



HAL
open science

**Connaissances des étudiants paramédicaux de
l'Université de Lorraine sur les risques de grossesse et
d'infections sexuellement transmissibles lors d'un
rapport sexuel non ou mal protégé : étude
observationnelle, descriptive, quantitative,
multicentrique par voie de questionnaires, en Lorraine
en 2021**

Lisa Gigout

► **To cite this version:**

Lisa Gigout. Connaissances des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine sur les risques de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé : étude observationnelle, descriptive, quantitative, multicentrique par voie de questionnaires, en Lorraine en 2021. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04324038

HAL Id: hal-04324038

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04324038v1>

Submitted on 5 Dec 2023

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-memoires-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>

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

Connaissances des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine
Sur les risques de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles

Lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé.

Etude observationnelle, descriptive, quantitative, multicentrique
par voie de questionnaires, en Lorraine en 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Lisa GIGOUT

Née le 18 Décembre 1999

Directeur de mémoire : Catherine MERGEN-MOREL, Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Christelle ALLOUIS, Cadre de Santé

Promotion 2018 - 2022

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

Connaissances des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine
Sur les risques de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles
Lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé.

Etude observationnelle, descriptive, quantitative, multicentrique
par voie de questionnaires, en Lorraine en 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Lisa GIGOUT

Née le 18 Décembre 1999

Directeur de mémoire : Catherine MERGEN-MOREL Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Christelle ALLOUIS, Cadre de Santé

Promotion 2018 - 2022

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce travail et tout particulièrement :

Madame MERGEN-MOREL Catherine, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, pour son temps, sa bienveillance et ses conseils tout au long de mes études et plus particulièrement dans la réalisation de ce travail.

Madame ALLOUIS Christelle, cadre de santé et experte de ce mémoire, pour son temps, sa disponibilité et ses conseils tout au long du travail.

Tous les étudiants ayant accepté de répondre à mon questionnaire sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Mes parents, pour leur soutien durant tout mon parcours scolaire et leur amour indéfectible.

Ma sœur et mon beau-frère, pour leur soutien et leurs encouragements malgré la distance qui nous sépare.

Ma famille, et ceux qui m'ont soutenue durant ces cinq années.

Emilie, Coline et Théo, mes amis, pour leur soutien précieux, les moments partagés et sans qui ces études n'auraient pas été les mêmes.

ABREVIATION :

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ELISA : Enzyme-Linked Immuno Assay

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HSV-1 : Herpès Simplex Virus 1

HSV-2 : Herpès Simplex Virus 2

IFMK : Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie

IgG : Immunoglobuline G

IST : Infection sexuellement transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé

PrEP: Prophylaxie Pré-Exposition

SA : Semaines d'Aménorrhées

SPF : Santé Publique France

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TPE : Traitement Post Exposition

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutininations Assay

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	9
1. DIFFERENTES IST	9
1.1. IST BACTERIENNES	9
1.2. IST VIRALES	13
1.3. IST PARASITAIRES	19
2. RECOMMANDATIONS DE DEPISTAGE	19
3. EN POPULATION GENERALE	19
4. RISQUE DE GROSSESSES NON PREVUES	20
5. ROLE DE LA SAGE-FEMME ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE	21
5.1. ROLE DE LA SAGE-FEMME	21
5.2. ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE	21
PARTIE 2 : METHODE	23
1. PREAMBULE	23
2. PROBLEMATIQUE	23
3. OBJECTIFS	23
3.1. BENEFICES ATTENDUS	23
3.2. OBJECTIFS : PRINCIPAL ET SECONDAIRES	23
4. HYPOTHESES	23
5. CRITERES DE JUGEMENT : PRINCIPAL ET SECONDAIRES	24
6. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES	24
6.1. TYPE D'ETUDE	24
6.2. POPULATION DE L'ETUDE	24
6.3. RECUEIL DE DONNEES	24
6.4. GESTION DES DONNEES	24
6.5. LIEU ET PERIODE D'ETUDE	24
6.6. PROCEDURE DE MINIMISATIONS DES BIAIS	25
PARTIE 3 : RESULTATS	26
1. GENERALITES	26
1.1. TAUX DE PARTICIPATION	26
1.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION	26
1.3. RISQUES D'UN RAPPORT SEXUEL NON OU MAL PROTEGE	27
2. GROSSESSE NON PREVUE	27
2.1. DELAIS D'OUBLI DE PILULE	27
2.2. DELAIS DE REALISATION DE L'IVG (EN 2021)	29
3. RISQUE D'IST	29
3.1. DEFINITION DU RAPPORT SEXUEL A RISQUE	29
3.2. FACTEURS DE RISQUE D'IST	30
3.3. PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE POTENTIEL	30

3.4. CONNAISSANCES DES ETUDIANTS	31
4. PRATIQUES DES ETUDIANTS EN SANTE	34
5. REMARQUES ET COMMENTAIRES SUR L'ETUDE.....	35
PARTIE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS	36
1. COMMENTAIRES SUR L'ETUDE	36
1.1. POINTS FORTS	36
1.2. LIMITES DE L'ETUDE.....	36
2. DEFINITION DU RAPPORT SEXUEL A RISQUE	37
3. CONNAISSANCES ET CONDUITE A TENIR FACE AU RISQUE DE GROSSESSE	37
3.1. CONNAISSANCE DU RISQUE	37
3.2. CONDUITE A TENIR EN CAS DE RAPPORT A RISQUE DE GROSSESSE.....	37
4. CONNAISSANCES, PREVENTION ET CONDUITE A TENIR FACE AU RISQUE D'IST	39
4.1. CONNAISSANCE DU RISQUE	39
4.2. PREVENTION	41
4.3. DEPISTAGE	42
4.4. CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRISE DE RISQUE.....	42
5. PRATIQUES SEXUELLES DES ETUDIANTS PARAMEDICAUX.....	43
6. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION	44
6.1. PERSPECTIVES	44
6.2. PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	52

INTRODUCTION

Un rapport sexuel à risque est par définition une relation sexuelle non ou mal protégée (pénétration vaginale, anale, rapports bucco-génitaux), notamment avec un partenaire occasionnel ou un partenaire fixe en l'absence de dépistage préalable, exposant d'une part à un risque d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et d'autre part à un risque de grossesse non désirée. [1]

Une relation sexuelle est considérée comme non protégée en l'absence de port de préservatif masculin ou féminin, ou en cas de déchirement de celui-ci.

Il est important de noter que la prévention des IST et des grossesses non prévues sont des enjeux de santé publique. Afin d'y répondre, en France, la Stratégie nationale de santé sexuelle a été mise en place en 2017 et se poursuivra jusqu'en 2030. Le programme se structure autour de trois axes : la promotion de la santé sexuelle, pour toutes et tous, à tout âge ; l'amélioration de la connaissance et de l'appropriation de la prévention diversifiée pour lutter contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et les autres IST ainsi que l'amélioration de la santé reproductive. Une des stratégies opérationnelles de ce plan est de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels de santé et notamment ceux de premier recours. [2]

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), adoptée en 2002, la santé sexuelle est « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.* » Elle fait partie intégrante de la santé. [3]

Lors de mon stage au Centre de Planification et d'Education Familiale, je me suis rendue compte d'une méconnaissance des consultantes concernant les IST et les grossesses en cas de rapport sexuels à risques. Puis lors d'autres stages réalisés dans le cadre de mes études de sage-femme, j'ai eu l'opportunité de rencontrer des étudiants d'autres filières ayant régulièrement des questions concernant les IST et la contraception. Tout ceci à orienter mon choix de mémoire vers les rapports sexuels à risques et les impacts qui y sont liés.

Dans ce mémoire, une première partie, présentera les deux risques en liens avec un rapport sexuel non ou mal protégé : les IST et la grossesse non prévue ainsi que les rôles des professionnels de santé en matière de prévention. Dans une seconde partie, la méthodologie de l'étude sera expliquée. La troisième partie traitera les résultats de l'étude menée. Enfin dans la dernière partie, les résultats seront discutés et des propositions d'améliorations seront faites.

PARTIE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1. DIFFERENTES IST

1.1. IST BACTERIENNES

1.1.1. Gonorrhée

Également appelée blennorragie, elle est plus connue sous le terme commun de « chaude pisse ». En France et partout dans le monde, elle est en recrudescence depuis 1988, ce qui témoigne d'une augmentation des pratiques sexuelles à risque malgré la multiplication des campagnes de prévention. Santé Publique France rapporte qu'environ 49 628 cas de gonorrhée ont été biologiquement confirmés en France métropolitaine en 2016, 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. On note également une hausse de 53% du nombre d'infections à gonocoque entre 2016 et 2018. 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). [4-6]

La bactérie mise en cause est *Neisseria gonorrhoeae*, diplocoque encapsulé à Gram Négatif, dont la forme en grain de café est caractéristique, communément appelée le gonocoque. Elle mesure de 0,6 à 0,8 µm de diamètre. Les pilus qui l'entourent jouent un rôle dans sa pathogénicité, puisqu'ils lui permettent de s'accrocher à la surface des muqueuses. Bactérie très fragile, elle ne résiste ni à la dessiccation, ni à l'oxydation, pas plus qu'aux grandes variations de température. 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. Le risque de transmission est d'autant plus grand que 70% des personnes contaminées ne présentent aucun symptôme. Le gonocoque n'entraîne pas d'immunité, les réinfections sont donc fréquentes. [4,6]

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 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 de trois façons : par le coït, la sodomie et les fellations non protégées. La fellation est un mode de contamination important du gonocoque, cependant l'utilisation régulière du préservatif au cours d'une fellation reste rare (<5%). En effet, selon une étude réalisée en 2018, chez les étudiants de sexe masculin de la ville de Metz concernant le port systématique du préservatif, on note que seul 3% d'entre eux utilisaient de manière systématique un préservatif masculin durant une fellation. [6,7]

Chez l'homme tout comme chez la femme, la période d'incubation varie de deux à sept jours, période durant laquelle ils sont donc contagieux. Chez l'homme, la symptomatologie est le plus souvent bruyante : urétrite avec douleur à la miction, prurit, douleurs dans les testicules, écoulement urétral anormal voire purulent, accentués d'une dysurie impérieuse dans les formes aiguës alors que chez la femme, les formes asymptomatiques dominent (70% des cas). Malgré tout, s'ils se manifestent les symptômes sont plus silencieux : leucorrhée anormale, douleur pelviennes, dyspareunies, saignements après les rapports sexuels ou entre les menstruations. [6,8]

Bien que la gonorrhée soit une IST bénigne et fréquente, les complications qu'elle peut entraîner chez la femme ne sont pas négligeables. En effet, non diagnostiquée ou mal soignée, l'infection peut devenir persistante et s'étendre aux trompes de Fallope, causant ainsi une salpingite, dont les conséquences sur la santé sont plus graves. Les risques sont une infertilité, une grossesse ectopique et des douleurs pelviennes chroniques. 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, deux à cinq jours après la naissance. [9]

Le traitement de la gonorrhée est simple, il repose sur l'administration d'une dose unique de 500mg de Ceftriaxone (Rocéphine ®) en intramusculaire, associée à un gramme d'azithromycine (Zythromax ®) en prise unique par voie orale. Un dépistage de contrôle est recommandé sept jours après l'instauration du traitement afin de s'assurer que la bactérie a bien été éradiquée. [4,5,9]

1.1.2. Chlamydiae

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. La chlamydie est cependant, 50 à 80 fois plus fréquente que la gonorrhée, ce qui en fait l'IST la plus répandue dans les pays industrialisés. Ainsi, Santé Publique France a répertorié 267 097 cas de chlamydie en France en 2016 mais là encore, sa réelle incidence reste sous-estimée puisque comme la gonorrhée, il ne s'agit pas d'une infection à déclaration obligatoire. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 15 – 24 ans et 74% des cas en 2018 concernent des femmes. On note une augmentation de 15% du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia entre 2015 et 2017. [10]

La bactérie en cause est *Chlamydia trachomatis*, bacille à Gram négatif mesurant 0,3 à 1µm de diamètre. Parasite strictement intracellulaire, la bactérie ne se développe qu'à l'intérieur des cellules de l'hôte. 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 contaminations préférentiels, qui sont les mêmes que pour la gonorrhée : coït, sodomie et fellation non protégés. L'infection est asymptomatique dans 60 à 70% des cas, la transmission silencieuse de la bactérie assure donc sa propagation. Les complications qu'elle engendre sont plus fréquentes et importantes que celles de la gonorrhée, ce qui fait 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. [5,10,11]

Comme pour la gonorrhée, les fellations non protégées sont un moyen efficace de transmission de l'infection. Les personnes infectées par *Chlamydia Trachomatis* ont plus de risque de contracter ou de transmettre le VIH. [5,12]

La période d'incubation est plus longue que pour la gonorrhée, en effet, elle est de deux à cinq semaines pour *Chlamydia Trachomatis*. Si des symptômes se manifestent, ils sont sensiblement les mêmes que ceux occasionnés par la gonorrhée : douleurs mictionnelles, prurit, sécrétions anormales, douleurs pelviennes ou dyspareunies, accompagnés parfois de saignements vaginaux post-coïtaux. Non diagnostiquée ou non traitée, l'infection peut devenir latente, et s'étendre aux

testicules, à l'épididyme et à la prostate pour l'homme, et aux trompes de Fallope pour 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 kérato-conjonctivite. [5,13]

En l'absence de symptômes, 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. En cas de dépistage positif à *Chlamydia trachomatis*, le dépistage d'autres IST est fortement recommandé, notamment la gonorrhée, la syphilis et le VIH. [5,11,12]

Le traitement repose sur des antibiotiques à diffusion intracellulaire, tels que les tétracyclines, les fluoroquinolones et les macrolides. L'antibiotique de référence est l'azithromycine, un gramme per os en dose unique. Les rapports sexuels sont à proscrire jusqu'à sept jours après le traitement. Un prélèvement de contrôle, et dans certains cas une sérologie à la recherche d'immunoglobuline G (IgG), seront effectués un mois après le traitement pour éliminer tout risque de salpingite associée. [10,12]

1.1.3. Syphilis

Autrefois appelée la vérole, la syphilis est une infection endémique très ancienne qui daterait de l'Antiquité. Elle est causée par une bactérie de la famille de spirochètes, *Treponema pallidum*, surnommé le tréponème. Le risque de transmission de l'infection est plus élevé au cours la première année qui suit la contamination. [14]

Comme d'autres IST, la syphilis est elle aussi en recrudescence en Europe et en France depuis le début des années 2000. En 2018, le réseau RésIST a recensé 1 762 diagnostics de syphilis récentes. La population la plus touchée est celle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), elle représente 79% des personnes diagnostiquées. Les hommes hétérosexuels représentent 10% des cas, tandis que les femmes hétérosexuelles, 4% des cas. Les co-infections par le VIH concernent 30% des personnes diagnostiquées pour une syphilis récente. L'utilisation régulière du préservatif au cours d'une fellation reste largement insuffisante actuellement alors que c'est un mode de contamination très efficace de la syphilis. Le risque de contracter la syphilis au cours d'un rapport sexuel avec une personne infectée est de 30%. [5,15,17]

La bactérie est facilement reconnaissable au microscope à fond noir, en effet, on observe un filament spiralé d'une brillance caractéristique, mobile, mesurant de six à 15µm de long pour un diamètre d'environ 0,2µm. Le filament est parcouru de spires régulièrement espacées, qui peuvent s'élever au nombre de six à 12. [18]

Le tréponème est un pathogène strictement humain, transmis en majorité au cours d'un contact direct lors d'un rapport sexuel (97% des cas). Il profite d'une brèche dans la peau ou les muqueuses pour s'infiltrer, mais il peut également traverser les muqueuses saines à la suite d'un contact prolongé. La transmission materno-fœtale est également possible à partir du quatrième mois de grossesse. Elle pourrait 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. [15,16,18]

La syphilis évolue en trois phases :

- La syphilis primaire débute par la période d'incubation d'une durée de trois semaines en moyenne, elle est biologiquement silencieuse mais la personne infectée est contagieuse. 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. Il est majoritairement génital (90% des cas), mais peut aussi être retrouvé au niveau buccal (8% des cas). 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 cinq à 15 mm, accompagnée d'une induration caractéristique qu'on retrouve à la palpation. 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. Non traité le chancre disparaît en quatre à six semaines sans laisser de séquelle. [5,18]
- La syphilis secondaire, stade auquel les médecins diagnostiquent le plus souvent l'infection, se développe 45 jours après l'apparition du chancre. Cette phase est aussi contagieuse que la première, et s'étend de quelques mois à un an. Cette phase 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. Elle se manifeste par des signes fonctionnels généraux non spécifiques (atteinte des ongles, céphalées, fièvre, maux de gorges, nausées, vomissement, douleurs osseuses et articulaires, etc.) et des éruptions cutanées polymorphes qui évoquent une dermatose et faussent alors le diagnostic : c'est ce qu'on appelle la roséole syphilitique. L'apparition, trois à six mois après l'apparition du chancre, de syphilides papuleuses, plus spécifiques et reconnaissables, permet de poser le diagnostic avec certitude. Elles sont caractérisées par une éruption papulo-squammeuse disséminée sur le visage et le tronc, avec une atteinte palmoplantaire plus spécifique. Un seul contact d'une syphilide contre une peau lésée permet la transmission de la bactérie. Les signes peuvent disparaître même sans traitement, mais la personne infectée reste tout de même contagieuse. [5,14,18]
- 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 deux phases précédentes, celle-ci est caractérisée par des atteintes oculaires, viscérales, cardiovasculaires ou neurologiques, associées à des lésions osseuses ou cutanéomuqueuses qui provoquent des déformations de la bouche, du nez et du pharynx. [14,18]

Pour le dépistage, deux tests sont actuellement employés : le Treponema Pallidum Hemagglutination Assay (TPHA) et le Veneral Disease Research Laboratory (VDRL). Le premier est une réaction spécifique qui permet de diagnostiquer la syphilis en identifiant les antigènes directement

responsables de l'infections. Alors que le second repose sur une réaction non spécifique : il identifie les anticorps dirigés contre tous les tréponèmes pathogènes, et est surtout utilisé pour contrôler l'efficacité thérapeutique. La sérologie syphilitique est obligatoirement prescrite lors d'une déclaration de grossesse. [5,14]

La surveillance sérologique se manifeste par un dosage quantitatif du VDRL à trois mois, six mois et un 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 dix jours après l'apparition du chancre. En cas de dépistage positif, le dépistage d'autres IST, notamment le VIH, est recommandé. [14,18]

L'antibiothérapie de référence reste comme à ses débuts la pénicilline G par voie intramusculaire, en dose unique pour la syphilis précoce, et en trois injections à une semaine d'intervalle pour la syphilis tardive. La neurosyphilis et la syphilis tertiaire nécessitent une hospitalisation. Comme pour les précédentes IST, les partenaires doivent également être dépistés et traités. [18,19]

1.2. IST VIRALES

1.2.1. 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. On estime alors à 5,6 millions le nombre de cas, dont seulement deux millions sont diagnostiqués. Cette différence s'explique notamment par le fait que les personnes atteintes ne le savent pas, ou confondent l'herpès génital avec une mycose ou un eczéma. En 2017, cette IST était encore mal connue, en effet, selon un sondage HRA Pharma/Harris, 43% des personnes pensaient que l'herpès génital pouvait être causé par un manque d'hygiène, 37% par des échanges de linge de toilettes et 35% par la cuvette des WC, alors que le virus est incapable de survivre à l'extérieur de l'organisme. L'herpès génital représente dix à 15% des IST, ce qui en fait la quatrième IST au niveau mondial et la première IST virale en France. [5,20]

