

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 20 14

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**COHEN Eléna, Yaëlle**

**Née le 16/08/1986 à Paris 20ème**

---

*Présentée et soutenue publiquement le : 15 janvier 2014*

---

**Etude du comportement chez les personnes de 18 à  
50 ans après un rapport sexuel à risque infectieux ou  
de grossesse**

Président de thèse : **Professeur** CASALINO Enrique

Directeur de thèse : **Docteur** ROLLAND-SANTANA Pascale

**DES Médecine Générale**

# Remerciements

A ma directrice de thèse Dr Rolland-Santana Pascale, grâce à qui j'ai pu faire cette thèse et qui m'a apporté ces précieux conseils.

Au Professeur Casalino qui a accepté d'être mon président.

Aux membres du jury qui ont accepté de juger mon travail.

A tous les membres des cabinets qui ont participé à cette thèse, médecins et secrétaires : Dr Voisin, Dr Matine, Dr Cattan, Dr Kartowski, Dr Morrier, leurs remplaçantes et leurs secrétaires Brigitte et Zohra, Dr Douillard, Dr Lavigne, Dr Tarjus, Dr Jomier, Dr Zerr, Dr Joly, Dr Aubin-Auger.

A tous les patients participants à l'étude.

A mes parents que j'ai embêtés toutes ces années en leur parlant des problèmes médicaux de mes patients et en leur demandant conseil pour certains cas.

A mon chou et futur mari, qui était auprès de moi pendant ces 9 années, qui m'a supportée durant les pires et les meilleurs moments et qui m'a aidée dans la mise en page de cette thèse.

A toute ma famille, grands-parents présents ou non, la sister qui a bien voulu lire ma thèse, et à tous mes autres sœurs et mon frère, à Nat et Pierre pour leurs conseils en Français, à mes oncles et tantes pour leur conseils avisés dans la réalisation du questionnaire et plus particulièrement à Bruno qui a pris de son temps pour m'expliquer les statistiques.

A ma Fanny, pour toutes ses années passées ensemble, de la première à maintenant, tous nos concours réussis, le DIU, les moments difficiles et les joies, et peut être à notre futur association, qui sait...

A ma Debdebodebora adorée, qui même si elle n'était pas en médecine, m'a soutenue et ma suivie pendant tout ce parcours et plus encore. Si tu as besoin d'un médecin traitant...

A tous mes potes de la fac : Elise, Julie, Margot, Hélène, Christelle bientôt ce sera votre tour, à Kadiba mon poulain, à Laure qui m'a supportée en tant qu'externe, en tant qu'interne et en tant que collègue désormais.

A mes co-internes de ces 3 dernières années principalement à Marion pour cette année d'internat passée ensemble et aux séances sportives du vendredi soir.

A l'équipe des urgences pédiatrie du CHIC qui a permis à ce stage d'être un de mes meilleurs stages d'interne même s'il fut le plus fatiguant.

Au Dr Thomas Cartier, qui m'a fait confiance dès le début, au Dr Alexandra pour tout son savoir, au Professeur Pateron, à tous les membres du cabinet Condorcet.

A ma kiné préférée, Jess.

A ceux qui ont relu ce travail et m'ont corrigée : maman, papa, Steph, Clara.

A tous mes amis qui me connaissent depuis plus ou moins longtemps et que j'adore.

Et aux amis de longue date de mes parents que je considère comme ma famille.

# Abréviations

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

*C.Trachomatis* : *Chlamydiae Trachomatis*

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

MT : Médecin Traitant

MG : Médecin Généraliste

CU : Contraception d'Urgence

INED : Institut National d'Etude Démographique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

# Sommaire

I/ Introduction .....	7
II/ Matériels et méthodes .....	9
1. Types d'études .....	9
2. Recrutement des cabinets.....	9
3. Description des cabinets .....	10
4. Recrutement des patients.....	10
5. Modalités de l'étude .....	11
6. Description du questionnaire.....	11
7. Recherche bibliographique .....	13
III/ Résultats.....	14
1. Test des questionnaires .....	14
2. Nombre de questionnaires.....	14
3. Dépôt et récupération des questionnaires .....	16
4. Caractéristiques des patients.....	17
a. Sexe.....	17
b. Age .....	17
c. Pays d'origine.....	19
d. Catégories socio-professionnelles .....	20
e. Nombre d'enfants.....	21
f. Statut matrimonial.....	21
g. Type de relation.....	22
h. Moyen de contraception .....	23
5. Rapport à risque et consultations .....	24
a. Nombre de rapport à risque .....	24
b. Consultation auprès d'un médecin généraliste.....	25
c. Consultation aux urgences .....	26
d. Consultation au planning familial .....	27
e. Consultation auprès d'un gynécologue chez les femmes .....	27
f. Consultation en CDAG .....	28
g. Consultation auprès d'un dermatologue .....	29

h. Aucune consultation .....	30
1. Raison de la non consultation?.....	31
2. Dans quelles situations auraient-ils consulté ? .....	32
6. Rapports à risque et IST .....	36
7. Prise de traitement antirétroviral préventif .....	37
8. IVG .....	38
9. Contraception d'urgence (CU) .....	39
10. Test de dépistage.....	41
11. Rapports à risque et informations.....	44
a. Renseignements .....	44
1. Par quels moyens ?.....	46
2. Modification de la conduite .....	47
b. Informations du médecin sans demande du patient. ....	48
c. Désir du patient .....	50
IV/ Discussion .....	52
1. Consultation et rapports à risque : .....	52
2. Rapport à risque infectieux : .....	53
3. Rapport à risque de grossesse : .....	54
4. Informations sur les rapports à risque :.....	56
5. Limites et biais :.....	59
6. Quelles solutions ? .....	60
V/Conclusion .....	62
VI/ Annexe .....	64
a. Feuille de conseils.....	64
b. Questionnaire de l'étude.....	65
VII/ Bibliographie.....	71

# I/ Introduction

Depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics (ministère de la santé, mairie de Paris et l'INPES <sup>[1]</sup>), et les associations comme le Kiosque-info-SIDA, mettent à disposition divers documents de prévention sur les IST.

Il en est de même sur la contraception d'urgence, qui est disponible depuis 1999.

Avec l'apparition d'Internet, les informations sur le sujet sont beaucoup plus accessibles.

Le médecin traitant doit être au premier plan pour conseiller sur la conduite à tenir après un rapport sexuel à risque d'IST ou de grossesse. La prévention primaire et secondaire est un des rôles principaux de notre métier.

Malgré toutes ces informations disponibles, les IST augmentent et le nombre d'IVG stagne.

L'infection à gonocoque a augmenté de 52% entre 2008 et 2009 <sup>[2]</sup>.

La syphilis a connu une recrudescence ces dernières années. La contamination a été multipliée par 15 en 7 ans, 37 cas en 2000 et 600 cas en 2007 en France. De 2007 à 2009, le nombre de cas est stable à 500 cas par an <sup>[2]</sup>.

