



**HAL**  
open science

# Evaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale

Sophie Tortuyaux-Juliac

► **To cite this version:**

Sophie Tortuyaux-Juliac. Evaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733009

**HAL Id: hal-01733009**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733009>**

Submitted on 14 Mar 2018

**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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



# THESE

pour obtenir le grade de

## DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Le 17 octobre 2011

par

**Sophie TORTUYAUX-JULIAC**

Née le 05 janvier 1983 à Laxou (Meurthe et Moselle)

Evaluation des connaissances sur les IST,  
des adolescents du Grand Nancy.  
Propositions d'actualisation des messages de prévention  
primaire, délivrés en Médecine Générale.

Examineurs de la thèse :

**Mr le Professeur Th.MAY**

**Mr le Professeur Ph.JUDLIN**

**Mr le Professeur Ch.RABAUD**

**Mme le Docteur L.BOYER**

**Président**

**Juges**

# UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----

**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ**

**Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN**

**Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT**

### Assesseurs :

- Pédagogie :	<b>Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ</b>
- 1 <sup>er</sup> Cycle :	<b>Professeur Bernard FOLIGUET</b>
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	<b>M. Christophe NEMOS</b>
- 2 <sup>ème</sup> Cycle :	<b>Professeur Marc DEBOUVERIE</b>
- 3 <sup>ème</sup> Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	<b>Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI</b>
« DES Spécialité Médecine Générale	<b>Professeur Francis RAPHAËL</b>
- Filières professionnalisées :	<b>M. Walter BLONDEL</b>
- Formation Continue :	<b>Professeur Hervé VESPIGNANI</b>
- Commission de Prospective :	<b>Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT</b>
- Recherche :	<b>Professeur Didier MAINARD</b>
- Développement Professionnel Continu :	<b>Professeur Jean-Dominique DE KORWIN</b>

### DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

### PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René- Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY  
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ  
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT  
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE  
PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD  
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**  
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**  
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**  
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-  
BIROULET  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**  
Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**  
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**  
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY  
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**  
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER  
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-  
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**  
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER  
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**  
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**  
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**  
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**  
Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**  
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**  
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

# 1 PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

## 2 MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

-----

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

-----

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

-----

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

-----

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**  
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**  
**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**  
Docteur Anne-Christine RAT  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**  
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-  
OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**  
**3<sup>ème</sup> sous-section :**  
Docteur Olivier MOREL  
**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**  
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

### **3 MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**  
Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**  
Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**  
Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**  
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

-----

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE  
ISLA - Madame Nathalie MERCIER

-----

**66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE**  
Monsieur Nguyen TRAN

-----

67<sup>ème</sup> Section : **BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**  
Madame Nadine MUSSE

=====

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

**4 MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

=====

**5 PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

=====

**6 DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

*Université Catholique, Louvain (Belgique)*

Professeur Charles A. BERRY (1982)

*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Harry J. BUNCKE (1989)

*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)

*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur James STEICHEN (1997)

*Université d'Indianapolis (U.S.A)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des*

*Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

# **REMERCIEMENTS**

A notre Maître et Président de thèse

**Monsieur le Professeur Thierry MAY**  
Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Vous nous avez accueillie dans votre service en tant qu'externe, puis interne et vous nous avez permis de recevoir un enseignement de qualité.

Vous avez amélioré nos connaissances en termes d'antibiothérapie, par le Diplôme Universitaire que vous coordonnez.

Vous nous faites l'honneur d'être le président de notre thèse, puisse-t-elle être le gage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Pour cela nous vous remercions.

A notre Maître et Juge

**Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN**  
Professeur de Gynécologie médicale et Obstétrique

Nous avons eu la chance de profiter de vos enseignements, lors de notre cursus universitaire.

Vous avez accepté de faire partie de notre jury de thèse et vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissante, de pouvoir bénéficier de votre avis spécialisé, concernant notre sujet.

Pour cela nous vous remercions.

A notre Maître et Juge

**Monsieur le Professeur Christian RABAUD**  
Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Vous avez su nous transmettre vos connaissances au cours de notre cursus universitaire.

Nous avons bénéficié de votre compétence et de votre clarté d'enseignement, au sein du service de Maladies Infectieuses et Tropicales.

Vous avez éveillé en nous, l'intérêt que nous portons à l'Infectiologie.

Vous nous avez orientée dans le choix des outils statistiques de notre travail.

Pour cela nous vous remercions.

A notre Juge

**Madame le Docteur Laurence BOYER**

Docteur en Médecine

Vous avez accepté de nous soutenir dans l'élaboration et dans la réalisation de notre travail.

Nous avons été touchée de votre accueil au sein de vos différentes interventions et avons apprécié votre disponibilité et votre gentillesse.

Vous nous avez accordé beaucoup de votre temps et vous nous avez fait partager votre implication dans la prévention des différentes Infections Sexuellement Transmissibles.

Puisse notre thèse vous apporter satisfaction et vous donner la force de poursuivre ce combat.

Pour cela nous vous remercions.

**A Madame le Docteur Nathalie THILLY,**

Docteur en Epidémiologie et Evaluation Cliniques.

Pour nous avoir fait partager vos connaissances dans l'élaboration de notre questionnaire et dans l'interprétation de ses résultats.

Pour avoir réalisé l'analyse statistique de notre travail et pour votre disponibilité.

**A Madame Jocelyne PONTUS,**

Sage-femme du Centre de Planification et d'Education Familiale de Nancy.

Pour avoir participé à la diffusion de notre questionnaire lors de vos interventions au lycée Chopin.

Pour votre gentillesse et votre joie de vivre.

**Aux différentes infirmières scolaires et aux différents professeurs de Sciences de la Vie et de la Terre des trois lycées ayant participé à notre étude,**

Pour avoir diffusé notre questionnaire à l'ensemble des élèves de seconde de vos établissements.

Pour nous avoir aidée à réaliser les interventions de prévention des IST dans vos établissements.

Pour le soutien, que vous apportez aux élèves en termes d'éducation à la santé et à la sexualité.

**Aux élèves de PCEM2 de la faculté de Médecine de Nancy ayant suivi l'enseignement optionnel Prévention des IST,**

Pour avoir participé à l'intervention organisée au lycée La Malgrange.

Pour la réalisation avec brio, des différentes affiches publicitaires présentées en Annexes.

**A l'ensemble des élèves ayant répondu à notre questionnaire,**

Pour leur participation à notre étude, nécessaire à la réalisation de notre travail et à nos conclusions.

**A mes sœurs,**

**Nadège,**

Pour ta rigueur et ton sens de l'observation dans la relecture de ma thèse.

Pour ta présence et ton écoute.

**Anne,**

Pour tous ces moments partagés.

**A Line et Nathan,**

Pour la joie qu'ils nous apportent.

Pour leurs sourires.

**A mes amis** et plus particulièrement,

**A Aude,** pour son amitié sans faille, pour sa force de caractère, pour son soutien dans ce travail.

**A Stéphanie,** pour sa joie de vivre, pour ses inquiétudes non fondées !

**A Cécile,** « ma belle Cécile », pour sa rigueur de travail, sa persévérance, son écoute.

**A Amandine,** pour être mon rayon de soleil.

**A Emilie,** pour avoir été ma première confidente.

**A Nini,** pour être la personne la plus merveilleuse que j'ai pu rencontrer.

**A l'équipe du service des Urgences de l'hôpital de Neufchâteau** et plus particulièrement

**A Christelle,** pour sa rigueur de travail et sa disponibilité.

**A mon Mari, Romuald,**

Pour avoir été présent tout au long de ces années d'études.

Pour m'apporter cet oxygène nécessaire à supporter la longueur et la difficulté de celles-ci.

Pour m'avoir soutenu dans des épreuves difficiles de la vie.

Pour être celui que tu es.

**A mes parents,**

**A Maman,** la plus formidable des Mamans.

Pour son soutien sans égal.

Pour sa disponibilité sans faille.

Pour le savoir-faire et le savoir-être qu'elle m'a transmis.

Pour tout l'amour qu'elle me donne chaque jour.

**A Papa,** qui nous a quittés trop tôt.

Pour tous les sacrifices que tu as faits pour notre famille.

Pour la force et le courage dont tu as fait preuve tout au long de ta vie et ce, même face à la maladie.

Pour l'amour de ton île, que tu m'as transmis.

Pour tout ce que je ne t'ai pas dit...

Que cette thèse, soit le gage de la réussite de votre éducation.

**Je vous dédie ce travail.**

# SERMENT

*« Au moment d'être admise 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »*

# **TABLE DES MATIERES**

## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	22
I. Actualités épidémiologiques et thérapeutiques des principales Infections Sexuellement transmissibles.....	24
A. Généralités.....	25
B. VIH/SIDA.....	26
1. Epidémiologie.....	26
2. Les tests diagnostics sérologiques.....	27
3. Instauration du traitement AntiRétroViral (ARV).....	28
4. Schémas thérapeutiques.....	29
C. Chlamydia trachomatis.....	29
1. Epidémiologie.....	29
2. Indications de dépistage.....	30
3. Traitement.....	30
D. Syphilis.....	31
1. Epidémiologie.....	31
2. Traitement.....	31
E. Virus de l'Hépatite B (VHB).....	31
1. Epidémiologie.....	31
2. Traitement.....	32
3. Virus des Hépatites A et C (VHA et VHC).....	33
F. Gonocoque.....	33
1. Epidémiologie.....	33
2. Traitement.....	34
G. PapillomaVirus Humains (HPV).....	34
1. Epidémiologie.....	34
2. Traitement.....	34
H. Herpès génital.....	35
1. Epidémiologie.....	35
2. Traitement.....	35
II. Campagnes d'information, de prévention et dispositifs de lutte contre les IST.....	36
A. Campagnes d'information du grand public.....	37
B. Moyens de prévention.....	38
1. Définition de l'OMS.....	38
a. La prévention primaire.....	38
b. La prévention secondaire.....	39
2. L'utilisation du préservatif.....	39
3. Les Traitements Post-Exposition Virale (TPEV).....	40
a. Evaluation du risque de transmission.....	40

b. Statuts sérologiques à connaître.....	40
c. Le Traitement Post-Exposition (TPE) contre le VIH.....	41
d. Le TPE contre l'hépatite B.....	41
4. Les vaccinations disponibles.....	41
a. Contre l'hépatite B.....	41
b. Contre l'HPV.....	42
5. Les autres moyens de prévention.....	43
C. Structure et acteurs du dépistage et de la prévention des IST.....	44
1. Evolutions de la stratégie de dépistage.....	44
a. Evolution des techniques de dépistage.....	44
b. Proposition de dépistage en population générale.....	45
c. Proposition de dépistage ciblé.....	45
2. Modalités et lieux de dépistage.....	46
a. CDAG.....	46
b. CIDDIST.....	47
c. Conditions de la levée d'anonymat CDAG/CIDDIST.....	48
d. CPEF.....	48
e. Les laboratoires d'analyses médicales.....	49
f. Prise en charge rapide de la personne dépistée.....	49
D. Moyens de surveillance des IST.....	50
1. InVS.....	50
2. CIRE.....	51
3. RésIST.....	51
4. Réseaux de laboratoires.....	51
a. Rénago.....	51
b. Rénachla.....	52
III. Déclinaison du plan de lutte VIH/SIDA et des autres IST 2010-2014.....	53
A. Principes.....	54
B. Objectifs du plan.....	54
C. Axes stratégiques de travail.....	54
1. Axe 1 : Prévention, information, éducation pour la santé.....	55
2. Axe 2 : Dépistage.....	56
3. Axe 3 : Prise en charge médicale.....	58
4. Axe 4 : Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations.....	59
5. Axe 5 : Observations et recherches.....	59
D. La COrdination Régionale de lutte contre l'infection du VIH.....	59
IV. Etude personnelle.....	60
Argumentaire.....	61
A. Moyens d'information de cette « jeune » population .....	64

1. Rôle de l'Education Nationale.....	64
a. Programmes scolaires abordant la sexualité et l'information sur le VIH et les IST.....	64
b. Education à la sexualité et à la prévention du VIH, dans les établissements scolaires.....	66
c. Missions des médecins de l'Education Nationale en rapport avec la prévention des IST .....	67
d. Missions des infirmières de l'Education Nationale en rapport avec la prévention des IST.....	68
e. Le « Pass' Santé Contraception ».....	69
2. Rôle du médecin de soins primaires.....	69
B. Objectifs de notre étude.....	70
C. Matériel et méthode de notre étude.....	71
1. Population et modalités de diffusion des questionnaires.....	71
2. Le questionnaire.....	73
3. Méthodes d'analyse statistique.....	73
D. Résultats de notre étude.....	74
1. Les données socio-démographiques.....	74
a. En pré-test.....	74
b. En post-test.....	75
2. Analyses descriptives des connaissances en pré et post-test.....	75
3. Analyses comparatives des connaissances. Evaluation de l'impact de notre intervention.....	81
4. Analyses comparatives des connaissances en fonction d'une donnée préalable.....	82
Discussion.....	85
Propositions d'un message de prévention des IST à délivrer par les professionnels de santé de soins primaires.....	95
Conclusion.....	97
Annexes.....	100
Affiches publicitaires.....	101
Chiffres de fréquentation des CDAG de Nancy.....	109
Questionnaire IST.....	110
Questionnaire IST corrigé.....	112
Analyses statistiques.....	114
Bibliographie.....	144
Abréviations.....	149

# **INTRODUCTION**

La prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et plus particulièrement de l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est un enjeu prioritaire de santé publique.

En effet, la découverte du VIH a bientôt 30 ans et son infection n'est toujours pas maîtrisée. En France, environ 50 000 personnes seraient séropositives pour le VIH, sans le savoir et de ce fait continuent à propager l'infection. [1]

Malgré l'amélioration des connaissances, des méthodes de dépistage et la possibilité de traitement, les différentes IST sont en recrudescence depuis plus de 10 ans et leur incidence ne diminue pas.

Devant ces différents constats, nous ferons le point sur les actualités épidémiologiques et thérapeutiques de ces différentes infections.

Le dépistage du VIH est soumis depuis peu, à de nouvelles recommandations, en ce qui concerne sa méthode et la population à laquelle il s'adresse.

Après avoir fait l'étude des différents moyens existants pour lutter et prévenir des différentes IST, nous déclinerons le dernier moyen de lutte mis en œuvre à l'échelle nationale : le Plan National de lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST 2010-2014. Ce plan nous donne les objectifs médicaux à atteindre au cours de ces 5 années et nous proposent des pistes de travail [2].

La prévention primaire représente la base du combat face aux IST, afin de limiter toute nouvelle contamination.

Nous nous sommes alors intéressée à la population des adolescents, dont l'information est essentielle avant toute prise de risque éventuelle.

En effet, cette prévention, n'a de sens que si les personnes sont informées avant le début de leur activité sexuelle et donc en moyenne avant 17 ans [2].

Par l'intermédiaire d'un questionnaire, nous tenterons de savoir qui est à l'origine de leur information concernant les IST.

Nous évaluerons ensuite leurs connaissances relatives aux IST, avant et après une information ciblée.

Enfin nous interrogerons les adolescents, sur le rôle qu'ils accordent à leur médecin traitant et à leurs parents, face à ce sujet délicat.

Le but de notre thèse est à la fois, d'actualiser le message de prévention qui devrait être délivré en médecine générale, mais aussi d'insister sur la place privilégiée du médecin généraliste dans la lutte contre les IST.

**I. Actualités épidémiologiques  
et thérapeutiques  
des principales Infections  
Sexuellement Transmissibles (IST)**

## A. Généralités :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation du terme Infections Sexuellement Transmissibles (IST) plutôt que Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) pour prendre en compte le caractère fréquemment asymptomatique de ces pathologies. [3]

250 millions de cas surviennent chaque année dans le monde, avec des conséquences qui peuvent engager le pronostic fonctionnel ou vital. [3]

Leur épidémiologie précise est difficile à connaître du fait de ce caractère parfois asymptomatique.

Les IST sont de bons marqueurs épidémiologiques de l'extension de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Elles facilitent la transmission et l'acquisition du VIH par les érosions muqueuses et l'inflammation génitale qu'elles provoquent (2 à 8 fois plus de risque de transmission du VIH en cas de lésions génitales). [4] [5]

Depuis 1997, on assiste à une recrudescence du nombre de cas d'IST comme la syphilis, la gonococcie et, depuis 2003, la LymphoGranulomatose Vénérienne rectale (LGV) notamment dans la population homosexuelle. [4] [5]

Cette recrudescence, qui fait suite à l'avènement de la trithérapie contre le VIH, est à mettre sur le compte d'une reprise des comportements sexuels à risque : [4] [5]

- Augmentation du nombre de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et anonymes.
- Utilisation moins fréquente des préservatifs notamment lors des rapports anaux.

On observe une diminution de la « peur du SIDA » (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), qui n'est plus une maladie mortelle dans la plupart des pays. Cette banalisation des IST et notamment celle du VIH est aussi à mettre sur le compte : [4] [5]

- d'une mauvaise information surtout chez les plus jeunes
- du sexe sur internet
- d'une volonté délibérée de s'exposer au VIH (phénomène du barebacking)
- de la prise de drogues, d'alcool, engendrant une désinhibition favorisant la prise de risque

- du rôle faussement rassurant des trithérapies antirétrovirales.

Les principaux facteurs de risque identifiés des IST sont [3] : le sexe féminin, la précocité du premier rapport sexuel, les deux premières décennies de la vie sexuelle, la multiplicité des partenaires sexuels, un antécédent d'IST, l'infection par le VIH, un niveau socioéconomique faible, un faible niveau d'accès aux soins de santé primaires.

## B. VIH/SIDA :

### 1. Epidémiologie :

L'incidence actuelle est d'environ 7000 à 8000 nouvelles infections par le VIH par an, sur la période de 2004/2007, soit un taux d'incidence annuel global de 17 à 19 cas pour 100 000 personnes par an. [1] [6]

En 2008, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité est estimé à 6940 dont la moitié en Ile de France. [5] [6]

Sur la période 2003-2008 on note une baisse de l'incidence globale de 22% (8930 contaminations en 2003), notamment par rapport hétérosexuel. En revanche, elle ne diminue pas chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) et les Usagers de Drogues IntraVeineuses (UDIV). [2]

En France, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à environ 144 000 à la fin 2009, dont 31 000 personnes au stade SIDA. [5]

Environ 40 à 50% des nouvelles contaminations se produisent chez les HSH, représentant une incidence de 1 000 cas pour 100 000 personnes, soit environ 200 fois plus élevée que celle de la population hétérosexuelle. [2]

Les taux d'incidence estimés par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) en 2008 sont de [1] :

- 10 pour 1 000 par an chez les HSH
- 0.9 pour 1 000 par an chez les UDIV
- 0.5 pour 1 000 par an chez les femmes étrangères
- 0.4 pour 1 000 par an chez les hommes étrangers
- 0.04 pour 1 000 par an chez les femmes hétérosexuelles françaises
- 0.06 pour 1 000 par an chez les hommes hétérosexuels français.

En 2008, 51% des personnes séropositives sont hétérosexuelles (51% d'hommes, 49% de femmes), 48% homosexuelles et 1% sont UDIV. [2]

Par extrapolation des données du régime général, à l'ensemble de la population française au 31 décembre 2008, 102 000 personnes bénéficient de l'Affection de Longue Durée (ALD) pour le VIH. En 1997, l'estimation de la prévalence était de 105 800 personnes. En se fondant sur l'hypothèse d'une incidence constante entre 1998 et 2008 (7 500 nouvelles contaminations par an) et d'un nombre de décès stable (1700 par an), la prévalence de l'infection est estimée à environ 152 000 cas, fin 2008.

Par différence entre ces deux estimations, 50 000 personnes séropositives par le VIH ne connaîtraient pas leur statut ou ne seraient pas suivies. [1]

En 2008, d'après les déclarations obligatoires de séropositivité, 29% des personnes avaient un taux de lymphocytes bas (Cluster de Différenciation 4 (CD4) < 200/mm<sup>3</sup>) et 50% avaient un taux de CD4 < 350/mm<sup>3</sup>. [4]

L'âge moyen au diagnostic, tout groupe confondu, est de 38 ans. Il augmente depuis 2003 chez les femmes et reste stable chez les hommes. [1]

On note une baisse de la mortalité globale liée au VIH : 873 décès en 2001 pour 358 en 2008. Cependant, on observe parallèlement une augmentation des co-morbidités multifactorielles, liée à l'augmentation de l'espérance de vie des patients infectés par le VIH, qui développent surtout des atteintes cardiovasculaires et néoplasiques. [2]

## 2. Les tests diagnostiques sérologiques [7] :

- La méthode immuno-enzymatique ou test ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay) [1] :

Elle est utilisée en première intention. Elle permet de mettre en évidence des anticorps anti-VIH.

Récemment en France [7], des tests dits de 4<sup>ème</sup> génération sont utilisés, permettant de détecter de façon combinée la protéine p24 du VIH-1 et des anticorps anti VIH-1 et VIH-2 (seuil minimal de détection de l'antigène p24 de 2UI/ml).

Sur le sérum prélevé, un seul réactif de type ELISA est utilisé et tout résultat positif doit être confirmé par la méthode de référence : le Western Blot.

- Le Western Blot [3]:

Il est considéré comme positif, selon les critères de positivité de l'OMS, lorsqu'il existe un anticorps dirigé contre au moins une protéine interne du virus

(anti-p24) et un anticorps dirigé contre une protéine d'enveloppe (anti-gp41, anti-gp120 ou anti-gp160).

### 3. Instauration du traitement AntiRétroviral (ARV) : [1]

- Chez les patients symptomatiques, quelque soit leur statut immunovirologique : bénéfique en terme de survie et de réduction de la progression de la maladie.

- Chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de CD4 compris entre 200 et 350/mm<sup>3</sup> : diminution du risque de SIDA/décès et d'évènements « non SIDA » (cancers, accidents cardio-vasculaires, néphropathie, atteinte hépatique).

- Chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de CD4 compris entre 350 et 500/mm<sup>3</sup> : meilleure réponse immunovirologique et réduction de la morbidité (la probabilité de retrouver un taux de CD4 > 500/mm<sup>3</sup> est plus importante si le traitement ARV est entrepris au-dessus plutôt qu'au-dessous de 350 CD4/mm<sup>3</sup>).

- Chez les patients asymptomatiques ayant un taux de CD4 > 500/mm<sup>3</sup>, il n'est pas recommandé, à l'heure actuelle, d'instaurer systématiquement un traitement ARV. Un essai thérapeutique international est en cours pour y répondre (essai START).

- En cas de primo-infection, l'initiation rapide d'un traitement est recommandée : chez les patients présentant plus de trois symptômes ou des symptômes sévères (neurologiques), en cas d'infection opportuniste et chez les patients ayant un taux de CD4 < 500/mm<sup>3</sup>.

D'autres éléments sont également à prendre en compte :

- Un taux de CD4 inférieur à 15% des lymphocytes totaux est considéré comme une situation à risque d'infection opportuniste.

- Une charge virale plasmatique supérieure à 100 000 copies/ml, représente un facteur pronostique péjoratif, quelque soit le taux de CD4.

- La réponse immunovirologique est moins bonne après 60 ans et la réponse clinique est moins bonne après 50 ans.

- Une co-infection par le Virus de l'Hépatite B ou C (VHB ou VHC) : le choix de l'ordre d'introduction des différents traitements antiviraux doit être discuté. En effet, la réplication virale VIH accentue les lésions hépatiques de l'infection VHC et lors d'une co-infection VHB le traitement ARV VIH doit comporter deux agents actifs sur le VHB.

- Chez les femmes ayant un désir de grossesse, le choix des thérapeutiques est à prendre en compte pour limiter les risques d'embryo-foeto-toxicité.

Il est également préconisé de réaliser un test génotypique de résistance, lors du diagnostic et de fonder le choix du traitement ARV initial selon l'ensemble de ces données.

#### 4. Schémas thérapeutiques [1] :

En 2010, de nombreux ARV sont disponibles faisant partie de 6 classes médicamenteuses :

- Inhibiteurs Nucléosidiques/-tidiques de la Transcriptase Inverse (INTI)
- Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI)
- Inhibiteurs de la Protéase (IP)
- Inhibiteurs de la Fusion (IF)
- Inhibiteurs des corécepteurs CCR5
- Inhibiteurs de l'Intégrase (INI)

A l'heure actuelle, une trithérapie de première ligne reste une association de 2 INTI avec un 3<sup>e</sup> agent qui doit être préférentiellement un IP ou un INNTI.

#### C. *Chlamydia trachomatis* (CT) :

##### 1. Epidémiologie :

Largement répandue, 10 à 20% de la population mondiale, *Chlamydia trachomatis* représente l'IST bactérienne la plus fréquente en France et en Europe [3] et l'IST la plus fréquente chez la femme. [2]

Cette infection concerne principalement la population sexuellement active, de 18 à 24 ans [2]. La prévalence dans cette tranche d'âge est de 3.6% chez les femmes et 2.4% chez les hommes, alors qu'elle est de l'ordre de 0.5% après 35 ans pour les deux sexes [8].

