont été réalisées en 2019, soit un taux de dépistage de 74,1/1 000 habitants. Une étude retrouvait une prévalence globale de *Ct* de 8,6 % dans les CeGIDD en 2017/2018 (11).

Pour l'hépatite B, en 2015, près de 56 500 tests ont été réalisés dans le régime général, soit 67 tests pour 1 000 habitants. Les sérologies ont été confirmées positives pour 49/100 000 habitants en 2013 (12).

Concernant la syphilis, le *Ng* et le *Ct*, les taux de dépistage ont augmenté entre 2018 et 2019. Ces taux de dépistage étaient inférieurs à ceux observés aux Antilles et en Guyane, mais supérieurs à ceux observés en France métropolitaine.

Comme en France métropolitaine, la pandémie à SARS-COV-2 a provoqué une diminution des dépistages des IST en 2020, sans rattrapage observé par la suite (8).

1.1.2. Contexte d'évolution de la sexualité

1.1.2.1. Contexte social et de santé publique en rapide évolution

D'après une étude sur le comportement sexuel des Français de 1970 à 2006 (13), les modifications du comportement sexuel de ces dernières 7 décennies sont liées à des modifications rapides du paysage social, culturel et de santé publique, en particulier attribuable à une augmentation du statut social des femmes. En effet, la deuxième partie du 20^{ème} siècle en France, comme dans d'autres pays d'Europe, a vu la liberté sexuelle et le pouvoir d'achat des jeunes s'accroître, la réduction des mariages et le report des grossesses, la législation autour de l'avortement et de la contraception, l'accès croissant à la contraception médicale, une orientation vers l'égalité homme/femme, l'apparition de l'épidémie de VIH/SIDA et de ses campagnes de prévention.

1.1.2.2. Évolution des comportements sexuels

D'après l'étude de Bajos et al. (13), lors des dernières décades, l'âge médian du premier rapport sexuel a baissé de 4 années pour les femmes (22,0 dans les années 1930 contre 17,6 dans les années 2000) contre 1 année pour les hommes (18,1 contre 17,2).

Le nombre de partenaires sexuels déclarés au cours de la vie s'est majoré pour les femmes, mais pas pour les hommes (1,8 en 1970 contre 4,4 en 2006 pour les femmes ; et 11,8 contre 11,6 pour les hommes).

En parallèle, les proportions d'hommes et de femmes affirmant avoir utilisé un préservatif lors des rapports sexuels les plus récents atteignaient en 2010 leurs points le plus bas depuis 1994, en particuliers chez les jeunes. En effet, il y avait une diminution significative pour les jeunes hommes passant de 52 à 36,2 % entre 2004 et 2010, et pour les jeunes femmes passant de 38,0 à 23,8 % entre 1998 et 2010 (14).

1.1.2.3. Évolution de la connaissance et de la perception du risque d'IST

D'après les études CAP sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des Français concernant les IST de 1992 à 2010 (14) (15) (16), il existait une diminution des connaissances de la population générale sur les IST. Ces études montraient également une augmentation des doutes face à l'efficacité du préservatif, avec des jeunes qui étaient moins persuadés de l'efficacité totale des préservatifs dans la protection contre le VIH (70 à 80 % en 1992-1994 contre 50 % en 2010). La proportion de déclarants ayant très peur du SIDA avait fortement baissé, passant de 44 % en 1994 à presque 20 % en 2010, rejoignant un niveau de crainte quasiment identique à celui de l'hépatite B et des autres IST.

1.1.2.4. Contexte réunionnais

D'après l'enquête CAP sexualité Réunion en 2012 (17), l'âge du premier rapport sexuel était en baisse, il était plus précoce chez l'homme que chez la femme (respectivement 16,1 contre 16,5 ans). Le multi-partenariat (plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois) était plus important chez 15-25 ans que chez les 25-59 ans.

Cette étude mettait aussi en avant une méconnaissance évidente des IST dans la population générale, en particulier chez les jeunes.

La maîtrise des moyens de protection ne semblait pas encore acquise malgré une éducation dispensée dans les collèges et les lycées : 15 % des personnes ayant déjà eu un rapport sexuel n'ont jamais utilisé de préservatif. Cependant, une augmentation de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport a eu lieu ces dernières années mais reste encore insuffisante.

De plus, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les mineures était deux fois plus important qu'en métropole (35 %), et les grossesses adolescentes étaient également très nombreuses (18).

1.2. Le dépistage

1.2.1. Définition

Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier de façon présomptive, à l'aide de tests appliqués de manière standardisée et systématique, les personnes atteintes d'une pathologie ou d'une anomalie passée inaperçue jusque-là. Il s'oppose au diagnostic qui consiste à mettre en évidence une pathologie chez un patient présentant des signes cliniques.

1.2.2. Recommandations nationale française de dépistage des IST

Les recommandations françaises de dépistage des IST sont de sources multiples et peu lisibles. Elles sont présentées selon une approche par agent pathogène. Cependant les groupes d'experts se rejoignent sur la nécessité de disposer de recommandations par population (population générale, jeunes, migrants ou encore HSH) précisant les IST à rechercher, la fréquence du dépistage et les méthodes à privilégier.

Par conséquent, selon les dernières recommandations de la HAS (19) (20) (21), de la Société Française de Dermatologie (22) et du rapport Morlat (24), la stratégie de dépistage intégré des IST par population est résumée par la figure 1 :

<p><u>Population générale</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dépistage conjoint VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie- Dépistage VIH à chaque changement d'orientation de vie (dont multi-partenariat)- Dépistage VIH lors de tout recours aux soins en l'absence de dépistage antérieur- Dépistage VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) en l'absence d'antécédent de vaccination (Prescrire une recherche d'infection par le virus delta en cas d'Ag HBs positif)- Dépistage VHC (Ac anti-VHC) s'il n'a jamais été réalisé- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour Chlamydia trachomatis par auto-prélèvement vaginal chez les femmes sexuellement active de 15 à 25 ans (y compris les femmes enceintes) ou de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque ou consultant pour une IVG ; et dans le 1er jet urinaire chez les hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire; l'utilisation d'une PCR mixte permet également le dépistage de l'infection à gonocoque dans cette population- Frottis cervical : après deux frottis normaux à un an d'intervalle, prescrire un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans et en l'absence de signes ou symptômes <p><u>Personnes migrantes</u></p> <ul style="list-style-type: none">- En complément des recommandations pour la population générale, renouveler la proposition de dépistage coordonné au minimum une fois par an en cas de prise de risque <p><u>Travailleurs/ses du sexe</u></p> <ul style="list-style-type: none">- En complément des recommandations pour la population générale, renouveler tous les ans le dépistage de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (en l'absence de vaccination), voire plus fréquemment en cas de prise de risque <p><u>HSH et personnes transgenres à risque élevé</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sérologies VIH et VHC au minimum tous les trois mois (ARN VHC si sérologie positive)- Dépistage de la syphilis au moins une fois par an- Recherche de gonocoques et Chlamydia trachomatis par prélèvement urinaire, anal et pharyngé (du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique) tous les trois mois (la prise en charge plafonnée pour le dépistage multi-sites de ces IST est aujourd'hui un frein à au dépistage)- Sérologies VHB et VHA suivies d'une vaccination en cas de sérologies négatives. <p><u>Usagers de drogues intraveineuse (UDI)</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sérologies VIH et VHC tous les ans (ARN VHC si sérologie positive)- Sérologie VHB suivie d'une vaccination en cas de sérologie négative <p><u>Personnes vivant avec le VIH</u></p> <ul style="list-style-type: none">- En fonction des comportements et pratiques à risque

Figure 1 : stratégie de dépistage intégré des IST par population

Ainsi, si les circonstances de dépistage des IST sont normées et actualisées, leurs indications peuvent être considérées comme fréquentes et larges, et devant être largement individualisées dans leurs circonstances de réalisation et fréquences.

Les indications dépendent de facteurs de risque et d'exposition individuels et demandent une bonne connaissance des terrains et comportements à risque dont certains ne peuvent être connus que si ils sont recherchés spécifiquement à l'interrogatoire.

Les personnes à risque de ces différentes IST ont ainsi des caractéristiques comportementales, sociologiques et épidémiologiques diverses, relevant de fréquences et de circonstances de dépistage individualisées, pouvant relever de modalités de prise en charge différentes.

1.2.3. Les structures de dépistages des IST en France (25)

1.2.3.1. Structures privées

Pour un dépistage en laboratoire privé, payant et non anonyme, il est demandé aux patients une prescription délivrée par un médecin généraliste ou autres professionnels libéraux tels les gynécologues ou les sages-femmes.

Le médecin généraliste (MG) peut également proposer un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) VIH ou hépatite C à ses patients. Des autotests VIH sont également en vente libre en pharmacie.

1.2.3.2. Structures publiques

Pour un dépistage anonyme, gratuit et sans prescription, les patients peuvent se rendre :

- Dans un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), créé en 2015 par la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres de dépistage des IST (CIDDIST),
- Au Planning familial ou dans un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF),
- Dans un centre de Protection maternelle et infantile (PMI),
- Dans une structure hospitalière publique avec activité de dépistage, comme les services de maladies infectieuses ou les centres d'orthogénie,

- Dans un service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS),
- Dans certaines structures ou associations de prévention habilitées par les Agences régionales de santé (ARS), qui peuvent également proposer un dépistage anonyme par TROD VIH ou hépatite C.

1.2.4. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 à 2030

Le gouvernement français a mis en place une Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 à 2030. Cette stratégie succède au 5^{ème} Plan National de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014. Elle vise, entre autre, à l'amélioration du parcours de santé en matière d'IST en s'intéressant à leur prévention, au dépistage et à leur prise en charge. Est identifié notamment l'importance de « conforter la place des professionnels de premier recours et notamment les médecins généralistes dans la lutte contre les IST » et « d'encourager l'organisation des acteurs de la prévention, du dépistage et de la prise en charge en santé sexuelle sur les territoires » (26).

1.3. Dépistage en médecine générale : Les MG en première ligne

1.3.1. Position idéale en premier recours

Les médecins généralistes (MG) ont un rôle central dans le dépistage des IST car ils sont le principal point d'entrée dans le système de soins et peuvent offrir la meilleure couverture pour la population (27) (28) : la plupart des diagnostics et des prises en charge des IST se font en médecine générale (29).

Selon le baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (30), plus de 75 % des jeunes de 15 à 30 ans ont consulté au moins une fois un MG au cours des douze derniers mois. Cette proportion de fréquentation était similaire en Australie et en Angleterre (31) (32).

Les MG estimaient que la prévention en général, et plus particulièrement dans le domaine de la vie sexuelle et affective, faisait partie de leur rôle. La consultation en médecine générale était un lieu approprié pour le dépistage des IST (33) même si ce domaine était un de ceux que les MG avaient le moins de facilité à aborder (34).

1.3.2. Opportunités manquées de dépistage

Malgré de multiples visites chez les MG, de nombreuses occasions de dépistage sont manquées (31) (35) (36), conduisant à une prise en charge des IST sous-optimale (29) (31).

1.3.2.1. Insuffisance de ciblage des patients à risque

Cibler les patients pour les dépistages des IST implique de connaître leurs facteurs de risque. Cependant, les MG omettaient souvent de collecter et enregistrer systématiquement les informations sur le comportement sexuel de leurs patients. Les conduites sexuelles n'étaient donc presque jamais discutées, sauf dans les cas de symptômes génitaux (37) (38), ce qui limitait les possibilités de détecter les personnes cibles et de leur proposer un dépistage. Ainsi la plupart des tests étaient toujours effectués à la demande du patient (39) (40).

Selon une étude suisse, seulement 60 % des patients ont déclaré ne jamais avoir eu une discussion « sur leur vie sexuelle en général » avec un médecin, et plus de 80 % n'ont jamais parlé du nombre de leurs partenaires sexuels ou du genre de leurs partenaires avec leur médecin (41).

De même, la plupart des HSH ne divulguaient pas leur orientation sexuelle à leur MG (42), même si plus de 90 % des patients aimeraient que leur médecin leur pose des questions sur leur mode de vie sexuelle (41).

1.3.2.2. Inadéquation des pratiques de dépistage des MG avec les recommandations

Même en cas de connaissance par le MG du statut à risque d'un patient, le dépistage n'est pas systématiquement proposé ni prescrit. Ainsi, de nombreuses études montraient une inadéquation entre les recommandations de dépistage des IST et les pratiques de dépistage des MG. Ceci reflète une systématisation difficile des pratiques de dépistage à l'ensemble des populations concernées (31) (43) (44) (45) (46) (47).

Une étude française de 2018 révélait qu'après avoir détecté des patients cibles présentant des facteurs de risque de VIH, d'hépatite B ou C, seulement 25 à 31 % des patients ont été interrogés sur leur souhait d'avoir un test VIH/VHB/VHC, et seuls 19 à 24 % ont reçu une prescription pour un test à la fin de la consultation (43).

Selon une autre étude française auprès de MG en 2015, le dépistage systématique de tous les patients à risque de VIH n'était pas une pratique standard : 72,5 % des MG déclaraient avoir

prescrit un dépistage VIH aux femmes enceintes ; 70,2 % aux patients ayant des relations sexuelles non protégées ; 38,6 % aux HSH ; 19,9 % aux patients présentant des symptômes du VIH et 12,5 % aux patients d'origine africaine. (44)

Dans une étude néerlandaise auprès de MG sentinelles, les tests VIH n'étaient pas effectués pour 34 % des consultations liées aux IST impliquant des patients à haut risque de VIH (45). Également, en cas de présence d'une IST, le dépistage des autres IST n'est pas toujours réalisé (46) (47).

Dans le cadre d'un dépistage opportuniste systématique, les recommandations n'étaient pas suivies par les MG. En effet, selon une étude australienne, malgré les directives cliniques australiennes qui recommandaient un dépistage annuel de la *Ct* chez les 15-29 ans sexuellement actifs, les taux annuels de de dépistage du *Ct* chez les 16-29 ans étaient faibles : 12,1 % pour les femmes et 4,8 % pour les hommes (31).

1.3.2.3. Disparités de dépistage

Il existe une grande disparité dans les pratiques de dépistage des IST selon le contexte sociodémographique et géographique.

Des études révélaient une grande hétérogénéité de dépistage entre les cabinets de médecine générale et au niveau géographique dans l'intensité des tests. Par exemple, le dépistage du VIH est plus souvent demandé et réalisé en milieu urbain qu'en milieu rural. Aussi le dépistage du *Ct* était disproportionné chez les femmes plus jeunes et les nouveaux patients (48) (49) (50). Les meilleures pratiques de dépistage des IST étaient le fait des MG jeunes et des MG femmes (50) (51) (52) (48).

1.4. Obstacles et facilitateurs au dépistage des IST en médecine générale

Plusieurs revues de la littérature ont dressé les freins et obstacles au dépistage des différentes IST (39) (53) (54) (55) (56) (57) (58). Elles distinguaient en général trois catégories : le patient, le MG et plus largement la médecine générale.

Les obstacles communs identifiés dans les trois groupes comprenaient un manque de connaissances, de sensibilisation ou de formation, les exigences en matière de temps et de charge de travail, et le contexte social des tests.

Les facilitateurs comprenaient la normalisation des tests, l'utilisation de personnels de pratique, l'éducation et les incitations.

1.4.1. Au niveau du MG

1.4.1.1. Barrières

- **Contraintes de temps et charge de travail**

Le manque de temps et une charge de travail trop importante pour aborder la sexualité, réaliser un dépistage et gérer un diagnostic d'IST étaient les obstacles les plus cités, en particulier dans une consultation pour un autre motif (33) (59) (60).

- **Manque de connaissances et de capacités**

Un autre frein important était le manque de formation, de connaissances, de compétences et de sensibilisation sur les IST et leur dépistage.

Un grand nombre de MG ne connaissaient pas les recommandations de dépistage des IST, le rôle clef des facteurs de risques, l'épidémiologie, les protocoles d'utilisation des tests rapides ou encore les avantages thérapeutiques à un diagnostic précoce et une prise en charge immédiate, en particulier pour le VIH (59) (61) (62).

Un manque de formation en santé sexuelle à l'université a été noté, se manifestant par un inconfort à communiquer avec les patients des problèmes de santé sexuelle (33).

- **Contexte social de la santé sexuelle**

Les MG avaient un sentiment d'inconfort et craignaient d'offenser leurs patients en leur proposant des tests, car ils avaient peur que leurs patients ne les perçoivent comme stigmatisant ou discriminatoire en les jugeant comme possiblement infectés. Et ce d'autant plus que les normes culturelles ou religieuses différaient, que le patient n'était pas d'une orientation hétéronormative, qu'il consultait pour un problème de santé non sexuelle ou que le MG et le patient se connaissaient socialement (33) (59) (62) (63).

L'aspect juridique concernant le caractère privé et confidentiel gênait également les MG, en particulier au sujet de la notification des partenaires (33).

S'ajoutait l'inquiétude pour les MG quant à la gestion des résultats, en particulier d'annoncer un résultat positif pour le VIH (60).

1.4.1.2. Facilitateurs

- **Se souvenir de tester, normaliser les tests**

La normalisation du dépistage, en l'incluant en tant que composant des soins médicaux de routine, réduisait la stigmatisation et pouvait permettre d'augmenter le dépistage. Le retour

d'information sur les taux de dépistage ou les politiques et directives pouvait également aider à normaliser les tests en augmentant la sensibilisation des MG (33) (46) (64) (65).

Comme se souvenir de dépister a été un obstacle majeur pour les MG, les rappels (tels que des alertes électroniques) pour proposer un test à un patient éligible pourraient avoir un impact (66) (67). Pour le dépistage du *Ct* par exemple, l'associer à des consultations liées à la santé sexuelle telles que les frottis cervico-vaginaux avait permis d'augmenter les tests.

