



HAL
open science

Pratiques sexuelles des étudiants de Lorraine et risques associés : le rôle du pharmacien officinal dans leur prévention

Mélodie Biquillon

► **To cite this version:**

Mélodie Biquillon. Pratiques sexuelles des étudiants de Lorraine et risques associés : le rôle du pharmacien officinal dans leur prévention. Sciences pharmaceutiques. 2017. hal-01931873

HAL Id: hal-01931873

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931873v1>

Submitted on 23 Nov 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

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE 2016

FACULTE DE PHARMACIE DE NANCY

THESE :

**PRATIQUES SEXUELLES DES ETUDIANTS DE LORRAINE
ET RISQUES ASSOCIES :
LE ROLE DU PHARMACIEN OFFICINAL DANS LEUR PREVENTION**

Présentée et soutenue publiquement à Nancy (54)

Le 13 Septembre 2017

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Biquillon Mélodie

née le 2 décembre 1990 à Nancy (54)

Membres du Jury

Président :	Pr Christophe GANTZER,	Professeur des Universités
Directeurs :	Dr Sébastien DOERPER, Dr Caroline GAUCHER,	Praticien Hospitalier Maître de Conférences, HDR
Juges :	Mme Nicole DUVAL-EHRENFELD Dr Pierre MOULIN	Pharmacien officinal Directeur UFR SHS-Metz

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2016-2017

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Béatrice FAIVRE

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Président, Brigitte LEININGER-MULLER

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Président, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsable de la filière Officine

Responsables de la filière Industrie

Responsable de la filière Hôpital

Responsable Pharma Plus ENSIC

Responsable Pharma Plus ENSAIA

Responsable Pharma Plus ENSGSI

Responsable de la Communication

**Responsable de la Cellule de Formation Continue
et individuelle**

**Responsable de la Commission d'agrément
des maîtres de stage**

Responsable ERASMUS

Béatrice FAIVRE

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Raphaël DUVAL

Igor CLAROT

Marie-Paule SAUDER

Béatrice FAIVRE

Béatrice FAIVRE

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Jean-Claude BLOCK

Max HENRY

Alain MARSURA

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ENSEIGNANTS

Section
CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Alain NICOLAS	80	Chimie analytique et Bromatologie
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Biologie cellulaire, Hématologie
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Xavier BELLANGER	87	Parasitologie, Mycologie médicale
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie

Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie galénique
Natacha DREUMONT	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Florence DUMARCAY	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Anthony GANDIN	87	Mycologie, Botanique
Caroline GAUCHER	86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Olivier JOUBERT	86	Toxicologie, Sécurité sanitaire

ENSEIGNANTS (suite)

Section
CNU*

Discipline d'enseignement

Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Julie LEONHARD	86/01	Droit en Santé
Christophe MERLIN	87	Microbiologie environnementale
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Marianne PARENT	85	Pharmacie galénique
Francine PAULUS	85	Informatique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Sophie PINEL	85	Informatique en Santé (e-santé)
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Guillaume SAUTREY	85	Chimie analytique
Rosella SPINA	86	Pharmacognosie
Sabrina TOUCHET	86	Pharmacochimie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIYOU	87	Biochimie et Biologie moléculaire

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	86	Sémiologie
--------------------	----	------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	Anglais
--------------------	----	---------

⌘ En attente de nomination

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT
ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A mon Président de Thèse, Pr Christophe Gantzer,

Professeur des Universités, à la Faculté de Pharmacie de Nancy

De par votre sympathie naturelle et votre pédagogie lors de vos cours, vous m'avez tout de suite fait aimer la microbiologie. Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude, et de mes sincères remerciements.

A mon Directeur de Thèse, Dr Sébastien Doerper,

Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Lunéville

Pour avoir eu l'audace de me proposer ce sujet de thèse si inhabituel, mais si passionnant. Pour l'immense aide que tu m'as apporté dans la réalisation de ce travail, et pour le temps que tu m'as accordé malgré tes nombreux projets professionnels et personnels. Pour l'année de stage passée dans ton service, que tu as égayée de ta bonne humeur. Merci pour tous ces bons moments et ces fous rires, qui me font pardonner tout le boulot que tu nous as donné en stage ! Je suis arrivée à Lunéville un peu par hasard, mais je suis ravie d'avoir eu la chance de te rencontrer. Merci pour tout.

A ma co-Directrice de Thèse, Mme Caroline Gaucher

Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre implication, vos conseils et pour la confiance que vous m'avez accordée, je vous en suis profondément reconnaissante.

Aux membres du Jury :

A Mme Nicole Duval-Ehrenfeld

Pharmacien d'officine

Pour m'avoir si bien appris mon futur métier et pour vous être si bien occupée de moi au cours des différents stages dans votre officine. Pour votre gentillesse très appréciée par votre personnel, vos étudiants et surtout vos patients. Pour votre implication et votre dévouement envers les étudiants de la Faculté de Pharmacie, pour ce savoir que vous aimez partager et transmettre. J'aimerais un jour être un pharmacien aussi accompli et impliqué que vous l'êtes, vous êtes un modèle pour beaucoup d'entre nous. Veuillez croire en ma profonde considération, et soyez assurée de tout mon respect.

A M. Pierre Moulin

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail, et de porter un regard extérieur sur cette thèse de pharmacie. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A l'ensemble des étudiants ayant répondu à notre questionnaire

Pour leur participation à notre étude, sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible.

A Mme Fleur Morlet

Sage-femme au Centre de Santé MGEN de Nancy

Pour avoir accepté de me recevoir et de discuter de mon projet au tout début de son élaboration, pour les documents que vous m'avez fournis, et qui m'ont été d'une grande aide.

A la Faculté de Pharmacie de Nancy

Pour m'avoir offert six années formidables. Elles resteront pour toujours gravées en moi comme un merveilleux souvenir. Une page se tourne, seulement pour mieux en entamer une autre.

Je dédie tout particulièrement cette thèse :

A mes parents, Jacques et Annie

Vous n'avez eu de cesse de me soutenir et de m'encourager tout au long de mes études, et plus encore, tout au long de ma vie. Vous avez toujours été là dans les moments difficiles comme dans les bons, et je sais que quoi qu'il arrive, je trouverai toujours en vous une épaule réconfortante sur laquelle m'appuyer. Merci pour votre extraordinaire soutien qui n'a jamais faibli avec le temps, malgré le découragement et les instants de doute ; vous avez toujours cru en moi, bien plus que je ne croyais en moi-même.

Maman : Ma meilleure amie, ma confidente, mon modèle. Tu sens toujours quand ça ne va pas, et tu es toujours là pour me consoler. Tu es une bavarde infatigable, une incorrigible curieuse et tu as cette manie agaçante de toujours avoir raison, mais tu es une maman formidable, exceptionnelle, et je suis heureuse et très fière d'être ta fille. J'aimerais devenir un jour une femme aussi forte que toi ; j'ai souvent l'impression que tu portes tous nos malheurs sur tes épaules mais malgré ça, tu ne t'effondres pas et tu tiens bon. Tu es un exemple pour tes trois filles.

Papa : si tu as toujours été pudique ou réservé sur tes sentiments, tu as toujours réussi à me faire comprendre que j'étais la prunelle de tes yeux. Tu t'es toujours plié en quatre pour me faire plaisir, ton seul but semblait être que je m'épanouisse pleinement dans la vie. Nous avons passé tellement de bons moments, tous les deux, qui resteront à jamais gravés dans ma mémoire. Aujourd'hui, je regrette de ne pas avoir passé plus de temps avec toi, à faire toutes ces petites choses sans importance qu'on aimait tant. Malgré tes instants de découragement, je sais que tu te bats pour récupérer tes capacités, pour nous faire plaisir, pour qu'on puisse à nouveau avoir nos moments rien qu'à nous. Tu as toujours été mon héros, mais aujourd'hui tu l'es plus encore.

Merci à vous deux pour tout l'amour que vous m'avez offert, sans jamais rien demander en retour, et que vous continuez à m'apporter, jour après jour. Les mots ne sont pas assez forts pour exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, ni combien j'ai de la chance de vous avoir pour parents. Je ne vous remercierai jamais assez d'avoir fait de moi la jeune femme que je suis à présent, et j'ose espérer que vous êtes fiers de moi, de ce que je suis devenue. Puisse ce travail être le témoignage de mon immense reconnaissance et de tout mon amour.Je vous aime.

A ma sœur chérie, Emilie

Le proverbe « loin des yeux, loin du cœur » ne nous concerne pas. Ta présence me manque tous les jours, et je déteste cette distance qui nous sépare. Si tu n'as pas toujours été là physiquement dans les moments importants de ma vie, je sais que tu l'as toujours été en pensées. Il n'y a rien qui me fait plus plaisir que tes visites à la maison avec Axel, ou les vacances chez toi, et je chéris tout particulièrement les moments de complicité que l'on partage lorsqu'on se retrouve. Je suis extrêmement fière que tu sois ma grande sœur, et tous ceux qui me connaissent le savent bien : tout ce que tu me dis est « paroles d'évangiles ». Même si on ne se voit pas souvent, je n'aurai pas pu rêver d'avoir une meilleure sœur que toi. Depuis toute petite, tu es mon modèle, et j'ai toujours voulu être comme toi, une femme merveilleuse, rigolote, intéressante, naturelle et sympathique et un jour, peut-être, je deviendrai une mère aussi aimante que tu l'es. Je sais qu'avec toi, Axel, en grandissant, ne pourra que devenir un homme bien. Je regrette qu'on ne passe pas plus de temps ensemble, mais je suis apaisée quand je pense à tous les bons moments qui nous attendent encore. Je t'aime de tout mon cœur.

A mon frère Michaël,

Pour toutes ces conversations intéressantes que nous avons eues le midi et qui aujourd'hui me manquent beaucoup. A tous nos délires en commun. J'espère pouvoir rencontrer ta petite puce très rapidement.

A ma sœur Karine,

J'aurai aimé passer plus de temps avec toi, grandir à tes côtés et partager plus de moments comme de véritables sœurs ; je trouve cela dommage que nous habitons si loin l'une de l'autre, mais ça ne change rien à l'amour que je te porte.

A mes amis de la Faculté de Pharmacie,

A Laurie et Mélody, pour toutes ces années sur les bancs de la fac', sur lesquels je vous ai forcé à vous asseoir aux premiers rangs à cause de ma myopie ! A tout ce que nous avons partagé pendant ces longues années, à tous ces petits potins qui rythmaient mes journées, à tous ces bons moments, que ce soit en amphi, au RU, à la BU, ou (plus couramment !) en soirée. Ces six années n'auraient pas été les mêmes sans vous à mes côtés.

A mes acolytes de TP/TD : Noémie, Aurélie, Victoria, Mathilde, Adeline, Pierre C., Laurent et Marie (qui est partie mais que l'on oublie pas) : A tous nos fous rires en cours, nos soirées de révision sur Facebook jusque tard le soir, nos angoisses dans le hall de la fac avant nos examens, nos innombrables soirées et plus particulièrement à cette formidable sixième année qui nous a permis de tous nous rapprocher. A toutes les sorties et les soirées qui nous attendent encore !

A Emma, Alix, Maxime, Pierre M., Gloria, Jean-Félix, pour votre compagnie agréable, votre gentillesse, vos rires, pour tous ces bons moments passés ensemble et tous ces soirées qui ont animé nos années fac (et pour toutes celles qui suivront) !

Je vous souhaite le meilleur dans tout ce que vous entreprendrez, autant professionnellement que personnellement. J'ai de la chance de vous avoir pour amis.

A Mme Santos,

Pour m'avoir si bien formée durant le stage de sixième année, pour m'avoir soutenue pendant les examens, pour la gentillesse et la compréhension dont vous faites preuve à notre égard. Pour m'avoir embauché dans votre officine, où je me sens si bien. Vous avez toute ma gratitude, et mon profond respect.

A mes super collègues, Bénédicte, Sylvie, Sandrine, Fernanda, Julie, Claire et Clarisse. Merci de m'avoir aidée pendant mon stage officinal, pour votre bonne humeur quotidienne, et pour cette bonne ambiance qui règne dans la pharmacie, et qui donne envie de venir travailler !

A tous les autres que je n'ai pas cités mais qui se reconnaîtront ; j'ai eu la chance d'un jour croiser votre chemin.

Aux amis, aux vrais.

Table des matières

Introduction.....	1
Revue de la littérature.....	3
1. Définitions	3
2. Infections sexuellement transmissibles et risques cliniques associés	6
2.1 Infections sexuellement transmissibles bactériennes	6
2.1.1 La gonorrhée	6
2.1.2 La chlamydie	10
2.1.3 La syphilis.....	14
2.2 Infections sexuellement transmissibles virales	20
2.2.1 L'herpès	20
2.2.2 Les hépatites.....	24
a. L'hépatite B.....	25
b. L'hépatite C.....	27
c. L'hépatite A	28
2.2.3 Le <i>Papillomavirus humain</i>	29
2.2.4 Le virus de l'immunodéficience humaine	33
3. Pratiques sexuelles à risque et infections sexuellement transmissibles associées	37
3.1 Coït vaginal non protégé	37
3.2 Sodomie non protégée.....	37
3.3 Fellation non protégée	37
3.4 Cunnilingus non protégé	39
3.5 Anulingus non protégé	39
3.6 Fist-fucking	40
3.7 Pratiques sadomasochistes	40
3.8 Echangisme et partouze	40
3.9 Sextoys.....	40
4. Prostitution étudiante	41
5. Grossesse et interruption volontaire de grossesse	42
Matériels et méthodes	45
1. Description de la population étudiée.....	45
2. Formalisation du questionnaire d'enquête à destination des étudiants de Lorraine.....	45
3. Validation du questionnaire d'enquête.....	46

4. Diffusion du questionnaire d'enquête	46
5. Analyses statistiques	48
6. Formalisation des fiches conseil.....	48
Résultats.....	49
1. Questionnaire d'enquête	49
2. Description de la population étudiée.....	49
3. Fiches conseil.....	60
Discussion.....	61
1. Fiabilité des réponses au questionnaire d'enquête	61
2. Sexualité des étudiants en Lorraine	61
3. Consommation de substance	67
4. Prévention et contraception	68
5. Education à la sexualité.....	73
6. Perspectives et devenir de cette étude.....	74
Conclusion	75
Bibliographie	77
Table des illustrations.....	86
Liste des abréviations.....	87
Annexes	88
1. Questionnaire d'enquête	88
2. Résultats du questionnaire.....	106
3. Fiches conseil « les Infections Sexuellement Transmissibles »	119
La gonorrhée	120
La chlamydie	122
La syphilis	124
L'herpès.....	126
L'hépatite.....	128
Le papillomavirus humain	130
Le virus de l'immunodéficience humaine	132
4. Fiches conseil « Situations à risque »	134
La sodomie	135
La fellation.....	136
Le cunnilingus.....	137
L'anulingus.....	138

Le fist-fucking	139
La contraception d'urgence.....	140
L'IVG	142
Autotest du VIH.....	143

Introduction

La sexualité occupe depuis toujours une place essentielle dans la nature humaine, en contribuant largement au bien-être physique et moral de ceux qui la pratiquent librement. La levée des tabous et la prolifération des scènes de sexe audiovisuelles ont bousculé les mœurs ; à notre époque il est désormais plus facile de s'exprimer et de se renseigner sur la sexualité. Pourtant, malgré la multiplication des campagnes de prévention gouvernementales, les infections sexuellement transmissibles sont en recrudescence en France depuis plusieurs années, notamment chez les plus jeunes (1). Ce bilan négatif est le signe d'une augmentation des pratiques à risque, phénomène contre lequel les professionnels de santé doivent agir, en apportant de meilleures informations, et en communiquant plus facilement sur le sujet. Si à l'heure actuelle, éduquer les enfants et les adolescents avant le début de leur sexualité est nécessaire, cela n'est toutefois pas suffisant. L'éducation sexuelle devrait être poursuivie même après l'entrée dans la vie sexuelle. Il devient important de cibler les comportements sexuels à risque, pour mieux éduquer et accompagner les individus concernés.

Mon choix de cibler plus particulièrement la sexualité des étudiants de Lorraine a été motivé par une envie personnelle, appartenant moi-même à cette catégorie de la population, et étonnée du peu de données disponibles sur le sujet. Ce manque d'étude ne permettant pas d'entreprendre un travail uniquement bibliographique, il a alors fallu élaborer un questionnaire d'enquête original, pour appréhender les connaissances et les pratiques des étudiants de Lorraine en matière de sexualité. Les résultats de cette enquête ont permis d'identifier les pratiques sexuelles des étudiants, et de déterminer plus spécifiquement les comportements sexuels à risque. Ils ont également servi d'outils de référence pour l'élaboration de fiches conseil à destination des pharmaciens officinaux pour les aider dans la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles au comptoir. Ce questionnaire d'enquête a été inspiré par une étude similaire menée par une mutuelle étudiante, la Smeba, en 2011, qui concernait tous les étudiants de France (2), auquel nous comparerons les résultats de cette thèse.

Dans une première partie de rappel des connaissances sur le sujet, les principales IST et leurs conséquences sur la santé seront développées. Puis, seront abordées les pratiques sexuelles à risque et les IST associées à chacune d'entre elles, la prostitution étudiante qui se propage de plus en plus, ainsi que les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

La deuxième partie de cette thèse s'articule autour des résultats du questionnaire d'enquête, qui seront comparés avec les comportements sexuels à risque connus et décrits dans la littérature nationale et internationale.

L'objectif principal de cette thèse est d'identifier les pratiques sexuelles à risque des étudiants de Lorraine. Ils contribueront à la formalisation d'outils qui permettront une meilleure prévention et prise en charge des IST en pharmacie. L'objectif secondaire est de réaliser une étude descriptive de la population étudiée. Les résultats de cette étude permettront de mieux coordonner les actions de prévention et d'informations sur les comportements sexuels à risques des étudiants de Lorraine.

Revue de la littérature

1. Définitions

Anulingus : Acte sexuel, communément appelé feuille de rose, consistant à exciter de manière buccale l'anus et le périnée de son ou sa partenaire. (3)

Bisexualité : Fait d'avoir des pratiques sexuelles aussi bien avec des partenaires de même sexe que de sexe différent. (4)

Bondage : Pratique érotique ou sexuelle, qui consiste à attacher son ou sa partenaire avec des cordes, des chaînes, des bâillons. (3)

Candaulisme : Pratique sexuelle qui consiste à observer son ou sa partenaire alors qu'il ou elle coïte avec une autre personne. (3)

Coït : Relation sexuelle entre deux individus. (4)

Comportement sexuel : Ensemble des conduites qui, à l'intérieur d'une espèce, aboutissent à l'accouplement et/ou à la reproduction. (5)

Contraception : Utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. (6)

Cunnilingus : Excitation buccale des organes génitaux féminins. (4)

Echangisme : Pratique qui consiste à changer de partenaire sexuel entre couples au cours d'une partie de plaisir. (4)

Exhibitionnisme : Déviation sexuelle dans laquelle l'exhibition en public de la verge, accompagnée de masturbation, remplace toute autre forme de rapport sexuel. (4)

Fétichisme : Déviation des pulsions sexuelles d'un sujet sur un objet érotique de substitution qui peut être aussi bien une partie déterminée du corps (cheveux, seins, fesses) qu'un objet (vêtement, chaussure). (4)

Fellation : Acte sexuel consistant en une stimulation bucco-linguale de la verge. (4)

Fist-fucking : Fait référence à un acte sexuel qui consiste à introduire le poing d'un des partenaires sexuels dans un orifice, soit le vagin, soit l'anus, après stimulation, de l'autre partenaire sexuel. (3)

Genre : Désigne l'identité sexuelle dans ses dimensions sociales et psychologiques, plus que dans ses caractères biologiques. (5)

Gland : Extrémité renflée de la verge. (4)

Hétérosexualité : Attirance sexuelle pour les personnes de sexe opposé. (4)

Homosexualité : Attirance sexuelle pour les personnes de son sexe. (4)

Identité sexuelle : Sentiment d'être un homme ou une femme ou autre. (5)

Infection Sexuellement Transmissible : Maladie pouvant être transmise au cours d'un rapport sexuel (2).

Masturbation : Excitation manuelle des organes génitaux externe d'un partenaire, ou de ses propres organes génitaux, dans le but de provoquer le plaisir. (4)

Orgasme : Point culminant et terme de l'excitation sexuelle, caractérisé par des sensations physiques intenses. (4)

Orientation sexuelle : Composante de l'identité sexuelle, au même titre que le genre ou le rôle sexuel. Elle peut désigner le désir affectif et sexuel, l'attrance érotique pour les personnes de même sexe, de sexe opposé ou indifféremment pour l'un ou l'autre sexe. Elle peut porter sur le comportement sexuel, affectif ou sur l'identité servant à définir subjectivement la personnalité. (5)

Partouze : Ebats sexuels à plus de deux personnes. (4)

Prépuce : Repli mobile de la peau qui recouvre plus ou moins le gland de la verge à l'état de flaccidité. (4)

Pénis : Organe mâle de la copulation et de la miction. (4)

Perversion sexuelle : Pratiques érotiques d'un sujet dont les actes sont considérés comme immoraux ou antisociaux. (4)

Pratique sexuelle : Ensemble des actes physiques, visant à la satisfaction du désir sexuel, ses propres désirs, ou le plaisir de son partenaire. (7)

Prostitution : Acte par lequel une personne consent habituellement à pratiquer des rapports sexuels moyennant rémunération. (4)

Rôle sexuel : Rôles sociaux attribués à chaque sexe. (5)

Sadomasochisme : Perversion sexuelle qui associe des pulsions sadiques et masochistes. (4)

Santé : Etat de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.(8)

Santé sexuelle : Partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. (9)

Sérotype : Ensemble des caractéristiques antigéniques de certains micro-organismes (bactéries, virus, champignons), permettant de différencier des souches appartenant à une même espèce. (5)

Sextoy : Jouet, accessoire sexuel. (10)

Sodomie : Coït anal. (4)

Verge : Synonyme de pénis. (4)

Voyeurisme : Trouble de la sexualité consistant à épier autrui à son insu dans des conduites impliquant l'intimité. (4)

2. Infections sexuellement transmissibles et risques cliniques associés

Les infections sexuellement transmissibles étaient autrefois regroupées sous le terme de maladies vénériennes, en référence à Vénus, déesse de l'amour (11). Depuis quelques années, le terme IST a remplacé celui de MST (maladie sexuellement transmissible), qui sous-entendait la présence de symptômes, alors que ce n'est pas toujours le cas. Les IST sont depuis toujours, un enjeu majeur de santé publique, puisqu'elles sont une des raisons qui poussent le plus les adultes à consulter un médecin (12). Les IST peuvent être causées par des bactéries, des virus, et plus exceptionnellement, des parasites et des champignons.

2.1 Infections sexuellement transmissibles bactériennes

2.1.1 La gonorrhée

La gonorrhée, également appelée blennorragie, est plus connue sous le terme commun de « chaude-pisse » (13). En France et partout dans le monde, elle est en recrudescence depuis 1998 (14), ce qui témoigne d'une augmentation des pratiques sexuelles à risque malgré la multiplication des campagnes de prévention. L'Institut de veille sanitaire (InVS) rapporte qu'environ 13 951 cas de gonorrhée ont été déclarés en 2012 en France métropolitaine (1), ce qui la place en seconde position des IST les plus fréquentes. Sa réelle incidence reste toutefois largement sous-estimée puisque la gonorrhée n'est pas une IST à déclaration obligatoire. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 25-35 ans chez les hommes (63% des cas), et celle des 16-30 ans chez les femmes (69% des cas) (15).

La bactérie mise en cause est *Neisseria gonorrhoeae*, diplocoque encapsulé à Gram négatif, dont la forme en grain de café est caractéristique (Figure 1). Communément appelé le gonocoque, il mesure de 0,6 à 0,8 µm de diamètre. Les pili qui l'entourent jouent un rôle dans sa pathogénicité, puisqu'ils lui permettent de s'accrocher à la surface des muqueuses. Très fragile, il ne résiste ni à la dessiccation, ni à l'oxydation, pas plus qu'aux grandes variations de température (16). Le gonocoque ne peut donc être transmis que lors d'un contact direct au cours d'un rapport sexuel, même si le partenaire infecté est asymptomatique. De ce fait, le risque de transmission est d'autant plus grand que 70% des personnes contaminées ne ressentent aucun symptôme (17). Il faut également prendre en compte le caractère majoritairement asymptomatique de la gonorrhée du pharynx et de l'anus (plus de 90% des cas), qui permet la propagation silencieuse de la bactérie (18). Les hommes sont plus symptomatiques que les femmes : la majorité d'entre eux développeront des symptômes, tandis que plus de la moitié des femmes resteront asymptomatique, ignorant ainsi leur état. Le risque de contamination varie selon le sexe, les femmes y étant

plus exposées : en cas de rapport non protégé avec un partenaire infecté, une femme est contaminée dans un cas sur deux, tandis qu'un homme ne l'est que dans un cas sur trois. Le taux d'infection progresse également plus rapidement chez la femme (16).

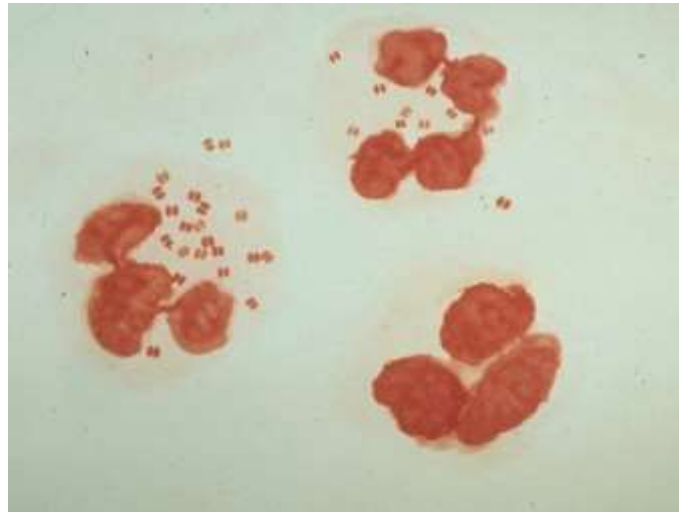


Figure 1 : Neutrophiles infectés par *Neisseria gonorrhoeae* (19)

Le gonocoque se loge préférentiellement dans les cellules de l'urètre, de l'endocol, des cryptes anales et des amygdales. La contamination peut donc se faire selon trois façons : le coït, la sodomie et les fellations non protégés (16). La fellation est un mode de contamination important du gonocoque, ce qu'il est souvent difficile de le faire comprendre aux patients puisque l'utilisation régulière du préservatif au cours d'une fellation reste rare (< 5%) (1).

Chez l'homme, l'urètre est majoritairement le siège de l'infection (90% des cas) et la symptomatologie est le plus souvent bruyante. Une urétrite se traduit par une douleur à la miction, un prurit, des douleurs dans les testicules, un écoulement urétral anormal voire purulent (Figure 2), accentués d'une dysurie impérative dans les formes aiguës (16), mais aussi parfois par une méatite, voire une balanite (20). Des adénopathies inguinales peuvent accompagner ces symptômes de façon non systématique. La période d'incubation varie de 2 à 7 jours, durant laquelle l'homme est contagieux. La bactérie peut également entraîner une orchite-épididymite et une prostatite, complications possibles mais peu fréquentes de l'infection par le gonocoque (16). Une rectite est observée dans 8% des cas de gonorrhée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (20) et peut se manifester par un prurit anal, une anite, des sécrétions purulentes ou non de l'anus, des saignements anorectaux, des ténesmes et des diarrhées sanglantes et/ou des sensations de défécations incomplètes (15,19).

Urétrite gonococcique.



Figure 2 : Ecoulement urétral purulent (22)

Chez la femme, l'infection gonococcique provoque, selon la porte d'entrée, une urétrite, une cervicite ou une rectite. La période d'incubation est la même que chez l'homme, mais l'infection est asymptomatique dans 70% des cas (21). Malgré tout, s'ils se manifestent, les symptômes sont également plus silencieux. Il peut s'agir d'une leucorrhée anormale, de douleurs dans le bas-ventre et pendant les rapports sexuels, des saignements après les rapports sexuels ou entre les menstruations. Bien que la gonorrhée soit une IST bénigne et fréquente, les complications qu'elle peut entraîner chez la femme ne sont pas pour autant négligeables. Non diagnostiquée ou mal soignée, l'infection peut devenir persistante et s'étendre aux trompes de Fallope, causant une salpingite, dont les conséquences sur la santé sont plus graves (16). Les risques sont une infertilité, une grossesse ectopique et des douleurs chroniques dans le bas-ventre (23). La mère peut transmettre l'infection à son enfant au cours de l'accouchement. Chez les nouveau-nés infectés, la gonorrhée peut entraîner une ophtalmie purulente allant jusqu'à la cécité, 2 à 5 jours après la naissance (24).

Chez les deux sexes, une oropharyngite peut résulter d'une fellation non protégée, par contact direct avec des sécrétions ou des lésions infectées génitales. Une gorge érythémateuse diffuse et/ou douloureuse oriente d'abord vers une infection banale de la sphère ORL, mais l'apparition de petites pustules dans la région amygdalienne, ainsi qu'une sensation de brûlure, une hypersialorrhée et une haleine fétide précisent le diagnostic (16). Il est plus compliqué de traiter une oropharyngite, du fait de la mauvaise diffusion des antibiotiques dans cette localisation. Même après traitement, l'infection peut donc persister, et entretenir la chaîne de contamination (21).

Plus grave, une infection gonococcique disséminée peut entraîner une arthrite, une méningite, une endocardite, ainsi qu'une ophtalmie (25). Etre porteur du gonocoque augmente également le risque de contracter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de le transmettre, à cause de l'inflammation qu'induit la bactérie. La personne infectée doit rapidement prévenir tous ses partenaires afin qu'ils puissent se faire dépister et traiter, le but étant d'interrompre la chaîne de contamination (17,21).

Si la personne infectée ne ressent aucun symptôme, une analyse d'urine permettra le dépistage. Si en revanche les symptômes sont avérés, un prélèvement de sécrétion au niveau du col de l'utérus, de l'urètre, de l'anus ou de la gorge sera effectué au cours d'un examen médical (23). En cas de dépistage positif au gonocoque, le dépistage d'autres IST, notamment la chlamydie, la syphilis et le VIH, est fortement recommandé (18).

Le traitement de la gonorrhée est simple, malheureusement avec le temps, les gonocoques ont développé des résistances importantes aux principaux antibiotiques comme les pénicillines, les tétracyclines et les quinolones(8). Ainsi, il n'est plus recommandé de les administrer en première intention, car ils rencontrent à l'heure actuelle un taux de résistance respectif de 12%, 62% et 43% (13,17). Le traitement de référence des infections gonococciques et de leurs complications consiste en l'administration d'une dose unique de 500mg de ceftriaxone (Rocéphine®) en intramusculaire, associé à 1g d'azithromycine (Zithromax®) en prise unique par voie orale (21) : ces prises uniques facilitent la bonne observance du patient, et assurent l'efficacité du traitement. L'association de ces deux antibiotiques a pour but de diminuer la progression de la résistance à la ceftriaxone, puisque la résistance à l'azithromycine n'est pas encore répandue. L'azithromycine étant le traitement de référence de *Chlamydia trachomatis*, elle sera d'autant plus efficace si le patient présente une infection concomitante (18). L'azithromycine présente de fréquents effets indésirables gastro-intestinaux, tels que des vomissements, qui compromettent alors la bonne absorption du médicament. Ils pourront être atténués par une prise au moment du repas, ou par l'administration préventive d'un antiémétique (25). L'utilisation de ces deux antibiotiques n'est pas contre-indiquée chez la femme enceinte. En cas d'allergie, la doxycycline peut alors être administrée (sauf chez la femme enceinte), à la posologie de 100mg 2 fois par jour, pendant 7 jours (21).

Il est recommandé de faire un dépistage de contrôle 7 jours après l'instauration du traitement pour s'assurer que la bactérie a bien été éradiquée (25). L'utilisation d'un préservatif sera de rigueur pendant 7 jours après le traitement en prise unique et jusqu'à la disparition totale des symptômes, l'idéal restant l'éviction des rapports sexuels durant cette période pour éviter

toute recontamination (17,21). L'Homme ne développant pas d'immunité acquise à la suite d'une primo-infection, il est possible d'attraper la gonorrhée plus d'une fois dans sa vie (24).

2.1.2 La chlamydie

Bien qu'elles ne soient pas causées par la même bactérie, la chlamydie et la gonorrhée sont deux IST similaires, qui ont en commun leur mode de contamination, leur épidémiologie, le caractère majoritairement asymptomatique de l'infection ainsi que leur prise en charge diagnostique et thérapeutique. Cependant, la chlamydie est 50 à 80 fois plus fréquente que la gonorrhée, ce qui en fait l'IST la plus répandue dans les pays industrialisés (2 à 10% des 16-24 ans sont concernés) (20). Ainsi, l'InVS a répertorié 71 657 cas de chlamydie en France Métropolitaine en 2012 (1) mais là encore, sa réelle incidence reste largement sous-estimée puisque comme la gonorrhée, la chlamydie n'est pas une IST à déclaration obligatoire. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 20-39 ans chez l'homme, et celle des 15-34 ans chez la femme (20).

La bactérie en cause est *Chlamydia trachomatis*, bacille à Gram négatif de 0,3 à 1µm de diamètre. Parasite strictement intracellulaire, la bactérie ne se développe qu'à l'intérieur des cellules de l'hôte (16). Celle-ci se transmet lors d'un contact direct au cours d'un rapport sexuel, même si le partenaire est asymptomatique, selon trois modes de contamination préférentiels, qui sont les mêmes que pour la gonorrhée : coït, sodomie et fellation non protégés (23). Asymptomatique dans 60 à 70% des cas (26), la transmission silencieuse de la bactérie assure sa propagation. Les complications qu'elle engendre, plus fréquentes et plus importantes que celles de la gonorrhée, font de la chlamydie un problème majeur de santé publique, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes. Elle est responsable de 50% des salpingites chez la femme jeune, et de 70% des stérilités tubaires (20). *Chlamydia trachomatis* se retrouve chez 5% des jeunes femmes se présentant à une consultation gynécologique de contrôle, 5 à 7% des femmes enceintes, 10 à 20% des femmes qui se sont fait dépister, parmi lesquelles 30 à 60% de femmes déjà infectées par *Neisseria gonorrhoeae*. Comme pour la gonorrhée, les fellations non protégées sont un moyen efficace de transmission de l'infection (16), ce que le patient ne comprend pas toujours, puisque l'utilisation régulière de préservatif pour cette pratique reste insuffisante ces dernières années (<5%) (1). Les personnes infectées par *Chlamydia trachomatis* ont elles-aussi plus de risque de contracter ou de transmettre le VIH (23).

Les portes d'entrée sont les mêmes que pour la gonorrhée : les cellules du gland chez l'homme et de l'endocol chez la femme, et chez les deux sexes, celle de l'urètre, des cryptes anales, et des zones amygdaliennes. Les conséquences sont donc les mêmes : balanite, cervicite, urétrite, rectite, pharyngite (16). Tout comme la gonorrhée, il est possible de contracter la chlamydie plus d'une fois dans sa vie, puisque là encore, l'Homme ne développe pas d'immunité acquise suite à une primo-infection (27). La différence la plus notable est le temps d'incubation, plus long pour la chlamydie, puisqu'il nécessite 2 à 5 semaines. S'ils se manifestent, les symptômes sont sensiblement les mêmes que ceux occasionnés par la gonorrhée : douleurs à la miction, léger prurit, sécrétions anormales du pénis, du vagin et de l'anus chez les deux sexes et des douleurs dans le bas-ventre et pendant les rapports sexuels, accompagnés parfois de saignements vaginaux après les rapports sexuels ou entre les menstruations chez la femme (20,24). Non diagnostiquée ou non traitée, l'infection peut devenir latente, et s'étendre aux testicules, à l'épididyme et à la prostate chez l'homme, et aux trompes de Fallope chez la femme, avec pour conséquences une endométrite, une salpingite, une stérilité tubaire, des algies pelviennes inflammatoires et des grossesses ectopiques. Les complications communes aux deux sexes sont une arthrite réactionnelle et une kératoconjonctivite (20).

Chez la femme, les salpingites sont difficilement détectables du fait de l'évolution majoritairement silencieuse de l'infection ; elles sont une cause importante de stérilité. Symptomatiques, elles se manifestent par des douleurs pelviennes, des leucorrhées et une hyperthermie supérieure à 38°C (21). 60% des salpingites causées par une IST le sont par *Chlamydia trachomatis* (28). Si la chlamydie est responsable de la majorité des stérilités féminines, il semble que le risque soit plus faible pour les hommes, puisque la plupart des hommes atteints d'une chlamydie latente ont conservé un sperme fertile. Cette fois encore, la mère peut transmettre l'infection à son enfant au cours de l'accouchement. Chez le nouveau-né infecté, la chlamydie peut entraîner des conjonctives purulentes et des bronchopneumopathies néonatales (21).

S'il n'y a aucun symptôme, une analyse d'urine permettra le dépistage. Si les symptômes sont avérés, un prélèvement de sécrétion au niveau du col de l'utérus ou de l'urètre sera effectué au cours d'un examen médical (23). En cas de dépistage positif à *Chlamydia trachomatis*, le dépistage d'autres IST est fortement recommandé (18), notamment la gonorrhée, la syphilis et le VIH.

La bactérie étant intracellulaire stricte, le traitement nécessite des antibiotiques à diffusion intracellulaire, tels que les tétracyclines, les fluoroquinolones et les macrolides. Comme une co-infection par la gonorrhée est fréquente, les deux infections sont traitées par précaution. Le choix d'antibiothérapie est plus large que pour la gonorrhée, puisqu'à ce jour, *Chlamydia trachomatis* n'oppose aucune résistance aux antibiotiques. La durée de traitement variera en fonction du site et du caractère récent ou latent de l'infection. Les infections des voies génitales basses guérissent en 8 jours dans 80% des cas. L'antibiotique de référence est l'azithromycine, 1g *per os* en prise unique, ce qui facilite l'observance chez des jeunes gens généralement peu compliants ou non réceptif à un traitement sur une semaine (21). En cas d'allergie, la doxycycline peut être utilisée en alternative, à la posologie de 100mg, 2 fois par jour pendant 7 jours. En cas d'infection tissulaire, l'antibiotique de référence est l'ofloxacin (Oflocet®), à la posologie de 200mg 2 fois par jour pendant 10 jours. A nouveau, la doxycycline peut être utilisée en alternative, à la posologie de 200mg par jour pendant 10 jours. Les salpingites aiguës se traitent par une double antibiothérapie : on associe au traitement antichlamydien un antibiotique à large spectre pour les germes opportunistes fréquemment associés. L'association de doxycycline 100mg 2 fois par jour et de métronidazole (Flagyl®) 500mg 3 fois par jour pendant 14 jours est aujourd'hui le traitement de référence, avec plus ou moins l'administration d'une dose unique de ceftriaxone 500mg par voie intramusculaire. L'alternative est l'administration concomitante d'ofloxacin, à la posologie de 400mg 2 fois par jour et de métronidazole, à la posologie de 500mg 3 fois par jour, pendant 14 jours. L'utilisation de doxycycline et d'ofloxacin au cours de la grossesse est contre-indiquée. Une hospitalisation est nécessaire dans les formes sévères ou compliquées de salpingites. Il est bien sûr indispensable de traiter tous les partenaires, pour endiguer le cycle de contamination. Les rapports sexuels sont à proscrire jusqu'à la fin du traitement, et même jusqu'à trois jours après par précaution, ou 7 jours après un traitement à dose unique. Un prélèvement de contrôle, et dans certains cas une sérologie à la recherche d'IgG, seront effectués un mois après le traitement pour éliminer tout risque de salpingite associée, ou le cas échéant, la prendre immédiatement en charge.

Les différences entre la gonorrhée et la chlamydie sont résumées ci-dessous (Tableau I) :

Tableau I : Principales différences des infections urogénitales à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydia trachomatis*

	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Prévalence parmi les urétrites en France	10%	20-30%
Incubation	2-7 jours	Plusieurs semaines
Écoulement	90% (purulent)	40-50% (clair)
Cervicite	Oui	Oui
Portage asymptomatique	Exceptionnel à l'urètre Plus fréquent pharynx et anus	Au moins 10% à l'urètre chez l'homme 50 à 90% chez la femme
Complications	Prostatite, orchite-épididymite, Septicémie avec signes cutanés et arthrites septiques, Salpingite rare	Prostatite, orchite-épididymite, Arthrite réactionnelle, Kératoconjonctivite Salpingite ++ Stérilité tubaire ++ Grossesse extra-utérine ++ Algies pelviennes inflammatoires
Transmission néonatale	Rare conjonctivite purulente	Conjonctivite, pneumopathie
Diagnostic	Examen direct, culture et antibiogramme ++	PCR sur premier jet d'urine chez l'homme, et sur prélèvement à l'endocol chez la femme.
Dépistage	Pas d'intérêt en dehors des sujets consultant pour une IST, notamment recherche de portage pharyngé voire anal	Intérêt sur les sujets jeunes du fait des complications chez la femme PCR sur le premier jet d'urine dans les deux sexes

Certains sérotypes de *Chlamydia trachomatis* (L1, L2, et L3) sont responsables d'une autre infection, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). La bactérie se transmet toujours par contact direct au cours d'un rapport sexuel, avec pénétration vaginale, anale ou buccale non protégée. Le temps d'incubation varie de 2 à 60 jours. Tant que la maladie est active, la personne infectée est contagieuse. En France Métropolitaine, la LGV touche presque exclusivement les HSH, et dans 80% des cas, les patients sont également contaminés par le VIH (29).

L'évolution de la LGV se caractérise par trois phases :

Après une période d'incubation, la phase primaire se manifeste par l'apparition d'une papule ou d'une vésicule (comparable à une cloque de varicelle) sur les zones génitale ou anale. Indolore, transitoire et volontiers profonde (col de l'utérus, urètre, rectum), ces lésions primaires passent donc le plus souvent inaperçues.

C'est au cours de la phase secondaire qu'apparaissent une à deux semaines plus tard, soit une adénopathie inflammatoire de l'aîne, évoluant vers une fistulisation, soit une anorectite aiguë, qui se manifeste par des douleurs rectales, un ténesme, accompagnés d'un

écoulement mucopurulent plus ou moins hémorragique. Les ulcérations retrouvées au cours d'un examen proctologique peuvent d'abord orienter à tort vers un herpès.

Non diagnostiquée ou mal soignée, l'infection peut entrer en phase tertiaire et se chroniciser, avec l'apparition de fistules ano-périnéales, accompagnée d'un rétrécissement du rectum. La LGV étant encore récemment considérée comme rare en Europe, le diagnostic est rarement évoqué avant l'apparition de complications. De ce fait, les praticiens le plus confrontés à cette infection sont des gastro-entérologues (30). Le dépistage consiste en un prélèvement au niveau des lésions génitales ou anales. Un diagnostic de LGV doit toujours entraîner le dépistage d'autres IST, en particulier le VIH, puisque ces deux infections sont souvent liées.

L'antibiothérapie ne diffère pas beaucoup de celle de la chlamydie, mais la durée de traitement est plus longue (29). La doxycycline est ainsi prescrite pendant 21 jours, à la posologie de 100mg, 2 fois par jour. En cas d'allergie ou chez la femme enceinte, l'érythromycine est une alternative possible, à raison de deux comprimés de 500mg, 2 fois par jour pendant 21 jours. Trois semaines après l'arrêt du traitement, un dépistage de contrôle est effectué pour s'assurer que la bactérie a bien été éradiquée (30). Si la LGV est prise en charge avant la phase tertiaire, le patient ne gardera aucune séquelle (29). Les partenaires sexuels doivent bien sûr se faire dépister à leur tour pour pouvoir être traité si nécessaire, et ainsi interrompre la chaîne de contamination.