Le virus de l'herpès fait partie de la famille des *Herpesviridae*, tout comme la varicelle, le zona et la mononucléose. Il existe deux souches : Herpès Simplex Virus-1 (HSV-1), à l'origine de l'herpès labial et Herpès Simplex Virus-2 (HSV-2) à l'origine de l'herpès génital. [20,21]

La primo-infection se manifeste par l'apparition de vésicules en bouquets, sur la bouche ou sur les zones génitales, accompagnée d'une sensation de brûlures et de démangeaisons. Une fois pénétré dans l'organisme, 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. Quand le virus se manifeste à nouveau, il provoque des récurrences herpétiques, également appelées crises ou poussées d'herpès. Environ 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. L'excrétion virale dure quatre à six jours, durant lesquels la personne infectée est extrêmement contagieuse. Les récurrences herpétiques peuvent être muettes : il s'agit alors d'une excrétion virale asymptomatique, c'est le cas d'un tiers des personnes, elles deviennent alors une source importante de contamination. Pour HSV-1

et HSV-2, les récurrences varient en fréquence et en intensité selon les personnes, les facteurs déclenchants sont variables selon les individus, mais chaque personne connaît généralement les circonstances de survenue propres à leur récurrence. [5,20,22]

HSV-1 est responsable de l'herpès labial dans 80% des cas, mais peut également provoquer un herpès génital dans 20% des cas, et ce notamment du fait de l'augmentation des pratiques oro-génitales à risque. Le virus se transmet par un contact muqueux avec une lésion infectée de particules virales, et se contracte majoritairement dans la petite enfance. Il s'agit d'une infection virale bénigne mais très contagieuse dont on ne peut guérir, les traitements disponibles consistent uniquement à soulager les symptômes. [5,20]

HSV-2 est majoritairement responsable de l'herpès génital, touchant 20 millions de personnes supplémentaires chaque année dans le monde, dont la plupart ignorent leur statut virologique. Les femmes sont plus touchées que les hommes. Les récurrences sont moins sévères que la primo-infection, et se répètent généralement au même endroit. Elles sont systématiquement précédées de prodromes, tels que des sensations de picotements dans les jambes, les hanches ou le fessier, des démangeaisons et des brûlures suivies d'une éruption vésiculaire, 24 à 48 heures plus tard. Lorsque ces vésicules se rompent, elles provoquent des suintements et des croûtes. Les particules d'HSV-2 sont retrouvées dans les urines et les sécrétions génitales. Chez l'homme, les lésions herpétiques se retrouvent sur la verge, et chez la femme, sur les lèvres, le capuchon du clitoris, la fourchette vulvaire, la paroi du vagin et du col. La mère peut transmettre HSV-2 à l'enfant au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement. Ceci peut entraîner un herpès néonatal chez l'enfant infecté, se manifestant sous trois formes : systémique, localisées ou des méningoencéphalites. Sans traitement, les lésions guérissent spontanément en deux ou trois semaines, sans laisser de séquelles. Les complications sont rares, mais graves et potentiellement mortelles. [5,20,21]

En cas de poussée d'herpès, une abstinence 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. [5]

Les antiviraux permettent de diminuer la sévérité des symptômes, mais en aucun cas d'éliminer le virus de l'organisme infecté. Les deux antiviraux disponibles sont l'aciclovir (Zovirax ®) et le valaciclovir (Zelitrex ®). [20]

1.2.2. 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 deux milliards de personnes infectées, 240 millions de porteurs chroniques, et plus de 780 000 décès chaque année des suites du VHB, notamment de cirrhose et de cancer du foie. En France, plus de 280 000 personnes souffrent d'une forme chronique de l'infection. [23]

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-fœtale pendant la grossesse ou à l'accouchement. Cependant, le VHB est 50 à 100 fois plus

infectieux que le VIH, il est également plus résistant aux désinfectants usuels et à la chaleur. 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. C'est pour ces raisons que le VHB représente un risque important pour le personnel soignant. [5,23,24]

Le VHB se transmet majoritairement au cours de rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale, mais aussi à caractère oro-génital, et oro-anal. 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 piercing avec du matériel contaminé, ainsi qu'au cours d'actes médicaux, chirurgicaux et dentaires, avec du matériel contaminé. Le partage d'objets contaminés par du sang présente un risque et est donc à proscrire. Si un enfant est contaminé pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, il est traité dès sa naissance par une administration d'immunoglobulines et une vaccination. En l'absence de ces mesures, on estime que 725 à 1500 nouveau-nés seraient contaminés à la naissance chaque année. Aucun traitement ne permet d'éviter la contamination materno-fœtale. [23,24]

Après une primo-infection, le VHB est éliminé par l'organisme au cours des six premiers mois dans 90% des cas, et la personne devient alors immunisée à vie. Si l'organisme ne parvient pas à éliminer le virus, l'infection s'installe et devient chronique. Dans 25% des cas, cette chronicité évolue vers une cirrhose ou un cancer du foie. La mortalité atteint 1% des personnes infectées. [5,23]

Depuis 1991, l'OMS recommande la vaccination contre le VHB. En France, depuis le premier Janvier 2018, elle fait partie des 11 vaccinations obligatoires pour l'enfant. Elle comporte deux injections à l'âge de deux mois et quatre mois, suivies d'un rappel à 11 mois. Cette vaccination est également obligatoire pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination, les professionnels de santé par exemple. [5,25]

Dans les formes aiguës, aucune thérapeutique n'est indiquée. L'abstention d'alcool est de rigueur, ainsi que l'éviction du paracétamol, ou 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. Un traitement médicamenteux n'est indiqué que dans les formes chroniques où l'on retrouve de l'Acide Désoxyribonucléique (ADN) du VHB dans le sang. Il consiste en l'injection par voie sous cutanée une fois par semaine le soir pendant six mois d'un immunomodulateur, en association ou non avec un ou plusieurs antiviraux par voie orale pour limiter les risques de résistance par mutation. Le traitement permet de freiner l'évolution de l'hépatite, il améliore l'état du foie et réduit les risques de cancers. Si la charge virale est indétectable sous traitement, le risque de transmission est moindre. Néanmoins, la meilleure prévention est de vacciner les partenaires. [5,23,24]

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le dépistage du VHB est obligatoire pendant la grossesse, ainsi que la sérovaccination des nouveau-nés de mères porteuses chroniques du VHB. [26]

1.2.3. Hépatite C

Le Virus de l'Hépatite C (VHC) n'est pas considéré comme une IST à proprement parler, mais la transmission peut être sexuelle. En France, près de 400 000 personnes sont porteuses du virus, dont 281 000 porteuses chroniques, et une incidence d'environ 5 000 nouveaux cas chaque année est estimée. Environ 150 000 personnes ignorent leur état sérologique. [27]

Le VHC appartient à la famille des *Flaviviridae*, et est dix fois moins infectieux que le VHB. Sa transmission est exclusivement sanguine. Les personnes les plus à risques sont les toxicomanes qui s'injectent de la drogue par voie intraveineuse. Dans une moindre mesure, la transmission peut être sexuelle, au cours de rapports sexuels traumatiques, en cas de présence de lésions ou encore pendant les règles d'une femme infectée. [5,27]

Le virus n'est éliminé que très rarement par l'organisme, ainsi dans 50 à 80% des cas, l'infection persiste et évolue vers la chronicité. Le VHC détruit les hépatocytes du foie et évolue vers une fibrose, ce qui entraîne une perte de fonction de l'organe. [28]

Le traitement consiste en l'injection d'antiviraux une fois par semaine pour stimuler les défenses immunitaires, associée à une prise orale d'antiviraux comme le Maviret® ayant eu l'autorisation de mise sur le marché en 2018. Si un vaccin existe pour l'hépatite B, ce n'est pas le cas de l'hépatite C. [5]

1.2.4. Papillomavirus Humain (HPV)

Le HPV est étroitement lié aux cancers du col de l'utérus, qui est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme. On note en France en 2019, environ 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 1 100 décès par an chez les femmes liés aux HPV, ces chiffres sont récurrents malgré la prévention. [29]

L'HPV est un virus de la famille des *Papillomaviridae*. 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. Les 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 (verruques vulgaires) ou muqueux (condylomes acuminés). Ces derniers sont tous deux très contagieux, en effet le taux de contamination atteint les 70%. Il existe de nombreux sérotypes mais beaucoup sont inoffensifs. Seule une petite proportion d'entre eux peut persister plusieurs années durant, et évoluer en cancer. [5,29, 30]

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 sérotypes 16 et 18 sont à eux deux responsables de 70% des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Ils sont également à l'origine des cancers de la vulve, du vagin, du pénis et de l'anus. [29-31]

Les sérotypes 6, 11, 42, 43 et 44 sont à bas risque. Le mode de contamination est sexuel, (coït, fellation, sodomie) ou lors d'un contact direct étroit avec une personne infectée. Un rapport sexuel sans pénétration ou un échange de linge de toilette peuvent donc être contaminants. Dix à

15% de la population souffriraient de réactivations virales asymptomatiques, ce qui constitue donc une source importante de contamination. Une primo-infection ne protège pas d'une réinfection. [5,29-31]

La prévalence de l'infection chez la femme varie en fonction de l'âge, liée à l'évolution de leur vie sexuelle. Ainsi, l'infection à HPV touche particulièrement les femmes jeunes âgées de 15 à 24 ans, car elle se transmet surtout dans les premières années de l'activité sexuelle. 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 avant d'augmenter aux alentours de 45 ans. Une sexualité précoce, des partenaires sexuels multiples, d'autres IST associées, et une immunodéficience augmentent le risque qu'une infection à HPV persiste et évolue vers un cancer. L'infection à HPV est le plus souvent transitoire, et le virus est éliminé par l'organisme en 24 mois dans 90% des cas. [29-31]

La présence de microlésions au niveau des muqueuses buccales, génitales ou anales facilite la transmission du virus. Le virus se transmet par contact direct, et non par le sperme, le sang ou les liquides biologiques. La contamination par rapports digitaux-génitaux est possible, ce qui expliquerait que des jeunes femmes vierges aient pu le contracter. L'auto-transmission n'est donc pas à négliger. La transmission materno-fœtale peut se faire à plusieurs stades de la grossesse, par passage transplacentaire des particules virales. [5, 29-31]

Il existe un moyen de prévention primaire concernant le HPV. Celui-ci repose sur la vaccination des filles et garçons âgés de 11 à 14 ans depuis le 1^{er} Janvier 2021 avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans. Entre 11 et 14 ans révolus, la vaccination se fait selon un schéma à deux doses (M0, M6). Un rattrapage est possible de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à trois doses (M0, M2, M6). Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont également visés par cette prévention et peuvent ainsi bénéficier de la vaccination contre le HPV jusqu'à 26 ans révolus selon un schéma à trois doses. Selon les recommandations de la HAS de 2020, seul le vaccin Gardasil 9 ® est recommandé pour débiter une nouvelle vaccination. [29-32]

La prévention secondaire du cancer du col de l'utérus repose sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCV) ou d'un test HPV entre 25 et 65 ans chez toutes les femmes, qu'elles soient ou non vaccinées. En France, de 25 à 30 ans, le test de dépistage est réalisé par un examen cytologique tous les trois ans, après deux premiers tests réalisés à un an d'intervalle et dont les résultats sont normaux. A partir de 30 ans, le dépistage repose sur la réalisation d'un test HPV tous les cinq ans. En cas de découvertes d'anomalies, des examens complémentaires seront réalisés. [29, 33]

1.2.5. Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Le VIH appartient à la famille des *Rétrovirus*. Sa transmission requiert un contact proche et non protégé avec les liquides biologiques d'une personne contaminée : sang, lait maternel, sperme et sécrétions vaginales. La transmission materno-fœtale est possible pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. 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. En France, près de 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2018, ce qui traduit une diminution de 7% par rapport à 2017. On estime cependant à plus de 24 000 le nombre de personnes ignorant leur positivité. [5, 33-35]

Le VIH a une évolution silencieuse. La primo-infection, quand elle n'est pas asymptomatique, se manifeste par des symptômes généraux aspécifiques : syndrome grippal avec fièvre, fatigue, maux de gorge mimant une angine ou une mononucléose, des douleurs musculaires ou articulaires, ganglions enflés au cou, aux aisselles ou à l'aîne, et parfois diarrhée et perte importante de poids. Le risque de transmission est plus important dans les premiers mois suivant la contamination, cependant la découverte du statut sérologique est souvent tardive. [5, 36]

Le VIH a la particularité de s'attaquer au système immunitaire de l'organisme infecté. Un VIH non traité évolue en deux à 15 ans vers le stade SIDA, qui est le stade le plus avancé de l'infection. Le VIH pénètre dans l'organisme, se lie aux surfaces des cellules immunitaires, et les détruit en utilisant leur matériel génétique pour se répliquer. Bien souvent, 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 alors asymptomatique, et peut le rester pendant quelques semaines voire années. La destruction progressive des cellules immunitaires entraîne l'émergence d'infections opportunistes et/ou de néoplasies inhabituelles. [35,36]

Le diagnostic de l'infection à VIH se fait à l'aide de tests sérologiques. La méthode immunoenzymatique, appelée Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) 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, anti gp 120 ou gp 160). L'hôte infecté produit des anticorps en 21 jours, ils sont donc indétectables dans les trois semaines suivant la contamination : c'est la fenêtre sérologique. [5, 36,37]

Il existe aujourd'hui des Test de Diagnostic Rapide (TDR), disponibles en officine, ils détectent la présence ou l'absence d'anticorps anti-VIH et donnent un résultat en 30 minutes. Ils 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, du Western Blot ainsi que des TDR sont totalement fiables trois mois après une prise de risque. [37]

On ne peut pas en guérir mais uniquement en ralentir l'évolution. Des traitements antiviraux efficaces sont aujourd'hui disponibles pour améliorer le confort et l'espérance de vie. Le traitement de référence est souvent une association de deux, voire trois anti-rétroviraux, ayant pour but de réduire la charge virale jusqu'à la rendre indétectable. Pris correctement, ils diminuent le risque de transmission de 96%. [36,37]

En cas de prise de risque d'une personne VIH négatif, une prophylaxie post-exposition consiste à prendre un traitement antirétroviral dans les 72 heures suivant l'exposition pour en prévenir l'infection. Plus le traitement est pris tôt, plus il sera efficace. Le traitement est à poursuivre pendant 28 jours, au bout desquels un test de dépistage est effectué [38]

Une prophylaxie pré-exposition (PrEP) est également disponible pour le partenaire VIH négatif. Il s'agit d'une association de deux antirétroviraux. Une prise avant et après un rapport sexuel diminue de 86% le risque de contracter le VIH. Depuis 2016, le médicament est pris en charge dans

cette indication, mais uniquement s'il est prescrit par un hôpital ou un centre de dépistage. Sa prise en prévention nécessite un contrôle et un suivi régulier, reposant sur un dépistage du VIH tous les trois mois. Il cible particulièrement les personnes à risque qui ne peuvent ou ne veulent pas utiliser de préservatif, mais il ne substitue en rien l'utilisation d'un préservatif restant à ce jour la meilleure prévention contre les VIH et les autres IST. [38, 39]

1.3. IST PARASITAIRES

La Trichomonase est une IST parasitaire due à *Trichomonas Vaginalis* causant des infections vaginales ou du tractus génital masculin. Elle peut être asymptomatique ou se manifester par une urétrite, une vaginite ou une cystite. Le diagnostic repose sur l'examen microscopique direct. Le traitement se fait par Métronidazole, les partenaires sexuels doivent également être traités. [40]

2. RECOMMANDATIONS DE DEPISTAGE

Selon les recommandations de l'HAS, le dépistage du VIH doit être intégré dans une approche préventive globale incluant l'ensemble des IST et les Hépatites B et C de façon variable selon les populations à risques. Il doit être proposé de manière ciblée et régulière aux personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. Cette démarche de dépistage est basée sur le volontariat, et le respect de la confidentialité. L'HAS recommande également la proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH à toute femme enceinte au moment de la première consultation prénatale. [41]

A l'heure actuelle, le préservatif qu'il soit masculin ou féminin, représente la seule méthode de contraception efficace contre les IST. Selon l'HAS, il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST est recherchée. L'utilisation de manière systématique du préservatif ne devrait être arrêtée qu'après réalisation, par les deux partenaires, d'un test de dépistage de l'ensemble des IST. [7, 42]

3. EN POPULATION GENERALE

Selon les chiffres de 2020, 5,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale. L'activité de dépistage du VIH, avait augmenté entre 2013 et 2019. Elle a diminué de 14% entre 2019 et 2020, en raison d'une baisse importante du recours au dépistage lors du premier confinement au printemps 2020 dû à la crise Covid. [43]

La transmission maternofoetale du VIH est actuellement inférieure à 1% dans les pays industrialisés. Ceci grâce au dépistage recommandé en début de grossesse pour toutes les femmes enceintes avec nécessité de leur accord pour la réalisation, ainsi qu'à la mise en place possible de traitement pendant la grossesse.