- **Éducation, sensibilisation et formation**

Plusieurs études, évaluant des interventions complexes, ont démontré que les MG éduqués, formés et sensibilisés à la santé sexuelle effectuaient davantage de tests de dépistage (68) (69) (70) (71) (72).

Cependant, aucune étude n'a étudié directement la quantité ni le type de formation nécessaire.

- **Incitations financières**

Les incitations financières ont été mentionnées par les MG comme un moyen d'augmenter les tests, mais des questions subsistent quant à leur efficacité (33) (64).

1.4.2. Au niveau des patients

1.4.2.1. Barrières

- **Contexte social de la santé sexuelle**

Un obstacle important était la perception par le patient d'être jugé et stigmatisé par le MG (73), (74), d'autant plus si le MG était plus âgé ou de genre opposé (75).

La peur liée à l'obtention d'un résultat positif était un frein au dépistage, et soulevait encore des difficultés pour aborder le problème avec les partenaires anciens ou actuels (76).

Les problèmes concernant la confidentialité et la vie privée étaient également considérés comme des obstacles : réticence à réaliser un test à la vue de tous (par exemple en salle d'attente) ou peur que les autres apprennent le dépistage (75) (77).

- **Mauvaise connaissance des patients**

Un autre obstacle important était un manque de connaissance et de sensibilisation concernant les IST et leurs facteurs de risques de transmission, conduisant les patients à ne pas pouvoir identifier correctement la nécessité de se faire tester (78) (79) (80).

De plus, un manque d'information sur les lieux et procédures de dépistage gênait l'accès aux offres de dépistage (74).

- **Accessibilité aux services, contraintes de temps et coût**

L'accessibilité au cabinet de médecine générale et le coût des consultations ou des tests étaient cités comme des obstacles (77) (81).

Cependant, les patients qui ont pu accéder à une consultation avec un MG oubliaient de demander pour se faire tester, ou oubliaient d'aller réaliser les prélèvements biologiques prescrits (74).

1.4.2.2. Facilitateurs

- **Contexte social : normalisation du dépistage**

Les patients préféraient que leur MG dépistent de façon normalisée (tel le dépistage du taux de glucose, de cholestérol) et non critique (74) (82).

Pour le dépistage du *Ct* par exemple, les patients ont aimé se voir proposer le test en fonction de l'âge, éliminant le besoin de récolter les antécédents sexuels personnels (76), ce qui conduisait les patients à accepter tout à fait l'idée d'un test annuel de dépistage du *Ct* (81).

Lorsque le dépistage était proposé par le MG, les patients préféraient que celui-ci renforce leur libre-arbitre en leur donnant le choix de passer le test (78) (82). Pour le VIH, le dépistage universel avec option de retrait a été identifié comme un facilitateur potentiel (83).

Le fait de considérer le dépistage comme une procédure de santé préventive responsable, mature et saine bénéficiant au patient et à ses partenaires a permis aux patients de maintenir leur « identité morale » de protection de leur propre santé (84).

L'assurance que le respect de la vie privée et de la confidentialité soit maintenu par le MG amenait les patients à accepter le dépistage (73).

- **Éducation**

Le renforcement de l'éducation et de la sensibilisation aux IST et à leur dépistage, tant dans la pratique au cabinet de médecine générale que dans la société au sens plus large, était considéré comme un facteur clé pour les patients.

Une meilleure sensibilisation pourrait être réalisée grâce à un renforcement des discussions sur les IST avec les MG, à une éducation à la santé sexuelle dans les écoles, à des campagnes de sensibilisation du public, et à du matériel promotionnel sous forme de dépliants et d'affiches (57) (73) (76) (85).

En théorie, les patients pourraient être mieux informés de leur niveau de risque et ainsi modifier leur fausses croyances et rechercher à se faire dépister.

- **Accessibilité aux tests et services, incitations financières**

Les patients préféraient être dépisté dans un cadre de soins comme la médecine générale, en particulier lors d'une consultation liée à la santé sexuelle, car ils étaient favorable à accepter des interventions médicales (74). Plus particulièrement, les patients préféraient avoir un MG plus jeune et du même sexe, perçu comme moins critique (75).

Il a été démontré en pratique générale que les consultations gratuites en santé sexuelle augmentaient les taux de dépistage chez les patients avec peu de revenus disponibles (86).

Pour le dépistage du *Ct*, les patients étaient plus susceptibles d'accepter une offre de dépistage s'ils pouvaient choisir un test urinaire plutôt qu'un écouvillonnage vaginal ou urétral en raison de la commodité (en particulier en raison de l'auto-échantillonnage) et de l'efficacité, et si le lieux du prélèvement était discret (73).

Des incitations pécuniaires pour le patient ont également été mentionnées comme un facilitateur possible (87), mais ne sont souvent pas recommandées en raison de préoccupations concernant la durabilité et l'éthique.

1.4.3. Au niveau de la médecine générale

1.4.3.1.Barrières

En France, l'absence d'infirmière de pratique (contrairement en Australie ou Angleterre où 60 % des cabinets de médecine générale emploient des infirmières) ou la faible participation des autres membres du personnel des cabinets de MG, tels que les secrétaires, constituait un frein au dépistage des IST (53) (55).

- **Matériel promotionnel inadéquat**

Un matériel promotionnel inadéquat, obsolète, en quantité insuffisante ou périmé avait également été reconnu comme un obstacle (88). A l'opposé, lorsqu'ils étaient disponibles et adéquats, les patients ne les lisaient pas.

1.4.3.2. Facilitateurs

La présence et la participation d'infirmières et d'autres membres du personnel de pratique travaillant dans le cabinet avec le MG, comme en Australie ou en Angleterre, ont été suggérées

comme moyen de faciliter le dépistage des IST en réduisant les pressions temporelles sur les MG (53).

- **Infrastructure de soutien**

Le fait de disposer de ressources adéquates et d'un système d'enregistrement pour gérer les patients a été identifié comme un facilitateur (89) (90).

Un matériel promotionnel approprié et discret était plus acceptable pour le personnel de pratique (91).

L'utilisation de la technologie a été suggérée comme bénéfique, comme les systèmes d'enregistrement pour suivre l'historique des tests (59) ou les invites informatiques comme rappel pour proposer un test (92).

D'autres facilitateurs incluaient le fait d'avoir suffisamment de kits de test d'urine ou de TROD VIH au cabinet et des ressources pour la notification des partenaires (93).

Des politiques et des directives mises à jour pourraient également augmenter les tests (65) (94).

L'intervention d'une équipe ou d'un conseiller de soutien intervenant auprès des MG a été utile pour les informer et les aider (95).

1.4.4. Stratégies visant à améliorer le dépistage des IST

Bien qu'il soit un impératif de santé publique d'augmenter le dépistage et le diagnostic des IST, les facilitateurs des tests ne sont pas bien étudiés, et la façon dont cela pourrait être mis en œuvre dans les soins primaires n'est pas claire. Ainsi, de multiples stratégies visant à augmenter les tests de dépistages des IST en médecine générale ont été étudiées mais jugées décevantes (71) (72).

De plus, dans la littérature, les différentes stratégies visant à augmenter les tests de dépistage en MG ne s'intéressent dans la très grande majorité qu'à une seule IST à la fois.

2. PROBLEMATIQUE : UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE PEUT-IL AIDER LE MG À AMELIORER LE DEPISTAGE DES IST ?

Une étude auprès d'un échantillon de MG à Paris (43) suggérait l'acceptabilité et l'efficacité de l'utilisation d'un questionnaire permettant le repérage des facteurs de risques du VIH et des hépatites virales en médecine générale. L'acceptabilité était de 88,5 % (IC 95 % : 86,3-90,6). La prévalence des facteurs de risque était de 51,8 %, dont 58,3 % ont été nouvellement identifiés.

Sur la base des réponses fournies, les MG avaient utilisé leur pouvoir discrétionnaire pour déterminer s'il fallait prescrire des tests VIH, VHB et/ou VHC à leurs patients, imitant ainsi les conditions de pratique de routine dans la mesure du possible.

Le nombre de tests VIH effectués au cours des quatre semaines suivant l'intervention a augmenté de 27 % par rapport à la même période un an auparavant ($p = 0,22$). Il a augmenté de 113 % ($p = 0,005$) et de 135 % ($p = 0,005$) pour le VHB et le VHC, respectivement.

Cependant dans la plupart des cas, les MG ignoraient le facteur de risque en question malgré la capacité du questionnaire à détecter les personnes les plus à risque, et omettaient souvent de prescrire un test. En effet, selon le virus, parmi les indications de dépistage identifiées, seuls 19 à 24 % des patients ont reçu une prescription pour un test à la fin de la consultation.

Cependant, aucune étude ne s'est intéressée à l'étude d'un outil permettant le repérage des facteurs de risques de l'ensemble des IST et proposant une prise en charge adaptée, basés sur un algorithme informatique.

Dans cette optique, un outil informatisé a été créé dans le cadre de l'étude PIST-MG, pilotée par 5 co-internes. Cette étude avait pour objectifs d'étudier la prévalence et les facteurs de risque des IST en population générale à La Réunion chez les 15-50 ans durant la période de décembre 2020 à juillet 2021.

Cette étude, transversale et multisite, a inclus les patients de 15 à 50 ans, sélectionnés aléatoirement, qui consultaient un MG, quel que soit le motif. Plusieurs MG volontaires ont participé à l'étude. Ils étaient chargés, en fin de leur consultation principale, de proposer au patient volontaire le questionnaire en ligne orienté sur la sexualité.

Au décours du questionnaire réalisé et en fonction des recommandations de bonne pratique en vigueur, des tests de dépistage des IST pouvaient être proposés au patient.

Les résultats biologiques étaient ensuite recueillis par chaque MG et colligés dans un tableau de résultats qui était transmis aux auteurs de l'étude PIST-MG. Les données épidémiologiques étaient ensuite analysées de manières univariées et multivariées.

En parallèle de l'étude PIST-MG, s'est donc posée la question :

Un tel outil informatique d'aide au dépistage de toutes les IST avec algorithme de prise en charge est-il faisable et acceptable dans son utilisation auprès des MG ?

3. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité à réutiliser l'outil de dépistage des IST à l'avenir par les MG en soins primaires.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'évaluer l'évolution des connaissances des MG sur le dépistage des IST, d'évaluer la satisfaction des MG à l'utilisation de l'outil, et enfin d'identifier les freins rencontrés par les MG à l'utilisation de l'outil.

MATERIEL ET METHODES

1. SCHÉMA D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une enquête d'opinion, descriptive transversale auprès de MG.

Elle s'est déroulée à La Réunion, durant la période de décembre 2020 à juillet 2021, c'est à dire pendant le déroulement de l'étude PIST-MG.

2. OUTIL ÉVALUÉ

Le questionnaire en ligne a été créé par 5 co-internes à partir des données du questionnaire CeGIDD pour le dépistage des IST, qui correspondent aux variables épidémiologiques demandées par SPF. (annexe 1)

Le logiciel récolte de façon anonyme les données personnelles des patients concernant les données sociodémographiques, la sexualité, les antécédents et le motif de consultation afin de déterminer si le patient fait partie d'un groupe à risque d'IST.

Le logiciel propose, grâce à un algorithme, une aide au dépistage des IST. Cet outil fournit, selon les dernières recommandations et la littérature, la conduite à tenir en termes de bilan de dépistage, de suivi ou de mesure d'urgence en fonction de la population et des facteurs de risques retrouvés. Par exemple, en cas de rapport sexuel à risque inférieur à 72h, l'évaluation de la prise de risque permet aussi de réorienter le patient vers un centre hospitalier si un traitement post-exposition peut être entrepris. Le dépistage consiste en un examen sanguin et recueil d'urines (chez l'homme) ou auto-écouvillon vaginal (chez la femme) et/ou autres sites (oro-pharyngé, anal) en fonction du type de sexualité et des facteurs de risque.

L'outil est disponible et utilisable à l'adresse suivante : <http://generalistes974.depistage-ist.fr> et visible en annexe 2.

3. POPULATION ET MÉTHODE DE RECRUTEMENT

3.1. Méthode de recrutement de la population incluse

Des MG sur le territoire de La Réunion ont été contactés par un mail de présentation de l'étude PIST-MG demandant leur participation (annexe 3).

Leurs mails ont été obtenus par :

- l'intermédiaire d'une mailing-list du Département universitaire de médecine générale (DUMG) de La Réunion avec les adresses mails des Maîtres de stage des universités (MSU) et des internes en Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) à La Réunion,
- la diffusion d'une demande lors de participation à des formations de dermatologie,
- appels téléphoniques des MG à leur cabinet libéral, par l'annuaire des MG du site ameli.fr,
- mailing-lists personnelles,
- porte à porte dans des cabinets de MG,
- l'Ordre des médecins de La Réunion a été également contacté pour la diffusion de notre présentation aux MG, mais n'a pas souhaité diffuser notre mail de présentation aux MG de La Réunion,
- la demande de participation a été diffusée sur des réseaux sociaux (le réseau Facebook des internes en médecine réunionnais et le réseau Signal des MG à La Réunion) ayant audience de plusieurs centaines d'internes en médecine générale et de MG, mais aucun retour.

Nous avons envoyé un 2^{ème} mail aux MG nous ayant répondu, les invitant à nous donner une date de rendez-vous (RDV) afin qu'un des 5 co-internes se rende à leur cabinet pour faire un briefing d'une trentaine de minutes sur le fonctionnement de l'étude PIST-MG et du questionnaire en ligne. En l'absence de réponse, un mail de relance était envoyé.

Suite au RDV, les MG étaient invités à remplir le questionnaire en ligne initial des médecins avant de commencer l'utilisation de l'outil. En l'absence de réponse, un mail de relance était envoyé.

A la fin de leur participation à l'étude PIST-MG, un mail contenant le lien en ligne du questionnaire final leur a été envoyé.

3.2. Population incluse

Les critères d'inclusion des MG étaient :

- MG ayant une activité libérale sur le territoire de La Réunion (y compris les internes en SASPAS chez les praticiens MG) volontaire pour participer à l'étude PIST-MG.

Les critères de non-inclusion des MG étaient :

- ne pas avoir utilisé l'outil en ligne,
- ne pas avoir rempli les questionnaires initial et final qui leur ont été adressés par mail.

4. COLLECTE DES DONNÉES

L'étude a été réalisée à partir d'une enquête composée de 2 auto-questionnaires en ligne envoyés par mail aux MG inclus. Le questionnaire initial, à remplir avant l'utilisation de l'outil de dépistage des IST, faisait l'état des lieux des pratiques de dépistage et des connaissances sur les IST. Le questionnaire final, à remplir après l'utilisation de l'outil et à la fin de leur participation à l'étude PIST-MG, évaluait l'utilisation de l'outil et les connaissances sur les IST.

Ces questionnaires ont été élaborés à partir des données de la littérature.

Une procédure d'anonymisation a été mise en place pour assurer l'anonymat des MG et faire correspondre les questionnaires pré et post-test pour chaque médecin.

Le nombre de patients recrutés par chaque MG était connu à partir des tableaux de résultats biologiques des patients fournis par chaque MG qui participait à l'étude PIST-MG.

5. VARIABLES / DONNÉES RECUEILLIES

Les 2 auto-questionnaires en ligne permettaient de recueillir les données suivantes :

5.1. Questionnaire initial avant utilisation de l'outils (annexe 4)

- Caractéristiques sociodémographiques des MG :

- âge, sexe,
- description de leur activité libérale,
- statut universitaire.

- Test de connaissance sur les IST (10 questions générales à réponses fermées concernant les IST et leur dépistage),

- État des lieux des pratiques des MG concernant le dépistage des IST.

5.2. Questionnaire final après utilisation de l'outils et à la fin de la participation à l'étude PIST-MG (annexe 5)

- L'acceptabilité était définie par le fait d'accepter d'utiliser l'outil dans la pratique quotidienne à l'avenir. La faisabilité était définie comme le caractère techniquement réalisable de l'utilisation de l'outil.

La faisabilité et acceptabilité des MG à l'utilisation de l'outil de dépistage étaient évaluées par les questions 12 et 16, par une échelle de Likert à 5 options de réponse qui couvrent le spectre d'opinion : (oui, tout à fait/plutôt oui/plutôt non/non, pas du tout/Non concerné).

On considérait l'outil de dépistage des IST comme acceptable ou faisable à partir d'un seuil de plus de 50 % d'opinions favorables. Étaient considérées comme « Favorable » les réponses « oui, tout à fait + plutôt oui » (Favorable = oui + plutôt oui), et comme « Non favorable » les réponses « non, pas du tout + plutôt non » (Non favorable = non + plutôt non).

- Test de connaissance sur les IST (les mêmes 10 questions de connaissances que le questionnaire initial, afin de comparer les proportions de bonnes réponses avant/après, et d'évaluer l'évolution des connaissances sur les IST avant/après).

On considérait comme amélioration des connaissances sur les IST toute majoration du nombre de bonne réponse entre le pré et post-test.

- La satisfaction des MG à l'utilisation de l'outil était évaluée par la question 11, par une échelle de Likert à 5 options de réponse.

On considérait l'utilisation de l'outil de dépistage des IST comme satisfaisante à partir d'un seuil de plus de 50 % d'opinions favorables. Étaient considérées comme « Favorable » les réponses « oui, tout à fait + plutôt oui » (Favorable = oui + plutôt oui), et comme « Non favorable » les réponses « non, pas du tout + plutôt non » (Non favorable = non + plutôt non).

- Les freins rencontrés par les MG à l'utilisation de l'outil étaient évalués par les questions 15, 17 et 20, par des questions à choix multiples (les réponses à choix multiples ont été élaborées à partir des données de la littérature concernant les freins déjà identifiés au dépistage des IST), des questions à réponses ouvertes ou par les remarques.