La prévalence de l'infection par *C.Trachomatis* n'est pas connue mais elle est maximale chez les femmes de 18 à 24 ans et chez les hommes de 25-30 ans <sup>[3] [4]</sup>.

Seule la contamination par le VIH n'augmente pas, avec la découverte de 6700 séropositivités en 2010, en France <sup>[5]</sup>.

Quant à la contraception d'urgence, son utilisation ne cesse d'augmenter, 8,4% en 2000 contre 13,3% en 2005 <sup>[6]</sup>.

Un tiers des utilisatrices ont de 15 à 24 ans et moins de 10% ont entre 35 et 54 ans. Deux tiers n'en ont pris qu'une seule fois <sup>[6]</sup>.

Malgré cette augmentation d'utilisation, le nombre d'IVG reste stable à 209 245 en 2010 et ce depuis 2006. Cinquante-cinq virgule quatre pour cent de celles qui la pratiquent, ont entre 18 et 29 ans, et 38,6% entre 30 et 50 ans <sup>[7]</sup>.

Nous pourrions penser qu'avec la circulation des informations, tout cela diminuerait, or ce n'est pas le cas.

Avec ce travail, j'ai voulu observer et décrire les conduites des personnes de 18 à 50 ans après un rapport sexuel à risque d'IST ou de grossesse.

J'ai également voulu savoir si les personnes s'informent et, si oui, par quels moyens ?

Modifient-elles leur comportement après s'être informées ?

Aimeraient-elles que leur médecin traitant leur en parle ? Dans sa thèse Alice GRAND montre que les jeunes de 15 à 18 ans ne parlent pas de sexualité avec leur médecin généraliste dans 77,05% des cas. Est-ce différent pour notre population étudiée? <sup>[8]</sup>

Y-a-t-il des différences d'attitude en fonction des données sociodémographiques ?

# **II/ Matériels et méthodes**

## **1.Types d'études**

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative menée de février à juin 2012 dans 6 cabinets médicaux à Paris intramuros, dans les Hauts-de-Seine et le Val d'Oise.

## **2.Recrutement des cabinets**

Les cabinets ont été recrutés de 2 manières différentes :

- Par l'intermédiaire de la liste des maîtres de stage de la faculté du département de médecine générale de l'université Paris 7, pour 4 d'entre eux ;
- A travers des connaissances personnelles pour les 2 autres.

Ils ont été contactés par téléphone ou par mail.

Ils ont tous donné leur accord oral.

### **3. Description des cabinets**

- Un cabinet dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, composé de 4 médecins généralistes à mi-temps sans secrétaire.
- Un cabinet dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, composé de 3 médecins généralistes et un dermatologue, avec une secrétaire.
- Un cabinet dans le 12<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, composé de 2 médecins généralistes, avec une secrétaire à mi-temps.
- Un cabinet à Levallois-Perret dans les Hauts-de-Seine, composé de 2 médecins généralistes, avec une secrétaire à mi-temps.
- Un cabinet à Soisy-sous-Montmorency dans les Hauts-de-Seine, composé de 6 médecins généralistes, avec une secrétaire.
- Un cabinet à Survilliers dans le Val d'Oise, composé de 2 médecins généralistes, sans secrétaire. Il s'agit d'un cabinet où les consultations sont sans rendez-vous contrairement aux 5 autres cabinets.

### **4. Recrutement des patients**

Tout patient entre 18 et 50 ans, hommes ou femmes, se présentant au cabinet pour une consultation avec un médecin généraliste, quel que soit le motif, recevait, s'il l'acceptait, un questionnaire qu'il remplissait soit avant soit après la consultation.

- Critères d'inclusion des patients : avoir entre 18 et 50 ans inclus, consulter un médecin généraliste, accepter de remplir le questionnaire, savoir lire et écrire.
- Critères d'exclusion : avoir moins de 18 ans et plus de 50 ans, consulter un médecin du cabinet autre qu'un médecin généraliste, refuser de remplir le questionnaire, consultation dédiée à un enfant, mauvaise compréhension de la langue française.

## **5. Modalités de l'étude**

Selon les cabinets, 30 à 160 questionnaires ont été déposés selon l'âge de la patientèle, l'investissement des secrétaires et des médecins, et le temps de l'étude.

Le questionnaire était remis par la secrétaire en attendant le médecin ou à la fin de la consultation par le médecin lui-même afin que le patient puisse le remplir ensuite dans la salle d'attente.

Une fois rempli, le questionnaire était déposé dans une urne afin qu'il reste anonyme.

## **6. Description du questionnaire**

Le questionnaire est composé de trois parties (voir annexe).

La première partie correspond à une description sociodémographique du patient : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle en précisant le métier s'il s'agit d'un métier dans le domaine de la santé, pays d'origine, nombre d'enfants. Le moyen de contraception et l'orientation sexuelle sont aussi notés dans cette partie.

La seconde partie commence par une estimation du nombre de rapport sexuel à risque depuis le début de la vie sexuelle. Les rapports à risque sont définis soit par un oubli de pilule, soit par une absence ou un problème de préservatif avec une personne dont on ne connaît pas le statut VIH.

S'ils en ont eu au moins un, les questions suivantes permettent de voir la conduite adoptée après ce rapport : ont-ils consulté, si non pour quelle(s) raison(s) et quelle(s) aurai(en)t été la ou les situations les amenant à consulter. Les questions suivantes reprennent les antécédents d'IST, de prise de trithérapie préventive contre le VIH, d'IVG et d'utilisation de contraception d'urgence et de tests de dépistage après des rapports sexuels à risque.

La troisième partie permet de voir si les patients se renseignent sur la conduite à tenir après un rapport sexuel à risque. Si c'est le cas, auprès de qui se sont-ils renseignés et ont-ils changé leur conduite après s'être renseignés.

Les patients qui n'ont jamais eu de rapport sexuel à risque ne répondent pas aux questions de la 2<sup>ème</sup> partie mais directement à celles de la 3<sup>ème</sup>.

La dernière partie permet de voir si leur médecin traitant leur a parlé du risque d'IST ou de grossesse après un rapport sexuel à risque sans demande de leur part. Si la réponse est négative, le regrettent-ils ?

Un espace libre est laissé à la fin pour les éventuelles remarques des patients.

## 7. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée avec le catalogue Sudoc <sup>[9]</sup>, Pubmed <sup>[10]</sup>, la librairie Cochrane <sup>[11]</sup>, le magazine Prescrire <sup>[12]</sup>, des différents bulletins épidémiologiques hebdomadaires de l'institut de veille sanitaire <sup>[13]</sup> et de recherche par capillarité sur Internet.

## 8. Statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel Epi Info et du site Internet <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>, sur une base de fichier excel et du logiciel Epi Data. Toutes les analyses ont été faites avec le test du Chi<sup>2</sup>,  $p < 0,005$  est considéré comme significatif.