Selon une étude menée en 2018 en Moselle, seule une faible proportion de sages-femmes libérales dépistaient systématiquement leur patiente pour le VIH au cours du suivi gynécologique alors qu'elles le font presque toutes en début de grossesse comme le recommande l'HAS. Une seconde étude réalisée en 2007 à Tours montre que dans 72,9% des cas, les deux partenaires avaient réalisé un test de dépistage du VIH avant la grossesse. Elle montre également que l'amélioration du dépistage anténatal nécessite, une proposition systématique du test et une meilleure connaissance par les patientes des risques de contaminations liés à la grossesse. [44,45]

4. RISQUE DE GROSSESSES NON PREVUES

L'étude Baromètre de Santé Publique France, réalisée en 2016 a montré que la couverture contraceptive est importante. En effet plus de 90% des femmes concernées par la contraception utilisent une méthode pour éviter une grossesse. Cependant, lorsque l'on rapporte ces chiffres à l'ensemble des grossesses, on note que le taux de grossesses non prévues était d'un tiers en 2010. Ces grossesses s'expliqueraient par l'inadéquation entre les méthodes de contraception utilisées et le mode de vie des femmes. En effet, la pilule contraceptive et le préservatif sont les méthodes les plus utilisées aux âges les plus fertiles, ces dernières peuvent poser des problèmes d'observance et d'utilisation. [46-47]

On observe depuis 2012 et suite à la crise des pilules, ayant mis en avant un risque plus important de thrombose veineuse pour les pilules de troisième et de quatrième génération, une baisse d'utilisation de cette méthode de contraception et un recours à des méthodes plus ou moins efficaces selon les groupes sociaux. Ainsi, les femmes qui avaient des difficultés financières se sont tournées vers des méthodes de contraception plus naturelles. [47]

De plus, cette étude de Santé Publique France (SPF) a montré qu'en 2016, 12% des femmes vivant en Ile-de-France âgées de 15 à 49 ans et concernées par la contraception ont déclaré avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années, cela est également observé dans les autres régions. Six facteurs de risques ont été identifiés en ce qui concerne les grossesses non prévues en Ile-de-France :

- Le jeune âge,
- Le fait d'avoir au moins un enfant
- Avoir renoncé à des soins pour motif financier au cours des douze derniers mois
- Ne pas disposer de couverture maladie complémentaire
- Avoir eu des rapports sexuels avec des femmes
- Avoir eu plus de trois partenaires sexuels masculins dans l'année. [47]

Selon un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la France enregistrait en 2019, 232 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG), soit le nombre le plus élevé depuis les années 1990. Ce sont les jeunes femmes âgées de 20 à 29 ans qui restent les plus concernées par l'IVG, cependant, une augmentation est à noter chez les femmes trentenaires depuis les années 2010. La hausse la plus marquée concerne les femmes âgées de 30 à 34 ans, alors que le taux de recours diminue chez les femmes de moins de 20 ans passant ainsi de 10,5 pour 1000 en 2010 à 5,7 en 2019. Par la suite, des chiffres légèrement en baisse ont été observés, mais ceux-ci peuvent être expliqués par la crise Covid. [48]

Des disparités régionales sont à identifier, en effet, en métropole les taux de recours les plus faibles sont enregistrés en Pays de la Loire, en Bretagne et dans la région Grand-Est (12,9 IVG pour 1 000 femmes) tandis qu'ils atteignent 19,4 IVG pour 1 000 femmes en Corse voire 22,9 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces disparités sont principalement dues à des différences de comportement sexuel entre les régions. [47]

L'utilisation de la contraception d'urgence semble augmenter ces dernières années chez les adolescentes. Il s'agit encore cependant d'un sujet tabou pouvant être lié à des sentiments de culpabilité, de honte associée à une méconnaissance de cette contraception et de leur propre corps. Une des dernières études retrouvée datant de 2016, indique que 6,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois. Cette utilisation était liée à la façon dont les femmes se protégeaient d'un risque de grossesse lors de leurs rapports sexuels. Cette étude suggère que la promotion de la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière doit être soutenue dans un contexte de stabilité du nombre de grossesses non prévue et d'interruptions volontaires de grossesse. [49,50]

5. ROLE DE LA SAGE-FEMME ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

5.1. ROLE DE LA SAGE-FEMME

La profession de sage-femme est définie dans le code de la santé publique comme une profession médicale à compétences définies. Au-delà de l'aspect obstétrical de la profession, les sages-femmes se voient attribuer de plus en plus de compétences gynécologiques depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HSPT) du 21 Juillet 2009. Ainsi la sage-femme peut pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situation pathologique. [51]

En France, le suivi gynécologique de prévention aborde des thèmes comme la sexualité, la contraception, les IST, les cancers féminins ou les violences faites aux femmes. [51]

La sage-femme a un rôle important à jouer dans la prévention des IST et des grossesses non prévues. En effet, d'après le code de déontologie, la sage-femme est en compétence d'accompagner la santé génésique des femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception. La loi de 2016 sur la modernisation du système de santé renforce ce rôle de prévention des sages-femmes. [51]

La consultation gynécologique de prévention a pour objectif la lutte contre les IST. Ce point est d'autant plus important que la France connaît une récente recrudescence des IST avec une augmentation des cas de VIH, de syphilis, de gonococcies et d'infections à Chlamydiae Trachomatis. Cette tendance semble s'expliquée par un relâchement des pratiques de prévention. [51]

Depuis quelques années, le champ de compétences des sages-femmes en matière d'IVG s'est élargi. En 2016, elles ont été autorisées à réaliser les IVG médicamenteuses. La loi du 2 Mars 2022, les autorisent à réaliser les IVG par voie chirurgicale sous certaines conditions après que la loi du 14 Décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 l'ait prévu à titre expérimental. [52]

La formation initiale des sages-femmes comporte des enseignements spécifiques sur les IST et les grossesses non désirées.

5.2. ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer dans la lutte des IST. D'une part, par leur proximité avec les patients sur leur lieu de travail, que ce soit à l'hôpital ou en libéral, c'est à eux que le patient s'adressera en cas de questionnement. Tout professionnel de santé est ainsi susceptible de

faire face à des questionnements concernant les rapports sexuels à risques. D'autre part, le professionnel de santé a souvent une symbolique au sein de son cercle familial, il est celui qui a la connaissance de tout ce qui touche à la santé et aux maladies. Il peut ainsi véhiculer des informations permettant d'améliorer la santé de ses proches. Cependant, si celui-ci a des connaissances erronées, il va faire passer un message tronqué de la réalité. En tant que futurs professionnels de santé, les étudiants ont déjà un rôle à jouer pendant leur formation, notamment sur leurs lieux de stage, dans leur entourage et dans leurs pratiques. Certains reçoivent durant leur formation des enseignements sur les IST et sur les grossesses prévues ou non.

La question « quelles connaissances, attitudes et pratiques ont les étudiants paramédicaux concernant le risque de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé » peut alors se poser.

Tableau I: Enseignements sur les IST et grossesse selon les formations – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021

	Infirmiers	Ergothérapeutes	Orthophonistes	Manipulateurs de radiologie médicale
Durée des études	3 ans	3 ans	5 ans	3 ans
Enseignement sur les IST et grossesse	Oui	Oui	Non	Oui
Enseignement détaillé sur les IST	Non	Oui	Non	Oui

PARTIE 2 : METHODE

1. PREAMBULE

Les étudiants en masso-kinésithérapie, étaient initialement inclus dans l'étude, après trois relances de ma part et une relance du directeur de mémoire et en absence d'autorisations de la direction de l'institut de formation de Masso-Kinésithérapie (IFMK), les étudiants seront donc exclus de l'étude.

2. PROBLEMATIQUE

L'étude menée avait pour but de répondre à la question suivante : Quelles connaissances, attitudes et pratiques ont les étudiants paramédicaux de l'université de Lorraine concernant le risque de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé en 2021 ?

3. OBJECTIFS

3.1. BENEFICES ATTENDUS

Les bénéfices attendus de cette étude étaient de pouvoir mettre à jour les connaissances des étudiants paramédicaux et leur transmettre les dernières recommandations afin de promouvoir un comportement favorable en matière de sexualité.

3.2. OBJECTIFS : PRINCIPAL ET SECONDAIRES

L'objectif principal de ce mémoire a été de faire, du 13 Octobre 2021 au 14 Janvier 2022, un état des lieux des connaissances à propos du risque de grossesse et ceux liés aux IST lors de rapports non ou mal protégés chez les étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient :

- Identifier les connaissances en matière de rapports sexuels à risques
- Identifier les comportements à risque des étudiants.
- Décrire les représentations des étudiants en santé concernant les rapports sexuels à risque.

4. HYPOTHESES

Plusieurs hypothèses ont été formulées :

- H1 : Les étudiants paramédicaux connaissent le risque de grossesse associé à un rapport non ou mal protégé.
- H2 : Les étudiants paramédicaux connaissent le risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé.
- H3 : Les étudiants paramédicaux savent comment agir à la suite d'un rapport sexuel à risque.
- H4 : Les étudiants paramédicaux connaissent les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule.
- H5 : Les étudiants paramédicaux ont des pratiques sexuelles en lien avec les recommandations d'usage.
- H6 : Il existe une différence de connaissances selon les différentes formations suivies.

5. CRITERES DE JUGEMENT : PRINCIPAL ET SECONDAIRES

Plusieurs critères de jugement ont été définis :

- Connaissances des IST.
- Connaissance du mode de transmission des IST.
- Connaissance des moyens de préventions des IST.
- Connaissance de la conduite à tenir en cas de rapport sexuel à risque de grossesse et/ou d'IST
- Connaissance des délais de réalisation d'une IVG.

6. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES

6.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude observationnelle quantitative, descriptive par voie de questionnaires auto-administrés, multicentriques sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant les rapports sexuels à risques des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine de Metz et Nancy en 2021.

6.2. POPULATION DE L'ETUDE

La population étudiée était constituée des étudiants paramédicaux des sites de Metz et Nancy de l'Université de Lorraine.

Ont été inclus dans cette étude les étudiants en formation initiale en soins infirmiers du site de Metz et Peltre, en ergothérapie, en orthophonie et les étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale de Nancy.

N'ont pas été inclus dans l'étude les étudiants en puériculture, les élèves aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

Ont été exclus les étudiants de l'IFMK de Nancy, ainsi que les questionnaires incomplets à 20% et plus.

6.3. RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été recueillies à l'aide d'auto-questionnaires anonymes à destination des étudiants. (1) Ils ont été diffusés par l'intermédiaire des directions des instituts de formation pour les étudiants en ergothérapie, manipulateurs d'électroradiologie médicale, les étudiants en orthophonie et en soins infirmiers.

6.4. GESTION DES DONNEES

Les données ont été traitées grâce à Google Form puis avec Microsoft Office (Word et Excel). Les tests statistiques de Fischer et du Khi2 avec un intervalle de confiance à 95% ont été utilisés afin de comparer les connaissances des différentes filières interrogées.

6.5. LIEU ET PERIODE D'ETUDE

L'étude a été réalisée à l'Université de Lorraine, sur les sites de Metz et Nancy, du 13 Octobre 2021 au 14 Janvier 2022.

6.6. PROCEDURE DE MINIMISATIONS DES BIAIS

Les biais ont été minimisés par différents classements des provenances des populations en n'incluant pas les étudiants de maïeutique. En effet, les réponses ont été classées selon la formation suivie.

Malgré ces précautions, des biais ont tout de même pu être constatés par le mode déclaratif du fait des auto-questionnaires. De plus, un biais de sélection a été noté car la catégorie sociale interrogée pouvait présenter des connaissances sur le sujet.

Il peut exister un biais de mémorisation du fait que les étudiants aient pu bénéficier d'information prévention en matière de sexualité au cours desquelles ces thèmes ont été abordés.

PARTIE 3 : RESULTATS

1. GENERALITES

1.1. TAUX DE PARTICIPATION

Le questionnaire s'adressait à 1086 étudiants, 407 réponses ont été obtenues sur la durée de l'étude, soit un taux de participation de 37,48%. La totalité des questionnaires a été exploitée.

Tableau II : Population d'étude – Etude comportements à risques sexuels - Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021

	Nombre d'étudiants concernés n = 1086	Nombre de réponses n = 407	Taux de participation (%)	Représentation dans l'étude (%)
Etudiants en soins infirmiers	600	207	34,5	51
Etudiants en ergothérapie	151	63	41,7	15
Etudiants en orthophonie	200	74	37,0	18
Etudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale	135	63	46,7	15

1.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION

Sur les 407 personnes interrogées, 370 étaient des femmes (91%) et 37 étaient des hommes (9%). 12 étudiants avaient moins de 18 ans (3%), 237 avaient entre 18 et 20 ans (58%), 132 étudiants avaient entre 21 et 30 ans (33%) et 26 avaient plus de 30 ans (6%).

Les différentes formations interrogées nécessitaient un nombre d'année d'étude allant de trois à cinq ans selon le cursus suivi.

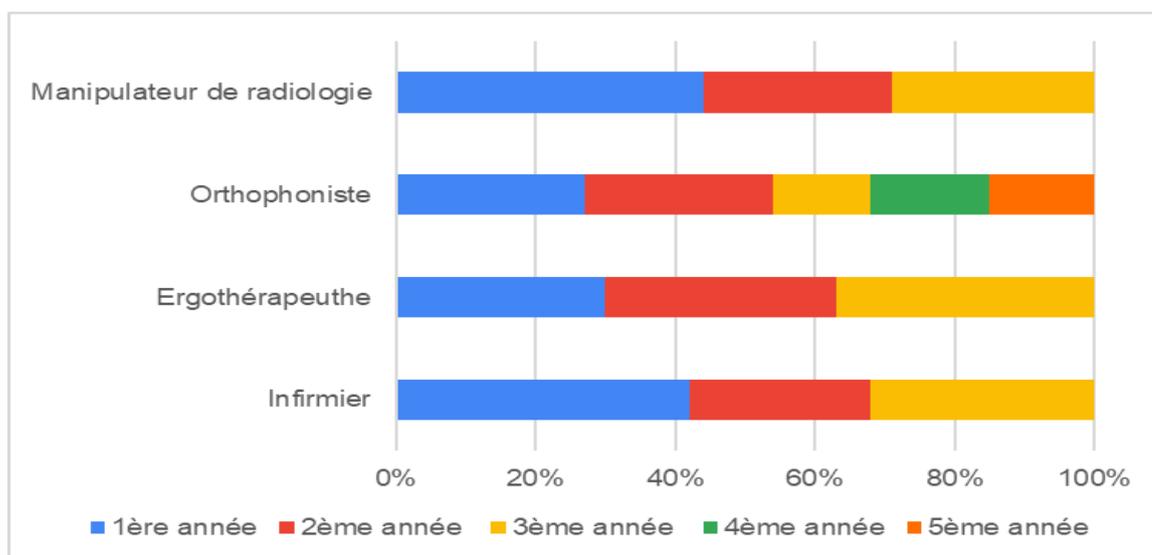


Figure 1 : Année de formation des étudiants – Etude comportements à risques sexuels- Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 (n=407)

1.3. RISQUES D'UN RAPPORT SEXUEL NON OU MAL PROTEGE

Un rapport sexuel, qu'il ait été non ou mal protégé comportait deux risques, celui d'une grossesse non prévue et le risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles.

Tableau III : Risques associés à un rapport sexuel mal protégé – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de Santé – Université de Lorraine – 2021 (n = 407)

	Réponse « Risque de grossesse » Effectif (%)	Réponse « Risque d'IST » Effectif (%)	Réponse « Les deux » Effectif (%)	Réponses « Aucun » Effectif (%)
Sans distinction de formation (n= 407)	0 (0%)	22 (5%)	385 (95%)	0 (0%)
Selon la formation suivie				
Infirmier (n= 207)	0 (0%)	9 (4%)	198 (96%)	0 (0%)
Ergothérapeute (n = 63)	0 (0%)	4 (6%)	59 (94%)	0 (0%)
Orthophoniste (n = 74)	0 (0%)	5 (7%)	69 (93%)	0 (0%)
Manipulateur de radiologie (n =63)	0 (0%)	4 (6%)	59 (94%)	0 (0%)

2. GROSSESSE NON PREVUE

2.1. DELAIS D'OUBLI DE PILULE

Les mesures à prendre lors d'un oubli de pilule variaient selon le type de pilule et la durée depuis l'heure de prise habituelle.

La majorité des pilules avait une durée de couverture de 12 heures, seules les pilules microprogestatives au lévonorgestrel possédaient un délai de trois heures.

De manière générale, les mesures à prendre étaient :

- En cas de vomissements et diarrhées dans les quatre heures suivant la prise, il était nécessaire de reprendre un comprimé, car le comprimé n'avait pas eu le temps d'être assimilé par l'organisme, la personne n'était donc pas protégée.
- Si l'oubli datait de moins de 12 heures, il fallait prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre la plaquette à l'heure habituelle.
- Si l'oubli datait de plus de 12 heures, il fallait prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre la plaquette à l'heure habituelle, utiliser en cas de rapport sexuel dans les sept jours suivant une méthode de contraception mécanique (préservatifs par exemple) et utiliser une méthode de contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les cinq jours précédant l'oubli. [53]

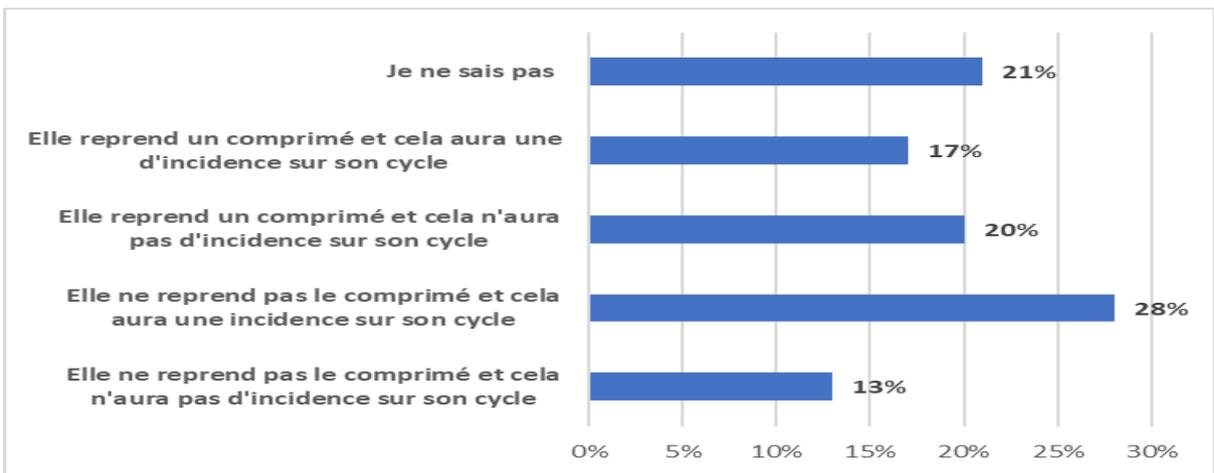


Figure 2 : Conduite à tenir en cas de vomissements dans les 2 heures suivant la prise de pilule – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 (n=407)

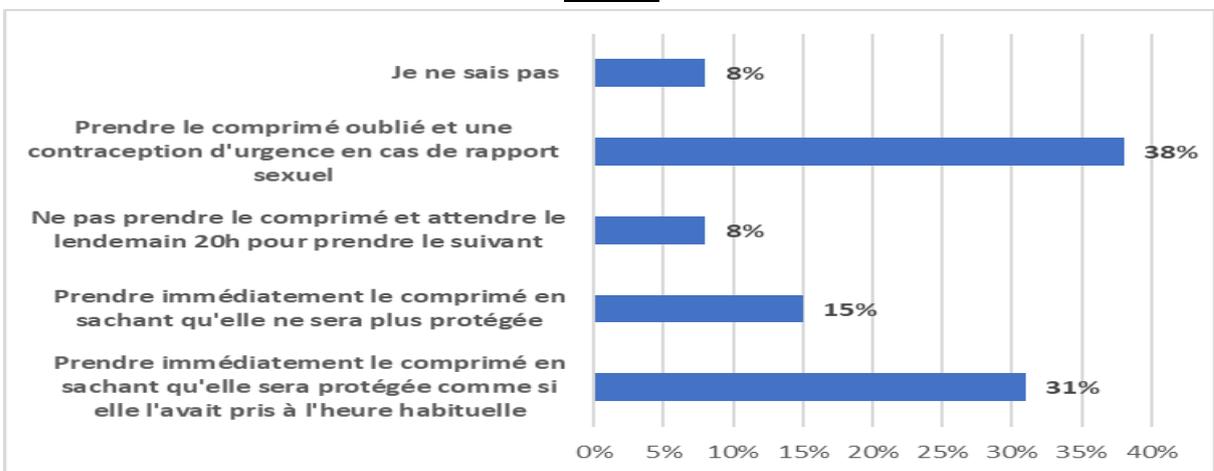


Figure 3 : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de moins de 12 heures – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de Santé – Université de Lorraine – 2021 (n=407)

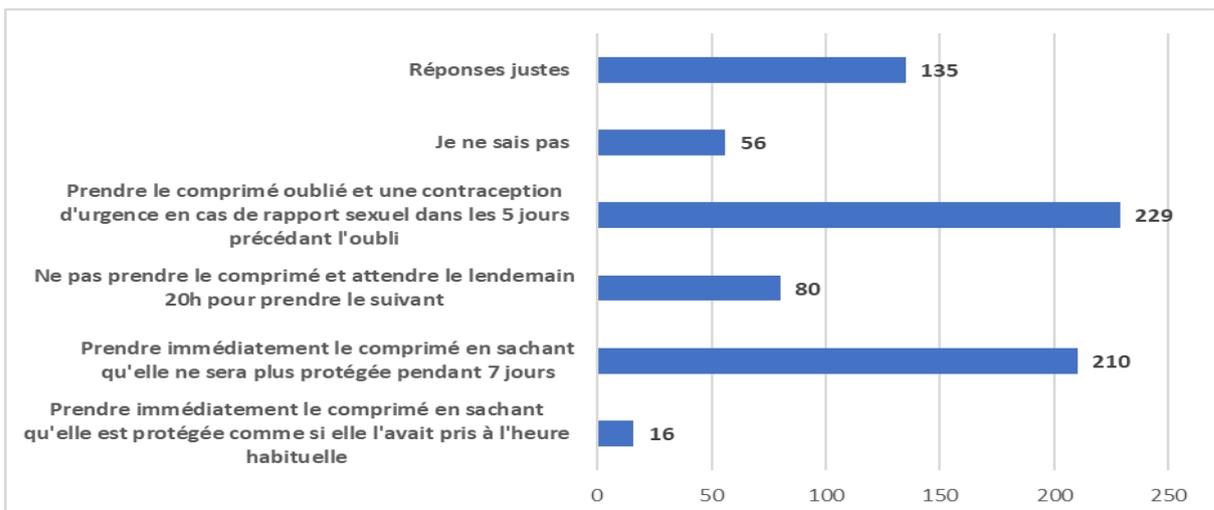


Figure 4 : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 heures – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 – (n = 407) - Plusieurs réponses possibles.