- D'autres questions ont été posées :

- Combien de temps dure en moyenne la passation de l'outil en consultation ?
- Ce temps passé à discuter des IST systématiquement vous paraît-il adapté à une consultation de médecine générale ?
- Pensez-vous que l'outil apporte une utilité à votre pratique ?
- Pensez-vous que l'utilisation de l'outil a amélioré votre abord de la sexualité avec les patients ?
- Pensez-vous que l'utilisation de l'outil a amélioré votre pratique de dépistage ?
- Avez-vous des remarques, des suggestions sur l'outil de dépistage ?

5.3. Données supplémentaires

Le nombre de patients recrutés par chaque MG a été fourni par chaque MG à partir des tableaux de résultats biologiques remplis dans le cadre de l'étude PIST-MG.

6. SAISIE ET ANALYSES DES DONNÉES / ANALYSE STATISTIQUE

Les variables quantitatives, telles que l'âge ou la durée des consultations, ont été décrites en moyennes avec écart types.

Les variables qualitatives, telles que le sexe ou le mode d'exercice, ont été décrites en effectifs absolus (n) et pourcentages (%).

Nous avons utilisé le « test t de Student » pour comparer les moyennes et le « test exact de Fisher » pour comparer les proportions.

Nous avons utilisé le « test de corrélation de Pearson » pour évaluer les associations entre des variables quantitatives.

Était considéré comme significatif $p \leq 0,05$.

Pour l'analyse statistique nous avons utilisé les logiciels Microsoft Excel 2021[®] (version 16.51) et le site internet BiostaTGV disponible sur : <https://biostatgv.sentiweb.fr>

7. ASPECT ÉTHIQUE

L'étude reposant sur des questionnaires et entretiens auprès des professionnels de santé et les données étant anonymisées, cette étude ne nécessitait pas l'accord d'un comité d'éthique. Informations vérifiées par l'intermédiaire d'un questionnaire du site internet du Département de médecine générale de Strasbourg disponible à l'adresse suivante :

<http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/ethique-et-procedures-reglementaires>

Une déclaration MR004 auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été réalisée sous le numéro 2224883.

Par ailleurs, un avis éthique a été obtenu pour l'étude PIST-MG.

RESULTATS

1. POPULATION

1.1. Flow chart

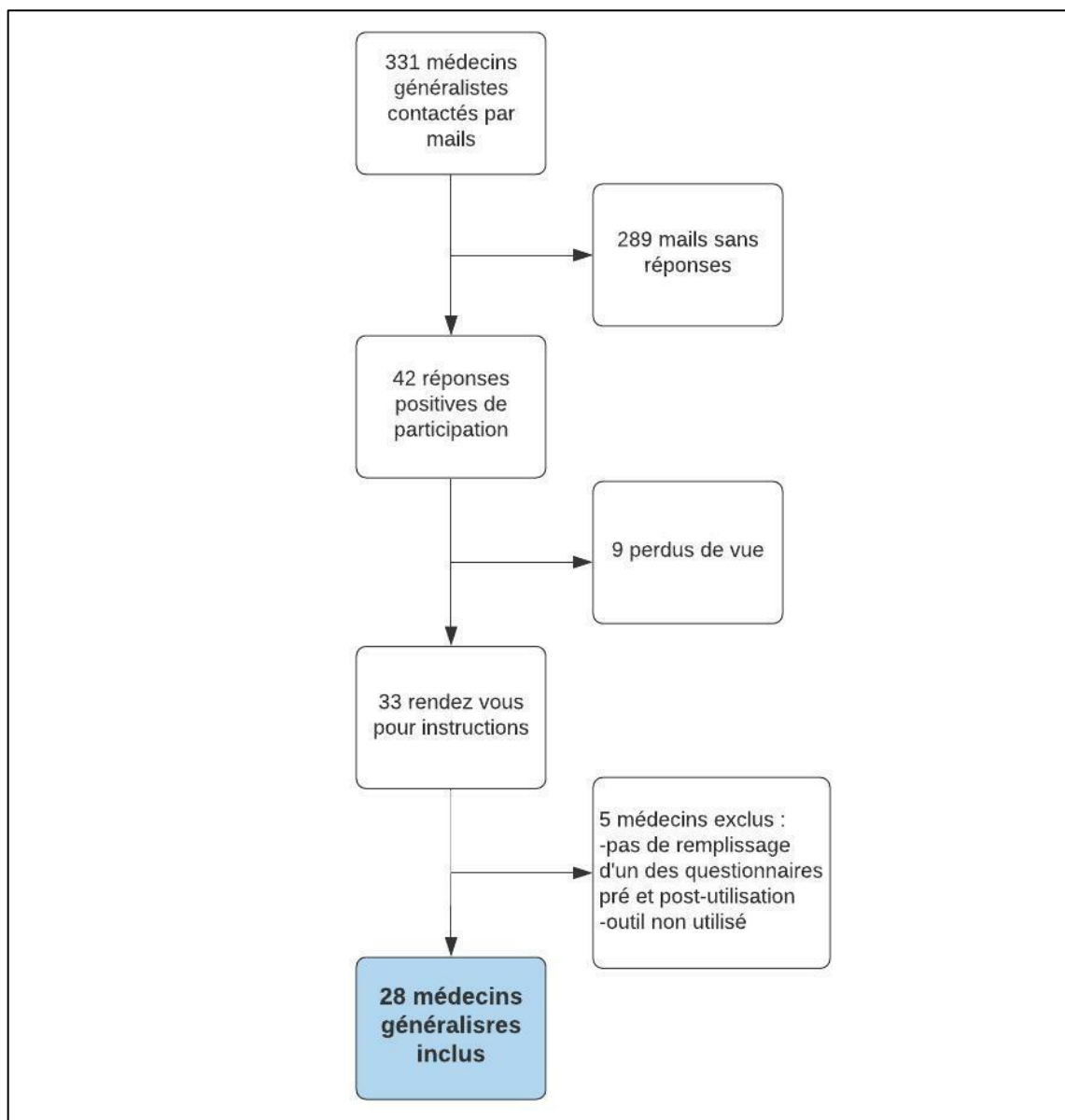


Figure 2 : Flow chart

1.2. Caractéristiques des MG inclus

Tableau 1 : Caractéristiques des MG

Caractéristiques des MG (n = 28)		
	Effectif	%
Age : moyenne (+ et)	39,2 ans (10,2)	
Sexe		
Femme	17,0	60,7
Homme	11,0	39,3
Durée d'exercice moyenne (+ et)	10,6 ans (10,1)	
Statut		
-Installé :	18,0	64,3
Durée d'installation : moyenne (+ et)	12,4 ans (9,7)	
Mode d'exercice		
-En groupe	15,0	53,6
-Seul	3,0	10,7
-Non installé :	10,0	35,7
-Thésé	5,0	17,8
-Non Thésé	5,0	17,8
Lieu d'exercice		
-Urbain	21,0	75,0
-Rural	7,0	25,0
Nombre de 1/2 journées par semaine :	7,1 (1,6)	
moyenne (+ et)		
Nombre de consultations par 1/2 journée :	15,3 (4,3)	
moyenne (+ et)		
MSU	8,0	28,6

et : écart-type ; MSU : maîtres de stage des universités

2. DONNÉES DU QUESTIONNAIRE AVANT UTILISATION DE L'OUTIL

2.1. État des lieux des pratiques des MG

Tableau 2 : Satisfaction des habitudes de dépistage

n = 28	non concerné	non, pas du tout	plutôt non	plutôt oui	oui, tout à fait
Satisfaction des habitudes de dépistage	n = 0 (0 %)	n = 0 (0 %)	n = 5 (17,85 %)	n = 23 (82,15 %)	n = 0 (0 %)

Tableau 3 : Démarche systématique de dépistage

n = 28	non concerné	oui	non
Démarche systématique de dépistage	X	n = 13 (46,42 %)	n = 15 (53,58 %)

Parmi les 13 MG qui déclaraient avoir une démarche systématique (patient asymptomatique et sans demande) concernant le dépistage des IST, les circonstances les plus souvent rencontrées étaient :

- la contraception : 100 % (n = 13),
- la discussion sur la sexualité : 92,30 % (n = 12),
- la consultation d'un adolescent : 84,61 % (n = 11),
- un souhait de grossesse : 84,61 % (n = 11),
- la réalisation d'un frottis : 76,92 % (n = 10),
- la consultation pour IVG : 76,92 % (n = 10),
- la consultation d'un nouveau patient : 53,84 % (n = 7),
- la consultation de suivi de grossesse : 53,84 % (n = 7),
- la consultation pour délivrance d'un certificat médical : 15,38 % (n = 2).

Ont été rapportées d'autres circonstances telles que :

- usagers de drogue : 7,69 % (n = 1),
- symptômes dermatologiques : 7,69 % (n = 1).

Selon les analyses statistiques (annexe 6), les MG satisfaits de leurs pratiques de dépistages avaient significativement une démarche plus systématique (patient asymptomatique et sans demande) que les MG non satisfaits ($p = 0,04$).

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les MG ayant une démarche systématique et ceux n'en ayant pas en terme de charge de travail ou d'expérience. (annexe 7)

2.2. Obstacles au dépistage des IST

Les obstacles au dépistage des IST rencontrés par les MG avant l'utilisation du questionnaire sont exprimés dans la figure 3.

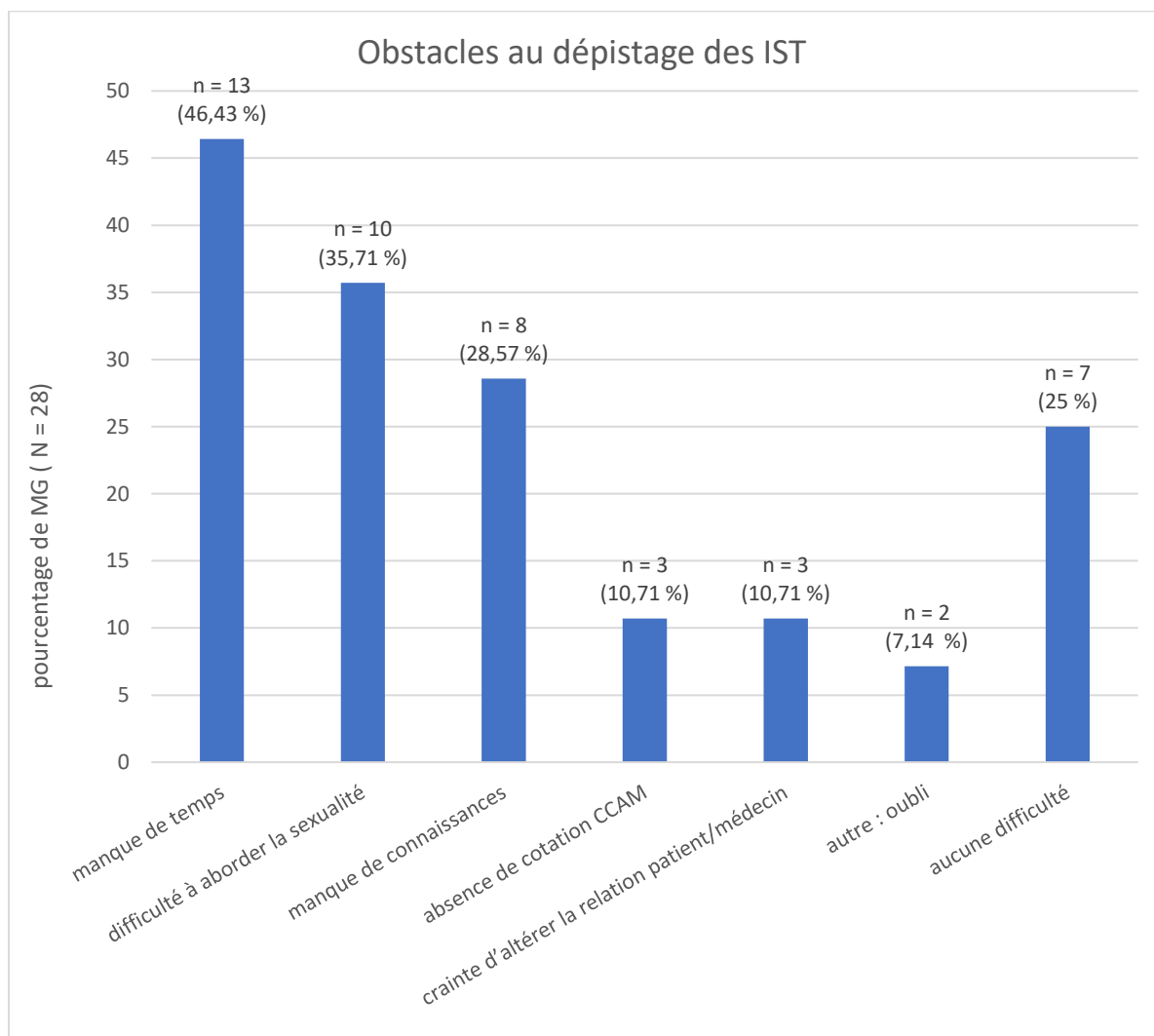


Figure 3 : Obstacles au dépistage des IST (n = 28)

2.3. Formation des MG

Les MG, à 53,57 % (n = 15), déclaraient être plutôt satisfaits de leur formation initiale concernant le dépistage des IST, 42,85 % (n = 12) plutôt non satisfaits, et 3,57 % (n = 1) pas du tout satisfait.

Les MG, à 57,13 % (n = 16), déclaraient avoir reçu une formation complémentaire concernant le dépistage des IST, 39,3 % (n = 11) n'en ont pas reçue, et 3,57 % (n = 1) non concerné.

Les MG, à 89,28 % (n = 25), déclaraient être intéressés par une formation concernant le dépistage des IST, 7,15 % (n = 2) non intéressés, et 3,57 % (n = 1) non concerné.

2.4. Remarques du questionnaire initial

Le questionnaire initial se finissait par la possibilité de laisser une remarque libre (annexe 8).

3. DONNÉES DU QUESTIONNAIRE APRÈS L'UTILISATION DE L'OUTIL

3.1. Critères de jugement principaux

-Faisabilité

Les MG déclaraient à 75 % que l'utilisation de l'outil était faisable techniquement.

Tableau 4 : Faisabilité de l'utilisation de l'outil

n = 28	non concerné	non, pas du tout	plutôt non	plutôt oui	oui, tout à fait
Faisabilité	n = 0 (0 %)	n = 2 (7,15 %)	n = 5 (17,85 %)	n = 19 (67,85 %)	n = 2 (7,15 %)

Tableau 5 : Analyse statistique des caractéristiques des MG en fonction de la faisabilité (n = 28)

	Faisable (n = 21)	Non faisable (n = 7)	p
Age moyen (années)	41,38 (10,62)	32,71 (5,53)	0,01
Sexe :			
- Femme	15 (71,5 %)	2 (28,5 %)	0,07
- Homme	6 (28,5 %)	5 (71,5 %)	
Durée moyenne exercice (années)	13,19 (10,34)	2,71 (2,98)	< 10⁻³
Statut :			
-Installé	17 (81 %)	1 (14 %)	0,003
-Non installé	4 (19 %)	6 (86 %)	
Nombre de demi-journées/semaine	7,16 (1,74)	6,85 (1,46)	0,65
Nombre de patients/demi-journée	15,57 (4,67)	14,57 (3,10)	0,52
Statut universitaire :			
-MSU	7 (33,3 %)	1 (14,3 %)	0,63
-non MSU	14 (66,6 %)	6 (85,7 %)	
Acceptabilité :			
-Oui	11 (52,4 %)	1 (14 %)	0,18
-Non	10 (47,6 %)	6 (86 %)	
Satisfaction outil :			
-Oui	20 (95 %)	2 (29 %)	0,001
-Non	1 (5 %)	5 (71 %)	
Freins :			
-Oui	9 (42,85 %)	7 (100 %)	0,01
-Non	12 (57,15 %)	0 (0 %)	
Utilité de l'outil			
-Oui	18 (86 %)	3 (43%)	0,043
-Non	3 (14 %)	4 (57%)	
Amélioration abord sexualité :			
-Oui	18 (85,7 %)	5 (71,4 %)	0,57
-Non	3 (14,3 %)	2 (28,6 %)	
Amélioration dépistage :			
-Oui	17 (80,9 %)	7 (100 %)	0,54
-Non	4 (19,1 %)	0 (0 %)	
Moyenne note initiale/10	7,04 (0,97)	6,14 (0,89)	0,045
Amélioration note moyenne/10	0,76 (1,48)	1,28 (0,95)	0,29
Temps mis à la passation de l'outils(minutes)	7,66 (3,16)	11 (2,94)	0,027
Temps adapté de l'outil :			
-Oui	17 (81 %)	2 (29 %)	0,019
-Non	4 (19 %)	5 (71 %)	
Nombre de patients vus	14,4 (12,42)	8,8 (3,48)	0,07

variable qualitative : effectif (pourcentage)

variable quantitative : moyenne (écart-type)

- Acceptabilité

Les MG déclaraient à 42,85 % accepter de réutiliser l’outil à l’avenir dans leur pratique quotidienne.