Les personnes atteintes sont asymptomatiques dans 60 à 70 % des cas [9] et transmettent l'infection lors de rapports sexuels non protégés. [2]

Le nombre de tests réalisés et le nombre de diagnostics d'infection à CT ont progressé en 2009 : augmentation de 19% chez l'homme et de 25 % chez la femme entre 2008 et 2009. Cette évolution est en partie le reflet du dépistage de personnes asymptomatiques, comme préconisé. [9]

La prévalence de l'infection à CT augmente avec le nombre de partenaires, l'existence d'un nouveau partenaire dans l'année et lorsque celui-ci est occasionnel ou depuis moins de 3 mois [8].

La LymphoGranulomatose Vénérienne (LGV) ou Maladie de Nicolas Favre correspond aux sérotypes L1 à L3 de CT. C'est une IST répandue dans les régions tropicales, touchant essentiellement les HSH, les personnes prostituées ou les voyageurs de retour de zone d'endémie. [3]

Cette maladie a émergé en Europe en 2003, où elle touche principalement les homosexuels dans sa forme rectale.

En France, après une hausse régulière du nombre de LGV rectale : 21 en 2003, 171 en 2007 [5], 191 en 2008, le nombre de LGV déclarées dans le système de surveillance a baissé en 2009, avec 160 cas [9].

90% des LGV sont déclarés à Paris, la plupart sont des HSH et pour plus de 80% d'entre eux, co-infectés par le VIH [9].

La médiane d'âge des personnes atteintes est de 37 ans [5].

## 2. Indications de dépistage [2]:

La Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé en 2002 [5], et l'a renouvelé en 2010 [10], de proposer systématiquement un dépistage urogénital de *Chlamydia trachomatis* à tous les consultants âgés de moins de 25 ans: des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), des Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST (CIDDIST), des Centre de Planification et d'Education Familial (CPEF), des centres d'Interruption Volontaire de Grossesses (IVG) ; et à toutes les personnes présentant des facteurs de risque d'IST, quelque soit l'âge.

Début 2011, en France, il n'y a pas de recommandation officielle de dépistage systématique en population générale, étant donné qu'il n'y a pas d'avantage démontré tant que la prévalence n'est pas supérieure à 5% (prévalence de 2.9% en population générale). [10]

## 3. Traitement [3] [11]:

Les cyclines constituent l'antibiothérapie de référence (Doxycycline per os 100mg, 2 fois par jour).

La durée du traitement est de 7 jours en général, mais sera prolongé à 21 jours pour les infections tissulaires (LGV, prostatites).

L'azithromycine peut être utilisée en dose unique de 1g, dans le traitement des urétrites et des cervicites chez la femme, à laquelle il faut associer un traitement anti-gonococcique (Ceftriaxone 500mg par voie Intra Musculaire (IM) en dose unique).

Chez la femme enceinte, la solution alternative de choix est un traitement par Amoxicilline pendant 7 jours.

Dans les salpingites ou endométrites, le caractère poly-microbien justifie l'emploi d'une association d'antibiotiques : Ofloxacin 200mg, 2 fois par jour associé à Métronidazole 500mg, 3 fois par jour ou en alternative Amoxicilline/Acide Clavulanique 1g, 3 fois par jour ou Clindamycine 300mg, 4 fois par jour.

#### D. Syphilis :

##### 1. Epidémiologie :

La syphilis est en recrudescence en Europe et en France depuis le début des années 2000.

Entre 2000 et 2009, 4022 cas de syphilis précoce ont été déclarés dans le cadre de la surveillance nationale en France, avec malgré tout, une baisse du nombre de cas de 12% entre 2007 et 2009 [12].

Il s'agit essentiellement d'une épidémie chez les homo/bisexuels masculins (83%) [12], se contaminant lors de relations orogénitales non protégées [2]. Le risque de contamination, à la suite d'un rapport sexuel unique avec une personne infectée, s'élève à 30%. [4]

##### 2. Traitement [3] :

La pénicilline G est l'antibiothérapie de référence avec une préférence pour les « pénicillines retard ».

En cas de syphilis précoce : injection unique de 2.4 millions d'Unités Internationales (UI) d'Extencilline IM.

Les patients atteints de syphilis tardive sont traités par 3 doses de 2.4 millions d'UI d'Extencilline à une semaine d'intervalle

En cas de neuro-syphilis, les patients sont traités par Pénicilline G par voie Intra Veineuse (IV) pendant au moins 14 jours. En cas d'allergie une désensibilisation doit être effectuée pour réaliser ce traitement.

#### E. Virus de l'Hépatite B :

##### 1. Epidémiologie :

Le VHB est ubiquitaire mais la prévalence de l'hépatite B est répartie schématiquement en 3 zones [3] :

- Basse endémie : Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie.
- Moyenne endémie : Bassin méditerranéen, Moyen-Orient, Amérique du Sud et Centrale, Europe de l'Est.
- Forte endémie : Chine, Asie du Sud-est, Afrique subsaharienne.

Au total, à l'échelle mondiale, le VHB représente : 2 milliards de personnes infectées, 350 millions de porteurs chroniques, 1.1 millions de décès par an et 5 à 10% des causes de transplantation hépatique [3].

En France métropolitaine, la prévalence de l'Antigène (Ag) HBs, dans la population des 18/80 ans, a été estimée à 0.65% soit 280 821 personnes. Seulement 44.8% de celles-ci ont connaissance de leur statut sérologique [5].

Entre 2005 et 2009, 754 cas d'hépatite B aiguë symptomatique ont été notifiés par Déclaration Obligatoire. La transmission par voie sexuelle reste le mode le plus fréquent 36% des cas notifiés. 4.9% des cas avaient pour facteur de risque potentiel identifié dans les 6 derniers mois, la réalisation d'un tatouage ou d'un piercing.

57.5% des cas notifiés avaient une indication vaccinale et auraient donc pu être évités. [12]

On estime que le nombre de nouvelles infections est d'environ 2500 par an.

La prévalence est plus élevée chez les hommes (1.1%) que chez les femmes (0.21%), quel que soit l'âge.

Dans la population des adultes suivis pour une infection VIH en France en 2004, on estime à 7.0% la prévalence de l'Ag HBs [5].

## 2. Traitement [3] :

Dans les formes aiguës communes, aucune thérapeutique n'est indiquée. L'abstention de toute consommation d'alcool est de mise.

Une enquête familiale doit être menée à la recherche de sujets porteurs chroniques ; les personnes non immunes devant être vaccinées. L'immunoprophylaxie de l'entourage doit être débutée et poursuivie selon les résultats des sérologies.

Dans les formes aiguës fulminantes, il n'y a aucun traitement spécifique et efficace. La transplantation hépatique doit être proposée en urgence,

généralement en présence d'une confusion, d'un coma et d'un taux de facteur V inférieur à 30%.

Pour les formes chroniques, un traitement est indiqué s'il existe une activité histologique avec ADN VHB positif dans le sérum. Deux types de traitements sont actuellement utilisés : les immuno-modulateurs (tel que l'interféron pégylé) associés à un ou deux antiviraux pour limiter les risques d'émergence de résistance par mutation.

La présence d'une co-infection par le VIH orientera le choix thérapeutique vers des molécules actives simultanément sur les deux virus.

### 3. Virus des Hépatites A et C (VHA et VHC) :

Ce ne sont pas des IST à proprement dites, mais leur transmission peut se faire lors de rapports sexuels.

On peut observer, lors de rapports sexuels anaux non protégés, une transmission du VHA. Un vaccin est disponible et est recommandé notamment chez les HSH.

La transmission du VHC se fait principalement par le sang : transfusion, toxicomanie, mais aussi usage de matériel contaminé par du sang infecté et mal stérilisé (tatouage, piercing...), rapports sexuels traumatiques ou avec présence de sang (règles d'une femme infectée).

Il n'existe pas de traitement post-exposition. Un suivi biologique et médical rapproché est organisé afin de poser l'indication d'un traitement spécifique si nécessaire.

### F. Gonocoque :

#### 1. Epidémiologie :

Selon l'OMS, le nombre de cas de gonococcies dans le monde était estimé à 60 millions en 1995 [3]. L'incidence est variable selon les zones géographiques.

En France, mais également dans les autres pays développés, après une diminution de l'incidence entre 1985 et 1995 [4], une recrudescence des gonococcies a été constatée depuis 1998 avec une hausse annuelle régulière jusqu'à aujourd'hui [3] [5].

On observe une augmentation de 52% des cas entre 2008 et 2009, concernant les 2 sexes et dans l'ensemble des régions, avec toutefois une prédominance chez les hommes en Ile de France et chez les HSH. [2] [9]

Les homosexuels et bisexuels masculins sont un groupe à haut risque, notamment par la pratique de la fellation non protégée.

## 2. Traitement [3] [11]:

Le traitement minute est garant d'une meilleure observance : Ceftriaxone 500mg IM : efficace dans plus de 95% des cas ou Cefixime 400mg per os. Un traitement efficace sur CT doit y être associé de façon systématique.

Les fluoroquinolones se sont plus recommandés en première intention du fait d'une augmentation importante des souches résistantes à cet antibiotique.

Un prélèvement systématique est recommandé [12].

## G. PapillomaVirus Humains (HPV) :

### 1. Epidémiologie :

L'infection à papillomavirus est une des trois IST les plus fréquentes dans la population générale, avec l'herpès génital et les infections à *Chlamydia trachomatis*. On note une prévalence de l'infection à HPV, 2 fois supérieure à celle de l'herpès génital [3].

Elle s'acquiert, le plus souvent, au début de la vie sexuelle. Plus de 60% des primo-infections surviennent dans les 5 premières années de la vie sexuelle.

L'infection à HPV est très fréquente. Parmi les hommes et les femmes âgés de 50 ans, au moins 80% ont déjà été infectés [13].

10 à 15% de la population présenterait une infection latente asymptomatique qui constitue un « réservoir », source de contamination à l'occasion de réactivation de l'infection. Cette infection est le plus souvent transitoire et l'élimination du virus se fait généralement en 1 à 2 ans [3] [13].

On considère actuellement, qu'environ 10% des femmes dont le frottis est normal sont porteuses d'une infection HPV au niveau du col de l'utérus [13].

Les recommandations françaises actuelles de dépistage reposent exclusivement sur la cytologie du Frottis Cervico-Vaginal (FCV) [10].

### 2. Traitement [3] :

Le traitement est local dans toutes les formes de la maladie : cryothérapie pour les formes cutanées vulgaires ; cryothérapie et électrocoagulation pour les formes muqueuses.

## H. Herpès génital :

### 1. Epidémiologie [3]:

Celle d'une IST standard : la séroprévalence est nulle dans l'enfance, puis augmente à l'âge adulte en fonction du nombre de partenaires sexuels.

Elle est environ de l'ordre de 15 à 20% mais peut être beaucoup plus élevée pour certaines populations à risque où elle peut atteindre jusqu'à 90% (antécédent d'IST, prostitution, infection à VIH, homosexuels).

### 2. Traitement :

Valaciclovir per os : 500mg, 2 fois par jour pendant 10 jours en cas de primo-infection et 5 jours en cas de récurrence [14].

**II. Campagnes d'information,  
de prévention  
et dispositifs de lutte contre les IST**

## A. Campagnes d'information du grand public :

Le Virus responsable de l'Immunodéficience Humaine a été découvert en 1983, par l'équipe de l'Institut Pasteur de Paris, dirigée par Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi. Le prix Nobel de Médecine leur a été décerné en 2008 pour leurs travaux.

Il n'a été appelé ainsi qu'à partir de 1986, après avoir pris le nom de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) et HTLV-III (Human T Lymphotropic Virus). [5]

Les premiers tests de dépistage sont apparus en 1985. [1]

Suite aux différentes découvertes, aux difficultés de maîtrise de ce virus et en parallèle à la recrudescence des autres IST ; de multiples campagnes d'information sont diffusées à partir de 1985 et celles-ci sont sans cesse renouvelées.

Au fil des années, elles vont s'adapter aux différentes populations et à l'évolution des moyens de communications, afin de pouvoir informer un grand nombre de personnes.

Les publics concernés sont tour à tour les populations migrantes, les personnes homosexuelles, les femmes, les jeunes, la population générale... Les sujets abordés insistent sur la non-discrimination des patients infectés, de l'homosexualité ; l'utilisation du préservatif, le dépistage et sur le fait de l'absence de visibilité clinique de certaines IST.

Les moyens de diffusion sont multiples : affiches publicitaires [16] (cf. annexes), livrets d'informations gratuits, spot publicitaires.

La dernière affiche publicitaire est celle, insistant sur un dépistage systématique de la population. Elle rappelle que 50 000 personnes sont séropositives pour le VIH et ne connaissent pas leur statut sérologique (cf. Annexes).

Récemment, une campagne publicitaire utilisant les nouveaux moyens de communication du web a été diffusée, programmée du 27 juin au 23 juillet 2011. Elle est consultable à l'adresse : [www.infos-ist.fr](http://www.infos-ist.fr). Elle est composée d'une bande annonce sur les IST en général, puis « d'interviews » des différentes IST. En effet, Gonocoque, Chlamydia, Hépatite B et Syphilis sont interprétés par des acteurs « déguisés » en IST.

Cette campagne a pour but, de toucher la population sexuellement active de 15 à 30 ans, en voulant interpeller, informer, faire réfléchir et surtout inciter cette population au dépistage régulier des IST et à l'utilisation du préservatif [16].

Une date importante est fixée au 1<sup>er</sup> décembre de chaque année: « La journée mondiale du lutte contre le SIDA ». Elle permet de relancer la prévention, d'inciter la population générale au dépistage et à l'usage du préservatif.

« SIDAction ensemble contre le SIDA », association créée en 1994, reconnue d'intérêt public depuis 1998, a pour but de relier la recherche aux milieux associatifs. Ses missions principales sont soutenir la recherche, développer la prévention, aider les personnes séropositives les plus démunies et lutter pour la prise en charge des personnes séropositives dans les pays en voie de développement. [17]

B. Moyens de prévention :

1. Définition de l'OMS [18] [19] :

La prévention a pour but d'éviter les maladies, mais aussi de limiter leurs conséquences, une fois la maladie installée.

Elle s'appuie et évolue selon l'épidémiologie des pathologies, les méthodes diagnostiques, l'évolution des moyens de traitement, de suivi et sur la progression de la maladie.

Elle se fait par deux approches complémentaires : [5]

- Collective : consistant en l'information et la sensibilisation du grand public, l'éducation à la santé auprès des jeunes et une action de réduction des risques auprès de groupes prioritaires.
- Individuelle : comprenant les consultations médicales, l'accompagnement des patients, les traitements prophylactiques et la vaccination.

La prévention intervient à des étapes différentes dans l'évolution de la pathologie, et son impact sur cette dernière diffère suivant le stade où à lieu l'intervention.

a. La prévention primaire [18] [19]:

Elle correspond à l'ensemble des moyens mis en œuvre, pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.

Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé (information de la population, de groupes cibles ou d'individus, la vaccination...).

Elle a pour but de diminuer le nombre de nouveaux cas, soit diminuer l'incidence de la maladie.

Dans notre cas, les intervenants de soins de santé primaire jouent un rôle primordial pour la diminution de la transmission du VIH et des autres IST. Ils doivent entre autre renforcer auprès de leurs patients des comportements sexuels protecteurs [20], représentés par [3] :

- Recul de l'âge du premier rapport sexuel
- Diminution du nombre de partenaires sexuels
- Fidélité réciproque
- Utilisation correcte du préservatif, protection la plus efficace contre les IST.

b. La prévention secondaire [18] [19] :

Elle vise la détection précoce des maladies, avec pour objectif de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées. Elle a pour but de diminuer la prévalence de la maladie.

Pour le sujet de notre thèse, elle repose sur le dépistage et le traitement précoce des sujets infectés et de leur(s) partenaire(s) [3]. Elle fait partie d'une prévention dite « combinée », stratégie de santé publique intégrant également l'amélioration du recours aux soins de santé primaires [2]. Elle nécessite de prendre en compte, ici, les autres IST potentiellement associées et de définir avec le patient la chaîne de contamination éventuelle pour traiter l'ensemble des partenaires.

Le traitement en dose unique permet d'augmenter l'observance et la tolérance du patient. S'il est associé à l'utilisation du préservatif ou au mieux à l'abstinence sexuelle jusqu'à la guérison. Il garantit une interruption rapide de la chaîne de contamination [3].

2. L'utilisation du préservatif :

La promotion de son utilisation, masculin ou féminin, représente le cœur des stratégies de prévention en France. Malgré tout son efficacité, qui réduit le risque de transmission de 90 à 95% [2] est soumise aux conditions de son utilisation.

D'autant que seulement 57% des jeunes utilisent un préservatif à chaque rapport sexuel [22].

Il est d'une grande efficacité sur la prévention de l'ensemble des IST, sauf parfois en raison de la transmission potentielle par contact peau à peau (gale, syphilis, HPV, herpès) ou par voie salivaire (VHB). [5]

La promotion du préservatif lors des fellations (mode de transmission fréquent de la syphilis chez les HSH), représente un volet important de la prévention de cette IST. [4]

La date de péremption (à vérifier) et la norme CE-EN 600 doivent figurer sur l'emballage. La grande majorité des préservatifs sont en latex, mais il existe, en cas d'allergie des préservatifs en polyuréthane ou autre matériel synthétique.

Leur utilisation reste le socle de la prévention du VIH [21] ; en population générale, mais également auprès des groupes à risque. Leur accessibilité par une augmentation du nombre de points de vente et de distribution représente un enjeu de santé publique [2].

A noter qu'il existe déjà une distribution gratuite de préservatifs dans les lycées auprès du médecin ou de l'infirmière scolaire, dans les CPEF, CDAG et CIDDIST.

### 3. Les Traitements Post Exposition Virale (TPEV) [1] [3] :

Les situations d'exposition, avec risque de transmission virale sont les Accident d'Exposition au Sang (AES) ou un liquide biologique contenant du sang, les relations sexuelles non protégées et le partage de matériel de prise de drogue par voie IV ou muqueuse.

#### a. Evaluation du risque de transmission :

En cas de piqûre ou de plaie, il faut évaluer la profondeur, l'heure de la blessure et le type de matériel responsable.

En cas d'exposition sexuelle, il faut établir la nature et l'heure du rapport à risque.

Dans le cas de partage de matériel d'injection, il faut être vigilant à l'heure du partage, au type de matériel et à l'ordre dans lequel les différents intervenants se sont injectés les produits.

#### b. Statuts sérologiques à connaître :

Il est toujours préférable de pouvoir récupérer le statut sérologique du ou des patients sources en cas d'AEV :

- Ag HBs
- Sérologie VIH
- Sérologie VHC

S'ils ne sont pas connus, il est indispensable de réaliser chez le patient source si cela est possible, avec son accord, un prélèvement sanguin en urgence afin d'établir son profil sérologique.

#### c. Le Traitement Post-Exposition (TPE) contre le VIH [1] :

Ce traitement est disponible depuis plus de dix ans en France (et dans un certain nombre de pays).

La décision de son instauration doit être prise en urgence, au mieux dans les 4 heures suivant l'exposition, par un médecin référent VIH ou un médecin des urgences, avec un délai maximal de 48h.

Le traitement instauré est généralement une trithérapie. Si le patient source est connu et est infecté par le VIH, le choix du TPE se fera sur les caractéristiques immunovirologique de la source (charge virale, antécédents thérapeutiques, résistances).

Le TPE est initialement prescrit pour une durée de 48 à 96 heures, puis un médecin référent VIH réévalue l'indication. Si la décision de poursuite du TPE est prise, elle est faite pour une durée totale de 28 jours, associée à un suivi biologique rapproché.

#### d. Le TPE contre l'hépatite B :

En cas d'absence d'immunisation, des immunoglobulines anti-HBs doivent être administrées le plus rapidement possible après exposition au VHB, dans les 72h, le plus souvent en association avec la vaccination (en 2 sites différents) [3] :

- Exposition accidentelle du personnel médical non immun : 500UI IM.
- Prévention chez le nourrisson, né de mère porteuse du VHB : 30UI/kg IM dès la naissance.

#### 4. Les vaccinations disponibles [23] :

##### a. Contre l'hépatite B :

C'est une maladie à prévention vaccinale, mais la controverse sur le lien entre la vaccination et la sclérose en plaques a fait stagner la vaccination.

La couverture vaccinale en 2007 était de 42% chez les nourrissons de 24 mois [24] et chez les adolescents âgés de 15 ans [12].

L'absence de confirmation d'un risque d'affection démyélinisante centrale et le remboursement depuis 2008 d'un vaccin hexavalent utilisé dans le calendrier vaccinal chez le nourrisson devraient permettre d'augmenter la protection vaccinale [5].

Une proportion importante de la population adulte n'est pas vaccinée, y compris celle à risque d'être infectée, alors qu'une transmission sexuelle de l'hépatite B est retrouvée dans 35.7% des cas d'hépatite B aiguë symptomatique. [2].

La stratégie vaccinale comporte [23] :

- Une indication de vaccination universelle des nourrissons par 3 rappels à M2.M4 et M16/18 est recommandée par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) et le Comité Technique des Vaccinations (CTV).
- Un schéma de rattrapage pour les adolescents jusqu'à l'âge de 15ans, avec un schéma alternatif à 2 doses avant leur entrée dans une vie sexuelle active.
- Une vaccination systématique à la naissance des nourrissons nés de mère porteuse de l'Ag HBs associée à une injection d'IG. (cf.II.B.3.d)
- Une vaccination obligatoire de tous les professionnels de santé et assimilés suivant l'article L.3111.4 du CSP. Deux arrêtés du 6 mars 2007 définissent respectivement : la liste des études qui imposent une obligation vaccinale pour les étudiants et les conditions d'immunisation de ces mêmes personnes.

Cette vaccination est également indiquée de façon prioritaire chez les groupes à risques et les personnes en situation de vulnérabilité : les usagers de drogues, les personnes porteuses d'un piercing ou d'un tatouage, les sujets contacts de personne porteuse de l'Ag HBs, les personnes ayant des partenaires sexuels multiples, les patients séropositifs pour le VIH et VHC, les hémodialysés chroniques et les patients en insuffisance rénale sévère en prévision de la dialyse, les transfusés chroniques, les voyageurs et les immigrants de pays de forte endémie, les détenus et les patients en attente d'une greffe d'organe [2] [5].

b. Contre l'HPV [13] [23] :

Une campagne de vaccination a été instaurée depuis 2007. Elle recommande la vaccination de toutes les jeunes filles à partir de 14 ans et en rattrapage pour celles âgées de 15 à 23 ans, « naïves » d'un point de vue de l'activité sexuelle ou dans l'année suivant le premier rapport sexuel.

Depuis 2007, on estime que 1.5 million de jeunes filles ont été vaccinées contre l'infection à papillomavirus, soit environ 40% de cette population [2].

Dans l'état actuel des connaissances, avec l'avis du 17 décembre 2010 du HCSP et du CTV, il n'est plus recommandé d'utilisation préférentielle du vaccin quadrivalent (types 6.11.16.18) par rapport au vaccin bivalent (types 16.18) [23].

Ces deux vaccins ne sont pas interchangeables et toute vaccination débutée avec l'un doit être menée à son terme. La durée de protection octroyée

par la vaccination serait d'au moins 5 ans, mais la durée de protection à long terme n'est pas encore connue.

Schéma vaccinal : composé quadrivalent : M0.M2.M6 ; composé bivalent : M0.M1.M6.

#### 5. Les autres moyens de prévention :

Le dépistage du VIH et ses nouvelles recommandations de dépistage [25] sont l'élément fondamental de la prévention.

La prévention chez les UDIV est basée sur une politique de réduction des risques par le biais de sevrage ou de protocole de substitution et d'accès gratuits aux matériels à usage unique. La promotion du matériel à usage unique ou d'une stérilisation du matériel doit être réalisée (toxicomanie, pays en voie de développement...).

La prévention de la transmission sanguine du VIH se réalise par le dépistage systématique des dons de sang et d'organes et par l'inactivation des dérivés sanguins.

La mise en place de mesures de précautions universelles vis-à-vis du risque d'AES, vise à réduire le risque de contamination professionnelle par le VIH inférieur à 0.5%.

Des campagnes de dépistage de l'infection à CT, basées sur des tests urinaires dans les populations à risque sont nécessaires du fait du caractère le plus souvent asymptomatique de ces infections.

L'objectif de ces dépistages est de diminuer la morbidité de cette infection et ses complications en termes de fertilité et lors des grossesses (risque de Grossesse ExtraUtérine GEU) [10].

Un traitement prophylactique des récurrences de l'herpès génital, prolongé de 6 à 12 mois, peut être proposé aux patients ayant plus de 6 récurrences par an [3].

L'aciclovir (400mg 2 fois par jour) ou le valaciclovir (500mg en 1 ou 2 prises par jour) per os peuvent être proposés [14].

Il réduit nettement la fréquence des récurrences, mais il ne permet pas l'éradication du virus.