2.2. DELAIS DE REALISATION DE L'IVG (EN 2021)

2.2.1. Croyances des étudiants en santé

A la question « Pensez-vous que les jeunes femmes sont plus concernées par l'IVG que les femmes de plus de 30 ans ? », 252 étudiants ont répondu « oui » soit 62% d'entre eux, et 155 ont répondu « non » soit 38%.

2.2.2. Réalisation de l'IVG

D'après les recommandations de l'HAS d'Avril 2021, une IVG médicamenteuse pouvait être réalisée avant 9SA en ville ou dans un établissement de santé. Au-delà de ce délai et jusque 14SA révolues, une IVG chirurgicale était recommandée. [54]

Tableau IV : Connaissances des délais de réalisation de l'IVG – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 – (n=407) - Plusieurs réponses possibles

	IVG médicamenteuse à domicile jusque 7SA Effectif (%)	IVG médicamenteuse en établissement de santé jusque 9SA Effectifs (%)	IVG chirurgicale jusque 14SA Effectifs (%)	Ne sait pas Effectifs (%)	Réponse complète Effectifs (%)
Sans distinction de formation	185 (45%)	186 (46%)	202 (50%)	130 (32%)	75 (18%)
Selon la formation suivie					
Infirmier	102 (49%)	94 (45%)	108 (52%)	60 (29%)	42 (20%)
Ergothérapeutes	29 (46%)	34 (54%)	34 (54%)	19 (30%)	14 (22%)
Orthophonistes	31 (42%)	35 (47%)	32 (43%)	27 (38%)	11 (15%)
Manipulateurs de radiologie	23 (37%)	23 (37%)	28 (44%)	24 (38%)	8 (13%)

3. RISQUE D'IST

3.1. DEFINITION DU RAPPORT SEXUEL A RISQUE

Un rapport sexuel était considéré comme protégé concernant les IST, à partir du moment où il y a utilisation d'un préservatif masculin ou féminin, ou lorsque l'ensemble des partenaires ont effectué un dépistage des IST et que ceux-ci étaient négatifs.

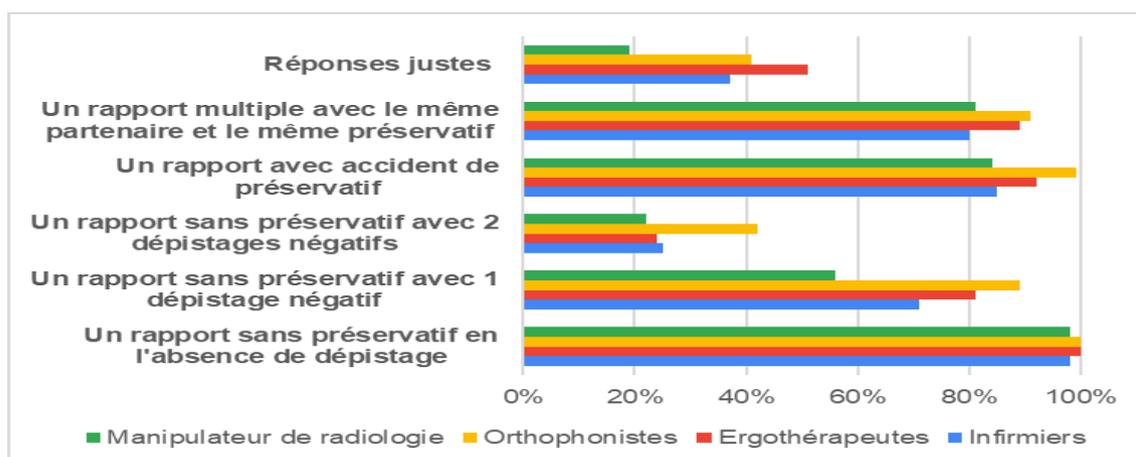


Figure 5 : Définition du rapport sexuel à risque – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de Santé – Université de Lorraine – 2021 – (n=407) - Plusieurs réponses possibles

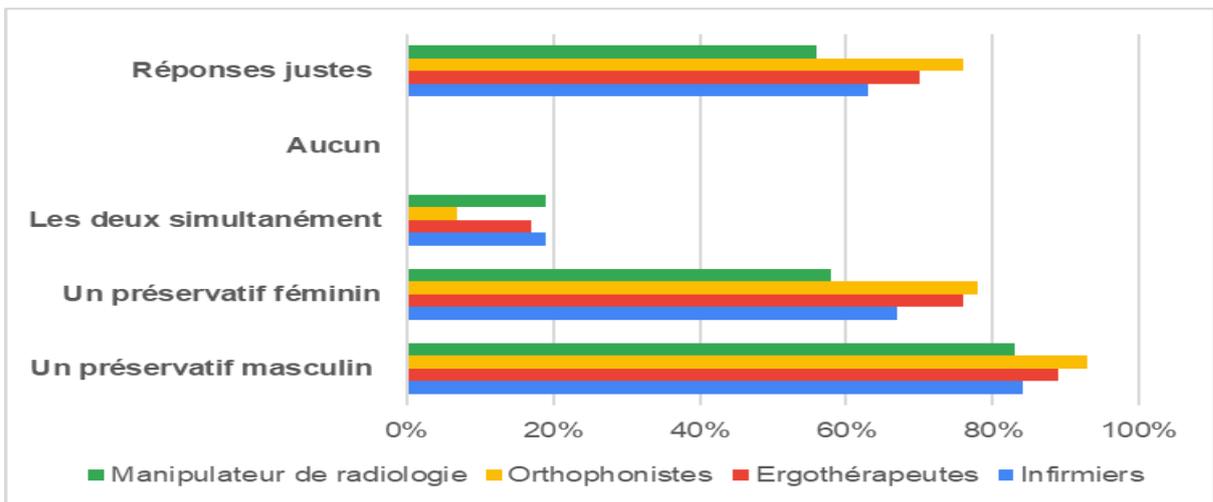


Figure 6 : Moyens mécaniques de prévention des IST – Etude comportements à risques sexuels – Ecole de santé – Université de Lorraine – 2021 – (n=407) - Plusieurs réponses possibles

3.2. FACTEURS DE RISQUE D'IST

Il existait plusieurs facteurs de risque de contracter une IST lors d'un rapport sexuel à risque.

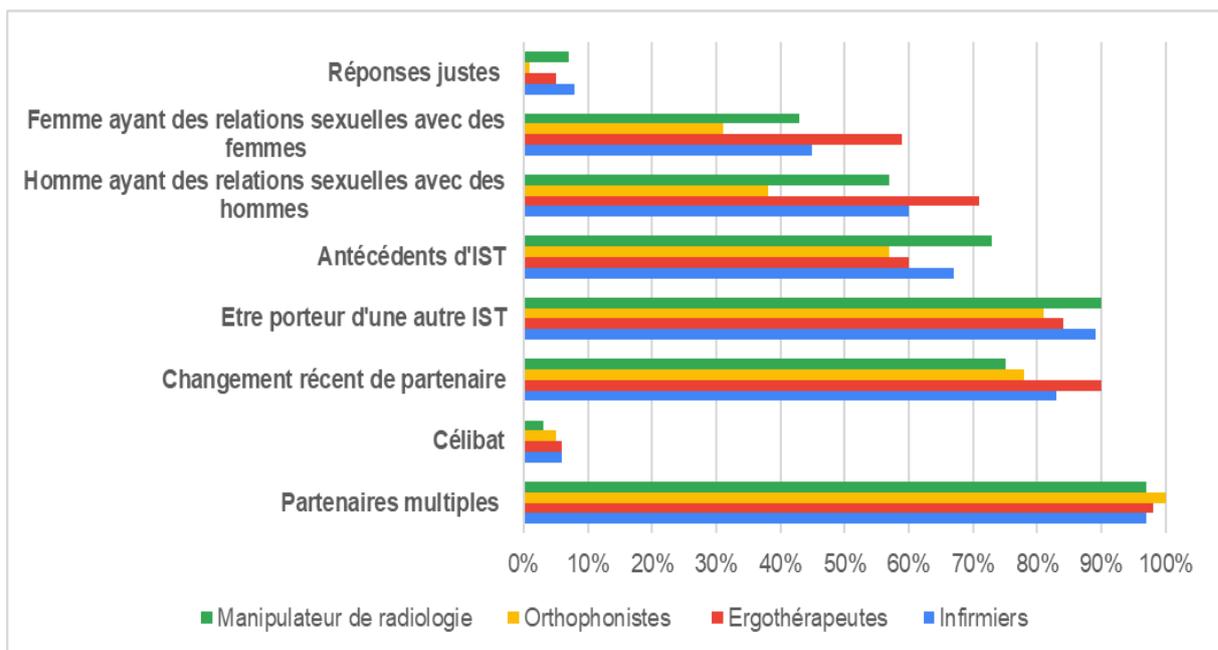


Figure 7 : Facteurs de risques d'IST – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 – (n=407) - Plusieurs réponses possibles.

3.3. PRATIQUES SEXUELLES A RISQUE POTENTIEL

Les IST pouvaient se transmettre lors de fellation, cunnilingus ou lors des pénétrations vaginales ou anales, dès lors que celles-ci n'étaient pas protégées ou qu'un test de dépistage des IST n'avait pas été réalisé chez les partenaires.

Tableau V : Mode de transmission des IST – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 – (n=407) - Plusieurs réponses possibles

	Fellation Effectif (%)	Cunnilingus Effectif (%)	Pénétration vaginale Effectif (%)	Pénétration anale Effectif (%)	Réponse complète Effectif (%)
Sans distinction de formation	357 (88%)	335 (82%)	406 (99%)	377 (93%)	318 (78%)
Selon la formation suivie					
Infirmiers	175 (85%)	165 (80%)	206 (99%)	189 (91%)	154 (74%)
Ergothérapeutes	59 (94%)	58 (92%)	63 (100%)	60 (95%)	56 (89%)
Orthophonistes	66 (89%)	62 (84%)	74 (100%)	71 (96%)	60 (81%)
Manipulateurs de radiologie	57 (90%)	50 (79%)	63 (100%)	57 (90%)	48 (76%)

3.4. CONNAISSANCES DES ETUDIANTS

3.4.1. Mode de transmission des IST

Un contact « pénis-vagin » ne constituait pas la seule voie de contamination en ce qui concernait les IST. En effet, les IST se transmettaient principalement par contact cutané lors d'un rapport sexuel vaginal, anal ou oral. Une femme ayant des relations sexuelles avec une autre femme pouvait donc contracter une IST, ces couples devaient donc également réaliser un test de dépistage des IST.

A la question « Un contact pénis-vagin est-il la seule voie de transmission des IST ? », 388 ont répondu « Non » soit 95% des personnes interrogées et 19 ont répondu « Oui » ce qui correspond à 5% des étudiants.

A la question « Une femme ayant des relations sexuelles avec une autre femme n'a pas de risque de contracter une IST et donc n'a pas besoin de faire de test de dépistage des IST », 390 étudiants ont répondu « Non » soit 97% et 17 ont répondu « oui » soit 3%.

3.4.2. Prévention des IST

Bien que certains traitements existaient pour limiter les effets à long terme des IST, toutes ne possédaient pas un traitement permettant à la personne infectée de guérir. Un vaccin existait cependant pour certaines IST, ils constituaient ainsi un moyen de prévention de celles-ci. [55]

94% des étudiants avaient conscience que les IST n'étaient pas toutes guérissables et qu'il existait un vaccin pour certaines d'entre elles.

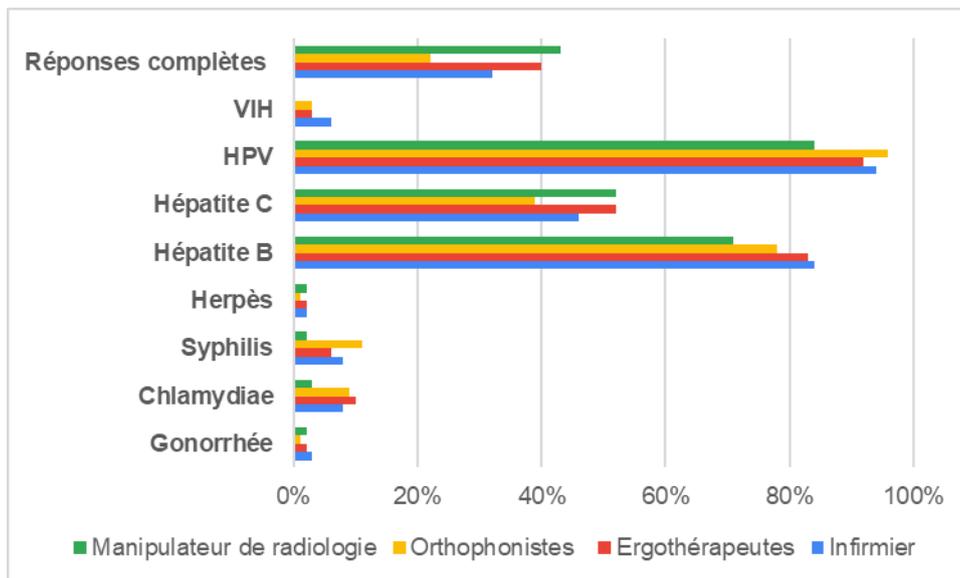


Figure 8 : Connaissances des vaccins éventuels pour les IST– Etudes comportements à risques sexuels – Ecoles de santé - Université de Lorraine – 2021 – (n=386)

3.4.3. Connaissances concernant le HPV

Depuis le 1^{er} Janvier 2021, le vaccin du HPV est recommandé pour tous les jeunes adolescents garçons ou filles de 11 à 14 ans avec un schéma à deux doses (M0, M6) et un rattrapage possible jusqu'à 19 ans avec un schéma à trois doses (M0, M2, M6). De plus, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, la vaccination jusqu'à 26 ans révolus est maintenue, selon un schéma à trois doses (M0, M2, M6). [32]

A la question : « Le vaccin HPV est-il réservé uniquement aux jeunes filles jusqu'à l'âge de 19ans ? », 81% des étudiants paramédicaux avaient répondu non.

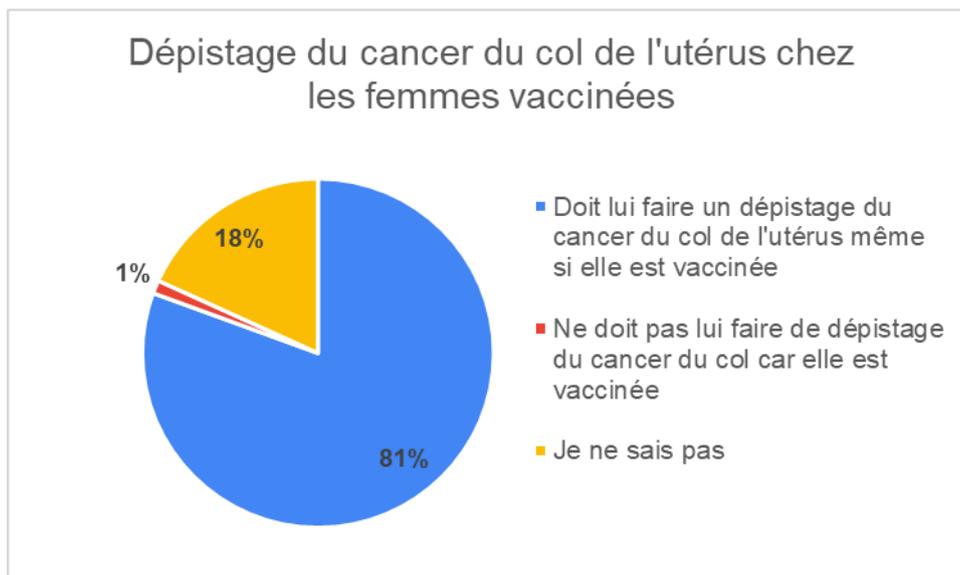


Figure 9 : Dépistage du cancer du col de l'utérus – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 – (n =407)

3.4.4. Dépistage des IST

Dès lors qu'une relation sexuelle avait lieu sans moyen de protection des IST, le seul moyen d'être certain de ne pas avoir de risque de transmission était la réalisation d'un test de dépistage pour l'ensemble des partenaires.