Tableau 6 : Acceptabilité

n = 28	non concerné	oui	non
acceptabilité	n = 0 (0 %)	n = 12 (42,85 %)	n = 16 (57,15 %)

Tableau 7 : Analyse statistique des caractéristiques des MG en fonction de l'acceptabilité (n = 28)

	Acceptable (n = 12)	Non acceptable (n = 16)	p
Age moyen (années)	44 (12,43)	35,6 (6,6)	0,053
Sexe :			
- Femme	9 (75 %)	8 (50 %)	0,25
- Homme	3 (25 %)	8 (50 %)	
Durée moyenne exercice (années)	15,75 (12,29)	6,68 (6,02)	0,03
Statut :			
-Installé	8 (66,6 %)	10 (62,5 %)	1
-Non installé	4 (33,4 %)	6 (37,5 %)	
Nombre de demi-journées/semaine	7,33 (1,55)	6,9 (1,75)	0,50
Nombre de patients/demi-journée	17 (4,75)	14 (3,52)	0,07
Statut universitaire :			
-MSU	4 (33,4 %)	4 (25 %)	0,69
-non MSU	8 (66,6 %)	12 (75 %)	
Faisabilité :			
-Oui	11 (91,6 %)	10 (62,5 %)	0,18
-Non	1 (8,4 %)	6 (37,5 %)	
Satisfaction outil :			
-Oui	12 (100 %)	10 (62,5 %)	0,02
-Non	0 (0 %)	6 (37,5 %)	
Freins :			
-Oui	6 (50 %)	10 (62,5 %)	0,7
-Non	6 (50 %)	6 (37,5 %)	
Utilité de l'outil			
-Oui	12 (100 %)	9 (56 %)	0,01
-Non	0 (0 %)	7 (44 %)	
Amélioration abord sexualité :			
-Oui	11 (91,6 %)	12 (75 %)	0,35
-Non	1 (8,4 %)	4 (25 %)	
Amélioration dépistage :			
-Oui	12 (100 %)	12 (75 %)	0,11
-Non	0 (0 %)	4 (25 %)	
Moyenne note initiale/10	7 (0,85)	6,68 (1,13)	0,41
Amélioration note moyenne/10	0,75 (1,48)	1 (1,31)	0,64
Temps mis à la passation de l'outils (minutes)	7,91 (3,31)	8,93 (3,49)	0,43
Temps adapté de l'outil :			
-Oui	12 (100 %)	7 (44 %)	0,002
-Non	0 (0 %)	9 (56 %)	
Nombre de patients vus	14,33 (10,12)	12,06 (12)	0,59

variable qualitative : effectif (pourcentage)

variable quantitative : moyenne (écart-type)

3.2. Critères de jugement secondaires

3.2.1. Satisfaction des MG à l'utilisation de l'outil

Les MG déclaraient à 78,56 % être satisfaits de l'utilisation de l'outil.

Tableau 8 : Satisfaction de l'utilisation de l'outil

n = 28	non concerné	non, pas du tout	plutôt non	plutôt oui	oui, tout à fait
Satisfaction de l'utilisation de l'outil	n = 0 (0 %)	n = 1 (3,57 %)	n = 5 (17,85 %)	n = 18 (64,28 %)	n = 4 (14,28 %)

Tableau 9 : Analyse statistique des caractéristiques des MG en fonction de la satisfaction de l'outil (n = 28)

	Satisfait (n = 22)	Non satisfait (n = 6)	p
Age moyen (années)	40,77 (10,57)	33,5 (6,89)	0,06
Sexe :			
- Femme	15 (68,2 %)	2 (33 %)	0,17
- Homme	7 (31,8 %)	4 (67 %)	
Durée moyenne exercice (années)	12,54 (10,33)	3,33 (5,05)	0,006
Nombre de demi-journées/semaine	7,15 (1,64)	6,83 (1,83)	0,70
Nombre de patients/demi-journée	15,4 (4,62)	15 (3,16)	0,81
Utilité de l'outil			
-Oui	20 (91 %)	1 (16,7 %)	0,001
-Non	2 (9 %)	5 (83,3 %)	
Amélioration abord sexualité :			
-Oui	20 (91 %)	3 (50 %)	0,051
-Non	2 (9 %)	3 (50 %)	
Amélioration dépistage :			
-Oui	19 (86,4 %)	5 (83,3 %)	1
-Non	3 (13,6 %)	1 (16,7 %)	
Temps mis à la passation de l'outils(minutes)	7,86 (3,07)	10,83 (3,76)	0,12
Temps adapté de l'outil			
-Oui	18 (82 %)	1 (16,7 %)	0,006
-Non	4 (18 %)	5 (83,3 %)	
Nombre de patient vus	14,45 (12,1)	7,83 (2,85)	0,027

variable qualitative : effectif (pourcentage)

variable quantitative : moyenne (écart-type)

3.2.2. Freins rencontrés par les MG à l'utilisation de l'outil

Les freins à l'utilisation de l'outil ont été abordés par les MG à la question 15 sur l'utilité de l'outil, la question 17 sur les difficultés rencontrées et les remarques à la question 20.

Au total, d'après les 3 questions concernant les freins, 16 MG (57,14 %) ont mentionné des freins à l'utilisation de l'outil. Leurs raisons étaient :

- caractère chronophage : 81,25 % (n = 13),
- refus du patient : 18,75 % (n = 3),
- malaise vis-à-vis des patients : 18,75 % (n = 3),
- crainte d'enfreindre l'intimité du patient/ intrusion : 12,5 % (n = 2),
- difficulté à aborder la sexualité : 12,5 % (n = 2),
- difficulté de prise en main de l'outil/défaut de simplicité : 0 % (n = 0),
- altération de la relation MG/patient : 0 % (n = 0),
- exposition à des questions compliquées : 0 % (n = 0),
- Autres :
 - présence du conjoint ou des enfants : 6,25 % (n = 1),
 - induction de l'idée d'infidélité/tromperie au sein d'un couple «fidèle» : 6,25 % (n = 1),
 - questionnaire insuffisamment adapté pour les sujets abordant la satisfaction sexuelle et les violences sexuelles : 6,25 % (n = 1).

Il a été mis en évidence une différence statistiquement significative de faisabilité entre les MG ayant déclarés des freins et ceux n'ayant pas déclaré de freins (respectivement 46,25 % contre 100 %, $p = 0,01$) (Tableau 5). Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative d'acceptabilité à réutiliser l'outil à l'avenir entre les MG ayant déclarés des freins et ceux n'ayant pas déclaré de freins (respectivement 37,5 % contre 50 %, $p = 0,7$) (Tableau 7).

3.2.3. Test de connaissance sur le dépistage des IST

Avant utilisation de l'outil, le taux de bonnes réponses des MG au test de connaissance était de 68,2 %. Après utilisation de l'outil, le taux de bonnes réponses des MG était de 77,1 % (Tableau 10 et 11).

Tableau 10 : Réponses au test de connaissance initial (n = 28)

(n = 28)	Faux	Vrai
Question 1	n = 28 (100 %)	n = 0 (0 %)
Question 2	n = 14 (50 %)	n = 14 (50 %)
Question 3	n = 15 (53,57 %)	n = 13 (46,42 %)
Question 4	n = 16 (57,14 %)	n = 12 (42,85 %)
Question 5	n = 2 (7,14 %)	n = 26 (92,85 %)
Question 6	n = 4 (14,28 %)	n = 24 (85,71 %)
Question 7	n = 1 (3,57 %)	n = 27 (96,42 %)
Question 8	n = 12 (42,85 %)	n = 16 (57,14 %)
Question 9	n = 1 (3,57 %)	n = 27 (96,42 %)
Question 10	n = 2 (7,14 %)	n = 26 (92,85 %)

Les bonnes réponses sont en grisées.

Tableau 11 : Réponses au test de connaissance final (n = 28)

(n = 28)	Faux	Vrai
Question 1	n = 28 (100 %)	n = 0 (0 %)
Question 2	n = 15 (53,57 %)	n = 13 (46,42 %)
Question 3	n = 20 (71,42 %)	n = 8 (28,57 %)
Question 4	n = 8 (28,57 %)	n = 20 (71,42 %)
Question 5	n = 2 (7,14 %)	n = 26 (92,85 %)
Question 6	n = 2 (7,14 %)	n = 26 (92,85 %)
Question 7	n = 1 (3,57 %)	n = 27 (96,42 %)
Question 8	n = 5 (17,85 %)	n = 23 (82,14 %)
Question 9	n = 0 (0 %)	n = 28 (100 %)
Question 10	n = 3 (10,71 %)	n = 25 (89,28 %)

Les bonnes réponses sont en grisées.

L'utilisation de l'outil a amélioré de manière significative la moyenne des notes (Tableau 12).

Tableau 12 : Moyenne de bonnes notes avant et après l'utilisation de l'outil (test de Student pour données appariées)

	Questionnaire initial	Questionnaire final	p
Moyenne de bonnes réponses /10 +ET	6,82 (1,02)	7,71 (1,05)	0,00186

La figure 4 montre la différence de notes entre le test de connaissance final et initial pour chaque MG. Au total 17MG (60,7 %) ont amélioré leur note.

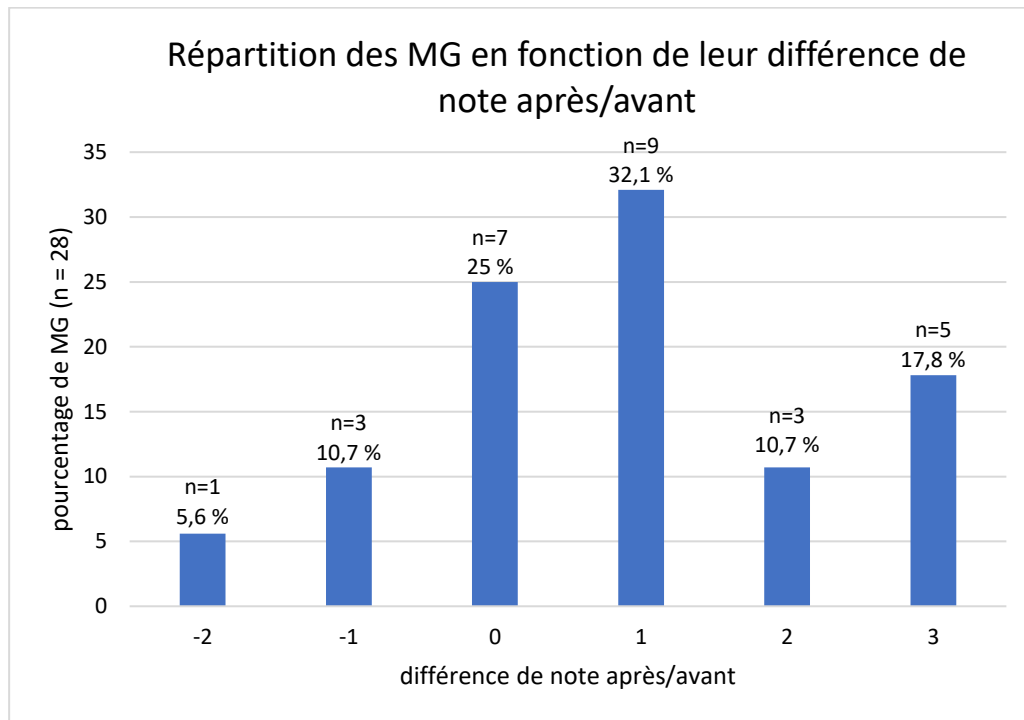


Figure 4 : Répartition des MG en fonction de leur différence de note après/avant (n = 28)

Selon le test de corrélation de Pearson, il n'a pas été mis en évidence de corrélation significative entre la différence de bonne réponse avant/après l'utilisation de l'outil et le nombre de patients recrutés par chaque médecin ($p = 0,222$).

3.3 Autres résultats complémentaires

Le nombre de patients vus par les 28 MG était de 363, soit une moyenne de 12,96 (ECT = 11,11) par MG.

En consultation, la durée moyenne de passation de l'outil était de 8,5 minutes (ECT = 3,39). 67,8 % (n = 19) des MG déclaraient ce temps passé adapté à discuter des IST (57,1 % (n = 16) « plutôt adapté » et 10,7 % (n = 3) « tout à fait adapté »).

Les MG déclaraient à 75 % (n = 21) que l'outil avait apporté une utilité à leur pratique. L'annexe 9 regroupe les différentes remarques des 7 MG qui déclaraient que l'outil n'apportait pas d'utilité à leur pratique.

Tableau 13 : Bénéfices de l'outil

n = 28	non concerné	non, pas du tout	plutôt non	plutôt oui	oui, tout à fait
Amélioration de l'abord de la sexualité	n = 0 (0 %)	n = 0 (0 %)	n = 5 (17,85 %)	n = 21 (75 %)	n = 2 (7,14 %)
Amélioration des pratiques de dépistage	n = 0 (0 %)	n = 0 (0 %)	n = 4 (14,28 %)	n = 19 (67,85 %)	n = 5 (17,85 %)

Le dernier item du questionnaire final a permis de récolter les remarques et suggestions des MG (annexe 10).

DISCUSSION

1. PRINCIPALES CONCLUSIONS

La plupart des MG participants (75 %) pensait que l'utilisation de l'outil développé pour cette étude était faisable en consultation de médecine générale, et 42,85 % acceptaient de réutiliser l'outil à l'avenir. La majorité des MG (78,6 %) était satisfaite de l'utilisation de l'outil.

Pour la plupart des MG, leurs connaissances sur les IST ont augmenté avec l'utilisation de l'outil, et ils considéraient avoir amélioré leur abord de la sexualité et leurs pratiques de dépistages en consultation. Les principaux freins à l'utilisation de l'outil étaient principalement le caractère chronophage et les difficultés à aborder la sexualité.

2. FORCES ET LIMITES

2.1. Forces

Il s'agissait d'une étude originale car, d'après la recherche bibliographique, il n'existait pas à notre connaissance d'étude similaire évaluant l'utilisation d'un outil d'aide au dépistage en ligne portant sur l'ensemble des IST pour les MG. La très grande majorité des études ne portait que sur une ou quelques IST, et évaluait d'autres interventions.

L'algorithme de l'outil d'aide au dépistage en ligne a été conçu à partir des données du questionnaire CeGIDD pour le dépistage des IST, qui correspondent aux variables épidémiologiques demandées par SPF, conformément aux directives nationales et internationales.

2.2. Limites

Sur les 331 MG invités par mail à participer à l'étude, seuls 28 ont finalement été inclus, soit 8,46 %. La diffusion de la demande de participation sur plusieurs réseaux sociaux, ayant une audience potentielle de plusieurs centaines de MG, n'a pas permis de recruter de MG. La proportion de MG ayant participé à cette étude était donc bien en dessous du taux de MG français déclarant participer souvent ou occasionnellement à des essais ou études épidémiologiques, estimé à 10 % en 2002 (96).

Les caractéristiques des non-répondeurs n'étaient pas disponibles mais il est possible que les participants à cette étude aient pu être ceux qui sont les plus intéressés, informés et motivés par la

santé sexuelle. Les résultats de notre étude liés aux connaissances et pratiques pourraient ainsi être surestimés.

De plus, notre échantillon, en comparaison avec les données épidémiologiques de La Réunion, comportait des biais de sélections. Il présentait une part plus importante de femmes (60,7 % contre 44,5 % en 2021), de jeunes (âge moyen = 39 ans contre 49 ans en 2021), de MSU (28,5 % contre 11,6 % en 2019) (97). Le nombre de consultations quotidiennes était plus élevé dans notre échantillon (30 contre 22 par jour), et le nombre de demi-journées de travail par semaine était plus faible (7 contre 9 demi-journées par semaine) (98).

Cette étude a eu lieu dans un contexte de double épidémie pendant le recueil.

En effet, la pandémie au SARS-CoV-2 a continué d'évoluer par vagues tout au long de l'année 2021. Cette épidémie a induit une diminution de la fréquentation des cabinets médicaux, avec parallèlement des MG débordés par une majoration de l'activité vaccinale contre le de covid-19. En 2020 déjà, l'épidémie avait fortement impacté l'activité de dépistage, aussi bien pour le VIH que pour les IST bactériennes, sans rattrapage par la suite (7).

Cette étude s'est également déroulée dans un contexte d'épidémie de dengue pendant le recueil. En effet, dès le début de l'année 2021, une forte épidémie de dengue a sévi, avec de nombreuses formes graves recensées. Selon l'ARS, pendant les 9 premiers mois de 2021, plus de 29 000 cas de dengue ont été confirmés, avec plus de 800 hospitalisations et plus de 4 000 passages aux urgences s'accompagnant d'une forte mobilisation des MG (99).

L'utilisation de l'outil en ligne par les MG a été faite dans le cadre de l'étude PIST-MG, qui visait à recruter des patients de 15 à 50 ans afin de déterminer la prévalence et les facteurs de risque des différentes IST à La Réunion.

Cette étude PIST-MG a imposé aux MG (en plus de l'utilisation de l'outil, de la prescription de bilans de dépistages et réception des résultats biologiques si nécessaire), un RDV préalable d'une trentaine de minutes à leur cabinet pour un briefing sur le déroulement de l'étude, de notifier chaque patient ayant rempli le questionnaire, d'y faire correspondre un numéro d'anonymat, de remplir un tableau de résultats biologiques et de le retourner à l'équipe par mail ou par d'autres RDV présentsiels, d'échanger des mails ou appels téléphoniques avec les MG pour leur préciser les règles de remplissage du tableau de résultats biologiques ou autres éclaircissements sur l'étude.

Les MG ont donc eu plus de contraintes externes lors de l'utilisation de l'outil que s'ils l'avaient utilisé en dehors de l'étude PIST-MG, ce qui a également pu participer au faible nombre de patients recrutés par certains MG.

De plus, afin de remotiver les MG à recruter des patients, de multiples relances, par appels téléphoniques, mails ou RDV présentiels ont été réalisées tout au long de la période de l'étude.

Une partie qualitative a également été envisagée afin d'implémenter l'étude d'une analyse plus précise de l'outil, mais les MG ont décliné un entretien qualitatif, ayant été déjà beaucoup sollicité.

Cette étude reposant sur des données quantitatives déclaratives, certains biais ne peuvent être évités, comme le biais de désirabilité sociale, amenant au choix de la réponse jugée la plus conforme aux « attentes sociales », et d'autre part, des biais de mémoire ou de mesure.

2. VALIDITÉ EXTERNE

L'utilisation de l'outil était considérée comme faisable en consultation par 75 % des MG. Ce résultat rejoint les résultats de plusieurs études portant sur la recherche des indications au dépistage du VIH, VHB et VHC en MG.