2.1.3 La syphilis

Autrefois appelée la vérole, la syphilis est une infection endémique très ancienne qui daterait de l'Antiquité et qui a causé beaucoup de ravages en Europe du 16^{ème} siècle jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale. La syphilis est la plus dangereuse des IST bactériennes.

La syphilis est causée par une bactérie de la famille des spirochètes, *Treponema pallidum*, surnommé le tréponème pâle parce qu'il ne prend pas la coloration de Gram. Le risque de transmettre l'infection est plus élevé au cours de la première année qui suit la contamination (23).

Comme d'autres IST, la syphilis est elle aussi en recrudescence en Europe et en France depuis le début des années 2000. En 2012, l'InVS a recensé 852 nouveaux cas (15). La population la plus touchée est celle des HSH (86% des cas). Les hommes hétérosexuels représentent 10% des cas, tandis que les femmes hétérosexuelles ne représentent que 4% des cas. Aucun cas n'a été recensé chez des femmes homosexuelles. Les co-infections par le VIH concernent 40% des HSH, 25% des hommes hétérosexuels et 3% des femmes

hétérosexuelles. Encore une fois, l'utilisation régulière du préservatif au cours d'une fellation reste insuffisante, alors que la fellation est un mode de contamination efficace de la syphilis (1). Le risque de contracter la syphilis au cours d'un rapport sexuel unique avec une personne infectée est de 30% (26).

Au microscope à fond noir, la bactérie est facilement reconnaissable (Figure 3). On observe en effet un filament spiralé d'une brillance caractéristique, mobile, mesurant de 6 à 15µm de long, pour un diamètre d'environ 0,2µm, parcourue de spires régulièrement espacées, qui peuvent s'élever au nombre de 6 à 12 (16).



Figure 3: Observation de *Treponema pallidum* au microscope à fond noir (31)

Le tréponème n'est pas cultivable *in vitro*, du fait de sa grande fragilité qui l'empêche de survivre en milieu extérieur (32). Il ne supporte ni la dessiccation, ni la chaleur, ni les antiseptiques, pas plus que les simples savons. C'est un pathogène strict de l'homme, transmis en majorité au cours d'un contact direct lors d'un rapport sexuel (97% des cas) (16). Le tréponème profite d'une brèche dans la peau ou les muqueuses pour s'infiltrer, mais il peut également traverser les muqueuses saines suite à un contact prolongé. La transmission materno-fœtale est également possible à partir du 4^{ème} mois de grossesse. Elle pourra être fatale au nouveau-né, ou entraîner des malformations congénitales. La contamination résulte le plus souvent d'un coït, mais la fellation, le cunnilingus et la sodomie sont également des pratiques à risque. La syphilis augmente le risque de contracter ou de transmettre le VIH, et se développe plus rapidement chez les personnes VIH+, entraînant des complications neurologiques plus fréquentes.

La syphilis évolue en trois phases :

La syphilis primaire débute par la période d'incubation. D'une durée de 3 semaines en moyenne (de 14 jours à 3 mois), celle-ci est biologiquement silencieuse, mais la personne

infectée est contagieuse dès le début. Le seul signe caractéristique d'une contamination est l'apparition d'un chancre d'inoculation dont l'emplacement est déterminé par la pratique sexuelle en cause. Ainsi, les chancres d'inoculations sont majoritairement génitaux (90% des cas), mais ils peuvent également être retrouvés au niveau buccal (8% des cas, avec par ordre de localisation préférentielle : lèvres, amygdales, langues, gencives et plus rarement l'intérieur des joues et le palais), à l'anus, ou encore, dans une moindre mesure, sur le mamelon et le doigt (16). Le tréponème se multiplie dans un premier temps au point d'inoculation. Le chancre d'inoculation est une ulcération isolée et indolore de la peau et des muqueuses, dont le diamètre varie de 5 à 15 mm, accompagnée d'une induration caractéristique qu'on retrouve à la palpation (Figure 4 et 5) (2).

La lésion est très contagieuse, car elle est recouverte d'une sérosité riche en bactéries. Compte tenu de sa petite taille, de sa localisation ou du caractère indolore de la lésion, le chancre passe souvent inaperçu (16).



Figure 4 : chancre d'inoculation labial (33)



Figure 5 : chancre d'inoculation génital (34)

Le chancre s'accompagne systématiquement d'une adénopathie satellite unilatérale, qui apparaît 6 à 7 jours après dans le territoire ganglionnaire correspondant (16). La présence d'un chancre peut orienter vers un diagnostic différentiel : herpès, LGV, anorectite, ou

ulcérations anogénitales (35). Non traité, le chancre disparaît en 4 à 6 semaines sans laisser de séquelle (32).

Une syphilis secondaire, stade auquel les médecins diagnostiquent le plus souvent la maladie, se développe 45 jours après l'apparition du chancre (16). Cette phase est aussi contagieuse que la phase primaire, et s'étend de quelques mois à un an. Elle correspond à la dissémination du tréponème dans la circulation sanguine et lymphatique. Un tiers des patients non diagnostiqués ou non traités au stade primaire développent des symptômes secondaires. Appelée « la grande simulatrice », la syphilis secondaire se manifeste par des signes fonctionnels généraux non spécifiques (atteinte des ongles, fièvre, céphalées, maux de gorge, nausées et vomissements, amaigrissement, douleurs osseuses et articulaires...) et des éruptions cutanées polymorphes qui évoquent une dermatose et faussent le diagnostic (35). C'est ce qu'on appelle la roséole syphilitique (Figure 6). L'apparition, 3 à 6 mois après l'apparition du chancre, de syphilides papuleuses, plus reconnaissables, permet de poser le diagnostic avec certitude. Cependant, leur absence n'exclut pas pour autant une syphilis secondaire. Elles sont caractérisées par une éruption papulo-squammeuse disséminée sur le visage et le tronc, avec une atteinte palmo-plantaire plus spécifique (Figure 7). Les lésions sont papuleuses, de couleur cuivrée, accompagnées d'une fine desquamation péri-lésionnelle. Les syphilides peuvent également être génitales et anales, indolores et non prurigineuses, mais toujours extrêmement contagieuses. Un seul contact d'une syphilide contre une peau lésée permet la transmission de la bactérie (35). Les signes visibles peuvent disparaître, même sans traitement, mais la personne infectée n'en reste pas moins contagieuse. La syphilis secondaire peut se traduire par d'autres symptômes plus trompeurs : une fausse perlèche, des lésions d'allure séborrhéique des sillons nasogéniens, des papules acnéiformes du menton, décapillation de la langue, dépilation des sourcils, alopecie sur plusieurs aires incomplètement dépilées sur un cuir chevelu intact (dit en « fourrure mitée ».) (35)



Figure 6 : Roséole syphilitique (35)



Figure 7 : Syphilides plantaires (36)

La syphilis tertiaire apparaît après plusieurs années de latence au cours desquelles l'infection est asymptomatique et non contagieuse, mais avec une sérologie positive. Elle représente 10% des syphilis non diagnostiquées ou mal traitées. Beaucoup plus grave que les phases précédentes, elle se caractérise par des atteintes oculaires, viscérales, cardio-vasculaires (aortite, anévrisme de l'aorte) ou neurologiques (tabès, méningo-encéphalite aboutissant à la démence), associées à des lésions osseuses ou cutanéomuqueuses (32) qui provoquent des déformations de la bouche, du nez, du pharynx (Figure 8).



Figure 8 : Manifestations faciales d'une syphilis au stade tertiaire (37)

Transmise par la fellation, le cunnilingus ou l'anulingus, la syphilis peut également causer une angine ulcéro-nécrotique (Figure 9), à l'origine d'ulcérations non douloureuses des amygdales (38).



Figure 9 : Angine ulcéro-nécrotique (31)

Pour le dépistage, deux tests sont actuellement employés : le TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination Assay*) et le VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). Le premier est une réaction spécifique qui permet de diagnostiquer la syphilis en identifiant les antigènes directement responsables de l'infection. Le second est une réaction non spécifique : il identifie les anticorps dirigés contre tous les tréponèmes pathogènes, et est surtout utilisé pour contrôler l'efficacité thérapeutique. La lèpre, le lupus érythémateux diffus, une grossesse, une polyarthrite rhumatoïde, une cirrhose, une hépatite virale ou une toxicomanie sont des causes de faux positifs. La sérologie syphilitique est obligatoirement prescrite lors d'une déclaration de grossesse (21).

La surveillance sérologique se manifeste par un dosage quantitatif du VDRL à 3 mois, 6 mois et 1 an, puis tous les ans jusqu'à négativation. Une syphilis primaire se négative en un an et une syphilis secondaire en deux ans. Le TPHA se négative rarement, c'est pourquoi ce test ne doit pas être utilisé pour suivre l'évolution d'une syphilis traitée. Le TPHA comme le VDRL se positivent vers 10 jours après l'apparition du chancre. En cas de dépistage positif, le dépistage d'autres IST, notamment le VIH, est recommandé.

L'antibiothérapie de référence reste comme à ses débuts la pénicilline G par voie intramusculaire, en dose unique pour la syphilis précoce, et en 3 injections à une semaine d'intervalle pour la syphilis tardive (26). La neurosyphilis et la syphilis tertiaire nécessitent une hospitalisation. En deuxième intention ou en cas d'allergie, on utilise la doxycycline 100mg per os, 2 fois par jour pendant 14 jours ou pendant 28 jours dans les formes tardives (21). La pénicilline est le seul recours chez la femme enceinte ; en cas d'allergie, on préconise d'abord une désensibilisation. Comme pour les précédentes IST, les partenaires doivent également être dépistés et traités.

2.2 Infections sexuellement transmissibles virales

2.2.1 L'herpès

L'herpès génital affecte 20% de la population française, et touche préférentiellement la tranche d'âge de 25 à 35 ans, tous sexes confondus (39). On estime alors à 5,6 millions le nombre de cas, dont seulement 2 millions diagnostiqués, ceci parce que les personnes atteintes ne le savent pas, ou confondent l'herpès génital avec une mycose ou un eczéma. Encore aujourd'hui, cette IST est mal connue, puisque selon un sondage HRA Pharma/Harris, 43% de personnes pensent que l'herpès génital peut être causé par un manque d'hygiène, 37% par des échanges de linge de toilettes et 35% par la cuvette des WC, alors que ce virus est incapable de survivre à l'extérieur de l'organisme (40).

L'herpès génital représente 10 à 15% des IST, ce qui en fait la quatrième IST mondiale (11) et la première IST virale en France (41). Chez l'adulte, les complications sont rares, mais elles peuvent favoriser la survenue d'autres IST.

Le virus de l'herpès fait partie de la famille des *Herpesviridae*, tout comme la varicelle, le zona et la mononucléose (21). Il existe deux souches : HSV-1, à l'origine de l'herpès labial, et HSV-2 à l'origine de l'herpès génital. La primo-infection se manifeste par l'apparition de vésicules en bouquet, sur les lèvres ou sur les zones génitales, accompagnée d'une sensation de brûlures et de démangeaisons. Une fois pénétré dans l'organisme, le virus ne s'élimine pas. Après la disparition des symptômes de la primo-infection, le virus remonte le long des nerfs pour se loger dans la zone ganglionnaire la plus proche, où il reste à l'état latent jusqu'à une possible réactivation, profitant d'un affaiblissement des défenses immunitaires (40). Quand le virus se manifeste à nouveau, il provoque des récurrences herpétiques, également appelées crises ou poussées d'herpès (41). 60% des personnes guérissent spontanément après une primo-infection, tandis que 40% souffriront de récurrences herpétiques, plus ou moins marquées, tout au long de leur vie (11). L'excrétion virale dure 4 à 6 jours, durant lesquels la personne infectée est extrêmement contagieuse. Les récurrences herpétiques peuvent être muettes : il s'agit alors d'une excrétion virale asymptomatique (21). C'est le cas d'un tiers des personnes, qui deviennent alors une source importante de contamination (16). Pour HSV-1 comme HSV-2, les récurrences herpétiques varient en fréquence et en intensité selon les personnes (42). Les facteurs déclenchant sont variables selon les individus, mais chaque personne connaît généralement les circonstances de survenue propres à leur récurrence herpétique. Les plus fréquemment cités sont (16) :

- La fièvre, d'où la fameuse appellation du « bouton de fièvre » (Figure 10),
- Le stress et les facteurs psychologiques,
- La fatigue,
- Les infections virales et bactériennes,
- Certains traumatismes locaux : extractions dentaires, neurochirurgie, rapports sexuels,
- L'exposition solaire et le froid,
- Les menstruations,
- La grossesse.



Figure 10 : Herpès labial, plus couramment appelé "bouton de fièvre" (43)

HSV-1 est majoritairement responsable de l'herpès labial (80% des cas), mais également de l'herpès génital (20% des cas), du fait de l'augmentation des pratiques oro-génitales à risque. Le virus se transmet par un contact muqueux avec une lésion infectée grouillant de particules virales, et se contracte majoritairement dans la petite enfance (42). HSV-1 est une infection virale banale, bénigne, mais très contagieuse dont on ne peut guérir, les traitements disponibles consistant seulement à soulager les symptômes ou prévenir les récurrences. Ce qu'on appelle un bouton de fièvre est une ulcération, qui ressemble à une cloque et qui évolue ensuite vers une croûte, sur les lèvres ou autour de la bouche. Son apparition est souvent précédée de prodromes reconnaissables tels que des picotements localisés, une démangeaison ou une sensation de brûlure sur la zone où il émergera (21). Mais HSV-1 est également à l'origine d'herpès génital, qui se manifeste par une ou plusieurs lésions vésiculaires génitales ou anales, dites en bouquet, là aussi précédées par des prodromes. Asymptomatique ou avec des symptômes plus modérés que ceux causés par HSV-2, cet herpès peut facilement passer inaperçu. Des récurrences herpétiques peuvent survenir, mais elles sont moins fréquentes que pour HSV-2. Une femme enceinte atteinte d'herpès génital à HSV-1 a moins de risque de contaminer le nouveau-né au cours de l'accouchement. HSV-1 peut également entraîner un herpès oculaire (Figure 11), qui se manifeste par une irritation oculaire, une kératite ou une conjonctivite (42). Les

conséquences peuvent être graves, puisque sans traitement adapté, l'œil atteint peut être perdu (44). C'est pourquoi, en cas d'herpès labial, il est nécessaire d'avoir une bonne hygiène pour ne pas se contaminer l'œil par transfert de particules virales.



Figure 11 : herpès oculaire (44)

Chez les personnes VIH+ et immunodéficientes, HSV-1 peut entraîner de graves complications, comme une infection disséminée ou une méningo-encéphalite herpétique. HSV-1 peut se transmettre même en l'absence de symptômes, c'est pourquoi il est conseillé aux personnes souffrant d'herpès labial de s'abstenir de pratiquer des rapports oro-génitaux non protégés (42). Les particules virales d'HSV-1 sont retrouvées dans les lésions cutanées et muqueuses, les larmes et la salive (16).

HSV-2 est majoritairement responsable de l'herpès génital, tout aussi extrêmement contagieux. HSV-2 touche 20 millions de personnes supplémentaires chaque année dans le monde, dont la plupart ignorent tout simplement leur statut virologique. Les femmes sont plus touchées que les hommes. En 2012, elles étaient 267 millions, contre 150 millions d'hommes (42). Les récurrences sont moins sévères que la primo-infection, et se répètent généralement au même endroit (21). Selon une étude de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé de 2001, 4 récurrences herpétiques en moyenne se manifestent dans l'année qui suit une primo-infection. 20% des personnes infectées par HSV-2 souffrent de plus de 10 récurrences herpétiques par an (45). Elles sont systématiquement précédées par des prodromes, tels que des sensations de picotements dans les jambes, les hanches ou le fessier (42), des démangeaisons et des brûlures suivies d'une éruption vésiculaire, 24 à 48 heures plus tard (21). Lorsque ces vésicules se rompent, elles provoquent des suintements et des croûtes (41). Les particules d'HSV-2 sont retrouvées dans les urines et les sécrétions génitales (16).

Chez l'homme, les lésions d'herpès se retrouvent sur la verge, et chez la femme, sur les lèvres (Figure 12), le capuchon clitoridien, la fourchette vulvaire, la paroi du vagin et du col,

et pour les deux sexes, la région péri-anoale et jusque sur les cuisses (12,20). HSV-2 représente d'ailleurs la première cause d'ulcération ano-génitale (46). La mère peut transmettre HSV-2 à l'enfant au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement (42).



Figure 12 : Herpès génital chez l'homme (à gauche) et chez la femme (47)

En cas d'infection génitale à répétition, et notamment de vaginite candidosique récidivante, il faut penser à une infection à HSV-2 sous-jacente, dont le diagnostic est difficile à poser quand il n'y a pas de lésions apparentes (12,20). Sans traitement, les lésions guérissent spontanément en deux à trois semaines, sans laisser de séquelles (21).

Chez les personnes VIH+ et immunodéficientes, les symptômes de l'herpès génital sont plus sévères, et les récurrences plus fréquentes. 60 à 90% des personnes VIH+ contractent HSV-2, ce qui en fait l'une des co-infections les plus fréquentes. De même, une personne atteinte de HSV-2 a trois fois plus de risque de contracter le VIH, tandis que celles qui sont infectées simultanément par le VIH et HSV-2 ont deux fois plus de risque de transmettre le VIH. C'est pourquoi on suppose que HSV-2 a largement contribué à la dissémination du VIH en Afrique Sub-Saharienne (42).

Les complications de HSV-2 sont rares, mais graves et potentiellement mortelles. Chez les nourrissons ou les personnes immunodéficientes, HSV-2 peut entraîner une méningo-encéphalite (21), une œsophagite, une hépatite, une pneumonie, une nécrose de la rétine ou encore, une infection disséminée (42).

En cas de poussée d'herpès, une abstention sexuelle totale est préconisée tant que les symptômes persistent, car les préservatifs, masculins comme féminins, ne recouvrent pas toutes les zones qui peuvent être recouvertes par les vésicules. La transmission oro-génitale est possible, et ces dernières années, une augmentation des HSV-2 au niveau buccal a été observée (16). La circoncision protège partiellement les hommes contre le virus de l'herpès, en réduisant le risque de contracter HSV-2 de 25% (45).

Les antiviraux permettent de diminuer la sévérité des symptômes, mais en aucun cas d'éliminer le virus de l'organisme infecté (21). Les deux antiviraux disponibles sur le marché sont l'aciclovir (Zovirax®) et le valaciclovir (Zelitrex®). Ils sont d'autant plus efficaces s'ils sont pris rapidement, avant même l'éruption vésiculaire. Pour traiter une primo-infection à HSV-2, on a recours au valaciclovir, à la posologie de 500mg, 2 fois par jour pendant 10 jours, ou à l'aciclovir, à la posologie de 400mg 3 fois par jour, ou 200mg 5 fois par jour, pendant 7 à 10 jours. Les récurrences herpétiques se traitent par valaciclovir, 500mg 2 fois par jour, ou aciclovir, 400 mg 3 fois par jour, pendant 5 jours. Les personnes qui souffrent de récurrences herpétiques fréquentes (plus de 6 par an) peuvent prendre du valaciclovir, 500mg par jour pendant 6 à 12 mois (14). L'herpès labial se traite par aciclovir en crème, 5 fois par jour pendant 5 jours. Dès les premiers symptômes, une dose de Vaccinotoxinum 15 CH, à renouveler 6 à 8 heures après, empêche le bouton de fièvre de se développer.

De par sa haute contagiosité, la fréquence de ses récurrences herpétiques, et les graves complications chez les nourrissons et les personnes immunodéficientes, l'herpès est un réel problème de santé publique (21). L'herpès génital, et dans une moindre mesure l'herpès labial, a un fort impact négatif sur le bien-être des personnes qui en souffrent. Elles ressentent de la honte, redoutent les récurrences herpétiques, craignent d'avoir des rapports sexuels à cause de la gêne occasionnée, ou par peur de transmettre le virus, et sont souvent déprimées (41).

2.2.2 Les hépatites

Une hépatite est une inflammation du foie causée par un virus, qui peut être aiguë ou chronique (23). Il en existe de plusieurs sortes : hépatites A, B, C, D, E et G mais seules les hépatites B et C sont considérées comme des IST.

Dans la phase aiguë, l'infection est majoritairement asymptomatique (48). Si des symptômes se manifestent, ils ne sont pas spécifiques : fatigue extrême, fièvre, perte d'appétit, nausées avec ou sans vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, musculaires et articulaires, urines foncées, selles décolorées. Un ictère est le critère sélectif principal qui permet de poser un diagnostic avec certitude, mais son apparition reste rare (10%). Souvent, une hépatite n'est détectée qu'une fois le foie très atteint. Le seul moyen de dépister une hépatite est d'effectuer une prise de sang (23). Pour suivre l'avancement de l'hépatite, on dose les transaminases et la charge virale (49).

a. L'hépatite B

Le virus de l'hépatite B (VHB) est la première cause d'infections aiguës et chroniques du foie dans le monde. En 2015, on recensait 2 milliards de personnes infectées, 240 millions de porteurs chroniques, dont 75% en Asie et en Afrique (16), et plus de 780 000 décès chaque année des suites du VHB, notamment de cirrhose et de cancer du foie (48). En France, 1327 décès sont imputables au VHB (50).

Le VHB appartient à la famille des *Hepadnaviridae*. Le mode de transmission est identique à celui du VIH (rapports sexuels, fellations comprises, échanges sanguins, allaitement, transmission materno-foetale pendant la grossesse ou l'accouchement), mais le VHB est 50 à 100 fois plus infectieux, mais aussi plus résistants aux désinfectants usuels et à la chaleur. Il peut survivre 4 heures à 60°C (16) et 7 jours à l'air libre (51). Le virus se retrouve dans le sang, la salive, les urines, le sperme et autres sécrétions sexuelles, les larmes, le liquide céphalo-rachidien, le liquide d'ascite, le lait maternel, et dans les selles (16). De ce fait, le VHB représente un risque important pour le personnel de santé (48).

Le VHB se transmet majoritairement au cours de rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale, mais aussi à caractère oro-génital, et oro-anal (16). Viennent ensuite les transmissions par le sang lors du partage de matériel d'injection ou d'inhalation de drogues, ou lors d'un tatouage ou perçage avec du matériel contaminé (23), ainsi qu'au cours d'actes médicaux, chirurgicaux et dentaires, avec du matériel contaminé (48). Le partage d'objets contaminés par du sang présente un risque ; l'échange de rasoirs ou de brosses à dents est donc à proscrire. La mise à l'écart des dons de sang porteurs d'antigène Hb a considérablement réduit le nombre d'hépatites post-transfusionnelles (16). Si l'enfant est contaminé pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, il est traité à la naissance par une administration d'immunoglobulines et une vaccination. En l'absence de vaccination, on estime que 725 à 1500 nouveau-nés seraient contaminés à la naissance chaque année (52). Aucun traitement ne permet d'éviter la contamination materno-foetale.

Une hépatite virale se distingue par deux phases. La phase aiguë et la phase chronique (53). Après une primo-infection, le VHB est éliminé par l'organisme au cours des six premiers mois dans 90% des cas (51), et la personne infectée devient alors immunisée à vie. Si l'organisme ne parvient pas à éliminer le virus, l'infection s'installe et se chronicise. Dans 25% des cas, cette chronicité évolue vers une cirrhose ou un cancer du foie (51). La mortalité atteint 1% des personnes infectées (16). Dans 1% des cas, une hépatite aiguë peut être fulminante, et nécessiter une greffe immédiate de foie (49).

Depuis 1991, l'OMS recommande la vaccination contre le VHB, qui représente la 9^{ème} cause de mortalité dans le monde (16). En France, la campagne de vaccination a été massive mais entachée par une polémique dans les années 1990 ; suite aux vaccinations, une centaine de notifications d'atteintes neurologiques, à prédominance démyélinisantes, ont été rapportées. En 1998, face à la polémique grandissante, Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat chargé de la Santé, suspend la vaccination en milieu scolaire, en la recommandant toutefois pour les nourrissons et les adultes à risque, tels que le personnel de santé. Malgré les polémiques, aucune corrélation n'a été démontrée entre la vaccination et le développement de sclérose en plaques. Le Conseil Supérieur d'Hygiène Public de France a jugé inutile les rappels vaccinaux (16). La protection offerte par la vaccination est très efficace, y compris chez les personnes VIH+ ; elle atteint les 95%, et peut s'élever jusqu'à 99% pour les personnes vaccinées avant 15 ans. Elle consiste en 3 injections entre 6 et 12 mois. Malgré le vaccin préventif, 280 821 personnes en France métropolitaine souffrent d'une infection chronique due au VHB (53), parmi lesquelles 55,2% ignoreraient leur statut sérologique (26).

Dans les formes aiguës, aucune thérapeutique n'est indiquée. L'abstention d'alcool est de rigueur, ainsi que l'éviction du paracétamol, de la terbinafine (Lamisil®), ou tout autre médicament métabolisé par le foie ou hépatotoxique. Pour les formes fulminantes, aucun traitement n'est efficace. Seule une transplantation hépatique peut être proposée en urgence (26).

Un traitement médicamenteux n'est indiqué que dans les formes chroniques où l'on retrouve de l'ADN du VHB dans le sang. Il consiste en l'injection par voie sous cutanée le soir pendant six mois d'un immunomodulateur (interférons α pégylés) une fois par semaine, en association ou non avec un ou plusieurs antiviraux par voie orale pour limiter les risques de résistance par mutation (26). Le traitement ne doit jamais être arrêté sans l'accord du spécialiste, car un arrêt prématuré peut entraîner un risque d'aggravation brutale de l'hépatite. Le traitement freine considérablement l'évolution de l'hépatite, améliore l'état du foie et réduit les risques de cancers, mais dans certains cas, il peut totalement stopper l'évolution de l'hépatite. Les interférons α pégylés disponibles sont Viraféronpeg®, à la posologie de 15 μ g/kg, Pégasys®, à la posologie de 180 μ g, et Introna® à la posologie de 5 à 10 MUI 3 fois par semaine pendant 6 à 12 mois. En association, l'antiviral de référence est le lamivudine (Zeffix®), à la posologie de 100mg par jour. En cas de résistance, les alternatives sont l'adéfovir (Hepsera®), à la posologie de 10mg par jour, l'entecavir (Baraclude®) à la posologie de 0,5 à 1mg par jour, le telbivudine (Sebivo®) à la posologie de 600mg par jour et le ténofovir (Viréad®) à la posologie de 245mg par jour. Seuls le lamivudine, le telbivudine et le ténofovir sont recommandés chez la femme enceinte (54).

8% des personnes VIH+ sont co-infectés par le VHB (53). Une co-infection par le VIH entraîne une évolution plus rapide de l'hépatite. Dans ce cas, un antiviral actif à la fois sur le VIH et sur le VHB est recommandé (26).

Si la charge virale est indétectable sous traitement, le risque de transmission est moindre. Cependant, le VHB étant très transmissible, il est difficile de connaître le niveau de risque résiduel. La meilleure prévention est de vacciner les partenaires (55).

Le dépistage du VHB est obligatoire pendant la grossesse, ainsi que la sérovaccination des nouveau-nés de mères porteuses chroniques du VHB (56).

b. L'hépatite C

Le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas considéré comme une IST à proprement parlé, mais la transmission peut être sexuelle. Dans le monde en 2016, 150 millions de personnes vivaient avec une VHC chronique (57), et la mortalité s'élevait à 350 000 décès par an (58). En France, près de 400 000 personnes sont porteuses du virus, dont 281 386 porteuses chroniques (53), et on estime qu'il y a environ 5000 nouveaux cas chaque année (58). Entre 100 000 et 150 000 personnes ignoreraient leur état sérologique (59). 2646 décès sont imputables au VHC (50).

Le VHC appartient à la famille des *Flaviviridae*, et est 10 fois moins infectieux que le VHB (55). Sa transmission est exclusivement sanguine. Dans 60 à 70% des cas, la contamination résulte d'une transmission parentérale, par contact direct avec du sang contaminé. Les personnes les plus à risques sont donc les toxicomanes, qui s'injectent de la drogue par voie intraveineuse (16), mais les pailles de sniff usagées peuvent également être contaminantes (55). Là encore, le VHC représente un risque important pour le personnel de santé. Dans une moindre mesure, la transmission peut être sexuelle (au cours de rapports sexuels traumatiques, si présence d'irritations ou de lésions, ou pendant les règles d'une femme infectée) (26), ou, très rarement, de la mère à l'enfant au cours de l'accouchement (3% des cas)(50). La pratique de fist-fucking est également à risque, ainsi que l'échange de jouets sexuels (55). Jusque dans les années 1990, beaucoup de cas de contamination post-transfusionnelles ont été notifiés, mais ce n'est plus le cas actuellement puisque les dons du sang sont systématiquement testés, et ceux porteurs d'Ag Hc sont aussitôt écartés.

Le virus n'est éliminé par l'organisme que très rarement ; dans 50 à 80% des cas, l'infection persiste et devient chronique. Dans 20% des cas, cette chronicité évolue vers une cirrhose ou un cancer du foie (58). Le VHC détruit les hépatocytes du foie et évolue vers une fibrose, ce qui entraîne une perte de fonction de l'organe.

Le traitement consiste en l'injection d'interféron α pegylés une fois par semaine pour stimuler les défenses immunitaires, associée à une prise orale d'antiviraux. Il dure en moyenne de six mois à un an, mais peut être plus long. Ce traitement est très fatigant, mais peut aider l'organisme à éliminer le virus de l'hépatite C. Une abstention totale d'alcool est préconisée, ainsi que l'éviction des médicaments métabolisés par le foie ou hépatotoxiques pendant 3 à 6 mois. Un patient traité sur deux guérit. Les interférons α pegylés disponibles sont les mêmes que ceux utilisés dans le traitement du VHB, avec une différence de posologie pour Intron[®], à 3 à 5 MUI 3 fois par semaine pendant un an. Il existe un interféron α pegylé unique pour le traitement du VHC, le Roféron-A[®], à la posologie de 3MUI 3 fois par semaine pendant un an. En association, le traitement antiviral de référence est la ribavirine (Rebetol[®], Copegus[®]) en deux prises quotidiennes, avec des posologies qui varient en fonction du poids du patient, allant de 800mg par jour pour les personnes pesant moins de 65kg à 1200 mg par jour pour celles de plus de 85kg. Si cela s'avère nécessaire, il est possible d'y associer un autre antiviral, comme le bocéprévir (Victrelis[®]), à la posologie de 800mg 3 fois par jour, le téléprévir (Incivo[®]) à la posologie de 750mg 3 fois par jour, ou le sofosbuvir (Sovaldi[®]) à la posologie de 400mg par jour. La rivabirine est formellement contre-indiquée pendant la grossesse. Les femmes traitées en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception efficace pendant la durée du traitement, et jusque 4 mois après (60). A ce jour, il n'existe aucun vaccin contre le VHC, car notre organisme peine à développer un système de défense efficace, et à le garder en mémoire. C'est pourquoi une primo-infection ne protège pas d'une réinfection, contrairement au VHB (55).

Parmi les personnes VIH+, moins de 20% sont co-infectés par le VHC (53).

c. L'hépatite A

L'hépatite A n'est pas considérée comme une IST, mais elle peut se contracter au cours de certaines pratiques sexuelles. Le virus de l'hépatite A (VHA) se transmet principalement par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par des matières fécales (61), mais aussi par contact entre la bouche et l'anus, qu'il soit direct (anulingus) ou indirect (par les doigts). Des épidémies d'hépatites A surviennent régulièrement chez les HSH (55). Dans les pays sous-développés, l'hépatite A est principalement associée au manque d'eau potable, et dans les pays développés, davantage à une mauvaise hygiène de vie. Si le VHA peut provoquer des hépatites fulminantes, il n'est jamais à l'origine d'hépatite chronique, et est rarement mortel (61).

Aucun traitement n'existe contre le VHA. Les symptômes causés par l'infection disparaissent d'eux-mêmes en plusieurs semaines ou plusieurs mois. Seul un traitement de

confort peut être mis en place, notamment si la personne souffre de diarrhées et/ou de vomissements (61). Un vaccin contre l'hépatite A existe (Avaxim®, Havrix®) et est recommandé lors de voyages dans des pays où le virus est endémique (61), mais n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Il nécessite deux injections, entre 6 et 12 mois (52).

2.2.3 Le Papillomavirus humain

Le papillomavirus humain (HPV) est étroitement lié aux cancers du col de l'utérus, qui est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme. L'OMS a recensé 445 000 nouveaux cas en 2012 en France.

HPV est un virus de la famille des *Papillomaviridae*. Il se loge préférentiellement dans les épithéliums stratifiés, comme la peau, les muqueuses buccale et génitale (62) dans lesquels il s'insère à la faveur d'une brèche (63). Son ADN est bicaténaire circulaire, nu et sans enveloppe, ce qui le rend résistant dans le milieu extérieur. Le virus se multiplie dans la cellule hôte, et y stimule la production d'ADN cellulaire (16). HPV sont les agents sexuellement transmissibles les plus communs au monde, ils concernent principalement les femmes : 70 à 80% d'entre elles y seront exposées au moins une fois au cours de leur vie sexuelle. L'infection à HPV induit des tumeurs épithéliales bénignes appelées papillomes, qui peuvent être cutanés (verruës vulgaires) ou muqueux (condylomes acuminés) (62). Ils sont, l'un comme l'autre, très contagieux ; le taux de contamination atteint les 70% (63).

Il existe de nombreux sérotypes, mais beaucoup sont inoffensifs. Seule une petite proportion d'entre eux peut persister plusieurs années durant, et évoluer vers un cancer (64). Les sérotypes 16, 18, 31, 33 et 35 sont dits à haut-risque, et entraînent un risque plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus. Les types 16 et 18 sont à l'origine de 70% des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus (64), et ces 5 sérotypes sont aussi responsables de 40% des cancers de la vulve, du vagin et du pénis, et de 90% des cancers du canal anal. De ce fait, HPV est la première cause de cancer ano-génital (63). Les sérotypes 6, 11, 42, 43 et 44 sont à bas-risque (62). Le mode de contamination est sexuel, (coït, fellation, sodomie) ou lors d'un contact direct étroit avec une personne infectée (23). Un rapport sexuel sans pénétration ou un échange de linge de toilette peuvent donc être contaminants (64). Dix à 15% de la population souffriraient de réactivations virales asymptomatiques, ce qui constitue une source importante de contamination. (26) Une primo-infection ne protège pas d'une réinfection ; ainsi, les infections multiples sont fréquentes, en particulier chez les personnes immunodéficientes (63).

La prévalence de l'infection chez les femmes varie en fonction de l'âge, liée à l'évolution de leur vie sexuelle (62). Ainsi, l'infection à HPV touche particulièrement les jeunes femmes de

15 à 24 ans, car elle se transmet surtout dans les premières années de l'activité sexuelle (23), les taux d'infection étant les plus élevés avant l'âge de 25 ans (16,9%). Plus de 60% des primo-infections se contractent dans les cinq années suivant le premier rapport sexuel. La prévalence de l'infection diminue à partir de 30 ans (entre 5 et 15%) avant d'augmenter à nouveau aux alentours de 45 ans, laissant supposer une réactivation virale causée par des modifications immunitaires et hormonales liées à la ménopause (62). Une sexualité précoce, des partenaires sexuels multiples, d'autres IST associées, et une immunodéficience augmentent le risque qu'une infection HPV persiste et évolue vers un cancer du col (15,55). L'infection est le plus souvent transitoire, et le virus est éliminé par l'organisme en 12 mois (70% des cas) ou en 24 mois (90% des cas)(23,55). L'évolution vers un cancer du col de l'utérus reste donc assez rare.

La présence de microlésions au niveau des muqueuses buccales, génitales ou anales facilitent la transmission du virus. Le virus se transmet par contact direct, et non par le sperme, le sang, ou d'autres liquides biologiques. A noter que la contamination par rapports digitaux-génitaux est possible et même envisageable, ce qui expliquerait que des jeunes femmes vierges aient pu contracter HPV. De ce fait, l'auto-transmission n'est pas à négliger. La contamination materno-fœtale peut se faire à plusieurs stades de la grossesse, par passage transplacentaire des particules virales (62).

La durée d'incubation varie de 3 semaines à quelques mois (16). Si les symptômes se manifestent chez la femme, des condylomes apparaissent sur les organes génitaux (le col de l'utérus, la vulve), autour de l'anus (Figure 13), et plus rarement dans la bouche (5). Des microlésions, non visibles à l'œil, peuvent se développer au niveau du col de l'utérus, et devenir potentiellement cancéreuses(23). Chez l'homme, on les retrouve sur le prépuce, le gland, le fourreau de la verge (Figure 14) et dans la région péri-anale, et plus rarement dans la bouche (14). Chez la femme, du fait de la proximité anatomique du vagin et de l'anus, les condylomes vulvaires se retrouvent souvent au niveau de l'anus, alors que chez les HSH, ils sont le plus souvent isolés (16). Les condylomes se caractérisent d'abord par de petites excroissances grisâtres, à la surface irrégulière et dentelée, que l'on appelle communément des crêtes de coq (Figure 15) (16) qui augmentent en surface et en nombre. Quarante-trois pourcent des lésions bénignes sont occasionnées par les sérotypes 6 et 11 (63). Leur régression est rare, et les récurrences sont de l'ordre de 25% à trois mois, chez les hommes comme chez les femmes (14). Des récurrences peuvent survenir des années après la guérison du fait d'une réactivation virale suite à une immunodéficience, d'une recontamination sexuelle ou non sexuelle, ou à partir de lésions à distance, par auto-transmission (16). Les condylomes et lésions régressent spontanément en 18 mois dans la plupart des cas (23).

L'homme intervient dans la chaîne de transmission virale, même s'il semble moins réceptif au virus, ou plus à même de l'éliminer (62). A ce jour, le moyen le plus efficace pour traiter les lésions est leur destruction par cryothérapie ou par laser, mais l'application d'une crème locale (podophylline à 0,5% [Condyline®] 2 fois par jour, ou d'imiquimod à 5% [Aldara®] 2 à 3 fois par semaine) est mieux acceptée par les patients, même si cette alternative s'avère moins efficace.



Figure 13 : Condylomes vaginaux (65)



Figure 14 : Condylomes génitaux (66)



Figure 15 : Crêtes de coq (65)

Dans les pays développés, le dépistage et la prise en charge précoce permettent d'empêcher le développement de 80% des cancers du col (64). Un frottis permet le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses. Si le frottis révèle une néoplasie intra-épithéliale, une colposcopie sera de rigueur. Si les lésions s'avèrent cancéreuses, il existe plusieurs possibilités pour les traiter : chirurgie (exérèse), radiothérapie externe, curiethérapie ou chimiothérapie, seule ou en association. Le suivi post-thérapeutique comporte un examen clinique et un frottis cervico-utérin tous les quatre mois pendant deux ans, puis tous les six mois pendant trois ans et enfin une fois par an (62). Un cancer du col se développe en 15 à 20 ans chez des femmes immunocompétentes, mais peut être plus rapide (5 à 10 ans) chez des femmes immunodéficientes, comme chez les personnes VIH+ (64). Les fumeuses ont deux fois plus de risque de développer un cancer du col. Le dépistage du cancer du col de l'utérus doit être proposé à toutes les femmes entre 25 et 65 ans, et doit être pratiqué tous les 3 ans (après deux frottis normaux à un an d'intervalle). Le premier frottis doit être effectué dans l'année suivant le premier rapport sexuel ou vers l'âge de 20 ans (63).

Il existe deux vaccins prophylactiques contre HPV : Cervarix® et Gardasil®. Cervarix protège contre les sérotypes 16 et 18, et Gardasil protège contre les sérotypes 6, 11, 16 et 18 (64). La vaccination induit une à quatre fois plus d'anticorps qu'une immunisation naturelle, et qui persistent plus longtemps dans le temps (30 à 50 ans contre 7 à 9 ans pour une immunisation naturelle). Les anticorps ainsi produits se localisent au niveau de l'épithélium du col utérin, pour empêcher la pénétration du virus. Le vaccin est moins efficace chez des femmes ayant déjà été exposées au virus (62). C'est pourquoi l'OMS recommande de vacciner les jeunes filles de 9 à 13 ans, avant le début de leur activité sexuelle (64), et en rattrapage, chez les jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas encore eu de rapport sexuel, ou dans l'année suivant le premier rapport sexuel (63).

Ces symptômes peuvent orienter le diagnostic vers un cancer du col de l'utérus, mais ils ne se manifestent qu'à un stade très avancé de la maladie (64) :

- Saignements vaginaux irréguliers, inter-menstruels ou anormaux après rapports sexuels,
- Douleurs dans le dos, les jambes ou la région pelvienne,
- Fatigue,
- Perte de poids, perte d'appétit,
- Gêne vaginale ou pertes malodorantes,
- Œdème d'une jambe.

Le préservatif n'offre pas une protection à 100%, car des lésions et condylomes peuvent se trouver sur la peau, sur des zones non sexuelles, et donc non couvertes par le préservatif. De plus, une contamination digito-génitale n'est pas à exclure (63). La circoncision protège partiellement les hommes contre HPV, avec une diminution du risque de 35% (45).

2.2.4 Le virus de l'immunodéficience humaine

Depuis le début de l'épidémie dans les années 80, on estime que 78 millions de personnes à travers le monde ont été contaminées par le VIH ; 39 millions d'entre elles sont décédées de maladies opportunistes liées au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) (67). Fin 2014, 36,9 millions de personnes vivaient toujours avec le VIH. Au cours de cette année, 2,1 millions de nouvelles contaminations et 1,5 millions de décès ont été déclarés. Seules 51% des personnes contaminées dans le monde connaissent leur statut sérologique (68). En 2009 en France, 150 000 personnes vivaient avec le VIH, parmi lesquelles 30 000 ignoraient leur état sérologique (69). 31 000 d'entre eux étaient au stade SIDA (26). L'incidence moyenne du VIH en France est estimée à 18 nouvelles contaminations pour 100 000 personnes. Les DOM sont les plus touchés (44 contaminations pour 100 000 personnes), suivie de l'Île-de-France (39 contaminations pour 100 000 personnes), et enfin le reste de la métropole (11 contaminations pour 100 000 personnes) (70).

En 2014, près de 6 600 cas de séropositivité au VIH ont été découverts en France, estimation stable depuis 2007 (71), dont la moitié en Ile-de-France (26). 39% de ces diagnostics étaient précoces (au stade de primo-infection) et 25% étaient tardifs (au stade SIDA) (70). Les populations les plus touchées sont les HSH et les hétérosexuels d'origine étrangère (dont $\frac{3}{4}$ sont issus d'un pays d'Afrique Subsaharienne) ; ils représentent respectivement 42 et 39% des découvertes en 2014, devant les hétérosexuels d'origine française (17%) et les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (1%). En 2014, 2 800 HSH ont appris leur séropositivité. Les plus jeunes ne sont pas épargnés, puisque les moins de 25 ans représentent 11% des nouvelles contaminations (71). Pour 100 000 HSH, on observe 1 000 contaminations par an, soit un taux d'incidence de 1%. Ce taux est 200 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle (72). On constate en effet chez les HSH une progression significative des nouvelles contaminations par le VIH, alors que l'incidence chez les autres populations se maintient depuis plusieurs années (71). Ces données sont représentatives d'une augmentation des pratiques sexuelles à risque chez les HSH au cours du temps. Une enquête de la presse gay et lesbienne a mis à jour une augmentation de nombre de partenaires sexuels et de rapports anaux non protégés entre 2004 et 2011 (69). En 2014, 2 600 hétérosexuels d'origine étrangère ont découvert leur séropositivité, 77%

étaient issus d'un pays de l'Afrique Subsaharienne et 58% étaient des femmes. Les hétérosexuels d'origine française étaient 1 100 à découvrir leur séropositivité cette même année, parmi lesquels 57% d'hommes, et 37% de plus de 50 ans. Quant aux usagers de drogue par voie intraveineuse (UDIV), ils ne représentent qu'1% des nouvelles contaminations, ce qui équivaut à environ 70 nouveaux cas par an, parmi lesquels une majorité d'hommes (84%) (71). L'infection au VIH, tout comme les décès qu'elle entraîne, sont à déclaration obligatoire (73). 358 décès par le VIH ont été constatés en 2008 en France, contre 873 en 2001 (26).