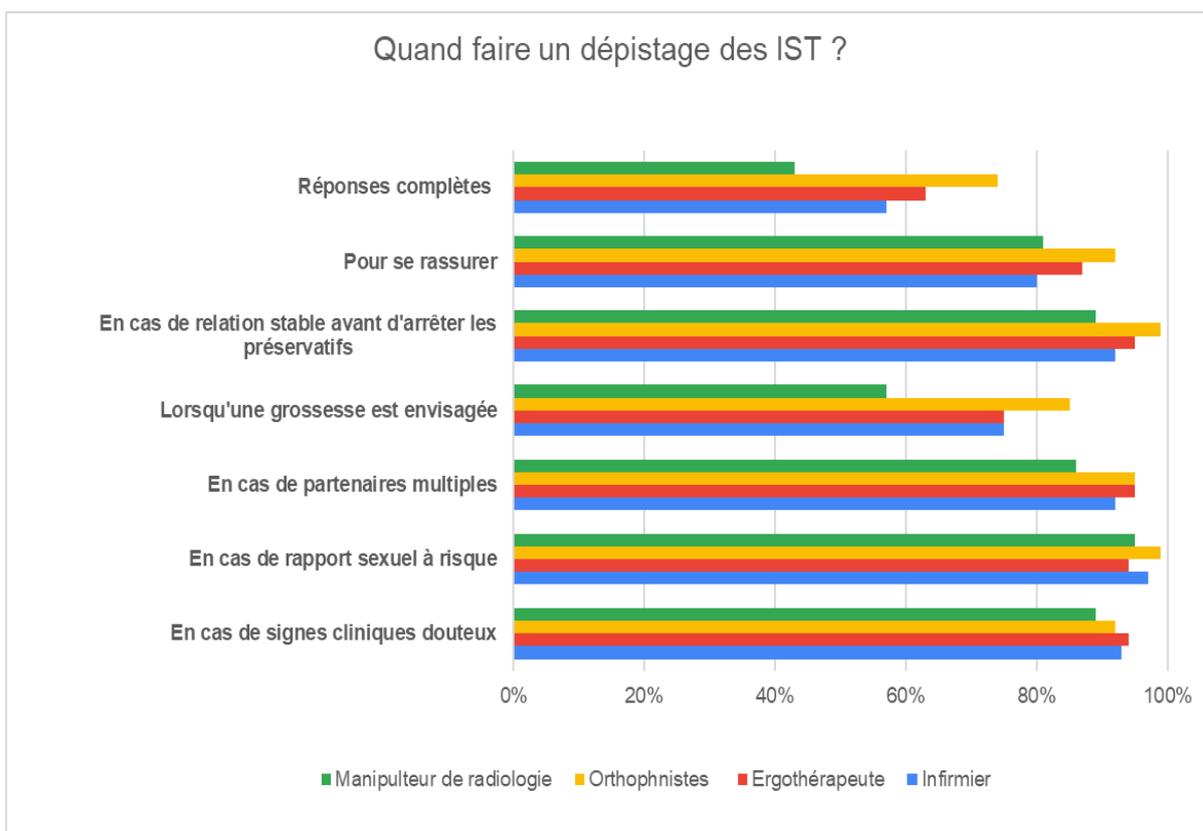


Figure 10 : Dépistage des IST- Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – 2021 – (n=407) - Plusieurs réponses possibles

3.4.5. Cas clinique

« Madame F a pris sa pilule avant de sortir en boîte de nuit, en rentrant elle a une relation protégée par un préservatif avec un inconnu, le préservatif « craque » au cours de la relation. Que doit-elle faire ? »

En cas de rapport sexuel à risque, un dépistage des IST doit être réalisé dans les jours suivant l'exposition. Le délai d'incubation du VIH étant de 6 semaines, un second test sera réalisé six semaines après la dernière exposition ou prise de risque.

En cas de relation sexuelle à risque d'IST et d'exposition potentielle au VIH, le traitement post-exposition (TPE) pouvait être prescrit. Pour être efficace, il devait être commencé de préférence dans les quatre heures et jusqu'à 48 heures après l'exposition. Il empêche le virus de s'installer dans l'organisme et permet de rester séronégatif. Il s'agit d'une association d'antirétroviraux et le traitement dure 28 jours. [55]

Tableau VI : Conduite à tenir IST – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine– 2021 – (n=407) - Plusieurs réponses possibles

	Sans distinction Effectif (%)	Infirmiers Effectif (%)	Ergothérapeutes Effectif (%)	Orthophonistes Effectif (%)	Manipulateurs de radiologie Effectif (%)
Prendre une contraception d'urgence car elle risque d'être enceinte	164 (40%)	94 (45%)	26 (41%)	20 (27%)	24 (38%)
Elle est protégée du risque de grossesse	170 (42%)	80 (39%)	26 (41%)	44 (59%)	20 (31%)
Elle protégée d'une éventuelle IST	2 (1%)	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
Elle doit se rendre le plus tôt possible aux urgences pour prendre un traitement post-exposition	216 (53%)	126 (61%)	27 (43%)	38 (51%)	25 (40%)
Elle doit attendre 6 semaines pour faire un dépistage des IST	221 (54%)	108 (52%)	36 (57%)	45 (61%)	32 (51%)
Je ne sais pas	44 (11%)	17 (8%)	6 (10%)	10 (14%)	11 (17%)
Réponse complète	42 (10%)	18 (9%)	8 (13%)	12 (16%)	4 (6%)

4. PRATIQUES DES ETUDIANTS EN SANTE

Quatre questions portaient sur les pratiques à proprement parler des étudiants et avaient pour objectif de savoir à quelle fréquence ils utilisaient un moyen de protection pour les différentes pratiques sexuelles suivantes : fellation, cunnilingus, pénétration vaginale et anale.

Tableau VII : Utilisation du préservatif – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine - 2021 – (n=407)

	Sans distinction Effectif (%)	Infirmiers Effectif (%)	Ergothérapeutes Effectif (%)	Orthophonistes Effectif (%)	Manipulateurs de radiologie Effectif (%)
Fellation					
Systématiquement	18 (4%)	12 (6%)	4 (6%)	0 (0%)	2 (3%)
La plupart du temps	9 (2%)	4 (2%)	1 (2%)	3 (4%)	1 (2%)
Quelque fois	20 (5%)	9 (4%)	7 (11%)	4 (5%)	0 (0%)
Jamais	225 (56%)	114 (55%)	35 (56%)	44 (59%)	32 (51%)
Non concerné (e)	135 (33%)	68 (33%)	16 (25%)	23 (32%)	28 (44%)
Cunnilingus					
Systématiquement	9 (2%)	7 (3%)	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
La plupart du temps	2 (1%)	1 (1%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)
Quelque fois	2 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)
Jamais	249 (61%)	120 (58%)	45 (71%)	50 (68%)	34 (54%)
Non concerné (e)	145 (35%)	78 (37%)	15 (24%)	24 (32%)	28 (44%)
Pénétration vaginale					
Systématiquement	92 (23%)	40 (19%)	24 (38%)	14 (19%)	14 (23%)
La plupart du temps	48 (12%)	21 (10%)	7 (11%)	12 (16%)	8 (13%)
Quelque fois	49 (12%)	30 (14%)	10 (16%)	5 (7%)	4 (6%)
Jamais	123 (30%)	67 (33%)	14 (22%)	26 (35%)	16 (25%)
Non concerné (e)	95 (23%)	49 (24%)	8 (13%)	17 (23%)	21 (33%)
Pénétration anale					
Systématiquement	42 (10%)	15 (7%)	17 (27%)	5 (7%)	5 (7%)
La plupart du temps	7 (2%)	2 (1%)	3 (5%)	0 (0%)	2 (3%)
Quelque fois	7 (2%)	5 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)
Jamais	49 (12%)	24 (12%)	7 (11%)	12 (16%)	6 (10%)
Non concerné (e)	302 (74%)	161 (78%)	35 (55%)	57 (77%)	49 (78%)

A la suite de ces quatre questions, il était demandé aux étudiants les raisons de la non utilisation du préservatif ou du carré de latex.

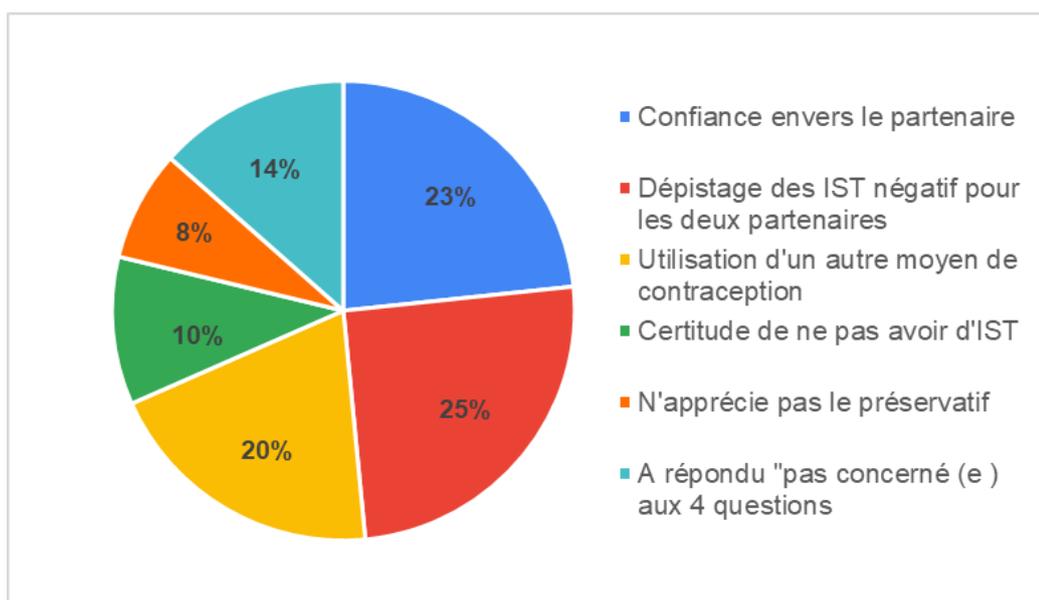


Figure 11 : Raison de non utilisation du préservatif – Etude comportements à risques sexuels – Ecoles de santé – Université de Lorraine – (n=407)

5. REMARQUES ET COMMENTAIRES SUR L'ETUDE

Sur le questionnaire, une partie libre sous l'intitulé « avez-vous des choses à ajouter concernant le questionnaire » avait été laissée. 18 étudiants ont affirmé qu'ils n'avaient rien à dire et remerciaient cette étude. Sept personnes ont demandé s'il serait possible d'obtenir les réponses attendues au questionnaire afin d'enrichir leurs connaissances. Une personne a répondu que « *l'éducation des filles à l'école est encore trop peu développée, lors de mes premiers rapports je ne savais pas que je pouvais avoir une IST avec une fellation.* » D'autres réponses ont été données qui justifiaient, en autres les réponses sur les pratiques sexuelles comme, par exemple :

- « *Ne me protège pas car en couple depuis plus d'un an* »
- « *Pas de fellation ni cunnilingus tant que les deux partenaires ne se sont pas fait dépister* »,
- « *Actuellement en couple depuis 2 ans, nous n'avons donc plus recours au préservatif car je prends la pilule* »
- « *C'est mon partenaire qui n'apprécie pas le préservatif et qui tenait à arrêter. Je ne me protège pas lors de mes rapports sexuels avec lui car nous avons commencé ces pratiques bien avant de savoir qu'elles étaient dangereuses et ne constatant pas de problème on a décidé de poursuivre sans se faire dépister* ».

Une personne a donné des précisions sur sa contraception notamment en disant « *pas de contraception, je compte en fonction des jours de mon cycle qui est régulier* » ou encore « *Mes connaissances sur la pilule sont limitées je m'en excuse : je ne l'ai jamais prise, je suis sous stérilet depuis longtemps* »

PARTIE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS

1. COMMENTAIRES SUR L'ETUDE

1.1. POINTS FORTS

L'un des principaux points forts de cette étude était le taux de participation, en effet plus de 30% des étudiants de chaque formation étudiée ont répondu au questionnaire. Ceci a permis d'avoir une bonne représentativité des connaissances des risques de grossesse et d'IST lors de rapports sexuels non ou mal protégés dans la population étudiée.

Le fait que le questionnaire comptait des réponses « je ne sais pas » pour certaines questions, diminuait la probabilité que les étudiants répondent au hasard lorsqu'ils ne connaissaient pas la réponse, ou n'étaient pas sûrs de leur choix.

La population interrogée était principalement jeune puisque 88% des personnes interrogées avaient entre 18 et 30 ans. Celle-ci correspond donc à la population la plus concernée par les IST et les grossesses non prévues. De plus, en tant que futurs professionnels de santé, il semblait intéressant de voir le niveau de connaissance de ces futurs préventeurs.

Le fait de choisir les étudiants paramédicaux et, donc de ne pas inclure les étudiants en maïeutique, limitait le biais de sélection car ces derniers reçoivent durant leurs études des enseignements spécifiques et complets sur les thèmes abordés.

1.2. LIMITES DE L'ETUDE

Une des limites de cette étude est que seuls les étudiants paramédicaux en formation initiale ont été interrogés. De plus, l'étude ne s'intéressait qu'aux étudiants de l'Université de Lorraine, les résultats ne sont donc pas généralisables au niveau national.

Le fait que l'étude repose sur les déclarations des répondants peut représenter un biais d'information. En effet, chacun avait la possibilité de répondre au hasard. Si l'item « je ne sais pas » peut être considéré comme un point fort, il peut aussi constituer une limite dans la mesure où le répondant devait reconnaître ignorer la réponse, ce qui peut ne pas toujours être le cas.

Le temps de réponse à ce questionnaire était estimé à 15 minutes environ, cela peut représenter une limite dans le sens où certains étudiants ont pu bâcler leurs réponses ou du moins répondre que partiellement à certaines questions, estimant cette durée trop longue.

La parité n'était pas respectée puisque 91% des personnes ayant répondu était des femmes, mais cela correspond aux strates de population dans les formations étudiées.

La constitution du questionnaire avec des propositions faites pour chaque question peut constituer une limite à l'étude. En effet, les étudiants ont pu répondre à certaines propositions alors que spontanément, ils n'y auraient pas pensé, ce qui peut constituer un biais sur le reflet exact de leurs connaissances.

Il est à noter également, que le fait de n'avoir pas pu intégrer les étudiants en masso-kinésithérapie avec l'absence d'autorisation de la direction a diminué la richesse du panel de filières paramédicales interrogées.

2. DEFINITION DU RAPPORT SEXUEL A RISQUE

Seul 37% de la population étudiée connaissait la définition d'un rapport sexuel à risque, en effet si 99% des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine ont répondu qu'il s'agit d'un rapport sans préservatif en l'absence de dépistage, 27% d'entre eux pensaient qu'il s'agit d'un rapport sans préservatif avec un dépistage des IST négatif pour les deux partenaires. Si l'on regarde les caractéristiques des étudiants ayant répondu qu'un rapport sexuel à risque est un rapport sans préservatif avec un test de dépistage négatif pour les deux partenaires, on dénombrait environ 20% des étudiants pour les formations d'infirmiers, d'ergothérapeutes et de manipulateurs d'électroradiologie médicale qui ont répondu. Alors qu'il y avait environ 40% d'étudiants orthophonistes. Selon le Test du Khi2, il y avait une différence significative de connaissance de la définition du rapport sexuel à risque en fonction de la formation suivie ($p=0,003$). On pourrait expliquer cette différence par la formation car les étudiants orthophonistes sont les seuls à ne bénéficier d'aucune formation sur les IST et les rapports sexuels à risque.

Les étudiants paramédicaux ont une connaissance erronée du rapport sexuel à risque, en effet, 73% d'entre eux pensaient qu'il s'agit d'un rapport sans préservatif avec uniquement un seul dépistage des IST négatif, 88% pensaient qu'il s'agit d'un rapport avec accident de préservatif et 83% ont répondu qu'un rapport multiple avec un seul partenaire et un seul préservatif est un rapport à risque. Si l'on associe les quatre éléments justes parmi les différentes propositions, seul 37% des étudiants connaissent la définition exacte du rapport sexuel à risque.

3. CONNAISSANCES ET CONDUITE A TENIR FACE AU RISQUE DE GROSSESSE

3.1. CONNAISSANCE DU RISQUE

95% des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine ayant participé à l'étude avaient connaissance du risque de grossesse inhérent à un rapport sexuel non ou mal protégé. En effet bien qu'aucun étudiant n'ait répondu uniquement « risque de grossesse » à la question sur les risques en cas de rapport sexuel, 95% ont répondu qu'il existe un risque de grossesse et d'IST. Lorsque l'on regarde les caractéristiques des étudiants n'ayant pas répondu qu'un risque de grossesse existe en cas de rapport non protégé, on remarque une part égale pour chaque formation, 4% des étudiants infirmiers, 6% des étudiants ergothérapeutes et manipulateurs d'électroradiologie médicale et 7% des étudiants orthophonistes.

L'hypothèse 1 « les étudiants paramédicaux connaissent le risque de grossesse associé à un rapport non ou mal protégé » est donc confirmée pour la population étudiée.

3.2. CONDUITE A TENIR EN CAS DE RAPPORT A RISQUE DE GROSSESSE

3.2.1. Délais d'oubli de pilule

En cas de vomissement dans les heures suivant la prise de la pilule, seul 21% des étudiants ayant participé à l'étude savaient comment il faut réagir, à savoir reprendre un comprimé sans que cela n'ait d'influence sur le cycle. Si l'on regarde les réponses en fonction de la formation suivie, 14% (neuf étudiants sur 63) des étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale, 19% (40 étudiants sur 207) des étudiants infirmiers, 20% (16 étudiants sur 74) des étudiants orthophonistes ont répondu correctement contre 29% (18 étudiants sur 63) parmi les étudiants en ergothérapie. Selon le Test du

Khi2, il n'existait pas de différence significative entre la formation suivie et les connaissances ($p=0,23$). 21% des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine ont répondu ne pas savoir que faire dans cette situation, 28% pensaient qu'il n'était pas utile de reprendre un comprimé mais que l'effet contraceptif n'était pas optimal alors que 13% pensaient qu'il n'était pas utile de reprendre un comprimé mais que l'effet contraceptif était respecté. Ces résultats témoignent donc d'une méconnaissance importante de la conduite à tenir en cas de vomissements et diarrhées après la prise du contraceptif et pourrait donc être à l'origine de grossesse non désirée chez ces étudiants.

En ce qui concerne la conduite à avoir en cas d'oubli de pilule de moins de 12 heures, 31% des étudiants ont répondu qu'il faut prendre directement le comprimé oublié sachant que l'on est tout de même protégé comme si l'on avait pris le comprimé à l'heure habituelle. 38% pensaient qu'il fallait prendre le comprimé oublié et une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel. Si l'on regarde en fonction de la formation suivie le pourcentage de réponses correctes, on remarque que les étudiants en orthophonie connaissaient mieux cette conduite à tenir, en effet 47% d'entre eux ont répondu cela contre 19% des étudiants manipulateurs de radiologie médicale, 29% d'étudiants en ergothérapie et infirmiers. En utilisant le test du Khi2 ($p= 0,006$), on constate qu'il existait une différence significative de connaissances en fonction de la formation suivie concernant les connaissances en cas d'oubli de pilule de moins de 12 heures. On constate une meilleure connaissance parmi les étudiants en orthophonie. Cette différence ne peut cependant pas être expliquée par les enseignements reçus lors de leur formation.

Enfin, lorsque l'oubli de pilule est de plus de 12 heures, 33% des étudiants toutes formations confondues savaient qu'il fallait tout de même prendre le comprimé oublié en sachant qu'on était plus protégé pendant sept jours, et qu'il fallait prendre une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel à risque dans les cinq jours précédant l'oubli. 20% pensaient qu'il ne fallait pas reprendre le comprimé et attendre l'heure habituelle de prise le lendemain pour prendre le comprimé suivant, 14% ne savaient pas et quatre pourcents pensaient qu'il fallait prendre le comprimé oublié en sachant qu'elle était protégée comme si elle l'avait pris à l'heure habituelle. Lorsque l'on regarde en détail pour chaque formation, on se rend compte que les étudiants en ergothérapie et orthophonistes avaient un niveau de connaissances similaire avec respectivement 38% et 39% de réponses justes, les étudiants infirmiers et manipulateurs d'électroradiologie médicale avaient des connaissances légèrement plus faibles avec respectivement 32% et 25% de réponses correctes. Il n'existait cependant pas de différence significative entre les formations puisque le Test de Khi2 retrouve un $p = 0,07$.