# III/ Résultats

## 1. Test des questionnaires

Les questionnaires ont été initialement testés dans le cabinet du 19<sup>ème</sup> arrondissement mi-février.

Au total, il y a eu 6 questionnaires pré-test qui ont été inclus dans l'étude par la suite.

## 2. Nombre de questionnaires

Au total, 561 questionnaires ont été récupérés dans les urnes :

- 148 dans le cabinet du 18<sup>ème</sup> arrondissement
- 120 dans celui du 19<sup>ème</sup> arrondissement
- 163 dans celui du 12<sup>ème</sup> arrondissement
- 45 dans celui de Soisy dans le 92
- 50 à Levallois dans le 92
- 35 à Survilliers dans le 95.

16 questionnaires n'ont pas pu être analysés :

- 10 questionnaires étaient en dehors des limites d'âge, 1 dans 18<sup>ème</sup> et dans le 95, 8 à Levallois dans le 92.
- L'âge n'était pas rempli dans un des questionnaires, il a donc été exclu. Il s'agissait d'un questionnaire rempli dans le 18<sup>ème</sup>.
- Dans 4 questionnaires seules les données sociodémographiques étaient remplies, ils n'étaient donc pas exploitables pour l'étude. Il s'agissait d'un questionnaire dans le 19<sup>ème</sup>, de 2 dans le 18<sup>ème</sup> et d'un dans le 12<sup>ème</sup>.
- Un questionnaire récupéré à Survilliers avait des pages en moins.

Soit au total, 545 questionnaires analysés :

- 144 dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement
- 119 dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement, dont les questionnaires tests
- 162 dans le 12<sup>ème</sup> arrondissement
- 45 à Soisy dans le 92
- 42 à Levallois dans le 92
- 33 à Survilliers dans le 95

### **3. Dépôt et récupération des questionnaires**

- Dans le cabinet du 19<sup>ème</sup> arrondissement, les questionnaires ont été déposés le 12 mars 2012 et récupérés le 11 avril 2012.
- Dans le cabinet du 18<sup>ème</sup>, les questionnaires ont été déposés le 22 mars 2012 et récupérés le 12 avril 2012.
- Dans le cabinet du 12<sup>ème</sup>, les questionnaires ont été déposés le 20 mars 2012 et récupérés le 20 juin 2012.
- Dans le cabinet de Levallois dans le 92, les questionnaires ont été déposés le 19 mars et récupérés le 19 avril 2012.
- Dans le cabinet de Soisy dans le 92, les questionnaires ont été déposés le 19 mars et récupérés le 5 juin 2012.
- Dans le cabinet de Surveilliers dans le 95, les questionnaires ont été déposés le 19 mars 2012 et récupérés le 25 avril 2012.

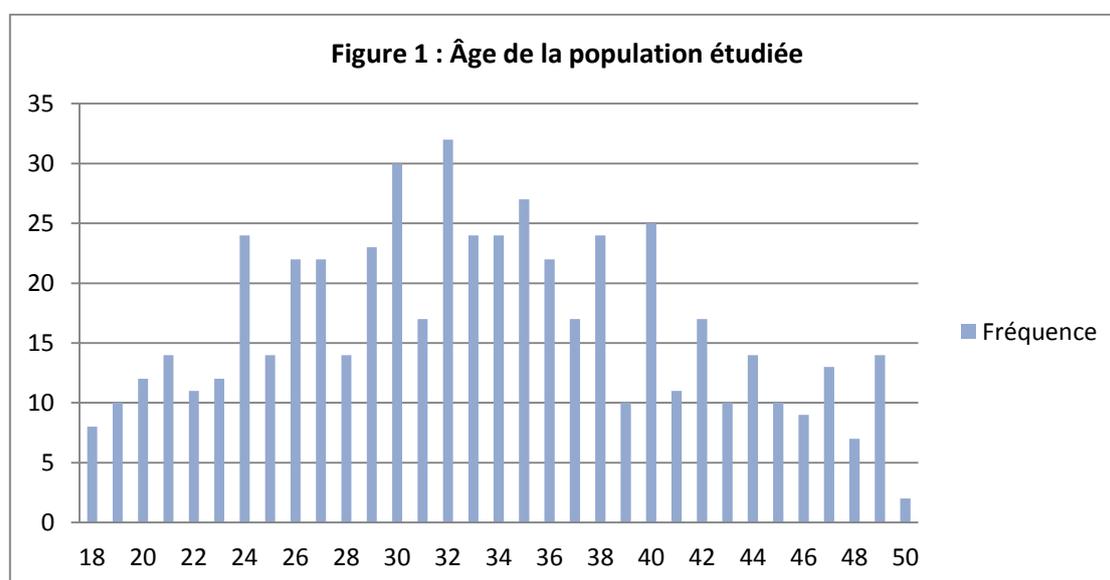
## 4. Caractéristiques des patients

### a. Sexe

Sur 545 questionnaires analysés, 369 ont été remplis par des femmes soit 67,71% et 176 par des hommes soit 32,29%.

### b. Age

La moyenne d'âge tout sexe confondu est de 33,15 avec une médiane à 33.



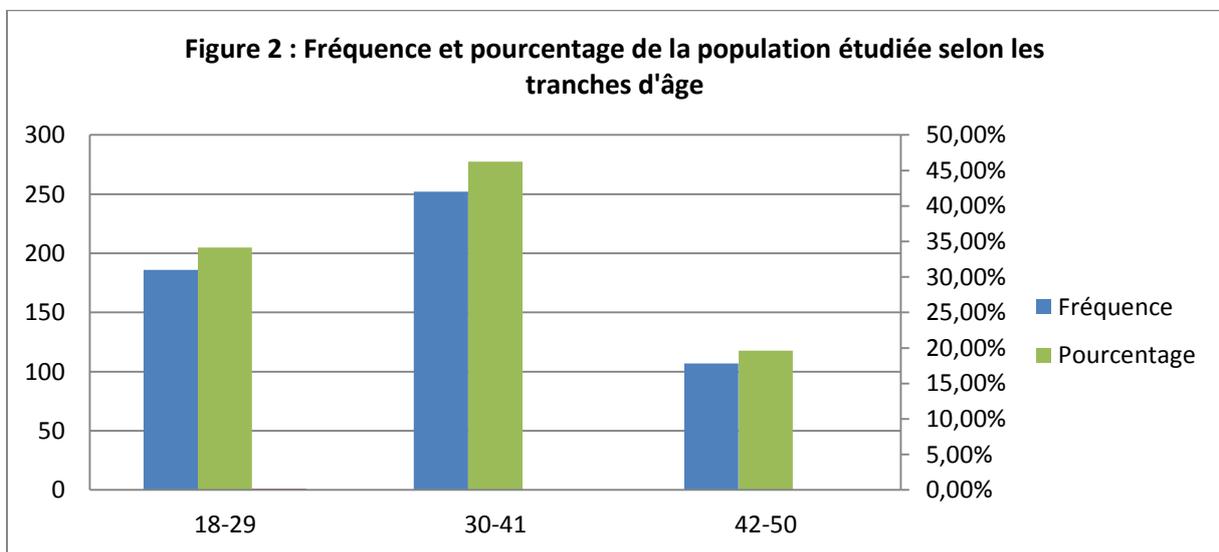
Chez les femmes, la moyenne d'âge est de 33,08 et chez les hommes de 33,32.