Le VIH appartient à la famille des Rétrovirus, qui sont eux-mêmes une sous-classe des Lentivirus, responsables d'infections latentes. Le noyau est entouré d'une enveloppe composée d'une double couche phospholipidique issue de la cellule infectée, dans laquelle se sont insérées des glycoprotéines spécifiques au virus : la sous-unité gp41 transmembranaire et la sous-unité gp110.

La transmission du VIH requiert un contact proche et non protégé avec les liquides biologiques d'une personne contaminée : sang, lait maternel, sperme et sécrétions vaginales. Sont alors contaminants le partage de matériel d'injection ou d'inhalation de drogues, et les tatouages ou perçages avec du matériel contaminé. La transmission de la mère à l'enfant est possible pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement (23) (taux estimé entre 15 et 45%). Contrairement aux idées reçues, il n'y a aucun risque de contamination par les baisers, les étreintes, les poignées de mains, le partage d'objets personnels, et l'ingestion d'eau ou de nourriture (68).

Le VIH a une évolution silencieuse. La primo-infection, quand elle n'est pas asymptomatique, se manifeste par des symptômes généraux : syndrome grippal avec fièvre, fatigue, maux de gorge mimant une angine ou une mononucléose, douleurs musculaires ou articulaires, ganglions enflés au cou, aux aisselles ou à l'aîne, et parfois, diarrhée et perte importante de poids (23). Le risque de transmission est plus important dans les premiers mois suivant la contamination, mais beaucoup ne découvrent leur statut sérologique qu'à un stade tardif (68).

Le VIH a la particularité de s'attaquer au système immunitaire de l'organisme infecté. Un VIH non traité évolue en 2 à 15 ans vers le stade SIDA, qui est le stade le plus avancé de l'infection (23). Le VIH pénètre dans l'organisme, se lie à la surface des cellules immunitaires, et les détruit en utilisant leur matériel génétique pour se répliquer. Bien

souvent à ce stade, on observe une phase de latence : la réplication du virus est faible, mais suffisante pour stimuler la production d'anticorps qui neutraliseront et détruiront les antigènes viraux. Le patient est asymptomatique, et peut le rester de quelques semaines à plusieurs années. La destruction progressive des cellules immunitaires entraîne l'émergence d'infections opportunistes et/ou de néoplasies inhabituelles (16). L'infection opportuniste la plus représentée chez la population VIH+ est la tuberculose, qui est également la principale cause de décès (responsable d'1 décès sur 4 associé au VIH) (68).

Le diagnostic de l'infection au VIH se fait à l'aide de tests sérologiques. La méthode immunoenzymatique, appelée ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) est utilisée en première intention. Elle détecte les anticorps produits par le système immunitaire de l'hôte infecté contre les agents pathogènes, mais ne détecte pas le VIH lui-même. Tout résultat positif doit être confirmé par la méthode de référence, le Western Blot. Le test est considéré positif s'il existe un anticorps dirigé contre au moins une protéine interne du VIH (anti p24) et un anticorps dirigé contre une protéine d'enveloppe (anti gp41, gp120 ou gp160) (26). L'hôte infecté produit des anticorps en 21 jours, ils sont donc indétectables dans les trois premières semaines suivant la contamination. Cet intervalle est désigné sous le terme de fenêtre sérologique. Il existe aujourd'hui des tests de diagnostic rapide (TDR), disponible en officine, qui détectent la présence ou l'absence d'anticorps anti-VIH et dont le résultat est obtenu en 30 minutes (68). Ces TDR jouent un rôle essentiel dans le dépistage, le diagnostic, et le traitement précoce mais ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Les résultats d'ELISA et du Western Blot, comme du TDR sont totalement fiable 3 mois après une prise de risque.

L'infection au VIH étant incurable, on ne peut en guérir, seulement en ralentir l'évolution. Des traitements antirétroviraux efficaces sont aujourd'hui disponibles pour améliorer le confort et l'espérance de vie. Le traitement de référence est souvent une association de 2, voire de 3 anti-rétroviraux (ARV) : c'est pourquoi le traitement du VIH est habituellement désigné sous le terme de trithérapie. Les ARV réduisent la charge virale jusqu'à la rendre indétectable. Pris correctement, ils diminuent le risque de transmission de 96% (68).

En cas de prise de risque d'une personne VIH-, une prophylaxie post-exposition consiste à prendre un traitement ARV, le même que celui utilisé pour le traitement du VIH, au plus tard dans les 72h suivant une exposition au VIH (pratique à risque, accident d'exposition au sang, agression sexuelle) pour en prévenir l'infection. Plus le traitement est pris tôt, plus il sera efficace. Le traitement ARV est à poursuivre pendant 28 jours, au bout desquels un test de dépistage sera effectué (68).

Une prophylaxie pré-exposition est également disponible pour le partenaire VIH-. Le Truvada® est une association de deux antirétroviraux (emtricitabine et ténofovir) déjà utilisée pour le traitement du VIH, mais depuis le 1^{er} décembre 2015, il a obtenu une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour le traitement préventif du VIH, destiné aux personnes à haut risque de contamination. Une prise à la demande avant et après un rapport sexuel diminue de 86% le risque de contracter le VIH. Depuis le début de l'année 2016, le médicament est remboursé dans cette indication, mais uniquement s'il est prescrit par un hôpital ou un centre de dépistage. La prise de Truvada® en prévention nécessite un contrôle et un suivi régulier, qui nécessite un dépistage du VIH tous les 3 mois. Ce médicament cible particulièrement les personnes à risque qui ne peuvent ou ne veulent pas utiliser de préservatif, mais ne se substitue en rien à l'utilisation d'un préservatif, qui reste à ce jour la meilleure prévention contre le VIH et les autres IST (74). La circoncision protège partiellement les hommes contre le VIH, en réduisant le risque de contracter le VIH d'environ 60% (68). Pour les UDIV, la vente de stéribox en officine sécurise la consommation de drogues par voie intraveineuse.

Chez les patients VIH+, l'état immunitaire est classiquement quantifié par la numération des lymphocytes CD4. L'OMS recommande d'initier le traitement quand les CD4 sont inférieurs à 500/mm³. Même si le taux de CD4 est supérieur, le traitement est recommandé pour les VIH+ dans les couples sérodiscordants, pour les femmes enceintes ou qui allaitent, pour les patients tuberculeux, ceux qui présentent une co-infection au VHB ou au VHC, et chez les enfants de moins de 5 ans (68).

Le traitement ARV freine la réplication virale, et aide le système immunitaire à se renforcer (68).

A ce jour, 6 classes d'ARV sont disponibles (26) :

- Inhibiteurs nucléosidiques/tidiques de la transcriptase inverse (INTI) : zidovudine, lamivudine, emtricitabine, didanosine, stavudine, abacavir, ténofovir, seuls ou en association.
- Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) : efavirenz, rilpivirine, névirapine, étravirine, seuls ou en association.
- Inhibiteurs de la protéase (IP) : ritonavir, lopinavir, fosamprénavir, indinavir, saquinavir, atazanavir, tipranavir, darunavir, seuls ou en association.
- Inhibiteur de la fusion (IF) : enfuvirtide.
- Inhibiteurs des corécepteurs CCR5 : maraviroc.
- Inhibiteurs de l'intégrase (INI) : raltégravir.

En 2013, seules 12,9 millions de personnes infectées dans le monde avaient accès à la trithérapie antivirale, ce qui ne représente que 37% des personnes VIH+ (67).

3. Pratiques sexuelles à risque et infections sexuellement transmissibles associées

Toute pratique sexuelle présente un risque de transmission d'IST. Les pratiques sexuelles non protégées, c'est-à-dire celles où les partenaires n'utilisent pas de protection adéquate, sont particulièrement concernées.

3.1 Coït vaginal non protégé

Le coït vaginal ou pénétration vaginale, consiste en l'intromission du pénis dans le vagin. Un coït vaginal non protégé est à risque pour les deux partenaires, puisque les membranes génitales sont perméables à tous les agents infectieux (75). Les deux partenaires peuvent alors contracter la gonorrhée, la chlamydie (dont la LGV), la syphilis, l'herpès, l'hépatite B, le papillomavirus et le VIH. L'hépatite C ne peut se contracter qu'au cours d'un rapport sexuel traumatique ou en période menstruelle de la femme, ou en présence d'irritations ou de lésions.

3.2 Sodomie non protégée

La sodomie ou pénétration anale, consiste en l'intromission du pénis dans l'anus. Cette pratique sexuelle est considérée à risque dès lors qu'elle est pratiquée sans préservatif. Les deux partenaires peuvent alors contracter la gonorrhée, la chlamydie (dont la LGV), la syphilis, l'herpès, l'hépatite B, le papillomavirus et le VIH. Tout comme pour la pénétration vaginale, l'hépatite C ne peut se contracter qu'au cours de rapports sexuels traumatiques, ou en présence d'irritations ou de lésions.

3.3 Fellation non protégée

La fellation est un acte sexuel consistant en une stimulation bucco-linguale de la verge (4). La fellation non protégée est une pratique à risque car la muqueuse buccale est perméable aux agents infectieux (75). De ce fait, la personne qui pratique la fellation est à plus haut risque que la personne qui la reçoit. Le VIH est retrouvé dans le sperme et le liquide séminal, et peut donc se retrouver dans la bouche de la personne qui pratique la fellation, surtout après une éjaculation buccale. Une étude sur 263 couples hétérosexuels sérodiscordants n'a pas pu mettre en évidence les risques de la fellation. En revanche, sur 102 séroconversions observées au sein de couples homosexuels, presque 8% sont imputées à des fellations non protégées. Le risque est particulièrement important en primo-infection, lorsque la charge

virale est la plus élevée, et que, bien souvent, la personne ignore encore sa séropositivité. Il est recommandé à la personne qui reçoit la fellation de ne pas éjaculer dans la bouche de son partenaire, et à la personne qui pratique la fellation de ne pas avaler le sperme le cas échéant. Plus longtemps il reste en bouche, plus le risque de transmission augmente (76). Malgré tout, le risque de transmission du VIH en l'absence d'IST concomitante et de lésions buccales préexistantes est rare, mais ne doit en aucun cas encourager la pratique non protégée de la fellation. La personne qui reçoit la fellation, elle, n'a aucun risque de contracter le VIH, car la salive n'est pas contaminante, et inhibe même la réplication virale (77). Une gingivite, des petites plaies dans la bouche, un aphte, un bouton de fièvre sur les lèvres, une angine, une candidose, des soins dentaires récents, une mauvaise hygiène buccale et un tabagisme chronique augmentent le risque de contracter le VIH, et il est donc recommandé de ne pas pratiquer de fellations dans ces situations (76). De même, il est déconseillé de se brosser les dents, de faire un bain de bouche et de boire de l'alcool juste avant ou juste après une fellation, car il y a un risque d'irritation des gencives (78).

La transmission oro-génitale de la gonorrhée et de la chlamydie est connue et bien décrite. Ces deux bactéries se logent dans les amygdales et sont à l'origine d'infections ORL. La fellation est à risque pour les deux partenaires. L'oropharynx peut jouer le rôle de réservoir, et ainsi assurer la transmission asymptomatique de ces bactéries. De plus, cette infection joue un rôle dans la propagation de bactéries résistantes aux antibiotiques, car il est plus difficile de traiter une infection ORL qu'une infection vaginale ou anale. Quand elle n'est pas asymptomatique, une infection oropharyngée se traduit par une angine, une dysphagie et des maux de gorge. Une co-infection au gonocoque et à chlamydia est retrouvée dans 16% des infections pharyngées sexuellement transmises (77).

Un contact muqueux sur deux est susceptible de transmettre la syphilis si un partenaire est infecté. Le chancre d'inoculation peut se retrouver sur les lèvres, le palais, la langue et les amygdales. La personne qui reçoit la fellation est alors plus à risque, car les chancres buccaux ne sont pas toujours visibles, contrairement à ceux situés sur le pénis, plus voyant et qui amènent le patient à consulter. La personne qui pratique la fellation peut contracter une infection ORL, qui se manifeste par une angine ulcéro-nécrotique.

L'herpès ne nécessite qu'un contact direct pour être contaminant, il se transmet donc très facilement par une fellation non protégée, y compris, même si c'est plus rare, en dehors de poussée d'herpès. Dans ce cas, la fellation est à risque pour les deux partenaires.

La personne qui pratique la fellation a un risque de développer un cancer de la sphère ORL, causé par HPV. Ce risque augmente avec le nombre de partenaires, une immunodéficience partielle ou totale, et la consommation chronique de tabac et d'alcool. Correctement traité, le

taux de survie à 5 ans de ce cancer est de 80 à 90%, le pronostic est plus favorable que les cancers ORL imputables à une consommation excessive d'alcool ou de tabac. La personne qui reçoit la fellation a un risque de développer un condylome sur la verge.

Si aucun des partenaires ne saigne au cours de la fellation, le risque de contracter ou de transmettre le VHC est nul. En revanche, le VHB est très contagieux et facilement transmissible, puisqu'il se retrouve dans le sperme, le liquide séminal et, dans une moindre mesure, la salive (77).

Une fellation peut conduire à une éjaculation faciale. La muqueuse oculaire étant perméable aux agents infectieux, il est recommandé d'éviter les projections de liquides biologiques dans les yeux. L'herpès oculaire est très agressif et, mal soigné, peut conduire à une cécité. La plupart des IST peuvent également se transmettre par contact oculaire (75).

3.4 Cunnilingus non protégé

Le cunnilingus est l'excitation buccale des organes génitaux féminins (4). Non protégée, c'est une pratique plus risquée pour la personne qui s'y adonne que pour celle qui la reçoit. Il y a un risque de contracter la gonorrhée, la chlamydie, la syphilis, l'herpès, l'hépatite B et le papillomavirus. Le VIH et l'hépatite C ne représentent aucun risque, sauf si le cunnilingus est pratiqué en période menstruelle de la femme. Là encore, il est recommandé d'éviter toute projection de liquides biologiques dans les yeux (75). Les risques pour la femme qui reçoit le cunnilingus comprennent la syphilis, l'herpès et l'hépatite B (79). Les digues dentaires, petits carrés de latex, permettent de se protéger des IST durant un cunnilingus.

3.5 Anulingus non protégé

L'anulingus consiste à exciter de manière buccale l'anus et le périnée de son ou sa partenaire (3). Pour cette pratique, le VIH et l'hépatite C sont hors de cause, sauf si l'anulingus est pratiqué juste après une pénétration anale, qui pourrait avoir causé des microlésions ou des saignements. La personne qui pratique l'anulingus peut contracter la gonorrhée, la chlamydie, la syphilis, l'herpès, le papillomavirus, mais également l'hépatite A et des microbes et parasites intestinaux (69,70). La personne qui reçoit l'anulingus présente un risque moindre, mais reste malgré tout vulnérable à la syphilis, l'herpès, et à l'hépatite B. Des lavements trop répétés ou excessifs peuvent endommager la paroi rectale et induire des microlésions. Ces blessures anales augmentent le risque de contracter une IST lors d'un prochain rapport sexuel (82). Là encore, les digues dentaires protègent des IST durant un anulingus.

3.6 Fist-fucking

La pratique du fist-fucking consiste en l'intromission du poing dans le vagin ou l'anus de sa ou son partenaire (3). Cette pratique entraîne des risques de microlésions ou de saignements qui favorisent la transmission d'IST. La muqueuse anale ou vaginale d'une personne fistée sera fragilisée, ce qui l'exposera davantage aux IST lors de futures pénétrations. La syphilis est la seule IST que la personne fistée risque de contracter, car les chancres peuvent se retrouver sur les doigts. En revanche, la personne qui fiste peut contracter en plus de la syphilis, l'hépatite C et le papillomavirus si elle présente des lésions sur les doigts ou sur la main. Il est recommandé à la personne qui fiste de se couper les ongles, et de porter des gants (81). Si le même gant est utilisé pour fister plusieurs partenaires à la suite, il y a un risque de transmission d'IST. L'utilisation de corps gras rend poreux les préservatifs, et contre-indique donc leur emploi. Pour éviter tout risque de contracter une IST, il est recommandé de ne recevoir aucune pénétration anale, même protégée, d'un partenaire dont l'état sérologique est inconnu dans les 48h suivant l'utilisation de corps gras (82).

3.7 Pratiques sadomasochistes

Le sadomasochisme associe des pulsions sadiques et masochistes (4). La pratique du sadomasochisme peut entraîner des coupures, brûlures, plaies, cloques ouvertes et autres lésions, qui favorisent la transmission d'IST. Il est recommandé d'éviter toutes projections de liquides biologiques sur les endroits lésés de la peau (82).

3.8 Echangisme et partouze

L'échangisme est une pratique qui consiste à changer de partenaire sexuel entre couples au cours d'une partie de plaisir, et une partouze est à ébat sexuel à plus de deux personnes (4). Ces pratiques présentent un risque si les partenaires ne se protègent pas au cours de leurs rapports sexuels, ou, le cas échéant, utilisent le même préservatif avec différents partenaires.

3.9 Sextoys

Les sextoys sont des jouets, des accessoires sexuels (10). Les sextoys n'exposent à aucun risque d'IST, à condition que les partenaires ne se les échangent pas (81). Il est bien entendu recommandé de les nettoyer avant et après leur utilisation (82).

4. Prostitution étudiante

La prostitution étudiante est principalement un phénomène américain, où les frais d'inscription des universités sont très élevés. Depuis quelques années, ces pratiques connaissent un véritable essor en France. L'Organisation de la vie étudiante estime à 40 000 le nombre d'étudiant(e)s concernés par cette prostitution occasionnelle (83). Un boom inquiétant qui s'expliquerait, dans une moindre mesure, par l'augmentation constante des coûts de la vie, des loyers et des études, notamment pour cette population qui a de plus en plus de mal à s'assumer financièrement. En leur évitant le racolage dans la rue, Internet leur a grandement simplifié la tâche. En effet, des sites internet sont exclusivement dédiés à ces pratiques et facilitent les rencontres entre étudiant(e)s en besoin d'argent et client(e)s fortuné(e)s en recherche de compagnie. La prostitution étudiante, tout comme celle de rue, n'est pas exclusivement féminine. Les hommes représentent ainsi 15% de la prostitution de rue, la majorité d'entre eux ont pour clients d'autres hommes (84).

Sur ces sites spécialisés, les étudiantes sont désignées sous le terme de « sugar baby », qui remplace celui d'escort girl, plus couramment usité (85). Il en existe ainsi des dizaines, mais les plus connus sont Sugar Daddy et Seeking Arrangement, le dernier étant directement importé des Etats-Unis. Cette même année, sur la version française du site Seeking Arrangement, ils étaient près de 4 567 « sugar daddies » inscrits, contre 652 « sugar babies » (86). Contrairement aux femmes, pour qui l'inscription à ces sites est entièrement gratuite, les hommes doivent payer un abonnement mensuel de 45€ au minimum (87). Les jeunes femmes s'y créent un profil avec photo et présentation, en indiquant leurs mensurations, leurs centres d'intérêt et leur niveau d'études, ainsi que la rémunération moyenne de leurs prestations (88). Les hommes, eux, doivent préciser leurs revenus mensuels et leur patrimoine, et ce qu'ils attendent de leur « sugar baby ». En contrepartie, ils pourront financer les études ou le loyer d'une ou plusieurs de ces jeunes femmes (85). Les hommes ont également des sites internet qui leur sont dédiés, qui fonctionnent sur le même principe. Ainsi, le plus connu d'entre tous, Gayromeo, répertorie 2 500 escort boys (89), dont la plupart sont âgés de 16 à 25 ans (90). Les prestations des hommes comme des femmes avoisinent 150€ l'heure, et 500€ la nuit. Ils peuvent ainsi gagner de 3 000 à 5 000€ par mois. (85) (89)

Face à ce phénomène en pleine expansion, des études ont été lancées dans plusieurs universités françaises. L'enquête de l'Amicale du Nid menée à l'université de Montpellier III entre 2012 et 2013 révèle que sur 1 797 étudiants interrogés anonymement, 4,0% ont déjà connu la prostitution, et que 15,9% pourraient y avoir recours en cas de précarité (91). Parmi

les 1 500 étudiants interrogés sur le campus de Rennes II, 8,9% ont déjà songé à la prostitution pour financer leurs études, 73 connaissent personnellement un(e) étudiant(e) y ayant recours, et 4,8% l'ont déjà pratiquée (92). A Bordeaux III et à Poitiers, entre 2 et 3% des étudiants interrogés ont également connu la prostitution (93). Ce phénomène touche avant tout les étudiants en situation précaire. D'après deux enquêtes menées en 2011 (LMDE /IFOP et USEM/CAS), sur 17 000 étudiants interrogés, 26% éprouvent des difficultés à assumer les dépenses courantes, et 25% déclarent vivre avec moins de 400€ par mois. 73% des étudiants dépendent financièrement de leur famille, qui constitue leur principale source de revenus devant les aides sociales, dont bénéficient seulement 38% (94). Mais la précarité n'est pas toujours le motif qui pousse les étudiant(e)s à passer à l'acte. Certain(e)s affirment aimer ce mode de vie d'argent facile, qui les incite parfois à arrêter leurs études. Contrairement aux idées reçues qui tendent à assimiler prostitution de rue et propagation des IST, 80% des prostituées utiliseraient systématiquement un préservatif pour les pénétrations vaginales et anales. De ce fait, chez les prostituées non toxicomanes, le taux de séropositivité au VIH atteint 1,5% ce qui est certes plus élevé que celui dans la population générale, mais qui n'est pas pour autant excessif. Le taux de contamination dans la prostitution masculine est, lui, plus élevé. Cependant, les jeunes hommes et les jeunes femmes qui s'adonnent à la prostitution étudiante ne se considèrent pas comme des prostitué(e)s, et sont donc moins sensibles aux messages de prévention des IST que ceux-ci (83).

5. Grossesse et interruption volontaire de grossesse

En France, les méthodes de contraception sont largement répandues, puisque 73% des femmes sexuellement actives de 15 à 54 ans en utilisent une (95). Malgré tous les moyens de contraception à disposition, des échecs sont encore à déplorer. En effet, chaque année, 1 grossesse sur 3 est non désirée (soit 350 000) ; 60% d'entre elles aboutissent à une IVG (95) (soit environ 210 000 chaque année, pour 800 000 naissances) (96). Deux grossesses non désirées sur 3 surviennent chez des femmes qui utilisent un moyen de contraception (95). Les causes les plus régulièrement citées sont un oubli de pilule contraceptive et une rupture du préservatif. Depuis 2005, plus d'un million de pilules du lendemain et du surlendemain sont vendues chaque année. Les plus concernées sont les femmes de 20-24 ans, avec un taux de recours de 28,8 IVG pour 1000 femmes. En 2007, 34% des femmes interrogées au cours d'une IVG reconnaissent y avoir déjà eu recours auparavant (97).

En France, le recours à l'IVG est légal jusqu'à la 12^{ème} semaine de grossesse (98). Avant une IVG, deux consultations médicales préalables sont nécessaires, avec un délai de

réflexion d'une semaine obligatoire entre les deux (99). Cet intervalle peut être réduit à 48 heures s'il y a un risque de dépasser le délai légal d'avortement (98). Au cours de la première consultation, le médecin informe sa patiente sur les différentes techniques d'IVG, décide avec elle du moyen de contraception le plus adapté à mettre en place après l'intervention, et l'informe des moyens de prévention et de dépistage des IST. En outre, il lui propose systématiquement un entretien psycho-social, facultatif pour une femme majeure, obligatoire pour une jeune fille mineure, d'autant plus si elle n'est pas encore émancipée. A l'issue de cette première consultation, le médecin lui remet une attestation de consultation médicale et établira une attestation de seconde consultation au cours de la suivante. La patiente, elle, confirme sa demande d'IVG par écrit et remet son consentement. Elle choisit ensuite, conseillée par son médecin, la technique d'IVG la plus appropriée à l'avancement de sa grossesse (99). Les IVG médicamenteuses représentent 58% des IVG (97). Elles peuvent être réalisées dans un cabinet médical jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse, et dans un établissement de santé jusqu'à la fin de la 7^{ème} semaine de grossesse. Au-delà, une IVG chirurgicale est recommandée. L'IVG médicale se déroule en deux consultations supplémentaires, l'IVG chirurgicale n'en nécessite qu'une seule.

L'IVG chirurgicale consiste en une dilatation du col, qui facilitera l'aspiration de l'œuf. Elle peut être réalisée sous anesthésie générale ou locale, selon le choix de la patiente. L'hospitalisation ne dure que quelques heures, l'intervention, une dizaine de minutes. La contraception choisie par la patiente lui est prescrite avant sa sortie. L'efficacité de la méthode est de 99,7%. A sa sortie, une fièvre, des pertes importantes de sang, de fortes douleurs abdominales, un malaise, doivent alerter la patiente, qui devra rapidement le signaler à l'établissement de santé où a eu lieu l'intervention (98).

L'IVG médicamenteuse consiste à prendre deux médicaments différents au cours de deux consultations. Au cours de la première consultation, la patiente est amenée à prendre 600mg de mifépristone (Mifégyne®), soit trois comprimés en une prise. Ce médicament interrompt la grossesse en bloquant la progestérone, hormone nécessaire à la poursuite de la grossesse. Il favorise également les contractions et l'ouverture du col utérin. Des saignements plus ou moins importants peuvent survenir après la prise de ces comprimés, mais ils ne signifient en aucun cas que la grossesse est interrompue. Dans de très rares cas, l'œuf peut être expulsé à ce stade. Au cours de la seconde consultation, 36 à 48 heures plus tard, la patiente est amenée à prendre 400µg de misoprostol (Gymiso®), analogue de la prostaglandine, par voie orale, ou 1µg de géméprost par voie vaginale (100). Ce médicament augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf et donc, l'avortement. Pour atténuer la douleur, le médecin prescrit des antalgiques à la patiente. Dans 60% des cas, l'avortement se produit dans les 4 heures suivant la prise du misoprostol. Dans 40% des cas, il se produit dans les

24 à 72 heures. Les saignements peuvent durer une dizaine de jours. La contraception choisie par la patiente lui est prescrite au cours de cette seconde consultation. L'efficacité de la méthode est de 95%.

Ces techniques requièrent toutes deux une dernière consultation de contrôle, 14 à 21 jours après l'IVG, pour vérifier que la grossesse est interrompue, et s'assurer de l'absence de complications, telles qu'une infection utérine ou une rétention ovulaire. Le médecin vérifie également qu'une méthode contraceptive a bien été mise en place, et propose à nouveau une consultation psycho-sociale si la patiente en ressent le besoin (98).

Une IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif forfaitaire, selon l'établissement de santé, le type d'anesthésie et la durée d'hospitalisation. Les coûts s'élèvent à 191,74 euros pour une IVG médicamenteuse dans un cabinet de médecin, à 282,91 euros pour une IVG médicamenteuse en établissement de santé, et entre 463,25 et 664,05 euros pour une IVG chirurgicale dans un établissement de santé (101).

Matériels et méthodes

1. Description de la population étudiée

L'étude porte sur la sexualité des étudiants en Lorraine. Les étudiants inscrits à l'Université de Lorraine pour l'année 2014/2015 sont la population de référence. Le tableau II présente la répartition des 54 449 étudiants de l'Université de Lorraine, selon les 8 Collégiums qui regroupent les composantes de l'université (écoles, UFR, instituts, facultés) (102).

Tableau II : Répartition des étudiants de l'université de Lorraine pour l'année 2014/2015

Collégium	Nombre d'étudiants (hors doctorants)
Arts, Lettres et Langues	5 998
Santé	10 838
Technologie (IUT)	7 538
Droit, Economie, Gestion	10 609
Sciences Humaines et Sociales	6 806
Sciences et Technologies	5 414
Interface	1 901
Lorraine INP (écoles d'ingénieurs)	5 345

2. Formalisation du questionnaire d'enquête à destination des étudiants de Lorraine

L'élaboration du questionnaire d'enquête a débuté en Décembre 2014, pour s'achever fin Février 2015. Le questionnaire d'enquête sur la sexualité des étudiants de Lorraine comporte 92 questions, regroupées en 7 thématiques principales.

La première thématique s'intéresse au profil sociologique des étudiants et a pour but de définir leur identité à travers des questions simples qui précisent leur cursus universitaire, leur état civil, leurs conditions de vie, et leurs données sociales.

La seconde thématique traite de la vision globale qu'ont les étudiants de la sexualité. Une série de questions les interrogent notamment sur leur orientation sexuelle, l'âge de leur première expérience sexuelle, et, de manière plus générale, leur rapport à la sexualité.

La troisième thématique s'intéresse plus précisément aux pratiques sexuelles des étudiants. Ils ont été interrogés sur le nombre de partenaires sexuels, réguliers ou non, qu'ils ont eu depuis le début de leurs études supérieures, et sur les pratiques sexuelles auxquelles ils ont l'habitude de s'adonner.

La quatrième thématique enquête sur la proportion des étudiants à faire la fête, à boire de l'alcool et à consommer des drogues, et l'impact de cette consommation sur leur sexualité.

La cinquième thématique aborde plus spécifiquement le thème des IST, en s'intéressant à celles que les étudiants auraient pu contracter.

La sixième thématique traite du rapport qu'ont les étudiants vis-à-vis de la prévention et de la contraception, et des connaissances qu'ils en ont.

La septième et dernière thématique interroge les étudiants sur l'utilité et l'intérêt des entretiens sexologiques réalisés par un pharmacien en officine.

La dernière question «*Avez-vous répondu sérieusement à ce questionnaire ?* » permet d'appréhender le niveau de sincérité des réponses au questionnaire d'enquête.

3. Validation du questionnaire d'enquête

Le questionnaire d'enquête a été validé scientifiquement lors de trois réunions pluri-professionnelles par un groupe d'experts en sexologie. Ce groupe d'expert se compose d'un pharmacien sexologue, d'une infirmière sexologue, d'une infirmière scolaire sexologue, d'une psychologue sexologue, d'une sage-femme sexologue et d'une kinésithérapeute sexologue. La mise en forme et le formatage du questionnaire d'enquête a été validé par un pharmacien qualifié.

Le questionnaire d'enquête validé est disponible en ligne à l'adresse suivante:

https://docs.google.com/forms/d/1-Qa3gaxE2R830Xa5Xg5Huq4Wd2bKm68mgKU_-3Z8R2U/viewform

4. Diffusion du questionnaire d'enquête

Les étudiants de Lorraine ont été individuellement sollicités à répondre au questionnaire d'enquête anonyme en ligne. Une dizaine de minutes est nécessaire pour répondre sérieusement aux 92 questions. Le questionnaire d'enquête a été accessible en ligne du 18 mars 2015 au 31 août 2015, à l'aide de l'outil Google Drive®. Deux modes de diffusion ont été privilégiés afin de toucher le maximum d'étudiants : les canaux de diffusion officiels de l'Université de Lorraine (Etumail) et les réseaux sociaux (groupes étudiants Facebook®).

Dans un premier temps, le questionnaire d'enquête a été envoyé à l'adresse Etumail commune à tous les étudiants de Lorraine (etudiants@univ-lorraine.fr) pour une distribution massive, mais, pour des raisons législatives, les administrateurs en charge de cette adresse n'en ont pas accepté la diffusion. Les modérateurs de chaque liste de diffusion ont alors été contactés individuellement. Seuls trois d'entre eux (le responsable informatique de l'IUT Thionville Yutz, la chef de département à l'IUT Saint-Dié-des-Vosges, et le responsable

direction du numérique, service des usagers du site Lionnois) ont répondu favorablement à notre demande. Les listes de diffusion classées par Collégium sont disponibles sur le site de l'Université de Lorraine à cette adresse : <https://listes.etu.univ-lorraine.fr/wws/home>.

Pour un impact plus important, la décision a été prise de contacter directement les directeurs et doyens des différentes écoles et facultés. Tous ont répondu favorablement.

En parallèle, le questionnaire d'enquête a été diffusé sur le réseau social Facebook®. Pour toucher davantage d'étudiants, 23 groupes d'étudiants ont été contactés, et 11 d'entre eux ont diffusé le questionnaire d'enquête sur leur page Facebook®.

Tableau III: Réponse des 23 groupes étudiants Facebook® contactés

Groupes étudiants Facebook®	Réponse obtenue
AFEM IUT Nancy-Brabois	Réponse favorable
Assoc Ecole d'Archi Nancy	Pas de réponse
Bu Sciences Nancy	Pas de réponse
Cade Staps Nancy	Réponse favorable
Crous Nancy-Metz Lorraine	Pas de réponse
Ecc Nancy	Réponse favorable
Elus Etudiants Médecine Nancy	Réponse favorable
ENSAIA – Ecole Nat. Sup. d'Agronomie et des Industries Alimentaires	Réponse favorable
Etudiant Campus Droit-Eco Nancy	Pas de réponse
Etudiant Campus Lettres Nancy	Pas de réponse
Etudiants de Lorraine (Fédélor : fédération des étudiants de Lorraine)	Réponse favorable
Fac médecine Nancy	Pas de réponse
Faculté de Droit, Sciences Economiques et Gestion de Nancy	Pas de réponse
ICN Business School	Pas de réponse
IUT de Longwy	Réponse favorable
IUT Nancy-Charlemagne – Page officielle	Pas de réponse
IUT Qlio Lunéville	Pas de réponse
Maison de l'étudiant	Réponse favorable
Mines Nancy	Pas de réponse
Pharma Nancy	Réponse favorable
Université de Lorraine – Doctorat	Pas de réponse
Université Lorraine Actu	Réponse favorable
Université Nancy 2	Réponse favorable

5. Analyses statistiques

Les données ont été rassemblées sur un fichier Excel®, dans l'attente d'une analyse ultérieure, à la clôture du questionnaire d'enquête en ligne. L'échantillon de la population cible n'a pas été tiré au sort. Nous avons accepté toutes les réponses des étudiants qui avaient pris le temps de participer à l'étude.

Ont été exclus *a posteriori* de l'étude, les étudiants :

- Agés de plus de 30 ans
- Ayant répondu « *non* » à la question « *Avez-vous répondu sérieusement à ce questionnaire ?* » (Q92)
- Dont les réponses n'étaient pas cohérentes entre elles
- Vierges

Les réponses retenues pour l'étude ont été divisées en deux groupes :

- Les hommes non vierges
- Les femmes non vierges

6. Formalisation des fiches conseil

A partir des résultats du questionnaire d'enquête et de la bibliographie disponible sur le sujet, des fiches « Infections Sexuellement Transmissibles » et « Situations à risque » ont été formalisées pour aider le pharmacien d'officine dans son exercice pharmaceutique au quotidien.

Résultats

1. Questionnaire d'enquête

Le questionnaire d'enquête se situe en Annexe 1.

2. Description de la population étudiée

Trois mille deux cent quarante-neuf étudiants ont initialement répondu au questionnaire d'enquête, mais 83 réponses sont exclues de l'étude, en raison de l'âge du répondeur (58 étudiants étaient âgés de 30 ans ou plus), de réponses incohérentes (5), ou jugées non sérieuses (20). Parmi les 3 166 étudiants âgés de 18 à 30 ans, 14,3% d'entre eux étaient vierges (Q10), que ce soit par manque d'opportunité (56,5 %), pour motif religieux ou conviction personnelle (20,3 %), par appréhension (13,9 %), par non-intérêt d'une vie sexuelle (8,6 %) ou par peur d'avoir un enfant ou de contracter une IST (0,22 %) (Q11). Ces étudiants sont exclus de l'étude. L'étude porte au total sur 2 712 étudiants âgés de 18 à 30 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, parmi lesquels 1 011 hommes et 1 701 femmes, l'âge moyen de la population étudiée étant respectivement de 22,2 et 21,6 ans (Q1).

Les résultats du questionnaire d'enquête des 1 011 hommes et 1 701 femmes se trouvent en Annexe 2.

Profil sociologique des étudiants

Les étudiants répondants sont issus de différents cursus universitaires : arts, lettres et langues, droit, économie et gestions, écoles d'ingénieurs, santé, sciences et technologies, sciences humaines et sociales, et IUT. Les étudiants suivent en majorité des études scientifiques (72,7%), que ce soit pour les hommes (79,8%), comme pour les femmes (68,4%) (Q2). Leur répartition en licence, master et doctorat est respectivement de 62,2 %, 33,1 % et 4,6 % pour les hommes, et de 69,6 %, 25,3 % et 5,1 % pour les femmes (Q3).

Les étudiants de Lorraine sont majoritairement en couple (63,4% vs 35,0% d'étudiants célibataires). Les couples pacsés représentent 1,0% des étudiants et les couples mariés, 0,6% (Q4). Les étudiants de Lorraine ont pour la plupart un logement personnel (47,3%), tandis qu'un quart (25,0%) vit au domicile parental, et 14,8% en colocation, 10,9% en résidence universitaire et 1,0% en foyer étudiant (Q5). Une minorité d'étudiants sont parents d'un enfant. C'est le cas de 0,8% des hommes et de 0,7% des femmes. Elles sont 0,2% à en avoir 2 (Q6).

Les catégories socio-professionnelles des mères et des pères des étudiants interrogés sont classées selon trois niveaux : inférieur, moyen et supérieur. Ce regroupement est effectué selon le codage du tableau IV.

Tableau IV: Codage des catégories socioprofessionnelles

Catégorie socio-professionnelle	Code
Agriculteurs/agricultrices exploitants ou ouvriers agricoles	Moyen
Artisans	Moyen
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	Supérieur
Cadres de la Fonction Publique	Supérieur
Chefs d'entreprise	Supérieur
Chômeurs/chômeuses n'ayant jamais travaillé	Sans activité professionnelle
Mères/pères au foyer	
Clergé, religieux	Moyen
Commerçants et assimilés	Moyen
Contremaîtres, agents de maîtrise	Moyen
Employés administratifs d'entreprise	Inférieur
Employés civils et agents de service de la Fonction Publique	Inférieur
Employés de commerce	Inférieur
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	Supérieur
Instituteurs et assimilés	Moyen
Ouvriers	Inférieur
Personnels de services directs aux particuliers	Inférieur
Policiers et militaires	Moyen
Professeurs, professions scientifiques	Supérieur
Professions de l'information, des arts et des spectacles	Supérieur
Professions de la santé et du travail social	Moyen
Professions libérales	Supérieur
Techniciens	Moyen

L'appartenance des mères des étudiants aux classes inférieures, moyennes et supérieures représente respectivement 34,5%, 31,6 et 27,1%. Les pères appartiennent à 43,6% à une classe supérieure, contre 26,8% pour les classes inférieures et 28,3% pour les classes moyennes (Q7,8).

Vision globale de leur sexualité

Les étudiants se considèrent hétérosexuels stricts, à 84,8%. Les hommes qui se définissent comme hétérosexuels avec une expérimentation homosexuelle s'élèvent à 3,8%, contre 9,2% des femmes. Les hommes sont plus nombreux à être homosexuels stricts (5,8 % vs 2,1 % des femmes), tandis que les femmes sont plus nombreuses à se définir comme bisexuelles permanentes (4,5 % vs 2,2 % des hommes) (Q9).

L'âge médian du premier rapport sexuel pour les deux sexes est de 17 ans. Les femmes sont plus précoces que les hommes, puisqu'elles sont 32,9% à avoir eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans ou moins, contre 26,2% des hommes. A l'inverse, 10,3% des hommes l'ont eu à l'âge de 20 ans ou plus, contre 6,6% des femmes (Q12). Un peu plus d'un tiers des étudiants (34,9%) n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel depuis le début de leurs études supérieures. Ce sont 83,6% des hommes et 90,6% des femmes qui ont connu moins de 10 partenaires sexuels (Q13).

Les étudiants sont plutôt à l'aise avec leur sexualité (87,2% des hommes et 84,2% des femmes) (Q14). Ainsi, 94,4% d'entre eux déclarent apprécier le sexe (96,8% d'hommes, 92,9% de femmes) (Q15). Soixante-quatorze virgule six pourcent des étudiants s'estiment satisfaits de leur vie sexuelle (Q16), qu'ils jugent variée à 58,4% (Q17). Pour 36,3% des hommes et 30,8% des femmes, avoir des rapports sexuels est indispensable à leur bien-être (Q18).

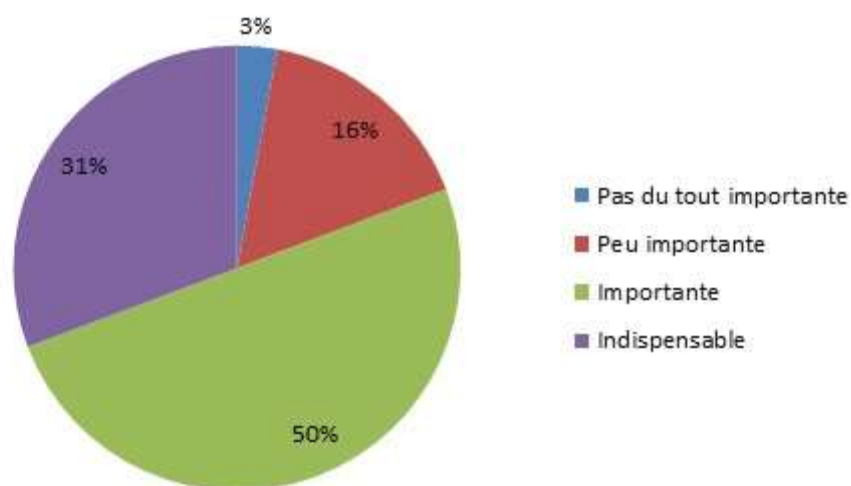


Figure 16 : "Selon vous, la sexualité pour votre bien-être est :" (Q18, femmes)

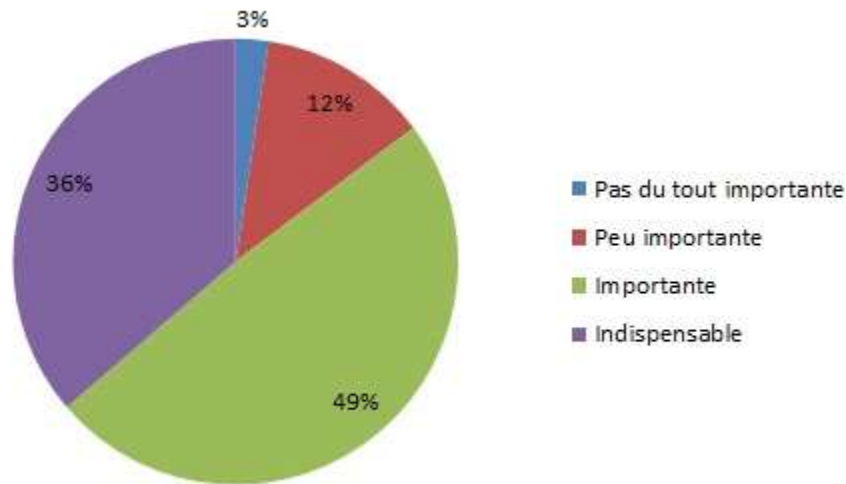


Figure 17: "Selon vous, la sexualité pour votre bien-être est : " (Q18, hommes)

Les étudiants estiment qu'il est plus facile de parler librement de sexualité avec leurs amis (83,1%), suivi du conjoint (80,7%) et des professionnels de santé (30,3%), devant les frères et les sœurs (26%) et les parents (21%). Pour 4,2% des hommes et 1,7% des femmes, la sexualité est encore un sujet tabou, qu'ils n'abordent avec personne (Q19). Un peu plus d'un étudiant sur 2 (52,1%) a suivi un ou plusieurs cours d'éducation sexuelle, au collège ou au lycée. Les hommes reconnaissent volontiers qu'Internet est leur source principale d'informations (56,3%), contrairement aux femmes qui s'y réfèrent à 36,2%. Quinze virgule trois pourcent des hommes et 10% des femmes n'ont jamais reçu la moindre éducation sexuelle (Q20).