Les connaissances concernant les délais d'oubli de pilule étaient faibles chez les étudiants en santé de l'Université de Lorraine. Il existait cependant une différence en fonction des formations suivies en ce qui concerne l'oubli de moins de 12 heures. Ces méconnaissances peuvent les mener à prendre des risques pour leur santé sexuelle, de plus en tant que futurs professionnels de santé, ils pourraient être amenés à donner des conseils aux patients de manière erronée. Dans une étude menée en 2014, sur les connaissances des femmes quant au maniement de leur pilule contraceptive au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) de Clamart dans les Hauts de Seine, 57% des femmes étaient à risque de grossesse non désirée. Une des raisons identifiées était qu'elles ne

maîtrisaient pas les consignes concernant l'attitude à avoir en matière de contraception complémentaire dans les jours qui suivaient l'oubli. [53 - 56]

3.2.2. Délai d'IVG

Les délais d'IVG retenus pour l'étude étaient ceux des recommandations avant la crise de la Covid. Seul 18% des étudiants en santé ayant participé à l'étude connaissaient les différents délais de réalisation d'une IVG. En effet, si 50% d'entre eux avaient connaissance du délai limite de réalisation qui était, lors de l'étude, de 14SA, 32% affirmaient ne pas connaître ces délais. Il n'existait pas de différence significative entre les filières car selon le test du χ^2 , $p=0,38$, les connaissances sont donc semblables entre les différentes formations. Si l'on regarde plus précisément en fonction des différents délais, on remarque que 45% des étudiants savaient que l'on peut réaliser une IVG médicamenteuse à domicile jusque 7SA, 46% , une IVG médicamenteuse en établissement de santé avant 9 SA et 50%, une IVG chirurgicale jusque 14SA.

On peut expliquer cette méconnaissance de la part des étudiants paramédicaux par des changements récents des délais, en effet du fait de la crise covid en Avril 2021, les délais de réalisation des IVG médicamenteuses sont passées à 9 SA. Le 3 Mars 2022, la loi visant à renforcer le droit à l'avortement a été publiée au journal officiel et annonçait que le délai légal de réalisation d'IVG passait de 12 semaines de grossesses à 14 semaines de grossesses. Tous ces changements peuvent provoquer des confusions dans l'esprit des étudiants. [52]

L'hypothèse 4 « Les étudiants paramédicaux connaissent les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule » est donc infirmée pour la population d'étude.

4. CONNAISSANCES, PREVENTION ET CONDUITE A TENIR FACE AU RISQUE D'IST

4.1. CONNAISSANCE DU RISQUE

La totalité des étudiants avaient connaissance du risque d'IST au décours d'un rapport sexuel non ou mal protégé. Si l'on regarde plus en détail, 5% avaient répondu que le seul risque est celui d'IST et 95% qu'il existe un risque de grossesse associé au risque d'IST. Si l'on s'intéresse plus particulièrement aux formations ayant répondu qu'il existait seulement un risque d'IST, on se rend compte qu'il n'y avait pas de différence significative, en effet $p=0,73$ au Test de Fisher.

Si l'on s'intéresse aux facteurs de risques de ces IST, seul six pourcents des participants avaient connaissance de l'ensemble des facteurs de risques que sont :

- Avoir des partenaires multiples
- Changement récent de partenaire
- Être porteur ou avoir un antécédent d'IST
- Être un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Lorsque l'on regarde en détail selon la formation suivie, pour les étudiants infirmiers, ergothérapeutes et manipulateurs d'électroradiologie médicale, le taux de réponses avérées étaient respectivement 8%, 5% et 7%, contre seulement 1% de réponses justes parmi les étudiants en orthophonie. Ceci s'expliquant par une méconnaissance plus importante du fait qu'être un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes soit un facteur de risque. Selon le test du χ^2 , il n'existait cependant pas de différence significative des connaissances entre les formations suivies

avec $p=0,29$. On remarque également un préjugé de la part des étudiants. En effet pour la moitié des participants, être un couple homosexuel, qu'il soit masculin ou féminin, constituait un facteur de risque d'IST. Si le fait d'être un couple homosexuel masculin constitue en effet un facteur de risque d'IST, celui d'être un couple homosexuel féminin n'en est cependant pas un.

Le célibat constituait pour 6% d'entre eux un facteur de risque supplémentaire d'IST. On pourrait expliquer cette réponse par le fait que le célibat peut signifier pour certains : ne pas avoir de partenaire fixe et se déclarer en couple stable, qui induirait des relations sexuelles avec un seul partenaire. Selon cette définition, le célibat serait significatif de relations sexuelles avec des partenaires occasionnels qui pourraient être multiples et alors constituer un facteur de risque d'IST au même titre que la réponse « partenaires multiples » à laquelle 98% des étudiants avaient répondu.

En ce qui concerne les pratiques à risque potentiel, 78% des étudiants paramédicaux interrogés avaient connaissances de celles-ci. On remarque cependant que le cunnilingus et la fellation étaient considérés comme des pratiques à risque potentiel par une part légèrement plus faible d'étudiants (82% et 88%) comparativement à la pénétration vaginale (99%) et la pénétration anale (93%). Selon le test du χ^2 , $p=0,09$ et on ne pouvait donc pas conclure à une différence de connaissance entre les filières. On note que 97% des étudiants en santé affirmaient qu'une femme ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes a tout de même un risque de contracter une IST, et doit donc réaliser un test de dépistage avant le retrait de moyen de protection. Dans une étude réalisée en 2020 sur les connaissances des étudiants en Auvergne concernant les IST, on retrouve des résultats similaires avec 85% d'étudiants qui répondent qu'une IST peut se transmettre au cours d'une fellation, 91% lors d'un rapport anal et pour 74% lors d'un cunnilingus ou anulingus. [57]

Environ 95% des étudiants paramédicaux affirmaient cependant qu'un contact « pénis-vagin » n'était pas la seule voie de transmission des IST, on observe donc une différence dans les réponses à ces deux questions. En effet, si la pénétration vaginale n'était pas la seule voie de transmission des IST pour 95% d'entre eux, les autres pratiques auraient dû avoir au moins 95% de réponse, ce qui n'est pas le cas. On peut donc se demander si les répondants n'ont pas répondu trop rapidement à la question plus détaillée, ou s'il n'y aurait pas une réelle méconnaissance des pratiques par certains d'entre eux. Les connaissances de ces pratiques sont semblables entre les formations. Une étude réalisée en 2019 montre des résultats semblables. En effet, l'étude a été réalisée auprès des étudiants en deuxième année de médecine et en deuxième année en Institut de Formation en Soins Infirmiers, elle a montré que le niveau de connaissance, des étudiants en début de cursus de santé, en ce qui concerne les IST est faible. [46]

L'hypothèse 2 « Les étudiants paramédicaux connaissent le risque de transmission d'infection sexuellement transmissibles lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé » est donc confirmée pour la population étudiée.

4.2. PREVENTION

Il existe différents moyens de prévention des IST, à savoir le vaccin pour certains ou le port de préservatif, qu'il soit féminin ou masculin lors de relations sexuelles dès lors qu'un test de dépistage n'a pas été réalisé par l'ensemble des partenaires.

Si le fait que le préservatif masculin soit un moyen de protection mécanique des IST était bien connu des étudiants en santé (86%), le préservatif féminin restait moins connu avec seulement 66% de réponse. 65% des étudiants interrogés ici avaient donc conscience que ces deux derniers sont les seuls moyens de protection des IST. Il n'existait pas de différence entre les formations interrogées avec $p = 0,07$ selon le test de Khi2. On constate cependant un cliché chez ces étudiants, en effet, pour 17% d'entre eux, sans différence entre le cursus suivi ($p=0,08$), pour que la protection soit efficace il fallait porter les deux préservatifs simultanément, alors que cette pratique est justement à risque de craquage d'un ou des deux préservatifs entraînant ainsi un risque de contracter une IST.

En ce qui concerne les vaccins, 94% des étudiants ont répondu qu'il existe des vaccins afin de prévenir la transmission de certaines IST, cependant seuls 36% d'entre eux avaient connaissance des IST pour lesquelles il existe un vaccin. Les connaissances entre les formations étaient similaires, en effet on ne peut pas conclure à une différence significative entre les formations car $p = 0,13$ au test du Khi2. On remarque également, qu'il existait de nombreux clichés dans cette population. En effet, 46% pensaient qu'il existait un vaccin contre l'Hépatite C, 8% contre la Chlamydiae ou la Syphilis, 4% contre le VIH, et 2% pour la Gonorrhée et l'Herpès. On remarque également qu'en ce qui concerne les IST pour lesquelles il existe un vaccin. La connaissance du vaccin contre l'Hépatite B était plus faible (85%) que celle pour le HPV (98%) alors que l'ensemble de la population avait dû recevoir un schéma vaccinal complet pour l'hépatite B en tant que futurs professionnels de santé. Dans une étude réalisée auprès des consultants en Centre de Dépistage des IST ou au planning familial en 2017, des résultats similaires sont à noter. En effet, on remarque une méconnaissance de l'existence des vaccins VHB et HPV comme prévention des IST. Il est également noté qu'un taux non négligeable de consultants croient qu'il existe des vaccins contre les autres IST et se croient même pour certains vaccinés contre celles-ci. Bien que la population d'étude soit dans le milieu de la santé, on ne constate pas une meilleure connaissance des moyens de prévention des IST. [58]

Avec seulement 20% de la population en France vaccinée contre le papillomavirus, il paraissait intéressant de questionner les étudiants sur cette IST. Si 98% d'entre eux savaient qu'un vaccin existe pour cette IST, 19% pensaient qu'il était réservé aux jeunes filles jusqu'à l'âge de 19 ans seulement. On peut expliquer cette méconnaissance par un élargissement récent à la population jeune masculine jusqu'à 19 ans au 1^{er} Janvier 2021. Ce changement n'explique pas entièrement la méconnaissance puisque le vaccin HPV a toujours été recommandé pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à l'âge de 26 ans. Si l'on compare les résultats à ceux de l'étude réalisée en 2020 auprès des étudiants auvergnats, on remarque que le vaccin est plus connu des étudiants en santé que des étudiants d'Auvergne qui sont 81% à savoir que le vaccin existe. [57]

4.3. DEPISTAGE

Concernant le dépistage des IST et ses indications, on peut noter que 59% des étudiants en santé de l'Université de Lorraine savaient quand le réaliser. Si l'on considère qu'ils seront potentiellement des futurs préventeurs, leurs connaissances du dépistage des IST sont plutôt faibles. Selon le Test du Khi2, il y avait une différence significative de connaissance entre les formations $p = 0,03$ avec des connaissances plus faibles parmi les étudiants manipulateurs d'électroradiologie médicale. Si l'on compare ces résultats avec la population générale, on se rend compte qu'ils ont une meilleure connaissance. En effet, dans une étude réalisée en 2017, auprès des 16-25 ans, on se rend compte que les jeunes sont plutôt bien informés sur les IST et les moyens de contraception. Cependant ils sont moins bien informés sur les moyens de transmission des IST et leur dépistage. Ils ne sont que 11% à savoir que l'idéal est de se faire dépister dans les six semaines suivant le rapport à risque et 15% d'entre eux ne considèrent pas nécessaire d'effectuer un test de dépistage à chaque fois qu'ils avaient un nouveau partenaire. [59]

4.4. CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRISE DE RISQUE

Un cas clinique a été proposé afin de mettre en pratique les connaissances théoriques de la population étudiée. Ce cas clinique associait risque de grossesse et d'IST. Il racontait l'histoire de : « Madame F qui a pris sa pilule avant de sortir en boîte de nuit, en rentrant elle a une relation protégée par un préservatif avec un inconnu, le préservatif « craque » au cours de la relation. Que doit-elle faire ? » Plusieurs réponses étaient possibles parmi celles proposées. Seuls 42% ont affirmé que la patiente était protégée du risque de grossesse puisqu'elle avait pris sa contraception correctement, alors que 40% pensaient qu'elle devait prendre une contraception d'urgence car il existait un risque d'être enceinte. 1% des étudiants pensaient qu'elle était protégée d'une éventuelle IST alors même que le préservatif avait craqué. 53% lui conseillaient de se rendre le plus tôt possible aux urgences pour prendre éventuellement un traitement post-exposition et 54% lui diraient de faire un dépistage des IST dans 6 semaines. Les étudiants étaient plutôt interventionnistes dans cette situation, parfois à tort notamment en ce qui concerne la grossesse. En effet, la patiente a pris sa pilule avant de sortir elle était donc encore couverte par sa contraception lors du rapport et n'a donc pas de risque d'être enceinte sauf en cas d'oubli dans les sept jours précédents, ce qui ici n'était pas précisé. Une méconnaissance est observée par la moitié des répondants du traitement post-exposition, on peut donc se demander s'ils ont connaissance de la PrEP, car une ignorance de la prophylaxie post-exposition est souvent associée à une méconnaissance de la PrEP en général. Finalement, seuls 10% des étudiants ont répondu juste à cette question, et selon le test de Fisher il n'existait pas de différence entre les formations suivies avec $p = 0,19$. Une étude menée en 2019 auprès des étudiants en médecine et en soins infirmiers en début de formation a également montré une méconnaissance de la PrEP et du traitement post-exposition par ces étudiants en santé. [46]

L'hypothèse 3 « Les étudiants paramédicaux savent comment réagir à la suite d'un rapport sexuel à risque » est donc infirmée dans la population d'étude.

L'étude réalisée auprès de quatre formations d'étudiants paramédicaux avait pour but de savoir s'il existait une différence de connaissances selon les formations suivies. On peut voir qu'il n'y a globalement pas de différences palpables pour la plupart des connaissances évaluées. On note une

différence significative uniquement pour la conduite à tenir en cas d'oubli de prise de la contraception orale dans un délai inférieur à la couverture de celle-ci, pour les raisons devant mener à réaliser un test de dépistage des IST ainsi que concernant la définition du rapport sexuel à risque. On aurait pu s'attendre à plus de différences entre les formations, en effet les étudiants en ergothérapie ont dû valider leur Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) pour les deuxièmes et troisièmes années ou leur Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) pour les premières années durant lesquels ils reçoivent des enseignements sur les IST et la santé sexuelle. Les étudiants issus des formations en soins infirmiers et manipulateur d'électroradiologie médicale ont des informations en matière de sexualité mais celles-ci sont moins spécifiques et précises. Les étudiants issus de la formation d'orthophonie n'ont pas forcément ces enseignements cependant ils auraient dû recevoir durant leur scolarité des informations préventions en matière de sexualité. **L'hypothèse 6 « Il existe une différence de connaissances selon les différentes formations suivies » est donc infirmée dans cette population.**

5. PRATIQUES SEXUELLES DES ETUDIANTS PARAMEDICAUX

Les étudiants en santé de l'Université de Lorraine, avaient des pratiques sexuelles à risque. En effet, ils n'utilisaient un moyen de protection que très rarement, notamment lors de fellations ou de cunnilingus avec respectivement 7% et 3% d'utilisation de manière systématique d'une protection parmi les étudiants ayant eu ces pratiques sexuelles. 88% des étudiants exprimaient pourtant pour la fellation et 82% pour le cunnilingus qu'il s'agissait de pratiques à risques de transmission d'IST, bien que le pourcentage soit moins important que pour les pénétrations anales ou vaginales. Ils ont donc connaissance du risque mais ne mettent pas en application les moyens efficaces de prévention de la transmission.

Une grande majorité des étudiants n'étaient pas concernés par la pratique de pénétration anale (74%). Parmi ceux étant concernés, on remarque que 60% d'entre eux déclaraient ne pas utiliser de manière systématique un préservatif, dont 47% jamais. Lors d'une pénétration vaginale, c'était environ 71% des personnes concernées qui n'utilisaient pas de manière systématique un préservatif, dont 40% n'en n'utilisaient jamais. L'étude menée en 2019 auprès des étudiants en deuxième année de médecine et de soins infirmiers montre que les étudiants prennent des risques pour leur santé comme le fait d'avoir des partenaires multiples ou le non-usage du préservatif (35%). Dans une autre étude réalisée à Metz en 2015, la quasi-totalité des étudiants avaient pratiqué la pénétration vaginale et seuls 40% d'entre eux utilisaient le préservatif de manière systématique. La majorité des étudiants avaient eu une sexualité orale mais seuls 3% d'entre eux utilisaient le préservatif lors de cette pratique. [7-46]

Les recommandations des sociétés savantes préconisent l'utilisation systématique du préservatif en association à une contraception régulière, tant que les deux personnes ne se sont pas faites dépister. Selon l'étude française de 2018 de la SMERREP 20% des lycéens et 48% des étudiants n'utilisent pas de préservatif de manière systématique, ce qui rejoint les constatations de notre étude auprès des étudiants en santé. [57]

Au total, 305 étudiants avaient déjà eu des rapports sexuels, parmi ceux-ci, 37% n'utilisaient pas de manière systématique le préservatif sans avoir réalisé de test de dépistage des IST au préalable et prenaient donc des risques pour leur santé sexuelle. Parmi les raisons identifiées du non-usage du préservatif, la principale était tout de même la réalisation d'un test de dépistage pour les deux partenaires (25%). 23% des étudiants n'utilisant pas de manière systématique le préservatif évoquaient comme raison la confiance envers leur partenaire et 20% l'utilisation d'un autre moyen de contraception, ces raisons n'étant pourtant pas sécuritaires puisque la seule contraception efficace contre les IST est le préservatif, la confiance ne peut être une raison d'une potentielle prise de risque. 10% des étudiants déclaraient être sûrs de ne pas être porteur d'IST sans pour autant avoir réalisé un test de dépistage des IST. Enfin, 8% n'utilisaient pas de préservatifs car ils déclarent ne pas les apprécier. Une étude réalisée au sein de l'université de Lorraine pour l'année 2014-2015 retrouve des résultats similaires, en effet, 44% des étudiants n'avaient jamais réalisé de test de dépistage des IST. Près de 55% des étudiants n'utilisaient pas de préservatif avec leur partenaire actuel alors que seul 39% d'entre eux avaient réalisé un dépistage. Les raisons de cette non-utilisation étaient la confiance envers le partenaire, l'utilisation d'un autre moyen de contraception, la certitude de ne pas avoir d'IST mais aussi le fait de ne pas apprécier les préservatifs. Dans cette même étude, 27% des étudiants n'utilisaient pas de préservatif lors d'une aventure d'un soir. Il y a donc peu d'évolution dans les pratiques. [5]

On peut conclure de ces constatations que les étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine n'ont pas des pratiques sécuritaires pour leur santé sexuelle et **l'hypothèse 5 « Les étudiants paramédicaux ont des pratiques sexuelles sécuritaires » est donc infirmée.**

6. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION

6.1. PERSPECTIVES

Depuis la rentrée 2018, en France, le service sanitaire a été mis en place pour l'ensemble des étudiants en santé, il s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2017-2030, dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Il permet de diffuser sur l'ensemble du territoire, des interventions de prévention et de promotion de la santé conduites par les étudiants.

A l'École de sage-femme du CHR de Metz-Thionville, dans le cadre de ce service sanitaire, les étudiants se rendent dans les collèges et lycées messins afin de réaliser des séances d'informations prévention. Lors de ces présentations, les élèves bénéficient d'une présentation sur l'anatomie génésique humaine, le cycle menstruel, les contraceptions ou encore l'interruption volontaire de grossesse, le genre et les notions de consentement. L'information sur les contraceptions est également le moment de parler des IST et de leur prévention. Il pourrait être envisagé d'organiser ce genre d'intervention auprès des étudiants en santé dans le but de promouvoir une santé sexuelle de qualité. Une formation par les pairs est plus attrayante et permet de discuter sans tabou sur ces sujets. Une deuxième proposition serait que les étudiants en santé se tournent vers des informations de prévention ayant pour thématique la santé sexuelle. (2-3)

6.2. PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS

L'étude s'est portée uniquement au sein de l'Université de Lorraine, représentant un territoire restreint du pays. On pourrait donc ouvrir l'étude au niveau national pour analyser les connaissances à ce niveau. On sait qu'il existe encore de fortes disparités de prévalence du VIH notamment comme en Ile de France ou dans les départements d'Outre-mer. Il serait intéressant d'évaluer les connaissances des étudiants en santé dans ces régions.