Il ne s'agit pas d'une différence statistiquement significative ( $p=0,74139$ ).

Par la suite, des tranches d'âge ont été créées, les patients sont donc répartis comme décrit dans le tableau ci-dessous.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
18-29	186	34,13%
30-41	252	46,24%
42-50	107	19,63%
Total	545	100,00%

*Tableau 1 : Répartition de la population étudiée selon les tranches d'âge*



La répartition du sexe selon les tranches d'âge est la suivante :

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Femmes	128	68,82%
Hommes	58	31,18%
Total	186	100%

*Tableau 2 : Répartition de la population étudiée selon le sexe chez les 18-29 ans*

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Femmes	166	65,87%
Hommes	86	34,13%
Total	252	100%

*Tableau 3 : Répartition de la population étudiée selon le sexe chez les 30-41 ans*

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Femmes	75	70,09%
Hommes	32	29,91%
Total	107	100%

*Tableau 4 : Répartition de la population étudiée selon le sexe chez les 42-50 ans*

### **c. Pays d'origine**

451 patients étaient originaires de France métropolitaine (82,75%), 6 patients étaient originaires des DOM-TOM (1,10%).

19 patients n'ont pas répondu à cette question (3,49%).

27 patients venaient d'un pays d'Europe hormis la France (4,95%).

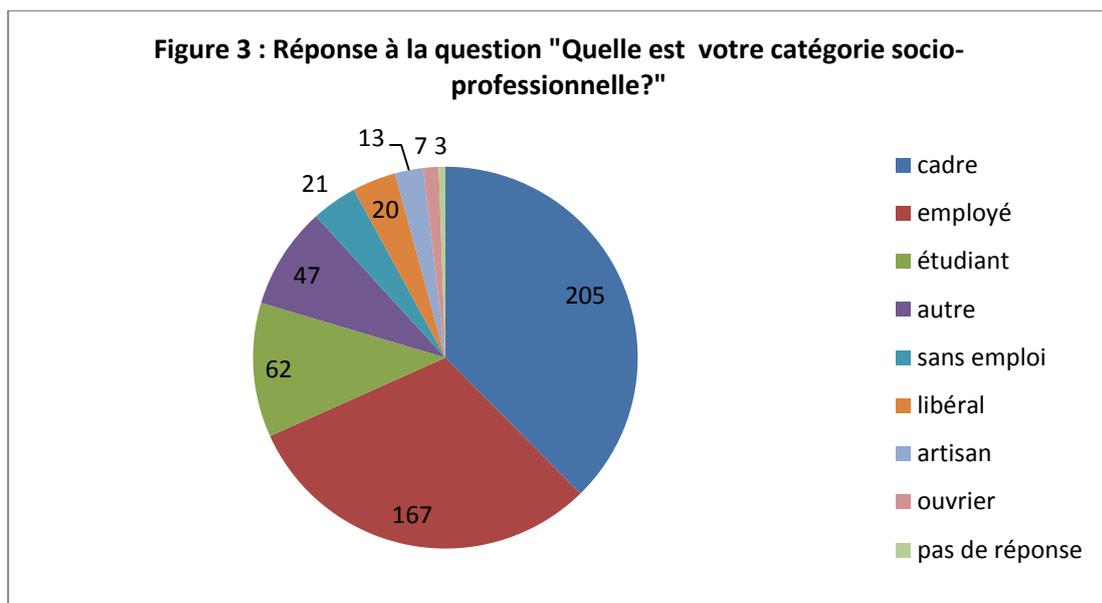
27 patients étaient originaires d'Afrique (4,95%), 14 d'entre eux venaient d'un des pays du Maghreb (2,57%).

6 patients étaient originaires d'Amérique (Nord, Sud ou Central) (1,11%)

8 patients étaient originaires d'Asie (1,47%).

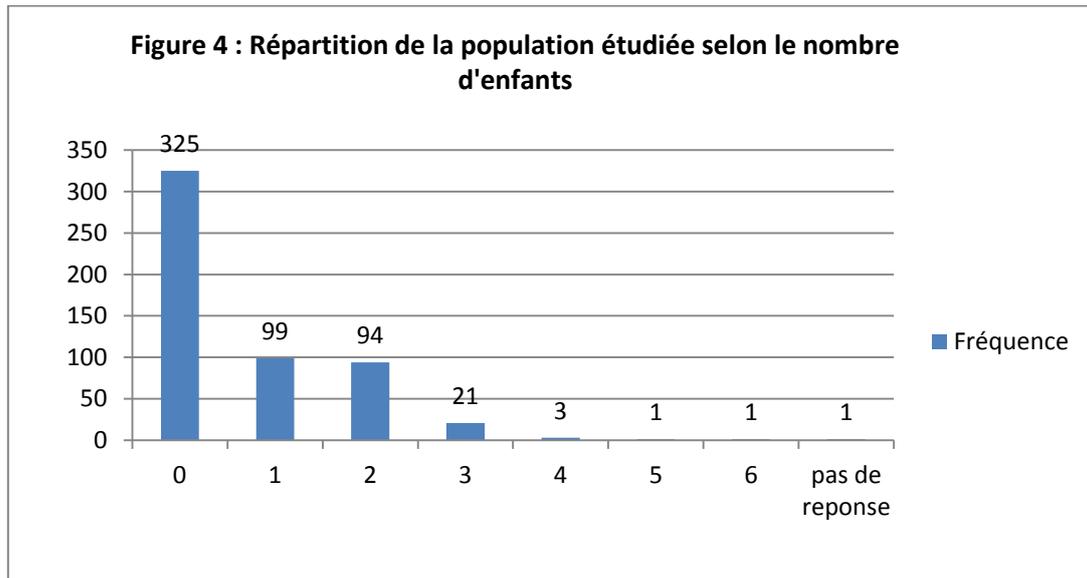
1 patient était originaire d'Océanie (Nouvelle Zélande) (0,18%).

## d. Catégories socio-professionnelles



Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ( $p=0,292069$ ) mais une différence selon les tranches d'âge ( $p=2,5236 \cdot 10^{-20}$ ).

## e. Nombre d'enfants



Par la suite, les patients ayant 3 enfants ou plus seront regroupés.

Il y a une différence significative selon le sexe ( $p= 0,04677$ ) ainsi que selon les tranches d'âge ( $p= 4,5388 \cdot 10^{-30}$ ).