Le célibat est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (40,9 % vs 29,8%) (Q21). Cependant, ils déclarent avoir été plus souvent en couple que les femmes : 34% d'entre eux ont eu plus de 3 conjoint(e)s, contre 28,5% des femmes (Q22).

La fidélité est jugée indispensable dans une vie de couple par 55,2% des hommes et 61,7% des femmes (Q23). Malgré tout, 28,3% des hommes et 26,4% des femmes ont déjà été infidèles (Q24). Trente-et-un virgule deux pourcent des hommes et 28,3% des femmes rapportent avoir déjà eu des rapports avec une personne qui avait un(e) ou plusieurs autres partenaires sexuel(le)s en même temps : 12,4% des hommes et 8,5% des femmes n'y voyaient aucun inconvénient, alors que 3,8% des hommes et 5,9% des femmes l'acceptaient uniquement pour conserver leur relation. Douze virgule deux pourcent des hommes et 9,1% des femmes avaient également d'autres partenaires sexuel(le)s de leur côté, tandis que 2,9% des hommes et 4,8% des femmes mettaient un terme à cette relation en l'apprenant. Treize pourcent des étudiants n'ont jamais su si leur partenaire sexuel du moment fréquentait ou non d'autres personnes en même temps (Q25). Dans l'ensemble, les

étudiants n'ont pas besoin d'éprouver de l'amour pour avoir des rapports sexuels, avec cependant une nette différence entre les hommes et les femmes, (respectivement 71,8% et 55,3%) (Q26). Pour 62,5% des hommes et 70,4% des femmes, le rapport sexuel le plus récent datait de moins d'une semaine (Q27). Cinquante-six pourcent des hommes et 58,6% des femmes ont moins de 10 rapports sexuels par mois (Q28).

Pratiques sexuelles

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir déjà eu une aventure d'un soir depuis le début de leurs études supérieures (56,8 % vs 41,3 %) (Q29).

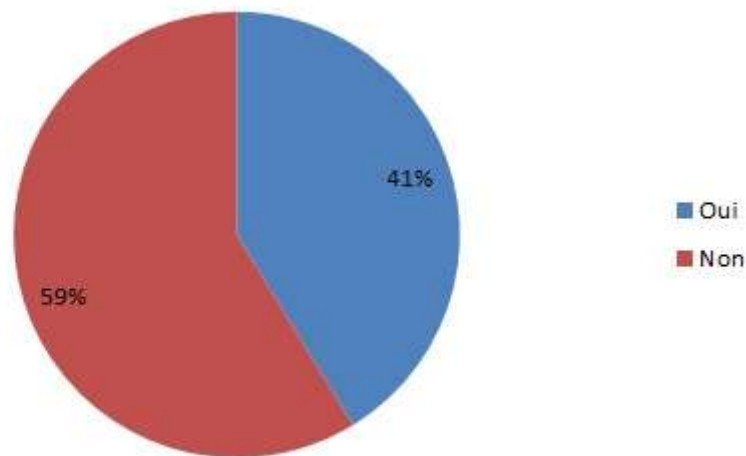


Figure 18 : "Avez-vous déjà eu une aventure d'un soir ?" (Q29, femmes)

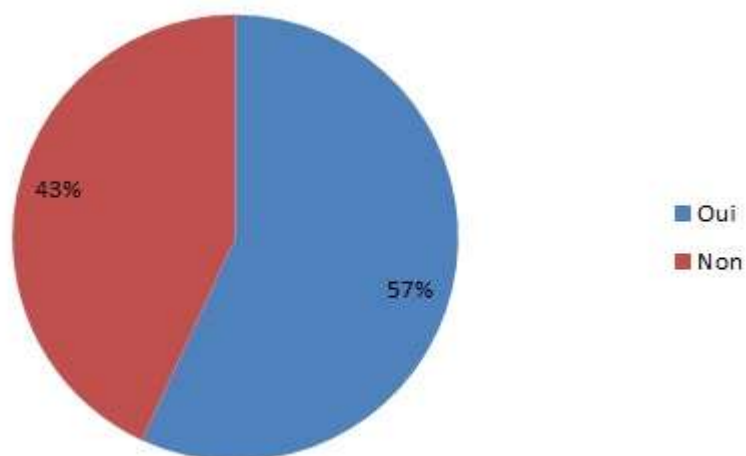


Figure 19 : "Avez-vous déjà eu une aventure d'un soir ?" (Q29, hommes)

De même, ils sont plus nombreux à avoir eu plus de 5 aventures d'un soir (28,3% vs 19,2 % des femmes) (Q30). Les étudiants ont majoritairement rencontré ces aventures d'un soir au cours d'une soirée (31,3%), mais également *via* des amis communs (22,2%), sur des sites de rencontre (10,0%) ou sur le lieu de travail ou de stage (6,5%) (Q31). A nouveau, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir eu des « sex-friends/plan-cul » (52,1% vs 43,6%) (Q32). Ils en ont aussi eu plus : 31,3% des hommes ont eu plus de trois « sex-friends/plan-cul », contre 24,2% des femmes (Q33).

La prostitution n'épargne pas les étudiants. Cinq pour cent des hommes ont déjà payé pour avoir un rapport sexuel, contre 0,2% des femmes (Q34). Ces hommes ont eu moins de 5 rapports tarifés en majorité (68,6%), 7,9% en ont eu entre 10 et 14, et 4% déclarent en avoir eu plus de 50, tandis que les femmes ont eu au maximum 3 rapports tarifés (Q35). De plus, 3% des hommes se sont déjà fait payer pour un rapport sexuel, contre 1% des femmes (Q36) ; 42,0% de ces hommes ont eu ainsi plus de 5 rapports sexuels tarifés, contre 47,1% des femmes (Q37).

D'un sexe à l'autre, l'expérimentation de certaines pratiques sexuelles varie peu. Ainsi, les étudiants sont 99,2% à masturber le sexe de leur partenaire au cours d'un rapport sexuel, et 98,3% à se faire masturber. Les pratiques oro-génitales concernent 94,2% des étudiants (Q38).

En revanche, les pratiques anales (stimulation manuelle, anulingus, pénétration) diffèrent selon le sexe. Les hommes sont plus nombreux à stimuler manuellement l'anus de leur partenaire (37,6% vs 12,2%) et moins enclins à être eux-mêmes stimulés (19% vs 33,2%) : les hommes sont ainsi 77,5% à n'avoir jamais essayé ces pratiques, contre 56% des femmes. Les femmes sont plus nombreuses à recevoir un anulingus (14% vs 11,4%) et une pénétration anale (28,6% vs 11%). De ce fait, les hommes sont plus nombreux à avoir pratiqué l'anulingus (17% vs 6,2%) et la pénétration anale (34% vs 4%). Un tiers des hommes (33,7%) a déjà éjaculé sur le visage de leur partenaire. Ainsi, 21,5% des femmes et 7,7% des hommes ont reçu une éjaculation faciale. La double pénétration vaginale et/ou anale est pratiquée par 1,4% des hommes et 8,2% des femmes sur eux-mêmes, et par 7,7% des hommes et 0,9% des femmes sur leur partenaire. Les hommes sont plus nombreux à utiliser des *sex-toy* sur leur partenaire (27,7% vs 13,1%) et moins enclins à en utiliser sur eux-mêmes (12,8% vs 33,7%) (Q38).

Les étudiants sont 20% à s'être initiés au bondage, 10,7% au sadomasochisme et 1,8% au candaulisme. Les hommes sont plus nombreux à s'être adonnés aux plans à trois (13,2% vs 7,6%), aux partouzes (4,8% vs 1,2%), à l'échangisme (2,4% vs 1,2%), au fétichisme (8,8% vs 4,1%), à l'exhibitionnisme (12,1% vs 7,5%), au voyeurisme (7,7% vs 4,4%) et, enfin, au cote-à-cotisme (8,1% vs 5,1%) (Q39).

En dehors de tout rapport sexuel, les hommes sont plus nombreux à se masturber que les femmes (95,8% vs 73,7%) (Q40). En majorité, les étudiants se masturbent plus d'une fois par semaine (43,0% pour les hommes, et 26,4% pour les femmes) (Q41).

Cinquante-trois virgule un pourcent des hommes et 60,4% des femmes reconnaissent avoir déjà été choqués par des pratiques sexuelles qu'ils ont pu voir dans divers médias, ou dont ils ont entendu parler (Q42). Quinze virgule cinq pourcent des hommes et 14,0% des femmes n'assument pas certains de leurs fantasmes sexuels (Q43). De même, 7,2% des hommes et 9,4% des femmes avouent avoir honte de certaines pratiques sexuelles expérimentées (Q44).

Quarante-neuf virgule neuf pourcent des hommes ont un orgasme à chaque rapport sexuel, mais 5,9% d'entre eux déclarent n'en avoir jamais eu, ou rarement. Les femmes sont 48,3% à avoir souvent un orgasme, et 8,5% à n'en avoir jamais eu (Q45).

Le visionnage de film à caractère pornographique concerne principalement les hommes ; ils sont 49,7 % à en regarder régulièrement, 5,7% en regardent tous les jours, et 7,3% n'en regardent jamais. Quant aux femmes, elles sont 47,7% à n'en avoir jamais regardé, mais 41,8% à en regarder de temps en temps, et même 10,2 % à en regarder régulièrement (Q46).

Fêtes, alcool et drogues

Quarante-trois virgule cinq pourcent des étudiants font la fête 4 fois ou plus par mois (50,9% d'hommes et 39,1% de femmes) (Q47). On observe une forte proportion des étudiants à boire de l'alcool au cours de ces fêtes, puisqu'ils sont 43,0% à en consommer systématiquement lors d'une soirée (50,2% d'hommes et 38,7% de femmes) (Q48).

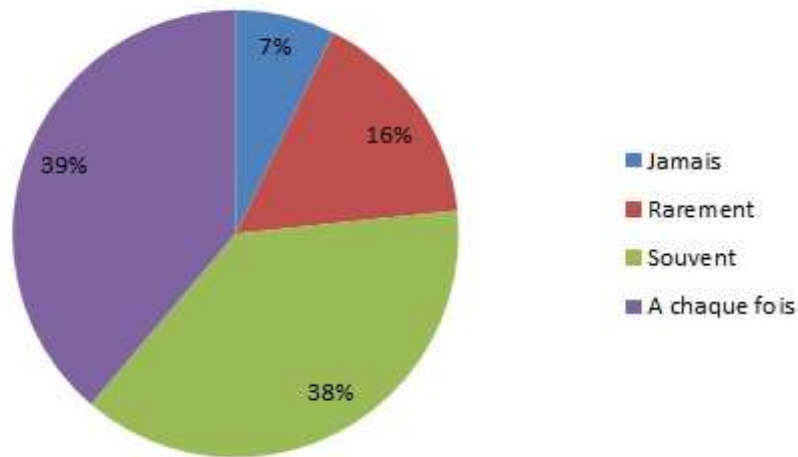


Figure 20 : "Lorsque vous faites la fête, buvez-vous de l'alcool ?" (Q48, femmes)

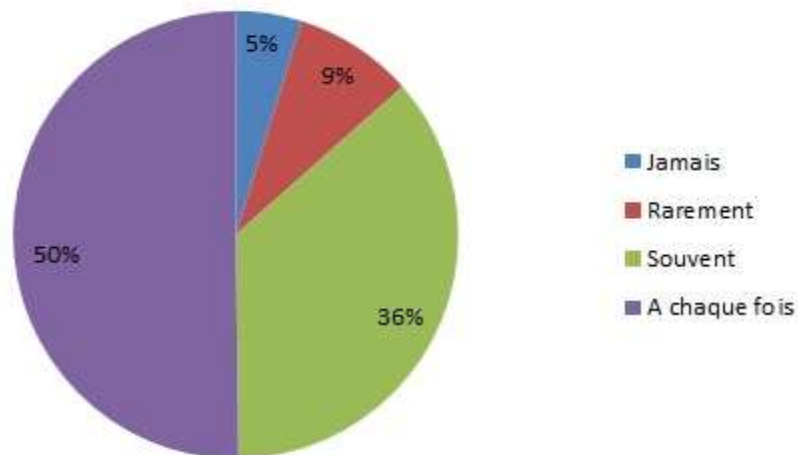


Figure 21 : "Lorsque vous faites la fête, buvez-vous de l'alcool ?" (Q48, hommes)

Un quart des étudiants (25,4%) consomment de la drogue, à savoir : le cannabis (94,8%), l'ectasy (12,0%), la cocaïne (8,4%), les champignons hallucinogènes (6,2%), le poppers (1,7%) et l'héroïne (1,5%) (Q50). Cette consommation est plus accentuée chez les hommes (32,9% vs 21,0%), notamment chez les consommateurs réguliers : quotidiennement (11,4% vs 5,3%), hebdomadairement (19,5% vs 15,7%) ou mensuellement (30,0% vs 28,6%) (Q51). Trente-deux virgule six pourcent des hommes et 30,2% des femmes trouvent que l'alcool et/ou la drogue aident à avoir des rapports sexuels (Q52). Ainsi, 31,4% des hommes et 37,5% des femmes considèrent que la prise d'alcool et/ou de drogue leur permettent d'être plus détendus et de se sentir plus à l'aise au cours d'un rapport sexuel (Q53).

Infections sexuellement transmissibles

Les étudiants sont 56,6% à avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH (Q54), et 47,8% à s'être fait dépister par analyse sanguine pour d'autres IST (Q55). En revanche, ils ne sont que 27,4% à s'être fait dépister par analyse urinaire (Q56). Ces tests de dépistage ont été prescrits en majorité par un centre de dépistage pour les hommes (52,4%) et par un médecin généraliste pour les femmes (37,3%) (Q57). Les raisons qui motivent ces dépistages sont l'envie d'avoir des rapports sexuels non protégés (70,6%), un rapport sexuel non protégé (29,7%), un préservatif qui a craqué (11,6%), des symptômes d'une IST (6,12%), et enfin, un partenaire contaminé (2,7%) (Q58). Les étudiants qui n'ont jamais effectué de dépistage se justifient en priorité par la confiance en leur partenaire (66,9%) (Q59).

Six virgule trois pourcent des étudiants ont contracté une IST au cours de leurs études supérieures (4,6% d'hommes vs 7,3% de femmes) (Q60). En général, les étudiants n'ont été contaminés qu'une seule et unique fois (84,1%), mais certains l'ont été 2 (11,2%) ou 3 fois (2,4%), et même 4,5% des hommes concernés déclarent avoir été contaminés 10 fois ou plus (Q61). Les étudiants contaminés ont été majoritairement touchés par la chlamydie (56,5% d'hommes, 47,7% de femmes), suivi du papillomavirus (19,6% vs 28%), l'herpès génital (19,6% vs 16,7%), la gonorrhée (13% vs 1,5%), la syphilis (13% d'hommes), le VIH (4,4% d'hommes) et pour finir, l'hépatite B et l'hépatite C en proportion identique (2,2% d'hommes) (Q62). Ces IST ont été dépistées au cours d'une consultation médicale motivée par la présence de symptômes pour 80,4% d'hommes et 45,2% de femmes. Certaines infections se manifestant de façon plus silencieuse chez les femmes, 38,7% d'entre elles ont découvert leur contamination inopinément, au cours d'un test de dépistage, d'une prise de sang ou d'un don du sang (contre 6,5% d'hommes) (Q63).

En cas de contamination, 78,2% des étudiants informent tous leurs partenaires. Ceux qui ne le font pas invoquent la honte de leur en parler (5,7% des femmes), ne le jugent pas nécessaire (4,4% des hommes, 9,7% des femmes), oublient de prévenir un partenaire (4,4% vs 4,0%), ou encore parce que certains leur étaient inconnus (15,2% vs 0,8%) (Q64).

Prévention et contraception

Cinquante-et-un virgule trois pourcent des hommes et 63,4% des femmes n'utilisaient pas de préservatif avec leurs partenaires actuels au moment de l'enquête (Q66,75). Ils s'expliquent principalement par le fait d'être en couple depuis longtemps (66,1%), l'utilisation d'un moyen de contraception (65,6%), la confiance dans le partenaire (62,2%), la certitude de ne pas avoir d'IST (51,1% des hommes vs 49,4% des femmes) ou que le partenaire n'en a pas (53,0% vs 48,4%), et ne pas apprécier les préservatifs (44,9% vs 36,1%). Les autres raisons

invoquées sont une allergie au latex (1,7% vs 4,2%), l'abus d'alcool et/ou de drogue (4,5% vs 2,7%), ou la honte d'aller acheter des préservatifs (1,0% des hommes). Seuls 39,8% d'entre eux (37,9% des hommes vs 40,7% des femmes) avaient pris la précaution de se faire préalablement dépister (Q67,76).

Vingt-six virgule sept pourcent des étudiants (24,6% d'hommes et 28,5% de femmes) n'utilisent pas systématiquement un préservatif lors d'une aventure d'un soir (Q68,77). Ils se justifient majoritairement par une confiance dans le partenaire (45,2%), l'utilisation d'un moyen de contraception (43,3%), l'abus d'alcool et/ou de drogue (41,3%) et le fait de ne pas avoir de préservatif sur eux (39,3%) (Q69,78).

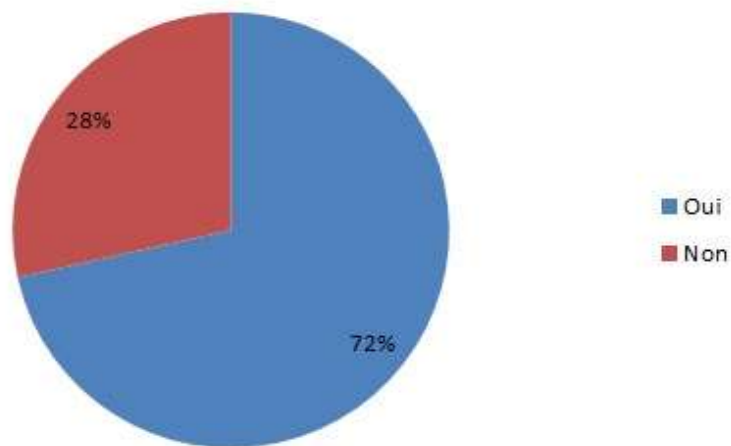


Figure 22 : "Utilisez-vous systématiquement un préservatif lors d'une aventure d'un soir ?" (Q77, femmes)

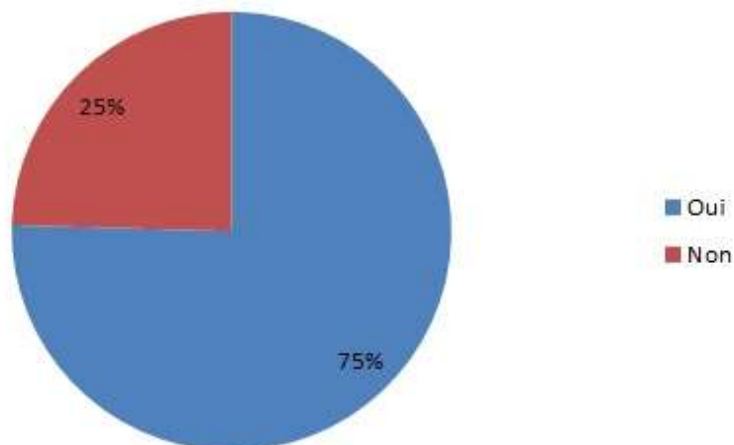


Figure 23: "Utilisez-vous systématiquement un préservatif lors d'une aventure d'un soir ?" (Q68, hommes)

Le préservatif est majoritairement utilisé (95,8% des hommes et 89,8% des femmes). La

la pilule contraceptive reste le moyen de contraception privilégié des femmes de cette tranche d'âge, qui sont 87% à l'utiliser. Les autres moyens de contraception à disposition, tels que le stérilet, l'implant, le patch ou l'anneau contraceptif ne sont guère prisés des étudiantes. En revanche, près d'un quart des étudiants (23,9%) se sont déjà fiées aux méthodes naturelles. Il est à noter que 1,3 % des hommes ne savent pas si leur partenaire utilise une contraception (Q70,79).

La majorité des étudiantes (57,1%) consultent leur gynécologue tous les ans ou tous les deux ans, comme recommandé (Q80). Celles pour qui ce n'est pas le cas, craignent que leurs parents l'apprennent (48,4%), appréhendent l'examen gynécologique (45,3%) ou sont rebutées par les délais de rendez-vous trop longs (38,7%). Il est à noter que 32,5% des étudiantes ne savent tout simplement pas où consulter, et que 19,1% ne peuvent pas se permettre le coût de la consultation (Q81). Soixante-cinq virgule cinq pourcent des étudiantes sont vaccinées contre HPV : 16,3% l'ont été à moins de 14 ans, et 49,2% l'ont été entre 14 et 23 ans. Pour les autres, seules 3,9% prévoient de se faire vacciner à l'avenir, tandis que 29,5% ne l'envisagent pas (Q82).

Quarante-huit virgule deux pourcent des étudiantes ont déjà eu recours à la contraception d'urgence (Q83), une seule fois en majorité (43,5%), 2 fois pour 30% d'entre elles, 3 fois pour 14,9% et 4 fois pour 5,5%. Elles sont également 5,5% à y avoir eu recours 5 fois ou plus (Q84). Les raisons les plus fréquemment citées sont un oubli de pilule contraceptive (47,7%), la rupture du préservatif (45,8%) et la non-utilisation d'un préservatif au cours d'un rapport sexuel (39,4%) (Q85).

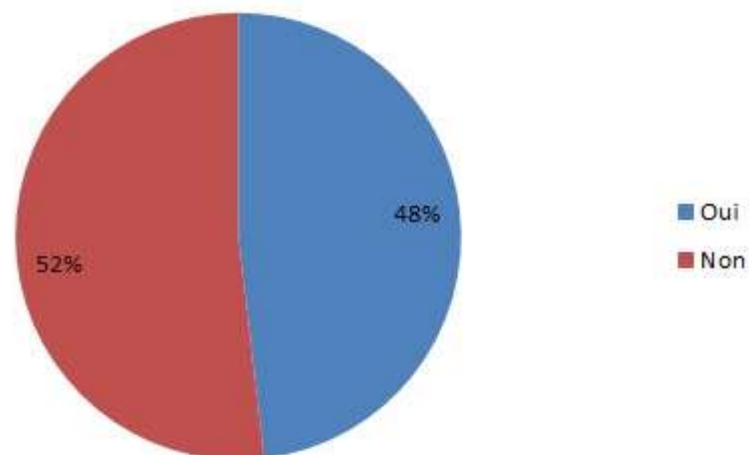


Figure 24: "Avez-vous déjà eu recours à la pilule du lendemain (contraception d'urgence) ? " (Q83, femmes)

Trois virgule huit pourcent des étudiantes ont déjà pratiqué une IVG (Q86) ; une fois pour 85,1% d'entre elles, deux fois pour 14,9% (Q87). Ces grossesses non-désirées résultent de l'absence de contraception (36,2%), d'un oubli de pilule contraceptive (31,9%) et d'une rupture de préservatif (19,2%). La contraception d'urgence a échoué pour 14,9% d'entre elles (Q88). Dans 44,7% des cas, elles n'en ont pas informé leurs proches (Q89), estimant que c'était personnel (80,9%), par peur du jugement (19,2%) ou par honte (10,6%) (Q90).

Concernant la mise en place d'entretiens sexologiques dans les officines, 33,7% des étudiants estiment que le pharmacien est compétent pour tenir ce rôle et 29,9% préféreraient se rendre en pharmacie plutôt que de consulter un médecin. Trente virgule cinq pourcent y sont réfractaires et trouvent plus pertinent de consulter un médecin, 18,4% auraient honte de s'entretenir avec leur pharmacien sur le sujet, 13,8% préfèrent en discuter avec leur famille et leurs amis, 11,1% n'y trouve aucun intérêt, et 6,9% préfèrent se référer à Internet (Q91).

3. Fiches conseil

En se basant sur les résultats obtenus, nous avons ciblé les principaux problèmes rencontrés par les étudiants de Lorraine, et élaboré des fiches conseil destinées aux professionnels de santé dont les pharmaciens d'officine. Leur distribution a pour but d'améliorer la prévention des IST. Les fiches conseil se situent en Annexe 3.

Discussion

1. Fiabilité des réponses au questionnaire d'enquête

Les réponses obtenues au travers du questionnaire d'enquête sont-elles sincères et donc fiables ? Cette interrogation légitime se pose dans toute enquête, qu'elle traite d'opinions politiques ou de la sexualité. Il n'y a aucune certitude absolue : toute procédure d'interview, toute communication entre personnes, comporte une part de dissimulation ou, plus généralement, une stratégie de présentation de soi. Les enquêtes présentent souvent des biais dont les explications peuvent être très diverses ; les conditions de confidentialité, le niveau de compréhension de la terminologie utilisée, les divers préjugés socio-culturels ou la stigmatisation de certains comportements. Les enquêtes anonymes faites *via* Internet pourraient accroître le sentiment de non-atteinte à la vie privée et réduire les biais liés aux préjugés et à l'auto-présentation qui existent face à un enquêteur de visu ou au téléphone. A ces biais existants et décrits dans la littérature, le questionnaire d'enquête sur les pratiques sexuelles des étudiants de Lorraine présente un biais de sélection dû à la non représentativité des étudiants. Aucun tirage au sort n'a été réalisé pour sélectionner les sondés. De plus, les risques de doublons n'ont pas pu être écartés. Il est impossible de vérifier si une personne a répondu plusieurs fois au questionnaire. Ce questionnaire d'enquête a été diffusé via les canaux de communications disponibles, pour inclure le maximum d'étudiants. Toutes les réponses obtenues sont uniquement celles pour lesquelles les sondés ont fait preuve d'un volontarisme et d'une motivation à aller jusqu'au bout du questionnaire, dont le temps de réponse est estimé à 15 minutes.

2. Sexualité des étudiants en Lorraine

Les étudiants en Lorraine ont eu, en moyenne, leur premier rapport sexuel à 17 ans, ce qui est identique aux chiffres retrouvés dans la littérature. La conformité de ces résultats prouve alors que malgré les possibles biais existants, les réponses obtenues dans ce questionnaire sont, finalement, le reflet de tous les étudiants. La région d'origine ou le choix d'entreprendre ou non des études n'influent donc pas sur le début de la vie sexuelle.

Les étudiantes en Lorraine sont plus nombreuses que la population féminine nationale du même âge à expérimenter les relations homosexuelles (9,2% vs 4,8% des femmes de 18-24

ans dans l'enquête CSF¹), alors que les hommes sont presque autant (3,8% vs 3,4% des hommes de 18-24 ans dans l'enquête CSF). Cependant, les étudiants de Lorraine sont plus nombreux à s'affirmer homosexuels strict : c'est le cas de 5,8% des hommes et de 2,1% des femmes, alors qu'ils ne sont que 0,3%, hommes comme femmes de 18 à 69 ans, dans l'enquête CSF. Comme c'est le cas ici, les pratiques homosexuelles se retrouvent plus fréquemment chez les personnes les plus diplômées (103). Dans la littérature, l'homosexualité masculine est régulièrement citée comme étant un comportement sexuel à risque. Ainsi, le message de prévention du pharmacien d'officine face à un homme homosexuel devra rester le même : il est indispensable d'utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel, autant pour la pénétration anale que pour la fellation, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué chez les deux partenaires. Il est nécessaire d'avertir que l'utilisation d'un corps gras (vaseline, ou lubrifiant à base d'huile) rend poreux les préservatifs. Il faut alors s'abstenir de tout rapport sexuel, même protégé, avec un homme dont l'état sérologique est inconnu, jusqu'à 48 heures après l'utilisation d'un corps gras. Pour plus de sécurité, le pharmacien d'officine peut alors conseiller des lubrifiants à base d'eau ou de silicone (et rappeler que ces derniers sont incompatibles avec des sextoys en silicone, sous peine de les détériorer)(104).

En moyenne, les étudiants de Lorraine n'ont eu qu'un partenaire sexuel depuis le début de leurs études supérieures, contre 4 dans l'enquête Bulot²(105). Les hommes et femmes de l'enquête CSF de 20-24 ans ont eu respectivement 6 et 3,2 partenaires en moyenne (103). Les étudiants sont, à tort, bien souvent catalogués comme des jeunes gens qui multiplient les rapports sexuels. La réalité n'est finalement pas le reflet de l'imaginaire collectif, puisqu'ils ont moins de partenaires sexuels que la population du même âge en France.

Par ailleurs, l'exploitation des données de notre enquête par le Dr Doerper (106) a montré que plus le nombre de partenaires sexuels augmente, et plus la prise de risques est importante. Les hommes qui ont eu entre « 2 et 9 » et « plus de 10 » partenaires prennent respectivement 5,89 et 15,41 fois plus de risques que ceux qui ont eu « 0 à 1 » partenaire, contre 5,38 et 12,27 pour les femmes (106).

Parmi les étudiants de Lorraine, 53,2% des hommes et 52,9% des femmes ont eu entre 2 et 9 partenaires, et 14,1% des hommes et 7,5% des femmes en ont eu plus de 10.

¹ Enquête intitulée « Contexte de la sexualité en France » (CSF), menée entre septembre 2005 et mars 2006 auprès de 12 364 hommes et femmes âgés de 18 à 69 ans. Elle a été réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Agence nationale de recherche sur le SIDA (ANRS).

² Enquête, menée entre le 4 mars et le 28 juin 2013 auprès de 794 étudiants de Lille (303 hommes et 491 femmes), a pour thème la pornographie, les comportements sexuels et les conduites à risque dans le milieu universitaire

La prise de risque est également liée à la fréquence des rapports sexuels. Ainsi, les hommes qui ont au moins 6 rapports dans le mois (59,7% des étudiants) prennent 1,49 fois plus de risques que ceux qui en ont au maximum 5. A l'inverse, les femmes qui ont au maximum 5 rapports mensuels (37,9% des étudiantes) prennent plus de risques que celles qui en ont au minimum 6 (106). Dans l'ensemble, les étudiants de Lorraine ont moins de 10 rapports sexuels par mois (4 en moyenne), alors que les hommes et femmes de 18-24 de l'enquête CSF en déclarent respectivement 12,3 et 11,7 par mois (103). Les étudiants ont une vie sexuelle moins active qu'attendue.

Dans l'ensemble, les étudiants en Lorraine sont à l'aise avec leur sexualité. Ce sont 96,8% des hommes et 92,9% des femmes qui déclarent apprécier le sexe. Pourtant, les étudiants de Lorraine accordent plus d'importance à leur sexualité que les hommes et femmes de 18-24 ans de l'enquête CSF. Pour 36,3% des étudiants, la sexualité est en effet indispensable à leur bien-être et leur équilibre personnel (vs 25,0% dans l'enquête CSF) (103). Ces chiffres semblent pourtant faibles, tant l'idée selon laquelle le sexe contribuerait au bien-être et au développement personnel de chacun est une notion répandue dans les médias. Le docteur Ghislaine Paris, sexologue, nous explique en effet que la sexualité, bien plus large que les seuls rapports sexuels, est une source énergétique et de développement de soi inégalable, et qu'au-delà du plaisir, c'est un moyen de construire son identité (107). Une activité sexuelle régulière permet de lutter contre le stress, la déprime et les sautes d'humeur, grâce à la libération des hormones du plaisir sécrétées au cours d'un rapport sexuel. Une étude de l'Université d'Etat de Floride, menée par la chercheur Andrea Metzger, a prouvé que ces effets positifs persistaient jusqu'à 48 heures (108). De plus, une vie sexuelle satisfaisante améliore considérablement le mieux-être et l'estime de soi. Il semble donc étonnant que les étudiants soient si peu nombreux à associer sexualité et bien-être.

Les étudiants de Lorraine ont plus de facilité que les jeunes gens du même âge à séparer le sexe de l'affectif. En effet, 71,8% des hommes et 55,3% des femmes peuvent avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer, contre 57,0% et 28,0% pour les hommes et femmes de 18-24 ans de l'enquête CSF (103). Etre d'accord avec le fait que le sexe et les sentiments sont deux concepts distincts augmente le risque de 3,89 fois chez les hommes et 2,57 fois chez les femmes (106). Parmi ces étudiants, 52,1% des hommes et 43,6% des femmes ont déjà eu un « sexfriend » ou un « plan cul », c'est-à-dire une personne avec laquelle ils partagent une relation uniquement basée sur le sexe, et non sur les sentiments. La seule différence entre ces deux termes est l'affection portée au partenaire ; en plus d'être un partenaire sexuel, le « sexfriend » est également un ami, qu'ils côtoient au quotidien, ce qui n'est pas le cas avec un « plan-cul ». Les hommes et les femmes dans cette situation

prennent respectivement 4,63 et 3,40 fois plus de risques. La prise de risque est proportionnelle au nombre de « sexfriend/plan-cul » (106). Même sans être en couple, avoir des rapports sexuels réguliers avec un partenaire attiré peut les inciter à ne plus utiliser de préservatif, alors qu'ils peuvent fréquenter d'autres personnes par ailleurs. C'est le cas pour 31,2% des hommes et 28,3% des femmes, qui rapportent avoir déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires qui fréquentaient une ou plusieurs personnes en même temps. Ces étudiants prennent respectivement 4,88 et 5,82 fois plus de risques (106). De même, 12,2% des hommes et 9,1% des femmes ont également plusieurs partenaires sexuels de leur côté. Le multi-partenariat est un facteur de risque bien connu et décrit dans la littérature. 56,8% des hommes et 41,3% des femmes ont déjà eu une aventure d'un soir, c'est-à-dire un unique rapport sexuel avec une personne inconnue, qu'ils ne reverront plus par la suite. Ces rapports sexuels, pratiqués sans préservatif, sont particulièrement à risque, du fait qu'aucun des deux partenaires ne connaît l'état sérologique de l'autre. 26,7% d'entre eux n'utilisent pas systématiquement de préservatif lors d'une aventure d'un soir. Dans l'enquête EmeVia, menée par un réseau de mutuelles étudiantes auprès de 50 000 étudiants sur le thème de la santé, ce sont ainsi 31,0% des étudiants de France qui n'utilisent pas systématiquement un préservatif au cours d'une aventure d'un soir (109). Ces pourcentages sont beaucoup trop élevés ; il est important de s'interroger sur les raisons qui poussent ces étudiants à ignorer, délibérément ou non, les nombreuses campagnes de prévention sur le sujet. Dans cette étude, ils se justifient principalement par une confiance dans un partenaire (45,2%) qui leur est pourtant inconnu. Il est impossible de se fier à la seule apparence pour déterminer si une personne est contaminée ou non par une IST. Comme nous l'avons vu, certaines sont silencieuses, et quand ce n'est pas le cas, les manifestations d'une IST peuvent être dissimulées à l'intérieur de la bouche, du rectum et du vagin, et donc invisibles à l'œil nu. Ils évoquent également l'utilisation d'un autre moyen de contraception (43,3%), ce qui tend à prouver qu'ils confondent contraception et prévention des IST.

Les pratiques oro-génitales sont courantes et très répandues dans le milieu étudiant. Ainsi, elles concernent 94,2% des étudiants de Lorraine et 80,0% des étudiants de Lille (105). Dans l'enquête CSF, la fellation est rapportée par 77,9%, et le cunnilingus par 79,4% des 20-24 ans (103). A chaque achat de préservatifs en officine, le pharmacien devrait, dans l'idéal, rappeler qu'il faut également les utiliser au cours d'une fellation tant qu'un dépistage n'a pas été effectué. A ce jour, leur taux d'utilisation au cours d'une fellation est encore trop faible (<5%), alors que la fellation est un mode de contamination important de nombreuses IST.

En revanche, la pénétration anale est moins prisée des étudiants. Elle concerne 19,4% des étudiants de Lorraine (7,6% d'hommes 11,8% de femmes), 23,0% des étudiants de Lille

(105), contre 32,2% des 20-24 ans de l'enquête CSF (103). Il semblerait que les personnes les plus diplômées soient ainsi moins tentées par la sodomie. De même, les hommes refusent en grand nombre les stimulations anales manuelles ou buccale (77,5%). Le tabou du plaisir anal « passif » chez l'homme est l'un des plus tenaces. En France, nombre d'hétérosexuels s'y refusent car l'assimilent à une homosexualité qu'ils rejettent avec force. Ces *a priori* et cette peur de passer pour homosexuel sont un phénomène culturel bien français. Au Canada, par exemple, la stimulation anale est courante chez les hommes hétérosexuels.

Un tiers des hommes (33,7%) a déjà éjaculé sur le visage de leur partenaire. Ainsi, 7,7% des hommes et 21,5% des femmes ont reçu une éjaculation faciale. La double pénétration vaginale et/ou anale est pratiquée par 1,4% des hommes et 8,2% des femmes sur eux-mêmes, et par 7,7% des hommes et 0,9% des femmes sur leur partenaire. Tant qu'un dépistage n'a pas été effectué, l'éjaculation faciale n'est pas recommandée ; il y a un risque de transmission d'IST en cas de projection de liquides biologiques dans l'œil. Les doubles pénétrations fragilisent les muqueuses vaginales et anales et peuvent provoquer des fissures et des lésions qui augmentent les risques de contracter une IST par la suite.

On observe une nette différence entre les hommes et les femmes quant aux pratiques masturbatoires. Les étudiants de Lorraine sont 95,8% à se masturber en dehors de tout rapport sexuel, comme 94,1% des hommes de 20-24 ans de l'enquête CSF (103). Les étudiantes de Lorraine sont 73,7% à le faire, plus nombreuses que les femmes de 20-24 ans de l'enquête CSF, qui sont 54,5% (103). La pratique régulière (plus d'une fois par semaine) de la masturbation concerne 43,0% des étudiants de Lorraine, et 52,5% des hommes de l'enquête CSF. Les étudiantes de Lorraine sont 26,4% à se masturber régulièrement, contre 16,3% des femmes de l'enquête CSF (103). Même si les chiffres sont encore très faibles, les étudiantes semblent ainsi plus décomplexées que les jeunes femmes du même âge, et moins réticentes à explorer leur corps. En France, les détracteurs de la masturbation sont encore nombreux : ils estiment que se masturber n'est pas sain, et que la masturbation n'est pas compatible avec une vie de couple épanouissante. Or, tant que cela ne devient pas une obsession, la masturbation participe au contraire de manière positive à la vie sexuelle, chez les deux sexes. Ses bienfaits sont multiples : elle lutte contre la sécheresse vaginale, les dyspareunies ou anorgasmies chez les femmes et contre l'éjaculation précoce et les troubles de l'érection chez l'homme, tout en diminuant le risque de développer un cancer de la prostate. De plus, se masturber permet de mieux connaître son corps, et d'être plus apte à déceler une IST, et donc se traiter plus tôt. La masturbation masculine est toutefois mieux tolérée que la masturbation féminine, qui reste encore aujourd'hui un sujet tabou. Du fait de

notre société encore très patriarcale, les femmes n'osent pas toujours assumer et vivre pleinement leur sexualité et leurs envies. Le sujet mériterait d'être abordé dès le plus jeune âge, comme c'est déjà le cas pour les petits garçons et leurs érections, pour déculpabiliser les jeunes femmes vis-à-vis des pratiques masturbatoires.

Les étudiants de Lorraine sont 20,0% à s'être initiés au bondage, et 10,7% au sadomasochisme. Des chiffres qui peuvent s'expliquer par l'adaptation cinématographique du best-seller *50 nuances de Grey*, sortie au cinéma au moment de cette enquête. C'est une romance érotique, qui place sur le devant de la scène des pratiques sexuelles impliquant la servitude, l'initiation à la soumission sexuelle, et le sadomasochisme. Ce roman (et plus tard, son adaptation cinématographique) a joué un rôle dans la libération des mœurs, car selon un sondage de l'Ifop en 2013, seulement 5% des femmes pratiquaient le bondage ou le sadomasochisme (110) ; les étudiantes de Lorraine sont aujourd'hui 11,6% à avoir pratiqué le bondage, et 20,2% le sadomasochisme.

Les étudiants de Lorraine sont plus nombreux que ceux de Lille à avoir expérimenté les rapports sexuels à plusieurs partenaires (13,3% vs 4,8%) (105). L'échangisme, connu pour être davantage pratiqué par des personnes aux alentours de la cinquantaine, est ici pratiquée par 1,6% des étudiants, contre 1,3% des hommes et femmes de 18-24 de l'enquête CSF (103). Avoir déjà expérimenté les rapports à plusieurs, le bondage, le sadomasochisme, l'échangisme, le fétichisme (6,5% des étudiants de Lorraine), l'exhibitionnisme (9,8%), le voyeurisme (6,1%) et le cote-à-cotisme (6,6%) augmente la prise de risque (106). Cependant, 14,6% des étudiants ont honte de certains de leurs fantasmes, et 8,6% avouent avoir déjà eu honte d'expérimenter certaines pratiques sexuelles. Il s'avère qu'en réalité, les étudiants ont une sexualité banale, et suivent un stéréotype bien implanté : celui du prince et de la princesse selon Disney.

Quatre-vingt-six pourcent des étudiants dans l'enquête Bulot ont déjà été exposés à des images à caractère pornographique, le plus souvent via Internet, avec une exposition plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (98,7% vs 78,8%) (105). En Lorraine, 67,3% des étudiants sont concernés, avec une nette différence entre les hommes et les femmes (92,7% vs 52,3%). 49,7% des hommes regardent régulièrement des films pornographiques, tout comme 10,2% des femmes. Il faut toutefois garder à l'esprit que les films pornographiques, en grande majorité, sont faits par des hommes pour des hommes, et qu'ils véhiculent une image dégradante de la femme, et une sexualité d'un point de vue exclusivement masculin. L'enquête Bulot a prouvé que l'exposition aux images à caractère pornographique était corrélée à un plus grand nombre de partenaires sexuels, à la recherche

de partenaires occasionnels, au fait de ne pas utiliser de préservatif malgré l'absence de dépistage, de pratiquer la pénétration anale, et à une utilisation moins fréquente de contraception (105).

5% des étudiants de Lorraine ont déjà payé pour avoir un rapport sexuel ; cette proportion est rigoureusement identique à celle des hommes de 20-34 ans de l'enquête CSF (103). La prostitution concerne en majorité les hommes, mais pas seulement : 0,2% des étudiantes de Lorraine ont déjà payé pour avoir un rapport sexuel. Au total, elles sont 0,5% à y avoir recours en France (111). Les étudiantes représentent ainsi près de la moitié des clientes de la prostitution. Ces femmes prennent 7,79 fois plus de risques que les autres, contre 2,39 pour les hommes (106). A l'inverse, 3% des hommes et 1% des femmes ont déjà fait commerce de leur corps. Les prostituées sont bien souvent assimilées à des femmes, mais cette enquête nous confirme que les hommes n'y sont pas étrangers, puisque les hommes de cette étude sont même plus nombreux à se prostituer que les femmes. Ces chiffres, cohérents avec ceux retrouvés dans les autres universités de France, prouvent encore une fois qu'à travers les résultats de cette enquête, c'est le point de vue de tous les étudiants qui se reflète ici. Les jeunes gens qui s'adonnent à la prostitution étudiante ne se considèrent pas comme des prostitué(e)s, ils sont moins vigilants que leurs confrères des rues vis-à-vis des IST et acceptent plus facilement les rapports sexuels sans protection. Les hommes qui se prostituent prennent 2,24 fois plus de risques que les autres (106).

3. Consommation de substances licites/illicites

La vie festive étudiante fait partie intégrante des études supérieures, et les étudiants ont la réputation d'être très fêtards. 43,5% des étudiants de Lorraine reconnaissent faire la fête 4 fois ou plus par mois (c'est-à-dire au minimum une fois par semaine). Ils sont 43,0% à boire systématiquement de l'alcool au cours de ces soirées. Un étudiant sur deux de l'enquête Bulot consomme de l'alcool entre 2 et 4 fois par mois (105), contre 36,3% pour les étudiants de l'ensemble de la France de l'enquête Smeba. Cette enquête, menée entre le 10 janvier et le 14 mars 2011 auprès de 8 535 étudiants provenant de toute la France, a pour thème la santé des étudiants (2). La consommation régulière d'alcool (plus d'une fois par semaine) concerne 28,7% des étudiants de l'enquête Bulot, 23,7% des étudiants de Lorraine et 17,6% des étudiants de l'enquête Smeba.