La population étudiée était restreinte puisque nous avons étudié seulement quatre formations paramédicales, excluant donc certaines professions pouvant également être amenées à réaliser de la prévention en matière de sexualité. Les professions médicales n'ont pas été étudiées ici, il serait donc intéressant de réaliser une étude sur l'ensemble des professions de santé.

L'étude s'intéressait aux étudiants en santé, or ce sont les professionnels de santé qui sont visés par la Stratégie nationale de santé sexuelle qui a été mise en place en 2017 et se poursuivra jusqu'en 2030, il serait donc opportun d'évaluer les effets de l'axe spécifique aux professionnels de santé.

Certains étudiants interrogés ont évoqué que la santé sexuelle était peu abordée dans leur parcours scolaire bien que l'information à la sexualité soit obligatoire en France actuellement. Proposer à ces étudiants des séances d'informations en matière de sexualité dans le cadre d'unités d'enseignements optionnelles par exemple, qui pourraient être réalisées par des professionnels de santé ou des étudiants en cursus médical.

Enfin, une plaquette d'information à destination de l'ensemble des étudiants en santé pourrait être mise à leur disposition. Elle leur présenterait de manière succincte les recommandations de dépistage, les conduites à tenir en cas de rapport sexuel à risque ou d'oublis de contraception et les moyens de préventions des IST.

CONCLUSION

Avec encore plus de 200 000 IVG par an et un taux de transmission des IST constant, les IST et les grossesses non désirées continuent de représenter un problème majeur de santé publique. Les personnes les plus concernées par les IST étant les jeunes entre 15 ans et 25 ans, il était donc intéressant d'évaluer les connaissances en matière d'IST et de grossesse non désirée des étudiants en santé de l'Université de Lorraine.

L'étude réalisée a permis de mettre en évidence de nombreuses méconnaissances des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine en ce qui concerne les risques de grossesse et d'IST lors de rapports sexuels non ou mal protégés. Si le fait que la grossesse et les IST soient les deux risques lors de rapports sexuels non protégés sont bien connus par les étudiants, les moyens pour les éviter sont encore mal connus pour certains.

L'étude a permis de constater que les étudiants en santé ne savent pas comment agir face à une situation à risque de grossesse potentielle, notamment face à un oubli de pilule qui reste la contraception la plus utilisée par les jeunes en France. Il a également été remarqué une méconnaissance des moyens de préventions des IST ainsi que de fausses idées sur l'existence de certains vaccins.

De plus, il apparaît clairement que les étudiants ont des pratiques à risques en matière de santé sexuelle, avec notamment une faible part de réalisation du dépistage des IST associée à une non utilisation du préservatif de manière importante dans cette population. Ce dernier étant utilisé dans moins de 5% des cas, lorsqu'il s'agit d'une relation sexuelle sans pénétration et cela bien que les étudiants affirment qu'il s'agisse d'un moyen de transmission.

En tant que futurs préventeurs, il est important de renforcer la formation en matière de santé sexuelle des futurs professionnels de santé. Ceci en intégrant dans leur formation des enseignements systématiques en matière de sexualité et de prévention, ou en renforçant les enseignements déjà délivrés par les instituts de formation.

Des efforts restent donc à fournir sur l'information des futurs préventeurs pour favoriser la baisse des taux de transmissions des IST et du nombre de grossesses non désirées. En effet, si les professionnels de santé sont bien informés, ils peuvent alors délivrer des avis éclairés en cas de sollicitation par un ou une patiente et ainsi permettre une prise en charge plus rapide d'une éventuelle prise de risque en ce qui concerne les IST, ou alors éviter la survenue d'une grossesse non prévue lors d'un problème de contraception. Il semble plus simple d'intervenir directement dans la formation initiale des futurs professionnels de santé plutôt que de dispenser des informations aux personnes déjà en exercice bien que les rappels par le biais de la formation continue puissent être un moyen d'information pour eux.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sida info service. Quels sont les modes de transmission du VIH ? Fév 2020. [En ligne]. (Consulté le 25/10/2020) ; Disponible sur : <https://www.sida-info-service.org/generalites-sur-la-transmission-du/>
- [2] Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Santé publique France. 2017 ; 75p.
- [3] Santé Publique France. Santé sexuelle : Les enjeux de santé. Fév 2021. [En ligne]. (Consulté le 04/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/les-enjeux-de-sante/#tabs>
- [4] Santé Publique France. La gonococcie. Déc 2020. [En ligne]. (Consulté le 22/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/gonococcie>
- [5] Biquillon M. Pratiques sexuelles des étudiants de Lorraine et risques associés : le rôle du pharmacien officinal dans leur prévention. [Thèse]. Faculté de pharmacie de Nancy. Université de Lorraine. 2017 ; 159p.
- [6] Biominis. Gonococcie. Précis de biopathologie analyses médicales spécialisées. 2012 ; 1-3.
- [7] Potoczny M, Truchetet F, Gratier de Saint Louis G. Le préservatif masculin comme moyen de protection des infections sexuellement transmissibles. Quels facteurs influencent son utilisation ? La revue Sage-Femme. Avril 2017 ;16(2) : 119-23.
- [8] Boutilier A. La gonorrhée. Catie. 2016. [En ligne]. (Consulté le 22/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.catie.ca/fr/feuillet-info/its/gonorrhée#:~:text=Sympt%C3%B4mes,De%20nombreuses%20personnes%20atteintes%20de%20gonorrh%C3%A9e%20n%C3%A9provenant%20aucun%20sympt%C3%B4me,et%20leur%20intensit%C3%A9%20peut%20varier>
- [9] Vidal. Gonorrhée. Juin 2020. [En ligne]. (Consulté le 22/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/gonorrhée-blennorragie.html>
- [10] Santé Publique France. Chlamydiae : la maladie. Déc 2022. [En ligne]. (Consulté le 22/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/la-maladie/#tabs>
- [11] Peuchant O, Cazanave C, De Barbeyrac B. Infections humaines à Chlamydiae. EMC – Maladies Infectieuses. Novembre 2012 ; 9(4) : 1-17.
- [12] La Catie. Ce que vous devez savoir sur la chlamydia. 2016. [En ligne]. (Consulté le 23/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.catie.ca/fr/feuillet-info/its/chlamydia/messages-cles-chlamydia>
- [13] L'assurance maladie. Comprendre les infections à Chlamydia. Juil 2020. [En ligne]. (Consulté le 23/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/infection-chlamydia/comprendre-infection>
- [14] Sheldon M. Syphilis. Le manuel MSD version pour professionnels de la santé. 2019.

- [15] Santé Publique France. Syphilis : la maladie. Déc 2020. [En ligne]. (Consulté le 23/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis/la-maladie/#tabs>
- [16] Vidal. Syphilis. Juin 2020. [En ligne]. (Consulté le 23/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/syphilis.html>
- [17] Santé publique France. Bulletin de santé publique. Déc 2020 ; 4p.
- [18] Dupin N. Syphilis. La revue de médecine interne. 2016 ; 37 : 735-42.
- [19] L'assurance maladie. Le traitement de la syphilis. Janv 2020. [En ligne]. (Consulté le 23/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/syphilis/traitement#:~:text=Le%20traitement%20de%20la%20syphilis%20repose%20sur%20un%20antibiotique%20%3A%20la,sexuels%20doivent%20aussi%20%3A%20A%20trait%3%A9s.>
- [20] Burrel S, Boutolleau D. Virus herpes simplex. EMC-Maladies infectieuses. Novembre 2014 ; 11(4) : 1-18.
- [21] Boutiller A. L'herpès génital. CATIE. 2016. [En ligne]. (Consulté le 27/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.catie.ca/fr/feuillets-info/its/herpes-genital>
- [22] Santé publique France. Le livre des infections sexuellement transmissibles -IST. 15 Avr 2019. [En ligne]. (Consulté le 27/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/brochure/le-livre-des-infections-sexuellement-transmissibles-ist>
- [23] Roingeard P. Hépatite B : Une infection potentiellement grave contre laquelle un vaccin offre une protection efficace. INSERM. 2015. [En ligne]. (Consulté le 27/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hepatite-b>
- [24] Organisation mondiale de la santé. Hépatite B. Juil 2020. [En ligne]. (Consulté le 29/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- [25] Ministère des solidarités et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2020. [Recommandations] Mars 2020 ; 85p.
- [26] Haute Autorité de Santé. Dépistage prénatal de l'hépatite B : Pertinence des modalités actuelles de réalisation. [Recommandations] Octobre 2009 ; 44p.
- [27] Hépatites Info Service. Hépatite C. Déc 2019. [En ligne]. (Consulté le 29/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.hepatites-info-service.org/hepatite-c/#:~:text=L'h%C3%A9patite%20C%20est%20une,pas%20qu'elle%20est%20infect%C3%A9e.>
- [28] Organisation mondiale de la santé. Hépatite C. Juil 2020. [En ligne]. (Consulté le 29/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

- [29] Santé Publique France. Infections à Papillomavirus. Juin 2019. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/la-maladie/#tabs>
- [30] Haute Autorité de Santé. Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humains (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage#toc_1_2
- [31] Institut National du Cancer. L'infection à HPV. Juin 2020. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Vos-questions-sur-le-HPV/L-infection-a-HPV>
- [32] Haute Autorité de Santé. Papillomavirus : la vaccination recommandée à tous les garçons. Janv 2020. [En ligne]. (Consulté le 08/04/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147966/fr/papillomavirus-la-vaccination-recommandee-pour-tous-les-garcons
- [33] Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Juil 2020. [En ligne]. (Consulté le 08/04/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
- [34] INSERM. Sida et VIH. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih>
- [35] Santé Publique France. VIH/Sida : données 2018 sur les découvertes de séropositivité VIH et diagnostics du sida. Oct 2019. [En ligne]. (Consulté le 24/10/2020) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/vih-sida-donnees-2018-sur-les-decouvertes-de-seropositivite-vih-et-diagnostics-du-sida>.
- [36] Institut Pasteur. SIDA/VIH. Sept 2019. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sida-vih#:~:text=Le%20VIH%20affaiblissant%20progressivement%20le,l'infection%20par%20le%20VIH.>
- [37] L'assurance maladie. Dépister le VIH. Nov 2019. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/vih/depistage>
- [38] Organisation mondiale de la Santé. VIH/Sida. Nov 2020. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- [39] AIDES. La PREP. [En ligne] (Consulté le 30/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.aides.org/prep>
- [40] Morris S. Trichomonase. Le Manuel MSD version pour professionnels de la santé. Déc 2020. [En ligne]. (Consulté le 10/05/2022) ; Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/maladies-infectieuses/infections-sexuellement-transmissibles/trichomonase?autoredirectid=18649>

- [41] Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Oct 2009. [En ligne]. (Consulté le 24/10/2020) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_866949/fr/depistage-de-l-infection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage#:~:text=Dans%20l'objectif%20d'am%C3%A9liorer,risque%20de%20contamination%20ou%20caract%C3%A9ristique
- [42] Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). [En ligne]. (Consulté le 24/10/2020) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
- [43] Santé Publique France. Bulletin de santé publique. Nov 2021. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2021>
- [44] André F. Analyse des pratiques professionnelles sur le dépistage du VIH par les sages-femmes libérales de Moselle en 2018. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes de Metz. Université de Lorraine. 2018 ; 70p.
- [45] Morin M, Potin J, Perrin C et al. Dépistage anténatal du VIH : connaissances, attitudes, croyances et comportements des femmes enceintes. Analyse des pratiques actuelles et impact de la mise en place d'un dépliant informatif. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011; 40 : 216-24.
- [46] Gagneux A, Gannard I, Berthelot C et al. Connaissances et attitudes des étudiants en santé du service sanitaire sur la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles, de la nécessaire formation de ce futurs « Préventeurs ». Médecine et maladie infectieuses. 2019 ; 49 : 91.
- [47] Lesage A, Féron V, Laborde C, Embersin-Hyprianou C, Grémy I. Grossesses non prévues en Île de France : Résultats du Baromètre de Santé publique France 2016. Observatoire régional de santé Île de France. Juin 2019 ; 2p.
- [48] Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans. Fév 2021.
- [49] Delmas M. La contraception et comportements à risque sexuel à l'adolescence. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes de Metz. Université de Lorraine. 2013 ; 102p.
- [50] Rahib D, Lydié N, Groupe Baromètre Santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France Métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 29. 25 Sept 2018 ; 590-5.

- [51] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes. 2019. [En ligne]. (Consulté le 27/07/2021); Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- [52] Direction de l'information légale et administrative. Allongement du délai légal de l'IVG à 14 semaines de grossesse. République française. Mars 2022. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2022); Disponible sur : [https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15545#:~:text=Mesures%20pr%C3%A9vues%20par%20la%20loi,le%20d%C3%A9but%20des%20derni%C3%A8res%20r%C3%A8gles\).](https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15545#:~:text=Mesures%20pr%C3%A9vues%20par%20la%20loi,le%20d%C3%A9but%20des%20derni%C3%A8res%20r%C3%A8gles).)
- [53] Vidal. Que faire en cas d'oubli de pilule ?. Sept 2020. [En ligne]. (Consulté le 22/01/2022); Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/que-faire.html>
- [54] Haute Autorité de Santé. IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines : pérenniser ce droit pour les femmes. 12 Avr 2021. [En ligne]. (Consulté le 23/01/2022); Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260865/fr/ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-perenniser-ce-droit-pour-les-femmes
- [55] Sida Info Service. Peut-on soigner une IST et la guérir ?. 24 Août 2021. [En ligne]. (Consulté le 23/01/2022); Disponible sur : <https://www.sida-info-service.org/peut-on-soigner-une-ist-et-la/#:~:text=Toutes%20les%20IST%20se%20soignent,des%20cancers%20ou%20une%20st%C3%A9rilit%C3%A9.>
- [56] Arciniega S. Causes d'échec de la contraception orale et connaissances des femmes quant au maniement de leur pilule contraceptive. [Thèse]. Faculté de médecine de Paris Descartes. 2014 ; 94p.
- [57] Leclerc F. Connaissances des étudiants auvergnats sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Clermont Ferrand. Université de Clermont-Auvergne. 2020 ; 86p.
- [58] Breugnon E, Graouch S, Solvar L et Al. Prévention vaccinale des infections sexuellement transmissibles (IST) : connaissances et méconnaissances des consultants en CeGIDD et au planning familial. Médecine et maladies infectieuses. 2019 ; 49 : 137.
- [59] Capy M, Chalmin B. Le dépistage du VIH et des IST encore mal connu des 16-25ans. Assistance Publique des hôpitaux de Paris. Déc 2017. [En ligne]. (Consulté le 15/03/2022); Disponible sur : <https://www.aphp.fr/contenu/le-depistage-du-vih-et-des-ist-encore-mal-connu-des-16-25-ans>

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES ETUDIANTS	53
ANNEXE II : CONVENTION SERVICE SANITAIRE.....	58
ANNEXE III : FICHE ACTION SERVICE SANITAIRE	61

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES ETUDIANTS

Informations générales :

- 1) Actuellement vous êtes :
 - Etudiant infirmier
 - Etudiant en masso-kinésithérapie
 - Etudiant en orthophonie
 - Etudiant manipulateur d'électroradiologie médicale
 - Etudiant en ergothérapie
- 2) Selon le parcours suivi, en quelle année de formation êtes-vous ?
 - 1^{ère} année
 - 2^{ème} année
 - 3^{ème} année
 - 4^{ème} année
 - 5^{ème} année
- 3) Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme
- 4) Quel est votre âge ?
- 5) Pour vous qu'est-ce qu'un rapport sexuel à risque ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Un rapport sans préservatif en l'absence de dépistage
 - Un rapport sans préservatif avec le dépistage d'un partenaire négatif
 - Un rapport sans préservatif avec un dépistage négatif pour les deux partenaires
 - Un rapport avec accident de préservatif
 - Un rapport multiple avec le même partenaire avec le même préservatif
- 6) Selon vous, quel (s) est/sont le (s) risque (s) en cas de rapport sexuel à risque ?
 - Risque de grossesse
 - Risque d'infection sexuellement transmissible
 - Les deux
 - Aucun

Concernant le risque de grossesse :

- 7) Pensez-vous, que les jeunes femmes sont plus concernées par l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) que les femmes de plus de 30 ans ?

Oui

Non

Cas cliniques :

- 8) Mme A prend habituellement sa pilule à 20h, à 22h elle vomit, que doit-elle faire ?
- Elle ne reprend pas le comprimé et cela n'aura pas d'incidence sur son cycle.
 - Elle ne reprend pas le comprimé et cela aura une incidence sur son cycle.
 - Elle reprend un comprimé et cela n'aura pas d'incidence sur son cycle.
 - Elle reprend un comprimé mais cela aura une incidence sur son cycle.
 - Je ne sais pas
- 9) Mme B prend habituellement sa pilule à 20h, elle part en soirée chez une amie et oublie son comprimé, elle rentre à 4h du matin et se rend compte qu'elle n'avait pas pris le comprimé que doit-elle faire ?
- Prendre immédiatement le comprimé en sachant qu'elle sera protégée comme si elle l'avait pris à l'heure habituelle.
 - Prendre immédiatement le comprimé en sachant qu'elle ne sera plus protégée
 - Ne pas prendre le comprimé et attendre le lendemain 20h pour prendre le suivant.
 - Prendre le comprimé oublié et une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel.
 - Je ne sais pas
- 10) Mme C prend habituellement sa pilule à 20h, elle part en soirée chez une amie et oublie le comprimé, elle rentre le lendemain à 10h que doit-elle faire ?
- Prendre immédiatement le comprimé en sachant qu'elle sera protégée comme si elle l'avait pris à l'heure habituelle.
 - Prendre immédiatement le comprimé en sachant qu'elle ne sera plus protégée
 - Ne pas prendre le comprimé et attendre le lendemain 20h pour prendre le suivant.
 - Prendre le comprimé oublié et une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.
 - Je ne sais pas
- 11) Mme D a oublié sa pilule, après un rapport sexuel à risque, elle n'a pas eu recours à une contraception d'urgence. Elle est inquiète car elle présente un retard de règles ce qui la mène à consulter aux Urgences Gynécologiques et Obstétricales. Après examens clinique et complémentaires le praticien informe Mme D qu'elle présente une grossesse intra-utérine évolutive d'environ 6 Semaines d'Aménorrhées (SA) soit 6 semaines d'absence de règles. Mme D affirme ne pas vouloir poursuivre cette grossesse et fait part de sa demande d'IVG au praticien. Elle peut avoir recours à : (plusieurs réponses possibles)
- Une IVG médicamenteuse à domicile jusqu'à 7 SA.
 - Une IVG médicamenteuse en établissement de santé jusqu'à 9 SA.
 - Une IVG chirurgicale jusqu'à 14 SA.
 - Je ne sais pas

Concernant le risque d'infection sexuellement transmissible :

12) Selon vous, quels sont les facteurs de risque d'IST ? (Plusieurs réponses possibles)

- Partenaires multiples
- Célibat
- Changement récent de partenaire
- Être porteur d'une autre IST
- Antécédents d'IST
- Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
- Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes

13) On peut contracter une infection sexuellement transmissible : (plusieurs réponses possibles)

- En cas de fellation non protégée.
- En cas de cunnilingus non protégé.
- En cas de pénétration vaginale non protégée.
- En cas de pénétration anale non protégée.