#### C. Structure et acteurs du dépistage et de la prévention des IST :

## 1. Evolutions de la stratégie de dépistage [1] [2] [25]:

L'activité de dépistage en France est globalement élevée. 5 millions de tests sont réalisés chaque année, soit environ 80 tests VIH pour 1 000 habitants. On observe une augmentation franche entre 2001 et 2005 puis une stabilisation depuis.

Malgré tout, cela ne permet pas encore de diagnostiquer suffisamment tôt l'ensemble des personnes contaminées et de leur proposer une prise en charge précoce de la maladie.

70% des contaminations sexuelles par le VIH sont provoquées par des personnes ne connaissant pas leur statut sérologique. Il est donc important d'insister auprès de la population générale, afin de connaître de façon réciproque le statut sérologique de son partenaire, au préalable d'une relation sexuelle non protégée. Cette remarque est également valable pour les adolescents qui débutent leur activité sexuelle et qui n'ont pas l'impression d'avoir pris un risque préalable (antécédents de transfusion avant 1991, prise en charge médicale dans d'autres pays, transmission materno-fœtale...)

Devant ces constatations, une proposition de dépistage unique de la population se justifie, ainsi qu'un dépistage périodique dans les populations les plus à risque (HSH, UDIV et population de la Guyane).

### a. Evolutions des techniques de dépistage [1] [7] :

Suite aux recommandations de la HAS en octobre 2008 [7], un arrêté, publié le 28 mai 2010, modifie les conditions du dépistage de l'infection à VIH :

- Les biologistes devront utiliser un seul réactif de type ELISA, dit tests combinés de 4<sup>ème</sup> génération, permettant une détection combinée des anticorps anti-VIH1 et 2 et de l'Ag p24 du VIH-1 avec un seuil minimal de détection de 2 UI/ml.

- Dans certaines situations d'urgence, des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) dits Tests de Dépistage Rapide (TDR) peuvent être utilisés par des professionnels de santé, pour permettre une prise en charge rapide (sujet source en cas d'AEV, urgence diagnostique devant un tableau faisant évoquer un stade SIDA...). En cas de TDR, un test de dépistage classique doit obligatoirement y être associé. Les TDR sont actuellement au stade expérimental, en dehors de ces situations décrites, dans certains services d'urgences, CDAG et associations.

Il s'agit de tests unitaires, à lecture subjective, de réalisation simple et fournissant un résultat en moins de 30 minutes. Ils peuvent être réalisés sur différents fluides biologiques : plasma, sérum, sang total et salive.

Ils présentent une sensibilité et une spécificité comparable aux tests ELISA en phase d'infection chronique, cependant ils sont moins performants en phase de séroconversion. En cas d'utilisation salivaire, ils présentent un taux élevé de faux positifs et de faux négatifs.

- Le test de confirmation ou Western Blot, doit être réalisé sur le premier ou le deuxième échantillon prélevé pour écarter toute erreur d'identification.

b. Proposition de dépistage en population générale [25] :

Cette proposition de dépistage s'adresse à l'ensemble de la population générale, de 15 à 70 ans, indépendamment de l'évaluation du risque d'exposition ou de contamination par le VIH.

Cette nouvelle approche devrait permettre d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard à la prise en charge.

En proposant un dépistage systématique, hors prise de risque, le test de dépistage devrait s'étendre, se généraliser et de cette façon banaliser l'offre de dépistage.

Les Objectifs :

- Nombre de lymphocytes CD4 au moment du diagnostic et à l'initiation d'un traitement spécifique plus élevé.
- Réduire la proportion de personnes infectées non diagnostiquées et de ce fait pourvoyeuses de nouvelles contaminations.
- Par ces deux objectifs combinés, réduire le nombre de cas de SIDA et de décès qui lui sont imputés.

Les médecins généralistes doivent être les relais principaux de cette stratégie [25].

c. Proposition de dépistage ciblé [25] :

Pour certains groupes à risque bien identifiés, un dépistage plus fréquent et régulier doit être proposé. Cette proposition concerne :

- Les HSH
- Les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année écoulée.
- Les populations des départements français d'Amérique
- Les UDIV
- Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes

- Les personnes prostituées
- Les personnes dont leur partenaire est infecté par le VIH

La fréquence, à laquelle ce dépistage régulier doit être proposé, est annuelle.

Dans les circonstances suivantes, un test de dépistage doit être systématiquement proposé :

- Suspicion ou diagnostic d'IST, VHB ou VHC
- Suspicion ou diagnostic de tuberculose
- Lorsque qu'un désir de grossesse est émis par un couple
- Interruption volontaire de grossesse
- Agression sexuelle
- Incarcération

## 2. Modalités et lieux de dépistage :

### a. Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) [26] :

Créés en 1988 et en application de l'article L. 355-23 du CSP, un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH a été mis en place sous la forme d'au moins un CDAG par département.

Depuis 1999, la compétence des CDAG a été étendue au dépistage et à la prévention de l'hépatite B.

Le dépistage anonyme et gratuit est un acte complexe. Il comprend au préalable une consultation d'information-conseil personnalisée (counseling), posant l'indication ou non, d'un prélèvement sanguin afin de détecter les marqueurs virologiques de l'infection. Si oui, il aboutit à une consultation de remise des résultats du test, que ceux-ci soient négatifs ou positifs, permettant un deuxième temps de prévention.

Cette indication est guidée par les besoins de la personne et l'existence d'une prise de risque (VIH, VHB, VHC).

Les informations médicales relatives au patient sont conservées dans un dossier médical, contenant un numéro de code non identifiant (code d'anonymat). Ce numéro ne permet en aucun cas d'identifier le patient. Il est délivré au consultant lors de son accueil et il doit le présenter lors de chaque consultation ou recours au CDAG ou CIDDIST pour permettre son suivi médical.

Ses missions sont de développer des actions de prévention : diminuer les comportements à risque, améliorer le diagnostic, proposer une prise en charge adaptée et accompagnée.

Les consultations sont créées sur le principe d'accessibilité sur l'ensemble du territoire et leur développement doit être suffisant pour permettre leur accès aux populations à risque.

Ses objectifs sont de :

- Permettre une prise en charge précoce après une exposition aux risques VIH, VHB, VHC (TPEV, vaccination, suivi).
- Rendre le dispositif visible pour tous, par des actions de communication répétées et adaptées à l'ensemble de la population et de façon plus ciblée pour les populations à risque par le biais des réseaux communautaires.
- Faciliter l'accès au dépistage des personnes précarisées et des personnes vulnérables aux risques.
- Renforcer la prévention.
- Renforcer le lien entre dépistage et prise en charge, pour permettre de favoriser l'adhésion du patient à la démarche de soins, l'acceptation du diagnostic et l'observance ultérieure.

#### b. Centre d'Information, Dépistage et Diagnostic des IST :

Créés en 2007, ils complètent les missions et les objectifs des CDAG en proposant notamment la recherche d'autres IST tels que les gonococcies, les chlamydiae, l'herpès, la syphilis.

Les mêmes principes de gratuité et d'anonymat sont établis, avec des conditions de levée d'anonymat éventuelle comme décrit dans le chapitre suivant. (cf. II.C.2.c)

Une consultation dans le cadre d'un CDAG peut se transformer en CIDDIST si des symptômes sont évocateurs d'autres IST et que le patient est d'accord pour se soumettre à l'examen clinique plus complet et aux différents prélèvements bactériologiques, mycosiques et virologiques.

#### c. Conditions de la levée d'anonymat CDAG/CIDDIST [27]:

Un des principes qui régit les activités des CDAG et des CIDDIST est l'anonymat.

L'anonymat consiste pour la personne qui consulte à ne pas avoir à révéler son identité et, pour la structure et son personnel médical et paramédical, à ne pas l'exiger.

L'anonymat diffère du secret médical et professionnel qui impose aux personnels des CDAG et CIDDIST de ne pas révéler les informations personnelles et médicales qu'ils sont amenés à détenir.

La loi indique en effet qu'en cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, afin d'améliorer son accompagnement et sa prise en charge thérapeutique ; le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat. Ceci reste possible, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée.

Les différentes circonstances dans lesquelles cela est nécessaire se résument à :

- Nécessité d'introduire rapidement un traitement prophylactique ou curatif : lors de la consultation initiale, lorsque le patient présente des symptômes évoquant une infection à VIH ou une IST, ou au cours de consultations ultérieures, selon les résultats des examens pratiqués.
- Réalisation d'un bilan initial avant une prise en charge spécialisée.
- Mise à jour du calendrier vaccinal ou vaccination prophylactique.

Le consultant peut revenir sur son choix par tous moyens et à tout moment, qu'il ait décidé ou non de conserver l'anonymat. De même, si le consultant a exprimé initialement le souhait de conserver l'anonymat, le médecin peut, au cours de la prise en charge, renouveler la proposition de lever l'anonymat s'il estime que la nécessité thérapeutique et l'intérêt du patient le requièrent.

#### d. Centre de Planification et d'Education Familiale [28] :

Créés en 1992, ses actions consistent en :

- Des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité.
- Une diffusion d'informations et d'actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Elle est organisée dans les centres mais aussi à l'extérieur de ceux-ci, en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés.
- Une préparation à la vie de couple et à la fonction parentale par des entretiens de conseil conjugal et familial.
- Des entretiens préalables à l'IVG prévus par l'article L.162-4 du CSP.
- Des entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une

## IVG.

Suite au décret n° 92-784 du 6 août 1992, les CPEF sont habilités, après déclaration auprès du préfet du département, à proposer les dépistages du VIH, des chlamydioses, des gonococcies, des vaginites aiguës et leurs traitements.

### e. Les laboratoires d'analyses médicales [1] [25] :

Ils interviennent dans deux situations distinctes, suite à une prescription médicale de réalisation d'un test de dépistage du VIH ou de façon indépendante sans prescription.

Dans le premier cas, les laboratoires envoient les résultats du dépistage au médecin prescripteur et ils s'assurent que l'information est donnée par le professionnel de santé.

Dans le second cas, les laboratoires sont désormais habilités à proposer et à réaliser, un test de dépistage du VIH, même en l'absence de prescription médicale, sous réserve du respect des conditions de remise du résultat qu'il soit positif ou négatif.

Cette démarche est rendue possible depuis 2010 par l'article L.6211-10 du CSP. « Un examen de biologie médicale peut être réalisé à la demande du patient, dans les conditions de remboursement et d'information déterminées à l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale. »

En cas de résultat positif, le biologiste doit proposer un accompagnement au patient afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge préventive et thérapeutique adaptée sans délai.

### f. Prise en charge rapide des personnes dépistées [1]:

En cas de dépistage positif du VIH, un bilan de l'infection sera réalisé comportant dans un premier temps la confirmation de la séropositivité. Une notification anonyme à l'Agence Régionale de Santé (ARS) sera alors réalisée, après en avoir informé le patient.

Ce bilan initial est réalisé par une équipe hospitalière spécialisée, mais organisé en collaboration avec le médecin traitant du patient. Il comporte notamment une numération des lymphocytes CD4, la mesure de l'ARN-VIH plasmatique, un génotypage du virus, la recherche de co-morbidités et d'infections opportunistes.

L'ensemble des données de ce bilan permet de débiter un traitement des éventuelles infections associées et de mettre en place un traitement ARV si nécessaire (cf. I.B.3).

La prise en charge initiale comporte également de prendre en compte les problèmes d'insertion, de couverture sociale, de difficultés psychologiques et d'en assurer l'accompagnement si nécessaire.

L'ensemble de ce bilan et la façon dont il est réalisé, est gageure d'observance, de succès thérapeutique et représente le premier pas dans l'éducation thérapeutique du patient.

Par ailleurs, récemment, l'association AIDES a obtenu l'agrément de la part de l'ARS de réaliser des TROD pour ses usagers.

En cas de test positif, une convention a été signée, en juillet 2011, entre AIDES et le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy pour encadrer les démarches, prendre en charge le patient dans un délai optimal et réaliser le bilan de l'infection. [29]

#### D. Moyens de surveillance des IST :

La surveillance des IST sur le territoire français s'articule autour de deux réseaux, le tout coordonné par l'InVS.

##### 1. L'InVS [30] :

C'est un établissement public, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Il réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique.

Créé par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998, ses missions ont été complétées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

En ce qui concerne notre sujet, l'InVS participe au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques.

Les maladies infectieuses sont un de ses champs d'action et ici, elle s'intéresse à l'infection par le VIH, les virus des hépatites B et C, les infections sexuellement transmissibles et les maladies évitables par la vaccination.

L'InVS est actuellement sous la direction générale de Mme Dr Françoise Weber. Il est composé de plusieurs départements et services et dispose d'un réseau régional : les Cellules de l'InVS en Région (CIRE).

##### 2. La CIRE Alsace-Lorraine [30] [31] :

Elle correspond à une antenne régionale de l'InVS permettant de relayer une partie de ses missions. La CIRE réceptionne, analyse et transmet à celui-ci les différents signalements des réseaux de surveillance en fournissant une rétro-information annuelle.

Elle est localisée au sein de l'ARS et coordonne le réseau RésIST.

D'un point de vue national, on compte 17 CIRE dont 15 métropolitaines et 2 ultramarines.

### 3. RésIST :

Ce réseau est constitué de cliniciens volontaires et a été créé en 2004 suite à la recrudescence des cas de syphilis en France en 2000 [12].

Il surveille essentiellement les cas de syphilis, de LGV et de gonococcies.

Depuis 2010, en Lorraine, ce réseau est animé par un Comité de suivi régional dont font partie Messieurs les Professeurs MAY, JUDLIN et Mme PONTUS.

Après consentement du patient, ce réseau recueille des données cliniques, thérapeutiques et comportementales grâce à un questionnaire commun pour les IST sus-décrites.

Les objectifs sont de connaître leurs tendances et leurs caractéristiques à l'échelle régionale, de constituer un système d'alerte et enfin de créer une dynamique régionale pour les professionnels participant à la surveillance.

Résultats observés en Lorraine, bilan 2010 [31] :

- On observe une augmentation régulière du nombre de cas d'IST signalés (+19% entre 2009 et 2010). Cette augmentation est en partie liée à une meilleure déclaration des cas isolés, cependant les déclarations de gonococcies (5 en 2009 et 6 en 2010) pourraient être le reflet de la recrudescence de cette IST signalée en France depuis 2010.

- Aucun cas de LGV n'a été déclaré.

- On note une stabilité des ventes d'Extencilline en Lorraine depuis 2007, faisant penser à une absence de recrudescence des cas de syphilis. 77% des signalements concernaient des HSH, 34% étaient séropositifs pour le VIH.

### 4. Réseaux de laboratoires :

#### a. Rénago :

Il a été créé en 1986, et est composé d'un ensemble de laboratoires d'analyse de biologie médicale de villes et hospitaliers volontaires répartis en France métropolitaine.

Chaque laboratoire envoie de façon trimestrielle à la CIRE, les nombres de prélèvements et de gonocoques isolés. Parallèlement les souches isolées sont envoyées au Centre National de Référence (CNR) des gonocoques,

accompagnées d'une fiche d'informations épidémiologiques pour chaque patient [12].

Ses objectifs sont de surveiller l'évolution des cas de gonococcies en France et d'étudier la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae* à six classes d'antibiotiques.

Depuis 2004, il est mis en évidence une augmentation des souches résistantes à la Ciprofloxacine (résistance de haut niveau) ; constat également effectué dans d'autres pays européens avec malgré tout une valeur en France plus élevée (43% en 2006 [5], 36% en 2009).

Une diminution de la sensibilité aux Céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération a également été mise en évidence. La proportion des souches résistantes à la Ceftriaxone a augmenté de 8,7% en 2007-2009, et de 8% en 2008-2009 pour la Cefixime [12].

#### b. Rénachla :

Sur le même principe, a été créé en 1989 ce réseau de surveillance, composé également de laboratoires d'analyse de biologie médicale (privés ou publics) volontaires.

Ce réseau a pour objectif de surveiller la tendance évolutive de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* en France et d'établir les caractéristiques épidémiologiques des patients dépistés.

Mensuellement, est communiqué à la CIRE, le nombre de personnes testées et le nombre de personnes positives. En cas de positivité, sont précisés, le type de technique utilisée, le site de prélèvement, l'âge, le sexe du patient, les signes cliniques observés, les motifs de prescription pour les patients asymptomatiques et les micro-organismes associés. Il est également défini la spécialité du médecin prescripteur du test ainsi que le type de consultation.

**III. Déclinaison du  
Plan de lutte VIH/SIDA et des autres  
IST 2010-2014**

## A. Principes :

Ce plan correspond au 5ème plan national de prise en charge des IST toutes confondues. Il définit les objectifs à atteindre au cours de ces 5 prochaines années : réduire radicalement la dynamique de l'épidémie VIH, sa morbidité et diminuer l'incidence et la prévalence des autres IST.

Ce plan d'action s'adresse à la population générale, en banalisant le dépistage. Il est important de faire prendre conscience que « chacun peut être infecté et donc que chacun est concerné ». Dans ce sens, il reprend la notion de dépistage hors notion d'exposition, en s'assurant de l'information et du consentement éclairé du patient.

Parallèlement à cette proposition systématique de dépistage en population générale, un deuxième enjeu est défini par une approche populationnelle. Il s'agit d'insister plus particulièrement sur la prise en charge globale de groupes de personnes à risque et vulnérables. Il concerne les HSH, les lesbiennes, Bi et Transsexuels (LBT) ; les populations migrantes et les étrangers ; les personnes détenues, les UDIV et les travailleurs du sexe.

Enfin, un point important de santé publique est abordé : lutter contre la discrimination vis-à-vis de la séropositivité et de l'orientation sexuelle mais également permettre une égalité d'accès aux droits, à la prévention et aux systèmes de soins de santé.

## B. Objectifs du plan :

- Réduire de 50% l'incidence de l'infection par le VIH.
- Réduire de 50% en 5 ans l'incidence du SIDA.
- Réduire de 50% la proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade SIDA.
- Réduire de 20% la mortalité liée au SIDA.
- Réduire l'incidence des gonococcies.
- Réduire l'incidence de la syphilis.
- Réduire la prévalence des infections à CT et à Herpes Simplex Virus.
- Réduire l'incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus.

## C. Axes stratégiques de travail :

Les principales mesures du plan s'organisent autour de 5 axes de travail dans le but d'améliorer la prise en charge médicale, notamment en médecine de ville. Il est nécessaire d'adapter le dispositif de soins, au caractère chronique des pathologies, en insistant sur l'organisation d'un réseau de santé, d'une prise en

charge pluridisciplinaire, sur l'éducation thérapeutique et sur l'accompagnement des patients.

Nous allons développer principalement les deux premiers axes de travail correspondants aux thèmes de notre thèse.

### 1. Axe 1 : Prévention, information, éducation pour la santé :

L'objectif de ce premier axe de travail est de permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements adéquats, afin de lutter contre la transmission du VIH et des IST.

En effet, il faut renforcer la perception du risque des IST auprès de la population générale dès le début de l'activité sexuelle, mais également pour les tranches d'âges plus âgées. Ce risque a plutôt tendance à être banalisé comme le montre la reprise de comportements à risque et l'augmentation de la prévalence des IST.

Une prévention dite combinée est alors proposée. Elle consiste à intervenir sur plusieurs niveaux de prévention et converge vers un seul objectif qu'est la réduction de la transmission du VIH :

- Prévention primaire : par la modification des comportements à risque par le biais de campagnes de prévention comportementale notamment via des affiches publicitaires incitant le port de préservatifs (cf. Annexes).

- Prévention secondaire : par l'élargissement des indications de dépistage et de leur fréquence (cf. II.C.1.b et c.).

- Prévention tertiaire : par l'élargissement des indications du traitement antirétroviral (cf. I.B.3).

Elle nécessite la participation de l'ensemble des acteurs : médicaux, paramédicaux, associatifs mais également politiques qui accordent les moyens financiers et techniques.

La prévention des IST doit tenir compte de l'inégalité sociale et territoriale, face à l'accès aux systèmes de soins et donc aux actes de prévention. Elle doit tenter de diminuer ces inégalités surtout envers les populations les plus à risque.

Les mesures proposées sont :

- Mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la santé adaptées aux différents publics concernés, notamment grâce à l'utilisation des nouveaux outils de communication (internet, réseaux sociaux...) [21] :

- les jeunes, scolarisés ou non, dès leur entrée dans la sexualité. Notre étude s'intéresse à l'information de cette tranche d'âge.

- les femmes, dont celles en situation de précarité car plus souvent confrontées à accepter un rapport non protégé

- les personnes handicapées plus vulnérables en raison de leurs déficiences

- Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements adaptés en fonction des lieux et des publics rencontrés :

- Favoriser la promotion du préservatif notamment féminin en améliorant leur disponibilité, leur coût et leur diffusion gratuite

- Améliorer la couverture vaccinale pour l'HPV et l'hépatite B via les CDAG, CIDDIST et CPEF, lieux privilégiés de prévention pour les personnes en situation de précarité.

- Mettre en place des actions de prévention combinée, ciblées pour les populations à risque :

- Population migrante : accentuer les outils de communication en direction des populations migrantes ; actions de prévention dans les lieux d'accueil de cette population (hébergement et centre de soins) ; mise à disposition gratuite de préservatifs.

- HSH et LBT : politique de réduction des risques en combinant la prévention, l'usage du préservatif, le dépistage et le TPE ; mobiliser le système associatif notamment dans le dépistage ; favoriser un environnement préventif avec augmentation des outils d'information dans les lieux et sites de rencontres et instauration d'une réglementation sanitaire ; lutter contre l'homophobie.

- UDIV : encadrer les pratiques de tatouage, piercing et autres modifications corporelles, augmenter l'accessibilité au matériel à usage unique et au traitement de substitution aux opiacés.

- Travailleurs du sexe : accentuer la communication auprès des personnes prostituées et de leurs clients.

- Former les professionnels de santé et associatifs à la prévention en population générale, mais également à la prévention spécifique et ciblée pour les populations à risque.

- Insister sur le rôle des médecins généralistes, des gynécologues, des dermatologues...sur leur place privilégiée pour aborder le thème de la prévention du VIH et des IST.

## 2. Axe 2 : Dépistage :

L'activité de dépistage du VIH en France représente environ 5 millions de tests par an, dont 80% sont réalisés par des laboratoires de ville.

Le plan national prône le renforcement d'un « trépied du dépistage » : par les professionnels de santé de soins primaires, par le milieu associatif et par le dépistage anonyme et gratuit.

Pour toutes les IST comme pour le VIH, il a été démontré le bénéfice individuel, mais aussi collectif, d'une prise en charge précoce. Le dépistage trouve donc toute sa place afin de diagnostiquer au plus tôt ces infections, pour une thérapeutique efficace spécifique et aussi pour adopter un comportement préventif, une fois son statut connu.

- Dépistage des chlamydiae élargi aux jeunes femmes et aux personnes multipartenaires pour limiter les risques de stérilité et de GEU.
- Dépistage de l'HPV pour les femmes de plus de 25 ans, réalisé par un FCV, avec une recherche d'HPV si le frottis est anormal.
- Dépistage de la syphilis accentué dans la population homosexuelle.
- Dépistage du VHB dans le but de diminuer la transmission mais également proposer une vaccination chez les personnes non immunisées.

Les mesures préconisées sont :

- Proposer à la population générale un dépistage du VIH en dehors de toute notion de prise de risque d'exposition à celui-ci :
  - Mettre en œuvre le dépistage systématique de la population générale de 15 à 70 ans, lors d'un accès aux soins, notamment par les médecins généralistes.
  - Développer l'utilisation des TROD auprès des médecins généralistes.
  - Développer et encadrer les tests et le rendu de leurs résultats dans le cas d'une réalisation hors prescription.
- Proposer un dépistage ciblé et régulier du VIH pour des populations et/ou situations particulières :
  - Améliorer le dépistage systématique : de la femme enceinte lors de la première consultation prénatale et du futur père lors de l'examen du 4<sup>ème</sup> mois.
  - Proposition d'un test de dépistage régulier aux populations à risque et situations particulières. (cf. § II.C.1.c)
- Réorganiser le dispositif CDAG/CIDDIST et créer des « centres de santé sexuelle » :

- Améliorer la répartition géographique des centres de dépistage, uniformiser les budgets, les compétences et les pratiques.

- Améliorer l'accès et la proposition de dépistage aux personnes handicapées moteurs et personnes malentendantes.

- Organiser un dépistage en milieu communautaire auprès des populations prioritaires :

- Dépistage dit « hors les murs » pour atteindre des populations qui n'ont pas un accès suffisant aux systèmes de soins traditionnels et accentuation du partenariat avec les CDAG/CIDDIST.

- Encadrer l'utilisation des TROD pour permettre un dépistage en milieu associatif et délivrer des messages de prévention et d'information par des pairs.

- Améliorer le dépistage des IST, notamment :

- Le dépistage des chlamydiae pour toutes les femmes de moins de 25 ans et tous les hommes de moins de 30 ans fréquentant les CDAG, CIDDIST et CPEF et à l'occasion d'une IVG.

- Généraliser le dépistage de la syphilis pour les HSH, les personnes prostituées et leurs clients, les migrants et les détenus.