Les étudiants de Lorraine sont également un quart à consommer de la drogue. Les étudiants de Lorraine, ceux de l'enquête Bulot et de l'enquête Smeba ont déjà essayé : le cannabis (respectivement 24,1% vs 22,8% vs 16,9%), l'ecstasy (3,1% vs 1,3% vs 0,9%), la cocaïne

(2,1% vs 2,1% vs 1,6%), l'héroïne (0,4% vs 0,5% dans l'enquête Bulot), les champignons hallucinogènes (1,6% vs 1,4% dans l'enquête Smeba) et le poppers (0,4% vs 11,1% vs 6,7%). En Lorraine, les étudiants sont donc plus nombreux à consommer des drogues, poppers mis à part.

Les étudiants de Lorraine estiment à 37,8% que la prise d'alcool et/ou de drogue les aide à draguer, à séduire, et à 35,2% à se sentir plus détendu ou plus à l'aise au cours d'un rapport sexuel, contre seulement 7,1% des étudiants de l'enquête Smeba (2). Il existe un lien hautement significatif entre la prise de risques et penser que l'alcool et/ou la drogue aident à draguer ou à se sentir plus détendu au cours d'un rapport sexuel (106). Les étudiants qui boivent systématiquement de l'alcool au cours d'une soirée prennent 2,06 fois plus de risques que les autres (93). Rappelons qu'un rapport sexuel sous l'influence de l'alcool et/ou de la drogue peut entraîner la non-utilisation d'un préservatif, l'absence de souvenir ou encore la non-maitrise de soi. L'enquête EmeVia a prouvé que les consommateurs, et notamment les consommatrices de cannabis, avaient une sexualité plus à risque. En effet, les consommateurs modérés ou réguliers de cannabis utilisent moins fréquemment une protection adéquate systématique au cours d'un rapport sexuel (64,0% vs 74,0% chez les non consommateurs). Le recours à la contraception d'urgence est multiplié par 2 chez les étudiantes consommatrices modérées ou régulières, et le nombre d'IVG par 4 (109).

4. Prévention et contraception

La majorité des étudiants de Lorraine (58,9%) n'utilisaient pas de préservatif avec leurs partenaires actuels au moment de l'enquête. Ils s'expliquent principalement par le fait d'être en couple depuis longtemps (66,1%), et par l'utilisation d'un autre moyen de contraception au sein du couple (65,6%). Pourtant, seuls 39,8% d'entre eux avaient pris la précaution de se faire préalablement dépister. Le fait que le test de dépistage ne soit pas la première raison évoquée pour l'arrêt d'utilisation d'un préservatif prouve que les étudiants accordent davantage d'importance à la contraception qu'à se protéger des IST. Concernant le dépistage, 56,6% des étudiants se sont déjà fait dépister pour le VIH. 47,5% se sont fait dépister pour d'autres IST par analyse sanguine, et seuls 27,4% par analyse urinaire. En comparaison, un étudiant sur 2 de l'enquête EmeVia a déjà réalisé un test de dépistage : dans 87,0% des cas, seul le VIH était recherché (109).

De même, une personne sur deux de 18-69 ans de l'enquête CSF s'est fait dépister du VIH (103), tandis que 60,2% des étudiants de l'enquête Smeba n'ont même jamais réalisé le moindre dépistage (2). Dans tous les cas, les dépistages du VIH sont majoritaires : c'est l'IST qui bénéficie le plus de campagnes de prévention, mais également celle qui effraie le

plus les populations. Si malgré tout, les étudiants en Lorraine semblent davantage sensibilisés aux dépistages des IST que les autres étudiants de France et que la population nationale, le dépistage reste une pratique encore trop peu développée. Pour encourager le dépistage du VIH, des autotests sont disponibles en pharmacie depuis septembre 2015. Ce test à usage unique, destiné à être réalisé par la personne elle-même à son domicile, permet l'obtention d'un résultat en 20 minutes. Il détecte les anticorps anti-VIH par immunochromatographie à l'aide d'une goutte de sang prélevée au doigt. Cet autotest n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, et ne nécessite pas d'ordonnance médicale. Au moment de la délivrance, le pharmacien doit rappeler qu'un test négatif n'est vraiment fiable que si la dernière prise de risque remonte à 3 mois minimum, et que tout test positif doit systématiquement être confirmé par un test ELISA en laboratoire de biologie médicale. En questionnant le patient, le pharmacien peut juger de la nécessité de cet autotest. Si la prise de risque date de moins de 48 heures, le pharmacien doit alors l'orienter vers les urgences hospitalières, afin de mettre en place au plus tôt un traitement prophylactique. Si la prise de risque date de plus de 6 semaines mais de moins de 3 mois, un test ELISA est davantage recommandé. Avec cet autotest, le pharmacien doit systématiquement délivrer une boîte à aiguilles et un feuillet d'informations DASTRI sur l'élimination des déchets biologiques (112). Il doit également inciter au dépistage d'autres IST (par voie sanguine et urinaire), et si cela n'est pas déjà le cas, informer de la possibilité de se vacciner contre le VHB. Si le patient est une femme, le pharmacien doit aborder la question de la contraception, et proposer une contraception d'urgence s'il le juge nécessaire.

La principale raison qui motive les étudiants de Lorraine à se faire dépister est l'envie d'avoir des rapports sexuels non protégés (70,6%). En revanche, ceux qui ne se sont jamais fait dépister se justifient en priorité par leur confiance en leur partenaire (66,9%), alors qu'une infidélité a été reconnue par plus d'un quart des étudiants. De plus, même si cette confiance est légitime, 30 000 personnes en France vivent avec le VIH et entre 100 000 et 150 000 vivent avec le VHC sans même le savoir. De même, la tranche d'âge des 18-24 ans est la plus touchée par les IST bactériennes, qu'une majorité peut contracter sans jamais développer de symptôme. Les personnes en couple depuis longtemps ne sont pas forcément ciblées par les campagnes de dépistage, or il serait important de les inciter, eux-aussi, à se dépister de temps à autres, ne serait-ce que pour vérifier leur état de santé. Rappelons que chez les femmes, une chlamydie non traitée évolue en salpingite, première cause de stérilité tubaire.

6,3% des étudiants de Lorraine ont contracté une IST, une seule fois pour la majorité d'entre eux (84,1%), et jusqu'à dix fois pour certains. Ces récurrences résultent sans doute plus d'un

manque d'informations que d'une négligence volontaire. Preuve, là encore, que le pharmacien a un rôle important à jouer dans la prévention des IST ; des explications complètes au cours d'une délivrance de traitements empêcheront le patient de contracter d'autres IST. Au final, 50,0% de ces étudiants ont contracté la chlamydie, 25,8% le papillomavirus, 17,4% l'herpès génital, 4,5% la gonorrhée, 3,4% la syphilis, 1,1% le VIH et 0,6% l'hépatite B et C. La syphilis, le VIH et les hépatites n'ont touché que des hommes. A ces chiffres s'ajoute 6,2% d'étudiants qui déclarent avoir contracté une IST, mais sans préciser laquelle. Des symptômes sont survenus chez 80,4% des hommes, contre seulement 45,2% des femmes. 38,7% des femmes ont découvert par hasard la présence d'une IST alors qu'elles ne s'en doutaient pas, que ce soit au cours d'un test de dépistage de contrôle, ou d'un don du sang. A ce jour, parmi les 41,2% d'étudiantes qui ne se sont jamais fait dépister pour le VIH, et les 49,9% qui ne se sont jamais fait dépister pour d'autres IST, certaines sont peut-être contaminées, et propagent donc l'infection sans même le savoir. En cas de contamination avérée, 21,8% des étudiants de Lorraine n'en informent pas leurs partenaires sexuels, parce qu'ils en ont honte (5,7% des femmes), ne le jugent pas nécessaire (4,4% des hommes vs 9,7% des femmes), par oubli (4,4% vs 4,0%), ou encore parce que certains leurs étaient inconnus (12,5% vs 0,8%). Des chiffres préoccupants, car il est absolument nécessaire de prévenir tous ses partenaires connus, afin qu'ils puissent se faire dépister et traiter, pour enfin endiguer le cycle de contamination.

En tant que moyen de contraception, le préservatif a été adopté par 92,0% des étudiants de Lorraine. La pilule contraceptive reste le moyen de contraception privilégié des femmes de cette tranche d'âge (87%, vs 69,0% dans l'enquête Bulot et 77,9% dans l'enquête Smeba), malgré les nombreuses polémiques médiatiques en France qui ont entaché la contraception hormonale (105). Le stérilet, l'implant, le patch ou l'anneau contraceptif ne sont guère prisés des étudiantes. Les étudiantes de Lorraine sont 5,5% à avoir déjà eu un stérilet (vs 1,4% dans l'enquête Bulot et 0,9% dans l'enquête Smeba), 7,3% à s'être déjà fait poser un implant (vs 3,0% vs 1,7%), 1,9% à avoir déjà utilisé des patchs contraceptifs (vs 0,4% vs 0,3%) et 2,4% un anneau contraceptif (vs 0,8%) (2,96). Cependant, les étudiantes qui ont un implant contraceptif prennent 1,85 fois plus de risques que les autres, tandis qu'il n'y a aucune relation significative entre les autres moyens de contraception cités et la prise de risque (106).

En revanche, plus d'un quart (27,4%) des étudiantes de Lorraine se fient aux méthodes naturelles, alors qu'elles connaissent un taux d'échec de 25,0% (113). Ces méthodes consistent à identifier la période d'ovulation, pour ainsi éviter les rapports sexuels les jours les plus à risques de grossesse. La méthode Ogino repose sur le calcul des cycles hormonaux, préconisée chez les femmes qui ont des cycles réguliers, puisque l'ovulation

survient 14 jours avant le début des prochaines règles. La méthode des températures se base sur la température corporelle. En effet, la température de la femme s'élève légèrement au moment de l'ovulation, de 0,2 à 0,4°C. Ce procédé nécessite de prendre sa température tous les matins à la même heure, au lit, avant de se lever. La température pouvant s'élever au moindre rhume, cette méthode est très imprécise. Dans la méthode Billings, la période d'ovulation se détermine en fonction de l'aspect de la glaire cervicale, qu'il faut alors examiner avec ses doigts. A l'approche de l'ovulation, les sécrétions vaginales se modifient : elles deviennent plus abondantes, plus fluides et engendrent des pertes blanches caractéristiques. Seulement, d'autres causes peuvent modifier la glaire et sa consistance, comme le désir sexuel, le sperme et les infections vaginales. Le système à appareillage consiste à utiliser des appareils qui repèrent la période ovulatoire, grâce aux taux d'hormones retrouvés dans les urines matinales. Une lumière verte indique qu'un rapport sexuel ne sera pas fécondant, tandis qu'une lumière rouge témoigne de l'approche d'une ovulation. Et pour finir, la méthode du retrait consiste pour l'homme à se retirer du vagin de la partenaire avant une éjaculation. Cette technique est très peu fiable, car l'éjaculation est un réflexe difficile à contrôler, et même en y parvenant, des spermatozoïdes peuvent se retrouver dans le liquide pré-séminal, en nombre suffisant pour féconder l'ovocyte. Il est également important de garder à l'esprit que, même chez les femmes aux cycles réguliers, l'ovulation est imprévisible et qu'elle peut varier, notamment sous le coup du stress ou de diverses émotions. De plus, les spermatozoïdes peuvent persister jusqu'à 5 jours dans l'appareil génital de la femme, et rester féconds (113).

3,6% des étudiantes de Lorraine n'utilisent aucun moyen de contraception, contre 6,4% dans l'enquête Smeba (2). Il est à noter que 1,3% des étudiants de Lorraine ne savent pas si leur partenaire utilise une contraception, pourcentage identique à celui retrouvé dans l'enquête Bulot (105).

57,1% des étudiantes de Lorraine consultent leur gynécologue tous les ans ou tous les deux ans comme recommandé, contre 52,1% dans l'enquête Smeba (2). Devant une ordonnance pour une pilule contraceptive d'un médecin généraliste, le pharmacien doit s'assurer que la patiente consulte régulièrement un gynécologue, et l'inciter à le faire si ça n'est pas le cas. Seul un frottis réalisé par un gynécologue permet de contrôler l'apparition d'un éventuel cancer du col de l'utérus, et de le traiter dans les plus brefs délais le cas échéant. 65,5% des étudiantes de Lorraine sont vaccinées contre le papillomavirus (vs 51,3% dans l'enquête Smeba (2)) ; 3,9% prévoient de se faire vacciner à l'avenir (vs 6,4%), tandis que 29,5% ne l'envisagent pas (42,2%). Le pharmacien doit s'assurer que les femmes qui refusent la vaccination sont correctement suivies et rappeler aux autres qu'être vaccinée ne dispense pas d'une visite régulière chez un gynécologue.

48,2% des étudiantes de Lorraine ont déjà eu recours à la contraception d'urgence ; ce taux est plus élevé que celui des étudiantes de l'ensemble de la France (37,5%) (2). Elles y ont eu recours une seule fois en majorité (43,5%), 2 fois pour 30,0% d'entre elles, 3 fois pour 14,9% et 4 fois pour 5,5%. Des chiffres qui peuvent sembler aberrants, dans une société où tous les moyens sont mis en œuvre pour les femmes qui ne souhaitent pas tomber enceinte. Ces prises répétées ne peuvent s'expliquer que par un défaut d'information sur le sujet. Or, c'est le pharmacien qui délivre les contraceptions d'urgence, et c'est son rôle d'expliquer à la patiente que la prise doit rester exceptionnelle, et qu'elle n'est en aucun cas un moyen de contraception régulier. Si la patiente n'utilise pas de contraception, ou si sa contraception habituelle ne lui convient pas, il doit l'inciter à consulter un gynécologue pour en instaurer une ou en trouver une plus adaptée. Une contraception d'urgence doit être utilisée au plus tard dans les 72h après le rapport à risque pour Norlevo® (levonorgestrel), et dans les 5 jours pour Ellaone® (ulipristal). Ellaone® est disponible en pharmacie sans ordonnance depuis le 22 avril 2015. Elles peuvent être délivrées de façon anonyme et gratuite aux mineures ; les femmes majeures doivent présenter une ordonnance pour prétendre au remboursement. L'efficacité de ces deux contraceptions d'urgence est maximale dans les premières 24 heures, puis diminue avec le temps. Il est recommandé de prendre un second comprimé si des vomissements surviennent dans les 3 heures suivant une première administration. Si l'ovulation s'est déjà déclenchée, Norlevo® comme Ellaone® ne sont plus efficaces (114). La prise d'une contraception d'urgence peut retarder l'apparition des règles, mais au-delà de 7 jours d'aménorrhée, il est recommandé d'effectuer un test de grossesse. Chez les patientes sous inducteurs enzymatiques, il est préconisé de doubler la dose de levonorgestrel, et de ne pas délivrer Ellaone®, non adaptée dans cette situation. La contraception d'urgence ne confère aucune protection contraceptive pour les rapports sexuels suivants. Si la patiente n'a pas utilisé de préservatif, le pharmacien doit l'inciter à se faire dépister au plus tôt.

La prise d'une contraception d'urgence résulte d'un oubli de pilule contraceptive (47,7% vs 14,4% dans l'enquête Smeba), d'une rupture de préservatif (45,8% vs 17,7%) et de la non-utilisation d'un préservatif au cours d'un rapport sexuel (39,4% vs 10,0%). 3,8% des étudiantes de Lorraine ont déjà pratiqué une IVG (vs 1,3% dans l'ensemble de la France (2)) ; une fois pour 85,1% d'entre elles (vs 80,5%) et deux fois pour 14,9% (vs 19,5%). Ces grossesses non-désirées résultent de l'absence de contraception (36,2%), d'un oubli de pilule contraceptive (31,9%) et d'une rupture de préservatif (19,2%). La contraception d'urgence a échoué pour 14,9% d'entre elles. Cet échec peut s'expliquer par une prise trop tardive (et donc inefficace) ou une mauvaise utilisation. Le rôle du pharmacien dans la délivrance (ou la non-délivrance) d'une contraception d'urgence est primordial. Dans l'idéal, il

doit s'isoler avec la patiente, pour pouvoir engager la conversation en toute discrétion. Si la patiente est déjà sous contraception hormonale, une discussion s'impose pour déterminer si la prise d'une contraception d'urgence s'avère nécessaire. Un oubli de pilule contraceptive n'a de conséquence que si le décalage est supérieur à 12h (pour une pilule oestroprogestative) ou 3h (pour une pilule progestative).

Pour freiner la progression des IVG, le pharmacien peut renouveler une prescription médicale de pilule contraceptive parvenue à échéance, pour une durée maximale de six mois, du moment que l'ordonnance est datée de moins d'un an.

5. Education à la sexualité

L'éducation sexuelle est une étape primordiale dans la vie sexuelle de chacun, et tout le monde, sans exception, devrait en bénéficier. Elle permet une meilleure compréhension des risques, favorise les comportements de prévention, et développe un esprit critique, notamment par rapports aux images ou aux rôles sociaux véhiculés par les médias. A l'heure actuelle, les moyens mis en œuvre pour initier les pré-adolescents et les adolescents à une sexualité sans danger sont insuffisants. En effet, les cours d'éducation sexuelle mis en place dans certains collèges et lycées n'ont touché qu'un étudiant sur deux, ce qui est loin d'être satisfaisant. C'est pourquoi 56,2% des hommes et 36,2% des femmes se tournent vers Internet pour trouver des réponses à leurs interrogations. Si le caractère anonyme d'Internet leur évite la gêne d'aborder ces sujets de vive voix, il faut garder à l'esprit que ce moyen d'informations manque de fiabilité, et peut propager des idées fausses. C'est à ce niveau que le rôle du pharmacien d'officine prend toute son importance. La mise en place d'entretiens sexologiques à la demande pourrait soulager les jeunes gens qui n'osent pas évoquer le sujet avec leurs parents, et qui n'ont personne d'autres vers qui se tourner. C'est le cas de 15,0% des hommes et de 10,0% des femmes, qui n'ont jamais reçu la moindre éducation sexuelle. Des chiffres encore trop importants, à une époque où le sexe est omniprésent dans la société actuelle. Les autres ont reçu une éducation sexuelle de leurs amis (45,5%), de leurs parents (37,5%) et de leur conjoint (35,4%), loin devant les professionnels de santé (21,6%).

La qualité de ces enseignements est discutable : il est impossible de savoir avec certitude si les informations reçues sont exactes, faussées ou partielles. Pour preuve, bénéficier d'une éducation sexuelle des frères et sœurs (8,7% des hommes) et des amis (48,2% des femmes) multiplie les risques par 1,51 et 1,59 (93). A l'inverse, les femmes qui n'ont pas

reçu d'éducation sexuelle de professionnels de santé ou de personnels habilités prennent 1,52 et 1,44 fois plus de risques (106).

6. Perspectives et devenir de cette étude

Cette étude a permis de recueillir des données sur la sexualité des étudiants en Lorraine. Ce travail de thèse s'inscrit dans un nouvel axe de recherche sur la sexualité des étudiants, il en est la fondation. L'exploitation statistique poussée de ces données permettra de mieux comprendre les dynamiques psycho-sociologiques de la sexualité des étudiants.

Ces données ont été exploitées par le Dr Doerper pour identifier les facteurs prédictifs de pratiques sexuelles à risque. Il a réalisé son mémoire de diplôme interuniversitaire de sexologie intitulé « Sexualité des étudiants en Lorraine : identification de facteurs prédictifs de pratiques sexuelles à risque ». Cette prise de risque est définie par l'utilisation non systématique d'un préservatif au cours d'une aventure d'un soir. Doerper Sébastien a montré que le choix du cursus universitaire, n'avoir jamais été en couple, avoir eu un autre partenaire sexuel tout en étant en couple, avoir des rapports sexuels avec une personne qui avait plusieurs partenaires sexuels en même temps, avoir moins de 5 rapports sexuels mensuels et avoir reçu une éducation sexuelle de ses amis, sont des variables significativement liées à la prise de risques.

L'exploitation des données collectées au cours de ce travail de thèse contribuera à explorer ce vaste domaine de la sexualité des étudiants. Les étudiants demeurent une population d'étude cible dans le domaine de la sexualité à risques, car ils se situent dans la période charnière correspondant à l'entrée dans la vie sexuelle adulte. Cette étude s'inscrit dans une politique d'amélioration continue des actions de prévention et d'information sur les comportements sexuels à risques des étudiants en Lorraine.

Conclusion

Contrairement aux idées reçues, seule une minorité des étudiants en Lorraine ont des pratiques sexuelles qui les rendent plus à risque. Dans l'ensemble, les étudiants ont une vie sexuelle banale. Cette étude a démontré que le véritable problème n'était pas les pratiques sexuelles expérimentées, mais bien les confusions entre contraception et protection des IST, et leurs lacunes sur le sujet. Le pharmacien a un rôle primordial à jouer en matière de prévention ; au contact d'une patientèle jeune, parfois réticente à consulter un médecin, il est plus à même de repérer les situations à risque, et d'y remédier. Il se doit de rester vigilant, car rien n'est jamais acquis. Malheureusement, de dangereuses pratiques sexuelles se propagent. La dernière en date, le *stealth*, très en vogue aux Etats-Unis, consiste à retirer son préservatif sans l'accord du partenaire au cours d'un rapport sexuel. Les hommes concernés se justifient par un « droit naturel masculin à répandre leur semence ». Ces pratiques sont qualifiées de viol par la justice américaine, et en plus d'être vécues comme un traumatisme par les victimes, peuvent être à l'origine de transmission d'IST et de grossesses non désirées (115). Mais ce n'est pas la seule dérive qui existe, et qui séduit les jeunes. Le *chemsex* fait de plus en plus d'adepte dans le milieu gay parisien, popularisé par des applications et des sites de rencontres. Cette pratique consiste à consommer des substances illicites au cours d'orgies, où, souvent, les partenaires n'utilisent pas de préservatif. Les risques du *chemsex* sont essentiellement les contaminations par le VIH et le VHC (116). Aujourd'hui, malgré les campagnes de prévention et le Sidaction, le VIH fait de moins en moins peur aux jeunes : ils ont grandi avec le traitement contre le VIH, et débutent leur sexualité avec le sentiment que ce n'est plus un danger. 27% des 12-24 ans pensent même que l'on peut en guérir (117). En parallèle de l'augmentation des IST chez les plus jeunes, on observe également une recrudescence des IVG. Malgré tous les moyens contraceptifs à disposition, la contraception n'est pas toujours parfaitement assimilée par les jeunes femmes. Pour toutes ces raisons, le pharmacien doit continuer à insister sur la prévention des IST et des IVG, et rectifier les idées fausses qu'ils peuvent avoir sur la sexualité. Cependant, il est souvent difficile d'aborder ce sujet au comptoir, qui relève de l'intimité la plus totale. C'est pourquoi la mise en place d'entretiens sexologiques en pharmacie faciliterait les démarches. Un tiers (33,7%) des étudiants de Lorraine y sont favorables ; 29,9% préféreraient se rendre en pharmacie pour discuter de leurs problèmes et leurs interrogations, plutôt que de consulter un médecin. Il faudrait pour cela, développer un protocole et des outils adaptés pour aider à mener à bien un entretien sexologique, ce qui

fera peut-être l'objet d'une prochaine thèse. La création d'un site Internet officiel pour rassembler les informations essentielles pourra également être envisagée.

En acceptant ce travail de thèse, j'étais persuadée que les jeunes gens d'aujourd'hui étaient tous bien informés des risques d'IST, et des moyens de contraception existant. Mon poste de pharmacien d'officine m'a fait prendre conscience qu'en réalité, les bases en matière de sexualité n'étaient pas ou peu assimilées pour beaucoup plus de jeunes gens – et parfois de moins jeunes – que je ne le pensais. Une grande majorité des jeunes femmes qui m'ont demandé la contraception d'urgence n'utilisaient aucun moyen de contraception, et n'étaient pas suivies par un gynécologue. J'ai également été confrontée, entre autres, au cas de deux sœurs, qui n'utilisaient pas la même pilule contraceptive, et qui se prêtaient pourtant des comprimés à l'une ou l'autre en cas d'oubli. J'ai réalisé qu'il ne fallait pas se reposer sur nos acquis, et continuer à s'engager dans la lutte contre les IST et les IVG à notre niveau, c'est-à-dire par la prévention. J'ai apprécié créer ce questionnaire d'enquête et en analyser les réponses, et de façon plus générale, travailler sur cette thèse, dont le sujet sortait de l'ordinaire. Plus tard, j'aimerais, si j'en ai le temps, m'investir auprès des pré-adolescents et des adolescents (et des moins jeunes qui en ressentent le besoin) pour les informer des risques des IST, et les initier à une sexualité sans danger. La mise en place d'entretiens sexologiques en pharmacie serait déjà un premier pas vers cette initiative.

Bibliographie

1. InVS. Infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. Invs Santé. 2014 [cité 21 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
2. Smeba. La santé des étudiants 2011 [Internet]. Paris: Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche; 2011 Mai [cité 12 janv 2014] p. 100. Report No.: 1000467. Disponible sur: https://www.smeba.fr/fileadmin/templates/medias/pdfs/Rapport_complet_-_Sante_etudiants_-_SMEBA_2011.pdf
3. Dictionnaire français [Internet]. L'internaute. [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/>
4. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Larousse. [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
5. Encyclopédie Larousse [Internet]. Larousse. [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie>
6. Contraception [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>
7. Pratiques sexuelles : définitions et classifications [Internet]. Pathol08. 2015 [cité 14 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.pathol08.com/encyclopedie-sexualite/310-p/40236-pratiques-sexuelles-definitions-et-classifications.html>
8. Organisation Mondiale de la Santé. La définition de la santé de l'OMS [Internet]. 2003 [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
9. Organisation Mondiale de la Santé. OMS/Europe | Santé sexuelle et génésique - Définition [Internet]. WHO. 2015 [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
10. Sextoy [Internet]. Exionnaire. [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire.exionnaire.com/que-signifie.php?mot=sextoy>
11. Encyclopédie Larousse en ligne - infection sexuellement transmissible IST [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/infection_sexuellement_transmissible_IST/91647
12. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Infections sexuellement transmissibles [Internet]. WHO. 2013 [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>
13. Les IST (infections sexuellement transmissibles) - ameli-santé [Internet]. Ameli santé. 2014 [cité 21 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/infections-sexuellement-transmissibles-ist/definition-ist.html>

14. Olombel P. Les Infections Sexuellement Transmises. *Exercer*. janv 2005;(72):9-12.
15. Gallay A, Herida M, Bouyssou-Michel A, Goulet V. Institut de Veille Sanitaire - Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005.
16. Richard V. Contamination et transmission de pathologies infectieuses par le milieu buccal lors de relations sexuelles : implications ondo-stomatologiques [Internet]. [Nancy]: Nancy-Université; 2000 [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2000_RICHARD_VALERIE.pdf
17. Perrier B. La gonorrhée, une maladie qui progresse en silence. [Internet]. Planète Santé. 2015 [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sexualite/La-gonorrhée-une-maladie-qui-progresse-en-silence>
18. Toutous Trellu L, Oertle D, Itin P, Furrer H, Scheidegger C, Stoeckle M, et al. Gonorrhée : nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement. 2014. :407-9.
19. Sadek M, Elyamany R. Neisseria gonorrhoeae [Internet]. Mechanisms of pathogenicity. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <https://mechpath.com/2015/12/02/neisseria-gonorrhoeae/>
20. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Item 95 - Maladies sexuellement transmissibles : infections urogénitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre). Elsevier Masson; 2012.
21. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 95. Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) : Gonococcies, chlamydie, syphilis [Internet]. 2010 2011 [cité 6 juin 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item95/site/html/cours.pdf>
22. Zagozda D. Infections bactériennes de l'appareil génital U2
2.5.S3 : licence en soins et techniques infirmiers [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://slideplayer.fr/slide/1193141/>
23. Santé et Services sociaux Québec. MTS, ITS, ITSS... | ITSS [Internet]. itss.gouv.qc.ca. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://itss.gouv.qc.ca/mts-its-itss.dhtml>
24. Gouvernement du Québec. Gonorrhée - Problèmes de santé et problèmes psychosociaux - Portail santé mieux-être [Internet]. Portail santé mieux-être. 2012 [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/gonorrhée/>
25. Romanowski B, Robinson J, Wong T. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement [Internet]. Agence de la santé publique du Canada. 2014 [cité 3 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>
26. Tortuyaux-Juliac S. Evaluation des connaissances sur les IST des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale. [Internet]. [Nancy]: Nancy-Université; 2011 [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2011_TORTUYAUX_JULIAC_SOPHIE.pdf

27. Gouvernement du Québec. Chlamydia - Problèmes de santé et problèmes psychosociaux - Portail santé mieux-être [Internet]. Portail santé mieux-être. 2012 [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/chlamydia/>
28. Salpingite [Internet]. Ameli santé. 2015 [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/salpingite/salpingite-definition-causes-et-facteurs-de-risque.html>
29. Senéjoux A. La lymphogranulomatose vénérienne [Internet]. Société Nationale Française de Colo-Proctologie. 2008 [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.snfcp.org/maladies-et-malades/informations-grand-public/ist-grand-public/article.phtml?id=rc%2Forg%2Fsnfcp%2Fhtm%2FArticle%2F2011%2F20111110-180154-978>
30. Caumes E, Dupin N, Janier M, Chartier C, Viraben R, Maatouk I. Lymphogranulome vénérien (Maladie de Nicolas Favre) [Internet]. 2016 févr. Disponible sur: <http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/lymphogranulome-venerien-maladie-de-nicolas-favre-1d34056eed4de0eb0768b25f7b4e3517.pdf>
31. Bactériologie des angines [Internet]. Microbiologie DCEM1 Faculté Lyon Sud. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://spiralconnect.univ-lyon1.fr/webapp/website/website.html?id=1631435&pageId=84559>
32. Decoster A, Lemahieu J-C, Dehecq E, Duhamel M. Treponema. Cours de microbiologie de la faculté libre de médecine de Lille.
33. Elatmani A. Syphilis diagnostic [Internet]. IST info. 2012 [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://ist-info.blogspot.fr/2012/10/syphilis-diagnostic/syphilis-diagnostic.html>
34. Michels. Chancre mou [Internet]. Anabile, laboratoire d'anatomie pathologique. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://anabile.webethan.org/spip.php?article4501>
35. Collège National des Enseignants de Dermatologie. Item 95 : Maladies sexuellement transmissibles : syphilis primaire et secondaire. Université médicale virtuelle francophone. 2011.
36. Pierard E. Syphilis secondaire [Internet]. dermatologie.free.fr. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://anabile.webethan.org/spip.php?article4501>
37. La syphilis [Internet]. Santé Facile +. 2015 [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.santefacilemts.com/la-syphilis/>
38. O'Grady T. Angines ulcéro-nécrotiques, angine de Vincent [Internet]. Thoracotomie, petite encyclopédie de l'urgence. 2012 [cité 3 juin 2016]. Disponible sur: Angines ulcéro-nécrotiques, angine de Vincent
39. L'herpès génital [Internet]. Dermato info, société française de dermatologie. 2015 [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: http://dermato-info.fr/article/L_herpes_genital
40. L'herpès. Bien-être & santé. mars 2015;(319):44.
41. Fallet C. L'herpès génital. Bien-être & santé. mars 2016;(329):48.

42. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Le virus de l'herpès [Internet]. WHO. 2015 [cité 27 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/fr/>
43. Bouton de fièvre : tout pour éviter la contagion [Internet]. Le journal des femmes. 2012 [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://sante.journaldesfemmes.com/peau-dermatologie/bouton-de-fievre.shtml>
44. Herpès oculaire [Internet]. Syndicat National des Ophtalmologistes de France. [cité 19 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.snof.org/encyclopedie/herp%C3%A8s-oculaire>
45. Fener P. La circoncision comme moyen de prévention des infections à Herpes simplex virus de type 2 et à Papillomavirus humain [Internet]. SidaSciences. 2009 [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: <http://sidasciences.inist.fr/?La-circoncision-comme-moyen-de>
46. Didelot J-M. Infections ano-rectales sexuellement transmissibles [Internet]. FMC-HGE. [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2012-paris/textes-postu-2012-paris/infections-ano-rectales-sexuellement-transmissibles/>
47. WHO: Herpes Simplex Type-1 responsible for a high number of genital herpes cases [Internet]. Health then more. 2015 [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.healththenmore.com/2015/10/who-herpes-simplex-type-1-responsible.html>
48. Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite B [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2015 [cité 30 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/>
49. Hépatites virales : c'est quoi ? [Internet]. AIDES. 2015 [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.aides.org/info-sante/hepatites-description>
50. Hépatites virales - généralités [Internet]. Institut de Veille Sanitaire. 2014 [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-virales-Generalites/Aide-memoire>
51. Maladies infectieuses. Hépatite B : Comprendre comment le virus persiste dans l'organisme [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.frm.org/urgence/hepatite-B-maladie-infectieuse.html>
52. Hépatite B [Internet]. Institut de Veille Sanitaire. 2009 [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Aide-memoire>
53. Les hépatites en chiffre [Internet]. AIDES. Disponible sur: <http://www.aides.org/info-sante/chiffres-hepatites>
54. Mennecier D. Gros plan sur la Grossesse et l'hépatite virale B [Internet]. Hepatoweb. 2015 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <http://hepatoweb.com/hepatite-B-grossesse.php>
55. La prévention avec une hépatite virale [Internet]. AIDES. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: http://www.aides.org/info-sante/hepatites-et-prevention?gclid=CL2zv-_DwgcCFQQTwwodj1QD1Q
56. Dhumeaux D, ANRS, AFEF. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. 2014 p. 537.

57. Lutte contre l'hépatite C : des traitements pour tous [Internet]. AIDES. 2016 [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.aides.org/presse/lutte-contre-l-hepatite-c-des-traitements-pour-tous-3264>
58. Maladies infectieuses. Hépatite C : Développement de nouvelles approches thérapeutiques contre les hépatites C. [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.frm.org/urgence/hepatite-C-maladie-infectieuse.html>
59. 10 mesures contre les hépatites [Internet]. AIDES. 2011 [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.aides.org/actu/10-mesures-contre-les-hepatites-1027>
60. Grangé J-D, Antoine J-M, Amiot X. Virus de l'hépatite C et grossesse [Internet]. EM|Consulte. 1999 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/98098>
61. Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite A [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2015 [cité 30 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/fr/>
62. Guillet J. Carcinomes épidermoïdes liés aux papillomavirus humains : transmission avec cancérogenèse des muqueuses orales et génitales. [Internet]. [Nancy]: Nancy-Université; 2010 [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2010_GUILLET_JULIE.pdf
63. Attal J. Stratégie préventive du dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale [Internet]. [Paris]: Paris Diderot; 2012 [cité 21 sept 2015]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3683_THESE-ATTAL.pdf
64. Organisation Mondiale de la Santé. Papillomavirus humain (HPV) et cancer du col de l'utérus [Internet]. WHO. 2015 [cité 19 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/fr/>
65. Chapitre 6 : MST [Internet]. Faculté de médecine Pierre & Marie Curie. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.6.5.html>
66. Condylomes : les verrues génitales ou condylomes [Internet]. Dermatologue en ligne. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.dermatonet.com/fiche-dermatonet-verrues-condylomes.htm>
67. Rapport Onusida 2014 [Internet]. 2014 [cité 27 janv 2016] p. 7. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_fr_0.pdf
68. Organisation Mondiale de la Santé. VIH/Sida [Internet]. WHO. 2015 [cité 9 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
69. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH [Internet]. Paris: La documentation française; 2013 [cité 27 janv 2016] p. 478. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
70. InVS. Infection à VIH et SIDA, aide-mémoire [Internet]. Institut de Veille Sanitaire. 2015 [cité 27 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Aide-memoire>

71. Bourdillon F, Lot F, InVS. Infection par le VIH/SIDA et par les IST, point épidémiologique. 2015 nov 23.
72. InVS. Incidence de l'infection par le VIH [Internet]. Institut de Veille Sanitaire. 2013 [cité 27 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Incidence-de-l-infection-par-le-VIH>
73. InVS. Déclaration obligatoire de l'infection au VIH et au SIDA [Internet]. Institut de Veille Sanitaire. 2016 [cité 27 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>
74. Gotlibowicz S. 5 choses à savoir sur le Truvada, le traitement préventif contre le VIH autorisé en France [Internet]. Santé Magazine. 2016 [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.santemagazine.fr/actualite-5-choses-a-savoir-sur-le-truvada-le-traitement-preventif-contre-le-vih-61889.html>
75. Solano C. Sexe oral et infections sexuellement transmissibles : il n'y a pas que le SIDA [Internet]. e-santé.fr. 2010 [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.e-sante.fr/sexe-oral-infections-sexuellement-il-y-pas-que-sida/actualite/1652>
76. La fellation, c'est un risque ? [Internet]. Sida Info Services. 2014 [cité 27 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/?Est-ce-que-je-peux-etre-contamine,513>
77. Genné D. Fellation non protégée : quels risques ? Rev Médicale Suisse. 10 sept 2013;(401):1828-31.
78. Fellation, risque ou pas risque ? [Internet]. Plate-forme prévention SIDA. [cité 27 févr 2016]. Disponible sur: <http://preventionsida.org/sida-lessentiel/fellation-risque-ou-pas-risque/>
79. Je peux avoir le VIH lors d'un cunnilingus ? [Internet]. Sida Info Services. 2014 [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/?Est-ce-que-je-peux-etre-contamine>
80. L'anulingus, c'est risqué pour le VIH ? [Internet]. Sida Info Services. 2014 [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/?Est-ce-que-je-risque-d-atrapper-le>
81. Quelles pratiques, quels risques ? [Internet]. ExAequo. [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: http://www.exaequo.be/fr/quelles_pratiques__quels_risques_/anulingus/
82. Panaget S, L. Y, Flow M, Lisa D, Carole H, Michel, et al. BDSM, jouez safe [Internet]. INPES; [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: http://www.klamydias.ch/fr/resources/dep_lekiosque_bdsm_bat-3-1.pdf
83. CRIPS Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Prostitution et VIH [Internet]. Marseille; 2007 mars [cité 25 févr 2016] p. 15. Disponible sur: paca.lecrips.net/IMG/pdf/Prostitution_et_VIH.pdf
84. Dupont G. Juste un escort boy [Internet]. Le Monde. 2013 [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/11/27/juste-un-escort-boy_3520137_3224.html
85. Benamour G, Rogé J. « C'est ma seule solution pour vivre » : le boom inquiétant de la prostitution chez les étudiantes [Internet]. Terra Femina. 2015 [cité 6 févr 2016]. Disponible sur: http://www.terrafemina.com/article/-c-est-ma-seule-solution-pour-vivre-le-boom-inquietant-de-la-prostitution-chez-les-etudiantes_a268557/1

86. de Foucaud I. Comment se faire entretenir par un millionnaire [Internet]. Le Figaro. 2012 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/argent/2012/06/06/05010-20120606ARTFIG00547-comment-se-faire-entretenir-par-un-millionnaire.php>
87. Lissitzky T. Qui sont ces « sugar daddies » prêts à payer pour rencontrer des jeunes filles « ambitieuses » ? [Internet]. Francetv Info. 2014 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: http://www.francetvinfo.fr/internet/qui-sont-ces-sugar-daddies-prets-a-payer-pour-rencontrer-des-jeunes-filles-ambitieuses_573673.html
88. Les « sugar babies », nouvelle forme de prostitution étudiante ? [Internet]. France Info. 2014 [cité 6 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.franceinfo.fr/emission/Unknown%20token%20emission-type-url/noeud-diffusion-temporaire-pour-le-nid-source-1372245-05-05-2014-11-47>
89. Le Louargant K. Qui sont les escort boy ? [Internet]. L'express. 2011 [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: http://www.lexpress.fr/actualite/societe/qui-sont-les-escort-boys_950041.html
90. Le Douaré C. La prostitution gay, différente ou pas ? Parlons-en ! [Internet]. Irréductiblement féministe ! 2013 [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: <https://christineld75.wordpress.com/2013/02/28/la-prostitution-gay-differente-ou-pas-parlons-en/>
91. Bordas W. Prostitution étudiante, des chiffres inquiétants à Montpellier [Internet]. Orientations (études - métiers - emploi). 2014 [cité 2 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.e-orientations.com/actualites/prostitution-etudiante-des-chiffres-inquietants-a-montpellier-15114>
92. De Jaeger J-M. Prostitution étudiante : la double vie des « jeunes et jolies » [Internet]. Le Flambo. 2014 [cité 2 juill 2016]. Disponible sur: <http://leflambo.fr/2014/12/03/prostitution-etudiante-la-double-vie-des-jeunes-et-jolies-23/>
93. Prostitution étudiante, quelles réalités ? [Internet]. Fondation Scelles Infos. 2012 [cité 7 févr 2016]. Disponible sur: <http://infos.fondationscelles.org/a-la-une/prostitution-etudiante-quelles-realites-n12>
94. IEFPP, la finance pour tous. Enquêtes LMDE et USEM : Une précarité croissante chez les étudiants [Internet]. La finance pour tous. 2011 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.lafinancepourtous.com/Actualites/Enquetes-LMDE-et-USEM-Une-precarite-croissante-chez-les-etudiants>
95. Académie nationale de Pharmacie. Délivrance des contraceptifs à l'officine : rôle éducatif du pharmacien, suite à la loi HPST [Internet]. Académie nationale de Pharmacie; 2011 oct [cité 16 sept 2015] p. 34. Disponible sur: http://www.acadpharm.org/dos_public/Contraception_Rapport_finalisE_2Eme_version_03.10.2011.pdf
96. Lelong N, Moreau C, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultat de l'enquête COCON [Internet]. Em Consulte. 2005 [cité 25 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/115233>
97. DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Etudes et Résultats. juill 2015;(924):6.

98. Interruption volontaire de grossesse [Internet]. Ameli santé. 2015 [cité 27 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/interruption-volontaire-de-grossesse.php>
99. Interruption volontaire de grossesse [Internet]. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports; 2007 [cité 27 févr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf
100. Mifégyne 200 mg, comprimé [Internet]. ANSM. 2012 [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=66422290&typedoc=N&ref=N0215296.htm>
101. IVG : ce qui est remboursé à 100% [Internet]. Santé Magazine. 2016 [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.santemagazine.fr/le-cout-et-le-remboursement-d-une-ivg-58654.html>
102. Mutzenhard P, Baumgartner E, Martinet L, Appel V. Rentrée 2015-2016 [Internet]. 2015 sept 15 [cité 6 avr 2016]; Nancy. Disponible sur: https://factuel.univ-lorraine.fr/sites/factuel.univ-lorraine.fr/files/field/files/2015/09/dp_rentree_ul_2015.pdf
103. Bajos N, Bozon M. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » [Internet]. 2007 mars p. 27. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_CSF_-_1er_resultats.pdf
104. Deridet G. Le guide du lubrifiant [Internet]. Paperblog. 2009 [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.paperblog.fr/2450714/le-guide-du-lubrifiant/>
105. Bulot C, Leurent B, Collier F. Pornographie, comportements sexuels et conduites à risque dans le milieu universitaire [Internet]. Elsevier Masson. 2015 [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <file:///C:/Users/Mélodie/Downloads/897ffce8-9205-4d8a-831d-4ef598b4be2a.pdf>
106. Doerper S. Sexualité des étudiants en Lorraine : identification de facteurs prédictifs de pratiques sexuelles à risque. [Nancy]: Université de Lorraine; 2016.
107. Senk P. La sexualité, une énergie à cultiver [Internet]. La vie. 2013 [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: http://www.lavie.fr/famille/couple/la-sexualite-une-energie-a-cultiver-21-11-2013-46834_416.php
108. Wong B. Le bien-être ressenti après le sexe peut durer 48 heures [Internet]. The Huffington Post. 2017 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: http://www.huffpostmaghreb.com/2017/03/25/bien-etre-sexe-48h_n_15607866.html
109. Chkroun B, Travailleur B. La sexualité des étudiants en 2013 - 8ème enquête nationale | emeVia - réseau national des mutuelles étudiante de proximité [Internet]. Emevia. [cité 6 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.emevia.com/actualites/la-sexualite-des-etudiants-en-2013-8eme-enquete-nationale>
110. Mascret D. Les Françaises de plus en plus délurées au lit [Internet]. Le Figaro. 2013 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/01/07/19663-francaises-plus-plus-delurees-lit>
111. Jovelin E. De la prostitution aux clients de la prostitution. Pensée Plurielle. 2011;2011/2(27):166.