Une étude auprès d'un échantillon de MG dans le Nord de la France et en Gironde a démontré la faisabilité de la recherche des indications du dépistage du VIH et des hépatites B et C sur une période d'une semaine (100). Un dépistage conjoint pour les trois virus était proposé à l'issue d'un entretien aux patients présentant des facteurs de risques de VIH, VHC et VHB et/ou présentant des signes cliniques ou biologiques de la maladie et/ou n'ayant jamais été dépistés. La faisabilité, définie par la capacité des MG à proposer et à prescrire un test VIH/VHB/VHC aux personnes cibles sur une période d'une semaine, était de 55 %.

D'après une autre étude auprès de MG exerçant à Paris, évaluant un questionnaire d'identification des facteurs de risque du VIH et des hépatites B et C en médecine générale (101), l'analyse qualitative a montré que 14 MG sur 18 (soit 78 %) ont trouvé le questionnaire faisable en pratique courante et simple à appliquer au quotidien.

Le temps de passation de l'outil était plutôt long (8,5 minutes) si l'on considère que la durée moyenne d'une consultation est de 16 minutes (102). Cependant la plupart des MG de notre

étude considéraient que ce temps passé à discuter des IST était adapté à une consultation de MG, ce qui rejoint l'opinion des MG du baromètre santé 2009 puisque 79,7 % d'entre eux considéraient que la prévention dans le domaine de la vie sexuelle et affective faisait partie de leur rôle (34).

En outre, l'utilisation d'un questionnaire en consultation de médecine générale est pratique courante puisque plus de 60 % des MG déclaraient utiliser au cours de leur consultation des « questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles », bien que pour 70 % des utilisateurs, cette utilisation soit occasionnelle (34).

Une majorité de MG (78,5 %) se déclarait satisfaite de l'utilisation de l'outil, et 42,85 % des MG considéraient que l'utilisation de l'outil était acceptable et comptaient le réutiliser à l'avenir.

Dans l'étude d'Aïm-Eusébi et al. (43), étudiant l'acceptabilité et l'efficacité d'un questionnaire d'identification des facteurs de risque du VIH et des hépatites B et C en médecine générale, l'acceptabilité du questionnaire par le MG et le patient, mesurée par le taux de réponse global au questionnaire, était de 88,5 % ; cependant ce taux est calculé à partir d'un protocole dans lequel les MG étaient censés inclure les 50 premiers patients qu'ils voyaient sans les sélectionner, et il n'y a eu ni mesure de l'acceptabilité après l'intervention, ni enquête d'opinion sur l'utilisation de l'outil à l'avenir. L'analyse qualitative avait montré que 72 % des MG ont été satisfaits par le questionnaire en pratique courante, et 66 % déclaraient avoir amélioré leurs pratiques de dépistage pour la suite.

Dans notre étude, ce faible taux de MG (42,85 %) déclarant accepter d'utiliser l'outil à l'avenir pourrait également s'expliquer par un effet d'apprentissage, de formation et de sensibilisation lors de l'utilisation de l'outil, et la moindre nécessité d'y recourir par la suite. En effet l'utilisation de l'outil a induit une majoration des connaissances sur les IST, et une majorité de MG considérait avoir amélioré leur abord de la sexualité avec les patients. Plusieurs études ont démontré que les MG éduqués, formés et sensibilisés à la santé sexuelle effectuaient davantage de tests de dépistage (68) (69) (70) (71) (72). D'ailleurs la majorité des MG (85 %) de notre échantillon déclarait avoir amélioré leurs pratiques de dépistage suite à l'utilisation de l'outil.

Selon le baromètre santé 2009, seulement 1 % des MG utilisaient un questionnaire préétabli touchant à la vie sexuelle de leurs patients (34), la majorité de ces questionnaires explorant les

dysfonctions sexuelles (103). Donc l'outil développé, avec cette proportion de MG souhaitant le réutiliser, représenterait une solution à ce manque de support abordant la vie sexuelle.

Dans notre étude, d'après les analyses statistiques, les MG considérant l'utilisation de l'outil comme non acceptable, non faisable ou non satisfaisante étaient significativement plus jeune. Or notre échantillon de MG n'était pas représentatif de la population en terme d'âge, en l'occurrence plus jeune, d'où une possible sous-estimation de l'acceptabilité, de la faisabilité et de la satisfaction. Il est possible que les jeunes médecins venant de terminer leur formation, aient moins besoin d'un tel outil pour parfaire leurs connaissances sur les IST et soient plus à l'aise face à une patientèle qu'ils ne suivent pas depuis très longtemps pour aborder le sujet de la sexualité.

Les freins identifiés à l'utilisation de l'outil étaient principalement le caractère chronophage et les difficultés à aborder le domaine de la sexualité avec les patients.

Ces principaux freins ont également été clairement identifiés dans les études portant sur l'identification des facteurs de risque d'IST en médecine générale (43) (100) (101), et dans l'ensemble des publications traitant des obstacles au dépistage des IST en général (53) (55).

De plus, d'après plusieurs études (43) (101), l'obstacle principal à l'abord de la sexualité venait des médecins par leur propre malaise, et non des patients, avec plus de 90 % des patients qui aimeraient que leur médecin leur pose des questions sur leur mode de vie sexuelle selon une étude Suisse (41).

Le baromètre santé médecins généralistes 2009 révélait que moins de 60 % des MG français se déclaraient à l'aise pour aborder la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle, contre 96 % concernant le risque cardiovasculaire ou le dépistage des cancers (34).

Dans la majorité des cas, les tests sont effectués sur la base de la demande du patient et non à l'initiative du médecin (34) (39). On peut en déduire que si on lève la gêne des MG à aborder la sexualité, notamment en normalisant le dialogue par des questions prédéfinies, un obstacle sera franchi dans le dépistage des IST.

Dans notre étude, afin de minimiser ces freins identifiés, nous avons élaboré un système d'auto-questionnaire pour le patient. Nous avons réalisé une affiche (voir annexe 11) s'adressant aux patients et les invitant à remplir sur leur smartphone le questionnaire en ligne, accessible soit en flashant un QR code, soit en se rendant sur le site de l'outil en ligne. Cette affiche a été placée en vue en salle d'attente de 4 MG volontaires, et les patients intéressés pouvaient remplir

le questionnaire en ligne, anonymement et gratuitement. Les patients devaient ensuite montrer à leur MG la dernière page du questionnaire, indiquant la conduite à tenir en terme de bilan de dépistage.

A notre connaissance, aucun MG n'a reçu de patients ayant réalisé cet auto-questionnaire en ligne. Les possibles causes étaient le manque d'intérêt des patients, le peu de MG ayant souhaité exposer les affiches dans leur cabinet suite à leur perte de motivation à l'étude, la faible visibilité de l'affiche dans la salle d'attente ou l'absence de participation de la secrétaire médicale.

Cependant, dans l'étude d'Aïm-Eusébi et al. (43), le taux de réponse lors de l'utilisation d'un auto-questionnaire, en format papier, était supérieur à celui obtenu par hétéro-questionnaire réalisé par le MG.

Un auto-questionnaire papier n'a pas été réalisé dans cette étude, car il aurait annulé tous les bénéfices proposés par l'algorithme décisionnel de l'outil.

En ce qui concerne l'état des lieux des pratiques de dépistages des MG avant l'utilisation de l'outil, plus de la moitié d'entre eux (54 %) déclaraient avoir une démarche de dépistage non systématique, contrairement à ce que préconisent les directives de dépistage nationales (26).

Notre analyse du comportement de dépistage des MG rejoignait celle du baromètre santé 2009 dans lequel 58,2 % des MG déclaraient que la dernière prescription d'un test de dépistage VIH s'était faite à la suite d'une demande du patient lui-même, et non de façon proactive (34).

Cependant une majorité des MG (82 %) déclaraient être satisfaits de leurs habitudes de dépistages des IST.

Ce décalage entre les lignes directrices et leurs pratiques de dépistage vont dans le sens d'une méconnaissance des recommandations de dépistage, comme cela a déjà été constaté dans plusieurs études (61) (104) (105).

Concernant les obstacles au dépistages identifiés par les MG avant l'intervention, ils rejoignent ceux identifiés dans la littérature qui définit comme les plus importants les contraintes de temps et la charge de travail, le manque de connaissances, de sensibilisation ou de formation, et le contexte social des tests. L'absence de d'incitation financière était également évoquée (53) (55).

3. BÉNÉFICES DU QUESTIONNAIRE EN PRATIQUE COURANTE

Dans le cadre de l'étude PIST-MG réalisée en parallèle de notre étude (106), l'hétéro-questionnaire en ligne a été proposé à 1145 patients, dont 93,7 % d'entre eux ont accepté d'y

répondre. Parmi les patients inclus, il y avait une indication de dépistage d'au moins une IST pour 78,9 % d'entre eux. Parmi eux, un dépistage a été proposé par le MG dans 84,6 % des cas, accepté par 70,7 % des patients et 43 % ont été finalement réalisés au laboratoire.

Dans l'étude d'Aïm-Eusébi et al. (43), étudiant également la cascade de dépistage, 85,2 % des patients ont accepté de répondre à l'hétéro-questionnaire proposé par le MG. Parmi les patients inclus, il y avait une indication de dépistage pour environ 52 %. Parmi eux, un dépistage a été proposé par le MG dans environ 27 % des cas, accepté par environ 20 % des patients et environ 8 % ont été finalement réalisés au laboratoire.

La proportion plus importante de patients présentant une indication de dépistage dans l'étude PIST-MG pouvait être expliquée par le nombre plus important d'IST recherchées. Les proportions de tests de dépistage proposés par le MG, acceptés et réalisés par les patients étaient également très supérieures dans l'étude PIST-MG. Cela pouvait être expliqué par le fait que l'algorithme propose directement au MG le bilan biologique adapté au patient mais aussi par le biais que les investigateurs de cette étude ont réalisé 70 % du recrutement des patients.

En pratique courante, le questionnaire en ligne peut être utilisé comme un questionnaire préétabli, utilisé dans le cadre du recueil des antécédents médicaux des nouveaux patients, au même titre que les questions sur les antécédents cardiovasculaires ou familiaux par exemple. Il est ainsi simple de le remplir lors d'une première consultation, comme une « check- list » systématique, puis de le mettre à jour au cours du suivi. Ces questions devraient devenir un automatisme au quotidien. Les dernières recommandations du rapport Morlat (24) vont dans ce sens puisque l'objectif est de cibler la population à risque.

L'OMS a publié des lignes directrices sur la communication brève liée à la sexualité, qui est définie comme un processus de communication opportuniste dans les soins de santé primaires pour traiter la sexualité et les problèmes personnels et psychologiques connexes ainsi que pour promouvoir le bien-être sexuel (107). L'utilisation de notre questionnaire pourrait être la première étape de ce processus, permettant aux MG de personnaliser leur communication avec le patient, et ainsi favoriser un dépistage d'avantage ciblé des IST.

4. PERSPECTIVES/ AMÉLIORATIONS DE L'OUTIL

L'outil proposé semblait avoir satisfait les MG lors de son utilisation, qui consistait à aider le recueil des facteurs de risques d'IST et à proposer une prescription de test de dépistage adaptée à chaque patient.

Cependant il serait nécessaire d'étudier l'efficacité du questionnaire en ligne en terme de nombre de dépistages réalisés avant et après utilisation de l'outil.

L'utilisation de l'outil sous forme d'un auto-questionnaire en ligne, directement rempli par le patient, serait intéressante à réévaluer au cabinet dans un cadre plus allégé pour les MG, afin de maximiser leur participation.

En effet, dans l'étude d'Aïm-Eusébi et al. (43), l'utilisation d'un auto-questionnaire a démontré un taux de réponse supérieur à l'hétéro-questionnaire, comme c'est actuellement le cas en CeGIDD.

De plus, selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la majorité des MG (75 %) était favorable à l'utilisation d'auto-questionnaires à visée préventive dans leur pratique, afin de pouvoir faciliter les échanges avec leurs patients (108).

Notre étude soulignait également que la liste des facteurs de risque dans les recommandations françaises actuelles était probablement trop large et devrait potentiellement être plus restrictive pour dépister plus efficacement les personnes les plus à risque.

Ainsi diminuer le nombre d'items de l'outil pourrait limiter le caractère chronophage de l'outil et favoriser son utilisation au quotidien.

L'utilisation de l'outil en consultation pourrait faire l'objet d'une rémunération des MG, soit par la création d'une cotation spécifique de consultations complexes, soit par la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). En effet, selon l'enquête de la DREES, près de la moitié des MG considéraient que les ROSP ont eu un effet positif sur leurs pratiques de prévention (108).

Des études mettaient en évidence plusieurs profils de comportements et d'attitudes des MG face à l'abord de la sexualité et au dépistage des IST. Il était ainsi mis en évidence des MG « champions » de la prévention, des MG « modérément actifs » et des MG « réfractaires » (34) (109). Donc malgré tous les efforts mis en place pour majorer le dépistage des IST, il persistera

probablement toujours des MG réfractaires adoptant des stratégies d'évitement vis-à-vis des IST.

CONCLUSION

La plupart des MG participants (75 %) pensait que l'utilisation de l'outil développé pour cette étude était faisable en consultation de médecine générale, et 42,85 % acceptaient de réutiliser l'outil à l'avenir. La majorité des MG (78,6 %) était satisfaite de l'utilisation de l'outil.

Pour la plupart des MG, leurs connaissances sur les IST ont augmenté avec l'utilisation de l'outil, et ils considéraient avoir amélioré leur abord de la sexualité et leurs pratiques de dépistages en consultation. Les principaux freins à l'utilisation de l'outil étaient principalement le caractère chronophage et les difficultés à aborder la sexualité.

Nous proposons d'intégrer ce questionnaire au dossier médical des patients afin d'aborder avec eux le sujet dès la première consultation. Notre étude souligne également que la liste des indications de dépistage des IST dans les recommandations est possiblement trop large et devrait potentiellement être plus restrictive afin de dépister plus efficacement les personnes les plus à risque.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la santé. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2019 [cité 6 août 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. Bertolotti A. STI in practice. *Rev Prat.* 2020;70(1):e34-5.
3. de Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(7):453-9.
4. Organisation mondiale de la santé. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. 2020 [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
5. Organisation mondiale de la santé. Hépatite B [Internet]. 2020 [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
6. Ndeikoundam Ngangro N, Viriot D, Fournet N, et al. Bacterial sexually transmitted infections in France: recent trends and patients' characteristics in 2016. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2019;24(5).
7. Santé publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST décembre 2020 [Internet]. 2020 [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>
8. Santé publique France. Surveillance des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles à la Réunion bilan 2019-2020. [Internet]. 2021 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2021/surveillance-des-infections-a-vih-et-autres-infections-sexuellement-transmissibles-a-la-reunion.-bilan-2019-2020>
9. Santé publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST à La Réunion novembre 2019. [Internet]. 2019 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-vih-ist-a-la-reunion.-novembre-2019>
10. Etienne A, Devos S, Thore E, et al. Increase in early syphilis diagnoses in the young heterosexual population of Reunion Island: surveillance data, 2010-2018. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* 2021;35(9):e573-5.
11. Folio M. Prévalence et facteurs de risque associés aux infections sexuellement transmissibles à chlamydia trachomatis à La Réunion [Thèse d'exercice en médecine]. Université de La Réunion; 2020.
12. Santé publique France. Bulletin de veille sanitaire thématique n° 34 / juin 2017 surveillance des hépatites B et C Réunion et Mayotte [Internet]. 2017 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2017/bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-indien.-n-34-juin-2017>
13. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, et al. Changes in sexual behaviours: from secular trends to public health policies. *AIDS Lond Engl.* 2010;24(8):1185-91.
14. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, et al. An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception, and practices in young adults. *AIDS Lond Engl.* 2013;27(6):1011-9.
15. Santé publique France. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS [Internet]. 2012 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020)

transmissibles/vih-sida/vingt-ans-d-evolution-des-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-face-au-vih-sida-en-france-metropolitaine.-enquete-kabp-anrs-ors-in

16. Brouard C, Gautier A, Saboni L, et al. Hepatitis B knowledge, perceptions and practices in the French general population: the room for improvement. *BMC Public Health*. 2013;13:576.

17. Observatoire régional de la santé La Réunion. Enquête KABP Réunion 2012 connaissances, attitudes, croyances et comportements des réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels. Principaux résultats [Internet]. 2015 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ors-reunion.fr/IMG/pdf/kabp_2012_rapport_final.pdf

18. Observatoire régional de la santé océan indien. La santé des jeunes à La Réunion tableau de bord mars 2019 [Internet]. 2019 [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_sante_jeunes_reunion_2019.pdf?fbclid=IwAR0yYI98wfZDwPYMqRhykxuKppr_YevNuv60aludp_qsj6zNDnb8Yu0DUbM

19. Haute Autorité de santé. Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France recommandation en santé publique mai 2007 [Internet]. 2007 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/argumentaire_-_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis.2.pdf

20. Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à chlamydia trachomatis septembre 2018 [Internet]. 2018 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf

21. Haute Autorité de santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions [Internet]. 2010 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf

22. Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles [Internet]. 2016 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: [https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(1\).pdf](https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf)

23. Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles [Internet]. 2016 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: [https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(1\).pdf](https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf)

24. Conseil national du sida et des hépatites virales. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH recommandations du groupe d'experts avril 2018 [Internet]. 2018 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-depistage.pdf

25. Ministère des solidarités et de la santé. Informer sur le VIH/Sida et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. 2017 [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/informer-sur-le-vih-sida-et-les-autres-infections-sexuellement-transmissibles>

26. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle agenda 2017-2030 [Internet]. 2017 [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

27. Boffin N, Moreels S, Deblonde J, et al. Four sexually transmitted infections (STIs) in Belgian general practice: first results (2013-2014) of a nationwide continuing surveillance study. *BMJ Open*. 2017;7(1):e012118.

28. Leber W, Anderson J, Griffiths C. HIV testing in Europe: how can primary care contribute? *Sex Transm Infect*. 2015;91(7):464-5.