- Renforcer les compétences des professionnels :

- Elaboration de référentiel sur le dépistage VIH et IST.

- Améliorer l'information-conseil personnalisée.

- Améliorer le lien entre dépistage et prise en charge des IST :

- Diminuer les délais d'accès à une prise en charge après un dépistage positif.

- Diminuer le taux de perdus de vue après la première consultation spécialisée.

### 3. Axe 3 : Prise en charge médicale :

Le plan national vise à améliorer la qualité de vie et la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.

Il faut préserver et améliorer l'offre de soin hospitalière mais également développer la prise en charge en médecine de ville car l'infection par le VIH est devenue une maladie chronique. Il est donc nécessaire de développer les réseaux de santé pour une prise en charge pluridisciplinaire des patients.

#### 4. Axe 4 : Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations

L'objectif général est d'améliorer les conditions de vie, la prise en charge sociale globale des personnes vivant avec le VIH et lutter contre les discriminations dans le but d'optimiser l'adhésion au traitement et de réduire les prises de risques.

#### 5. Axe 5 : Observations et recherches :

Le plan rappelle l'importance de maintenir les efforts de recherche et de surveillance de l'épidémie du VIH/SIDA et des autres IST.

##### D. La COordination REgionale de lutte contre l'infection du VIH [32] :

Selon les modalités du décret du 15 novembre 2005, un COREVIH est créé dans chaque zone géographique ; infrarégionale, régionale, interrégionale ; défini par un arrêté du ministère de la santé. Ce même décret définit les établissements publics de santé dans lesquels ces comités sont installés.

Ses missions sont de favoriser la coordination : des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé.

Les COREVIH participent à l'amélioration et l'évaluation continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients et à l'harmonisation des pratiques.

Ils procèdent également à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH, suivis à partir de 1991.

## **IV. Etude personnelle**

# **ARGUMENTAIRE**

Par notre expérience personnelle, nous avons pu être spectatrice puis actrice d'un sujet important, celui de la prévention des IST et plus particulièrement du VIH.

Tour à tour adolescente, puis externe et interne des Hôpitaux de Nancy dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT), et enfin interne de Médecine Générale, nous avons constaté plusieurs problèmes.

Nous avons été confrontée à la difficulté d'aborder ce sujet délicat avec nos parents, nos ami(e)s, nos partenaires mais aussi notre médecin traitant. En effet, les consultations médicales sont la plupart du temps réalisées en présence de nos parents et le cas échéant, nous avons peur du non respect du secret médical.

Notre programme scolaire avait abordé succinctement, la sexualité et ses risques potentiels en termes d'infections. Nous avons été plutôt sensibilisées à l'utilisation du préservatif et à la maîtrise de la fécondité.

Nous avons été au cœur du sujet, lorsque nous avons participé spécifiquement aux missions du CDAG. Nous avons alors été impliquée dans la prévention des IST. La proportion d'adolescents ayant recours au CDAG était faible. Les chiffres de fréquentation des CDAG de Nancy, de 2006 à 2010 [33], ne comportent pas de données pour les personnes, âgées de moins de 19 ans (cf. Annexes).

Fréquemment, les patients consultent trop tardivement, suite à une prise de risque et la prise en charge n'est plus optimale. Il n'est souvent plus possible de proposer un TPE pour le VIH même si celui-ci aurait été préconisé.

Puis, nous avons été acteur à l'Hôpital de Jour de Maladies Infectieuses et nous avons pu nous rendre compte que le fléau du VIH était proche de chacun et que nous étions tous concernés.

Au cours de notre internat de médecine générale, nous avons pu observer, au contact de nos maîtres de stage, que ce sujet était difficilement abordé malgré les opportunités implicites : visites médicales régulières ; rédaction de certificats d'aptitude sportive ; vaccinations (HPV pour la jeune fille et rappel DTPolio vers l'âge de 16 ans) ; renouvellement de méthodes contraceptives...

Enfin, nous faisons le constat évident, que la prévention des IST doit être avant tout d'ordre primaire. Les adolescents doivent être informés avant le début de leur activité sexuelle et donc avant une éventuelle prise de risque.

En France, à 17 ans, environ 50% des adolescents ont déjà eu leur premier rapport sexuel et un tiers déclare avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année écoulée [2].

Seulement 5% déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans [13].

Par ailleurs, force est de constater qu'environ 200 000 IVG sont réalisées chaque année, pour environ 800 000 naissances. Selon un rapport de l'IGAS, remis au ministère de la santé en février 2010, on note 18 000 grossesses par an en France chez les adolescentes (sans distinction d'âge). En 2010, 13 500 de ces grossesses ont abouti à une IVG. Ce chiffre est en augmentation, puisqu'en 2002, il était de 11 000 [34].

Il est implicite que chacune de ces 18 000 grossesses chez les adolescentes est la conséquence d'un rapport sexuel non protégé et donc autant de risques encourus vis-à-vis d'une éventuelle contamination par une IST.

Ces chiffres montrent également que les adolescentes ne maîtrisent pas correctement leur moyen de contraception et que l'abus d'alcool et autres toxiques dans cette population entraîne des rapports parfois non consentis et dans tous les cas, à risque [34].

Devant l'ensemble de ces constatations, notre travail a trouvé tout son sens.

C'est pourquoi, nous nous sommes intéressée à cette population particulière que sont les adolescents, grâce à un questionnaire sur les IST.

Nous avons voulu savoir, qu'elles étaient leurs sources d'informations préalables et quel impact, elles avaient eu sur leurs connaissances, à priori.

En effet, les moyens d'informations des adolescents sont multiples, mais ceux-ci privilégient souvent des moyens dont le contenu et la pertinence sont peu évaluables (internet, blog, magazines, amis...).

Après une information ciblée sur les IST réalisée par un professionnel de santé, nous avons voulu évaluer les connaissances des adolescents à postériori.

Enfin, nous avons voulu nous intéresser au rôle qu'ils accordaient à leur médecin traitant, dans ce sujet.

Notre travail a pour objectif d'actualiser le message de prévention sur les IST, qui devrait être délivré en médecine de soins primaires, afin d'améliorer les connaissances des adolescents et de l'ensemble de la population afin de leur proposer une sexualité « protégée ».

## A. Moyens d'information de cette « jeune » population :

### 1. Rôles de l'Education Nationale :

#### a. Programmes scolaires abordant la sexualité et l'information sur le VIH et les IST :

Un enseignement est prévu dans le programme scolaire et doit être délivré par les professeurs de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) au collège et au lycée [35].

Cet enseignement reprend de façon globale les thèmes de la procréation chez l'Homme et de la contraception. Le lien est toujours étroit avec les IST et il en revient au professeur de l'aborder au cours des heures dédiées à ce sujet.

Il est alors implicite que le contenu de l'information délivrée par le professeur est limité par ses propres connaissances, plus ou moins actualisées, mais également par sa facilité (temps disponible, à l'aise avec la question) et son désir d'aborder le sujet.

En classe de 4<sup>ème</sup> [35], le programme scolaire s'articule autour de quatre parties, dont l'une, intitulée « Transmission de la vie chez l'Homme » reprend le thème des mécanismes de reproduction chez l'homme et la femme. Cette partie représente 25% du programme de SVT.

Les objectifs scientifiques consistent à donner des bases simples pour comprendre les phénomènes physiologiques de la puberté et de la reproduction.

Dans cette partie doit être abordée, la maîtrise de la reproduction et donc les méthodes contraceptives possibles pour éviter une éventuelle grossesse.

L'apprentissage doit permettre de faire comprendre les modes d'action des différents types de pilules contraceptives et d'urgence.

Dans cette partie du programme d'enseignement, il n'est pas demandé au professeur de SVT d'aborder le thème des IST.

En classe de 3<sup>ème</sup>, [35] le programme scolaire est lui aussi divisé en quatre parties et le thème des IST et du VIH/SIDA est abordé dans la partie intitulée « Risque infectieux et protection de l'organisme » représentant 25% de l'enseignement de SVT.

Les objectifs scientifiques sont de montrer comment l'organisme humain se protège des microorganismes issus de son environnement.

Le programme consiste à définir l'activité du système immunitaire lors d'une contamination et de montrer que son fonctionnement peut être perturbé notamment lors de l'infection par le virus du VIH.

Le rôle du préservatif, permettant de lutter contre la contamination des microorganismes responsables des IST et notamment celui du VIH, y est abordé.

L'enseignement doit donner la capacité aux élèves de connaître les modes de contamination par le VIH.

Il doit également permettre d'expliquer l'évolution du nombre de virus, du nombre de lymphocytes et de la quantité d'anticorps chez un individu contaminé par le virus du VIH. Cette explication permettant d'aborder la notion d'immunodéficience acquise : le SIDA.

Cette partie de l'enseignement aborde aussi l'existence des tests permettant de faire le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH.

L'enseignement au collège ne fait pas une étude exhaustive du SIDA, des maladies opportunistes et des autres IST.

La question de la procréation est abordée en cClasses de 1<sup>ère</sup> Economique et Sociale et Littéraire [36], dans un des trois thèmes obligatoires. Chaque thème représente environ 7 à 8h de cours théoriques et 3h d'activités pratiques.

Le contenu de cet enseignement comprend la description des différents types de pilules contraceptives, leur composition et leurs modes d'action. Il est également abordé les autres moyens contraceptifs.

En cas d'échec d'une méthode contraceptive est présenté le recours à l'IVG.

En classe de terminale Scientifique [37], deux parties distinctes du programme font référence à la sexualité et au VIH.

La première partie intitulée « Procréation » représente environ 6 semaines d'enseignement.

Dans cette partie de l'enseignement est décrite la maîtrise de la reproduction par la régulation des naissances (contraception hormonale féminine, pilule du lendemain) et par l'aide médicalisée à la procréation (suivi des grossesses, infertilité et procréation médicalement assistée).

Une deuxième partie intitulée « Immunologie » représente, quant à elle, 4 semaines d'apprentissage.

L'étude des réactions immunitaires est abordée à partir de l'exemple du SIDA. Le contenu de l'enseignement comprend :

- Les modes de transmission du VIH
- La définition des cellules cibles du virus, les lymphocytes T CD4 (LT4) et le rôle de la Transcriptase Inverse.
- La description des phases asymptomatique et symptomatique de la maladie, en relation avec la baisse du nombre des LT4.
- La définition de la séropositivité pour le VIH avec la présence des anticorps dans le sang permettant un diagnostic sérologique.
- La description des conséquences de l'effondrement des défenses immunitaires et l'apparition des maladies opportunistes.

- La définition du mécanisme d'action des vaccins et la difficulté de mise au point d'un vaccin anti-VIH, liée à la mutation rapide du virus.

On peut donc constater qu'il existe une grande disparité de l'information des adolescents, lors des différents cursus scolaires, et ceci notamment en fonction de leur orientation scolaire (choix de la section).

En effet, l'information en termes de santé dans les cursus professionnels insiste sur les effets secondaires liés aux conditions de travail et aux risques professionnels (exposition au bruit, aux substances dangereuses, risque de brûlures...) [38]. Ils ne bénéficient pas, selon les textes officiels, de cours sur les IST.

b. Education à la sexualité et à la prévention du VIH, dans les établissements scolaires [39] :

Une circulaire de 1973, offrait déjà la possibilité de réaliser une information sur la sexualité, soit dans le cadre des programmes de SVT soit en dehors du temps scolaire.

Or, ces actions reposaient sur la libre initiative des chefs d'établissements et des professeurs, et la démarche n'était pas unanime. Il devenait alors nécessaire d'inscrire la prévention du VIH dans un projet plus global d'éducation à la santé comprenant la prévention efficace du VIH, des autres IST, des violences sexuelles ou encore des grossesses non désirées.

Il est clair que « la Famille » est au premier plan de l'éducation à la responsabilité, mais « l'Ecole » a, dans le cadre de ses missions éducatives, un rôle spécifique à jouer dans la formation des individus à la vie contemporaine.

Suite à la circulaire de décembre 1998, de nouvelles directives ont été proposées :

- Les enseignements de la sixième à la troisième (cf. IV.B.1.a) :

Comme il est décrit, les programmes scolaires n'abordent pas spécifiquement le problème des IST. Ils procurent uniquement des bases scientifiques, permettant de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques de la procréation et du système immunitaire humain.

- Les activités complémentaires :

Elles doivent être encouragées dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé pour compléter les connaissances acquises lors de

l'enseignement. Ces activités permettent une participation d'intervenants extérieurs.

- Les séquences d'éducation à la sexualité :

Elles sont obligatoires à raison de deux heures minimum dans l'année scolaire, organisées de préférence en petits groupes.

Elles sont prises en charge dans l'établissement par une équipe de personnes volontaires. Des intervenants extérieurs pourront y participer, à la demande et sous la responsabilité du chef d'établissement.

Un des objectifs de ces séquences est de faire adopter aux élèves des attitudes responsables et des comportements préventifs, en particulier concernant les IST, le VIH ainsi que les grossesses non désirées.

C'est lors de ces séquences que des médecins du Service de Maladies Infectieuses du CHU de Nancy interviennent et que notre étude s'est déroulée.

c. Missions des Médecins de l'Education Nationale en rapport avec la prévention des IST [38]':

Un médecin de l'Education Nationale est chargé des actions de prévention, individuelle et collective, et de promotion de la santé, auprès de l'ensemble des élèves scolarisés. Il est le référent en matière de santé dans l'établissement.

L'Ecole est le seul lieu, qui permette d'évaluer l'état de santé de l'ensemble des élèves tout au long de leur scolarité et cela jusqu'à l'âge de 16 ans (âge à partir duquel l'école n'est plus obligatoire).

Il élabore des programmes prioritaires, prenant en compte les pathologies dominantes et les facteurs de risque particuliers qu'il a identifié sur son secteur. Pour cela, il conduit des études épidémiologiques.

Il assure le diagnostic des troubles présentés par les élèves qui lui sont signalés par les infirmier(ère)s ou tout membre de l'équipe éducative et oriente vers le médecin traitant ou les services de soins de proximité.

Il travaille aussi en partenariat avec les CPEF, si besoin.

- Bilan de santé en classe de 3<sup>ème</sup> au collège :

Ce bilan offre à l'élève un examen médical, un espace d'écoute et de dialogue, notamment autour de ses projets de vie en répondant à ses préoccupations dans le respect de la confidentialité.

Il n'est jamais clairement écrit que ce bilan est l'occasion d'aborder la sexualité, les violences sexuelles et la prévention des IST.

- Politique d'éducation à la santé :

Cette dynamique a pour but de proposer aux élèves, dans un contexte plus large que la famille, les moyens de s'approprier les données essentielles leur permettant d'effectuer des choix pour eux-mêmes et pour les autres, et de développer leur esprit critique et leur sens de la responsabilité.

L'éducation à la santé doit associer l'action des familles et des partenaires extérieurs compétents et dûment agréés. Ces actions visent à rendre l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.

Un travail collégial s'organise entre les partenaires internes à l'Education Nationale et tous les partenaires extérieurs. Une logique de complémentarité et non de concurrence doit se développer entre les professionnels de santé, les divers secteurs de santé et les autres secteurs ayant des responsabilités auprès des jeunes (prévention IST, prévention contre l'alcool, prévention routière).

d. Missions des infirmières de l'Education nationale en rapport avec la prévention des IST [38]'' [40] [41] :

Elles sont sous l'autorité du chef d'établissement et ont pour mission de promouvoir et de mettre en œuvre la politique de santé en faveur de tous les élèves scolarisés.

Elles participent à la promotion de la santé des jeunes. Dans le cadre d'une mission éducative, elles doivent améliorer les capacités des élèves à mettre en valeur leur propre santé, par des choix de comportements libres et responsables devant les problèmes de santé publique et de société éventuels.

Elles sont présentes au quotidien, dans l'environnement des élèves, tout au long de leur scolarité. Elles sont le référent santé tant dans le domaine individuel que collectif. Elles ont un rôle de conseillères en matière de prévention, d'éducation à la santé, d'hygiène et de sécurité.

Elles accueillent tout élève qui les sollicite, pour quelque motif que ce soit, réalisent un entretien personnalisé débouchant sur un diagnostic infirmier et si l'urgence le justifie, oriente vers la structure la plus adaptée.

Elles interviennent également dans l'éducation à la sexualité en leur donnant toutes les informations nécessaires sur l'ensemble des méthodes contraceptives, sur la pilule d'urgence ainsi que sur les relais agréés.

Enfin, elles assurent la collaboration avec les différents partenaires institutionnels, les parents et les réseaux extérieurs.

e. Le « Pass' Santé Contraception » [42] [43] :

Le 25 avril 2011, « le Pass Santé Contraception » a été présenté et lancé en région Ile de France.

Il va permettre prioritairement à 159 000 lycéens et lycéennes parisiens, en classe de seconde ou de niveau équivalent, en apprentissage ou de formation sanitaire et sociale, d'accéder de façon gratuite et anonyme à une contraception pendant trois à six mois.

Cette catégorie d'élèves pouvant bénéficier de ce « Pass » a été définie en raison de l'âge du premier rapport sexuel, qui est en moyenne de 17 ans.

Ce « pass », délivré par les infirmières scolaires des établissements concernés, comprend six coupons, qui permettront aux élèves d'accéder, anonymement et gratuitement, à différentes consultations médicales (médecins généralistes, gynécologues), à la réalisation de bilans sanguins et à tous types de contraceptions (pilule, patch, anneau, préservatif...) pendant plusieurs mois.

Il sera délivré aux élèves après un entretien personnalisé. Cet entretien s'inscrit dans une démarche d'éducation à la sexualité et à la prévention des IST.

2. Rôles du Médecin de soins primaires [44] :

Il a un rôle important à jouer dans la prévention des IST et il doit être encouragé, afin de se l'approprier d'une façon efficiente [21].

Par sa position centrale dans le système de soins et grâce à une relation de confiance établie avec ses patients, il doit être le premier interlocuteur de leurs interrogations, en termes de santé, mais également de sexualité.

Il est évident, que le dialogue autour de la sexualité est difficile et que le plus souvent, les professionnels de santé apportent une réponse médicalisée aux demandes de leurs patients.

Cependant, une enquête réalisée en 2000, montre que 86.4% des personnes interrogées, ayant entre 20 et 25 ans, ont consulté un médecin

généraliste dans l'année écoulée et 68.8% des femmes interrogées de cette même classe d'âge ont consulté au moins une fois un gynécologue [2].

Les médecins de soins de santé primaires représentent donc un maillon essentiel dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Les adolescents, à l'âge de 16 ans, doivent déclarer à leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le choix de leur propre médecin traitant. C'est alors un moment important, où le patient choisit son référent en termes de santé.

Le médecin traitant voit son patient de façon régulière. Il aura donc multiples occasions pour aborder les IST, mais également pour faire des mises au point sur ses connaissances.

Il doit proposer une sérologie de dépistage du VIH de façon systématique à l'ensemble de ses patients, lors d'un bilan systématique, mais également devant une suspicion clinique d'une éventuelle IST.

En cas de positivité d'un dépistage, quelque soit l'IST, il est l'acteur des mesures thérapeutiques quand elles sont envisageables. Il doit proposer également le dépistage et le traitement des différents partenaires.

En cas de prise en charge spécifique d'un patient séropositif pour le VIH, il est le relai entre le service hospitalier spécialisé et le patient.

#### B. Objectifs de notre étude :

Notre questionnaire a été réalisé dans le but de connaître, dans un premier temps, les sources d'informations des adolescents concernant les IST les plus fréquentes, puis leurs connaissances sur :

- les modes de transmission des IST et en particulier le VIH,
- les moyens de prévention de ces IST,
- l'existence des vaccins protégeant de certaines IST,
- le dépistage des IST (modalités et lieux de réalisation),
- le traitement post-exposition pour le VIH,
- le traitement ambulatoire du VIH.

Leurs connaissances ont été analysées et comparées, avant et après notre intervention, soit en pré et post-test, afin d'évaluer l'impact d'une information concernant les IST, réalisée par un professionnel de santé.

Dans le cadre de notre thèse de médecine générale, nous avons aussi interrogé ces mêmes adolescents sur la place et le rôle à jouer par leur médecin traitant dans la prévention des IST et sur leur souhait, concernant la présence ou non de leurs parents lors des consultations dédiées aux messages de prévention en matière de sexualité.

Avec l'ensemble de ces éléments, le but de notre thèse est de construire « un message de prévention » contenant les données les plus pertinentes, à délivrer à tous les adolescents, par les praticiens de soins de santé primaires.

### C. Matériel et méthode de notre étude :

#### 1. Population et modalités de diffusion des questionnaires :

Ce questionnaire composé de 19 questions fermées et 2 questions ouvertes, soit 63 items, a été élaboré par Mme le Dr BOYER Laurence et Mme TORTUYAUX-JULIAC Sophie.

Il a été soumis en pré-test aux élèves de trois lycées de Nancy et de sa banlieue :

- Le lycée Poincaré de Nancy : établissement public, à orientation générale.

Les questionnaires pré-test ont été distribués avant chaque intervention de Mme le Dr BOYER, assistée de Mme TORTUYAUX-JULIAC.

Lors de chaque intervention, une ou deux classes participaient, en présence d'un de leur professeur et de l'infirmière scolaire. Les 5 classes de seconde ont été évaluées.

- Le lycée La Malgrange de Jarville la Malgrange : établissement privé, en banlieue de Nancy, à orientation générale.

La distribution et la réponse aux questionnaires pré-test s'est faite par l'intermédiaire des professeurs de SVT du lycée. Nous les avons récupérés lors de l'intervention unique du Dr BOYER où les 5 classes de seconde étaient présentes, accompagnées de 5 de leurs professeurs.

D'abord, une brève correction des questionnaires s'est déroulée par classe, grâce à l'intervention de 5 élèves de PCEM2 participant à l'enseignement optionnel relatif aux IST.

Pour les deux lycées, chaque item était repris à l'oral et une réponse collégiale était émise par les élèves. Celle-ci était corrigée et approfondie, si nécessaire.

En reprenant ainsi chaque question, nous avons pu aborder l'ensemble des connaissances en matière de transmission, prévention et dépistage des principales IST, que ce soit de façon théorique ou par le biais « d'anecdotes » d'expérience professionnelle du Dr BOYER. Notre but était de sensibiliser les adolescents aux IST et leur faire prendre conscience que nous sommes tous et toutes concernés par ce sujet.

Pour ces deux lycées, les questionnaires ont été à nouveau distribués à l'ensemble des élèves, environ un mois et demi après notre intervention pour évaluer l'impact de notre intervention. La récupération des données s'est faite grâce à la participation de différents professeurs de chaque classe à l'occasion d'un cours et la collecte globale sous la direction des infirmières scolaires des deux lycées respectifs.

- Le lycée Chopin de Nancy : établissement public, à orientation technique et pour certains option artistique.

La distribution des questionnaires pré-test et l'intervention a été effectuée par Mme Pontus, sage-femme du CPEF de l'hôpital Central de Nancy.

L'information sur les principales IST a été délivrée par le biais de réponses aux questions préalablement posées par les élèves (boîtes à questions anonymes).

Pour des raisons de distribution des questionnaires pré-test et d'intervention tardive, peu avant la fin de l'année scolaire, nous n'avons pu organiser un post-test dans ce lycée. Les questionnaires pré-test ont été intégrés pour permettre une analyse des connaissances préliminaires sur un échantillon de plus grande taille et comparer les connaissances initiales des élèves de lycées généraux aux lycées techniques.

Ces mêmes réponses n'ont pas été utilisées pour la comparaison des données pré et post-test.

A l'issue de chaque intervention, dans l'ensemble des 3 lycées, était mis à disposition, des préservatifs, des livrets d'information sur les IST, des feuillets d'information sur le TPE et les adresses où il est possible de faire un test de dépistage anonyme et gratuit à Nancy.

## 2. Le questionnaire :

Il représente la base de notre étude et il a permis le recueil d'informations socio-démographiques, l'évaluation des connaissances des adolescents concernant les IST et leur sentiment concernant le rôle de leur médecin traitant et la place de leurs parents dans la prévention des IST.

Vous trouverez en Annexes, le questionnaire tel qu'il a été diffusé à l'ensemble des élèves et un exemplaire, où les réponses considérées comme justes sont cochées.

### 3. Méthodes d'analyse statistique :

Nous avons rencontré Mme le Dr Nathalie THILLY, médecin au Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy, dans le cadre d'une consultation méthodologie et statistiques, après avoir élaboré la première ébauche de notre questionnaire.

Dans le cadre d'un objectif d'évaluation qualitative des connaissances, concernant la méthode d'échantillonnage, nous n'avons pas défini d'objectif de population à cette étude.

Nous avons réalisé la saisie des données à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007, après avoir discuté du choix du logiciel avec Mr le Pr Rabaud Christian.

La date de naissance a été simplifiée à l'année de naissance devant une réponse des participants souvent limitée à cette donnée.

Les métiers des parents ont été regroupés en classe socioprofessionnelle pour plus de facilité d'analyse des réponses.

Pour les questions à réponse oui/non, la réponse était codée 1 si oui, 0 si non.