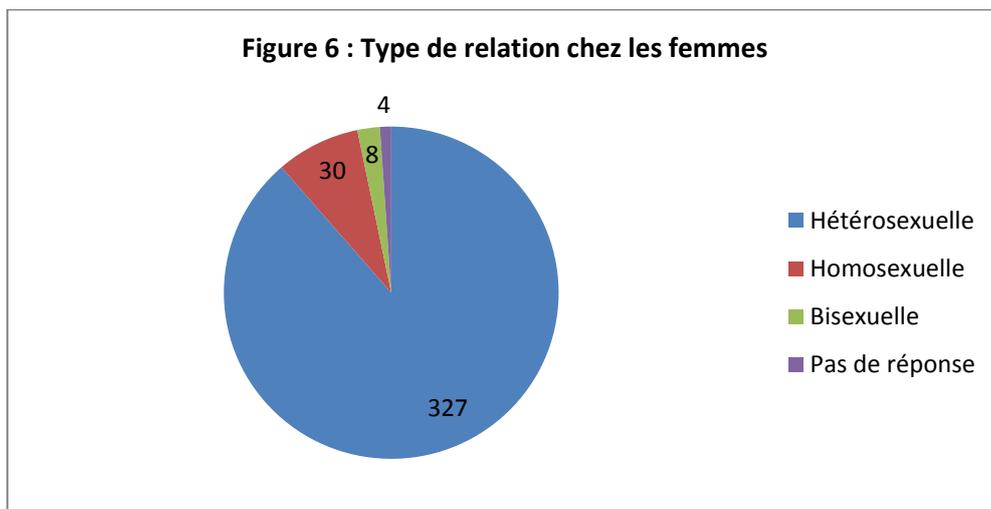
## f. Statut matrimonial



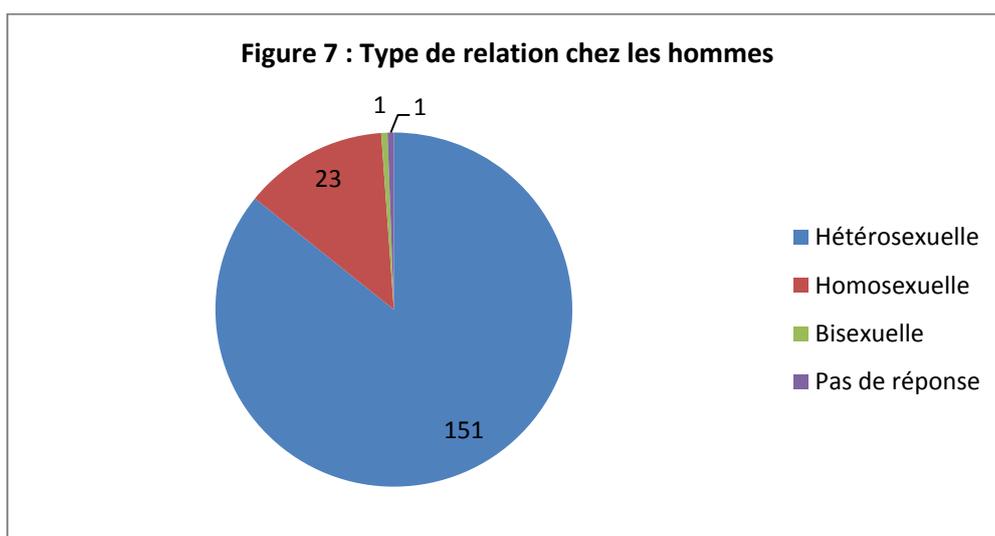
Par la suite, la patiente veuve sera regroupée avec les patients divorcés/séparés.

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ( $p=0,363985$ ), mais il y a une différence selon les tranches d'âges ( $p= 3,06167 \cdot 10^{-14}$ ).

### g. Type de relation



Il n'y a pas de différence significative selon les tranches d'âge ( $p= 0,34906$ ).

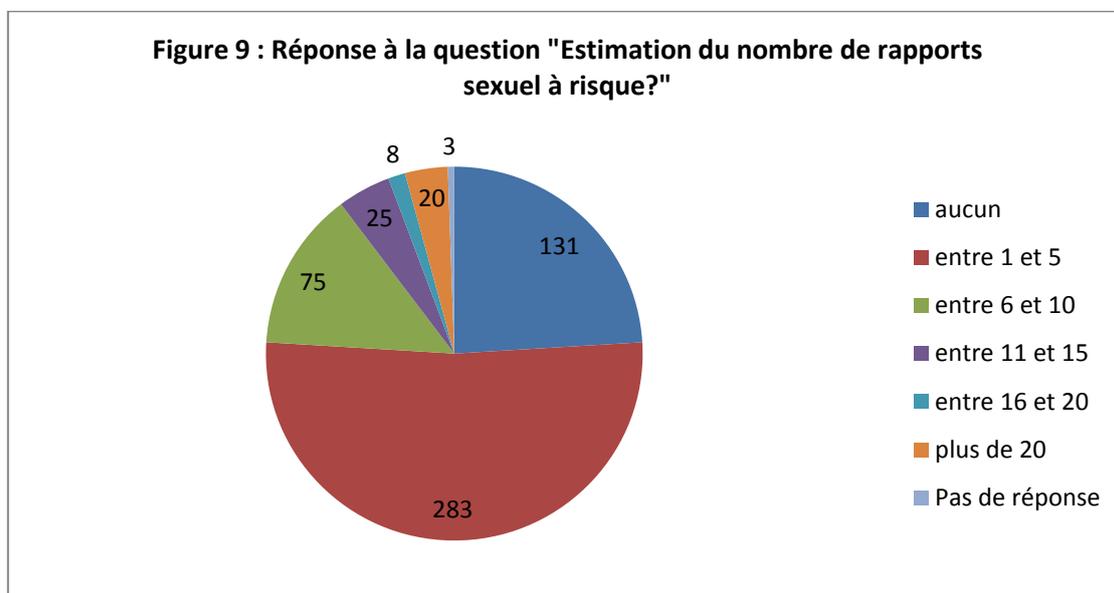


Il n'y a pas de différence significative selon les tranches d'âge ( $p= 0,7759$ ).



## 5. Rapports à risque et consultations

### a. Nombre de rapports à risque



Pour la suite des résultats, les patients ayant eu des rapports sexuels à risque infectieux ou de grossesse seront regroupés entre eux sans tenir compte du nombre de rapports à risque sauf exception qui sera signalée.

Rapports à risque	Fréquence	Pourcentage
Oui	411	75,41%
Non	131	24,04%
Pas de réponse	3	0,55%
Total	545	100,00%

*Tableau 5 : Fréquence de la population étudiée selon qu'il y ait eu ou non des rapports à risque*

Il existe une différence significative selon le sexe ( $p=0,007$ ), (79,13% des femmes ont eu des rapports à risque contre 67,1% des hommes), selon la tranche d'âge ( $p=0,047$ ), selon le

statut matrimonial ( $p=0,011$ ) et selon le moyen de contraception ( $p=3,678 \cdot 10^{-15}$ ). Il n'y a pas de différence selon le nombre d'enfants ni selon la catégorie socio-professionnelle.