29. Freedman E, Britt H, Harrison CM, et al. Sexual health problems managed in

- Australian general practice: a national, cross sectional survey. *Sex Transm Infect.* 2006;82(1):61-6.
30. Deck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes: analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis: INPES éd; 2013.
 31. Kong FYS, Guy RJ, Hocking JS, et al. Australian general practitioner chlamydia testing rates among young people. *Med J Aust.* 2011;194(5):249-52.
 32. Salisbury C, Macleod J, Egger M, et al. Opportunistic and systematic screening for chlamydia: a study of consultations by young adults in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2006;56(523):99-103.
 33. Hocking JS, Parker RM, Pavlin N, et al. What needs to change to increase chlamydia screening in general practice in Australia? The views of general practitioners. *BMC Public Health.* 2008;8:425.
 34. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd; 2011.
 35. Ellis S, Curtis H, Ong ELC, et al. HIV diagnoses and missed opportunities results of the British HIV Association (BHIVA) national Audit 2010. *Clin Med Lond Engl.* 2012;12(5):430-4.
 36. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2013;13:200.
 37. Vos J, Pype P, Deblonde J, et al. Collecting and registering sexual health information in the context of HIV risk in the electronic medical record of general practitioners: a qualitative exploration of the preference of general practitioners in urban communities in Flanders (Belgium). *Prim Health Care Res Dev.* 2016;17(4):333-50.
 38. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, et al. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(12):1924-9.
 39. Deblonde J, Van Beckhoven D, Loos J, et al. HIV testing within general practices in Europe: a mixed-methods systematic review. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1191.
 40. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *adsp.* 2011;(77):5.
 41. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, et al. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
 42. Bernstein KT, Liu K-L, Begier EM, et al. Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men: implications for HIV testing approaches. *Arch Intern Med.* 2008;168(13):1458-64.
 43. Aïm-Eusébi A, Prothon E, Majerholc C, et al. The acceptability and effectiveness of a questionnaire for the identification of risk factors for HIV and hepatitis B and C: an observational study in general practice. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):60-7.
 44. Hall N, Crochette N, Blanchi S, et al. Family physicians and HIV infection. *Med Mal Infect.* 2015;45(11-12):456-62.
 45. Joore IK, Reukers DFM, Donker GA, et al. Missed opportunities to offer HIV tests to high-risk groups during general practitioners' STI-related consultations: an observational study. *BMJ Open.* 2016;6(1):e009194.
 46. Bangor-Jones RD. Sexual health in general practice: do practitioners comply with the sexually transmitted infections guidelines for management of suspected chlamydial infections? *Int J STD AIDS.* 2011;22(9):523-4.
 47. Joore IK, Twisk DE, Vanrolleghem AM, et al. The need to scale up HIV indicator condition-guided testing for early case-finding: a case-control study in primary care. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):161.
 48. Sawleshwarkar S, Harrison C, Britt H, et al. Chlamydia testing in general practice in Australia. *Sex Health.* 2010;7(4):484-90.

49. Donker G, Dorsman S, Spreeuwenberg P, et al. Twenty-two years of HIV-related consultations in Dutch general practice: a dynamic cohort study. *BMJ Open*. 2013;3(4):e001834.
50. Sadler KE, Low N, Mercer CH, et al. Testing for sexually transmitted infections in general practice: cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10:667.
51. Yeung A, Temple-Smith M, Spark S, et al. Improving chlamydia knowledge should lead to increased chlamydia testing among Australian general practitioners: a cross-sectional study of chlamydia testing uptake in general practice. *BMC Infect Dis*. 2014;14:584.
52. Thomson A, Morgan S, Henderson K, et al. Testing and screening for chlamydia in general practice: a cross-sectional analysis. *Aust N Z J Public Health*. 2014;38(6):542-7.
53. Yeung A, Temple-Smith M, Fairley C, et al. Narrative review of the barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice. *Aust J Prim Health*. 2015;21(2):139-47.
54. McDonagh LK, Saunders JM, Cassell J, et al. Application of the COM-B model to barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice for young people and primary care practitioners: a systematic review. *Implement Sci IS*. 2018;13(1):130.
55. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, et al. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2010;20(4):422-32.
56. Austin T, Traversy GP, Ha S, et al. Canadian and international recommendations on the frequency of HIV screening and testing: a systematic review. *Can Commun Dis Rep Releve Mal Transm Au Can*. 2016;42(8):161-8.
57. Simmons EM, Brown MJ, Slye K, et al. Barriers and facilitators to testing in primary care among health care providers. *J Natl Med Assoc*. 2011;103(5):432-8.
58. Bottero J, Brouard C, Roudot-Thoraval F, et al. 2014 French guidelines for hepatitis B and C screening: a combined targeted and mass testing strategy of chronic viruses namely HBV, HCV and HIV. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. 2016;36(10):1442-9.
59. Wallace L, McNulty C, Hogan A, et al. Exploring attitudes and practices of general practice staff towards offers of opportunistic screening for chlamydia: a UK survey. *Prim Health Care Res Dev*. 2012;13(3):255-68.
60. Fraisse T, Fourcade C, Brazes-Sanz J, et al. A cross sectional survey of the barriers for implementing rapid HIV testing among French general practitioners. *Int J STD AIDS*. 2016;27(11):1005-12.
61. Lorch R, Hocking J, Temple-Smith M, et al. The chlamydia knowledge, awareness and testing practices of Australian general practitioners and practice nurses: survey findings from the Australian chlamydia control effectiveness pilot (ACCEPt). *BMC Fam Pract*. 2013;14:169.
62. Manirankunda L, Loos J, Debackaere P, et al. « It is not easy »: challenges for provider-initiated HIV testing and counseling in Flanders, Belgium. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. 2012;24(5):456-68.
63. Temple-Smith MJ, Mak D, Watson J, et al. Conversant or clueless? chlamydia-related knowledge and practice of general practitioners in Western Australia. *BMC Fam Pract*. 2008;9:17.
64. Lawton BA, Rose SB, Elley CR, et al. Increasing the uptake of opportunistic chlamydia screening: a pilot study in general practice. *J Prim Health Care*. 2010;2(3):199-207.
65. Sicsic J, Saint-Lary O, Rouveix E, et al. Impact of a primary care national policy on HIV screening in France: a longitudinal analysis between 2006 and 2013. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2016;66(653):e920-9.
66. Bilardi JE, Fairley CK, Temple-Smith MJ, et al. Incentive payments to general practitioners aimed at increasing opportunistic testing of young women for chlamydia: a pilot cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10(1):70.
67. Walker J, Fairley CK, Walker SM, et al. Computer reminders for chlamydia screening

- in general practice: a randomized controlled trial. *Sex Transm Dis.* 2010;37(7):445-50.
68. Pillay TD, Mullineux J, Smith CJ, et al. Unlocking the potential: longitudinal audit finds multifaceted education for general practice increases HIV testing and diagnosis. *Sex Transm Infect.* 2013;89(3):191-6.
 69. McNulty CAM, Hogan AH, Ricketts EJ, et al. Increasing chlamydia screening tests in general practice: a modified zelen prospective cluster randomised controlled trial evaluating a complex intervention based on the theory of planned behaviour. *Sex Transm Infect.* 2014;90(3):188-94.
 70. Yeung A, Hocking J, Guy R, et al. 'It opened my eyes'-examining the impact of a multifaceted chlamydia testing intervention on general practitioners using normalization process theory. *Fam Pract.* 2018;35(5):626-32.
 71. Taylor MM, Frasure-Williams J, Burnett P, et al. Interventions to improve sexually transmitted disease screening in clinic-based settings. *Sex Transm Dis.* 2016;43(2 Suppl 1):s28-41.
 72. Guy RJ, Ali H, Liu B, et al. Efficacy of interventions to increase the uptake of chlamydia screening in primary care: a systematic review. *BMC Infect Dis.* 2011;11:211.
 73. Heritage J, Jones M. A study of young peoples' attitudes to opportunistic chlamydia testing in UK general practice. *Reprod Health.* 2008;5(1):11.
 74. Hogan AH, Howell-Jones RS, Pottinger E, et al. « ...they should be offering it »: a qualitative study to investigate young peoples' attitudes towards chlamydia screening in GP surgeries. *BMC Public Health.* 2010;10(1):616.
 75. Balfe M, Brugha R, O'Connell E, et al. Why don't young women go for chlamydia testing? A qualitative study employing goffman's stigma framework. *Health Risk Soc.* 2010;12(2):131-48.
 76. Pavlin NL, Parker R, Fairley CK, et al. Take the sex out of STI screening! views of young women on implementing chlamydia screening in general practice. *BMC Infect Dis.* 2008;8(1):62.
 77. Burns FM, Johnson AM, Nazroo J, et al. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. *AIDS Lond Engl.* 2008;22(1):115-22.
 78. Santer M, Wyke S, Warner P. Women's experiences of chlamydia screening. qualitative interviews with women in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2003;9(2):56-61.
 79. Boyd AE, Murad S, O'shea S, et al. Ethnic differences in stage of presentation of adults newly diagnosed with HIV-1 infection in south London. *HIV Med.* 2005;6(2):59-65.
 80. Mikolajczak J, Hospers HJ, Kok G. Reasons for not taking an HIV-test among untested men who have sex with men: an internet study. *AIDS Behav.* 2006;10(4):431-5.
 81. Walker J, Walker S, Fairley CK, et al. What do young women think about having a chlamydia test? Views of women who tested positive compared with women who tested negative. *Sex Health.* 2013;10(1):39-42.
 82. Stefan MS, Blackwell JM, Crawford KM, et al. Patients' attitudes toward and factors predictive of human immunodeficiency virus testing of academic medical clinics. *Am J Med Sci.* 2010;340(4):264-7.
 83. Heijman RLJ, Stolte IG, Thiesbrummel HFJ, et al. Opting out increases HIV testing in a large sexually transmitted infections outpatient clinic. *Sex Transm Infect.* 2009;85(4):249-55.
 84. Balfe M, Brugha R. What concerns do young adults in Ireland have about attending health services for STD testing? *Deviant Behav.* 2011;32(4):320-50.
 85. Yazdanpanah Y, Lange J, Gerstoft J, et al. Earlier testing for HIV how do we prevent late presentation? *Antivir Ther.* 2010;15 Suppl 1:17-24.
 86. Morgan J, Haar J. General practice funding to improve provision of adolescent

- primary sexual health care in New Zealand: results from an observational intervention. *Sex Health*. 2009;6(3):203-7.
87. Zenner D, Molinar D, Nichols T, et al. Should young people be paid for getting tested? A national comparative study to evaluate patient financial incentives for chlamydia screening. *BMC Public Health*. 2012;12(1):261.
 88. Khan A, Plummer D. Are printed sexually transmissible infection materials for patients appropriate? A physician perspective. *Sex Health*. 2008;5(3):307.
 89. Armstrong B, Kinn S, Scoular A, et al. Shared care in the management of genital chlamydia trachomatis infection in primary care. *Sex Transm Infect*. 2003;79(5):369-70.
 90. Perkins E, Carlisle C, Jackson N. Opportunistic screening for chlamydia in general practice: the experience of health professionals. *Health Soc Care Community*. 2003;11(4):314-20.
 91. Freeman E, Howell-Jones R, Oliver I, et al. Promoting chlamydia screening with posters and leaflets in general practice a qualitative study. *BMC Public Health*. 2009;9:383.
 92. McNulty CAM, Freeman E, Howell-Jones R, et al. Overcoming the barriers to chlamydia screening in general practice a qualitative study. *Fam Pract*. 2010;27(3):291-302.
 93. Ma R, Clarke A, Clark A. Chlamydia screening in general practice: views of professionals on the key elements of a successful programme. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005;31(4):302-6.
 94. McNulty CAM, Freeman E, Bowen J, et al. Barriers to opportunistic chlamydia testing in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2004;54(504):508-14.
 95. McNulty C a. M, Freeman E, Oliver I, et al. Strategies used to increase chlamydia screening in general practice: a qualitative study. *Public Health*. 2008;122(9):845-56.
 96. Cogneau J, Warck R, Tichet J, et al. Study of the motivation of physicians participating in public health research. *Sante publique Vandoeuvre Nancy Fr*. 2002;14(2):191-9.
 97. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2021 [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
 98. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Drees*. 2012;(797):8.
 99. Agence régionale de santé La Réunion. Dengue communiqué de presse 11 aout 2021 [Internet]. 2021 [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2021-08/Communique%20de%20presse%20du%2011%20août.pdf>
 100. Fagard C, Champenois K, Joseph J. Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012. *Bull épidémiol Hebd*. 2014;(21-22):395-400.
 101. Aïm-Eusébi A. Etude repevih-1 : l'identification des facteurs de risques de virose chronique (VIH, VHB, VHC) est-elle possible en consultation de médecine générale ? [Thèse d'exercice en médecine]. Université de Paris 14; 2014.
 102. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Drees*. 2006;(481):8.
 103. Giuliano F. Questionnaires in sexual medicine. *Progres En Urol J Soc Francaise Urol*. 2013;23(9):811-21.
 104. Hindocha S, Charlton T, Rayment M, et al. Feasibility and acceptability of routine human immunodeficiency virus testing in general practice: your views. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14(2):212-6.
 105. Rocchetti V, Viard JP. Family practitioners screening for HIV infection. *Med Mal Infect*. 2015;45(5):157-64.
 106. Santucci C. Prévalence et facteur de risque de la syphilis dans la population générale à

La Réunion [Thèse d'exercice en médecine]. Université de La Réunion; 2021.

107. Toskin I, Bakunina N, Gerbase AC, et al. A combination approach of behavioural and biomedical interventions for prevention of sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ.* 2015;98(6):431-4.

108. Metten M, Buyck J, David S. Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. *Drees.* 2021;(1197):6.

109. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Rennes: EHESP; 2010.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire CeGIDD

Étude PISTMG QUESTIONNAIRE PATIENT

Il s'articule en 5 onglets (ou partie) :

Partie 1 : Généralités

- Sexe
- Âge
- Lieu de naissance
- Lieu de domicile (région)
- Type de profession
- Activité professionnelle actuelle ?
- Type de couverture maladie

Partie 2 : Sexualité

- Dans les 6 dernières semaines :
 - Existence de rapports particulièrement à risque ou AES ou utilisation de seringues souillées...
(L'objectif étant de proposer une prise en charge adaptée le cas échéant en fonction du délai de la prise de risque)
- Dans les 12 derniers mois
 - Sexe et nombre du ou des partenaires
 - Partenaire régulier :
 - Type de rapport : vaginaux, oraux, anaux, objets sexuels
 - Pour chacun d'entre eux : sont-ils protégés ?
 - Le partenaire va-t-il fait un dépistage et si oui quand ?
 - Partenaires occasionnels
 - Type de rapport : vaginaux, oraux, anaux, objets sexuels
 - Pour chacun d'entre eux : sont-ils protégés ?
- Dans toute la vie
 - Rapport avec homme et/ou femme
 - Rapport en échange d'argent, drogue.... (Si oui protection ?)
 - Victime d'agression sexuelle ? (Si oui dépistage au décours ?)
 - Satisfaction de la sexualité actuelle ?

Partie 3 : IST

- Avez-vous fait un dépistage ?
 - Sanguin ? si oui quand ? et contenait-il un VIH ?
 - Urinaire/vaginal ? Si oui quand
- Avez-vous déjà eu une IST ? Traitée ? Contrôle de guérison ?
- Avez-vous hépatite C ?
- Avez-vous hépatite B ?
- Statut vaccinal hépatite B ?
- Vaccination HPV ?
- A jour des frottis ?

Annexe 2 : Questionnaire en ligne (Onglet 1 : Infos générales)

1 2 3 4 5 6

INFOS. GÉNÉRALES VOTRE SEXUALITÉ ANTÉCÉDENTS MOTIF DE CONSULTATION CONCLUSIONS CODE

Sexe

Homme

Femme

Transgenre

Age

Ex: 31

Pays de naissance

France métropolitaine

France Outre-Mer

Etranger

Département de domicile

974 - LA REUNION

Profession

Agriculteur

En activité professionnelle ?

Non

Oui

Couverture maladie

Assurance maladie

Suivant →

Mentions légales Conditions générales d'utilisation

Annexe 2 : Questionnaire en ligne (Onglet 2 : Votre sexualité)

123456

INFOS. GÉNÉRALESVOTRE SEXUALITÉANTÉCÉDENTSMOTIF DE CONSULTATIONCONCLUSIONSCODE

Au cours des 6 dernières semaines

Avez-vous eu une prise de risque INQUIÉTANTE avec un(e) partenaire ?
(rapport sexuel non protégé, rupture de préservatif, rapport sexuel avec saignement, utilisation de seringue souillée, etc)

Non
 Oui

Au cours des 12 derniers mois

Quels ont été vos types de rapports sexuels ?

Rapports avec des hommes
 Rapports avec des femmes
 Rapports avec des personnes des deux sexes
 Aucun rapport ces 12 derniers mois
 Je ne souhaite pas répondre

Au cours de votre vie

Quels ont été vos types de rapports sexuels ?

Rapports avec des hommes
 Rapports avec des femmes
 Rapports avec des personnes des deux sexes
 Jamais eu de rapport sexuel
 Je ne souhaite pas répondre

Avez-vous eu des rapports sexuels en échange d'argent, drogues... ?

Non
 Oui

Avez-vous été victime d'agression sexuelle ?

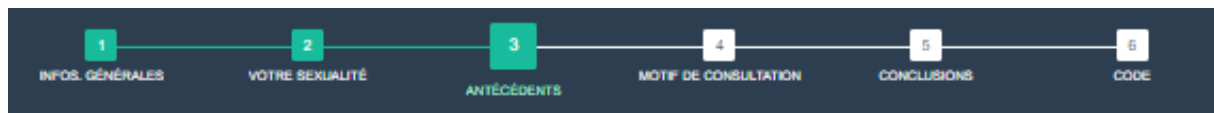
Non
 Oui

Êtes-vous satisfait(e) de votre sexualité ?