Pour l'ensemble des questions à choix de réponses multiples, chaque item était codé 1 si coché, 0 si non coché.

Si aucun item de la question n'était coché, la réponse était codée 9.

Dans un premier temps, une analyse détaillée des réponses a été réalisée, permettant d'obtenir le pourcentage de réponse à chaque item.

Puis dans un deuxième temps, une analyse globale des réponses a été effectuée en codant en réponse juste (ensemble des items justes cochés) ou fausse afin de comparer les réponses pré et post-test.

Les analyses statistiques ont été effectuées par Mme le Dr Nathalie THILLY à l'aide du logiciel SAS version 9.2 software (SAS Institute, Inc., Cary, NC).

Le test utilisé pour toutes les comparaisons qualitatives pré et post test effectuées, est le test du Chi-2 de Pearson. Le test du Chi-2 de McNemar aurait dû être utilisé ici, car il s'agit des mêmes sujets interrogés avant et après, mais la correspondance pré et post-test des sujets ne pouvant être faite, cette méthode n'était pas utilisable pour notre étude.

Pour l'ensemble des comparaisons, le « p » est significatif si  $< 0.05$ .

#### D. Résultats de notre étude :

Les résultats les plus pertinents et statistiquement significatifs sont présentés dans cette partie.

Les détails de l'analyse statistique figurent en Annexes.

##### 1. Les données socio-démographiques :

###### a. En pré-test :

Notre population est de 529 élèves, tous lycées confondus, appartenant respectivement pour 31.8 % au lycée Poincaré, 31.4 % au lycée La Malgrange et 36.9 % au lycée Chopin.

Les élèves sont plus fréquemment de sexe féminin (58 % féminin, 41.8 % masculin et 0.2 % n'ont pas répondu).

Lorsque les élèves du lycée Chopin ne sont plus comptabilisés (dans les analyses comparatives), notre population pré-test est alors de 334 élèves (50.3 % appartenant au lycée Poincaré et 49.7 % au lycée La Malgrange).

La majorité des élèves (79.4 %) sont nés en 1995 soit âgés de 15 à 16 ans lors de notre intervention.

14.0 % des élèves sont nés avant 1995, soit ayant au moins redoublé une fois et 5.9 % ont une à deux années d'avance.

En ce qui concerne la profession des parents, 82.7 % des mères ont une activité professionnelle (0.4% sont sans emploi et 12.9% de non-réponse) dont 23.7% appartiennent à une catégorie socioprofessionnelle élevée.

11.2 % font partie du corps enseignant et 21 % ont une formation médicale ou paramédicale.

86 % des pères ont une activité professionnelle dont 44.2 % appartiennent à une classe socioprofessionnelle élevée.

7.9 % enseignent et 9.3 % ont une formation médicale ou paramédicale.

b. En post-test :

Notre population est de 306 élèves, dont 53.9% du lycée Poincaré et 46.1% du lycée La Malgrange.

De la même façon, les élèves sont majoritairement de sexe féminin pour 54.9%.

La population, en pré et post-test, pour ces deux lycées est sensiblement la même. La différence est liée à l'absence de certains élèves lors du post test (voyage scolaire pour certains élèves du lycée La Malgrange).

2. Analyses descriptives des connaissances en pré et post-test :

- Question 1. « Avez-vous déjà eu des informations sur les IST ? »

88.8% des élèves répondent avoir déjà eu une information en milieu scolaire.

Les médias représentent une source d'informations pour 69 % des élèves.

41.6% des élèves ont reçu une information par leur familles et/ou amis.

20.6 % des élèves disent avoir été informés par leur médecin traitant.

2.5 % répondent n'avoir jamais été informés auparavant sur les IST.

- Question 2. « Pensez-vous être concerné par les IST ? »

Avant notre information, 44.2 % des élèves, estiment se sentir concernés par ce sujet.

En post-test, 65% des élèves se sentent concernés.

- Question 3. « Lors de rapports sexuels non protégés, on s'expose : »

En pré-test, les adolescents répondent, qu'un rapport non protégé peut aboutir à une grossesse (95.1 % des élèves) et peut transmettre des virus (89.4% des élèves).

49.3% des élèves répondent à une transmission possible d'agents microbiens et 54.8% à une transmission d'agents mycosiques.

En post-test, 97.7% des élèves répondent au risque éventuel d'une grossesse et 95.8% au risque de contamination par un virus.

L'emploi lors de l'information du terme « mycose » a permis de faire passer le message d'une contamination possible par les champignons (82.7 % de réponses à cet item).

59.8% ont retenu la possibilité d'une infection par une bactérie.

- Question 4. « Parmi ces infections laquelle ou lesquelles correspond(ent) à une IST ? »

En pré-test, est une IST :

- Le VIH pour 90.4% des élèves.
- L'herpès génital pour 66.2% des élèves.
- La syphilis pour 64.3% des élèves

Seulement 18% des élèves estiment que les chlamydiae sont une IST et 15.1% le gonocoque.

En post-test, les élèves considèrent comme une IST, le VIH pour 96.7 %, la syphilis pour 85.3 % et l'herpès génital pour 81.0 %.

Cependant, le taux de réponses reste faible pour le gonocoque (48.4 %) et les chlamydiae (33.3 %).

- Question 5. « Un seul rapport non protégé peut-il suffire pour être contaminé par une IST ? »

Avant et après information, environ 97% des élèves répondent « oui » à cette question.

- Question 6. « Comment éviter d'être contaminé(e) par une IST ? »

En pré-test, 98.3% des élèves répondent que le préservatif protège des IST.

7.9 % des élèves avant et 4.9 % après notre intervention, répondent que la pilule permet de se protéger des IST.

En pré-test 40.3% des élèves répondent que le fait d'être à jour pour les vaccins obligatoires permet de se protéger des IST. En post-test, 50.3% des élèves le pensent toujours.

- Question 7. « Il existe un vaccin qui protège contre : »

En pré-test, 61.8% des élèves répondent qu'il existe un vaccin protégeant des papillomavirus.

Plus de la moitié des adolescents (59.9%) sait qu'il existe un vaccin contre le VHB.

36.9% des élèves répondent qu'il existe un vaccin contre le VHC.

5.7 % des élèves pensent qu'un vaccin existe contre le VIH.

En post-test :

- Pourcentage important de bonnes réponses pour VHB et papillomavirus : respectivement 78.1 % des élèves.

- 39.2 % des élèves ont coché la réponse VHC.

- 6.9 % des élèves pensent qu'il existe un vaccin contre le VIH, malgré notre intervention.

- Question 8. « Le vaccin protégeant contre le virus responsable de certains cancers du col de l'utérus »

En pré-test, 94.1 % des élèves savent que le vaccin est recommandé chez la jeune fille à partir de 14 ans et comporte 3 injections.

8.9 % des élèves pensent que ce vaccin dispense d'un suivi gynécologique ultérieure.

En post-test, les réponses sont à peu près identiques, 96.1% répondent correctement à l'indication du vaccin. Encore 9.8% de personnes estiment un suivi gynécologique ultérieur, superflu.

- Question 9. « La transmission du VIH peut se faire par : »

Avant notre intervention, selon les adolescents interrogés, le VIH se transmet par le sperme et les sécrétions vaginales pour 93.6%, par le sang pour 92.1% d'entre eux, par le partage de matériel de drogue pour 83.7% et lors de la grossesse pour 74.3%.

37.8% des élèves répondent que le VIH peut se transmettre lors de la réalisation de piercing ou tatouages.

21% des élèves répondent qu'une transmission du VIH est possible par le biais des moustiques, 6.4% suite à l'utilisation des lieux publics et 4.7% lors d'un baiser.

En post-test, la transmission du VIH peut se faire :

- par le sperme et les sécrétions vaginales pour 99% des élèves

- par le sang pour 96.4% des élèves

- par le partage de matériel de drogue pour 95.4% des élèves

- lors des tatouages ou piercing pour 87.9% des élèves

- lors de la grossesse par 87.9% des élèves

17% pensent encore que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique, 4.6% en fréquentant les lieux publics et 3.3% lors d'un baiser

- Question 10. « Une personne peut-elle être infectée par le VIH et ne pas avoir l'air malade ? »

Les élèves savent que le VIH peut être une infection asymptomatique, 98.1% répondent « oui » à cette question en pré-test et 97.1% en post-test.

- Question 11. « J'ai pris un risque d'être contaminé(e) par le VIH : »

En pré-test, 1.7% des élèves ne répondent pas à la question.  
57.8% des élèves, se rendent sans attendre aux urgences d'un hôpital.  
30.1% des élèves consultent leur médecin traitant sans urgence et 24.8% attendent 6 semaines avant de faire un test de dépistage.

En post-test, 88.6% des élèves se rendent sans attendre aux urgences après une prise de risque.

10.8% des élèves attendent 6 semaines pour faire un test de dépistage et 10.5% des élèves consultent leur médecin traitant sans urgence.

- Question 12. « Le traitement d'urgence pour le VIH ou traitement post-exposition : »

En pré-test , 9.1% des élèves interrogés ne répondent pas à la question sur le TPE pour le VIH.

56% des élèves répondent que le TPE pour le VIH diminue le risque de contamination et 49% des élèves répondent qu'il est disponible aux urgences des hôpitaux.

36.5% des élèves répondent qu'il est encore efficace s'il est débuté une semaine après la prise de risque.

1.6% des élèves ne donnent toujours pas de réponse en post-test, à cette question.

81% des élèves savent où se rendre pour bénéficier du TPE et 77.1% connaissent son rôle en termes de diminution du risque de contamination par le VIH.

Encore 29.7% pensent qu'il reste efficace s'il est débuté une semaine après la prise de risque.

- Question 13. « Où peut-on faire un test de dépistage du VIH ? »

En pré-test, 3.6% des élèves ne répondent pas à la question.

85.6% des élèves répondent qu'il est possible de bénéficier d'un test de dépistage du VIH dans les CDAG.

52.9% et 41% répondent qu'il est possible de réaliser un test de dépistage, respectivement dans un centre de planning familial et dans un laboratoire d'analyses médicales sur prescription d'un médecin.

1.3% des élèves sont toujours sans avis après notre information.

La possibilité de réaliser un dépistage au CDAG est clairement intégrée par les élèves avec 94.4% de réponses à cet item.

Après notre intervention, 66.3% des élèves savent qu'il est possible de faire une sérologie dans un centre de planning familial et 51% des élèves ont retenu qu'un médecin (leur médecin traitant par exemple) peut leur prescrire la réalisation d'une sérologie dans un laboratoire.

- Question 14. « J'ai pris un risque de contamination par le VIH, à quel moment pourrais-je faire un test de dépistage qui pourra me certifier que je n'ai pas été contaminé(e) ? »

En pré-test, 7.6% des élèves ne répondent pas à la question.

60.7% répondent qu'un délai de 6 semaines est nécessaire.

31.8% répondent 48H et 2.5% répondent 3 mois.

En post-test, seulement 0.7% ne donnent pas de réponse.

56.2% répondent 6 semaines, 43.5% répondent 48h et 2.9% répondent 3 mois.

- Question 15. « Le traitement contre le VIH : »

En pré et post test on observe que les élèves ont bien conscience que le traitement contre le VIH est un traitement que l'on prend à vie (respectivement 80.2% et 91.2% de réponse à cet item).

Le fait qu'il augmente la survie des patients paraît assez clair avec 62.8% puis 76.1% de réponse.

Pourtant, 6.6% des élèves en pré-test et encore 3.9% en post-test pensent qu'il permet de guérir du VIH.

- Question 16. « Pourriez-vous parler avec votre médecin traitant de votre sexualité et de la prévention des IST ? »

Selon les adolescents interrogés, environ 70% pourraient aborder ce sujet avec leur médecin traitant.

- « Pourquoi »

En pré-test, seulement 31.2% des élèves se sont prononcés sur le fait que leur médecin traitant était ou pas un interlocuteur privilégié dans ce domaine.

Les arguments les plus fréquemment avancés sont que leur médecin a les compétences pour les informer (10.2%), que les IST sont un sujet important (8%) et que le secret médical protège leur entretien (3.2%).

10.6% des élèves sont gênés pour parler de ce sujet.

En post-test, les résultats sont sensiblement identiques.

- Question 17. « Si oui, qui devrait, selon vous, aborder ce sujet très personnel ? »

Les adolescents interrogés veulent rester à l'initiative de l'échange sur ce sujet avec respectivement 57.1% des élèves en pré-test et 55.9% en post-test qui souhaitent aborder le sujet.

Notre intervention n'a pas modifié leur position, comme le montrent des résultats similaires en post-test.

- Question 18. « A partir de quel âge, devrait-il aborder ce sujet en consultation ? »

Ils sont persuadés en pré-test (74.1%) et le restent en post-test (74.2%) que le bon âge est entre 14 et 16 ans, soit avant le passage au lycée.

- Question 19. « Souhaiteriez-vous la présence de vos parents lors de cette consultation ? »

Les adolescents ne souhaitent pas la présence de leurs parents pour aborder ce sujet. Seulement 12.7% des élèves en pré-test et 14.4% en post-test l'accepte.

- « Pourquoi »

La plupart des élèves (47.3%) n'ont pas donné d'argument quant à leur décision.

Le seul argument avancé pour expliquer leur refus est que ce sujet fait partie de leur intimité (39% en pré-test et 25.8% en post-test).

### 3. Analyses comparatives des connaissances. Evaluation de l'impact de notre intervention :

On peut mettre en évidence, que le fait d'avoir informé les élèves, les a rendus significativement plus conscients, du risque potentiel que chacun a, d'être infecté par une IST. Ils se sentent plus concernés une fois informés ( $p=0.0011$ ).

L'information délivrée rend significativement les réponses meilleures quant aux risques de transmission des IST et de la possibilité d'être enceinte lors de rapports non protégés ( $p<0.0001$ ).

Notre intervention a permis aux élèves de connaître significativement mieux le nom des IST les plus fréquentes ( $p<0.0001$ ).

En ce qui concerne, les moyens de se protéger des IST, les réponses sont significativement moins bonnes, après notre intervention ( $p=0.0102$ ). Ceci est probablement dû à la confusion des adolescents sur l'existence d'un seul vaccin obligatoire (DTPolio) qui ne protège pas des IST.

Pourtant, notre intervention a permis d'améliorer significativement ( $p<0.0001$ ), les connaissances sur les vaccins disponibles à la question 7.

De la même façon, les réponses sont significativement meilleures ( $p=0.0001$ ), en ce qui concerne spécifiquement la vaccination contre l'HPV.

Les modes de transmission du VIH sont significativement mieux connus ( $p<0.0001$ ) après notre intervention, qui avait insisté sur le risque lors de la réalisation de piercing/tatouage et lors de la grossesse.

Suite à une prise de risque de contamination par le VIH, notre intervention a donné significativement les moyens aux élèves ( $p<0.001$ ) de réagir et de se rendre à l'endroit le plus adapté (les urgences) pour évaluer la situation.

Concernant le TPE pour le VIH, on s'était rendu compte qu'en pré-test, environ 9% n'avaient pas donné d'avis concernant son existence. En post-test, les réponses sont significativement meilleures ( $p<0.001$ ). Notre intervention leur a donc permis de connaître son existence et de leur donner les moyens de se le procurer, si nécessaire.

Suite à notre intervention, les élèves connaissent significativement mieux ( $p<0.001$ ), les endroits où on peut réaliser un test de dépistage.

En ce qui concerne le délai nécessaire aux tests de dépistage pour confirmer une éventuelle contamination par le VIH, les réponses sont moins bonnes après notre intervention, sans être significatif ( $p=0.1423$ ). Nous avons

mis en évidence une confusion de la part des élèves, entre les 48h d'accès au TPE et les 6 semaines de délai, pour confirmer une sérologie de dépistage.

Notre intervention a amélioré de façon significative ( $p < 0.0001$ ), les connaissances des élèves sur le traitement contre le VIH.

En ce qui concerne : la place de leur médecin traitant, la personne devant être à l'initiative du sujet, l'âge à lequel il faut l'aborder et la place de leurs parents lors de cette consultation ; notre intervention n'a pas modifié de façon significative l'opinion des élèves.

#### 4. Analyses comparatives des connaissances en fonction d'une donnée préalable :

Seuls les résultats significativement intéressants sont présentés.

##### - Selon la profession des parents :

Les parents exerçant une profession médicale, paramédicale ou faisant partie de l'enseignement informent significativement plus leurs enfants sur les IST ( $p = 0.0352$ ). Leurs enfants connaissent significativement mieux, en pré-test, l'existence du TPE contre le VIH et son rôle ( $p = 0.0233$ ).

##### - Selon l'âge des élèves :

Les élèves les plus jeunes (nés à partir de 1995), en pré-test, connaissent significativement mieux le nom des différentes IST ( $p = 0.0399$ ) et les modes de transmission du VIH ( $p = 0.0103$ ).

##### - Selon une information préalablement donnée par leur médecin traitant :

Les élèves ayant reçu une information préalable à notre intervention, par leur médecin traitant, connaissent significativement mieux les vaccins mis à notre disposition ( $p = 0.0290$ ) et les lieux de dépistage possibles du VIH ( $p = 0.0014$ ).

##### - Selon que les élèves se sentent concernés ou non par les IST :

Paradoxalement, nous avons mis en évidence, que les élèves s'estimant non concernés en pré-test par les IST, connaissaient significativement mieux où ils pouvaient se rendre pour réaliser un test de dépistage ( $p = 0.0432$ ) mais également le délai de 6 semaines nécessaire au test de dépistage pour le VIH pour affirmer ou non une contamination ( $p = 0.0286$ ).

- Réponse VHC, selon l'item VHB coché à la question 7 :

Selon les élèves, en pré-test, le fait de penser qu'il existe un vaccin contre le VHB associe significativement l'existence d'un vaccin contre le VHC ( $p < 0.0001$ ).

Ils ne différencient, à priori, pas les deux pathologies et de ce fait la composition du vaccin.

- Selon le sexe :

Une seule réponse en pré-test est significativement différente en fonction du sexe.

Les filles connaissent significativement mieux les vaccins disponibles actuellement ( $p = 0.0093$ ).

- Réponses question 8, selon l'item papillomavirus coché à la question 7 :

Les élèves connaissant l'existence, en pré-test, du vaccin protégeant contre les HPV, ont significativement de meilleures connaissances concernant les indications et le rôle du vaccin ( $p < 0.0001$ ).

- Selon le nombre d'interventions réalisées entre le pré et post-test :

Les élèves ayant reçu deux informations ont significativement de meilleures connaissances, en post-test, en ce qui concerne les lieux de dépistage ( $p = 0.0239$ ) et le traitement du VIH ( $p = 0.0001$ ).

Ceci nous permet de constater que le fait de multiplier les informations et leurs différentes méthodes permet de consolider les connaissances des adolescents.

- Selon le lycée d'appartenance en pré-test :

En pré-test, les différences significatives montrent que, pour deux des réponses (les risques potentiels liés à un rapport non protégé ( $p = 0.0117$ ) et les lieux de dépistage du VIH ( $p < 0.0001$ ), les élèves du lycée Chopin ont de meilleures connaissances.

A Chopin, nous sommes certains d'une intervention au collège par Mme Pontus.

Par ailleurs, les élèves du lycée Poincaré connaissent significativement mieux ( $p = 0.0217$ ), le traitement contre le VIH.

- Selon le lycée d'appartenance en post-test :

En post-test, l'ensemble des résultats significatifs montrent que les élèves du lycée Poincaré ont de meilleures connaissances : le nom des différentes IST ( $p=0.0105$ ), les vaccins existants ( $p=0.0438$ ), les modes de transmissions du VIH ( $p=0.0028$ ), la conduite à tenir en cas de prise de risque vis-à-vis du VIH ( $p=0.0340$ ) et les lieux de réalisation du dépistage du VIH ( $p=0.0217$ ).

# **DISCUSSION**

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à l'information préalable des adolescents sur les IST : qui les informe ?, quelles sont leurs connaissances à priori ?

2.5% de notre panel (13 élèves), estiment n'avoir jamais reçu d'informations sur les IST. Ce chiffre est moindre, cependant il représente des adolescents qui n'ont été informés, ni au cours de leur cursus scolaire, ni par leur médecin traitant.

Par ailleurs, on observe une disparité importante dans la place qu'occupe chaque source d'informations. Cependant, il est difficile de connaître avec précision, l'impact en termes de connaissances appropriées, que chacune apporte aux adolescents.

Seulement 20.6% des élèves disent avoir été informés par leur médecin traitant. Ce chiffre ne nous paraît pas assez élevé, étant donné le rôle de prévention que devrait tenir celui-ci. Il est le mieux placé pour connaître l'adolescent, donc définir avec lui les connaissances qui lui manquent. La déclaration du choix de son médecin traitant à 16 ans auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, doit lui donner l'occasion de se trouver dans une position de confiance avec l'adolescent qui « l'a choisi ». Son rôle de prévention est important, car il est le seul intervenant à pouvoir rencontrer l'adolescent lors de consultations itératives et lui répéter les informations en s'adaptant aux connaissances antérieures.

41.6% des élèves répondent avoir reçu une information par leur famille/amis. Ce chiffre est encourageant, car malgré la difficulté à aborder ce sujet délicat, on observe que les mentalités se modifient et qu'il est parfois possible de parler de sexualité au sein de la famille. Il paraît donc important, que les parents puissent également bénéficier d'une réactualisation de leurs connaissances en termes de prévention des IST, afin de transmettre un message correct à leurs enfants. Ce message de prévention s'adresse aussi aux adultes, étant donné le nombre grandissant de parents divorcés et de familles recomposées, car une « nouvelle sexualité » s'applique avec un autre partenaire.

Les médias occupent une place importante dans la transmission d'informations aux adolescents, 69% d'entre eux ont été informés de cette manière. Les méthodes de diffusion d'informations sur les IST et le VIH s'adaptent à ces nouveaux moyens de communication. Malgré tout, le contenu et la pertinence des informations diffusées sont difficiles à évaluer, notamment sur les sites « informatifs » non contrôlés.

Enfin, 88.8% des élèves interrogés, répondent avoir été informés en milieu scolaire. Ce résultat montre que l'Education Nationale joue correctement son rôle d'éducation à la sexualité et à la prévention des IST. Notre panel a été évalué au cours de l'année de seconde, ce qui prouve bien que l'information préalable a été délivrée au collège, comme cela est préconisé dans les recommandations de l'Education Nationale.

Il est intéressant de constater que les élèves se sentent significativement plus concernés ( $p=0.0011$ ) par les IST, après avoir été informés lors de notre intervention. Ce qui prouve qu'ils ont pris conscience que nous étions tous concernés par les IST.

En effet, l'absence de connaissances ou les idées reçues sur les IST, ne permettent pas de donner aux adolescents les moyens d'avoir une sexualité dépourvue de risques. Il est important d'insister sur les risques potentiels liés à une sexualité non protégée.

Dans un second temps, nous allons analyser les connaissances préalables des adolescents sur les IST. Nous allons mettre en avant ce qu'ils savent déjà mais également leurs lacunes.

Les adolescents sont conscients qu'un seul rapport non protégé peut avoir pour conséquence une grossesse (95.1%), mais également une contamination par une IST (97.4%).

Ils ne font pas la distinction entre les différentes IST (virales, bactériennes, mycosiques) et ne connaissent pas leur intitulé, notamment gonocoque et chlamydia.

Malgré tout, nous avons insisté sur la définition des infections à chlamydia et gonocoque lors de nos interventions. En effet, ce sont des IST avec une prévalence importante, surtout chez les jeunes au début de leur activité sexuelle. Nous avons évoqué « la chaude pisse » chez le garçon et rappelé le caractère souvent asymptomatique des infections à chlamydia associé aux risques de stérilité tubaire.

Cette distinction, en pratique, n'est pas très importante, car ils savent que le moyen de se protéger est le même : l'utilisation du préservatif.

On constate par ailleurs, que 7.9% des élèves pensent que la pilule est un moyen de se protéger des IST. Il est important d'insister sur le rôle de la pilule contraceptive, qui leur permet uniquement de maîtriser la fécondité, si et seulement si, elle est correctement utilisée.

En ce qui concerne les vaccins, 40.3% des élèves pensent que le fait d'être à jour pour les vaccins obligatoires (seulement le vaccin DTPolio) protège des IST. Ce pourcentage nous fait émettre l'hypothèse que les adolescents font difficilement la distinction entre les vaccins obligatoires et ceux recommandés.

A priori, ils ne savent pas contre quoi ils sont vaccinés et les maladies ainsi évitées et pensent être à jour dans leur calendrier vaccinal.

Seulement 12.0% des élèves de notre étude connaissent les vaccins mis actuellement à notre disposition.

5.7% des élèves pensent en pré-test qu'il existe un vaccin protégeant du VIH.

36.9% des élèves interrogés, pensent qu'il existe un vaccin contre l'hépatite C. Ce résultat est comparable à celui observé lors d'une enquête téléphonique nationale, réalisée auprès de 4112 personnes âgées de 18 à 79 ans, début 2006. 42.4% pensaient également qu'il existait une vaccination contre l'hépatite C [45].