## **b. Consultation auprès d'un médecin généraliste**



Il existe une différence significative selon la tranche âge ( $p=0,0248$ ) et selon le statut ( $p=0,031$ ). En effet, 30% des célibataires consultent leur médecin alors que seulement 13% des personnes en couple et 18% des patients qui sont mariés le font. Il n'existe pas de différence significative chez les hommes selon la tranche d'âge ( $p=0,88$ ) alors qu'il y en a une chez les femmes : elles sont 20,59% des 18-29 ans à le consulter, 24,82% des 30-41 ans et 41,51% des 42-50 ans ( $p=0,018$ ). Il n'en existe pas, non plus, selon le sexe, la catégorie socio-professionnelle, la contraception et selon le nombre d'enfants.

Consultation	18-29 ans	30-41 ans	42-50 ans
Oui	20,86%	24,38%	37,50%
Non	78,42%	75,12%	61,11%
Pas de réponse	0,72%	0,50%	1,39%

*Tableau 6 : Réponse à la question "Avez-vous consulté un MG après un rapport à risque?" selon la tranche d'âge*

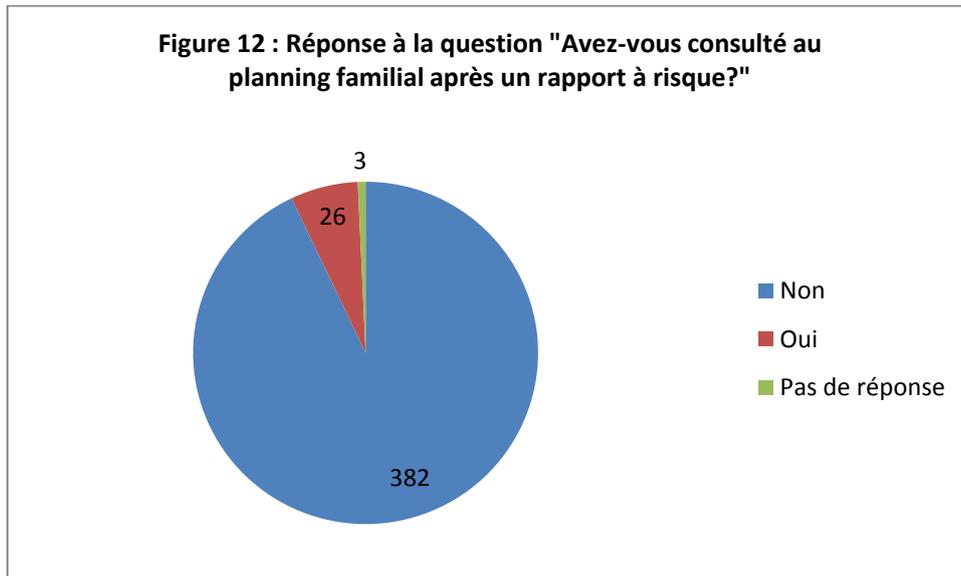
.

### c. Consultation aux urgences



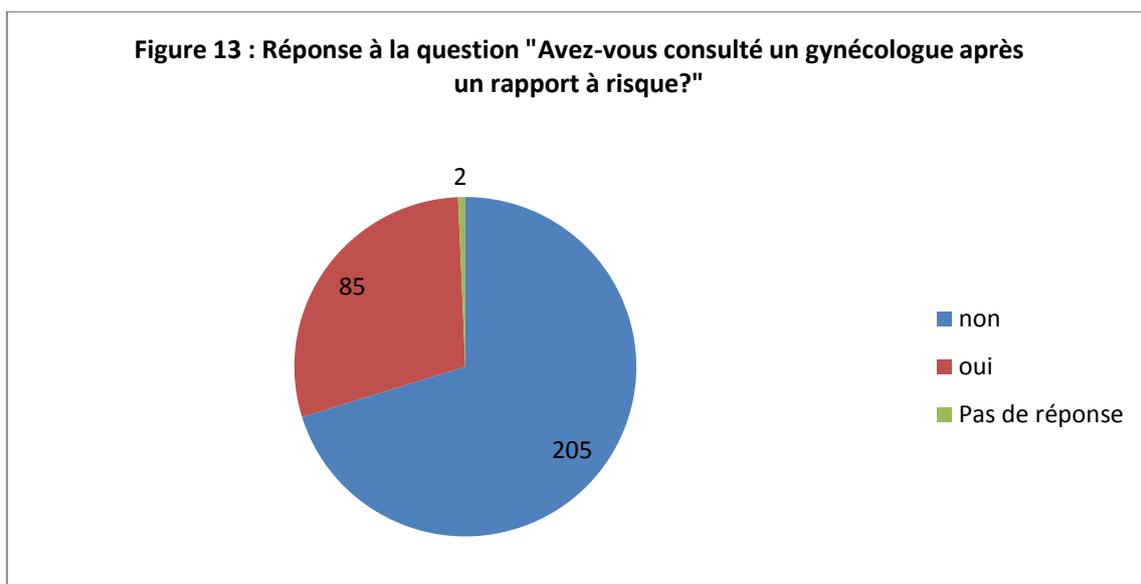
Il n'existe pas de différence significative selon les différentes données sociodémographiques.

## d. Consultation au planning familial



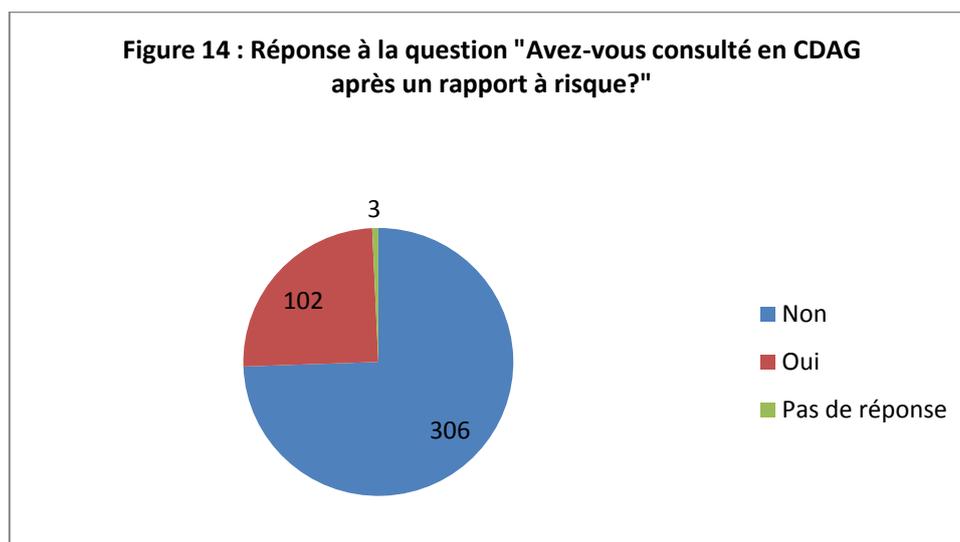
Il n'y a pas de différence significative selon les différentes données sociodémographiques.