112. Cespharm. Cespharm - Autotests VIH : préparez-vous à les délivrer [Internet]. Cespharm, Education et Prévention pour la Santé. 2015 [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/en/Prevention-sante/News/2015/Autotests-VIH-preparez-vous-a-les-delivrer>
113. Les méthodes naturelles [Internet]. Choisir sa contraception. [cité 24 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/les-methodes-naturelles/?gclid=CKWL4P-cvdMCFS4W0wodpDcC2A>
114. Paitraud D. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale [Internet]. Vidal. 2015 [cité 24 avr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/15304/ellaone_30_mg_comprime_ulipristal_nouvelle_modalite_de_delivrance_sans_prescription_medicale/
115. L'inquiétante tendance du « stealthing », le fait de retirer le préservatif pendant l'acte sans l'accord du partenaire [Internet]. France Soir. 2017 [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.francesoir.fr/societe-faits-divers/linquietante-tendance-du-stealthing-le-fait-de-retirer-le-preservatif-pendant-acte-sexuel-capote-viol-mst-grossesse-justice>
116. Bonnet N, Michels D, Baraud M. Chemsex, livret d'informations pour les professionnels et les intervenants de santé [Internet]. Respadd; 2016 [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: http://vih.org/sites/default/files/fichierattaches/chemsex_by_respadd.pdf
117. Beaudoux C. Sidaction : le VIH fait de moins en moins peur aux jeunes [Internet]. France Info. 2015 [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: http://www.francetvinfo.fr/sante/sidaction-le-vih-fait-de-moins-en-moins-peur-aux-jeunes_1689515.html

Table des illustrations

Figure 1 : Neutrophiles infectés par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (19)	7
Figure 2 : Ecoulement urétral purulent (22)	8
Figure 3: Observation de <i>Treponema pallidum</i> au microscope à fond noir (31)	15
Figure 4 : chancre d'inoculation labial (33)	16
Figure 5 : chancre d'inoculation génital (34)	16
Figure 6 : Roséole syphilitique (35)	17
Figure 7 : Syphilides plantaires (36)	18
Figure 8 : Manifestations faciales d'une syphilis au stade tertiaire (37).....	18
Figure 9 : Angine ulcéro-nécrotique (31)	19
Figure 10 : Herpès labial, plus couramment appelé "bouton de fièvre" (43).....	21
Figure 11 : herpès oculaire (44).....	22
Figure 12 : Herpès génital chez l'homme (à gauche) et chez la femme (47).....	23
Figure 13 : Condylomes vaginaux (65)	31
Figure 14 : Condylomes génitaux (66).....	31
Figure 15 : Crêtes de coq (65).....	31
Figure 16 : "Selon vous, la sexualité pour votre bien-être est :" (Q18, femmes).....	51
Figure 17: "Selon vous, la sexualité pour votre bien-être est :" (Q18, hommes).....	52
Figure 18 : "Avez-vous déjà eu une aventure d'un soir ?" (Q29, femmes)	53
Figure 19 : "Avez-vous déjà eu une aventure d'un soir ?" (Q29, hommes)	53
Figure 20 : "Lorsque vous faites la fête, buvez-vous de l'alcool ?" (Q48, femmes)	56
Figure 21 : "Lorsque vous faites la fête, buvez-vous de l'alcool ?" (Q48, hommes)	56
Figure 22 : "Utilisez-vous systématiquement un préservatif lors d'une aventure d'un soir ?" (Q77, femmes)	58
Figure 23: "Utilisez-vous systématiquement un préservatif lors d'une aventure d'un soir ?" (Q68, hommes)	58
Figure 24: "Avez-vous déjà eu recours à la pilule du lendemain (contraception d'urgence) ?" (Q83, femmes)	59
Tableau I : Principales différences des infections urogénitales à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et à <i>Chlamydia trachomatis</i>	13
Tableau II : Répartition des étudiants de l'université de Lorraine pour l'année 2014/2015	45
Tableau III: Réponse des 23 groupes étudiants Facebook® contactés	47
Tableau IV: Codage des catégories socioprofessionnelles	50

Liste des abréviations

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CIDDIST : Centre d'informations, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

COREVIH : Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH

DGS : Direction générale de la santé

FSF : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

HPV : Papillomavirus humain (*Human Papilloma Virus*)

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

HSV : Herpès simplex virus

IM : Intramusculaire

IV : Intraveineux

InVS : Institut de veille sanitaire

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IST : Infection sexuellement transmissible

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

MST : Maladie sexuellement transmissible

ORL : Oto-rhino-laryngologie

OVE : Organisation de la vie étudiante

SI : Système immunitaire

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SM : Sadomasochisme

UDIV : Usager de drogue par voie intraveineuse

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

1. Questionnaire d'enquête

Ce questionnaire d'enquête est le noyau central de ce travail de recherche. Vous trouverez ci-dessous le questionnaire dans son intégralité, tel qu'il a été diffusé aux étudiants de Lorraine.

Page 1 : Pratiques sexuelles des étudiants de Lorraine et risques associés

Ce formulaire d'enquête permettra d'établir une cartographie des pratiques sexuelles des étudiants en Lorraine, ainsi que les risques qui peuvent y être associés. Votre implication me permettra d'obtenir des données exploitables pour rédiger ma thèse d'exercice intitulée « Pratiques sexuelles des étudiants de Lorraine et risques associés. »

Ce formulaire est totalement anonyme, aucun élément ne sera divulgué et aucun jugement de valeur ne sera porté. Des réponses sincères sont attendues, afin que les résultats obtenus puissent être les plus fidèles possibles. Vos réponses doivent refléter vos pratiques et non celles que vous jugez socialement valorisantes.

Les questions qui se terminent par un astérisque rouge nécessitent obligatoirement une réponse. Les autres ne sont à remplir que si vous êtes concerné(e) par la question.

Je compte sur votre participation et vous remercie d'avance pour le temps consacré à cette enquête.

Mélodie BIQUILLON

Page 2 : Qui êtes-vous ?

1/ En quelle année êtes-vous né(e) ?*

Un menu déroulant propose des dates entre 1960 et 2000.

2/ Quel cursus universitaire suivez-vous ?*

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- Arts, lettres et langues
- Droits, économie, gestion
- Ecoles d'ingénieurs
- Santé
- Sciences et technologies
- Sciences humaines et sociales
- Technologie – IUT
- Autre

3/ En quelle année d'étude êtes-vous actuellement ?*

Bac + ... (les redoublements ne sont pas à prendre en compte)

Un menu déroulant propose des nombres entre 1 et 14.

4/ Quelle est votre situation relationnelle ?*

- Célibataire
- En couple non pacsé(e) ni marié(e)
- En couple pacsé(e)
- En couple marié(e)

5/ Où vivez-vous ?*

- Au domicile parental
- En logement personnel
- En colocation
- En résidence universitaire
- En foyer étudiant
- Autre : ...

6/ Combien d'enfant(s) avez-vous ?*

Une femme enceinte est considérée comme ayant un enfant.

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 et plus

7/ Quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre mère ?*

Les demandeuses d'emploi et les retraitées sont codées dans leur ancienne profession.

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- Agricultrices exploitantes ou ouvrières agricoles
- Artisanes
- Commerçantes et assimilés
- Chef d'entreprise
- Professions libérales
- Cadre de la Fonction Publique
- Cadre administratif et commerciaux d'entreprise
- Professeurs, professions scientifiques
- Professions de l'information, des arts et des spectacles
- Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
- Institutrices et assimilés
- Professions de la santé et du travail social
- Clergé, religieuse
- Techniciennes
- Contremaîtres, agents de maîtrise
- Employées civiles et agents de service de la Fonction Publique
- Policières et militaires
- Employées administratives d'entreprise
- Employées de commerce
- Personnels des services directs aux particuliers
- Ouvrières
- Chômeuses n'ayant jamais travaillé/mère au foyer

8/ Quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre père ?*

Les demandeurs d'emploi et les retraités sont codés dans leur ancienne profession.

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- Agriculteurs exploitants ou ouvriers agricoles
- Artisans
- Commerçants et assimilés

- Chef d'entreprise
- Professions libérales
- Cadre de la Fonction Publique
- Cadre administratif et commerciaux d'entreprise
- Professeurs, professions scientifiques
- Professions de l'information, des arts et des spectacles
- Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
- Instituteurs et assimilés
- Professions de la santé et du travail social
- Clergé, religieux
- Techniciens
- Contremaîtres, agents de maîtrise
- Employés civils et agents de service de la Fonction Publique
- Policiers et militaires
- Employés administratifs d'entreprise
- Employés de commerce
- Personnels des services directs aux particuliers
- Ouvriers
- Chômeurs n'ayant jamais travaillé/père au foyer

Page 3

9/ Quelle est votre orientation sexuelle ?*

- Hétérosexuelle
- Homosexuelle
- Bisexuelle permanent
- Hétérosexuelle, avec expérimentation homosexuelle
- Homosexuelle, avec expérimentation hétérosexuelle

10/ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?*

Un rapport est considéré d'ordre sexuel s'il fait intervenir au moins l'un des organes sexuels d'un des protagonistes.

- Oui (→ Cette réponse oriente à la question 12)
- Non (→ Cette réponse oriente à la question 11)

Page 4

11/ Pour quelle raison êtes-vous vierge ?

- Par appréhension : vous ne vous sentez pas prêt(e) à avoir des rapports sexuels
- Par choix personnel : avoir des rapports ne vous intéresse pas
- Par manque d'opportunité : l'occasion d'avoir des rapports sexuels ne s'est pas présentée
- Pour respecter votre religion ou vos principes : vous pensez qu'il ne faut pas avoir de rapport sexuel avant le mariage
- Par peur de tomber enceinte ou d'attraper une IST (Infection Sexuellement Transmissible)

(→ Ces réponses orientent toutes à la question 91)

Page 5 : Vision globale de la sexualité

12/ Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel ?*

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 12 ans et moins
- 13 ans
- 14 ans
- 15 ans
- 16 ans

- 17 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans
- 21 ans
- 22 ans
- 23 ans
- 24 ans
- 25 ans et plus

13/ Combien de partenaires sexuel(le)s avez-vous eu depuis que vous avez commencé vos études supérieures ?*

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 à 14
- 15 à 19
- 20 à 29
- 30 à 39
- 40 à 49
- 50 à 99
- 100 à 199
- 200 et plus

14/ Etes-vous à l'aise avec votre sexualité ?*

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout » à « 4, énormément ».

15/ En règle générale, aimez-vous le sexe ?*

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout » à « 4, énormément ».

16/ Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?*

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout » à « 4, énormément ».

17/ Considérez-vous votre vie sexuelle variée ?*

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout » à « 4, énormément ».

18/ Selon vous, la sexualité pour votre bien-être est :*

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout importante » à « 4, indispensable ».

19/ Vous pouvez parler librement de sexualité avec :*

Plusieurs réponses possibles.

- Vos parents
- Vos frères et sœurs (ou quelqu'un d'autre de votre famille)
- Votre petit(e)-ami(e), femme ou mari

- Vos ami(e)s
- Des professionnels de santé
- Personne, la sexualité est un sujet tabou

20/ De qui avez-vous reçu une éducation sexuelle ?*

Plusieurs réponses possibles.

- De vos parents
- De vos frères et sœurs (ou quelqu'un d'autre de votre famille)
- De vos ami(e)s
- De professionnels de santé
- D'intervenants dans les collèges et lycées
- De votre petit(e)-ami(e)
- D'internet
- Vous n'avez pas reçu d'éducation sexuelle

21/ Avez-vous déjà été en couple ?*

Ici, être en couple signifie avoir un(e) petit(e)-ami(e) régulier(e).

- Oui, et vous êtes actuellement en couple
- Oui, mais vous êtes actuellement célibataire
- Non, la vie de couple ne vous intéresse pas
- Non, l'occasion de vous mettre en couple ne s'est jamais présentée

22/ Si oui, précisez le nombre de fois où vous avez été en couple ?*

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 et plus

23/ Pour vous, la fidélité dans un couple est une notion :*

- Indispensable : une fois en couple, il est hors de question d'avoir une aventure extra-conjugale
- Importante : dans l'absolu, vous prônez la fidélité, mais vous savez qu'un écart est vite arrivé
- Secondaire : vous vous laissez la possibilité de quelques aventures extra-conjugales
- Facultative : vous ne voyez aucun problème à être en couple sans être fidèle à votre petit(e)-ami(e)

24/ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec un(e) autre partenaire lorsque vous étiez en couple ?

- Non, jamais
- Oui, une fois
- Oui, de temps à autre
- Oui, régulièrement

25/ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec une personne qui avait plusieurs partenaires sexuel(le)s en même temps ?*

- Non, jamais
- Oui, et vous aviez vous-aussi plusieurs partenaires sexuel(le)s de votre côté
- Oui, vous étiez au courant et cela ne vous dérangeait pas
- Oui, vous étiez au courant, cela ne vous plaisait pas mais vous l'acceptiez uniquement pour garder votre partenaire
- Oui, et quand vous l'avez appris, vous avez cessé de voir votre partenaire
- C'est probable, mais vous n'en êtes pas sûr(e)

26/ Avec la phrase suivante : « on peut avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer », vous êtes :*

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout d'accord » à « 4, tout à fait d'accord ».

27/ A quand remonte votre rapport sexuel le plus récent ?*

- Aujourd'hui
- Hier
- Dans la semaine
- La semaine dernière
- Il y a plus de deux semaines
- Il y a plus d'un mois
- Il y a plus de trois mois
- Il y a plus de six mois
- Il y a plus d'un an

28/ Sur les douze derniers mois, en moyenne, quelle était la fréquence mensuelle de vos rapports sexuels ?

... fois/mois

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 à 20
- 20 à 30
- 30 à 40
- 40 à 50
- 50 et plus

Page 6 : Pratiques sexuelles

29/ Avez-vous déjà eu des aventures d'un soir ?*

Désigne un rapport sexuel ne connaissant pas de suite.

- Oui
- Non

30/ Si oui, combien d'aventures d'un soir avez-vous eu depuis que vous avez commencé vos études supérieures ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 à 14
- 15 à 19
- 20 à 29
- 30 à 39
- 40 à 49
- 50 à 99
- 100 à 199
- 200 et plus

31/ Dans quelles circonstances était-ce ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous l'avez rencontré(e) au cours d'une soirée
- Vous l'avez rencontré(e) via des amis communs
- Vous l'avez rencontré(e) sur un site de rencontre (Meetic, Tinder...)
- Vous l'avez rencontré(e) sur votre lieu de travail/stage
- Autre : ...

32/ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels réguliers avec un(e) partenaire sans être en couple avec ?*

Ces partenaires sont communément appelés « plan-cul » ou « sexfriend ».

- Oui
- Non

33/ Si oui, combien de « plan-cul » ou « sexfriend » avez-vous eu depuis que vous avez commencé vos études supérieures ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 à 14
- 15 à 19
- 20 à 29
- 30 à 39

- 40 à 49
- 50 et plus

34/ Avez-vous déjà payé un(e) partenaire pour avoir un rapport sexuel ?*

- Oui
- Non

35/ Si oui, combien de rapports sexuels tarifiés de ce genre avez-vous eu depuis que vous avez commencé vos études supérieures ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 à 14
- 15 à 19
- 20 à 29
- 30 à 39
- 40 à 49
- 50 et plus

36/ Vous êtes-vous déjà fait payer par un(e) partenaire pour un rapport sexuel ?*

- Oui
- Non

37/ Si oui, combien de rapports sexuels tarifiés de ce genre avez-vous eu depuis que vous avez commencé vos études supérieures ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 à 14
- 15 à 19
- 20 à 29
- 30 à 39
- 40 à 49
- 50 et plus

38/ Au cours d'un rapport sexuel, à quelle fréquence pratiquez-vous :*

Un tableau propose les choix suivants :

	Jamais	Rarement	Souvent	A chaque fois	Pratiquée une seule fois pour essayer
Stimulation manuelle de vos parties génitales par votre partenaire					
Stimulation manuelle des parties génitales de votre partenaire					
Stimulation orale de vos parties génitales par votre partenaire					
Stimulation orale des parties génitales de votre partenaire					
Stimulation manuelle de votre anus par votre partenaire					
Stimulation manuelle de l'anوس de votre partenaire					
Stimulation orale de votre anus par votre partenaire					
Ejaculation faciale sur votre visage par votre partenaire					
Ejaculation faciale sur le visage de					

votre partenaire					
Utilisation de sex toys sur vous					
Utilisation de sex toys sur votre partenaire					
Double pénétration sur vous					
Double pénétration sur votre partenaire					

39/ Dans la liste suivante, quelle(s) pratique(s) avez-vous déjà essayée(s) ?*

Un tableau propose les choix suivants :

	Oui	Non
Plan à trois		
Partouze (plus de trois personnes)		
Echangisme		
Sadomasochisme		
Fétichisme		
Candaulisme (excitation de savoir que son partenaire a des rapports sexuels avec une autre personne, sans être forcément présent)		
Exhibitionnisme		
Voyeurisme		
Bondage (pratique qui vise à ligoter et enserrer le corps de son/sa partenaire)		
Côte-à-cotisme (deux couples ou plus qui ont des rapports sexuels dans la même pièce, sans échange de partenaires)		

40/ Vous arrive-t-il de vous masturber en dehors de tout rapport sexuel ?*

- Oui
- Non

41/ Si oui, à quelle fréquence ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- Plus d'une fois par jour
- Une fois par jour
- Plus d'une fois par semaine
- Une fois par semaine

- Plus d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

42/ Avez-vous déjà été choqué(e) par des pratiques sexuelles dont vous avez entendu parler ?*

- Oui
- Non

43/ Avez-vous honte de certains de vos fantasmes sexuels ?*

- Oui
- Non

44/ Avez-vous honte d'avoir expérimenté certaines pratiques sexuelles ?*

- Oui
- Non

45/ Lorsque vous avez un rapport sexuel, à quelle fréquence arrivez-vous à l'orgasme ?*

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- A chaque fois

46/ Regardez-vous des films à caractère pornographique ?*

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Tous les jours

Page 7 : Fêtes, alcool & drogues

47/ Faites-vous souvent la fête ?

... fois / mois.

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 à 14
- 15 à 19
- 20 à 31

48/ Lorsque vous faites la fête, buvez-vous de l'alcool ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- A chaque fois

49/ Consommez-vous des drogues ?*

- Oui
- Non

50/ Si oui, lesquelles ?

Plusieurs réponses possibles.

- Cannabis
- Ecstasy
- Cocaïne
- Héroïne
- Champignons hallucinogènes
- Autre : ...

51/ A quelle fréquence ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- Plus d'une fois par jour
- Une fois par jour
- Plus d'une fois par semaine
- Une fois par semaine
- Plus d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

52/ Trouvez-vous que l'alcool et/ou la drogue vous aide à draguer, et donc à avoir des rapports sexuels ?

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout » à « 4, énormément ».

53/ Trouvez-vous que vous êtes plus détendu(e) ou plus à l'aise lors d'un rapport sexuel sous alcool et/ou drogue ?

Une échelle s'étend de « 1, pas du tout » à « 4, énormément ».

Page 8 : IST (Infection Sexuellement Transmissible)

54/ Avez-vous déjà fait un test de dépistage du SIDA ?*

- Oui
- Non

55/ Avez-vous déjà fait une analyse sanguine pour dépister d'autres IST ?*

- Oui
- Non

56/ Avez-vous déjà fait une analyse urinaire pour dépister d'autres IST ?*

- Oui
- Non

57/ Si oui à l'une des trois questions précédentes, qui vous avez prescrit ce(s) test(s) de dépistage ?

Plusieurs réponses possibles.

- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Un centre de dépistage

58/ Si oui à l'une des trois premières questions, pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait un ou plusieurs tests de dépistage ?

Plusieurs réponses possibles. Ne répondre que si vous êtes concerné(e).

- Pour pouvoir avoir des rapports sexuels non protégés avec votre partenaire
- Parce que le préservatif avait craqué au cours d'un rapport sexuel
- Parce que vous n'aviez pas utilisé de préservatif au cours d'un rapport sexuel
- Parce que vous aviez des symptômes d'une IST
- Parce que l'un de vos partenaires vous a prévenu qu'il avait une IST
- Vous avez souhaité pour faire dépister sans raison particulière

59/ Si non aux trois premières questions, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais fait de test de dépistage ?

Plusieurs réponses possibles. Ne répondre que si vous êtes concerné(e).

- Vous avez exclusivement des rapports sexuels protégés
- Vous n'avez jamais rencontré le moindre problème avec un préservatif
- Vous avez confiance en votre partenaire
- Vous n'avez jamais eu de symptômes d'IST
- Vous avez peur d'aller vous faire dépister
- Vous n'en voyez pas l'intérêt

60/ Avez-vous déjà contracté une IST ?*

- Oui
- Non

61/ Si oui, combien de fois ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 et plus

62/ Etait-ce :

Plusieurs réponses possibles.

- Chlamydia
- Gonorrhée
- Herpes
- Hépatite B
- Hépatite C
- Papillomavirus
- Syphilis
- Sida

63/ Si oui, dans quelles circonstances l'avez-vous découvert ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous aviez des symptômes, vous avez consulté un médecin généraliste ou un gynécologue
- Vous aviez des symptômes, vous vous êtes rendu(e) dans un centre de dépistage

- Vous n'aviez aucun symptôme, et l'avez découvert au cours d'un test de dépistage
- Vous n'aviez aucun symptôme, mais un de vos partenaires vous a prévenu qu'il avait une IST

64/ Si cela vous est arrivé, avez-vous prévenu vos partenaires sexuel(le)s afin qu'ils/elles se fassent dépister ?

- Oui
- Non, vous aviez trop honte pour leur en parler
- Non, vous ne pensiez pas que c'était nécessaire
- Non, vous n'y avez pas pensé
- Non, vous ne connaissiez pas votre/vos partenaire(s) et n'avez donc pas pu les prévenir

65/ Vous êtes :*

- Un homme (→ Cette réponse oriente à la question 66)
- Une femme (→ Cette réponse oriente à la question 75)

Page 9 : Prévention & contraception

66/ Actuellement, utilisez-vous un préservatif avec votre ou vos partenaires ?

- Oui
- Non

67/ Si non, pour quelle(s) raison(s) n'utilisez-vous pas de préservatif ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous êtes en couple depuis longtemps, vous avez cessé de vous protéger lors de vos rapports sexuels
- Vous avez fait l'un et/ou l'autre un test de dépistage pour pouvoir ôter les préservatifs
- Vous n'en avez pas besoin, votre partenaire est déjà sous pilule contraceptive ou autre moyen de contraception
- Vous êtes certain de ne pas avoir d'IST
- Vous êtes certain que votre partenaire n'a pas d'IST
- Vous avez confiance en votre partenaire
- Vous n'aimez pas les préservatifs, vous estimez que cela gâche les sensations
- Vous n'osez pas aller acheter des préservatifs
- Vous êtes parfois trop alcoolisé et/ou drogué pour y penser
- Vous ou votre partenaire êtes allergique au latex

68/ Utilisez-vous systématiquement un préservatif lors d'une aventure d'un soir ?*

- Oui
- Non
- Vous n'avez jamais eu d'aventure d'un soir

69/ Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Votre partenaire était déjà sous pilule contraceptive, ou autre moyen de contraception
- Aucun d'entre vous n'avait de préservatif sur lui
- Vous étiez certain de ne pas avoir d'IST
- Vous faisiez confiance à ce/cette partenaire
- Vous n'aimez pas les préservatifs, vous estimez que cela gâche les sensations
- Vous n'osez pas aller acheter des préservatifs
- Vous étiez trop alcoolisé et/ou drogué pour y penser

70/ Quel(s) moyen(s) de contraception avez-vous déjà utilisé(s) ?*

Plusieurs réponses possibles.

- Préservatif masculin ou féminin
- Spermicide
- Méthodes naturelles (retrait avant éjaculation)
- Eviction des rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse
- Aucun moyen de contraception
- Autre : ...

71/ L'une de vos partenaires a-t-elle déjà eu recours à la pilule du lendemain (contraception d'urgence) ?*

- Oui
- Non
- Vous ne savez pas
- Non concerné par cette question

72/ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rupture du préservatif au cours d'un rapport sexuel
- Vous n'aviez pas utilisé de préservatif au cours d'un rapport sexuel
- Un oubli de pilule contraceptive
- Echec d'un autre moyen de contraception
- Autre : ...

73/ L'une de vos partenaires a-t-elle déjà eu recours à une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) ?*

- Oui
- Non
- Vous ne savez pas
- Non concerné par cette question

74/ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pas de contraception
- Un oubli de pilule contraceptive
- Rupture du préservatif au cours d'un rapport sexuel
- Echec de la pilule du lendemain
- Echec d'un autre moyen de contraception
- Cause inconnue
- Autre : ...

(→ Ces réponses orientent toutes à la question 91)

Page 10 : Prévention & Contraception

75/ Actuellement, utilisez-vous un préservatif avec votre ou vos partenaires ?

- Oui
- Non

76/ Si non, pour quelle(s) raison(s) n'utilisez-vous pas de préservatif ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous êtes en couple depuis longtemps, vous avez cessé de vous protéger lors de vos rapports sexuels

- Vous avez fait l'un et/ou l'autre un test de dépistage pour pouvoir ôter les préservatifs
- Vous n'en avez pas besoin, vous êtes déjà sous pilule contraceptive ou autre moyen de contraception
- Vous êtes certaine de ne pas avoir d'IST
- Vous êtes certaine que votre partenaire n'a pas d'IST
- Vous avez confiance en votre partenaire
- Vous n'aimez pas les préservatifs, vous estimez que cela gêne les sensations
- Vous n'osez pas aller acheter des préservatifs
- Vous êtes parfois trop alcoolisée et/ou droguée pour y penser
- Vous ou votre partenaire êtes allergique au latex

77/ Utilisez-vous systématiquement un préservatif lors d'une aventure d'un soir ?*

- Oui
- Non
- Vous n'avez jamais eu d'aventure d'un soir

78/ Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous étiez déjà sous pilule contraceptive, ou autre moyen de contraception
- Aucun d'entre vous n'avait de préservatif sur lui
- Vous étiez certaine de ne pas avoir d'IST
- Vous faisiez confiance à ce/cette partenaire
- Vous n'aimez pas les préservatifs, vous estimez que cela gêne les sensations
- Vous n'osez pas aller acheter des préservatifs
- Vous étiez trop alcoolisée et/ou droguée pour y penser
- Vous ou votre partenaire êtes allergique au latex

79/ Quel(s) moyen(s) de contraception avez-vous déjà utilisé(s) ?*

Plusieurs réponses possibles.

- Préservatif masculin ou féminin
- Pilule contraceptive
- Stérilet
- Implant
- Anneau
- Patch contraceptif
- Diaphragme, cape cervicale, spermicide
- Méthodes naturelles (retrait avant éjaculation)
- Eviction des rapports les jours les plus à risque de grossesse
- Aucun moyen de contraception
- Autre : ...

80/ Allez-vous régulièrement chez votre gynécologue ?*

- Tous les ans ou tous les deux ans
- Vous n'y êtes allée qu'une ou deux fois
- Jamais

81/ Pour quelle(s) raison(s) ne consultez-vous pas régulièrement un gynécologue ?

Plusieurs réponses possibles. Ne répondre que si vous êtes concernée.

- Vous y êtes allée une fois, et vous avez détesté
- Vous n'osez pas, par peur de l'examen gynécologique
- Les délais d'attente pour un rendez-vous sont trop longs
- Vous ne savez pas où aller

- Vous trouvez que la consultation est trop chère
- Vous avez peur que vos parents l'apprennent

82/ Etes-vous vaccinée contre le Papillomavirus ?*

- Oui, à moins de 14 ans
- Oui, entre 14 et 23 ans
- Non, mais vous envisagez de le faire
- Non, et vous n'envisagez pas de le faire

83/ Avez-vous déjà eu recours à la pilule du lendemain (contraception d'urgence) ?*

- Oui
- Non

84/ Si oui, combien de fois ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 et plus

85/ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rupture du préservatif au cours d'un rapport sexuel
- Vous n'aviez pas utilisé de préservatif au cours d'un rapport sexuel
- Un oubli de pilule contraceptive
- Echec d'un autre moyen de contraception
- Autre : ...

86/ Avez-vous déjà eu recours à une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) ?*

- Oui
- Non

87/ Si oui, combien de fois ?

Un menu déroulant propose les choix suivants :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 et plus

88/ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pas de contraception
- Un oubli de pilule contraceptive
- Rupture du préservatif
- Echec de la pilule du lendemain
- Echec d'un autre moyen de contraception
- Autre : ...

89/ Si oui votre famille ou vos proches sont-ils au courant ?

- Oui
- Non

90/ Si non, pourquoi ?

- Vous en avez honte
- Vous avez peur du jugement des autres
- Vous estimez que cela ne concerne que vous

Page 11 : Rôle des professionnels de santé

91/ Seriez-vous pour la mise en place d'entretiens sexologiques à la demande dans les officines, pour pouvoir parler de vos interrogations et/ou problèmes avec votre pharmacien ?*

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, vous estimez que votre pharmacien est compétent pour répondre à vos questions, trouver une solution à votre problème et/ou vous conseiller
- Oui, vous êtes plus rassuré(e) à l'idée d'en parler avec un professionnel de santé, plutôt qu'avec vos ami(e)s, votre famille ou que vous référer à Internet
- Oui, cela vous éviterait de prendre rendez-vous avec votre médecin traitant ou votre gynécologue
- Non, vous préférez vous entretenir avec votre médecin traitant ou votre gynécologue
- Non, vous préférez vous entretenir avec vos ami(e)s ou votre famille
- Non, vous n'oseriez pas en parler avec votre pharmacien
- Non, vous préférez vous référer à Internet pour trouver des solutions à vos problèmes et/ou des conseils
- Non, vous n'en voyez pas l'intérêt

Page 12 : Fin du questionnaire

La nature des questions peut susciter de l'amusement, mais ce questionnaire d'enquête est un réel travail scientifique qui permettra l'élaboration d'une thèse d'exercice. Si vous y avez répondu à plusieurs ou de manière fantaisiste, je vous incite à répondre NON à la question suivante.

92/ Avez-vous répondu sérieusement à ce questionnaire ?*

- Oui
- Non

2. Résultats du questionnaire

	Homme %(N)	Femme %(N)	Total %(N)	p-value Test
Année de naissance (Q1)				*** Pearson's chi-squared
1985	0.30 (3)	0.18 (3)	0.22 (6)	
1986	0.69 (7)	0.88 (15)	0.81 (22)	
1987	1.88 (19)	0.94 (16)	1.29 (35)	
1988	2.87 (29)	0.88 (15)	1.62 (44)	
1990	3.56 (36)	3.17 (54)	3.32 (90)	
1991	6.03 (61)	4.35 (74)	4.98 (135)	
1992	10.59 (107)	8.05 (137)	9.00 (244)	
1993	15.13 (153)	14.52 (247)	14.75 (400)	
1994	16.02 (162)	13.58 (231)	14.49 (393)	
1995	17.31 (175)	14.05 (239)	15.27 (414)	
1996	14.05 (142)	21.75 (370)	18.88 (512)	
1997	10.78 (109)	16.63 (283)	14.45 (392)	
1998	0.79 (8)	0.88 (15)	0.85 (23)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Cursus universitaire (Q2)				*** Pearson's chi-squared
Arts, lettres et langues	4.05 (41)	10.88 (185)	8.33 (226)	
Droit, économie, gestion	8.11 (82)	8.05 (137)	8.08 (219)	
Ecoles d'ingénieurs	21.76 (220)	11.52 (196)	15.34 (416)	
Santé	18.79 (190)	28.87 (491)	25.11 (681)	
Sciences et technologies	22.26 (225)	14.46 (246)	17.37 (471)	
Sciences humaines et sociales	4.54 (46)	9.88 (168)	7.89 (214)	
Technologie – IUT	17.01 (172)	13.58 (231)	14.86 (403)	
Autres	3.46 (35)	2.76 (47)	3.02 (82)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Année d'étude (Q3)				*** Pearson's chi-squared
1	21.66 (219)	30.92 (526)	27.47 (745)	
2	19.39 (196)	20.05 (341)	19.80 (537)	
3	21.17 (214)	18.64 (317)	19.58 (531)	
4	17.80 (180)	14.58 (248)	15.78 (428)	
5	15.33 (155)	10.76 (183)	12.46 (338)	
6	2.77 (28)	3.12 (53)	2.99 (81)	
7	0.69 (7)	0.71 (12)	0.70 (19)	
8	0.59 (6)	0.59 (10)	0.59 (16)	
9	0.40 (4)	0.29 (5)	0.33 (9)	
10 et +	0.20 (2)	0.35 (6)	0.29 (8)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Situation relationnelle (Q4)				*** Pearson's chi-squared
Célibataire	42.14 (426)	30.75 (523)	34.99 (949)	
En couple marié(e)	0.50 (5)	0.71 (12)	0.63 (17)	
En couple non pacsé(e) ni marié(e)	56.87 (575)	67.25 (1144)	63.38 (1719)	
En couple pacsé(e)	0.50 (5)	1.29 (22)	1.00 (27)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Résidence (Q5)				Ns Pearson's chi-squared
Au domicile parental	24.83 (251)	25.10 (427)	25.00 (678)	
En colocation	16.12 (163)	13.99 (238)	14.79 (401)	
En foyer étudiant	0.79 (8)	1.18 (20)	1.03 (28)	
En logement personnel	44.61 (451)	48.91 (832)	47.31 (1283)	
En résidence universitaire	12.66 (128)	9.88 (168)	10.91 (296)	
Autre	0.99 (10)	0.94 (16)	0.96 (26)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Nombre d'enfants (Q6)				Ns Pearson's chi-squared
0	99.21 (1003)	99.18 (1687)	99.19 (2690)	
1	0.79 (8)	0.65 (11)	0.70 (19)	
2	0.00 (0)	0.18 (3)	0.11 (3)	
3	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	
4	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	
5	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	
6 et plus	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Catégorie socio-professionnelle de la mère (Q7)				Ns Pearson's chi-squared
Agriculteurs exploitants ou ouvriers agricoles	1.58 (16)	0.94 (16)	1.18 (32)	
Artisans	1.09 (11)	1.12 (19)	1.11 (30)	

Cadre administratif et commerciaux d'entreprise	4.85 (49)	4.94 (84)	4.90 (133)		
Cadre de la Fonction Publique	6.73 (68)	7.11 (121)	6.97 (189)		
Chômeuses n'ayant jamais travaillé/mère au foyer	7.52 (76)	6.35 (108)	6.78 (184)		
Chef d'entreprise	2.08 (21)	1.29 (22)	1.59 (43)		
Clergé, religieux	1.00 (1)	0.24 (4)	0.18 (5)		
Commerçants et assimilés	4.06 (41)	3.64 (62)	3.80 (103)		
Contremaîtres, agents de maîtrise	0.40 (4)	0.53 (9)	0.48 (13)		
Employés administratifs d'entreprise	11.08 (112)	11.58 (197)	11.39 (309)		
Employés civils et agents de service de la Fonction Publique	9.10 (92)	9.17 (156)	9.14 (248)		
Employés de commerce	5.04 (51)	4.76 (81)	4.87 (132)		
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	0.99 (10)	1.06 (18)	1.03 (28)		
Instituteurs et assimilés	4.45 (45)	6.82 (116)	5.94 (161)		
Ouvriers	4.06 (41)	4.94 (84)	4.61 (125)		
Personnels des services directs aux particuliers	4.85 (49)	4.29 (73)	4.50 (122)		
Policiers et militaires	0.00 (0)	0.35 (6)	0.22 (6)		
Professeurs, professions scientifiques	5.93 (60)	5.82 (99)	5.86 (159)		
Professions de l'information, des arts et des spectacles	0.69 (7)	0.24 (4)	0.41 (11)		
Professions de la santé et du travail social	17.21 (174)	16.52 (281)	16.78 (455)		
Professions libérales	6.43 (65)	6.23 (106)	6.31 (171)		
Techniciens	1.78 (18)	2.06 (35)	1.95 (53)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Catégorie socio-professionnelle du père (Q8)				Ns	Pearson's chi-squared
Agriculteurs exploitants ou ouvriers agricoles	4.35 (44)	2.47 (42)	3.17 (86)		
Artisans	4.65 (47)	3.59 (61)	3.98 (108)		
Cadre administratif et commerciaux d'entreprise	11.77 (119)	9.23 (157)	10.18 (276)		
Cadre de la Fonction Publique	6.43 (65)	7.70 (131)	7.23 (196)		
Chômeuses n'ayant jamais travaillé/mère au foyer	1.29 (13)	1.35 (23)	1.33 (36)		
Chef d'entreprise	5.64 (57)	5.70 (97)	5.68 (154)		
Clergé, religieux	0.20 (2)	0.06 (1)	0.12 (3)		
Commerçants et assimilés	2.37 (24)	3.06 (52)	2.80 (76)		
Contremaîtres, agents de maîtrise	2.67 (27)	3.29 (56)	3.06 (83)		
Employés administratifs d'entreprise	2.47 (25)	2.76 (47)	2.65 (72)		
Employés civils et agents de service de la Fonction Publique	5.64 (57)	4.53 (77)	4.94 (134)		
Employés de commerce	2.67 (27)	3.59 (61)	3.24 (88)		
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	8.51 (86)	8.29 (141)	8.37 (227)		
Instituteurs et assimilés	1.48 (15)	1.94 (33)	1.77 (48)		
Ouvriers	13.85 (140)	16.75 (285)	15.67 (425)		
Personnels des services directs aux particuliers	0.30 (3)	0.29 (5)	0.29 (8)		
Policiers et militaires	2.27 (23)	3.06 (52)	2.77 (75)		
Professeurs, professions scientifiques	5.04 (51)	5.00 (85)	5.01 (136)		
Professions de l'information, des arts et des spectacles	0.69 (7)	0.59 (10)	0.63 (17)		
Professions de la santé et du travail social	4.45 (45)	4.06 (69)	4.20 (114)		
Professions libérales	7.32 (74)	6.00 (102)	6.49 (176)		
Techniciens	5.93 (60)	6.70 (114)	6.42 (174)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Orientation sexuelle (Q9)				***	Pearson's chi-squared
Bisexuelle permanent	2.18 (22)	4.53 (77)	3.65 (99)		

Hétérosexuelle	86.65 (876)	83.66 (1423)	84.77 (2299)	
Hétérosexuelle, avec expérimentation homosexuelle	3.76 (38)	9.17 (156)	7.15 (194)	
Homosexuelle	5.84 (59)	2.06 (35)	3.47 (94)	
Homosexuelle, avec expérimentation hétérosexuelle	1.58 (16)	0.59 (10)	0.96 (26)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Age du premier rapport (Q12)				*** Pearson's chi-squared
12 ans et -	1.58 (16)	0.24 (4)	0.74 (20)	
13 ans	2.97 (30)	2.00 (34)	2.36 (64)	
14 ans	6.43 (65)	7.70 (131)	7.23 (196)	
15 ans	15.23 (154)	17.11 (291)	16.41 (445)	
16 ans	17.90 (181)	20.93 (356)	19.80 (537)	
17 ans	22.55 (228)	22.69 (386)	22.64 (614)	
18 ans	15.23 (154)	15.46 (263)	15.38 (417)	
19 ans	7.81 (79)	7.29 (124)	7.49 (203)	
20 ans	5.04 (51)	3.12 (53)	3.83 (104)	
21 ans	2.67 (27)	1.94 (33)	2.21 (60)	
22 ans	1.29 (13)	0.65 (11)	0.88 (24)	
23 ans	0.79 (8)	0.47 (8)	0.59 (16)	
24 ans	0.30 (3)	0.18 (3)	0.22 (6)	
25 ans	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	
25 ans et +	0.20 (2)	0.24 (4)	0.22 (6)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Nombre de partenaires sexuel(le)s depuis le début des études supérieures (Q13)				*** Pearson's chi-squared
0	2.18 (22)	1.88 (32)	1.99 (54)	
1	30.07 (304)	37.68 (641)	34.85 (945)	
2	16.02 (162)	17.46 (297)	16.92 (459)	
3	10.78 (109)	11.35 (193)	11.14 (302)	
4	8.31 (84)	7.11 (121)	7.56 (205)	
5	7.42 (75)	5.64 (96)	6.31 (171)	
6	4.45 (45)	4.12 (70)	4.24 (115)	
7	2.47 (25)	3.29 (56)	2.99 (81)	
8	22.75 (23)	2.70 (46)	2.54 (69)	
9	1.88 (19)	1.23 (21)	1.47 (40)	
10 à 14	6.43 (65)	3.64 (62)	4.68 (127)	
15 à 19	1.68 (17)	1.82 (31)	1.77 (48)	
20 à 29	2.97 (30)	1.23 (21)	1.88 (51)	
30 à 39	1.09 (11)	0.47 (8)	0.70 (19)	
40 à 49	0.49 (5)	0.24 (4)	0.33 (9)	
50 à 99	0.79 (8)	0.06 (1)	0.33 (9)	
100 à 199	0.30 (3)	0.00 (0)	0.11 (3)	
200 et plus	0.40 (4)	0.06 (1)	0.18 (5)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
A l'aise avec la sexualité (Q14)				*** Pearson's chi-squared
Pas du tout	1.88 (19)	1.23 (21)	1.47 (40)	
Un peu	10.88 (110)	14.58 (248)	13.20 (358)	
Beaucoup	44.41 (449)	51.85 (882)	49.08 (1331)	
Enormément	42.83 (433)	32.33 (550)	36.25 (983)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Aimer le sexe (Q15)				*** Pearson's chi-squared
Pas du tout	0.49 (5)	0.41 (7)	0.44 (12)	
Un peu	2.67 (27)	6.64 (113)	5.16 (140)	
Beaucoup	32.54 (329)	50.56 (860)	43.84 (1189)	
Enormément	64.29 (650)	42.39 (721)	50.55 (1371)	
Total	100 (1011)	100 (1712)	100 (2712)	
Vie sexuelle satisfaisante (Q16)				Ns Pearson's chi-squared
Pas du tout	6.43 (65)	6.64 (79)	5.31 (144)	
Un peu	20.28 (205)	19.93 (339)	20.06 (544)	
Beaucoup	42.53 (430)	43.86 (746)	43.36 (1176)	
Enormément	30.76 (311)	31.57 (537)	31.27 (848)	
Total	100 (1011)	100 (1712)	100 (2712)	
Vie sexuelle variée (Q17)				Ns Pearson's chi-squared
Pas du tout	10.29 (104)	10.41 (177)	10.36 (281)	
Un peu	32.74 (331)	30.28 (515)	31.19 (846)	
Beaucoup	41.64 (421)	44.44 (756)	43.40 (1177)	
Enormément	15.33 (155)	14.87 (253)	15.04 (408)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Sexualité et bien-être (Q18)				** Pearson's chi-squared