Le vaccin protégeant des papillomavirus semble bien connu par la population adolescente. 61.8% connaissent l'existence de ce vaccin et 94.1% des élèves interrogés connaissent les indications et les modalités de sa réalisation. Seulement 8.9% pensent que le vaccin dispense d'un suivi gynécologique. Les filles ne donnent pas significativement de meilleures réponses à cette question, malgré qu'elles soient concernées par cette vaccination ( $p=0.5193$ ).

L'ensemble de ces constatations, globalement satisfaisantes, montrent que la campagne vaccinale semble efficace.

Selon une enquête réalisée au cours du premier trimestre 2009, auprès de 508 élèves de seconde de lycées des Alpes-Maritimes [46], 63% des élèves interrogés avaient entendu parler des HPV. Pour la majorité des élèves, leur moyen d'informations était les médias (télévision, journaux, internet). 67.5% établissaient correctement le lien entre l'infection à HPV et le cancer du col de l'utérus. 71.1% connaissaient le rôle protecteur du vaccin contre ce cancer et 44.5% ne savaient pas qu'il était nécessaire de poursuivre le dépistage par FCV. Les filles interrogées, avaient significativement ( $p<0.001$ ) de meilleures connaissances concernant les HPV.

Si l'on compare ces données, les élèves interrogés dans notre étude connaissent mieux les indications du vaccin et ont davantage conscience que le vaccin ne dispense pas d'un suivi gynécologique. Les garçons de notre étude ont des connaissances comparables à celles des filles. Ces résultats sont encourageants.

Dans notre étude, les adolescents connaissent les modes de transmission du VIH, les plus fréquents (sperme, sang, partage du matériel de drogue). Cependant ils ne sont pas assez informés (seulement 37.8%), concernant le risque de transmission lors de la réalisation de piercing ou tatouage, si le

matériel n'est pas à usage unique ou correctement stérilisé. Quelques idées reçues persistent comme la transmission par les moustiques (21%), l'utilisation des lieux publics (6.4%) ou lors d'un baiser (4.7%).

En ce qui concerne le VIH, les adolescents sont conscients, qu'une personne infectée peut ne pas avoir l'air malade (98.1%) et ils ont de bonnes connaissances concernant son traitement (hormis 6.6% des élèves qui estiment qu'il permet de guérir de cette infection).

Suite à un rapport sexuel à risque vis-à-vis du VIH, les adolescents n'adopteraient pas suffisamment la bonne attitude. Seulement 57.8% des élèves adoptent la bonne attitude et se rendent, sans attendre aux urgences.

Pour les autres élèves, leur prise en charge ne serait pas optimale en cas de risque avéré de contamination par le VIH, car 30.1% des élèves consulteraient leur médecin traitant sans urgence et 24.8% attendraient 6 semaines avant de faire un test de dépistage.

9.1% des élèves ne connaissent probablement pas l'existence du traitement d'urgence pour le VIH, car ils n'ont pas répondu à la question, en pré-test.

Seulement 56% savent que son rôle est de diminuer le risque de contamination par le VIH et 49% des élèves connaissent l'endroit où l'on peut se le procurer.

Le TPE pour le VIH n'est pas suffisamment connu. Il représente un sujet sur lequel il faut insister auprès des adolescents mais aussi de l'ensemble de la population sexuellement active, comme il est décrit dans le rapport de réduction des risques du Pr. Pialoux [21]. Un travail important de communication est à réaliser.

Concernant le dépistage du VIH, 85.6% des élèves connaissent à priori, l'existence et le rôle du CDAG mais seulement 52.9% se rendraient dans un CPEF et 41% savent que leur médecin traitant peut leur prescrire la réalisation d'une sérologie de dépistage.

Il est important de donner aux adolescents les adresses les plus proches où il est possible de se rendre pour réaliser un test de dépistage du VIH et leur rappeler que leur médecin traitant est en mesure de leur prescrire une sérologie de dépistage, qui d'ailleurs, va être prochainement proposer de façon systématique à partir de 15 ans.

Le délai de 6 semaines, nécessaire avec les techniques de dépistage actuelles, pour conclure à l'absence de contamination par le VIH en cas de prise de risque, n'est connu que par 60.7% des élèves. Seulement 2.5% des élèves répondent 3 mois, ce qui montrent bien que ce panel est jeune et n'a jamais

connu le délai nécessaire pour les tests de dépistage de 3<sup>e</sup> génération, qui était de 3 mois.

Nous allons maintenant étudier les réponses des adolescents concernant la place de leur médecin traitant et de leurs parents, lors des consultations abordant le sujet des IST.

70% des élèves pourraient aborder le sujet de la sexualité et des IST avec leur médecin, ce qui montre que les adolescents estiment que leur médecin traitant est un interlocuteur privilégié. Ce chiffre est encourageant et doit permettre au médecin traitant d'aborder ce sujet délicat plus facilement avec ses patients et notamment avec les adolescents.

Parmi les adolescents ayant répondu, qu'ils ne pourraient pas en parler avec leur médecin, la plupart mettent en avant le fait qu'ils seraient gênés. Il revient donc au médecin de mettre à l'aise les adolescents vis-à-vis de ce sujet, en l'abordant d'une façon générale dans un premier temps, mais également en mettant à disposition, notamment dans la salle d'attente, des livrets d'informations sous forme papier afin de rompre le tabou (livrets Inpes, Sidaction...).

Il est également important que le médecin traitant insiste sur le fait que le contenu des consultations médicales est protégé par le secret médical et ce, même à l'égard de leurs parents.

Environ la moitié des élèves interrogés (57.1%), veulent rester à l'initiative de ce sujet lors des consultations et cela entre 14 et 16 ans.

Cependant, nous pensons qu'il est du devoir du médecin traitant de leur dire qu'il peut les informer, s'ils le souhaitent.

Seuls 12.7% des adolescents souhaitent la présence de leurs parents, lors de cette consultation. 1.7% d'entre eux, la plupart du temps des filles, acceptent la présence de leur mère mais pas de leur père.

Force est de constater qu'il serait donc judicieux de proposer aux adolescents, une consultation sans la présence de leurs parents afin d'aborder sereinement ce sujet délicat.

Suite à l'analyse des différents résultats comparatifs de notre étude, nous pouvons constater, que notre information ciblée sur les IST, a amélioré les connaissances des adolescents sur ce sujet.

En effet, la plupart des réponses sont significativement meilleures en post-test.

Il est donc clair, qu'il faut insister auprès de l'ensemble des acteurs de prévention des IST, que toute information est utile et ceci d'autant plus, si elle

est répétée dans le temps. En effet nous avons mis en évidence des réponses significativement meilleures en ce qui concerne les lieux de dépistage et le traitement du VIH après deux informations. Il est intéressant d'observer cette différence, car la deuxième intervention insistait sur ces deux items.

Par ailleurs, nous avons observé une différence en post-test entre les élèves des deux lycées. Les réponses des élèves du lycée Poincaré sont significativement meilleures. Or notre intervention avait différé en ce qui concerne le nombre d'élèves à chaque intervention. Au lycée Poincaré, une à deux classes participaient à chaque intervention et au lycée La Malgrange, les cinq classes avaient été réunies pour une intervention unique.

Il semblerait que le fait d'être moins nombreux, permettrait de rendre les élèves plus attentifs et de faire mieux assimiler les différents éléments abordés. Ceci conforte l'importance que la discussion « en tête à tête » en médecine générale serait encore plus performante.

Après avoir mis en évidence, cette amélioration globale des connaissances, nous avons étudié l'influence de certains facteurs.

Nous avons observé que la profession des parents influençait les résultats. En effet, les parents exerçant une profession médicale, paramédicale et les enseignants, informent significativement plus leurs enfants sur les IST ( $p=0.0352$ ). Ces élèves connaissent significativement plus l'existence du TPE pour le VIH ( $p=0.0233$ ). Il est évident que des parents informés, abordent plus facilement le sujet et de façon plus aisée.

On peut noter que parmi les élèves interrogés, les élèves les plus jeunes (nés en 95, 96 et 97), ont quelques connaissances significativement meilleures : le nom des différentes IST ( $p=0.0399$ ) et les modes de transmission du VIH ( $p=0.0103$ ). Nous ne pouvons pourtant, émettre une explication à cela.

Les élèves ayant été informés au préalable par leur médecin traitant, connaissent significativement mieux les vaccins existants ( $p=0.0290$ ) et l'endroit où il est possible de faire un test de dépistage du VIH ( $p=0.0014$ ). Ces deux sujets représentent des actes fréquemment réalisés ou prescrits par le médecin traitant. Il paraît évident qu'il en informe au mieux ses patients.

Les élèves de sexe féminin connaissent davantage les vaccins actuellement disponibles ( $p=0.0093$ ). La campagne de vaccination contre les HPV joue probablement un rôle dans cette différence.

Lors de l'analyse des réponses en post-test, trois confusions ont été mises en évidence.

Tout d'abord, cela a été observé en ce qui concerne les vaccinations. Il semble clair, que les adolescents ne connaissent pas suffisamment bien, le rôle des vaccins qui leur ont été administrés depuis l'enfance et la notion de vaccin obligatoire ou recommandé. Il serait intéressant de bien éclaircir avec le patient le bénéfice attendu de la vaccination réalisée et donc de quelle pathologie il protège.

Ensuite, les adolescents ne font pas clairement la distinction entre VHB et VHC. Certes, cela n'est pas facile à comprendre, mais seulement une de ces deux hépatites est à protection vaccinale.

Enfin, notre intervention, qui comprenait beaucoup d'informations concernant les IST, a pu fait naître, chez certains, une confusion entre le délai d'accès de 48h au TPE contre le VIH et les 6 semaines de délai pour conclure à l'absence de contamination par le VIH suite à une prise de risque.

Encore une fois, il faut insister sur le rôle du médecin traitant qui peut donner une information ciblée sur une seule notion de prévention et qui peut les répéter dans le temps.

Nous allons maintenant définir les difficultés et les biais rencontrés, lors de la réalisation de notre étude.

Initialement, nous avons défini une population plus représentative de la population adolescente. En effet, deux autres lycées devaient participer à notre étude :

- le lycée professionnel Saint-Michel de Bosserville à Art-sur-Meurthe : lycée privé à orientation professionnelle (maintenance automobile, électrotechnique, électronique, transport, énergétique et métiers du bois).
- le lycée Emmanuel Héré à Laxou : lycée publique à orientation professionnelle (métiers du bâtiment, de l'énergie, des travaux publics et d'assistantat en architecture).

Cependant pour des difficultés d'organisation (en termes d'intégration à l'emploi du temps des élèves), nous n'avons pu réaliser notre intervention dans ces deux établissements scolaires.

Devant une intervention réalisée tardivement au lycée Chopin (avril-mai 2011) et du fait que cet établissement accueille les épreuves du baccalauréat, nous n'avons pu organiser et récupérer, avant la fin de l'année scolaire, le post-test. Malgré tout, nous avons utilisé les données pré-test de ce lycée, dans le but d'avoir une population pré-test plus importante pour les analyses descriptives.

Notre population finale est donc constituée essentiellement de deux lycées généraux de Nancy et sa banlieue, rendant le panel moins représentatif de la

population adolescente. En effet, 82.7% des mères et 86% des pères ont une activité professionnelle et respectivement 23.7% et 44.2% appartiennent à une catégorie socioprofessionnelle favorisée (chefs d'entreprise, cadres, professions intellectuelles et médicales), ce qui n'est pas le reflet de la population générale.

En ce qui concerne, l'analyse comparative des connaissances, nous n'avons pas pu les réaliser de façon individuelle. En effet, nous n'avions pas établi de code d'anonymat qui nous aurait permis à posteriori de comparer pour chaque élève, leur questionnaire pré et post-test. Cependant, ceci n'était pas notre but car nous voulions une vision globale des connaissances de la population adolescente et de l'impact de notre intervention sur les IST.

Malgré ces difficultés, notre étude nous donne un aperçu des connaissances pré et post-test d'adolescents âgés de 15 à 16 ans.

Par ailleurs, plusieurs biais ont été mis en évidence.

Tout d'abord, comme sus-décrit, on retrouve un biais de sélection de la population.

Ensuite, la réponse au questionnaire est biaisée par la participation « imposée » aux adolescents, lors des heures de cours. En effet, ceux-ci ont parfois répondu aux questions ouvertes du questionnaire avec beaucoup « d'humour »...rendant la réponse non évaluable ou encore cochant uniquement les items faux et pour finir, parfois ne répondant qu'à certaines questions. Les non-réponses ne sont donc pas forcément le reflet de l'absence de connaissances de la part des adolescents.

Un biais de réponse a été mis en évidence au moment de la correction collective du questionnaire avec les élèves. Un item proposé à la question 11 « J'ai pris un risque d'être contaminé par le VIH », donnait comme proposition « j'attends 6 semaines ». Cet élément a donné à certains, la réponse à la question 14 « à quel moment pourrais-je faire un test de dépistage qui pourra me certifier que je n'ai pas été contaminé ». Cependant, devant la confusion des adolescents avec les 48h d'accès au TPE, nous n'avons pas eu de réponses significativement meilleures à la question 14.

Deux biais de réponse peuvent être avancés du fait de l'intitulé des items proposés. Ainsi à la question 4, l'herpès génital est énoncé comme une réponse possible en ce qui concerne les différentes IST. Le terme « génital » peut favoriser une réponse juste. De la même façon, à la question 13, les centres de dépistage anonymes sont proposés comme réponse à la question « où peut-on réaliser un test de dépistage du VIH », ce qui peut influencer une réponse juste.

Le fait d'avoir insisté sur les critères de choix d'un tatoueur ou d'un perceur de qualité, a sensibilisé les élèves aux risques de transmission virale lors de ces différents actes, comme le montrent les 87.9% d'élèves qui ont répondu en post-test qu'une transmission du VIH était possible.

Ces professionnels ne sont soumis ni à un diplôme ni à aucune formation sur les risques sanitaires pour s'installer et les mesures d'hygiène ne sont pas forcément toujours bien respectées.

Dans la littérature, aucun cas de transmission du VIH n'a jamais été décrit, mais il nous a paru important de les sensibiliser à ce risque éventuel et d'y associer les risques de transmission du VHC et du VHB.

Pour finir, on peut constater que les élèves pouvaient cocher pour une même question, plusieurs items. Or, parfois les élèves cochaient un item juste mais également un ou plusieurs items faux. Ainsi dans l'analyse descriptive des réponses en pré-test, le pourcentage de réponse à un item juste est biaisé car parfois il est associé également à la réponse à un item faux. C'est pourquoi le total des réponses ne correspond jamais à 100%.

Ceci est corrigé pour les analyses comparatives car nous avons comparé les réponses entièrement justes aux réponses fausses.

**PROPOSITIONS**  
**D'UN MESSAGE DE PREVENTION**  
**DES IST**  
**A DELIVRER**  
**PAR LES PROFESSIONNELS DE**  
**SANTE DE SOINS PRIMAIRES**

## LES 10 COMMANDEMENTS CONTRE LES IST

1. Avant de débiter une activité sexuelle, il est important de connaître son statut sérologique ainsi que celui de son/sa partenaire, même si « c'est la première fois ».

2. Tous les rapports sexuels, quels qu'ils soient, doivent toujours être protégés par l'utilisation d'un préservatif (en l'absence de connaissance du statut VIH de son/sa partenaire).

3. Des préservatifs sont disponibles gratuitement dans les CDAG/CIDDIST, les CPEF, auprès des médecins et infirmières scolaires.

4. Deux IST peuvent être prévenues par la vaccination : l'hépatite B, vaccin recommandé pour tous et l'infection à HPV, vaccin recommandé chez les jeunes filles à partir de 14 ans.

5. Toutes les IST ne s'accompagnent pas de signes cliniques mais leur diagnostic est simple, grâce au dépistage.

6. Une consultation médicale s'impose devant des signes cliniques locaux :

- Chez son médecin traitant
- Gratuitement et anonymement dans les CDAG/CIDDIST et CPEF

7. Hormis le VIH, toutes les autres IST peuvent bénéficier d'un traitement curatif simple. En cas de diagnostic d'IST, il faut également prévenir et traiter le(s) partenaire(s).

8. Des tests de dépistage des différentes IST et du VIH peuvent être réalisés sur prescription médicale dans un laboratoire, gratuitement et anonymement dans les CDAG/CIDDIST et les CPEF.

9. Les CPEF proposent également des moyens de contraception et des consultations IVG.

10. Il existe un traitement d'urgence, en cas de prise de risque de contamination par le VIH (rapport non protégé, rupture de préservatif, rapports sous la contrainte, sous l'emprise d'alcool ou autres substances illicites) pouvant être délivré, au mieux dans les 4h, au plus tard dans les 48h. Il est disponible au service des urgences de tous les hôpitaux en France.

***« Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés »*** Extrait du Serment d'Hippocrate

# CONCLUSION

La prévention des IST et du VIH doit d'abord se baser sur une information de qualité, qui doit être répétée dans le temps.

Elle doit être actualisée régulièrement en raison de l'avancée des connaissances, concernant le dépistage et le traitement des IST.

Elle doit viser les groupes les plus vulnérables, les groupes à risque mais également la population générale et surtout les adolescents.

Notre étude montre qu'une information ciblée sur les IST, améliore les connaissances des jeunes et ce de façon significative.

Selon les directives du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, il est rappelé que les professionnels de santé puissent bénéficier d'une formation en ce qui concerne la prévention des IST [F]. Il serait intéressant que notre travail soit la base d'un enseignement dans le cadre du troisième cycle du Diplôme d'Etude Spécialisée de Médecine Générale.

Il est important de rappeler aux médecins généralistes, leur rôle à tenir en termes de prévention primaire, auprès de leurs patients. Notre étude montre que 70% des adolescents interrogés, estiment que leur médecin traitant est un interlocuteur privilégié, en ce qui concerne le sujet de la sexualité et de la prévention des IST. Ce résultat doit permettre au médecin de soins de santé primaires de se sentir à l'aise avec ce sujet et ne pas hésiter à proposer une information à ces jeunes patients.

En effet seulement 20.6% des élèves interrogés avaient été informés par leur médecin traitant. Nous espérons vivement que notre travail va contribuer à augmenter ce pourcentage.

Par ailleurs, nous pensons qu'il serait intéressant, devant les résultats de notre travail, d'organiser et de recommander, une consultation de médecine générale dédiée à ce sujet, vers l'âge de 14-15 ans. Cette consultation pourrait se dérouler sans la présence des parents, selon le désir de l'adolescent. Elle serait le moment d'un partage entre l'adolescent et le médecin traitant, partage d'informations mais aussi d'inquiétudes ou de questionnement de la part de l'adolescent.

Il est évident qu'une information unique n'a pas de sens. Il faut insister régulièrement sur l'utilisation systématique du préservatif, sur l'importance de la connaissance de son statut sérologique vis-à-vis du VIH mais aussi celui de son partenaire et sur la nécessité de consulter en urgence, suite à une prise de risque de contamination par le VIH, afin de bénéficier d'une prise en charge optimale.

Il ne faut pas hésiter à renouveler ces informations.

Il existe également des outils (livrets d'informations) permettant un relai d'informations d'une manière différente. Ils sont disponibles gratuitement sur

simple demande et ils doivent être mis à la disposition des patients dans les salles d'attente des différents cabinets de médecine de soins primaire (brochure et bon de commande disponible à l'adresse : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)).

La lutte contre le VIH/SIDA et les IST est dictée par le Plan National 2010-2014 [2]. Une campagne nationale, le 1<sup>er</sup> décembre 2011, va amorcer la déclinaison de ce plan, concernant le dépistage systématique de l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans. Elle sera destinée notamment aux professionnels de santé de soins de santé primaire.

Il est de notre devoir à tous, professionnels de santé et futurs professionnels, de participer à la lutte contre le fléau des IST et plus particulièrement du VIH.

Nous sommes en possession des connaissances et des moyens pour y remédier et il nous revient, de transmettre à nos patients, ces messages de prévention pour les rendre acteurs de leur santé.

Nous espérons que notre thèse aura contribué à ce combat et que nos propositions d'actualisation du message de prévention représenteront un outil de travail pour nos confrères.

*« Dans les grandes choses, avant l'effort qui réussit, il y a presque toujours des efforts qui passent inaperçus. » Laure Conan. Extrait de l'Oublié.*

# **ANNEXES**



Affiches publicitaires insistant sur l'utilisation du préservatif pour se protéger des IST.



“Je suis allé faire le test du sida. On ne m’a pas demandé mon nom, juste un peu de mon temps”

Pour savoir où faire un test anonyme, appelez Sida Info Service au 0800 840 800  
Appel confidentiel et gratuit 24h/24

www.sida-info-service.org



Le test de dépistage est anonyme, confidentiel et gratuit  
[www.sida-info-service.org](http://www.sida-info-service.org)



Affiche publicitaire insistant sur le caractère anonyme du dépistage du VIH.



Affiche publicitaire destinée à la population homosexuelle, afin d'inciter à l'utilisation systématique du préservatif.

Elle ne se voyait pas vivre avec un séropositif.  
Aujourd'hui, elle ne se voit pas vivre sans lui.



Ensemble, luttons contre la discrimination



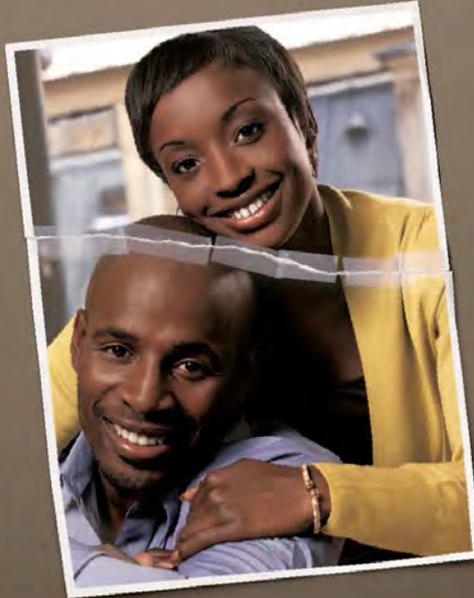
Elle ne se voyait pas vivre avec un séropositif.  
Aujourd'hui, elle ne se voit pas vivre sans lui.



Ensemble, luttons contre la discrimination



Elle ne se voyait pas vivre avec un séropositif.  
Aujourd'hui, elle ne se voit pas vivre sans lui.



Ensemble, luttons contre la discrimination

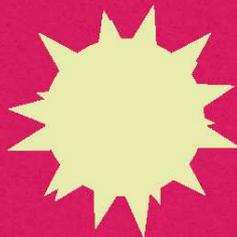


Affiches publicitaires insistant sur la non-discrimination des personnes séropositives pour le VIH.



Affiches publicitaires insistant sur le fait que le VIH ne « se voit » pas, impliquant donc de se protéger.

**EN FRANCE,  
50 000  
PERSONNES  
VIVENT AVEC  
LE VIRUS DU SIDA  
SANS LE SAVOIR**



**Faites-vous dépister.**

Aujourd'hui, grâce aux traitements,  
on peut stopper la progression du virus.

2011 Mars 04



1<sup>er</sup> décembre, Journée mondiale de lutte contre le sida

Pour en savoir plus, [www.sida-info-service.org](http://www.sida-info-service.org) ou par téléphone au 0800 840 800  
(24h/24, appel confidentiel, anonyme et gratuit depuis un poste fixe)

Affiche publicitaire récente insistant sur la nécessité d'un dépistage de la population générale.



Je me protège...

Un peu. Beaucoup. Passionnément. À la folie. Pas du tout.

Toujours.



Par le groupe de prévention des IST  
Faculté de Médecine de Nancy  
2011



Affiche publicitaire réalisée par les élèves de PCEM2 2010-2011 de la Faculté de Nancy participant à l'enseignement optionnel Prévention des IST.  
Cette affiche insiste sur l'utilisation systématique du préservatif.

**Sûre de moi.  
Et vous?**

**En France, 50 000 personnes sont séropositives sans le savoir.** 

Un seul moyen de le savoir : faites un test de dépistage.  
**Le dépistage, pensez-y.**

Il peut-être ANONYME et GRATUIT.  
Il peut aussi vous être prescrit. Parlez en à votre médecin.

**Sûrs de nous.  
Et vous?**

**En France, 50 000 personnes sont séropositives sans le savoir.** 

Un seul moyen de le savoir : faites un test de dépistage.  
**Le dépistage, pensez-y.**

Il peut-être ANONYME et GRATUIT.  
Il peut aussi vous être prescrit. Parlez en à votre médecin.

**Sûrs de nous.  
Et vous?**

**En France, 50 000 personnes sont séropositives sans le savoir.** 

Un seul moyen de le savoir : faites un test de dépistage.  
**Le dépistage, pensez-y.**

Il peut-être ANONYME et GRATUIT.  
Il peut aussi vous être prescrit. Parlez en à votre médecin.

Affiches publicitaires réalisées par les élèves de PCEM2 2010-2011, option Prévention des IST.