## e. Consultation auprès d'un gynécologue chez les femmes



Aucune différence significative n'a été retrouvée.

## f. Consultation en CDAG



Il existe une différence significative selon le sexe, ( $p=0.0004$ ).

Consultation	Fréquence	Pourcentage
Non	232	79,45%
Oui	58	19,86%
Pas de réponse	2	0,68%
Total	292	100,00%

*Tableau 7 : Consultation dans un CDAG après un rapport à risque chez les femmes*

Consultation	Fréquence	Pourcentage
Non	74	62,18%
Oui	44	36,97%
Pas de réponse	1	0,84%
Total	119	100,00%

*Tableau 8 : Consultation dans un CDAG après un rapport à risque chez les hommes*

### **g. Consultation auprès d'un dermatologue**

Consultation	Fréquence	Pourcentage
Non	405	98,54%
Oui	3	0,73%
Pas de réponse	3	0,73%
Total	411	100,00%

*Tableau 9 : Réponse à la question "Avez-vous consulté un dermatologue après un rapport à risque?"*

Aucune différence significative n'a été trouvée.

## h. Aucune consultation



La seule différence significative qui a été trouvée est selon le statut matrimonial ( $p=0,007$ ). Les personnes mariées et en couple sont 40,6% à ne pas consulter alors que ce pourcentage monte à 62,69% chez les célibataires.

## 1. Raison de la non consultation?

Pourquoi pas de consultation	Fréquence	Pourcentage
Manque de temps	3	1,65%
Pas d'inquiétude	142	78,02%
Honte de voir un médecin	5	2,75%
Autre	22	12,09%
Temps/inquiétude	1	0,55%
Inquiétude/honte	2	1,10%
Inquiétude/autre	2	1,10%
Honte/autre	1	0,55%
Pas de réponse	4	2,20%
Total	182	100,00%

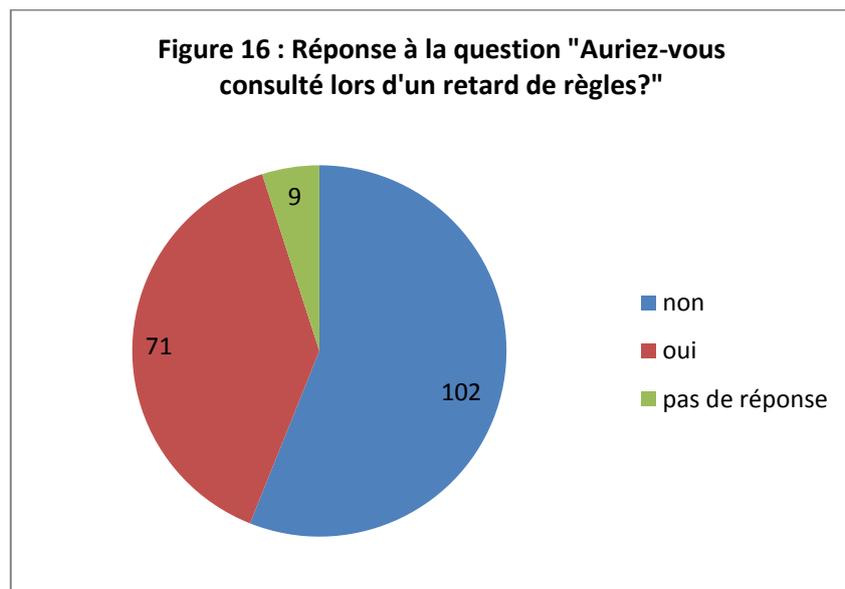
*Tableau 10 : Les différentes raisons de la non consultation*

Les raisons « Autre » rapportées par les patients sont les suivantes :

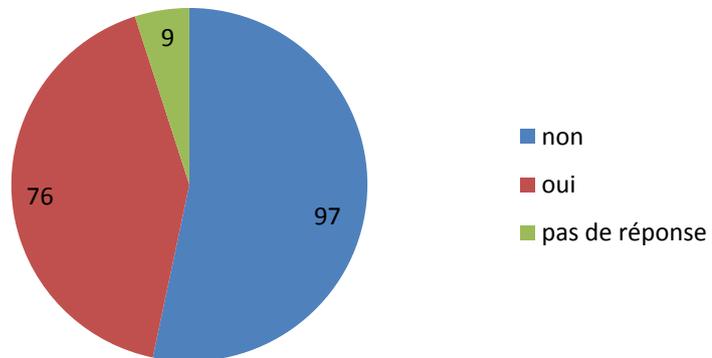
- Oubli volontaire ;
- Pilule du lendemain achetée en pharmacie ;
- Trop jeune ;
- Pas envie de savoir ;
- A été demandé conseil en pharmacie, signalé par 4 personnes ;
- Inquiétude pour le sida mais attente de 3 et 6 mois ;
- Dénier ;

- Inutile pour un homme car seul risque de grossesse ;
- Même partenaire (mari) ;
- Prise de sang dans un labo privé sans ordo ;
- Stupide, bêtise ;
- Attente des règles et test VIH sans consultation ;
- Peur de savoir.

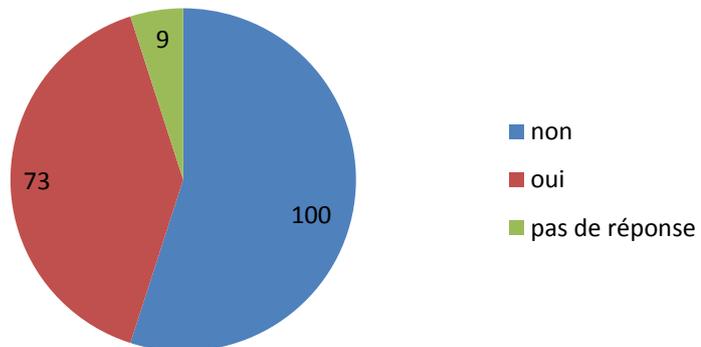
## 2. Dans quelles situations auraient-ils consulté ?