Non
 Oui

← PrécédentSuivant →

Annexe 2 : Questionnaire en ligne (Onglet 3 : Antécédents)



Dépistages

Avez-vous déjà fait un dépistage IST sanguin ?

- Non
- Oui

Avez-vous déjà fait un dépistage urinaire/vaginal ?

- Non
- Oui

Statut des IST

Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible ?

- Syphilis
- Gonococcie
- Chlamydirose
- Herpès
- LGV - lymphogranulomatose vénérienne
- Condylomes - Verrues génitales
-
- Aucune

Avez-vous eu une hépatite C ?

- Guérie
- Portage chronique
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous une hépatite B chronique ?

- Je ne sais pas
- Non
- Oui

Êtes-vous vacciné(e) contre l'hépatite B ?

- Je ne sais pas
- Non
- Oui

Annexe 2 : Questionnaire en ligne (Onglet 3 : Antécédents) (suite)

Êtes-vous vacciné(e) contre l'hépatite B ?

- Je ne sais pas
 Non
 Oui

Êtes-vous vacciné(e) contre le papillomavirus (HPV) ?

Vaccin CERVARIX ®, GARSASIL ® contre le cancer du col

- Je ne sais pas
 Non
 Oui

Expositions à risque

Avez-vous déjà vécu l'une des situations suivantes ?

- Usage de drogue par intraveineuse (seringue)
 Usage de drogue par voie nasale
 Tatouage, piercing, acupuncture, mésothérapie
 Hospitalisation à l'étranger
 Transfusion avant 1992
 Accident d'exposition au sang en soin professionnel

 Aucune exposition de la liste

Autre exposition sanguine ?

pour une situation non listée ci-dessus

Avez-vous d'autres risques ?

- Vivre avec quelqu'un ayant l'hépatite B ?
 Vivre avec quelqu'un ayant l'hépatite C
 Vécu pendant + de 3 mois en Afrique, Asie, Europe de l'Est, Moyent-Orient, Amérique du Sud
 Autre(s) risque(s)

[← Précédent](#)

[Suivant →](#)

Annexe 2 : Questionnaire en ligne (Onglet 4 : Motif de consultation)

1 2 3 4 5 6

INFOS. GÉNÉRALES VOTRE SEXUALITÉ ANTÉCÉDENTS MOTIF DE CONSULTATION CONCLUSIONS CODE

Avez-vous eu un ou plusieurs des signes cliniques suivants au cours de l'année ?

- Brûlure des urines
- Écoulement/perte au niveau du sexe
- Bouton(s) sur le corps/ le sexe
- Bouton/ulcération/douleur à l'anus

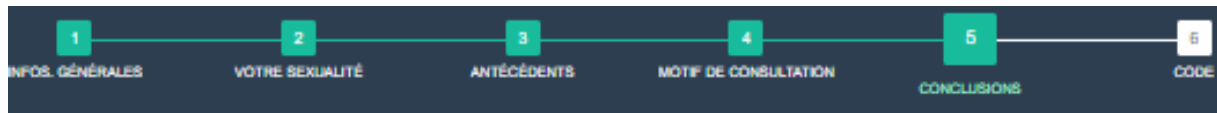
Motifs de consultation

- Venu pour signes cliniques évocateur d'IST
- Venu pour bilan IST
- Venu pour autre motif

[← Précédent](#) [Suivant →](#)

Mentions légales Conditions générales d'utilisation
version Beta vG0.17.19

Annexe 2 : Questionnaire en ligne (Onglet 5 : Conclusions)



SI vous êtes un patient : gardez cette page ouverte sur votre smartphone et montrez là à votre (un) médecin

Synthèse du questionnaire

- Sexe : Transgenre H vers F
- Age : 25 ans
- Dépistage IST nécessaire : OUI
- Risque récent : NON
- Dernière prise de risque : Aucune récemment
- Dépistage uro-génital nécessaire : OUI
- Vaccination HPV : Non vacciné (ou NSP)
- Vaccination VHB nécessaire : OUI
- IST traitée dans les 3 derniers mois (IST<3mois) : NON
- Nb partenaires : 0
- Rappports bouche/sexe (B/S) : NON
- Rappports anal (ANUS) : NON
- Rapport sexuels en échange d'argent / drogues : NON
- Violences sexuelles : NON
- Signes clinique : NON

Dépistages sanguin, uro-génital ou d'une IST spécifique

Vous entrez dans le cadre des recommandations pour la réalisation d'un dépistage IST pour les raisons suivantes* :

- Vous n'avez jamais fait de dépistage IST

(* Pour certains cas, en l'absence de recommandations claires, nous avons défini des critères de risques selon la littérature récente.

Pour rappel, voici le bilan complet recommandé :

- Sérologie VIH, Syphilis, VHC. PCR chlamydia + gonocoque aux sites exposées (génital, urinaire, pharyngé, anal) ;
- Si vous présentez un écoulement blanchâtre au niveau génital : réaliser un prélèvement bactériologique ;
- Si vous n'êtes pas vacciné contre l'hépatite B : Anti-HBs, Ag HBs, Anti HBe ;
- Si vous êtes une femme en âge de procréer : BHCG ;

Le dépistage du partenaire doit être systématique.

Pour améliorer votre prise en charge il est très important que votre partenaire puisse lui(e) aussi faire un dépistage IST ou qu'il(e) puisse vous fournir ses derniers résultats de bilan IST.

Proposez-vous le dépistage ?

- Non
 Oui

Dépistage Pharyngé

Annexe 2 : Questionnaire en ligne (Onglet 5 : Conclusions) (suite)

Dépistage Pharyngé

Au vu des réponses, le patient ne présente pas de risques de contamination IST au niveau pharyngé. Le dépistage ne semble pas indiqué. Cependant la décision de ce type de dépistage étant multifactorielle, c'est au médecin de trancher sur sa réalisation.

Proposez-vous le dépistage pharyngé ?

- Non
 Oui

Dépistage Anal

Au vu des réponses, le patient ne présente pas de risque de contamination IST au niveau anal. Le dépistage ne semble pas indiqué. Cependant la décision de ce type de dépistage étant multifactorielle, c'est au médecin de trancher sur sa réalisation.

Proposez-vous le dépistage anal ?

- Non
 Oui

Concernant l'HPV

Patient non concerné.

Vaccination hépatite B

Vous n'êtes probablement pas vacciné contre l'hépatite B

Recommandations concernant la vaccination contre l'hépatite B [Voir la suite +](#)

[← Précédent](#)

[Suivant →](#)

Annexe 3 : Mail de présentation de l'étude (partie 1 : mail)

Chers confrères, chères consoeurs,

Nous sommes 5 internes et nous avons élaboré, en collaboration avec le département universitaire de médecine générale et le centre d'investigation clinique du CHU, un projet d'étude ambitieux. Nous souhaitons déterminer les prévalences et facteurs de risque des différentes IST à La Réunion en ambulatoire, dans la population générale.

Pour se faire, nous aurions besoin du plus grand nombre de médecins généralistes pour incrémenter une base de données régionale à l'aide d'un questionnaire à remplir avec le patient.

Nous avons simplifié au maximum la tâche de chaque médecin investigateur, en adaptant le protocole à son flux de patients (pour avoir plus ou moins de questionnaires selon le temps disponible, sur une ou plusieurs périodes selon leurs disponibilités).

Le questionnaire à remplir est ludique. Il fonctionne avec un algorithme innovant permettant d'aider chaque médecin investigateur à décider de réaliser ou non un dépistage des IST selon les dernières recommandations en vigueur.

A 5 internes, nous pourrions aisément être disponibles pour vous guider dans chaque étape de l'étude et vous aider pour toute question que vous pourriez vous poser.

Ce travail se fait sous les directions du Dr Antoine BERTOLOTTI (MCU PH et responsable du CeGIDD infectio Sud: Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) et du Dr Sébastien LERUSTE (MCU MG, membre du Département universitaire de médecine générale à la réunion). Le méthodologiste est le Dr Nicolas BOUSCAREN.

Pour nous joindre que ce soit pour prendre contact, pour proposer votre aide ou par simple curiosité, une adresse mail: pistmg974@gmail.com

Un mail N'ENGAGE EN RIEN, vous êtes libre de prendre contact et de suivre l'étude même si vous ne pouvez pas y participer. Il est également possible de se retirer de l'étude en cours de recrutement sans que ça n'impacte sur notre protocole.

DONC, si ce projet vous intéresse, vous questionne, vous plait, n'hésitez surtout pas à prendre contact, vous découvrirez des internes motivés et prêts à travailler ensemble pour fournir une formidable base de données. Nous mettons à disposition en pièce jointe un aperçu plus précis du protocole, de la finalité et du questionnaire.

Dans l'espoir de vous retrouver à nos côtés pour la suite de ce projet,
Veuillez agréer nos confraternelles et sincères salutations.

Annexe 3 : Mail de présentation de l'étude (partie 2 : fiche de présentation)

Fiche de présentation de l'étude PIST-MG

QUELLE ÉTUDE ? Une étude transversale, multisite, à partir d'un questionnaire et de données biologiques. Le protocole a été soumis à un comité d'éthique. **PIST-MG** : Prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles en Médecine Générale.

C'EST-A-DIRE ? L'objectif de cette étude est d'obtenir une prévalence des différentes IST dans la population générale à la Réunion, d'en étudier les facteurs de risque et d'obtenir des informations plus générales sur les pratiques sexuelles des Réunionnais sur le plan de la santé.

COMMENT EST-CE POSSIBLE ? Nous aimerions qu'un maximum de médecins généralistes, de toute l'île, puisse proposer un questionnaire à des patients de 15 à 50 ans, peu importe le motif de consultation. Ensuite, au décours de ce questionnaire, si les patients entrent dans le cadre des recommandations, le médecin pourra proposer un dépistage des IST. Les résultats anonymisés par le médecin seront ensuite intégrés à la base de données.

UN TRAVAIL COLOSSAL POUR LES MÉDECINS ? Oui et non... Plus nous serons nombreux, plus le nombre de sujets nécessaire sera facilement obtenu. Dans tous les cas, le recueil ne se fera que sur une PÉRIODE ADAPTÉE à l'activité de chacun, pour ne pas s'épuiser. Selon sa motivation et ses disponibilités, chacun sera libre de renouveler ce recueil. En moyenne, le remplissage du questionnaire avec son patient prend environ 5 min. Vous n'aurez qu'une tranche d'âge à explorer, déterminée à l'avance, selon l'activité du cabinet (exemple 15- 25 ou 30-50 ou 20-30 ou 15-50....).

MAIS A QUOI CA SERT ? La prévalence des IST à la Réunion est mal connue. Les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) ont des données fortement biaisées par le recrutement qui n'est pas le reflet de la prévalence en population générale. Ils permettent cependant de laisser supposer une prévalence supérieure à celle de la métropole et des facteurs de risques différents. Cette étude permettra donc d'avoir une prévalence significative en population générale à la Réunion et d'envisager des actions de prévention ciblées.

OK MAIS EN TANT QUE MÉDECIN GÉNÉRALISTE QUEL INTÉRÊT ?

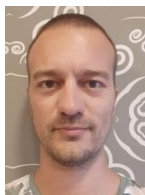
- L'intérêt est de mieux connaître les facteurs de risques des IST à la Réunion pour améliorer leur dépistage. Une prévalence élevée incitera également à élargir les dépistages et à insister en consultation sur les moyens de prévenir les IST.
- Utilisation d'un nouvel outil créé pour l'occasion : l'algorithme qui permet de proposer au médecin de dépister un patient s'il rentre dans certains critères, **une sorte d'antibioclic des IST : un "IST-clic"**.
- Permettre au médecin d'aborder le sujet de la sexualité s'il éprouve une certaine difficulté à le faire au quotidien dans sa patientèle. Beaucoup de patients n'osent pas parler de ces problématiques avec leur médecin de famille, alors qu'il reste le premier à pouvoir les aider et à les rassurer sur le secret médical.
- Qu'il participe ou non à l'étude, tout médecin pourra être tenu informé des résultats. De plus, vous serez les bienvenus si vous souhaitez présenter les résultats lors d'un congrès ou d'une conférence.

MAIS QUI FINANCE TOUT ÇA ? Pas de financement particulier. En effet, les dépistages ne seront proposés qu'aux personnes qui entrent dans le cadre des recommandations. Ainsi, chacun pourra bénéficier d'une prescription de dépistage utile, remboursée par la sécurité sociale.

ET QUI TIRE LES FICELLES ? L'étude est réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice de 5 internes : Audrey, Adrien, Edris, Pierre-Edouard et Cédric. Ce sont eux qui traiteront les données anonymisées. Sous la direction des Dr Antoine BERTOLOTTI (MCU PH et responsable du CeGIDD infectio sud) et Dr Sébastien LERUSTE (MCU MG, du département de médecine générale de la Réunion). Pour l'analyse statistique, le Dr Nicolas BOUSCAREN (du centre d'investigation clinique de St Pierre) sera d'une aide précieuse.

SI JE SUIS MÉDECIN ET QUE JE SOUHAITE PARTICIPER COMMENT FAIRE ? Déjà merci!! Et ensuite vous pouvez nous adresser un mail ici => pjstmg974@gmail.com, un des internes prendra contact avec vous pour vous expliquer le reste des modalités et être à vos côtés pendant toute la période de recueil pour vous aider au mieux dans sa réalisation.

Santucci Cédric



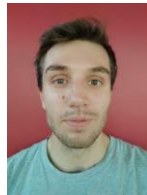
Espinasse Audrey



Carbonnel Adrien



Voisin Edris



Aubry Pierre-Edouard



Annexe 3 : Mail de présentation de l'étude (partie 3 : affiche)



Etude "PIST-MG"

Thèse de Médecine
Coordonnée par Dr.Bertolotti et Dr.Leruste

Une étude transversale de la Prévalence et des Facteurs de risque
des Infections Sexuellement Transmissibles
en Médecine Générale à LA REUNION

Population étudiée : Patients de 15-50 ans consultant en cabinet de Médecine Générale

Objectif primaire de l'étude : - Déterminer la prévalence des principales IST (VIH, VHB, VHC, Syphilis, Chlamydiae, Gonocoque, HPV) chez les 15-50 ans consultant en Médecine Générale
- Etude des facteurs de risque de ces IST à La Réunion

Recueil de données : De Novembre 2020 à Mars 2021
Par questionnaire et recueil de résultats biologiques anonymisés, en Multisite

Sur une semaine par médecin (ou plus selon volontariat)

NOUS COMPTONS SUR VOTRE MOBILISATION

Annexe 4 : Questionnaire initial des MG

QUESTIONNAIRE INITIAL DES MEDECINS dans le cadre de l'étude PIST-MG

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire avant de débuter l'utilisation de l'outil de dépistage des IST.
La réalisation de ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes.
Merci pour votre aide précieuse.

Code de pseudonymisation médecin : _ _ _ _ _

Votre code d'anonymat devra être composé de la 1ère lettre de votre nom, suivi de la 1ère lettre de votre prénom, suivi de votre année de naissance. (Exemple: Bonnaud Jean, né en 1982, donnera : « BJ1982 »).

Ce code est à inscrire dans ce questionnaire et dans le questionnaire final afin de pouvoir les faire correspondre.

1) Age (en années) : _ _ ans

2) Sexe : Masculin

Féminin

3) Nombre d'années d'exercice de la médecine depuis la fin de l'internat : _ _ années

4) Statut : installé

→ Si vous êtes installé: - précisez depuis combien d'années: _ _ années

- précisez le mode d'exercice: seul

en groupe

non installé

→ Si vous n'êtes pas installé: précisez si vous êtes thésé

non thésé

5) Lieu d'exercice :

urbain

rural

6) Nombre de demi-journées de travail par semaine : _ _ demi-journées/semaine

7) Nombre de consultation réalisée par demi-journée : _ _ consultations/demi-journée

8) Êtes-vous Maître de stage des universités?

oui

non

Test de connaissance sur le dépistage des IST :

(Veuillez répondre par « vrai » ou « faux » aux affirmations suivantes)

9) La recherche d'un *Chlamydia trachomatis* uro-génital nécessite la prescription d'une sérologie *Chlamydia trachomatis*.

Vrai

Faux

10) Le *Neisseria gonorrhoeae* est presque toujours symptomatique.

Vrai

Faux

11) Les céphalosporines de 3^{ème} génération orale sont recommandées pour traiter le *Neisseria gonorrhoeae*.

Vrai

Faux

12) Le traitement probabiliste d'une urétrite préconisé est l'association Doxycycline 200mg 7j + Ceftriaxone 500mg.

Vrai

Faux

13) Un dépistage à *Chlamydia trachomatis* est recommandé systématiquement à toute femme sexuellement active de 15 à 25 ans.

Vrai

Faux

14) Un dépistage à *Chlamydia trachomatis* est recommandé chez toute femme enceinte consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Vrai

Faux

15) Il est recommandé de réaliser un dépistage par PCR du *Chlamydia trachomatis* et du *Neisseria gonorrhoeae* au niveau pharyngé et/ou anal pour les personnes ayant des pratiques sexuelles à risque sur ces sites respectifs.

Vrai Faux

16) Un deuxième dépistage de la syphilis est préconisé chez les femmes enceintes au cours du 3ème trimestre.

Vrai Faux

17) Un dépistage du VIH est recommandé en population générale s'il y a eu changement récent de partenaire ou multipartenariat.

Vrai Faux

18) En l'absence d'antécédent de vaccination contre l'hépatite B, le dépistage du virus de l'Hépatite B est recommandé à chaque changement de partenaire.

Vrai Faux

19) Êtes vous satisfait de vos habitudes de dépistage des IST par rapport aux recommandations ?