Fréquentation du CDAG du CHU de Nancy de 2006 à 2010 pour la tranche  
d'âge 19-20 ans :

Année	2006		2007		2008		2009		2010	
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
Statut VIH	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
Hommes	251	0	159	0	178	0	117	0	170	0
Femmes	333	0	235	0	241	0	169	0	202	0
Total	584	0	394	0	419	0	286	0	372	0

Fréquentation du CDAG de la Maternité de Nancy en 2010 :

Année	2010	
Statut VIH	-	+
Hommes	24	0
Femmes	97	0
Total	121	0



# Connaissez vous les infections sexuellement transmissibles ( IST ) ?



Pour l'ensemble des questions, cochez la ou les réponses qui vous paraissent exactes.

- Sexe :  M  F
- Age : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Classe et établissement : \_\_\_\_\_
- Profession des parents : Mère : \_\_\_\_\_ Père : \_\_\_\_\_

## 1. Avez-vous déjà eu des informations sur les IST ? :

- Non
- Oui, par famille/amis
- Oui, en milieu scolaire (infirmière, prof)
- Oui, par médecin traitant
- Oui, par Média (TV, magazine, Internet)
- Oui, autres, précisez \_\_\_\_\_

## 2. Pensez-vous être concerné par les IST ?

- Oui  Non

## 3. Lors de rapports sexuels non protégés, on s'expose :

- A une contamination par un virus
- A une contamination par une bactérie
- A une grossesse (pour les filles)
- A une infection par des champignons

## 4. Parmi ces infections laquelle ou lesquelles correspond(ent) à une IST ?

- L'herpès génital
- La coqueluche
- Le VIH
- Les chlamydiae
- La rubéole
- La syphilis
- Le gonocoque

## 5. Un seul rapport non protégé peut-il suffire pour être contaminé par une IST ?

- Oui  Non

## 6. Comment éviter d'être contaminé(e) par une IST ? :

- En utilisant un préservatif
- En étant à jour pour tous les vaccins obligatoires
- En prenant la pilule

## 7. Il existe un vaccin qui protège contre :

- Le VIH
- L'hépatite B
- L'hépatite C
- La syphilis
- Le papillomavirus

## 8. Le vaccin protégeant contre le virus responsable de certains cancers du col de l'utérus

- Est réalisé chez la fille à partir de 14 ans et comporte 3 injections
- Dispense d'avoir un suivi gynécologique et la réalisation de frottis régulièrement
- Est remboursé par la sécurité sociale

## 9. La transmission du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) peut se faire par :

- Un baiser
- Le sang
- Le sperme, les sécrétions vaginales
- Le partage de matériel de prise de drogue
- Les piqûres de moustique
- La fréquentation des toilettes publiques, la piscine
- Les piercings, tatouages
- Lors de la grossesse, si la future maman est infectée



10. Une personne peut-elle être infectée par le VIH et ne pas avoir l'air malade ? :

Oui  Non

11. J'ai pris un risque d'être contaminé par le VIH :

- Je ne fais rien tout de suite, j'attends 6 semaines avant de faire un test de dépistage
- Je prendrai contact avec mon médecin sans urgence pour prendre son avis
- Je vais sans attendre au service des urgences de l'hôpital le plus proche

12. Le traitement d'urgence pour le VIH ou traitement post-exposition (TPE) :

- Permet de diminuer le risque de contamination par le VIH
- Peut être délivré au service des urgences d'un hôpital
- Est efficace s'il est débuté une semaine après le risque



13. Où peut-on faire un test de dépistage du VIH ?

- Dans un laboratoire de ville sur prescription médicale
- Dans un Centre de dépistage anonyme
- Dans un centre de planning familial

14. J'ai pris un risque de contamination par le VIH, à quel moment pourrai-je faire un test de dépistage qui pourra me certifier que je n'ai pas été contaminé(e) ?

48h  6 semaines  3 mois  6 mois

15. Le traitement contre le VIH :

- Se prend à vie  Permet la survie des patients contaminés
- Est responsable d'effets secondaires  Permet de guérir du VIH

16. Pourriez vous parler avec votre médecin traitant de votre sexualité et de la prévention des infections sexuellement transmissibles ?

Oui  Non

Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Si oui, qui devrait, selon vous, aborder ce sujet très personnel ?

C'est à mon médecin traitant d'aborder le sujet  C'est à moi d'aborder le sujet

18. A partir de quel âge devrait-il aborder ce sujet en consultation?

Avant 14 ans  Entre 14 et 16 ans  Après 16 ans

19. Souhaiteriez-vous la présence de vos parents lors de cette consultation ?

Oui  Non

Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Connaissez vous les infections sexuellement transmissibles ( IST ) ?

Pour l'ensemble des questions, cochez la ou les réponses qui vous paraissent exactes.



Voici un exemplaire du questionnaire, avec les réponses considérées comme justes, cochées.

1. Pensez-vous être concerné par les IST ?

Oui  Non

2. Lors de rapports sexuels non protégés, on s'expose :

A une contamination par un virus  A une contamination par une bactérie  
 A une grossesse (pour les filles)  A une infection par des champignons

3. Parmi ces infections laquelle ou lesquelles correspond(ent) à une IST ?

L'herpès génital  La coqueluche  Le VIH  Les chlamydiae  
 La rubéole  La syphilis  Le gonocoque

4. Un seul rapport non protégé peut-il suffire pour être contaminé par une IST ?

Oui  Non

5. Comment éviter d'être contaminé(e) par une IST ? :

En utilisant un préservatif  En étant à jour pour tous les vaccins obligatoires  En prenant la pilule

6. Il existe un vaccin qui protège contre :

Le VIH  L'hépatite B  L'hépatite C  
 La syphilis  Le papillomavirus

7. Le vaccin protégeant contre le virus responsable de certains cancers du col de l'utérus

Est réalisé chez la fille à partir de 14 ans et comporte 3 injections  
 Dispense d'avoir un suivi gynécologique et la réalisation de frottis régulièrement  
 Est remboursé par la sécurité sociale

8. La transmission du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) peut se faire par :

Un baiser  Le sang  
 Le sperme, les sécrétions vaginales  Le partage de matériel de prise de drogue  
 Les piqûres de moustique  La fréquentation des toilettes publiques, la piscine  
 Les piercings, tatouages  Lors de la grossesse, si la future maman est infectée



9. Une personne peut-elle être infectée par le VIH et ne pas avoir l'air malade ? :

Oui  Non

10. J'ai pris un risque d'être contaminé par le VIH :

- Je ne fais rien tout de suite, j'attends 6 semaines avant de faire un test de dépistage  
 Je prendrai contact avec mon médecin sans urgence pour prendre son avis  
 Je vais sans attendre au service des urgences de l'hôpital le plus proche

11. Le traitement d'urgence pour le VIH ou traitement post-exposition (TPE) :

- Permet de diminuer le risque de contamination par le VIH  
 Peut être délivré au service des urgences d'un hôpital  
 Est efficace s'il est débuté une semaine après le risque



12. Où peut-on faire un test de dépistage du VIH ?

- Dans un laboratoire de ville sur prescription médicale  
 Dans un Centre de dépistage anonyme  
 Dans un centre de planning familial

13. J'ai pris un risque de contamination par le VIH, à quel moment pourrai-je faire un test de dépistage qui pourra me certifier que je n'ai pas été contaminé(e) ?

48h  6 semaines  3 mois  6 mois

14. Le traitement contre le VIH :

- Se prend à vie  Permet la survie des patients contaminés  
 Est responsable d'effets secondaires  Permet de guérir du VIH

15. Pourriez vous parler avec votre médecin traitant de votre sexualité et de la prévention des infections sexuellement transmissibles ?

Oui  Non

Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Si oui, qui devrait, selon vous, aborder ce sujet très personnel ?

C'est à mon médecin traitant d'aborder le sujet  C'est à moi d'aborder le sujet

17. A partir de quel âge devrait-il aborder ce sujet en consultation ?

Avant 14 ans  Entre 14 et 16 ans  Après 16 ans

18. Souhaiteriez-vous la présence de vos parents lors de cette consultation ?

Oui  Non

Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANALYSES STATISTIQUES

### Analyses descriptives :

Dans un premier temps, la réponse de chaque item en pré et post-test a été analysée et calculée en pourcentage afin de pouvoir déterminer les connaissances des adolescents avant et après intervention.

#### La population :

##### a. En pré-test :

529 élèves (N=529) ont répondu au questionnaire dont 168 élèves du lycée Poincaré (soit 31.8%), 166 élèves du lycée La Malgrange (soit 31.4%) et 195 élèves du lycée Chopin (soit 36.9%).

41.8% sont des hommes, 58.0% sont des femmes et 0.2% n'ont pas donné de réponse.

##### b. En post-test :

306 élèves (N=306) ont répondu au questionnaire dont 165 élèves du lycée Poincaré (soit 53.9%) et 141 élèves du lycée La Malgrange (soit 46.1%).

43.8% sont des hommes, 54.9% sont des femmes et 1.3% n'ont pas donné de réponse.

#### L'année de naissance :

##### a. En pré-test :

Année de naissance	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Pas de réponse
Nombre	1	3	70	420	30	1	4
%	0.2	0.6	13.2	79.4	5.7	0.2	0.8

##### b. En post-test :

Année de naissance	1990	1992	1993	1994	1995	1996	Pas de réponse
Nombre	1	1	2	45	232	16	9
Pourcentage	0.3%	0.3%	0.7%	14.7%	75.8%	5.2%	2.9 %

### Profession de la mère :

Un regroupement des professions a été réalisé en catégorie socioprofessionnelle, afin de permettre ultérieurement une analyse statistique comparative selon la formation des parents.

Sans emploi	2	0.4 %
Artisan/Commerçant/chef d'entreprise	19	3.6 %
Cadre/Profession intellectuelle	77	14.6 %
Ouvrier/Employé	171	32.3 %
Enseignement	59	11.2 %
Profession médicale	29	5.5 %
Profession paramédicale	82	15.5 %
Mère au foyer, retraitée	22	4.2 %
Pas de réponse	68	12.9 %

### Profession du père :

De la même façon un regroupement en catégorie socioprofessionnelle a été effectué.

Sans emploi	1	0.2%
Agriculteur	4	0.8 %
Artisan/Commerçant/chef d'entreprise	52	9.8 %
Cadre/Profession intellectuelle	155	29.3 %
Ouvrier/Employé	153	28.9 %
Enseignement	42	7.9 %
Profession médicale	27	5.1 %
Profession paramédicale	22	4.2 %
Père au foyer, retraité	6	1.1 %
Pas de réponse	67	12.7 %

### Question 1. « Avez-vous déjà eu des informations sur les IST ? »

En pré-test (N=529) :

Non	En milieu scolaire	Par les médias	Par famille/amis	Par le médecin traitant	Autres
13	470	365	220	109	6

2.5 %	88.8 %	69.0 %	41.6 %	20.6 %	1.2 %
-------	--------	--------	--------	--------	-------

(Réponse « Autres » : Planning familial 2 soit 0.4%, gynécologue 3 soit 0.6 % et entraîneur sportif 1 soit 0.2 %).

Question 2. « Pensez-vous être concerné par les IST ? »

a. En pré-test (N=529) :

Oui	234	44.2 %
Non	275	52.0 %
Pas de réponse	20	3.8 %

b. En post-test (N=306) :

Oui	199	65.0 %
Non	99	32.4 %
Pas de réponse	8	2.6 %

Question 3. « Lors de rapports sexuels non protégés, on s'expose : »

a. En pré-test (N=529) :

Une grossesse	Contamination par un virus	Contamination par des champignons	Contamination par une bactérie
503	473	290	232
95.1 %	89.4 %	54.8 %	43.9 %

b. En post-test (N=306) :

Une grossesse	Contamination par un virus	Contamination par des champignons	Contamination par une bactérie
299	293	253	183
97.7 %	95.8 %	82.7 %	59.8 %

Question 4. « Parmi ces infections laquelle ou lesquelles correspond(ent) à une IST ? »

a. En pré-test (N=529) :

VIH	Herpès génital	Syphilis	Chlamydia	Gonocoque	Coqueluche	Rubéole
478	350	340	95	80	20	12
90.4 %	66.2 %	64.3 %	18.0 %	15.1 %	3.8 %	2.3 %

9 élèves n'ont pas donné de réponse, soit 1.7 %.

b. En post-test (N=306) :

VIH	Syphilis	Herpès génital	Gonocoque	Chlamydiae	Coqueluche	Rubéole
296	261	248	148	102	36	12
96.7 %	85.3 %	81.0 %	48.4 %	33.3 %	11.8 %	3.9 %

2 élèves n'ont pas donné de réponse, soit 0.7 %.

Question 5. « Un seul rapport non protégé peut-il suffire pour être contaminé par une IST ? »

a. En pré-test (N=529) :

Oui	515	97.4 %
Non	10	1.9 %
Pas de réponse	4	0.8 %

b. En post-test (N=306) :

Oui	298	97.4 %
Non	5	1.6 %
Pas de réponse	3	1.0 %

Question 6. « Comment éviter d'être contaminé(e) par une IST ? »

a. En pré-test (N=529) :

Préservatif	Vaccins obligatoires	Pilule
520	213	42
98.3 %	40.3 %	7.9 %

b. En post-test (N=306) :

Préservatif	Vaccins obligatoires	Pilule
300	154	15
98.0 %	50.3 %	4.9 %

Question 7. « Il existe un vaccin qui protège contre : »

a. En pré-test (N=529) :

Papillomavirus	VHB	VHC	Syphilis	VIH
----------------	-----	-----	----------	-----

327	317	195	77	30
61.8 %	59.9 %	36.9 %	14.6 %	5.7 %

b. En post-test (N=306) :

Papillomavirus	VHB	VHC	Syphilis	VIH
239	239	120	80	21
78.1 %	78.1 %	39.2 %	26.1 %	6.9 %

Question 8. « Le vaccin protégeant contre le virus responsable de certains cancers du col de l'utérus »

a. En pré-test (N=529) :

Filles à partir de 14 ans et 3 injections	Remboursé par la sécurité sociale	Dispense du suivi gynécologique	Pas de réponse
498	352	47	12
94.1 %	66.5 %	8.9 %	2.3 %

b. En post-test (N=306) :

Filles à partir de 14 ans et 3 injections	Remboursé par la sécurité sociale	Dispense du suivi gynécologique	Pas de réponse
294	239	30	1
96.1 %	78.1 %	9.8 %	0.3 %

Question 9. « La transmission du VIH peut se faire par : »

a. En pré-test (N=529) :

Sperme, sécrétions vaginales	Sang	Matériel de drogue	Grossesse	Piercings, tatouages	Moustique	Lieux publics	Baiser
495	487	443	393	200	111	34	25
93.6 %	92.1 %	83.7 %	74.3 %	37.8 %	21.0 %	6.4 %	4.7 %

b. En post-test (N=306) :

Sperme, sécrétions vaginales	Sang	Matériel de drogue	Piercings, tatouages	Grossesse	Moustique	Lieux publics	Baiser
303	295	292	269	269	52	14	10
99.0 %	96.4 %	95.4 %	87.9 %	87.9 %	17.0 %	4.6 %	3.3 %

Question 10. « Une personne peut-elle être infectée par le VIH et ne pas avoir l'air malade ? »

a. En pré-test (N=529) :

Oui	519	98.1 %
Non	5	0.9 %

b. En post-test (N=306) :

Oui	297	97.1 %
Non	7	2.3 %

Question 11. « J'ai pris un risque d'être contaminé(e) par le VIH : »

a. En pré-test (N=529) :

Urgences de l'hôpital	Médecin traitant, sans urgence	J'attends 6 semaines	Pas de réponse
306	159	131	9
57.8 %	30.1 %	24.8 %	1.7 %

b. En post-test (N=306) :

Urgences de l'hôpital	J'attends 6 semaines	Médecin traitant, sans urgence	Pas de réponse
271	33	32	3
88.6 %	10.8 %	10.5 %	1.0 %

Question 12. « Le traitement d'urgence pour le VIH ou traitement post-exposition : »

a. En pré-test (N=529) :

Diminue la contamination	Délivré SAU	Efficace une semaine après	Pas de réponse
296	259	193	48
56.0 %	49.0 %	36.5 %	9.1 %

b. En post-test (N=306) :

Délivré SAU	Diminue la contamination	Efficace une semaine après	Pas de réponse
248	236	91	5
81.0 %	77.1 %	29.7 %	1.6 %

Question 13. « Où peut-on faire un test de dépistage du VIH ? »

a. En pré-test (N=529) :

CDAG	Planning familial	Laboratoire de ville	Pas de réponse
453	280	217	19
85.6 %	52.9 %	41.0 %	3.6 %

b. En post-test (N=306) :

CDAG	Planning familial	Laboratoire de ville	Pas de réponse
289	203	156	4
94.4 %	66.3 %	51.0 %	1.3 %

Question 14. « J'ai pris un risque de contamination par le VIH, à quel moment pourrais-je faire un test de dépistage qui pourra me certifier que je n'ai pas été contaminé(e) ? »

a. En pré-test (N=529) :

6 semaines	48H	3 mois	6 mois	Pas de réponse
321	168	13	12	40
60.7 %	31.8 %	2.5 %	2.3 %	7.6 %

b. En post-test (N=306) :

6 semaines	48H	3 mois	6 mois	Pas de réponse
172	133	9	7	2
56.2 %	43.5 %	2.9 %	2.3 %	0.7 %

Question 15. « Le traitement contre le VIH : »

a. En pré-test (N=529) :

Traitement à vie	Survie des patients	Effets secondaires	Permet de guérir du VIH	Pas de réponse
424	332	247	35	22
80.2 %	62.8 %	46.7 %	6.6 %	4.2 %

b. En post-test (N=306) :

Traitement à vie	Survie des patients	Effets secondaires	Permet de guérir du VIH	Pas de réponse
279	233	205	12	3
91.2 %	76.1 %	67.0 %	3.9 %	1.0 %

Question 16. « Pourriez-vous parler avec votre médecin traitant de votre sexualité et de la prévention des IST ? »

a. En pré-test (N=529) :

Oui	359	67.9 %
Non	144	27.2 %
Pas de réponse	26	4.9 %

b. En post-test (N=306) :

Oui	217	70.9 %
Non	78	25.5 %
Pas de réponse	11	3.6 %

Question 16.bis « Pourquoi ? »

a. En pré-test (N=529) :

Compétences du médecin	54	10.2 %	}	OUI
Car c'est un sujet important	42	8.0 %		
Protégé par le secret médical	17	3.2 %		
J'ai confiance en mon médecin	25	4.7 %		
Il peut me donner des conseils, des informations	18	3.4 %		
Il est ouvert d'esprit, abordable	9	1.7 %	}	NON
C'est gênant, tabou, personnel, je suis timide	56	10.6 %		
Pas d'explication	265	50.3 %		
Autres réponses	41	7.8 %		

b. En post-test (N=306) :

Compétences du médecin	20	6.5 %	}	OUI
Car c'est un sujet important	30	9.8 %		
Protégé par le secret médical	17	5.6 %		
J'ai confiance en mon médecin	12	3.9 %		
Il peut me donner des conseils, des informations	1	0.3 %		
Il est ouvert d'esprit, abordable	7	2.3 %	}	NON
C'est gênant, tabou, personnel, je suis timide	26	8.5 %		
Pas d'explication	174	56.8 %		
Autres réponses	19	6.2 %		

Question 17. « Si oui, qui devrait, selon vous, aborder ce sujet très personnel ? »

a. En pré-test (N=529) :

Moi	Mon médecin traitant	Pas de réponse
302	191	95
57.1 %	36.1 %	18.0 %

b. En post-test (N=306) :

Moi	Mon médecin traitant	Pas de réponse
171	146	44
55.9 %	47.7 %	14.4 %

Question 18. « A partir de quel âge, devrait-il aborder ce sujet en consultation ? »

a. En pré-test (N=529) :

Entre 14 et 16 ans	Après 16 ans	Avant 14 ans	Pas de réponse
392	100	82	20
74.1 %	18.9 %	15.5 %	3.8 %

b. En post-test (N=306) :

Entre 14 et 16 ans	Après 16 ans	Avant 14 ans	Pas de réponse
227	56	50	12
74.2 %	18.3 %	16.3 %	3.9 %

Question 19. « Souhaiteriez-vous la présence de vos parents lors de cette consultation ? »

a. En pré-test (N=529) :

Non	416	78.6 %
Oui	67	12.7 %
Pas de réponse	46	8.7 %

b. En post-test (N=306) :

Non	244	79.7 %
Oui	44	14.4 %
Pas de réponse	18	5.9 %

Question 19.bis « Pourquoi ? »

a. En pré-test (N=529) :

C'est gênant	27	5.1 %
Personnel, fait partie de l'intimité	206	39.0 %
C'est un sujet important, pas de gêne	5	0.9 %
Ma mère oui, mon père non	9	1.7 %
Autres réponses	31	5.9 %
Pas de réponse	250	47.3 %

b. En post-test (N=306) :

C'est gênant	31	10.1 %
Personnel, fait partie de l'intimité	79	25.8 %
C'est un sujet important, pas de gêne	5	1.6 %
Ma mère oui, mon père non	5	1.6 %
Autres réponses	11	3.6 %
Pas de réponse	175	57.2 %

## Analyses comparatives :

Dans un second temps, les réponses ont été analysées en tant que réponse juste (ensemble des items justes cochés) et réponse fausse (un ou plusieurs items faux) dans le but de réaliser des comparaisons avant/après l'information.

Ceci va nous permettre d'établir l'impact positif ou négatif de notre intervention.

Nous vous rappelons que le  $p$  est significatif s'il est  $< 0.05$ .

Il est bien évident que pour cette comparaison, les réponses des élèves du lycée Chopin n'ont pas été prises en compte, étant donnée l'absence de post-test pour ces élèves.

La population en pré-test devient donc  $N=334$  et en post-test reste à 306 élèves.

### Question 2 « Pensez-vous être concerné par les IST ? » :

	Pré-test		Post-test	
Oui	169	50.6 %	199	65.0 %
Non	151	45.2 %	99	32.4 %
Pas de réponse	14	4.2 %	8	2.6 %

$p = 0.0011$ .

Les élèves se sentent significativement plus concernés après notre intervention.

### Question 3 « Lors de rapports sexuels non protégés, on s'expose : »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	90	26.9 %	154	50.3 %
Réponse Fausse	244	73.1 %	152	49.7 %

$p < 0.0001$

Les adolescents connaissent significativement mieux les risques liés à un rapport non protégé.

Question 4 : « Parmi ces infections laquelle ou lesquelles correspond(ent) à une IST ? »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	11	3.3 %	48	15.7 %
Réponse Fausse	323	96.7 %	258	84.3 %

$p < 0.0001$

La connaissance du nom des IST les plus fréquentes est significativement meilleure après l'intervention.

Question 5 : « Un seul rapport non protégé peut-il suffire pour être contaminé par une IST ? »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	324	97.0 %	298	97.4 %
Réponse Fausse	10	3.0 %	8	2.6 %

$p = 0.7717$

La réponse n'est pas significative car avant et après l'information les élèves sont conscients qu'un seul rapport non protégé est à risque de contamination.

Question 6 : « Comment éviter d'être contaminé(e) par une IST ? »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	190	56.9 %	143	46.7 %
Réponse Fausse	144	43.1 %	163	53.3 %

$$p = 0.0102$$

Les connaissances sont significativement moins bonnes après notre intervention.

Question 7 : « Il existe un vaccin qui protège contre : »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	40	12.0 %	82	26.8 %
Réponse Fausse	294	88.0 %	224	73.2 %

$$p < 0.0001$$

D'une manière significative, notre intervention a permis d'améliorer les connaissances concernant les vaccins disponibles.

Question 8 : « Le vaccin protégeant contre le virus responsable de certains cancers du col de l'utérus »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	185	55.4 %	215	70.3 %
Réponse Fausse	149	44.6 %	91	29.7 %

$$p = 0.0001$$

L'information délivrée sur le vaccin protégeant contre le papillomavirus a permis d'améliorer significativement les réponses.

Question 9 : « La transmission du VIH peut se faire par : »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	57	17.1 %	186	60.8 %
Réponse Fausse	277	82.9%	120	39.2%

$$p < 0.0001$$

Les connaissances concernant les modes de transmission du VIH sont significativement meilleures suite à notre intervention.

Question 10 : « Une personne peut-elle être infectée par le VIH et ne pas avoir l'air malade ? »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	327	97.9 %	297	97.1 %
Réponse Fausse	7	2.1 %	9	2.9 %

$$p = 0.4938$$

La différence n'est pas significative car avant et après notre information les élèves ont conscience que l'on peut être infecté par le VIH et ne pas en avoir l'air.

Question 11 : « J'ai pris un risque d'être contaminé(e) par le VIH : »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	171	51.2 %	244	79.7 %
Réponse Fausse	163	48.8 %	62	20.3 %

$$p < 0.0001$$

Notre intervention a significativement donné les moyens aux élèves de réagir en cas de prise de risque.

Question 12 : « Le traitement d'urgence pour le VIH ou traitement post-exposition : »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	58	17.4 %	154	50.3 %

Réponse Fausse	276	82.6 %	152	49.7 %
----------------	-----	--------	-----	--------

$p < 0.0001$

Les connaissances concernant le TPE pour le VIH sont significativement meilleures après notre information.