14) Pour vous, afin qu'une protection des IST soit efficace, il faut porter : (plusieurs réponses possibles)

- Un préservatif masculin
- Un préservatif féminin
- Les deux simultanément
- Aucun

15) Selon vous, un contact « pénis-vagin » est-il la seule voie pour contracter une IST ?

Oui

Non

16) Selon vous, les IST sont-elles toutes guérissables ?

Oui

Non

17) Une femme ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes n'a pas de risque de contracter une IST et n'a donc pas besoin de se protéger ou de se faire dépister ?

Oui

Non

18) Un vaccin existe-t-il pour certaines IST ?

Oui

Non

19) Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, quelles IST possèdent un vaccin ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Gonorrhée
- Chlamydiae
- Syphilis

- Herpès
- Hépatite B
- Hépatite C
- Papillomavirus humain (HPV)
- VIH

20) Dans quel (s) cas réaliser un dépistage des IST ? (Plusieurs réponses possibles)

- En cas de signes cliniques douteux
- En cas de rapport sexuel à risque
- En cas de partenaires multiples
- Lorsqu'une grossesse est envisagée
- En cas de relation stable avant d'arrêter les préservatifs
- Pour se rassurer

21) Le vaccin HPV est réservé uniquement aux jeunes filles jusqu'à l'âge de 19 ans

Oui

Non

22) Mme E 26 ans vaccinée contre le HPV va pour la première fois consulter dans le cadre de son suivi gynécologique, le-la praticien-ne :

- Doit lui faire un dépistage du cancer du col de l'utérus même si elle est vaccinée.
- Ne doit pas lui faire de dépistage du cancer du col de l'utérus car elle est vaccinée

23) Mme F a pris sa pilule avant de sortir en boîte de nuit, en rentrant elle a une relation protégée par un préservatif avec un inconnu, le préservatif « craque » au cours de la relation que doit-elle faire ? (Plusieurs réponses possibles)

- Prendre une contraception d'urgence car elle risque d'être enceinte.
- Elle est protégée du risque de grossesse.
- Elle est protégée d'une éventuelle IST.
- Elle doit se rendre le plus tôt possible aux urgences pour prendre un traitement post-exposition.
- Elle doit attendre 6 semaines avant de faire un dépistage des IST.

Pratiques de étudiants en santé :

24) Lors d'une fellation vous utilisez un préservatif :

- Systématiquement
- La plupart du temps
- Quelques fois
- Jamais
- Pas concerné (e)

25) Lors d'une pénétration anale :

- Systématiquement
- La plupart du temps
- Quelques fois
- Jamais
- Pas concerné (e)

26) Lors d'une pénétration vaginale

- Systématiquement
- La plupart du temps
- Quelques fois
- Jamais
- Pas concerné (e)

27) Lors d'un cunnilingus vous utilisez un carré de latex :

- Systématiquement
- La plupart du temps
- Quelques fois
- Jamais
- Pas concerné (e)

28) Si vous n'utilisez pas systématiquement de préservatif quelles en sont les raisons :

- Confiance envers le partenaire
- Dépistage des IST négatif pour les deux partenaires
- Utilisation d'un autre moyen de contraception
- Certitude de ne pas avoir d'IST
- N'apprécie pas le préservatif
- A répondu « non concerné (e) » aux 4 questions ci-dessus

29) Avez-vous des choses à ajouter concernant le questionnaire :

ANNEXE II : CONVENTION SERVICE SANITAIRE



Pôle
des Ressources Humaines
et de la Formation

Ecole
Sage-Femme

Directrice par 
Gina GRATIER
g.gratier@chr-metz-thionville.fr

Conseillère Pédagogique et de
Recherche
Dr Marion ROESCH
m.roesch@chr-metz-thionville.fr

Bibliothèque
Tél. 03 87 55 30 02
Sec-EcoleSageFemme-mz@chr-metz-
thionville.fr

Adresse postale :
C.H.R. Metz-Thionville
Ecole de Sage-Femme - BÂT. n°83
1 Allée du Château - CS 45001
57035 METZ Cedex 03

Adresse électronique :
Campus Universitaire
Bâtiment Simone Veil
Île du Saucy
57010 METZ

CONVENTION SERVICE SANITAIRE

Entre les soussignés :

Désignation du lycée ou du collège, représenté par xxxxxx ci-après dénommé « Structure d'accueil ».

- L'école de Sage-Femme du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, Campus Universitaire, Bâtiment Simone Veil – Île du Saucy – 57010 Metz représentée par Gina GRATIER– Directrice par  ci-après dénommée « Etablissement d'inscription ».
- Les étudiants en maïeutique de FESF de Metz Communément dénommés « Les Parties ».

La présente convention constitue le cadre de référence de réalisation de l'action concrète devant être réalisée dans les conditions prévues aux articles D.4071-1 du code de la santé publique et suivants.

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention règle les rapports entre la structure d'accueil où l'action de prévention est réalisée, l'établissement d'inscription concerné ainsi que les étudiants en maïeutique.

Article 2 : Objectifs

La réalisation de l'action concrète de prévention correspond, à l'issue d'une formation théorique à la prévention, ainsi que d'une préparation de cette action à une période temporaire de mise en situation face à un public cible au cours de laquelle les étudiants en maïeutique réalisent des actions concrètes de prévention primaire participant à la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. A l'issue de la réalisation de l'action de prévention, les étudiants en maïeutique auront acquis les compétences définies à l'annexe I de l'arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé et aura mis en œuvre les acquis de sa formation.

Les thématiques abordées par les étudiants en maïeutique lors de la réalisation de l'action sont les suivantes : Information Prévention, Sexualité et vie affective

L'action concrète à réaliser par les étudiants en maïeutique conformément au projet pédagogique défini par son établissement d'inscription et approuvées par la structure d'accueil consiste en : Cf Fiche action en annexe

Article 3 : Modalités

Dans le cadre de ce dispositif, les périodes d'accueil seront validées conjointement par la structure d'accueil et l'établissement d'inscription.

L'action de prévention se déroulera sur l'année scolaire 2021/2022

Article 4 : Accueil et encadrement des étudiants en maïeutique

La structure d'accueil désigne un référent de proximité, chargé d'assurer le suivi des étudiants en maïeutique et d'optimiser les conditions de réalisation de l'action conformément aux objectifs pédagogiques définis. Toute difficulté survenue dans la réalisation et le déroulement de l'action doit être portée à la connaissance du référent pédagogique de l'établissement d'inscription.



Pôle
Ressources Humaines
de la Formation

Ecole
Sage-Femme

Directrice par intérim
Gina GRATIER
g.gratier@chr-metz-thionville.fr

Conseillère Pédagogique et de
Recherche
D. Merion ROESCH
m.roesch@chr-metz-thionville.fr

Besoin
Tél. 03 87 55 39 02
Sec-EcoleSageFemme-mz@chr-metz-
thionville.fr

Adresse postale :
C.H.R. Metz-Thionville
Ecole de Sage-Femme - BAL n°83
1 Allée du Château - CS 45001
57035 METZ Cedex 03

Adresse géographique :
Campus Universitaire
Bâtiment Simone Veil
Ile du Goupil
57010 METZ

Article 5 : Transports et avantages sociaux

Les étudiants en maïeutique bénéficient de la prise en charge des frais de déplacement dans les conditions définies à l'article D.4071-6 du code de la santé publique. La structure d'accueil détermine la liste des avantages sociaux offerts aux étudiants qui peut comprendre la restauration, l'hébergement ou tout autre avantage favorisant la réalisation de l'action concrète du service sanitaire.

Article 6 : Responsabilité et assurance

L'activité des stagiaires est garantie par le régime de la sécurité sociale.

Le CHR de Metz-Thionville a contracté au bénéfice de ses étudiant(e)s une assurance pour les risques professionnels et la responsabilité civile. Cette assurance (SHAM, 18 Rue Edouard Rochet, 69372 Lyon Cedex 08) couvre les dommages corporels et matériels que le stagiaire pourrait causer à l'occasion de son stage dans l'établissement.

Article 7 : Discipline – Règlement intérieur

Les étudiants en maïeutique sont soumis à la discipline et aux clauses du règlement intérieur qui leurs sont applicables et qui sont portées à leur connaissance avant le début de la réalisation de l'action, notamment en ce qui concerne les horaires et les règles d'hygiène et de sécurité en vigueur dans la structure d'accueil. Les étudiants en maïeutique sont soumis aux exigences de fonctionnement de la structure d'accueil, ce qui peut comprendre la production de justificatifs spécifiques avant la date de début de réalisation de l'action de prévention.

Toute sanction disciplinaire ne peut être décidée que par l'établissement d'inscription. Dans ce cas, la structure d'accueil informe l'enseignant référent et l'établissement d'inscription des manquements et fournit éventuellement les éléments constitutifs. En cas de manquement particulièrement grave à la discipline, la structure d'accueil se réserve le droit de mettre fin à l'action de prévention.

Article 8 : Congés – Interruption de l'action

Pour toute absence temporaire d'un étudiant (maladie ou absence injustifiée...), la structure d'accueil avertit l'établissement d'enseignement. Toute interruption par l'étudiant en santé de la réalisation de l'action de prévention est signalée aux autres parties à la convention et au référent pédagogique de l'établissement d'inscription. Une modalité de validation est mise en place le cas échéant par l'établissement d'enseignement.

Article 9 : Devoir de réserve et confidentialité

Le devoir de réserve est de rigueur absolue et apprécié par la structure d'accueil compte-tenu de ses spécificités. Les étudiants en maïeutique prennent donc l'engagement de n'utiliser en aucun cas les informations recueillies ou obtenues par eux pour en faire publication, communication à des tiers sans accord préalable de la structure d'accueil. Cet engagement vaut non seulement pour la durée de l'action mais également après son expiration. Les étudiants en maïeutique s'engagent à ne conserver, emporter, ou prendre copie d'aucun document ou logiciel, de quelque nature que ce soit, appartenant à la structure d'accueil, sauf accord de ce dernier.



Pôle
Ressources Humaines
Généraliste de la Formation

Ecole
Sage-Femme

Directrice par intérim
Olga GRATIER
o.gratier@chr-metz-thionville.fr

Conseillère Pédagogique et de
Recherche
Dr Marion ROESCH
m.roesch@chr-metz-thionville.fr

Besréariat
Tél. 03 87 55 30 02
Sec-EcoleSageFemme-mz@chr-metz-
thionville.fr

Adresse postale :
C.H.R. Metz-Thionville
Ecole de Sage-Femme - BAL n°83
1 Allée du Château - CS 45001
57035 METZ Cedex 03

Adresse électronique :
Campus Universitaire
Bâtiment Simone Veil
Ile du Centre
57010 METZ

Article 10 : Evaluation

La structure d'accueil renseigne une fiche d'évaluation de la qualité de l'action réalisée par l'étudiant en maïeutique qu'elle retourne au référent pédagogique de l'établissement d'inscription.

Article 11 : Durée et résiliation

La présente convention produit ses effets dans la période de réalisation de l'action concrète de prévention. Toute modification de la présente convention ou de l'une de ses clauses fait l'objet d'un avenant conclu entre les parties.

Fait à Metz, le 23 mars 2022

L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL
Nom et signature du représentant

L'ÉTABLISSEMENT D'INSCRIPTION
Nom et signature du représentant

ANNEXE III : FICHE ACTION SERVICE SANITAIRE



Pôle
Ressources Humaines
de la Formation

FICHE ACTION

Ecole de Sage-Femme du CHR de Metz-Thionville
Action de prévention / Service Sanitaire 2021/2022

Ecole
Sage-Femme

Directrice par
Gina GRATIER
g.gratier@chr-metz-thionville.fr

Conseillère Pédagogique et de
Recherche
Dr Marion ROESCH
m.roesch@chr-metz-thionville.fr

Besoin
Tél. 03 87 55 39 02
Sec-EcoleSageFemme-mz@chr-metz-
thionville.fr

Adresse postale :
C.H.R. Metz-Thionville
Ecole de Sage-Femme BAL n°83
1 Allée du Château - CS 48001
57035 METZ Cedex 03

Adresse électronique :
Campus Universitaire
Bâtiment Simone Veil
Ile du
57010 METZ

Action de prévention	
Intitulé	Information-Prévention-Sexualité-Contraception-Prévention IST en milieu scolaire
Etat de l'action	Depuis le début des années 2000, l'Ecole de Sage-Femme de Metz est investie dans des actions de prévention auprès des collégiens et lycéens de la région messine par la réalisation de séances d'information-prévention dans le domaine de l'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des IST.
Site / Lieu de l'action/date	Périodes : Le calendrier prévisionnel des actions se répartit sur l'année universitaire 2021/2022
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les connaissances des lycéens en matière d'information-prévention dans le domaine de l'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des IST. - Lever les clichés et les représentations - Sensibiliser et responsabiliser les élèves au respect de leur corps et de leur personne - Permettre aux élèves de faire des choix éclairés en matière de santé sexuelle.
Préparation et Moyens mis en œuvre	<p>Présentation du Service Sanitaire et des enjeux de santé publique sur la thématique de l'éducation à la sexualité intégrant la prévention des IST et la contraception et Calendrier.</p> <p>Présentation du dossier de projet Service Sanitaire à élaborer.</p> <p>Constitution de groupes de travail de 4 à 6 étudiants : les actions sur les lieux d'accueil se font par binôme issus de ce groupe d'étudiants.</p> <p>Sensibilisation à la promotion de la santé et à la démarche projet en santé publique et ses outils selon différentes approches pédagogiques (TD, recherches personnelles et collectives, travail individuel et de groupe) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De l'analyse d'une situation aux priorités d'intervention. • Des objectifs à la mise en œuvre de l'action de promotion de la santé. • Approche des stratégies d'intervention selon la Charte d'Ottawa (OMS) dans une démarche de promotion de la santé. • Planification de l'évaluation de l'action. • Approche de l'éducation à la santé et des stratégies éducatives en promotion de la santé. • Déclinaison des différents thèmes abordés en matière

Pôle
Ressources Humaines
de la Formation

Ecole
Sage-Femme

Directrice par
Gina GRATIER
g.gratier@chr-metz-thionville.fr

Conseillère Pédagogique et de
Recherche
Dr Marion RDEBCH
m.rdebch@chr-metz-thionville.fr

Bureautariat
Tél. 03 87 55 39 02
Sec-EcoleSageFemme-mz@chr-metz-
thionville.fr

Adresse postale :
C.H.R. Metz-Thionville
Ecole de Sage-Femme - BÂL n°83
1 Allée du Château - CS 45001
57035 METZ Cedex 03

Adresse géographique :
Campus Universitaire
Bâtiment Simone Veil
Île du
57010 METZ

	d'éducation à la sexualité : Cadre législatif, Spécificités psychologiques de l'adolescence, Changements physiques et modification de l'image corporelle, Découverte et évolution de la sexualité, Prévention. <ul style="list-style-type: none"> • Travail de groupe à rendre. • Mise en commun des recherches et du travail en groupe. • Présentation des projets, réajustements éventuels.
Responsable (discipline)	Catherine MERGEN-MOREL sage-femme enseignante
Collaboration(s)	Collèges et lycées
Public Cible	Collégiens et Lycéens des établissements de Metz Métropole
Lien avec une UE d'enseignement/année	UE 1 - UE2 - UE 11- UE 12- UE13 en premier cycle UE 3 – UE 5 en deuxième cycle
Etudiants concernée	L'ensemble des étudiants de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} année de formation
Encadrement en stage	IDE scolaire du lieu de stage
Evaluation de l'action	Post-questionnaire de satisfaction des élèves et des étudiants sage-femme

**Connaissances des étudiants paramédicaux de l'Université de Lorraine
sur les risques de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles
lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé.**

Etude observationnelle, descriptive, quantitative multicentrique par voie de questionnaires, à Metz et Nancy en 2021.

RESUME

Introduction : Un rapport sexuel à risque est par définition une relation sexuelle non ou mal protégée, notamment avec un partenaire occasionnel ou un partenaire fixe en l'absence de dépistage préalable exposant d'une part à un risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'autre part à un risque de grossesse non désirée. Quelles connaissances, attitudes et pratiques ont les étudiants paramédicaux concernant ces risques ? L'objectif est de faire un état des lieux des connaissances chez les étudiants paramédicaux.

Méthode : Afin de répondre à cet objectif, une étude quantitative multicentrique par questionnaires a été réalisée d'octobre 2021 à Janvier 2022 auprès de 407 étudiants en ergothérapie, soins infirmiers, orthophonie et école de manipulateurs d'électroradiologie médicale de Metz et de Nancy.

Résultat : Les étudiants paramédicaux avaient des connaissances erronées du rapport sexuel à risque. 95% d'entre eux avaient connaissance du risque de grossesse et 100% pour les IST. Les conduites à tenir étaient cependant mal connues pour ces deux risques. Il était à noter qu'une part plus faible d'étudiants considéraient les rapports sexuels sans pénétration comme à risque de transmission. 94% des étudiants savaient qu'il existait des vaccins pour certaines IST mais seuls 36% d'entre eux citaient l'Hépatite B et le Papillomavirus Humain (HPV). Les étudiants paramédicaux avaient des pratiques sexuelles à risque pour leur santé sexuelle avec une faible réalisation du dépistage et une non utilisation du préservatif de manière importante.

Conclusion : Globalement, les étudiants connaissaient les risques mais ne savaient pas comment les éviter et comment agir en cas de prise de risque. La formation des futurs préventeurs doit être renforcée pour espérer constater une diminution des IST et des grossesses non prévues et leur permettre de donner des conseils éclairés.

MOTS CLES : Rapport sexuel à risque, Grossesse, Infections sexuellement transmissibles, Préservatifs, Etudiants paramédicaux.

ABSTRACT :

Introduction : Unsafe sexual intercourse is defined as unprotected or inadequately sexual intercourse, particularly with an occasional or permanent sexual partner in absence of prior screening, which exposes the individual to the risk of sexually transmitted infections on the one hand and unwanted pregnancy on the other. What knowledge and practices do paramedic students have regarding these risks? The aim is to assess the state of knowledge among paramedical students.

Methods : In order to meet this aim, a multicentric quantitative study using questionnaires was carried out from October 2021 to January 2022 among 407 students in occupational therapy, nursing, speech therapy and medical radiology manipulator schools in Metz and in Nancy.

Results : Paramedic students had a misunderstanding of unsafe sexual intercourse. 95% of them were aware of the risk of pregnancy and 100% for sexually transmitted infections. However, little was known about what to do about these two risks. It should be noted that a smaller proportion of students considered non-penetrative intercourse to be a risk of transmission. 94% of students knew that there were vaccines for certain sexually transmitted infections but only 36% of them mentioned Hepatitis B and Human Papillomavirus. Paramedical students had risky sexual practices for their sexual health with a low level of screening and high level of condom non-use.

Conclusion : Overall, students were aware of the risks but didn't know how to avoid them and what to do if they have taken a risk. The training of future preventionists needs to be strengthened in order to expect a reduction in sexually transmitted infections and unplanned pregnancies and to enable them to give informed advice.

KEY WORDS : Unsafe sexual intercourse, Pregnancy, Sexually transmitted infection, Condoms, Paramedical students.