- Oui, tout à fait
- plutôt oui
- plutôt non
- non, pas du tout
- non concerné

20) Avez-vous une démarche systématique (patient sans symptôme et sans demande) concernant le dépistage des IST ?

oui

→Si vous avez une démarche systématique concernant le dépistage des IST : précisez-en les circonstances les plus souvent rencontrées :

- Consultation d'un nouveau patient
- Consultation d'un adolescent
- Consultation pour délivrance d'un certificat médical
- Discussion sur la sexualité
- Contraception
- Réalisation frottis
- Souhait de grossesse
- Consultation de suivi de grossesse
- Consultation pour IVG
- Autre: ...

non

21) Quels ont les principaux obstacles que vous rencontrez dans le cadre du dépistage des IST ?

- le manque de temps.
- le manque de connaissances sur le sujet.
- la difficulté à aborder la sexualité.
- la crainte d'altérer la relation patient/médecin.
- l'absence de cotation CCAM de l'acte de dépistage des IST.
- aucune difficulté.
- autre : ...

22) Pensez-vous que votre formation initiale concernant le dépistage des IST était satisfaisante ?

- Oui, tout à fait
- plutôt oui
- plutôt non
- non, pas du tout
- non concerné

23) Avez-vous reçu des formations complémentaires après vos études sur le dépistage des IST ?

- Oui
- Non
- non concerné

24) Seriez-vous intéressé par une formation sur les IST ?

- Oui
- Non
- non concerné

25) Avez-vous des remarques ?

...

Vos réponses ont bien été enregistrées.
Merci beaucoup pour votre aide.

Annexe 5 : Questionnaire final des MG

QUESTIONNAIRE FINAL DES MEDECINS

Code d'anonymat médecin : _ _ _ _ _

Votre code d'anonymat devra être composé de la 1ère lettre de votre nom, suivi de la 1ère lettre de votre prénom, suivi de votre année de naissance. (Exemple: Bonnaud Jean, né en 1982, donnera « BJ1982 »).

Ce code servira à faire correspondre le questionnaire initial et ce questionnaire.

Test de connaissance sur le dépistage des IST :

(Veuillez répondre par « vrai » ou « faux » aux affirmations suivantes)

1) La recherche d'un *Chlamydia trachomatis* uro-génital nécessite la prescription d'une sérologie *Chlamydia trachomatis*.

Vrai

Faux

2) Le *Neisseria gonorrhoeae* est presque toujours symptomatique.

Vrai

Faux

3) Les céphalosporines de 3^{ème} génération orale sont recommandées pour traiter le *Neisseria gonorrhoeae*.

Vrai

Faux

4) Le traitement probabiliste d'une uréthrite préconisé est l'association Doxycycline 200mg 7j + Ceftriaxone 500mg.

Vrai

Faux

5) Un dépistage à *Chlamydia trachomatis* est recommandé systématiquement à toute femme sexuellement active de 15 à 25 ans.

Vrai

Faux

6) Un dépistage à *Chlamydia trachomatis* est recommandé chez toute femme enceinte consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Vrai

Faux

7) Il est recommandé de réaliser un dépistage par PCR du *Chlamydia trachomatis* et du *Neisseria gonorrhoeae* au niveau pharyngé et/ou anal pour les personnes ayant des pratiques sexuelles sur ces sites respectifs.

Vrai

Faux

8) Un deuxième dépistage de la syphilis est préconisé chez les femmes enceintes après 22 semaines d'aménorrhées.

Vrai

Faux

9) Un dépistage du VIH est recommandé en population générale si il y a eu changement récent de partenaire ou multipartenariat.

Vrai

Faux

10) En l'absence d'antécédent de vaccination contre l'hépatite B, le dépistage du virus de l'Hépatite B est recommandé à chaque changement de partenaire.

Vrai

Faux

11) Êtes-vous satisfait de l'utilisation de l'outil dans votre pratique en cabinet ?

oui, tout à fait

plutôt oui

plutôt non

non, pas du tout

non concerné

12) Pensez-vous que l'utilisation de l'outil est faisable en consultation de médecine générale ?

Oui, tout à fait

plutôt oui

plutôt non

- non, pas du tout
- non concerné

13) Combien de temps dure en moyenne la passation de l'outil ? (en minute) : ... minutes

14) Ce temps passé (à discuter des IST systématiquement) vous paraît-il adapté à une consultation de médecine générale ?

- Oui, tout à fait
- plutôt oui
- plutôt non
- non, pas du tout
- non concerné

15) Pensez-vous que l'outil apporte une utilité à votre pratique ?

- oui
 - non
- Si non, précisez pourquoi : ...

16) Pensez-vous utiliser l'outil dans votre pratique quotidienne à l'avenir ?

- oui
- non
- non concerné

17) Avez-vous rencontré des difficultés lors de l'utilisation de l'outil ?

- oui
- Si oui, précisez pourquoi :
- refus du patient
 - caractère chronophage
 - difficulté de prise en main de l'outil/défaut de simplicité
 - difficultés à aborder la sexualité
 - altération de la relation patient/médecin
 - crainte d'enfreindre l'intimité du patient/intrusion
 - malaise vis à vis des patients
 - exposition à des questions compliquées
 - autre: ...

- non
- non concerné

18) Pensez-vous que l'utilisation de l'outil a amélioré votre abord de la sexualité avec les patients ?

- Oui, tout à fait
- plutôt oui
- plutôt non
- non, pas du tout
- non concerné

19) Pensez-vous que l'utilisation de l'outil a amélioré votre pratique de dépistage ?

- Oui, tout à fait
- plutôt oui
- plutôt non
- non, pas du tout
- non concerné

20) Avez vous des remarques, des suggestions sur l'outil de dépistage? :

...

Annexe 6 : Tests statistiques sur la satisfaction des habitudes de dépistage (n = 28)

	Satisfaction habitudes dépistage (n = 23)	Non satisfaction habitudes dépistage (n = 5)	p
Age moyen (années)	39 (9,75)	37 (13,4)	0,74
Sexe :			
- Femme	14 (60,7 %)	3 (60 %)	1
- Homme	9 (39,3 %)	2 (40 %)	
Durée moyenne exercice (années)	10 (9,92)	9 (12,15)	0,78
Nombre de demi- journées/semaine	7,02 (1,62)	7,4 (1,94)	0,70
Nombre de patients/demi-journée	15,3 (4,51)	15,4 (3,57)	0,96
Faisabilité :			
-Oui	18 (78,3 %)	3 (60 %)	0,57
-Non	5 (21,7 %)	2 (40 %)	
Acceptabilité :			
-Oui	9 (39,1 %)	3 (60 %)	0,63
-Non	14 (60,9 %)	2 (40 %)	
Satisfaction outil :			
-Oui	18 (78,3 %)	4 (80 %)	1
-Non	5 (21,7 %)	1 (20 %)	
Utilité de l'outil :			
-Oui	17 (73,9 %)	4 (80 %)	1
-Non	6 (26,1 %)	1 (20 %)	
Démarche systématique :			
-Oui	13 (56 %)	0 (0 %)	0,043
-Non	10 (44 %)	5 (100 %)	
Formation initiale suffisante :			
-Oui	13 (56 %)	2 (40 %)	0,63
-Non	10 (44 %)	3 (60 %)	
Formation complémentaire:			
-Oui	14 (60,9 %)	2 (40 %)	0,62
-Non	9 (39,1 %)	3 (60 %)	
Intérêt pour une formation :			
-Oui	21 (91,3 %)	5 (100 %)	1
-Non	1 (8,7 %)	0 (0 %)	
Moyenne note initiale/10	6,95 (1,06)	6,2 (0,44)	0,02
Amélioration note moyenne/10	0,78 (1,34)	1,14 (1,51)	0,43

variable qualitative : effectif (pourcentage)

variable quantitative : moyenne (écart-type)

Annexe 7 : Tests statistiques sur la démarche systématique de dépistage (n = 28)

	Démarche systématique (n = 13)	Pas de démarche systématique (n = 15)	p
Age moyen (années)	40,07 (10,68)	38,46 (10,16)	0,68
Sexe :			
- Femme	10 (76,9 %)	7 (46,6 %)	0,25
- Homme	3 (23,1 %)	8 (53,4 %)	
Durée moyenne exercice (années)	12,07 (10,45)	9,26 (10,01)	0,47
Nombre de demi- journées/semaine	6,5 (1,52)	7,6 (1,63)	0,07
Nombre de patients/demi- journée	16,3 (4,75)	14,46 (3,83)	0,27
Faisabilité :			
-Oui	12 (92,3 %)	9 (60 %)	0,08
-Non	1 (7,7 %)	6 (40 %)	
Acceptabilité :			
-Oui	6 (46,2%)	6 (40 %)	1
-Non	7 (53,8 %)	9 (60 %)	
Satisfaction outil :			
-Oui	11 (84,6 %)	11 (73,4 %)	0,65
-Non	2 (15,4 %)	4 (26,6 %)	
Utilité de l'outil :			
-Oui	11 (84,6 %)	10 (66,7 %)	0,39
-Non	2 (15,4 %)	5 (33,3 %)	
Satisfaction habitudes dépistage :			
-Oui	13 (100 %)	10 (66,7 %)	0,043
-Non	0 (0 %)	5 (33,3 %)	
Formation initiale suffisante :			
-Oui	9 (69,2 %)	6 (40 %)	0,15
-Non	4 (30,8 %)	9 (60 %)	
Formation complémentaire :			
-Oui	9 (69,2 %)	7 (50 %)	0,44
-Non	4 (30,8 %)	7 (50 %)	
Intérêt pour une formation :			
-Oui	10 (83,4 %)	15 (100 %)	0,18
-Non	2 (16,6 %)	0 (0 %)	
Moyenne note initiale/10	7,15 (0,89)	6,53 (1,06)	0,10
Amélioration note moyenne/10	0,53 (1,2)	1,2 (1,42)	0,20

variable qualitative : effectif (pourcentage)

variable quantitative : moyenne (écart-type)

Annexe 8 : Remarques générales du questionnaire initial

Les remarques générales de fin de questionnaire initial étaient :

- « *Faciliter le dépistage par des algorithmes simples et en étendant la prescription à d'autres professionnels de santé.* »
- « *A quand une meilleure formation de la population générale (sans forcément passer par le médecin)* »
- « *pour la question 22, cela remonte à il y a 30 ans donc oui pour l'époque* »

Annexe 9 : Remarques concernant la question 15 du questionnaire final

Parmi les 7 MG qui pensaient que l'outil n'apportait pas d'utilité à leur pratique, leurs raisons étaient :

- « *je ne l'utilise plus depuis fin du recueil, je préfère faire l'interrogatoire par moi même. Je ne pose plus les questions sur les pratiques sexuelles systématiquement* »
- « *trop long, détails difficiles à aborder* »
- « *l'outil est intéressant pour la mise à jour des recommandations mais pas adaptés pour une pratique quotidienne* »
- « *Pas de conduite à tenir précise* »
- « *Chronophage, quand le motif n'est pas celui d'une IST je n'ai pas le temps de passer la moitié de la consultation à faire le questionnaire. De toute façon en fin de consultation je vais souvent proposer un dépistage des IST si celui-ci n'a pas été fait depuis un certain temps, si changement récent de partenaire etc, sans forcément poser toutes les questions présentes sur ce questionnaire. Expliquer au patient l'intérêt du dépistage, les différentes IST, leur transmissibilité et comment s'en protéger prends déjà suffisamment de temps en plus sur la consultation.* »
- « *trop long, et maintenant je suis déjà plus sensibilisé au dépistage* »
- « *trop long* »

Annexe 10 : Remarques / suggestions générales du questionnaire final

-Les remarques / suggestions sur l'outil de dépistage en fin de questionnaire initial étaient :

- « *Prévoir une consultation dédiée en cas de réponse positive à certaines questions (par exemple : atcd d'agression sexuelle)* »
- « *un questionnaire plus court, en mode d'intervention brève* »
- « *Création d'un outil simplifié? Autoquestionnaires à remplir dans la salle d'attente pour les patients intéressés?* »
- « *L'outil de dépistage reste un peu long pour être utilisé en systématique car alimente beaucoup de questions quine peuvent se surajouter a une consultation pour un autre motif. Il faudrait une consultation dédiée .* »
- « *Je pense que cet outil est surtout utile justement si le médecin n'ose pas aborder ces questions là, ça permet de montrer au patient qu'il s'agit de questions prédéterminées, uniformisées, afin qu'il ne se sente pas "visé". Cependant je pense qu'il est de toute façon très souvent utile de faire un dépistage, sans même forcément connaître tous les détails de la vie sexuelle des gens, donc sans forcément poser toutes ces questions. Il est d'ailleurs probablement plus difficile pour les gens de répondre en détail si cest le médecin de famille (qui les suit depuis très longtemps, et qui suit toute la famille etc) qui les pose. Plus facile si le médecin est inconnu. L'avantage de cet outil est quand meme qu'il rappelle au medecin l'importance de faire des depistages IST.* »
- « *il faudrait raccourcir le questionnaire* »
- « *Excellent outil pour le dépistage des IST mais mal adapté pour aborder les questions sur la vie sexuelle et les violences sexuelles. L'étude aurait pu également être étendu aux plus de 50 ans* »

- « Réduire un peu les questions ? bon outil mais chronophage, en cabinet de médecine générale pas toujours le temps de poser toutes les questions, dommage »
- « raccourcir le nombre de question »
- « simplifier le questionnaire. »
- « plaider pour cotation à 46euros pour toutes les cslt avec utilisation de l outil »
- « pas toujours facile à proposer »
- « essayer de diminuer les items afin que ce soit moins chronophage »
- « l'intégrer au logiciel métier pour que certains champs soient déjà rempli, afin de gagner du temps »

Annexe 11 : Affiche patient

Chlamydia

SIDA

Papillomavirus

Gonorrhée

Syphilis

Elles, ce sont les
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Elles se développent souvent silencieusement
et ont des conséquences néfastes sur votre santé :

STERILITE - CANCERS - COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Vous prenez parfois des **risques** ? Vous souhaitez simplement faire le point sur votre **sexualité** ? Vous êtes curieux des **IST** ?

Un seul moyen d'y répondre : ce questionnaire à remplir sur votre Smartphone en scannant ce QR Code ou en visitant le site :

<https://generalistes974.depistage-ist.fr/>

Le questionnaire est ANONYME et GRATUIT.
En 5 minutes vous saurez si un dépistage s'impose.
Montrez la dernière page à votre médecin pour faire le point !

Questionnaire réalisé dans le cadre d'une étude médicale sur les IST à La Réunion
En vous remerciant par avance de faire avancer la Médecine à La Réunion !

Le serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité d'un outil informatique de dépistage des infections sexuellement transmissibles par les médecins généralistes en soins premiers à La Réunion

Résumé

Contexte : Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont un problème majeur de santé publique. En médecine générale, le dépistage reste insuffisant, notamment lié à la charge de travail et à la difficulté d'abord de la sexualité. Afin d'améliorer le dépistage par les médecins généralistes (MG), un outil informatique d'aide au dépistage a été créé.

Objectifs : Évaluer la faisabilité de l'outil et l'acceptabilité à le réutiliser à l'avenir par les MG en soins premiers. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution des connaissances des MG sur le dépistage des IST, d'évaluer leur satisfaction et d'identifier les freins rencontrés à l'utilisation de l'outil.

Méthode : Enquête d'opinion, descriptive transversale auprès de MG à La Réunion, durant la période de décembre 2020 à juillet 2021. L'outil évalué, accessible en ligne, permet selon un algorithme décisionnel de proposer si nécessaire un dépistage adapté selon les recommandations en vigueur. L'étude a été réalisée à partir de deux auto-questionnaires en ligne envoyés par mail aux MG inclus, avant et après utilisation de l'outil.

Résultats : Au total, 28 MG ont été inclus. Soixante-quinze pourcent ont considéré l'utilisation de l'outil faisable et 42,85 % acceptaient de réutiliser l'outil à l'avenir. La satisfaction à l'utilisation de l'outil était de 78,6 %. Suite à l'utilisation de l'outil, 60,7 % des MG ont amélioré leur note au test de connaissance. Des freins à l'utilisation de l'outil ont été déclarés par 57,14 % des MG, principalement le caractère chronophage et la difficulté à aborder la sexualité.

Conclusion : L'outil évalué semble susciter l'intérêt des MG, avec une volonté de le réutiliser à l'avenir dans leur pratique quotidienne. Il a permis une amélioration des connaissances des MG sur les IST.

Mots clés : Médecine générale, infection sexuellement transmissible, dépistage.

Evaluation of the feasibility and acceptability of a computerized screening tool for sexually transmitted infections by general practitioners in primary care in La Réunion

Abstract

Background: Sexually transmitted infections (STIs) are a major public health problem. In general practice, screening remains insufficient, notably due to the workload and the difficulty of addressing sexuality. In order to improve screening by general practitioners (GPs), a computerized screening tool has been created.

Objectives: To assess the feasibility of the tool and the acceptability of its future use by primary care physicians. Secondary objectives were to evaluate the evolution of GPs' knowledge of STI screening, to assess their satisfaction and to identify the obstacles encountered in using the tool.

Method: Cross-sectional descriptive opinion survey of GPs in Reunion Island, during the period from December 2020 to July 2021. The evaluated tool, accessible online, allows, according to a decision algorithm, to propose if necessary an adapted screening according to the current recommendations. The study was based on two online self-questionnaires sent by e-mail to the GPs included, before and after use of the tool.

Results: A total of 28 GPs were included. Seventy-five percent considered the use of the tool feasible and 42.85% were willing to use the tool again in the future. Satisfaction with the use of the tool was 78.6%. After using the tool, 60.7% of GPs improved their score on the knowledge test. Obstacles to the use of the tool were reported by 57.14% of the GPs, mainly the time-consuming nature of the tool and the difficulty of discussing sexuality.

Conclusion: The tool evaluated seems to have aroused the interest of the GPs, with a desire to use it again in their daily practice in the future. It has improved GPs' knowledge of STIs.

Keywords : general practice, Sexually Transmitted Diseases, diagnosis.