Question 13 : « Où peut-on faire un test de dépistage du VIH ? »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	59	17.7 %	103	33.7 %
Réponse Fausse	275	82.3 %	203	66.3 %

$p < 0.0001$

D'une façon significative, les adolescents interrogés savent davantage où réaliser un test de dépistage après avoir été informés.

Question 14 : « J'ai pris un risque de contamination par le VIH, à quel moment pourrais-je faire un test de dépistage qui pourra me certifier que je n'ai pas été contaminé(e) ? »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	195	58.4 %	161	52.6 %
Réponse Fausse	139	41.6 %	145	47.4 %

$p = 0.1423$

Les réponses sont moins bonnes après notre intervention, sans l'être de façon significative. Cela permet de mettre en évidence une probable confusion en termes de délai entre le TPE (48h) et le délai de positivité de la sérologie (6 semaines).

Question 15 : « Le traitement contre le VIH : »

	Pré-test		Post-test	
Réponse Juste	105	31.4 %	151	49.3 %
Réponse Fausse	229	68.6 %	155	50.7 %

$p < 0.0001$

Les connaissances concernant le traitement contre le VIH sont significativement meilleures après l'information.

Question 16 : « Pourriez-vous parler avec votre médecin traitant de votre sexualité et de la prévention des IST ? »

	Pré-test		Post-test	
Oui	237	71.0 %	217	70.9 %
Non	80	24.0 %	78	25.5 %
Pas de réponse	17	5.1 %	11	3.6 %

$p = 0.6160$

Notre intervention ne permet pas de modifier significativement le sentiment des élèves concernant la place de leur médecin traitant quant à son rôle dans la prévention des IST.

Question 17 : « Si oui, qui devrait, selon vous, aborder ce sujet très personnel ? »

	Pré-test		Post-test	
Médecin	129	38.6 %	146	47.7 %
Moi	197	59.0 %	171	55.9 %
Pas de réponse	54	16.2 %	44	14.4 %

$p = 0.0657$

$p = 0.3671$

Après avoir été informés, les élèves ne modifient pas significativement leur avis concernant la personne devant être à l'initiative du sujet.

Question 18 : « A partir de quel âge, devrait-il aborder ce sujet en consultation ? »

	Pré-test		Post-test		
Avant 14 ans	53	15.9 %	50	16.3 %	p = 0.7943
Entre 14 et 16 ans	251	75.1 %	227	74.2 %	p = 0.8107
Après 16 ans	66	19.8 %	56	18.3 %	p = 0.7467

Nous n'observons pas de différence significative concernant l'âge défini par les élèves pour parler de ce sujet.

Question 19 : « Souhaiteriez-vous la présence de vos parents lors de cette consultation ? »

	Pré-test		Post-test	
Oui	43	12.9 %	44	14.4 %
Non	265	79.3 %	244	79.7 %
Pas de réponse	26	7.8 %	18	5.9 %

p = 0.5742

Les élèves ne modifient pas significativement leur avis concernant la présence de leurs parents malgré notre intervention.

Selon la profession des parents :

Nous avons réalisé une analyse comparative des réponses, avant notre intervention, en fonction de la profession des parents. Deux groupes ont été comparés : père ou mère de profession médicale, paramédicale ou dans l'enseignement (N=205 soit 38.8%) et les autres professions (N=324 soit 61.2%).

Nous vous proposons uniquement les résultats significatifs.

Question 1. Informations données par la famille :

	Autres professions		Professions (para)médicale et enseignement	
Oui	121	37.3 %	99	48.3 %
Non	202	62.3 %	106	51.7 %
Pas de réponse	1	0.3 %	.	.

$p = 0.0352$

Les parents exerçant une profession médicale, paramédicale ou faisant partie de l'enseignement informent significativement plus leurs enfants sur les IST.

Question 12. Le TPE pour le VIH :

	Autres professions		Professions (para)médicale et enseignement	
Réponse juste	49	15.1 %	47	22.9 %
Réponse fausse	275	84.9 %	158	77.1 %

$p = 0.0233$

Les élèves de parents exerçant une profession médicale, paramédicale ou faisant partie de l'enseignement ont significativement de meilleures connaissances concernant le TPE pour le VIH avant l'intervention.

Selon l'âge des élèves :

Nous avons comparés les connaissances de deux groupes, avant notre intervention : les élèves les plus jeunes, nés à partir de 1995 (N=450 soit 85.1%) et les plus âgés, nés avant 1995 (N=79 soit 14.9%).

Nous vous proposons uniquement les résultats significatifs.

Question 4. Quelles infections sont une IST :

	Elèves âgés		Elèves plus jeunes	
	Réponse juste	.	.	23
Réponse fausse	79	100 %	427	94.9 %

$p = 0.0399$

Les élèves les plus jeunes connaissent significativement mieux le nom des différentes IST.

Question 9. Les modes de transmission du VIH :

	Elèves âgés		Elèves plus jeunes	
	Réponse juste	6	7.6 %	88
Réponse fausse	73	92.4 %	362	80.4 %

$p = 0.0103$

Les élèves les plus jeunes connaissent significativement mieux les modes de transmission du VIH.

Selon une information préalable par leur médecin traitant :

Nous avons comparé les connaissances, en pré-test, de deux groupes suite à la réponse de la question 1, à savoir : les élèves ayant eu au préalable une information par leur médecin traitant (N=109 soit 20.6%) et ceux n'en ayant pas reçu (N=419 soit 79.2%).

Seules les réponses significatives sont présentées.

Question 7. Les vaccins disponibles actuellement :

	Informations par leur médecin traitant		Non informés par leur médecin traitant	
Réponse juste	23	21.1 %	48	11.5 %
Réponse fausse	86	78.9 %	371	88.5 %

$$p = 0.0290$$

On observe des réponses significativement meilleures concernant les vaccins à notre disposition, lorsque les élèves ont déjà été informés par leur médecin traitant.

Question 13. Lieux de dépistage du VIH :

	Informations par leur médecin traitant		Non informés par leur médecin traitant	
Réponse juste	39	35.8 %	82	19.6 %
Réponse fausse	70	64.2 %	337	80.4 %

$$p = 0.0014$$

Les élèves ayant reçu une information au préalable par leur médecin traitant connaissent significativement mieux les lieux où l'on peut réaliser un test de dépistage du VIH.

Selon qu'ils se sentent concernés ou non par les IST :

Nous avons comparé les connaissances, en pré-test, des élèves selon qu'ils se sentaient concernés (N=234 soit 44.2%) ou pas (N=275 soit 52%) par les IST à la question 2.

Seules les réponses significatives sont décrites.

Question 13. Les lieux de dépistage du VIH :

	Concernés		Non concernés	
Réponse juste	54	23.1 %	67	24.4 %
Réponse fausse	180	76.9 %	208	75.6 %

$$p = 0.0432$$

Les élèves qui s'estiment non concernés connaissent significativement mieux les lieux de réalisation du dépistage du VIH.

Question 14. Délai de positivité de la sérologie VIH :

	Concernés		Non concernés	
Réponse juste	128	54.7 %	164	59.6 %
Réponse fausse	106	45.3 %	111	40.4 %

$$p = 0.0286$$

De la même façon, les élèves qui se sentent non concernés répondent significativement mieux à la question sur le délai de positivité de la sérologie VIH.

Question 7 : réponse VHC selon réponse VHB :

En pré-test nous avons voulu savoir s'il y avait une confusion entre l'hépatite B et l'hépatite C et notamment sur l'existence d'un vaccin pour le VHB et non pour le VHC.

Nous avons donc comparé deux groupes : le premier groupe a répondu à la question 7 qu'il existe un vaccin contre le VHB (N=317 soit 59.9%) et le second groupe estime qu'il n'existe pas de vaccin contre le VHB (N=192 soit 36.3%). Nous avons voulu savoir si la réponse concernant le vaccin pour le VHB influençait dans le même sens la réponse concernant le vaccin pour le VHC.

	Il existe un vaccin pour le VHB		Il n'existe pas de vaccin pour le VHB	
Il existe un vaccin pour le VHC	175	55.2 %	20	10.4 %

$p < 0.0001$

La comparaison est significative. Si les élèves pensent qu'il existe un vaccin pour le VHB, ils associent significativement un vaccin pour le VHC.

Selon le sexe :

Nous avons comparé les réponses, en pré-test, selon le sexe masculin (N=221 soit 41.8%) ou féminin (N=307 soit 58%).

Seules les réponses significatives sont présentées ici.

Question 7. Les vaccins disponibles actuellement.

	Masculin		Féminin	
Réponse juste	18	8.1 %	53	17.3 %
Réponse fausse	203	91.9 %	254	82.7 %

$p = 0.0093$

Les filles connaissent significativement mieux les vaccins disponibles.

Réponses question 8 selon réponse papillomavirus à la question 7 :

Nous avons voulu évaluer, si le fait de savoir qu'il existait un vaccin contre les HPV (question 7) était corrélé à de meilleures réponses à la question concernant les indications de ce vaccin (question 8).

Nous avons donc comparé les connaissances des élèves qui connaissaient l'existence du vaccin contre les HPV (N=327 soit 61.8%) à ceux qui l'ignoraient (N=182 soit 34.4%).

	Il existe un vaccin contre les HPV		Il n'existe pas de vaccin contre les HPV	
Réponse juste Q8	210	64.2 %	96	52.7 %
Réponse fausse Q8	117	35.8 %	86	47.3 %

$p < 0.0001$

Les élèves qui connaissent l'existence du vaccin contre les HPV connaissent significativement mieux les indications du vaccin et son rôle. Cette comparaison permet de mettre en avant que la campagne d'information vaccinale a été bénéfique.

Selon avoir reçu une ou deux informations :

Une classe du lycée La Malgrange (N=17 soit 5.6%) a reçu deux informations entre le pré et le post-test : notre intervention et une information sous la forme d'une pièce de théâtre interactive.

Nous avons voulu comparer si les réponses étaient significativement meilleures après ces deux informations en comparaison au reste des élèves (N=289 soit 94.4%).

Seuls les résultats significatifs sont présentés.

Question 13. Lieux de dépistage du VIH :

	Une information		Deux informations	
Réponse juste	93	32.2 %	10	58.8 %
Réponse fausse	196	67.8 %	7	41.2 %

$p = 0.0239$

Les élèves ayant reçu deux informations connaissent significativement mieux les lieux où l'on peut réaliser un dépistage du VIH.

Question 15. Le traitement contre le VIH.

	Une information		Deux informations	
Réponse juste	135	46.7 %	16	94.1 %
Réponse fausse	154	53.3 %	1	5.9 %

$$p = 0.0001$$

Les deux informations ont permis, de façon significative, d'améliorer les connaissances des élèves concernant le traitement du VIH.

Ces deux résultats sont intéressants car ils correspondent à deux thèmes principaux abordés dans la pièce de théâtre.

Selon le lycée d'appartenance :

Nous avons comparé les connaissances des élèves selon leur lycée d'appartenance. Pour rappel, le lycée Chopin est un lycée public à orientation générale, le lycée La Malgrange est un lycée privé à orientation générale et le lycée Chopin est un lycée public à orientation technologique avec certaines classes ayant une option artistique.

- En pré-test : élèves du lycée Poincaré N = 168 soit 31.8 %, élèves du lycée La Malgrange N = 166 soit 31.4 % et élèves du lycée Chopin N = 195 soit 36.9 %.

Nous ne présentons ici que les résultats significatifs :

Question 3. Risques lors d'un rapport sexuel non protégé.

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange		Lycée Chopin	
Réponse juste	52	31.0 %	38	22.9 %	73	37.4 %
Réponse fausse	116	69 %	128	77.1 %	122	62.6 %

$$p = 0.0117$$

Il existe une différence significative entre les trois lycées concernant les connaissances des risques potentiels lors d'un rapport sexuel non protégé.

Question 13. Lieux de dépistage du VIH :

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange		Lycée Chopin	
Réponse juste	38	22.6 %	21	12.7 %	62	31.8 %
Réponse fausse	130	77.4 %	145	87.3 %	133	68.2 %

$p < 0.0001$

Il existe une différence significative entre les trois lycées concernant les connaissances des lieux de dépistage du VIH.

Question 15. Le traitement contre le VIH :

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange		Lycée Chopin	
Réponse juste	59	35.1 %	46	27.7 %	43	22.1 %
Réponse fausse	109	64.9 %	120	72.3 %	152	77.9 %

$p = 0.0217$

Il existe une différence significative entre les trois lycées sur les connaissances concernant le traitement contre le VIH.

- En post-test : élèves du lycée Poincaré  $N = 165$  soit 53.9 % et élèves du lycée La Malgrange  $N = 141$  soit 46.1 %.

Seuls les résultats significatifs sont présentés ici.

Question 4. Les différentes IST :

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange	
Réponse juste	34	20.6 %	14	9.9 %
Réponse fausse	131	79.4 %	127	90.1 %

$$p = 0.0105$$

Les élèves du lycée Poincaré connaissent significativement mieux le nom des différentes IST.

Question 7. Les vaccins disponibles :

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange	
Réponse juste	52	31.5 %	30	21.3 %
Réponse fausse	113	68.5 %	111	78.7 %

$$p = 0.0438$$

Les élèves du lycée Poincaré connaissent significativement mieux les différents vaccins mis à notre disposition actuellement.

Question 9. Les modes de transmission du VIH :

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange	
Réponse juste	113	68.5 %	73	51.8 %
Réponse fausse	52	31.5 %	68	48.2 %

$$p = 0.0028$$

Les élèves du Lycée Poincaré connaissent significativement mieux les modes de transmission du VIH.

Question 11. Conduite à tenir en cas de prise de risque vis à vis du VIH :

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange	
Réponse juste	139	84.2 %	105	74.5 %

Réponse fausse	3	1.8 %	6	4.3 %
----------------	---	-------	---	-------

$$p = 0.0340$$

Les élèves du lycée Poincaré connaissent significativement mieux la conduite à tenir suite à un risque de contamination du VIH.

Question 13. Les lieux de dépistage du VIH :

	Lycée Poincaré		Lycée La Malgrange	
Réponse juste	65	39.4 %	38	27.0 %
Réponse fausse	100	60.6 %	103	73.0 %

$$p = 0.0217$$

Les élèves du lycée Poincaré connaissent significativement mieux les lieux où il est possible de réaliser un dépistage du VIH.

# **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010 sous la direction du Pr YENI. Recommandations du groupe d'experts. La documentation Française. Ministère de la Santé et des Sports. 417 pages
- [2] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la Santé et des Sports. Novembre 2010. 261 pages.
- [3] E.PILLY. Ouvrage du Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. 22<sup>e</sup> édition 2010. 580 pages.
- [4] VIH et infections sexuellement transmissibles ( IST ) Tibotec/Janssen-Cilag.
- [5] Les maladies sexuellement transmissibles. Sous la coordination de M.Janier. Edition Masson 2009.
- [6] Données épidémiologiques sur l'infection VIH/SIDA. 1<sup>er</sup> décembre 2009. InVS.
- [7] Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage. Octobre 2008.
- [8] BEH n°12 de l'InVS du 5 avril 2011. Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet Natchla de l'enquête CSF 2006). A quelles personnes proposer un dépistage. p160 à 164.
- [9] Bulletin des réseaux de surveillance des IST-Rénago, Rénachla et RésIST- Données au 31 décembre 2009. InVS. LGV rectale, infections à Chlamydia trachomatis, à gonocoque et syphilis précoce.
- [10] Infections génitales par Chlamydia trachomatis. 2<sup>e</sup>me partie. La revue Prescrire. Juillet 2011. Tome 31. N°333. Pages 524 à 528.
- [11] AntibioGuide 2010. Référentiel Lorrain d'antibiologie en établissements de soins. ANTIBIOLOR.
- [12] BEH n°26-27-28 de l'InVS du 5 juillet 2011. Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance et la prévention. Pages 293-320.
- [13] Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Repères pour votre pratique. Etat des connaissances. Juin 2008.

- [14] Conférence de Consensus. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent. Texte des recommandations. Avec la participation de l'ANAES. 7 novembre 2001.
- [15] Infections génitales par Chlamydia trachomatis. 1<sup>ère</sup> partie. La revue Prescrire. Juin 2011. Tome 31. N°332. Pages 445 à 450.
- [16] URL : <http://www.inpes.sante.fr> consulté le 22/08/2011.
- [17] URL : <http://www.sidaction.org> consulté le 01/08/2011.
- [18] Médecine générale. Collège National des Généralistes Enseignants. Edition Masson 2009.
- [19] Apprentissage de l'exercice médical. Coordonné par B.Housset. Edition Masson. 2002. 271 pages.
- [20] La prise en charge en médecine générale du patient atteint par le VIH. P. Semaille, S. Dubois et A.F. Gennotte. Rev Med Brux – 2005
- [21] Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Pr Gilles PIALOUX, Mme France LERT. 25 novembre 2009.
- [22] Enquête HBSC 2006 pour la Belgique.
- [23] BEH n° 10-11 de l'InVS du 22 mars 2011. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de Santé Publique. Pages 101-155.
- [24] BEH n°31-32 de l'InVS du 27 juillet 2010. Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois, France, 2004-2007, p 330 à 333.
- [25] Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Recommandations HAS. Octobre 2009.
- [26] Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
- [27] Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les

centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

- [28] JO de la République Française n°186 du 12 août 1992. Décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale.

- [29] Accord Partenarial. Tests rapides à orientation diagnostique réalisés par AIDES. Lien technique avec le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Nancy. Juillet 2011.

- [30] URL : <http://invs.sante.fr> consulté le 22/08/2011.

- [31] Le point Epidémio. CIRE Lorraine-Alsace. Février 2011.

- [32] JO de la République française du 18 novembre 2005. Texte 24 sur 117. Décret no 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

- [33] Fréquentations du CDAG du service de Maladies Infectieuses et Tropicales de 2006 à 2010. COREVIH Lorraine-Champagne-Ardenne.

- [34] Le taux d'IVG chez les mineures augmente régulièrement. Dr Roland CACHELOU. Revue GENESIS. N°158. Mai 2011.

- [35] [http://media.education.gouv.fr/file/special\\_6/52/9/Programme\\_SVT\\_33529.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/special_6/52/9/Programme_SVT_33529.pdf) pages 27 et 33 à 35 consulté le 26.06.2011.

- [36] URL : <http://www.education.gouv.fr/bo/2000/hs7/vol5scientes.htm> consulté le 26.06.2011

- [37] URL : <ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/bo/2001/hs5/svt.pdf> pages 8 à 12 consulté le 26.06.2011

- [38] Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Recherche. Special n°1 du 25 janvier 2001. Relatif aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves.

[38]' Missions des médecins de l'Education Nationale p7 à 19

[38]'' Missions des infirmier(ères) de l'Education Nationale p21 à 33

Consultable à l'URL : [www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/default.htm](http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/default.htm)

- [39] Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Recherche n°46 du 10 décembre 1998. Relatif à l'éducation à la sexualité et à la prévention du Sida.

- [40] URL : <http://www.infirmiers.com/l-infirmiere-scolaire.html> consulté le 26.07.2011
- [41] URL : <http://www.education.gouv.fr/cid1072/infirmier-e.html> consulté le 26.07.2011
- [42] <http://www.education.gouv.fr/cid55895/lancement-pass-sante-contraception-ile-france.html> consulté le 17.07.2011
- [43] Le Pass contraception proposé dans les lycées d'Ile-de-France. Le Monde. 26.04.2011
- [44] Consensus formalisé. Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 3 mars 2009
- [45] BEH n°20-21 de l'InVS du 21 mai 2009. Perceptions et connaissances des hépatites virales : résultats de l'enquête Nicolle, France, 2006. p 208 à 211.
- [46] BEH n°11 de l'InVS du 23 mars 2010. Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des *Human Papilloma Virus* (HPV), France, Alpes-Maritimes, 2009. p 97 à 100.

# **ABBREVIATIONS**

**AES** : Accident d'Exposition au Sang  
**AEV** : Accident d'Exposition Virale  
**Ag** : Antigène  
**ALD** : Affection de Longue Durée  
**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**ARV** : AntiRétroViral  
**CD4** : Cluster Différenciation 4  
**CDAG** : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit  
**CIDDIST** : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles  
**CIRE** : Cellule de l'InVS en REgion  
**CNR** : Centre National de Référence  
**COREVIH** : COordination REgionale de lutte contre l'infection du VIH  
**CPEF** : Centre de Planification et d'Education Familial  
**CSP** : Code de Santé Publique  
**CT** : Chlamydia Trachomatis  
**CTV** : Comité Technique de Vaccination  
**DTPolio** : Diphtérie Tétanos Poliomyélite  
**ELISA** : Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay  
**FCV** : Frottis Cervico-Vaginal  
**GEU** : Grossesse Extra-Utérine  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HCSP** : Haut Comité de Santé Publique  
**HPV** : Human Papilloma Virus  
**HSH** : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes  
**HTLV** : Human T Lymphotropic Virus  
**IF** : Inhibiteur de Fusion  
**IG** : ImmunoGlobuline  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IM** : IntraMusculaire  
**INI** : INhibiteur de l'Intégrase  
**INNTI** : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse  
**Inpes** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
**INTI** : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse  
**InVS** : Institut national de Veille Sanitaire  
**IP** : Inhibiteur de la Protéase  
**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles  
**IV** : IntraVeineux  
**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse  
**LAV** : Lymphadenopathy Associated Virus  
**LBT** : Lesbiennes, Bisexuels, Transsexuels  
**LGV** : LymphoGranulomatose Vénérienne

**LT4** : Lymphocytes T CD4  
**MST** : Maladies Sexuellement Transmissibles  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**SIDA** : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis  
**SMIT** : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales  
**SVT** : Sciences de la Vie et de la Terre  
**TDR** : Test de Diagnostic Rapide  
**TI** : Transcriptase Inverse  
**TPE** : Traitement Post-Exposition  
**TPEV** : Traitement Post-Exposition Virale  
**TROD** : Test Rapide d'Orientation Diagnostic  
**UDIV** : Usagers de Drogues par voie IntraVeineuse  
**UI** : Unité Internationale  
**VHB** : Virus de l'Hépatite B  
**VHC** : Virus de l'Hépatite C  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VU

**NANCY, le 31 août 2011**

Le Président de Thèse

**Professeur T. MAY**

**NANCY, le 06 septembre 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

**Mme le Professeur M.C. BÉNÉ**

**AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE n°3718**

**NANCY, le 08/09/2011**

**LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1**

Par délégation

**Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON**



---

**NOM et Prénom :** TORTUYAUX-JULIAC Sophie

**SUJET DE THESE :**

EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LES IST, DES ADOLESCENTS DU GRAND NANCY.

PROPOSITIONS D'ACTUALISATION DES MESSAGES DE PREVENTION PRIMAIRE, DELIVRES EN MEDECINE GENERALE

---

**THESE :** MEDECINE GENERALE. ANNEE 2011

---

**MOTS CLEFS :** IST, VIH, prévention primaire, évaluation des connaissances des adolescents, médecine générale, message de prévention

---

**RESUME DE LA THESE :**

L'incidence de l'infection par le VIH ne diminue pas et l'épidémie a bientôt 30 ans. Les différentes IST sont également en recrudescence depuis plus de 10 ans.

De récentes recommandations modifient les stratégies de dépistage du VIH qui va alors être proposé de façon systématique à la population générale âgée de 15 à 70 ans.

Afin de limiter toute nouvelle contamination, la prévention primaire des IST doit se développer. Elle doit notamment s'adresser aux adolescents avant toute prise de risque et donc avant le début de leur activité sexuelle.

L'auteure s'est donc intéressée à cette population. A travers un questionnaire, diffusé à 529 élèves de seconde de lycées du Grand Nancy. Elle les a interrogés sur leurs moyens d'informations préalables concernant les IST. Puis elle a évalué leurs connaissances avant et après une intervention de prévention sur ce sujet. Pour finir, elle a voulu définir le rôle de leur médecin traitant et la place qu'ils accordaient à leurs parents lors des consultations dédiées à la prévention des IST.

88.8% des élèves ont été informés en milieu scolaire, seulement 20.6% par leur médecin traitant.

On observe une amélioration significative des connaissances des élèves après l'intervention ciblée sur les différentes IST.

70% des élèves estiment que leur médecin traitant est un interlocuteur privilégié pour aborder ce sujet.

Devant ces constatations, l'auteure a voulu actualiser le contenu du message de prévention sur les IST à délivrer en médecine générale. Elle a voulu également redéfinir le rôle que le médecin de soins de santé primaires doit jouer dans cette lutte contre les IST.

---

**TITRE EN ANGLAIS :**

EVALUATION OF KNOWLEDGE ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ADOLESCENTS IN NANCY.

PROPOSAL TO UPDATE THE PREVENTION MESSAGES DELIVERED IN PRIMARY MEDICAL CARE.

---

**Faculté de Médecine de Nancy**

9 avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---

**ADRESSE DE L'AUTEURE :**

16 rue du Breuil  
54210 TONNOY