Pas du tout importante	2.37 (24)	2.88 (49)	2.69 (73)	
Peu importante	12.36 (125)	16.34 (278)	14.86 (403)	
Importante	48.96 (495)	50.03 (851)	49.63 (1346)	
Indispensable	36.30 (367)	30.75 (523)	32.82 (890)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Parler librement de sexualité avec : (Q19)				*** Pearson's chi-squared
Les parents	22.45 (227)	20.16 (343)	21.02 (570)	
Les frères et sœurs (ou autre(s) de la famille)	27.20 (275)	25.28 (430)	26.00 (705)	
Le/la conjoint(e)	79.23 (801)	81.60 (1388)	80.72 (2189)	
Des ami(e)s	82.49 (834)	83.42 (1419)	83.08 (2253)	
Des professionnels de santé	33.63 (340)	28.28 (481)	30.27 (821)	
Personne	4.15 (42)	1.70 (29)	2.62 (71)	
Education sexuelle reçue : (Q20)				*** Pearson's chi-squared
Des parents	32.64 (330)	40.33 (686)	37.46 (1016)	
Des frères et sœurs (ou autre(s) de la famille)	8.70 (88)	10.76 (183)	9.99 (271)	
Des amis	40.85 (413)	48.21 (820)	45.46 (1233)	
De professionnels de santé	15.63 (158)	25.10 (427)	21.57 (585)	
D'intervenants dans les collèges et lycées	49.06 (496)	53.97 (918)	52.14 (1414)	
Du/de la conjoint(e)	29.67 (300)	38.74 (659)	35.36 (959)	
D'Internet	56.28 (569)	36.16 (615)	43.66 (1184)	
Aucune éducation sexuelle reçue	15.33 (155)	9.99 (170)	11.98 (325)	
Vie de couple (Q21)				*** Pearson's chi-squared
Non, jamais	2.37 (24)	1.70 (29)	1.95 (53)	
Non, pas d'intérêt	2.18 (22)	0,59 (10)	1,18 (32)	
Oui, actuellement en couple	59.05 (597)	70.19 (1194)	66.04 (1791)	
Oui, actuellement célibataire	36.40 (368)	27.51 (468)	30.83 (836)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Nombre de fois en couple (Q22)				* Pearson's chi-squared
1	21.14 (204)	23,89 (397)	22.88 (601)	
2	23.83 (230)	25.93 (431)	25.16 (661)	
3	20.93 (202)	21.18 (352)	21.09 (554)	
4	12.86 (130)	12.88 (214)	13.09 (344)	
5	7.88 (76)	6.62 (110)	7.08 (186)	
6	4.06 (41)	3.43 (57)	3.73 (98)	
7	1.97 (19)	1.44 (24)	1.64 (43)	
8	1.19 (12)	1.26 (21)	1.26 (33)	
9	0.41 (4)	0.48 (8)	0.46 (12)	
10 et plus	4.77 (46)	2.35 (39)	3.24 (85)	
Pas de réponse	0.10 (1)	0.54 (9)	0.38 (10)	
Total	100 (965)	100 (1662)	100 (2627)	
Notion de fidélité (Q23)				*** Pearson's chi-squared
Indispensable	55.19 (558)	61.73 (1050)	59.29 (1608)	
Importante	36.99 (374)	34.39 (585)	35.36 (959)	
Secondaire	6.03 (61)	2.82 (48)	4.02 (109)	
Facultative	1.78 (18)	1.06 (18)	1.33 (36)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Infidélité (Q24)				*** Pearson's chi-squared
Non, jamais	70.43 (712)	73.31 (1247)	72.23 (1959)	
Oui, une fois	15.83 (160)	16.75 (285)	16.41 (445)	
Oui, de temps à autre	9.89 (100)	8.23 (140)	8.85 (240)	
Oui, régulièrement	2.57 (26)	1.41 (24)	1.84 (50)	
Pas de réponse	1.29 (13)	0.29 (5)	0.66 (18)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Partenaire avec d'autre(s) partenaire(s) sexuel(le)s (Q25)				*** Pearson's chi-squared
Non, jamais	55.89 (565)	58.73 (999)	57.67 (1564)	
Oui, également d'autre(s) partenaire(s) sexuel(le)s	12.17 (123)	9.05 (154)	10.21 (277)	
Oui, pas d'inconvénient	12.36 (125)	8.52 (145)	9.96 (270)	
Oui, accord pour conserver la relation	3.76 (38)	5.94 (101)	5.13 (139)	
Oui, arrêt de la relation	2.87 (29)	4.76 (81)	4.06 (110)	
Probable	12.96 (131)	12.99 (221)	12.98 (352)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer : (Q26)				*** Pearson's chi-squared

Pas du tout d'accord	6.73 (68)	17.93 (305)	13.75 (373)	
Pas trop d'accord	21.43 (217)	26.75 (455)	24.78 (672)	
D'accord	27.40 (277)	25.81 (439)	26.40 (716)	
Tout à fait d'accord	44.41 (449)	29.51 (502)	35.07 (951)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Dernier rapport sexuel (Q27)				*** Pearson's chi-squared
Aujourd'hui	9.10 (92)	8.17 (139)	8.52 (231)	
Hier	16.42 (166)	17.70 (301)	17.22 (467)	
Dans la semaine	22.85 (231)	26.69 (454)	25.26 (685)	
La semaine dernière	14.14 (143)	17.87 (304)	16.48 (447)	
Il y a plus de deux semaines	8.41 (85)	9.23 (157)	8.92 (242)	
Il y a plus d'un mois	11.08 (112)	9.17 (156)	9.88 (268)	
Il y a plus de trois mois	6.43 (65)	4.06 (69)	4.94 (134)	
Il y a plus de six mois	6.43 (65)	4.12 (70)	4.98 (135)	
Il y a plus d'un an	5.14 (52)	3.00 (51)	3.80 (103)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Fréquence mensuelle des rapports sexuels (Q28)				*** Pearson's chi-squared
0	7.72 (78)	5.70 (97)	6.45 (175)	
1	8.51 (86)	5.35 (91)	6.53 (177)	
2	5.34 (54)	7.00 (119)	6.38 (173)	
3	4.95 (50)	5.35 (91)	5.20 (141)	
4	6.43 (65)	8.11 (138)	7.49 (203)	
5	7.32 (74)	6.41 (109)	6.75 (183)	
6	4.25 (43)	6.00 (102)	5.35 (145)	
7	2.47 (25)	3.06 (52)	2.84 (77)	
8	5.54 (56)	6.47 (110)	6.12 (166)	
9	3.46 (35)	5.11 (87)	4.50 (122)	
10 à 20	29.57 (299)	27.28 (464)	28, 13 (763)	
20 à 30	8.51 (86)	9.41 (160)	9.07 (246)	
30 à 40	3.86 (39)	2.53 (43)	3.02 (82)	
40 à 50	0.89 (9)	1.00 (17)	0.96 (26)	
50 et plus	1.19 (12)	1.23 (21)	1.22 (33)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Aventures d'un soir (Q29)				*** Pearson's chi-squared
Oui	56.87 (575)	41.27 (702)	47.09 (1277)	
Non	43.13 (436)	58.73 (999)	52.91 (1435)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Combien d'aventures d'un soir depuis le début des études supérieures (Q30)				*** Pearson's chi-squared
0	8.35 (48)	11.97 (84)	10.34 (132)	
1	23.83 (137)	31.48 (221)	28.03 (358)	
2	22.26 (128)	18.80 (132)	20.36 (260)	
3	9.39 (54)	11.97 (84)	10.81 (138)	
4	7.48 (43)	5.56 (39)	6.42 (82)	
5	5.04 (29)	4.84 (34)	4.93 (63)	
6	2.96 (17)	2.71 (19)	2.82 (36)	
7	4.00 (23)	1.57 (11)	2.66 (34)	
8	2.43 (14)	1.71 (12)	2.04 (26)	
9	0.17 (1)	1.28 (9)	0.78 (10)	
10 à 14	4.70 (27)	4.56 (32)	4.62 (59)	
15 à 19	2.09 (12)	1.28 (9)	1.64 (21)	
20 à 29	2.43 (14)	0.85 (6)	1.57(20)	
30 à 39	1.39 (8)	0.28 (2)	0.78 (10)	
40 à 49	0.52 (3)	0.00 (0)	0.23 (3)	
50 à 99	1.39 (8)	0.00 (0)	0.63 (8)	
100 à 199	0.52 (3)	0.00 (0)	0.23 (3)	
200 et plus	0.70 (4)	0.14 (1)	0.39 (5)	
Pas de réponse	0.35 (2)	1.00 (7)	0.70 (9)	
Total	100 (575)	100 (702)	100 (1277)	
Circonstances des rencontres avec ces aventures d'un soir (Q31)				* Pearson's chi-squared
Au cours d'une soirée	41.35 (418)	25.40 (432)	31.34 (850)	
Via des amis communs	26.11 (264)	19.87 (338)	22.20 (602)	
Sur un site de rencontre	14.24 (144)	7.58 (129)	10.07 (273)	
Sur le lieu de travail/stage	8.01 (81)	5.53 (94)	6.45 (175)	
Autre	2.47 (25)	2.35 (40)	2.40 (65)	
« Sexfriend » ou « plan-cul » (Q32)				*** Pearson's chi-squared
Oui	52.13 (527)	43.56 (741)	46.76 (1268)	
Non	47.87 (484)	56.44 (960)	53.24 (1444)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Combien de « sexfriend » ou « plan-cul » depuis le début des études supérieures (Q33)				* Pearson's chi-squared
1	40.04 (211)	45.34 (336)	43.14 (547)	

2	22.01 (116)	19.43 (144)	20.50 (260)		
3	9.87 (52)	9.58 (71)	9.70 (123)		
4	5.12 (27)	4.32 (32)	4.65 (59)		
5	4.36 (23)	3.24 (24)	3.71 (47)		
6	1.52 (8)	1.48 (11)	1.50 (19)		
7	0.57 (3)	0.67 (5)	0.63 (8)		
8	0.95 (5)	0.94 (7)	0.95 (12)		
9	0.57 (3)	0.13 (1)	0.32 (4)		
10 à 14	4.17 (22)	2.02 (15)	2.92 (37)		
15 à 19	0.95 (5)	0.40 (3)	0.63 (8)		
20 à 29	0.57 (3)	0.27 (2)	0.39 (5)		
30 à 39	1.14 (6)	0.27 (2)	0.63 (8)		
40 à 49	0.38 (2)	0.00 (0)	0.16 (2)		
50 et plus	1.14 (6)	0.00 (0)	0.47 (6)		
<i>Pas de réponse</i>	<i>6.64 (35)</i>	<i>11.88 (88)</i>	<i>9.70 (123)</i>		
Total	100 (527)	100 (741)	100 (1268)		
Payer pour un rapport sexuel (Q34)				***	Pearson's chi-squared
Oui	5.04 (51)	0.18 (3)	1.99 (54)		
Non	94.96 (960)	99.82 (1698)	98.01 (2658)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Combien de rapports sexuels tarifés depuis le début des études supérieures (Q35)				Ns	Pearson's chi-squared
1	39.22 (20)	33.33 (1)	38.89 (21)		
2	11.76 (6)	33.33 (1)	12.96 (7)		
3	9.80 (5)	33.33 (1)	11.11 (6)		
4	7.84 (4)	0.00 (0)	7.41 (4)		
5	1.96 (1)	0.00 (0)	1.85 (1)		
6	1.96 (1)	0.00 (0)	1.85 (1)		
10 à 14	7.84 (4)	0.00 (0)	7.41 (4)		
15 à 19	1.96 (1)	0.00 (0)	1.85 (1)		
20 à 29	1.96 (1)	0.00 (0)	1.85 (1)		
40 à 49	1.96 (1)	0.00 (0)	1.85 (1)		
50 et plus	3.92 (2)	0.00 (0)	3.70 (2)		
<i>Pas de réponse</i>	<i>9.80 (5)</i>	<i>0.00 (0)</i>	<i>9.26 (5)</i>		
Total	100 (51)	100 (3)	100 (54)		
Etre payé(e) pour un rapport sexuel (Q36)				***	Pearson's chi-squared
Oui	3.07 (31)	1.00 (17)	1.77 (48)		
Non	96.93 (980)	99.00 (1684)	98,23(2664)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Combien de rapports sexuels tarifés depuis le début des études supérieures (Q37)				Ns	Pearson's chi-squared
1	12,90 (4)	11,76 (2)	12,50 (6)		
2	9,68 (3)	17,65 (3)	12,50 (6)		
3	6,45 (2)	5,88 (1)	6,25 (3)		
4	3,23 (1)	5,88 (1)	4,17 (2)		
5	6,45 (2)	11,76 (2)	8,33 (4)		
6	3,23 (1)	5,88 (1)	4,17 (2)		
7	3,23 (1)	0,00 (0)	2,08 (1)		
8	3,23 (1)	5,88 (1)	4,17 (2)		
10 à 14	9,68 (3)	11,76 (2)	10,42 (5)		
15 à 19	0,00 (0)	0,00(0)	0,00 (0)		
20 à 29	6,45 (2)	5,88 (1)	6,25 (3)		
30 à 39	6,45 (2)	5,88 (1)	6,25 (3)		
50 et plus	3,23 (1)	0,00 (0)	2,08 (1)		
<i>Pas de réponse</i>	<i>25,81 (8)</i>	<i>11,76 (2)</i>	<i>20,83 (10)</i>		
Total	100 (31)	100 (17)	100 (48)		
Pratiques sexuelles essayées (Q38)					
Stimulation manuelle de votre sexe par le partenaire				***	Pearson's chi-squared
Jamais	2,47 (25)	1,41 (24)	1,81 (49)		
Rarement	9,69 (98)	5,00 (85)	6,75(183)		
Souvent	34,42 (348)	32,22 (548)	33,04 (896)		
A chaque fois	53,02 (536)	61,20 (1041)	58,15 (1577)		
Une seule fois	0,40 (4)	0,35 (6)	0,37 (10)		
Stimulation manuelle du sexe du partenaire				**	Pearson's chi-squared
Jamais	1,19 (12)	0,65 (11)	0,85 (23)		
Rarement	2,18 (22)	4,53 (77)	3,65 (99)		
Souvent	28,49 (288)	30,98 (527)	30,05 (815)		
A chaque fois	67,75 (685)	63,49 (1080)	65,08 (1765)		
Une seule fois	0,40 (4)	0,35 (6)	0,37 (10)		
Stimulation orale de votre sexe par le partenaire				***	Pearson's chi-squared
Jamais	4,55 (46)	6,53 (111)	5,79 (157)		
Rarement	20,77 (210)	26,81 (456)	24,56 (666)		
Souvent	50,15 (507)	51,85 (882)	51,22 (1389)		

A chaque fois	22,75 (230)	12,76 (217)	16,48 (447)	
Une seule fois	0,66 (18)	2,06 (35)	1,95 (53)	
Stimulation orale du sexe du partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	6,03 (61)	5,70 (97)	5,83 (158)	
Rarement	21,27 (215)	17,23 (293)	18,73 (508)	
Souvent	46,39 (469)	58,08 (988)	53,72 (1457)	
A chaque fois	24,93 (252)	17,87 (304)	20,50 (556)	
Une seule fois	1,38 (14)	1,12 (19)	1,22 (33)	
Stimulation manuelle de votre anus par le partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	77,45 (783)	59,55 (1013)	66,22 (1796)	
Rarement	11,18 (113)	23,10 (393)	18,66 (506)	
Souvent	6,33 (64)	8,41 (143)	7,63 (207)	
A chaque fois	1,48 (15)	1,65 (28)	1,59 (43)	
Une seule fois	3,56 (36)	7,29 (124)	5,90 (160)	
Stimulation manuelle de l'an us du partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	57,96 (586)	84,13 (1431)	74,37 (2017)	
Rarement	24,63 (249)	8,94 (152)	14,79 (401)	
Souvent	10,98 (111)	2,41 (41)	5,60 (152)	
A chaque fois	1,98 (20)	0,82 (14)	1,25 (34)	
Une seule fois	4,45 (45)	3,70 (63)	3,98 (108)	
Stimulation orale de votre anus par le partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	86,75 (877)	82,07 (1396)	83,81 (2273)	
Rarement	6,82 (69)	10,99(187)	9,44 (256)	
Souvent	3,36 (34)	2,59 (41)	2,77 (75)	
A chaque fois	1,19 (12)	0,59 (10)	0,81 (12)	
Une seule fois	1,88 (19)	3,76 (64)	3,06 (83)	
Stimulation orale de l'an us du partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	79,62 (805)	92,42 (1572)	87,65 (2377)	
Rarement	11,08 (112)	8,21 (83)	7,19 (195)	
Souvent	4,65 (47)	1,06 (18)	2,40 (65)	
A chaque fois	1,19 (12)	0,24 (4)	0,59 (16)	
Une seule fois	4,46 (35)	1,41 (24)	2,18 (59)	
Pénétration de votre anus par le partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	87,83 (888)	60,08 (1022)	70,43 (1910)	
Rarement	4,85 (49)	22,69 (386)	16,04 (435)	
Souvent	4,15 (42)	4,64 (79)	4,46 (121)	
A chaque fois	1,98 (20)	1,29 (22)	1,55 (42)	
Une seule fois	1,19 (12)	11,29 (192)	7,52 (204)	
Pénétration de l'an us du partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	58,75 (594)	94,47 (1607)	81,16 (2201)	
Rarement	24,93 (252)	2,65 (45)	10,95 (297)	
Souvent	7,22 (73)	0,76 (13)	3,17 (86)	
A chaque fois	1,88 (19)	0,53 (9)	1,03 (28)	
Une seule fois	6,63 (67)	1,59(27)	3,47 (94)	
Ejaculation faciale sur votre visage par le partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	92,28 (933)	78,48 (1335)	83,63 (2268)	
Rarement	3,66 (37)	12,99 (221)	9,51 (258)	
Souvent	2,57 (26)	3,17 (54)	2,95 (80)	
A chaque fois	1,09 (11)	0,35 (6)	0,63 (17)	
Une seule fois	0,40 (4)	5,00 (85)	3,28 (89)	
Ejaculation faciale sur le visage du partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	66,27 (670)	98,77 (1680)	86,65 (2350)	
Rarement	21,46 (217)	0,76 (13)	8,48 (230)	
Souvent	6,82 (69)	0,06 (1)	2,58 (70)	
A chaque fois	1,58 (16)	0,18 (3)	0,70 (19)	
Une seule fois	3,86 (39)	0,24 (4)	1,59 (43)	
Utilisation de sex-toy sur vous				*** Pearson's chi-squared
Jamais	87,24 (882)	66,31 (1128)	74,12 (2010)	
Rarement	8,90 (90)	20,40 (347)	16,11 (437)	
Souvent	1,38 (14)	8,88 (151)	6,08 (165)	
A chaque fois	0,59 (6)	1,47 (25)	1,14 (31)	
Une seule fois	1,88 (19)	2,94 (50)	2,54 (69)	
Utilisation de sex-toy sur le partenaire				*** Pearson's chi-squared
Jamais	72,30 (731)	86,89 (1478)	81,45 (2209)	
Rarement	19,29 (195)	9,23 (157)	12,98 (352)	
Souvent	5,04 (51)	2,29 (39)	3,32 (90)	
A chaque fois	0,89 (9)	0,12 (2)	0,41 (11)	
Une seule fois	2,47 (25)	1,47 (25)	1,84 (50)	
Double pénétration sur vous				*** Pearson's chi-squared
Jamais	98,62 (997)	91,77 (1561)	94,32 (2558)	
Rarement	0,59 (6)	5,58 (95)	3,72 (101)	

Souvent	0,20 (2)	0,88 (15)	0,63 (17)		
A chaque fois	0,20 (2)	0,12 (2)	0,15 (4)		
Une seule fois	0,40 (4)	1,65(28)	1,18 (32)		
Double pénétration sur le partenaire				***	Pearson's chi-squared
Jamais	92,28 (933)	99,06 (1685)	96,54 (2618)		
Rarement	4,95 (50)	0,41 (7)	2,10 (57)		
Souvent	0,20 (2)	0,06 (1)	0,11 (3)		
A chaque fois	0,89 (9)	0,12 (2)	0,41 (11)		
Une seule fois	1,68 (17)	0,35 (6)	0,85 (23)		
Pratiques sexuelles essayées (Q39)				***	Pearson's chi-squared
Plan à trois					
Oui	13,16 (133)	7,40 (126)	9,55(259)		
Non	86,84 (878)	92,60 (1575)	90,55 (2456)		
Partouze				***	Pearson's chi-squared
Oui	4,85 (49)	1,23 (21)	2,58 (70)		
Non	95,15 (962)	98,77 (1680)	97,42 (2642)		
Echangisme				*	Pearson's chi-squared
Oui	2,37 (24)	1,18 (20)	1,62 (44)		
Non	97,63 (987)	98,82 (1681)	98,38 (2668)		
Sadomasochisme				Ns	Pearson's chi-squared
Oui	2,37 (94)	11,58(197)	10,73 (291)		
Non	97,63 (917)	88,42 (1504)	89,27 (2421)		
Fétichisme				***	Pearson's chi-squared
Oui	8,80 (89)	4,12 (70)	5,86 (159)		
Non	91,20 (922)	95,88 (1631)	94,14 (2553)		
Candalisme				Ns	Pearson's chi-squared
Oui	2,27 (23)	1,47 (25)	1,77 (48)		
Non	97,73 (988)	98,53 (1676)	98,23 (2664)		
Exhibitionnisme				***	Pearson's chi-squared
Oui	12,07 (122)	7,47 (127)	9,18 (249)		
Non	87,93 (889)	92,53 (1574)	90,82 (2463)		
Voyeurisme				***	Pearson's chi-squared
Oui	7,72 (78)	4,41 (75)	5,64 (153)		
Non	92,28 (933)	95,59 (1626)	94,36 (2559)		
Bondage				Ns	Pearson's chi-squared
Oui	19,68 (199)	20,22 (344)	20,02 (543)		
Non	80,32 (812)	79,78 (1357)	79,98 (2169)		
Cote-à-cotisme				**	Pearson's chi-squared
Oui	8,11 (82)	5,06 (86)	6,19 (168)		
Non	91,89 (929)	94,94 (1615)	93,81 (2544)		
Masturbation en dehors de tout rapport sexuel (Q40)				***	Pearson's chi-squared
Oui	95,75 (968)	73,66 (1253)	81,90 (2221)		
Non	4,25 (43)	26,34 (448)	18,10 (491)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Fréquence de masturbation (Q41)				***	Pearson's chi-squared
Plus d'une fois par jour	8,37 (81)	1,52 (19)	4,50 (100)		
Une fois par jour	20,97 (203)	3,11 (39)	10,90 (242)		
Plus d'une fois par semaine	42,98 (416)	26,42 (331)	33,63 (747)		
Une fois par semaine	14,15 (137)	17,64 (221)	16,12 (358)		
Plus d'une fois par mois	7,64 (74)	18,83 (236)	13,96 (310)		
Une fois par mois	2,89 (28)	11,89 (149)	7,97 (177)		
Moins d'une fois par mois	2,58 (25)	20,03 (251)	12,43 (276)		
<i>Pas de réponse</i>	0,41 (4)	0,56 (7)	0,50 (11)		
Total	100 (968)	100 (1253)	100 (2221)		
Choqué(e) par des pratiques sexuelles (Q42)				***	Pearson's chi-squared
Oui	53,51 (541)	60,44 (1028)	57,85 (1569)		
Non	46,49 (470)	39,56 (673)	42,15 (1143)		
Honte de certains fantasmes sexuels (Q43)				Ns	Pearson's chi-squared
Oui	15,53 (157)	13,99 (238)	14,56 (395)		
Non	84,47 (854)	86,01 (1463)	85,44 (2317)		
Honte d'avoir expérimenté certaines pratiques sexuelles (Q44)				Ns	Pearson's chi-squared
Oui	7,22 (73)	9,35 (159)	8,55 (232)		
Non	92,78 (938)	90,65 (1542)	91,45 (2480)		
Fréquence des orgasmes au cours d'un rapport sexuel (Q45)				***	Pearson's chi-squared
Jamais	0,99 (10)	8,47 (144)	5,68 (154)		
Rarement	4,95 (50)	28,04 (477)	19,43 (527)		
Souvent	44,21 (447)	48,27 (821)	46,76 (1268)		
A chaque fois	49,85 (504)	15,23 (259)	28,13 (763)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Visionnage de films à caractère pornographique (Q46)				***	Pearson's chi-squared
Jamais	7,32 (74)	47,74 (812)	32,67 (886)		

Rarement	37,29 (377)	41,80 (711)	40,12 (1088)	
Souvent	49,65 (502)	10,17 (173)	24,89 (675)	
Tous les jours	5,74 (58)	0,29 (5)	2,32 (63)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Fréquence mensuelle des fêtes (Q47)				*** Pearson's chi-squared
0	6,53 (66)	9,64 (164)	8,48 (230)	
1	15,92 (161)	22,46 (382)	20,02 (543)	
2	15,13 (153)	17,34 (295)	16,52 (448)	
3	11,47 (116)	11,41 (194)	11,43 (310)	
4	14,24 (144)	13,40 (228)	13,72 (372)	
5	9,40 (95)	8,52 (145)	8,85 (240)	
6	5,93 (60)	4,76 (81)	5,20 (141)	
7	2,18 (22)	1,94 (33)	2,03 (55)	
8	4,85 (49)	2,88 (49)	3,61 (98)	
9	1,68 (17)	1,70 (29)	1,70 (46)	
10 à 14	9,89 (100)	4,29 (73)	6,38 (173)	
15 à 19	1,78 (18)	1,23 (21)	1,44 (39)	
20 à 31	0,99 (10)	0,41 (7)	0,63 (17)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Consommation d'alcool au cours des fêtes (Q48)				*** Pearson's chi-squared
Jamais	4,80 (48)	7,24 (122)	6,33 (170)	
Rarement	8,70 (87)	16,09 (271)	13,34 (358)	
Souvent	36,30 (363)	37,89 (638)	37,30 (1001)	
A chaque fois	50,20 (502)	38,78 (653)	43,03 (1155)	
Total	100 (1000)	100 (1684)	100 (2684)	
Consommation de drogues (Q49)				*** Pearson's chi-squared
Oui	32,94 (333)	20,99 (357)	25,44 (690)	
Non	67,06 (678)	79,01 (1344)	74,56 (2022)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Drogues consommées (Q50)				* Pearson's chi-squared
Cannabis	93,69 (312)	95,80 (342)	94,78 (654)	
Ecstasy	12,31 (41)	11,76 (42)	12,03 (83)	
Cocaïne	9,31 (31)	7,56 (27)	8,41 (58)	
Héroïne	1,80 (6)	1,12 (4)	1,45 (10)	
Champignons hallucinogènes	9,61 (32)	3,08 (11)	6,23 (43)	
Poppers	1,50 (5)	1,96 (7)	1,74 (12)	
Autre	3,90 (13)	3,36 (12)	3,62 (25)	
Fréquence de consommation (Q51)				** Pearson's chi-squared
Plus d'une fois par jour	7,21 (24)	2,52 (9)	4,78 (33)	
Une fois par jour	4,20 (14)	2,80 (10)	3,48 (24)	
Plus d'une fois par semaine	12,61 (42)	23,53 (34)	11,01 (76)	
Une fois par semaine	6,91 (23)	6,16 (22)	6,52 (45)	
Plus d'une fois par mois	13,51 (45)	12,89 (46)	13,19 (91)	
Une fois par mois	16,52 (55)	15,69 (56)	16,09 (111)	
Moins d'une fois par mois	37,54 (125)	49,86 (178)	43,91 (303)	
<i>Pas de réponse</i>	1,50 (5)	0,56 (2)	1,01 (7)	
Total	100 (333)	100 (357)	100 (690)	
L'alcool et/ou la drogue aident-ils à avoir des rapports sexuels ? (Q52)				*** Pearson's chi-squared
Pas du tout	31,59 (308)	39,35 (628)	36,41 (936)	
Un peu	34,56 (337)	28,51 (455)	30,81 (792)	
Beaucoup	26,97 (263)	25,19 (402)	25,87 (665)	
Enormément	6,89 (67)	6,95 (111)	6,92 (178)	
Total	100 (975)	100 (1596)	100 (2571)	
Plus détendu(e) ou plus à l'aise lors d'un rapport sexuel sous alcool et/ou drogue (Q53)				Ns Pearson's chi-squared
Pas du tout	38,27 (367)	33,74 (527)	35,46 (894)	
Un peu	30,34 (291)	28,68 (448)	29,31 (739)	
Beaucoup	23,46 (225)	27,21 (425)	25,78 (650)	
Enormément	7,92 (76)	10,37 (162)	9,44 (238)	
Total	100 (959)	100 (1562)	100 (2521)	
Dépistage du SIDA (Q54)				* Pearson's chi-squared
Oui	52,82 (534)	58,85 (1001)	56,60 (1535)	
Non	47,18 (477)	41,15 (700)	43,40 (1177)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Analyse sanguine pour dépister d'autres IST (Q55)				* Pearson's chi-squared
Oui	43,82 (443)	50,15 (853)	47,79 (1296)	
Non	56,18 (568)	49,85 (848)	52,21 (1416)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Analyse urinaire pour dépister d'autres IST (Q56)				Ns Pearson's chi-squared
Oui	25,42 (257)	28,57 (486)	27,40 (743)	
Non	74,58 (754)	71,43 (1215)	72,60 (1969)	

Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Prescription d'un test de dépistage par : (Q57)				***	Pearson's chi-squared
Un centre de dépistage	52.35 (301)	32.53 (403)	38.81 (704)		
Un gynécologue	0.70 (4)	30.19 (374)	20.84 (378)		
Un généraliste	46.96 (270)	37.29 (462)	40.35 (732)		
Total	100 (575)	100 (1239)	100 (1814)		
Raison(s) d'un test de dépistage (Q58)				Ns	Pearson's chi-squared
Pour avoir des rapports sexuels non protégés	68.08 (369)	71.98 (750)	70.64 (1119)		
Préservatif craqué au cours d'un rapport sexuel	13.10 (71)	10.75 (112)	11.55 (183)		
Rapport sexuel non protégé	29.34 (159)	29.85 (311)	29.67 (470)		
Symptômes d'une IST	6.64 (36)	5.85 (61)	6.12 (97)		
Partenaire avec une IST	3.51 (19)	2.21 (23)	2.65 (42)		
Sans raison particulière	49.26 (267)	40.79 (525)	50.00 (792)		
Raison(s) pour n'avoir jamais fait de test de dépistage (Q59)				Ns	Pearson's chi-squared
Rapports protégés exclusivement	46.05 (198)	39.10 (242)	41.94 (440)		
Aucun problème avec préservatif	37.21 (160)	31.18 (193)	33.65 (353)		
Confiance dans le partenaire	66.05 (284)	67.53 (418)	66.92 (702)		
Aucun symptôme d'IST	55.12 (237)	56.06 (347)	55.67 (584)		
Peur du dépistage	14.19 (61)	17.61 (109)	16.21 (170)		
Aucun intérêt	10.93 (47)	7.59 (47)	8.96 (94)		
IST contractée(s) (Q60)				*	Pearson's chi-squared
Oui	4.55 (46)	7.29 (124)	6.27 (170)		
Non	95.45 (965)	92.71 (1577)	93.73 (2542)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Combien d'IST contractée(s) depuis le début des études supérieures (Q61)				Ns	Pearson's chi-squared
1	71.74 (33)	88.71(110)	84.12 (143)		
2	19.57 (9)	8.06 (10)	11.18 (19)		
3	2.17 (1)	2.42 (3)	2.35 (4)		
4	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)		
5	2.17 (1)	0.00 (0)	0.59 (1)		
6	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)		
7	0.00 (0)	0.81 (1)	0.59 (1)		
8	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)		
9	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)		
10 et plus	4.35 (2)	0.00 (0)	1.18 (2)		
Total	100 (46)	100 (124)	100 (170)		
IST contractée(s) (Q62)				***	Pearson's chi-squared
Chlamydia	56.52 (26)	47.73 (63)	50.00 (89)		
Gonorrhée	13.04 (6)	1.52 (2)	4.49 (8)		
Herpès	19.57 (9)	16.67 (22)	17.42 (31)		
Hépatite B	2.17 (1)	0.00 (0)	0.56 (1)		
Hépatite C	2.17 (1)	0.00 (0)	0.56 (1)		
Papillomavirus	19.57 (9)	28.03 (37)	25.84 (46)		
Syphilis	13.04 (6)	0.00(0)	3.37 (6)		
SIDA	4.35 (2)	0.00 (0)	1.12 (2)		
Non renseigné	6.52 (3)	6.06 (8)	6.18 (11)		
Circonstance(s) de découverte (Q63)				***	Pearson's chi-squared
Consultation médicale car symptômes	67.39 (31)	39.52 (49)	47.06 (80)		
Centre de dépistage, car symptômes	13.04 (6)	5.65 (7)	7.65 (13)		
Découverte fortuite au cours d'un test de dépistage	6.52 (3)	38.71 (48)	30.00 (51)		
Partenaire avec IST	21.74 (10)	14.52 (18)	16.47 (28)		
Non renseigné	2.17 (1)	1.52 (2)	1.76 (3)		
Prévenir le partenaire en cas d'IST (Q64)				***	Pearson's chi-squared
Oui	78.26 (36)	78.23 (97)	78.24 (133)		
Non, honte de leur en parler	0.00 (0)	5.65 (7)	4.12 (7)		
Non, jugé non nécessaire	4.35 (2)	9.68 (12)	8.24 (14)		
Non, oubli	4.35 (2)	4.03 (5)	4.12 (7)		

Non, partenaire non connu(e)	15.22 (7)	0.81 (1)	4.71 (8)		
<i>Non renseigné</i>	<i>0.00 (0)</i>	<i>1.61 (2)</i>	<i>1.18 (2)</i>		
Utilisation du préservatif avec le(s) partenaire(s) actuel(s) (Q66,75)				***	Pearson's chi-squared
Oui	47.48 (480)	35.04 (596)	39.68 (1076)		
Non	51.14 (517)	63.43 (1079)	58.85 (1596)		
<i>Non renseigné</i>	<i>1.38 (14)</i>	<i>1.53 (26)</i>	<i>1.47 (40)</i>		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Raison(s) de la non-utilisation de préservatif (Q67, 76)				***	Pearson's chi-squared
En couple depuis longtemps	65.96 (341)	66.17 (714)	66.10 (1055)		
Test de dépistage	37.91 (196)	40.69 (439)	39.79 (635)		
Pilule contraceptive	61.51 (318)	67.93 (733)	65.85 (1051)		
Certain de ne pas avoir d'IST	51.06 (264)	49.40 (533)	49.94 (797)		
Certain que le partenaire n'a pas d'IST	53.00 (274)	48.38 (522)	49.87 (796)		
Confiance dans le partenaire	62.28 (322)	62.19 (671)	62.22 (993)		
Préservatif non apprécié	44.87 (232)	36.05 (389)	38.91 (621)		
Honte d'aller acheter des préservatifs	0.97 (5)	1.02 (11)	1.00 (16)		
Trop alcoolisé(e) ou drogué(e) pour y penser	4.45 (23)	2.69 (29)	3.26 (52)		
Allergie au latex	1.74 (9)	4.17 (45)	3.38 (54)		
<i>Non renseigné</i>	<i>1.93 (10)</i>	<i>2.50 (27)</i>	<i>2.32 (37)</i>		
Utilisation systématique de préservatif lors d'une aventure d'un soir (Q68,77)				***	Pearson's chi-squared
Oui	45.90 (464)	32.63 (555)	37.57 (1019)		
Non	14.94 (151)	12.99 (221)	13.72 (372)		
Aucune aventure d'un soir	39.17 (396)	54.38 (925)	48.71 (1321)		
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)		
Raison(s) de la non-utilisation de préservatif lors d'une aventure d'un soir (Q69,78)				Ns	Pearson's chi-squared
Pilule contraceptive	35.10 (53)	48.87 (108)	43.28 (161)		
Pas de préservatif	38.41 (58)	39.82 (88)	39.25 (146)		
Certain de ne pas avoir d'IST	33.77 (51)	27.15 (60)	29.84 (111)		
Confiance dans le partenaire	50.33 (76)	41.63 (92)	45.16 (168)		
Préservatif non apprécié	42.38 (64)	24.43 (54)	31.72 (118)		
Honte d'acheter des préservatifs	1.32 (2)	0.45 (1)	0.81 (3)		
Trop alcoolisé(e) ou drogué(e) pour y penser	38.41 (58)	48.39 (97)	41.33 (155)		
Allergie au latex	0.66 (1)	2.71 (6)	1.88 (7)		
<i>Non renseigné</i>	<i>3.31 (5)</i>	<i>4.52 (10)</i>	<i>4.03 (15)</i>		
Moyen(s) de contraception utilisé(s) (Q70,79)				***	Pearson's chi-squared
Préservatif masculin ou féminin	95.75 (968)	89.77 (1527)	92.00 (2495)		
Diaphragme, cape cervicale, spermicide	0.59 (6)	0.29 (5)	0.41 (11)		
Méthodes naturelles	25.42 (257)	23.05 (392)	23.93 (649)		
Eviction des rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse	5.24 (53)	4.41 (75)	4.72 (128)		
Aucun moyen de contraception	6.23 (63)	3.64 (62)	4.61 (125)		
Pilule contraceptive	2.47 (25)	87.01 (1480)	55.49 (1505)		
Stérilet	0.69 (7)	5.47 (93)	3.69 (100)		
Implant	-	7.29 (124)	7.29 (124)		
Anneau	-	2.41 (41)	2.41 (41)		
Patch contraceptif	-	1.88 (32)	1.88 (32)		
Autre	0.20 (2)	0.71 (12)	0.52 (14)		
Visite chez le gynécologue (Q80)					
Tous les ans ou tous les deux ans	-	57.08 (971)	57.08 (971)		
Une ou deux fois	-	25.51 (434)	25.51 (434)		
Jamais	-	17.17 (292)	17.17 (292)		
<i>Non renseigné</i>	<i>-</i>	<i>0.24 (4)</i>	<i>0.24 (4)</i>		
Total	-	100 (1701)	100 (1701)		
Raison(s) de visites irrégulières chez le gynécologue (Q81)					
Première visite non	-	17.57 (114)	17.57 (114)		

appréciée				
Peur de l'examen gynécologique	-	45.30 (294)	45.30 (294)	
Délais pour un rendez-vous trop longs	-	38.67 (251)	38.67 (251)	
Ne sait pas où aller	-	32.51 (211)	32.51 (211)	
Consultation trop chère	-	19.11 (124)	19.11 (124)	
Peur que les parents l'apprennent	-	48.38 (314)	48.38 (314)	
Vaccin contre HPV (Q82)				
Oui, à moins de 14 ans	-	16.28 (277)	16.28 (277)	
Oui, entre 14 et 23 ans	-	49.21 (837)	49.21 (837)	
Non, mais prévue	-	3.94 (67)	3.94 (67)	
Non, et non prévue	-	29.45 (501)	29.45 (501)	
Non renseigné	-	1.12 (19)	1.12 (19)	
Total	-	100 (1701)	100 (1701)	
Recours à la contraception d'urgence (Q71,83)				
Oui	36.89 (373)	48.15 (819)	43.95 (1192)	Ns Pearson's chi-squared
Non	43.32 (438)	51.86 (882)	48.67 (1320)	
Non su	11.08 (112)	-	11.08 (112)	
Non concerné	8.70(88)	-	8.70 (88)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Combien de recours à la contraception d'urgence (Q84)				
1	-	43.47 (356)	43.47 (356)	
2	-	30.04 (246)	30.04 (246)	
3	-	14.90 (122)	14.90 (122)	
4	-	5.49 (45)	5.49 (45)	
5	-	2.56 (21)	2.56 (21)	
6	-	0.85 (7)	0.85 (7)	
7	-	0.85 (7)	0.85 (7)	
8	-	0.37 (3)	0.37 (3)	
9	-	0.00 (0)	0.00 (0)	
10 et plus	-	0.85 (7)	0.85 (7)	
Non renseigné	-	0.61 (5)	0.61 (5)	
Total	-	819 (100)	819 (100)	
Raison(s) d'un recours à la contraception d'urgence (Q72,85)				
Rupture du préservatif	42.63 (159)	47.20 (387)	45.81 (546)	Ns Pearson's chi-squared
Pas de préservatif	41.55 (155)	38.41 (315)	39.43 (470)	
Oubli de pilule contraceptive	42.63 (159)	49.88 (409)	47.65 (568)	
Echec d'un autre moyen de contraception	0.80 (3)	2.07 (17)	1.68 (20)	
Par précaution	-	1.10 (9)	1.10 (9)	
Autre	1.61 (6)	0.98 (8)	2.59 (14)	
Non renseigné	1.07 (4)	1.22 (10)	2.59 (14)	
Recours à une IVG (Q73,86)				
Oui	5.44 (55)	2.76 (47)	3.76 (102)	*** Pearson's chi-squared
Non	78.83 (797)	97.24 (1654)	90.38 (2451)	
Non connu	6.03 (61)	-	6.03 (61)	
Non concerné	9.69 (98)	-	9.69 (98)	
Total	100 (1011)	100 (1701)	100 (2712)	
Combien de recours à une IVG (Q87)				
1	-	85.11 (40)	85.11 (40)	
2	-	14.89 (7)	14.89 (7)	
3 ou plus	-	0.00 (0)	0.00 (0)	
Total	-	100 (47)	100 (47)	
Raison(s) d'un recours à une IVG (Q74,88)				
Pas de contraception	38.18 (21)	36.17 (17)	37.25 (38)	Ns Pearson's chi-squared
Oubli de pilule contraceptive	34.55 (19)	31.91 (15)	33.33 (34)	
Rupture du préservatif	20.00 (11)	19.15 (9)	19.61 (20)	
Echec de la contraception d'urgence	16.36 (9)	14.89 (7)	15.69 (16)	
Echec d'un autre moyen de contraception	9.09 (5)	10.64 (5)	9.80 (10)	
Cause inconnue	23.64 (13)	-	23.64 (13)	
Autre cause	1.82 (1)	4.26 (2)	2.94 (3)	
Proches informés (Q89)				
Oui	-	55.32 (26)	55.32 (26)	
Non	-	44.68 (21)	44.68 (21)	
Total	-	100 (47)	100 (47)	

Proches non informés (Q90)			
Par honte	-	10.64 (5)	10.64 (5)
Par peur du jugement des autres	-	19.15 (9)	19.15 (9)
Car c'est personnel	-	80.85 (38)	80.85 (38)
Mise en place d'entretiens sexologique dans les officines (Q91)			
Oui, pharmacien compétent	30.76 (311)	35.45 (603)	33.70 (914)
Oui, rassuré d'en parler avec un professionnel de santé	31.75 (321)	34.86 (593)	33.70 (914)
Oui, évite de prendre rendez-vous chez le médecin traitant	25.62 (259)	32.45 (552)	29.90 (811)
Non, médecin traitant	22.85 (231)	35.04 (596)	30.49 (827)
Non, famille et amis	13.25 (134)	14.17 (241)	13.83 (375)
Non, honte d'en parler au pharmacien	15.03 (152)	20.40 (347)	18.40 (499)
Non, Internet	8.41 (85)	6.00 (102)	6.90 (187)
Non, aucun intérêt	18.10 (183)	6.88 (117)	11.06 (300)

*** Pearson's chi-squared

Etudiants	
Virginité (Q10)	
Oui	14.30 (453)
Non	85.69 (2713)
Total	100 (3166)
Raison(s) de la virginité (Q11)	
Par appréhension	13.91 (63)
Par choix personnel	8.61 (39)
Par manque d'opportunité	56.51 (256)
Par peur d'avoir un enfant ou de contracter une IST	0.22 (1)
Par religion pour par principe	20.31 (92)
<i>Pas de réponse</i>	0.44 (2)
Total	100 (453)

3. Fiches conseil « les Infections Sexuellement Transmissibles »

La gonorrhée

Qu'est-ce que c'est ?

La gonorrhée (vulgairement appelée « chaude-pisse ») est une IST bénigne, causée par une bactérie, *Neisseria gonorrhoeae*. La gonorrhée est une IST très répandue en France, la tranche d'âge des 16-24 ans est particulièrement touchée.

Quels sont les symptômes ?

Le temps d'incubation dure de 2 à 7 jours. La symptomatologie est bruyante chez l'homme, et silencieuse dans 70% des cas chez la femme.

Chez l'homme, l'urètre est majoritairement le siège de l'infection et les symptômes se manifestent par : des douleurs à la miction, des brûlures et démangeaisons, des douleurs dans les testicules, des sécrétions anormales voire purulentes du pénis, et une dysurie impérative dans les formes aiguës.

Chez la femme, s'ils se manifestent, les symptômes sont plus discrets. Il peut s'agir d'une leucorrhée anormale, de douleurs dans le bas-ventre, de saignements après les rapports sexuels ou entre les menstruations.

Dans les deux sexes, selon la porte d'entrée de la bactérie, l'infection peut être à l'origine de rectite (brûlures et démangeaisons, sécrétions anormales ou purulentes de l'anus, saignements anorectaux, diarrhées sanglantes, et/ou sensations de défécations incomplètes) ou d'angine.

Quelles sont les complications ?

Elles sont rares, et peu dangereuses.

Chez l'homme, l'infection peut provoquer une orchio-épididymite et une prostatite.

Chez la femme, l'infection peut provoquer une salpingite, des douleurs chroniques dans le bas-ventre, et une grossesse ectopique. Si la mère est infectée, elle peut transmettre la gonorrhée au nouveau-né au cours de l'accouchement.

Un patient atteint de gonorrhée a plus de risque de contracter ou de transmettre le VIH.

Comment se contracte-t-elle ?

La transmission est facile. Les modes de contamination sont multiples : pénétration vaginale, pénétration anale, fellation, cunnilingus, anulingus non protégés.

Comment se dépiste-t-elle ?

S'il n'y a aucun symptôme, une analyse d'urine permettra le dépistage. Si les symptômes sont avérés, un prélèvement de sécrétion au niveau du col de l'utérus, de l'urètre ou des amygdales sera effectué au cours d'un examen médical.

Comment se soigne-t-elle ?

Le traitement de la gonorrhée est simple, malheureusement avec le temps, la bactérie a développé des résistances importantes aux principaux antibiotiques.

Traitement de référence : Dose unique de 500mg de ceftriaxone (Rocéphine®) en IM + azithromycine (Zithromax® monodose).

Alternative : Doxycycline, 100mg 2 fois par jour, 7 jours. (CI chez la femme enceinte.)

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien de confiance entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- Lui préciser d'utiliser un préservatif jusqu'à 7 jours après le traitement par prise unique, ou pendant toute la durée du traitement continu.
- Lui rappeler de prévenir tous ses partenaires sexuels, afin qu'à leur tour, ils puissent se faire dépister et traiter.
- Lui conseiller, si ça n'a pas déjà été fait, de se faire dépister pour d'autres IST, notamment la chlamydie, la syphilis et le VIH.
- Lui expliquer que la gonorrhée peut se contracter plus d'une fois dans la vie, et qu'il n'est pas à l'abri d'une réinfection.
- Pour éviter de contracter d'autres IST, il est impératif d'utiliser un préservatif masculin ou féminin pour toute pénétration vaginale, anale, et fellation, ainsi qu'une digue dentaire pour tout cunnilingus et anulingus, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.
- L'informer, si ce n'est pas déjà le cas, de la possibilité de se vacciner contre le VHB.

Si c'est une patiente :

- Si le traitement est prescrit par un médecin généraliste, s'assurer qu'elle soit régulièrement suivie par un gynécologue, et l'inciter à en consulter un si ce n'est pas le cas.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

La chlamydirose

Qu'est-ce que c'est ?

La chlamydirose est une IST bactérienne, causée par *Chlamydia trachomatis*. C'est l'IST la plus répandue dans les pays industrialisés, et la tranche d'âge la plus touchée est celle des 16-24 ans.

Quels sont les symptômes ?

Le temps d'incubation dure de 2 à 5 semaines. Asymptomatique dans 60 à 70% des cas, la chlamydirose passe souvent inaperçue, même chez les hommes. S'ils se manifestent, les symptômes sont, pour les deux sexes : douleur à la miction, brûlures et démangeaisons, sécrétions anormales du pénis, du vagin ou de l'anus, angine. Chez la femme, d'autres symptômes peuvent apparaître : douleurs dans le bas-ventre, saignements après les rapports sexuels ou en-dehors des menstruations.

Quelles sont les complications ?

Non dépistée ou non traitée, la chlamydirose peut entraîner des complications chez les deux sexes.

Chez l'homme, l'infection peut entraîner une orchite-épididymite et une prostatite.

Chez la femme, l'infection peut entraîner une salpingite, une endométrite, une grossesse ectopique et une stérilité tubaire. Dans les pays industrialisés, la chlamydirose est la cause de 50% des salpingites et de 70% des stérilités. Si la mère est infectée, elle peut transmettre la chlamydirose au nouveau-né au cours de l'accouchement. L'infection peut alors se manifester par une conjonctivite purulente et une bronchopneumopathie néonatale.

Chez les deux sexes, une infection généralisée peut entraîner une arthrite réactionnelle et une kératoconjonctivite.

Une personne atteinte de chlamydirose a plus de risque de contracter ou de transmettre le VIH.

Comment se contracte-t-elle ?

La transmission est facile. Les modes de contamination sont multiples : pénétration vaginale, pénétration anale, fellation, cunnilingus, anulingus non protégés.

Comment se dépiste-t-elle ?

S'il n'y a aucun symptôme, une analyse d'urine permettra le dépistage. Si les symptômes sont avérés, un prélèvement de sécrétion au niveau du col de l'utérus, de l'urètre ou des amygdales sera effectué au cours d'un examen médical.

Comment se soigne-t-elle ?

Comme une co-infection par la gonorrhée est fréquente, on traite généralement les deux par précaution. La durée de traitement variera en fonction du site et du caractère récent ou latent de l'infection.

Antibiotique de référence : Azithromycine (Zithromax® monodose) en prise unique.

Alternatives possibles :

- Doxycycline, 100 mg 2 fois par jour, 7 jours ou 10 jours. (CI chez la femme enceinte)
- Ofloxacin (Oflocet®) : 200mg 2 fois par jour, 10 jours. (CI chez la femme enceinte)
- Doxycycline 100mg 2 fois par jour + métronidazole (Flagyl®) 500mg 3 fois par jour, 14 jours.

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien de confiance entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- Lui préciser d'utiliser un préservatif 7 jours après un traitement par prise unique, ou jusqu'à 3 jours après la fin du traitement continu.
- Lui rappeler de prévenir tous ses partenaires sexuels, afin qu'à leur tour, ils puissent se faire dépister et traiter.
- Lui conseiller, si ça n'a pas déjà été fait, de se faire dépister pour d'autres IST, notamment la gonorrhée, la syphilis et le VIH.
- Lui expliquer que la chlamydie peut se contracter plusieurs fois dans la vie, et qu'il n'est pas à l'abri d'une réinfection.
- Pour éviter de contracter d'autres IST, il est impératif d'utiliser un préservatif masculin ou féminin pour toute pénétration vaginale, anale, et fellation, ainsi qu'une digue dentaire pour tout cunnilingus et anulingus, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.
- L'informer, si ce n'est pas déjà le cas, de la possibilité de se vacciner contre le VHB.

Si c'est une patiente :

- Si le traitement est prescrit par un médecin généraliste, s'assurer qu'elle soit régulièrement suivie par un gynécologue, et l'inciter à en consulter un si ce n'est pas le cas.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

La syphilis

Qu'est-ce que c'est ?

Autrefois appelée la vérole, la syphilis est une IST bactérienne, causée par *Treponema pallidum*. La syphilis est l'IST bactérienne la plus dangereuse, avec de graves conséquences. Elle est en recrudescence en France et en Europe depuis le début des années 2000.

Quels sont les symptômes ?

La syphilis évolue en 3 phases.

La syphilis primaire est biologiquement silencieuse, et ne se traduit que par l'apparition d'un chancre d'inoculation, situé au niveau de la porte d'entrée de la bactérie. Durant cette période, le patient est contagieux.

La syphilis secondaire se manifeste par des signes fonctionnels généraux non spécifiques (atteinte des ongles, fièvre, céphalées, maux de gorge, nausées et vomissements, amaigrissement, douleurs osseuses et articulaires...) et des éruptions cutanées polymorphes. Pour toutes ces raisons, elle est appelée « la grande simulatrice ». A ce stade, le patient est très contagieux.

La syphilis tertiaire se caractérise par des atteintes oculaires, viscérales, cardio-vasculaires (aortite, anévrisme de l'aorte) ou neurologiques (tabès, méningo-encéphalite qui aboutit à la démence), associées à des lésions osseuses ou cutanéomuqueuses qui provoquent des déformations de la bouche, du nez, du pharynx. A ce stade, l'infection n'est plus contagieuse.

La syphilis peut également se manifester par une angine ulcéro-nécrotique, en cas de fellation non protégée.

Quelles sont les complications ?

Si la mère est atteinte, elle peut transmettre l'infection au nouveau-né dès le 4^{ème} mois de grossesse. L'infection peut lui être fatale, ou entraîner des malformations congénitales.

La syphilis augmente le risque de contracter ou de transmettre le VIH, et se développe plus rapidement chez les patients VIH+, entraînant des complications neurologiques plus fréquentes.

Comment se contracte-t-elle ?

Les modes de contamination sont multiples : pénétration vaginale, pénétration anale, fellation, cunnilingus, anulingus non protégés, contact direct avec un chancre d'inoculation.

Comment se dépiste-t-elle ?

Par une prise de sang. Deux tests sont actuellement employés : le TPHA et le VDRL. Le premier est une réaction spécifique qui permet de diagnostiquer la syphilis. Le second est une réaction non spécifique, utilisée surtout pour contrôler l'efficacité thérapeutique.

Comment se soigne-t-elle ?

Antibiotique de référence : Pénicilline G par voie IM en dose unique pour la syphilis précoce, et en 3 injections à une semaine d'intervalle pour la syphilis tertiaire.

Alternative possible :

- Doxycycline, 100 mg 2 fois par jour, 14 ou 28 jours. (CI chez la femme enceinte).

La neurosyphilis et la syphilis tertiaire nécessitent une hospitalisation.

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien de confiance entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- Lui préciser d'utiliser un préservatif tant que le VDRL n'est pas négatif. Si des chancres se trouvent sur des parties exposées, conseiller d'éviter tout contact direct.
- Lui rappeler de prévenir tous ses partenaires sexuels, afin qu'à leur tour, ils puissent se faire dépister et traiter.
- Lui conseiller, si ça n'a pas déjà été fait, de se faire dépister pour d'autres IST, notamment la gonorrhée, la chlamydie et le VIH.
- Lui expliquer que la syphilis peut se contracter plusieurs fois dans la vie, et qu'il n'est pas à l'abri d'une réinfection.
- Pour éviter de contracter d'autres IST, il est impératif d'utiliser un préservatif masculin ou féminin pour toute pénétration vaginale, anale, et fellation, ainsi qu'une digue dentaire pour tout cunnilingus et anulingus, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.
- L'informer, si ce n'est pas déjà le cas, de la possibilité de se vacciner contre le VHB.

Si c'est une patiente :

- Si le traitement est prescrit par un médecin généraliste, s'assurer qu'elle soit régulièrement suivie par un gynécologue, et l'inciter à en consulter un si ce n'est pas le cas.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

L'herpès

Qu'est-ce que c'est ?

L'herpès est une IST virale ; le virus de l'herpès fait partie de la famille des *Herpesviridae*, tout comme la varicelle, le zona et la mononucléose. L'herpès génital affecte 20% de la population française, et touche préférentiellement la tranche d'âge de 25 à 35 ans. L'herpès génital représente 10 à 15% des IST, ce qui en fait la quatrième IST mondiale et la première IST virale en France.

Quels sont les symptômes ?

La primo-infection se manifeste par l'apparition de vésicules en bouquet, sur les lèvres ou sur les zones génitales, accompagnée d'une sensation de brûlures et de démangeaisons. L'excrétion virale dure 4 à 6 jours, durant lesquels la personne infectée est extrêmement contagieuse. Une fois pénétré dans l'organisme, le virus ne s'élimine pas. Il reste à l'état latent jusqu'à une possible réactivation, profitant d'un affaiblissement des défenses immunitaires. C'est ce qu'on appelle des récurrences herpétiques, ou plus communément, des poussées d'herpès.

Quelles sont les complications ?

Chez l'adulte, les complications sont rares, mais elles peuvent favoriser la survenue d'autres IST. L'herpès oculaire se manifeste par une irritation oculaire, une kératite ou une conjonctivite. Les conséquences peuvent être graves, puisque sans traitement adapté, l'œil atteint peut être perdu. Si la mère est atteinte d'herpès génital, le nouveau-né peut le contracter au cours de l'accouchement. Chez les patients VIH+, immunodéficients et les nouveau-nés, l'herpès peut entraîner de graves complications, comme une infection disséminée, une méningo-encéphalite herpétique, une œsophagite, une hépatite, une pneumonie, et une nécrose de la rétine. Chez ces patients, les symptômes de l'herpès sont plus sévères, et les récurrences plus fréquentes.

L'herpès génital a un fort impact négatif sur le bien-être des personnes qui en souffrent. Elles ressentent de la honte, redoutent les poussées d'herpès, craignent d'avoir des rapports sexuels à cause de la gêne occasionnée, ou par peur de transmettre le virus, et sont souvent déprimées.

Comment se contracte-t-il ?

Les modes de contamination sont multiples : les baisers, pénétration vaginale, pénétration anale, fellation, cunnilingus, anulingus non protégés, au cours d'une primo-infection ou d'une poussée d'herpès.

Comment se dépiste-t-il ?

Une primo-infection est facilement reconnaissable. Il n'y a pas besoin de test de dépistage pour poser le diagnostic.

Comment se soigne-t-il ?

Les antiviraux permettent de diminuer la sévérité des symptômes, mais en aucun cas d'éliminer le virus de l'organisme infecté. Ils sont d'autant plus efficaces s'ils sont pris rapidement, avant même l'éruption vésiculaire.

Traiter une primo-infection :

- Valaciclovir (Zelitrex®) *per os*, 500mg 2 fois par jour, 10 jours.
- Aciclovir (Zovirax®) *per os*, 400mg 3 fois par jour OU 200mg 5 fois par jour, 7 à 10 jours.
- Aciclovir (Zovirax®) 5% en crème, 5 applications par jour, 5 jours.

Traiter une récurrence herpétique :

- Valaciclovir (Zelitrex®) *per os*, 500mg 2 fois par jour, 5 jours.
- Aciclovir (Zovirax®) *per os*, 400mg 3 fois par jour, 5 jours.
- Aciclovir (Zovirax®) 5% en crème, 5 applications par jour, 5 jours.

Les patients qui souffrent de poussées d'herpès fréquentes (plus de 6 par an) peuvent prendre du Valaciclovir (Zelitrex®) *per os*, 500mg par jour pendant 6 à 12 mois.

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien de confiance entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- En cas de poussée d'herpès, une abstention sexuelle totale est préconisée tant que les symptômes persistent, car les préservatifs ne recouvrent pas toutes les zones qui peuvent être recouvertes par les vésicules.
- Lui rappeler de prévenir tous ses partenaires sexuels, afin qu'à leur tour, ils puissent se faire dépister et traiter.
- Lui conseiller, si ça n'a pas déjà été fait, de se faire dépister pour d'autres IST, notamment le VIH.
- En cas de poussée d'herpès, lui conseiller d'avoir une bonne hygiène pour ne pas se contaminer l'œil par transfert de particules virales.
- Lui expliquer qu'on ne peut pas guérir de l'herpès.
- Lui conseiller de repérer les facteurs propices à une poussée d'herpès et, dans la mesure du possible, de les éviter.
- Pour éviter de contracter d'autres IST, il est impératif d'utiliser un préservatif masculin ou féminin pour toute pénétration vaginale, anale, et fellation, ainsi qu'une digue dentaire pour tout cunnilingus et anulingus, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.
- L'informer, si ce n'est pas déjà le cas, de la possibilité de se vacciner contre le VHB.

Si c'est une patiente :

- Si le traitement est prescrit par un médecin généraliste, s'assurer qu'elle soit régulièrement suivie par un gynécologue, et l'inciter à en consulter un si ce n'est pas le cas.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

L'hépatite

Qu'est-ce que c'est ?

Une hépatite est une inflammation du foie causée par un virus, qui peut être aiguë ou chronique. Il en existe de plusieurs sortes : hépatites A, B, C, D, E et G mais seules les hépatites B et C sont considérées comme des IST. Le VHB appartient à la famille des *Hepadnaviridae*, le VHC à la famille des *Flaviviridae*.

Quels sont les symptômes ?

Dans la phase aiguë, l'infection est majoritairement asymptomatique. Si des symptômes se manifestent, ils ne sont pas spécifiques : fatigue extrême, fièvre, perte d'appétit, nausées avec ou sans vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, musculaires et articulaires, urines foncées, selles décolorées. Un ictère est le critère sélectif principal qui permet de poser un diagnostic avec certitude, mais son apparition reste rare.

Quelles sont les complications ?

Les hépatites non traitées peuvent provoquer des cirrhoses et des cancers du foie, et entraîner la mort.

Si la mère est atteinte, elle peut transmettre l'infection au nouveau-né au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Aucun traitement ne permet d'empêcher la transmission materno-fœtale.

Une co-infection par le VIH entraîne une évolution plus rapide de l'hépatite.

Comment se contracte-t-elle ?

Les modes de contamination sont multiples : pénétration vaginale, pénétration anale, fellation, cunnilingus, anulingus non protégés, échanges sanguins.

Comment se dépiste-t-elle ?

Souvent, une hépatite n'est détectée qu'une fois le foie très atteint. Le seul moyen de dépister une hépatite est d'effectuer une prise de sang. Pour suivre l'avancement de l'hépatite, on dose les transaminases et la charge virale.

Un vaccin contre le VHB existe (Hexyon®, Infanrix Hexa®, Engerix B10®, Engerix B20®, HBvaxpro 5®, HBvaxpro 10®, HBvaxpro 40®, Vaccin Genhevac B Pasteur®).

Comment se soigne-t-elle ?

Un traitement médicamenteux n'est indiqué que dans les formes chroniques où l'on retrouve de l'ADN du VHB ou VHC dans le sang. Il consiste en l'injection par voie sous cutanée pendant six mois d'un immunomodulateur (interférons α pégylés) une fois par semaine, en association ou non avec un ou plusieurs antiviraux par voie orale. Le traitement freine considérablement l'évolution de l'hépatite, améliore l'état du foie et réduit les risques de cancers, mais dans certains cas, il peut totalement en stopper l'évolution.

Les interférons α pégylés disponibles sont :

- Viraféronpeg®, à la posologie de 15 μ g/kg, par semaine, 6 à 12 mois.
- Pégasys®, à la posologie de 180 μ g, par semaine, 6 à 12 mois.
- Introna® à la posologie de 5 à 10 MUI (VHB) ou 3 à 5 MUI (VHC), 3 fois par semaine, 6 à 12 mois.
- Roféron-A® (uniquement VHC), 3 MUI, 3 fois par semaine, 12 mois.

En association, l'antiviral de référence contre le VHB : lamivudine (Zeffix®), 100mg par jour, 6 à 12 mois.

Alternatives possibles :

- Adéfovir (Hepsera®), 10 mg par jour, 6 à 12 mois
- Entécavir (Baraclude®), 0,5 à 1mg par jour, 6 à 12 mois
- Telbivudine (Sebivo®), 600mg par jour, 6 à 12 mois
- Ténofovir (Viréad®), 245mg par jour, 6 à 12 mois

Seuls le lamivudine, le telbivudine et le ténofovir sont recommandés chez la femme enceinte.

En association, l'antiviral de référence contre le VHC : ribavarine (Rebetol®, Copegus®), 800 à 1200mg par jour en 2 prises quotidiennes, 12 mois. (CI pour les femmes enceintes).

Alternatives possibles :

- Bocéprévir (Victrelis®), 800mg, 3 fois par jour, 12 mois
- Télaprévir (Incivo®), 750mg, 3 fois par jour, 12 mois
- Sofosbuvir (Sovaldi®), 400mg par jour, 12 mois.

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien de confiance entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- Lui rappeler qu'en cas de forme aiguë, l'abstention d'alcool est de rigueur, ainsi que l'éviction du paracétamol, de la terbinafine (Lamisil®), ou tout autre médicament métabolisé par le foie ou hépatotoxique.
- Lui rappeler de prévenir tous ses partenaires sexuels, afin qu'à leur tour, ils puissent se faire dépister et traiter.
- Lui conseiller, si ça n'a pas déjà été fait, de se faire dépister pour d'autres IST, notamment le VIH.
- Lui rappeler qu'un vaccin contre le VHB existe, et lui conseiller de faire vacciner ses proches.
- En cas d'hépatite B traitée, le patient est immunisé à vie. L'hépatite C est beaucoup plus compliquée à guérir, et dans la majorité des cas, le virus persiste dans l'organisme.
- Pour éviter de contracter d'autres IST, il est impératif d'utiliser un préservatif masculin ou féminin pour toute pénétration vaginale, anale, et fellation, ainsi qu'une digue dentaire pour tout cunnilingus et anulingus, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.

Si c'est une patiente :

- Si le traitement est prescrit par un médecin généraliste, s'assurer qu'elle soit régulièrement suivie par un gynécologue, et l'inciter à en consulter un si ce n'est pas le cas.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

Le papillomavirus humain

Qu'est-ce que c'est ?

Le papillomavirus humain est une IST virale, étroitement liée aux cancers du col de l'utérus. HPV est un virus de la famille des *Papillomaviridae*. HPV sont les agents sexuellement transmissibles les plus communs au monde, 70 à 80% des femmes y seront exposées au moins une fois au cours de leur vie sexuelle. Seuls les sérotypes à haut-risque peuvent évoluer vers un cancer : 16, 18, 31, 33, 35.

Quels sont les symptômes ?

La durée d'incubation varie de 3 semaines à quelques mois. Des condylomes apparaissent sur les organes génitaux (col de l'utérus, vulve, prépuce, gland, fourreau de la verge), dans la région péri-anale, et dans la bouche. Ces condylomes sont très contagieux.

Quelles sont les complications ?

Si la mère est atteinte, le nouveau-né peut contracter l'infection à plusieurs stades de la grossesse. L'infection à HPV peut évoluer vers un cancer du col de l'utérus, qui peut entraîner la mort.

Comment se contracte-t-il ?

Les modes de contamination sont multiples : pénétration vaginale, pénétration anale, fellation, cunnilingus, anulingus non protégés, contacts directs (rapport sexuel sans pénétration, échange de linge de toilette...)

Comment se dépiste-t-il ?

Le dépistage s'effectue grâce à un frottis. Dans les pays développés, le dépistage et la prise en charge précoce permettent d'empêcher le développement de 80% des cancers du col. Dès le début de la vie sexuelle, un frottis tous les deux ans est recommandé.

Comment se soigne-t-il ?

L'infection au papillomavirus ne se soigne pas. A ce jour, le moyen le plus efficace pour traiter les lésions est leur destruction par cryothérapie ou par laser, mais l'application d'une crème locale est mieux acceptée par les patients, même si cette alternative s'avère moins efficace.

- Podophylline 0,5% (Condyline®), 2 fois par jour
- Imiquimod 5% (Aldara®), 2 à 3 fois par semaine.

Il existe deux vaccins : Cervarix® (protège contre les sérotypes 16 et 18) et Gardasil® (protège contre les sérotypes 6, 11, 16 et 18). L'OMS recommande de vacciner les jeunes filles de 9 à 13 ans, avant le début de leur activité sexuelle, et en rattrapage, chez les jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas encore eu de rapport sexuel, ou dans l'année suivant le premier rapport sexuel.

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien de confiance entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- Lui préconiser une abstention sexuelle tant que les condylomes n'ont pas été traités (des condylomes peuvent se retrouver sur des zones non couvertes par le préservatif).
- Rappeler qu'une contamination digito-génitale n'est pas à exclure.
- Lui rappeler de prévenir tous ses partenaires sexuels, afin qu'à leur tour, ils puissent se faire dépister et traiter.
- Lui conseiller, si ça n'a pas déjà été fait, de se faire dépister pour d'autres IST.
- Lui expliquer que l'infection au papillomavirus ne se guérit pas, et que des récurrences sont possibles.
- Lui rappeler qu'un vaccin existe, et lui conseiller de faire vacciner ses proches.
- Pour éviter de contracter d'autres IST, il est impératif d'utiliser un préservatif masculin ou féminin pour toute pénétration vaginale, anale, et fellation, ainsi qu'une digue dentaire pour tout cunnilingus et anulingus, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.
- L'informer, si ce n'est pas déjà le cas, de la possibilité de se vacciner contre le VHB.

Si c'est une patiente :

- Si le traitement est prescrit par un médecin généraliste, s'assurer qu'elle soit régulièrement suivie par un gynécologue, et l'inciter à en consulter un si ce n'est pas le cas.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

Le virus de l'immunodéficience humaine

Qu'est-ce que c'est ?

Le VIH est une IST virale incurable, aux conséquences dramatiques. Le VIH appartient à la famille des Rétrovirus. Le VIH a la particularité de s'attaquer au système immunitaire de l'organisme infecté.

Quels sont les symptômes ?

Le VIH a une évolution silencieuse. La primo-infection, quand elle n'est pas asymptomatique, se manifeste par des symptômes généraux : syndrome grippal avec fièvre, fatigue, maux de gorge mimant une angine ou une mononucléose, douleurs musculaires ou articulaires, ganglions enflés au cou, aux aisselles ou à l'aîne, et parfois, diarrhée et perte importante de poids.

Quelles sont les complications ?

Un VIH non traité évolue en 2 à 15 ans vers le stade SIDA, qui est le stade le plus avancé de l'infection. La destruction progressive des cellules immunitaires entraîne l'émergence d'infections opportunistes et/ou de néoplasies inhabituelles. L'infection opportuniste la plus représentée chez la population VIH+ est la tuberculose, qui est également la principale cause de décès.

Comment se contracte-t-il ?

Les modes de contamination sont multiples : pénétration vaginale, pénétration anale, fellation, cunnilingus, anulingus non protégés, échanges sanguins.

Comment se dépiste-t-il ?

Par une prise de sang. Le dépistage du VIH se fait à l'aide de tests sérologiques. La méthode immunoenzymatique, appelée ELISA est utilisée en première intention. Il existe également des autotests, disponibles en pharmacie. Pour surveiller l'évolution du VIH, on dose la charge virale, et l'état immunitaire est classiquement quantifié par la numération des lymphocytes CD4.

Comment se soigne-t-il ?

L'infection au VIH ne se guérit pas, on ne peut qu'en ralentir l'évolution. Des traitements antirétroviraux efficaces sont aujourd'hui disponibles pour améliorer le confort et l'espérance de vie. Le traitement de référence est souvent une association de 2, voire de 3 antirétroviraux (ARV) : c'est pourquoi le traitement du VIH est habituellement désigné sous le terme de trithérapie. Les ARV réduisent la charge virale jusqu'à la rendre indétectable. Le traitement ARV freine la réplication virale, et aide le système immunitaire à se renforcer.

A ce jour, 6 classes d'ARV sont disponibles :

- Inhibiteurs nucléosidiques/tidiques de la transcriptase inverse (INTI) : zidovudine, lamivudine, emtricitabine, didanosine, stavudine, abacavir, ténofovir, seuls ou en association.
- Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) : efavirenz, rilpivirine, névirapine, étravirine, seuls ou en association.
- Inhibiteurs de la protéase (IP) : ritonavir, lopinavir, fosamprénavir, indinavir, saquinavir, atazanavir, tipranavir, darunavir, seuls ou en association.
- Inhibiteur de la fusion (IF) : enfuvirtide.
- Inhibiteurs des corécepteurs CCR5 : maraviroc.
- Inhibiteurs de l'intégrase (INI) : raltégravir.

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien de confiance entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- L'orienter, s'il en ressent le besoin, vers des associations de lutte contre le Sida (disponibles à cette adresse : <http://www.sida-info-service.org/spip.php?page=asso>), ou vers Sida Info Service au 0 800 840 800.
- Lui rappeler que s'il prend correctement son traitement, il pourra continuer à avoir des rapports sexuels, sans risque de contaminer son partenaire régulier, s'il en a un.
- Lui rappeler de prévenir tous ses partenaires sexuels, afin qu'à leur tour, ils puissent se faire dépister et traiter.
- Lui conseiller, si ça n'a pas déjà été fait, de se faire dépister pour d'autres IST.
- Pour éviter de contracter d'autres IST, il est impératif d'utiliser un préservatif masculin ou féminin pour toute pénétration vaginale, anale, et fellation, ainsi qu'une digue dentaire pour tout cunnilingus et anulingus, tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.
- L'informer, si ce n'est pas déjà le cas, de la possibilité de se vacciner contre le VHB.

4. Fiches conseil « Situations à risque »

La sodomie

Quels sont les risques ?

La sodomie non protégée est une pratique à risque, car la muqueuse anale est perméable aux agents infectieux. Les deux partenaires peuvent contracter : gonorrhée, chlamydie (dont LGV), syphilis, herpès génital, hépatite B, papillomavirus et le VIH. L'hépatite C ne peut se contracter qu'au cours de rapports sexuels traumatiques, ou en présence d'irritations ou de lésions.

Quelles sont les recommandations ?

L'anus ne se lubrifie pas naturellement comme le vagin avec l'excitation. Pour éviter les irritations, les lésions et les traumatismes, il est recommandé d'utiliser un lubrifiant. Les corps gras (vaseline, lubrifiant à base d'huile) sont contre-indiqués avec l'utilisation du préservatif (jusqu'à 48h après), irritent les muqueuses et peuvent provoquer des infections. Il convient de recommander aux patients de s'orienter vers des lubrifiants à base d'eau ou à base de silicone. Les lubrifiants à base d'eau ne tachent pas, ne collent pas et se nettoient très facilement. Cependant, ils ne peuvent pas s'utiliser en milieu humide (douche, bain, piscine...), et il faut renouveler les applications car ils sèchent plus facilement que les autres. Ceux à base de silicone ont un pouvoir lubrifiant 5 fois plus élevé que les gels à base d'eau. Ils ne collent pas mais tachent les tissus, et persistent dans le corps tant qu'ils n'ont pas été nettoyés à l'eau tiède et au savon doux. Ils sont incompatibles avec des sextoys en silicone.

Des lavements trop répétés ou excessifs peuvent endommager la paroi rectale et induire des microlésions. Ces blessures anales augmentent le risque de contracter une IST lors d'un prochain rapport sexuel.

La sodomie doit être systématiquement pratiquée avec un préservatif tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.

La fellation

Quels sont les risques ?

La fellation non protégée est une pratique à risque, car la muqueuse buccale est perméable aux agents infectieux. La personne qui pratique la fellation est alors à plus haut risque que celle qui la reçoit, mais les deux partenaires peuvent contracter : gonorrhée, chlamydie, syphilis, herpès, hépatite B, et papillomavirus.

L'hépatite C et le VIH ne peuvent se contracter qu'en présence de lésions dans la bouche et sur le pénis.

Quelles sont les recommandations ?

Il est recommandé à la personne qui reçoit la fellation de ne pas éjaculer dans la bouche de son partenaire, et à la personne qui pratique la fellation de ne pas avaler le sperme le cas échéant.

La fellation ne doit pas être pratiquée dans les situations suivantes : gingivite, petites plaies dans la bouche, aphte, bouton de fièvre, angine, candidose, soins dentaires récents, mauvaise hygiène buccale, tabagisme chronique.

Il est déconseillé de se brosser les dents, de faire un bain de bouche et de boire de l'alcool juste avant ou après une fellation.

Il est déconseillé d'éjaculer sur le visage de son partenaire, la muqueuse oculaire étant perméable aux agents infectieux.

Une fellation doit être systématiquement pratiquée avec un préservatif tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.

Le cunnilingus

Quels sont les risques ?

Le cunnilingus non protégé est une pratique à risque, car les muqueuses buccales et génitales sont perméables aux agents infectieux. La personne qui pratique le cunnilingus est plus à risque que celle qui la reçoit. Elle peut contracter : gonorrhée, chlamydie, syphilis, herpès, hépatite B et papillomavirus. Le VIH et l'hépatite C ne représentent aucun risque, sauf si le cunnilingus est pratiqué en période menstruelle de la femme.

La personne qui reçoit le cunnilingus peut contracter : syphilis, herpès et hépatite B.

Quelles sont les recommandations ?

Les digues dentaires, petits carrés de latex, permettent de se protéger des IST durant un cunnilingus. Il est recommandé de se protéger systématiquement tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.

L'anulingus

Quels sont les risques ?

L'anulingus non protégé est une pratique à risque, car les muqueuses anales sont perméables aux agents infectieux. La personne qui pratique l'anulingus peut contracter : gonorrhée, chlamydie, syphilis, herpès, papillomavirus, mais également hépatite A et des microbes et parasites intestinaux. La personne qui reçoit l'anulingus présente un risque moindre, mais reste malgré tout vulnérable à la syphilis, l'herpès, et à l'hépatite B. Le VIH et l'hépatite C sont hors de cause, sauf si l'anulingus est pratiqué juste après une pénétration anale, qui pourrait avoir causé des microlésions ou des saignements.

Quelles sont les recommandations ?

Les digues dentaires, petits carrés de latex, permettent de se protéger des IST durant un anulingus. Il est recommandé de se protéger systématiquement tant qu'un dépistage récent n'a pas été effectué.

Des lavements trop répétés ou excessifs peuvent endommager la paroi rectale et induire des microlésions. Ces blessures anales augmentent le risque de contracter une IST lors d'un prochain rapport sexuel.

Le fist-fucking

Quels sont les risques ?

Cette pratique entraîne des risques de microlésions ou de saignements qui favorisent la transmission d'IST. La muqueuse anale ou vaginale d'une personne fistée est fragilisée, ce qui l'expose davantage aux IST lors de futures pénétrations. La syphilis est la seule IST que la personne fistée risque de contracter. La personne qui fiste peut contracter : syphilis, hépatite C et papillomavirus si elle présente des lésions sur les doigts ou la main.

Quelles sont les recommandations ?

Il est recommandé à la personne qui fiste de se couper les ongles, de porter des gants et de les changer pour chaque partenaire. L'utilisation de corps gras est à proscrire, car contre-indiqué avec l'utilisation d'un préservatif (jusqu'à 48h après).

La contraception d'urgence

Si une patiente vous demande la contraception d'urgence, il convient de s'isoler avec elle dans la mesure du possible, afin d'engager la conversation. Parfois, la contraception d'urgence n'est pas nécessaire, notamment si le rapport à risque a eu lieu il y a plus de 3 jours (Norlevo®) ou 5 jours (Ellaone®).

Si la patiente utilise un moyen de contraception régulier :

Pilule contraceptive oestroprogestative :

- Oubli <12h d'un comprimé : aucun risque de grossesse, à condition de prendre rapidement le comprimé oublié.
- Oubli >12h d'un comprimé au cours de la première semaine (comprimés 1 à 7) : prendre une contraception d'urgence si un rapport sexuel non protégé a eu lieu dans les 5 jours précédents. Utiliser un préservatif pendant 7 jours.
- Oubli >12h d'un comprimé au cours de la seconde semaine (comprimés 8 à 14) : pas risque de grossesse, même en cas de rapport sexuel non protégé, à condition de ne plus oublier de comprimé. La contraception d'urgence n'est pas nécessaire.
- Oubli >12h d'un comprimé au cours de la troisième semaine (comprimés 15 à 21) : pas risque de grossesse, même en cas de rapport sexuel non protégé, à condition de ne pas respecter le temps d'arrêt et d'enchaîner sur une nouvelle plaquette. La contraception d'urgence n'est pas nécessaire.
- Oubli de plus d'un comprimé dans le cycle : prendre une contraception d'urgence, et utiliser un préservatif jusqu'aux prochaines règles.

Pilule contraceptive progestative :

- Oubli <3h d'un comprimé : aucun risque de grossesse, à condition de prendre rapidement le comprimé oublié.
- Oubli >3h : prendre une contraception d'urgence s'il y a eu un rapport sexuel non protégé depuis cet oubli. Utiliser un préservatif pendant 48h.

Patch contraceptif :

- Décollement <24h : pas de risque de grossesse, à condition d'en recoller un autre rapidement.
- Décollement >24h : interrompre le cycle de contraception et débiter un nouveau cycle : il y aura un nouveau 1^{er} jour, et un nouveau jour de changement. Prendre une contraception d'urgence si un rapport sexuel non protégé a eu lieu les 5 jours précédents. Utiliser un préservatif pendant 7 jours.
- Patch non changé <48h : pas de risque de grossesse, à condition d'en recoller un autre rapidement.
- Patch non changé >48h : interrompre le cycle de contraception et débiter un nouveau cycle : il y aura un nouveau 1^{er} jour, et un nouveau jour de changement. Prendre une contraception d'urgence si un rapport sexuel non protégé a eu lieu les 5 jours précédents. Utiliser un préservatif pendant 7 jours.

Anneau contraceptif :

- Anneau retiré <3h : pas de risque de grossesse, à condition de replacer rapidement l'anneau.
- Anneau retiré >3h ou retard d'insertion >24h au cours de la première semaine : insérer un nouvel anneau dès que possible et le laisser en place 3 semaines, prendre une contraception d'urgence si des rapports sexuels ont eu lieu les 5 jours précédents. Utiliser un préservatif pendant 7 jours.
- Anneau retiré >72h au cours de la seconde et la troisième semaine : insérer un nouvel anneau dès que possible, et le laisser en place jusqu'au jour prévu de son retrait, et enchaîner sur l'anneau suivant sans interruption. Prendre une contraception d'urgence si des rapports sexuels ont eu lieu les 5 jours précédents. Utiliser un préservatif pendant 7 jours.
- Anneau resté en place >35jours : insérer un nouvel anneau sans interruption, et le laisser en place pendant 3 semaines. Prendre une contraception d'urgence si des rapports sexuels ont eu lieu les 5 jours précédents. Utiliser un préservatif pendant 7 jours.

Que dire à la patiente ?

- Ne pas la juger, pour ne pas briser le lien entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et la mettre à l'aise.
- Lui rappeler que la contraception d'urgence n'est pas un moyen de contraception régulier, et que sa prise doit rester exceptionnelle.
- Si la patiente n'utilise pas de moyen de contraception régulier, l'inciter à consulter un gynécologue pour en instaurer une.
- L'inciter à se faire dépister.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception régulier (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

L'IVG

Si une patiente se présente avec une ordonnance de Gymiso®(ou parfois de Cytotec®, hors AMM), il est **formellement interdit** de lui délivrer personnellement les comprimés. Le pharmacien doit délivrer les comprimés uniquement aux médecins habilités à l'administrer à leurs patientes. En cas de complications, la responsabilité du pharmacien est engagée.

Que dire à la patiente ?

- Ne pas la juger, pour ne pas briser le lien entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et la mettre à l'aise.
- Si la patiente n'utilise pas de moyen de contraception régulier ou si sa contraception habituelle ne lui convient pas, l'inciter à consulter un gynécologue pour en instaurer une ou en trouver une plus adaptée.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception régulier (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

Rappeler le médecin prescripteur et lui expliquer la situation. Il n'y a pas d'autre solution que de renvoyer la patiente auprès du médecin prescripteur.

Autotest du VIH

Si un patient vous demande l'autotest du VIH, il convient de s'isoler avec lui dans la mesure du possible, afin d'engager la conversation. Parfois, la délivrance d'un autotest n'est pas adaptée.

- Si prise de risque <48h : orienter le patient vers les urgences médicales, où il recevra un traitement prophylactique.
- Si prise de risque >6 semaines mais <3mois : un test ELISA est davantage recommandé.
- Si prise de risque > 3 mois : la délivrance d'un autotest est adaptée. Un résultat négatif n'est vraiment fiable que si la dernière prise de risque remonte à 3 mois minimum.

Que dire au patient ?

- Ne pas le juger, pour ne pas briser le lien entre le patient et son pharmacien, mais rester à l'écoute et le mettre à l'aise.
- L'inciter au dépistage d'autres IST.
- L'informer, si ce n'est pas déjà le cas, de la possibilité de se vacciner contre le VHB.
- Tout test positif doit systématiquement être confirmé par un test ELISA en laboratoire de biologie médicale.

Si c'est une patiente :

- Aborder la question de la contraception, et délivrer une contraception d'urgence si besoin.
- Lui rappeler qu'un moyen de contraception régulier (autre que le préservatif) ne protège pas des IST.

Délivrer, en même temps que l'autotest, une boîte à aiguilles et un feuillet d'informations DASTRI sur l'élimination des déchets biologiques.

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : Mercredi 13 Septembre 2017

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE

présenté par : Mélodie Biquillon

Sujet : Pratiques sexuelles des étudiants de Lorraine et risques associés : le rôle du pharmacien officinal dans leur préventionJury :Président : M. Christophe GANTZER, Professeur
Directeur : M. Sébastien DOERPER, Pharmacien
Mme Caroline GAUCHER, Maître de Conférences
Juges : Mme Nicole DUVAL-EHRENFELD, Pharmacien
M. Pierre MOULIN, Directeur UFR SHS-Metz

Vu,

Nancy, le 22 Août 2017

Le Président du Jury


M.

Directeur de Thèse

Dr Sébastien DOERPER

M.

Dr Sébastien DOERPER
Pharmacien
CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE
N° RPPS : 10100247278

Vu et approuvé,

Nancy, le 25.08.2017

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,
Francine PAULUS


Vu,

Nancy, le 31 AOUT 2017

Le Président de l'Université de Lorraine,


Pierre MUTZENHARDT


N° d'enregistrement :

9962

N° d'identification :

TITRE

PRATIQUES SEXUELLES DES ETUDIANTS DE LORRAINE ET RISQUES ASSOCIES : LE ROLE DU PHARMACIEN OFFICINAL DANS LEUR PREVENTION

Thèse soutenue le 13 septembre 2017

Par Mélodie BIQUILLON

RESUME :

La sexualité occupe depuis toujours une place essentielle dans la nature humaine, en contribuant largement au bien-être physique et moral de ceux qui la pratiquent librement. L'évolution des mœurs et la prolifération des scènes de sexe audiovisuelles ont bousculé les mœurs. À notre époque, il est désormais plus facile de s'exprimer et de se renseigner sur la sexualité. Pourtant, malgré la multiplication des campagnes de prévention gouvernementales, les infections sexuellement transmissibles sont en recrudescence en France depuis plusieurs années, notamment chez les plus jeunes. Il est important de cibler les comportements sexuels à risque, pour mieux éduquer et accompagner les individus concernés.

Le pharmacien d'officine est le premier interlocuteur d'une patientèle jeune, parfois réticente à consulter un médecin. De ce fait, il est de son rôle de sensibiliser les patients sur les risques et les moyens de prévention existants.

L'objectif de cette thèse est d'identifier les pratiques sexuelles à risque des étudiants de Lorraine via une étude descriptive de cette population. Ces résultats ont contribué à la formalisation d'outils qui permettent une meilleure prévention et prise en charge des IST en pharmacie. Par ailleurs, ils permettent de mieux coordonner les actions de prévention et d'informations sur les comportements sexuels à risque des étudiants de Lorraine.

MOTS CLES : Pratiques sexuelles – étudiants de Lorraine – infections sexuellement transmissibles (IST)

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Sébastien DOERPER Caroline GAUCHER		Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Bibliographique <input type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/> 6

<u>Thèmes</u>	1 – Sciences fondamentales 3 – Médicament 5 - Biologie	2 – Hygiène/Environnement 4 – Alimentation – Nutrition ⑥ – Pratique professionnelle
---------------	--	---