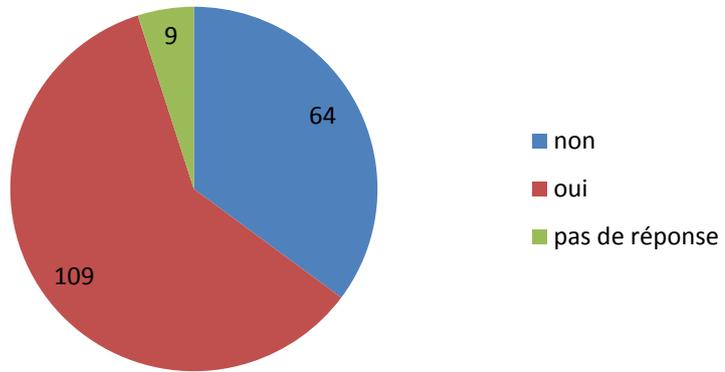
**Figure 17 : Réponse à la question "Auriez-vous consulté si vous aviez des inquiétudes concernant une éventuelle grossesse?"**



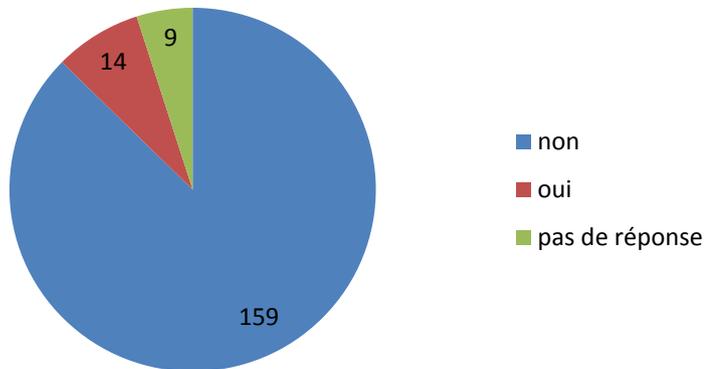
**Figure 18 : Réponse à la question "Auriez-vous consulté si vous aviez des inquiétudes concernant une éventuelle infection?"**



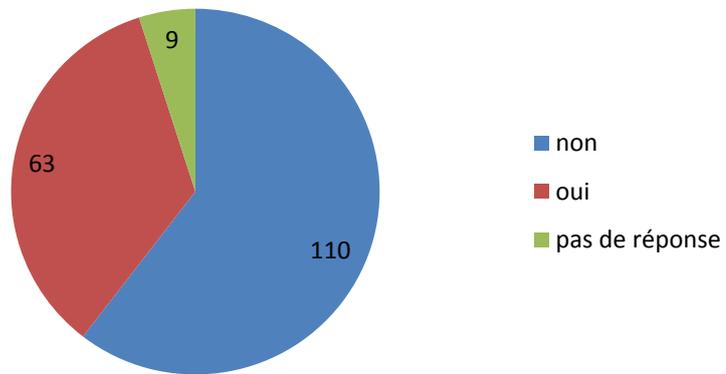
**Figure 19 : Réponse à la question "Auriez-vous consulté si vous aviez des signes pouvant faire penser à une infection?"**



**Figure 20 : Réponse à la question "Auriez-vous consulté si vous aviez besoin d'informations?"**



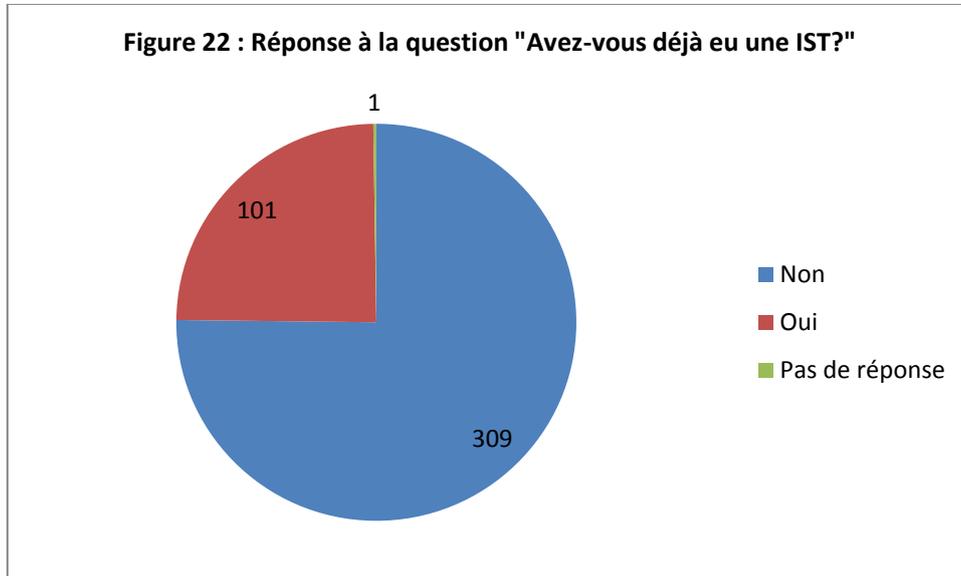
**Figure 21 : Réponse à la question "Auriez-vous consulté si votre partenaire avez des symptômes?"**



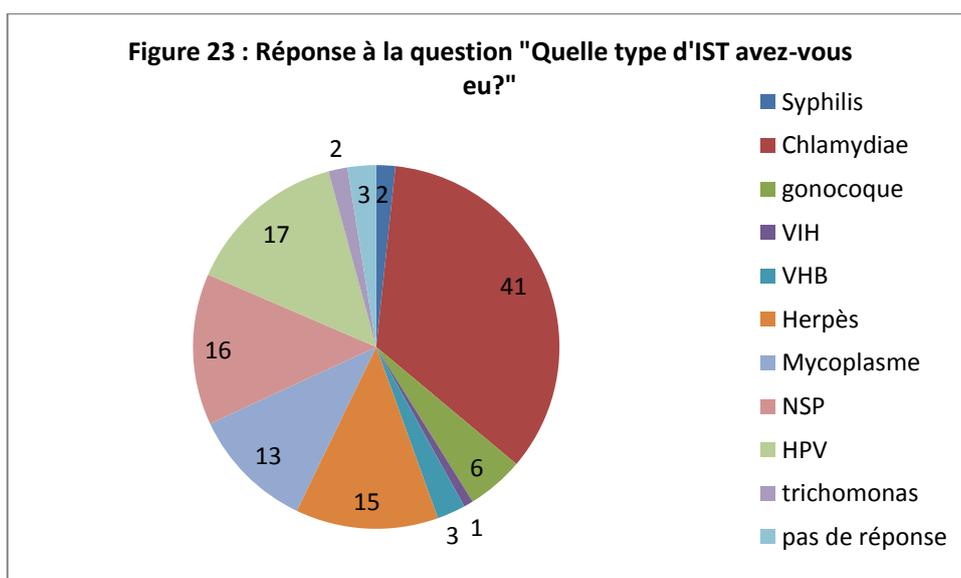
Une personne a signalé qu'elle aurait consulté si elle avait un doute sur le partenaire.

## 6. Rapports à risque et IST

Chez les patients qui ont eu des rapports à risque :



Il existe une différence significative selon le moyen de contraception ( $p=0,032$ ). Par contre, il n'y en a pas selon l'âge et le sexe.

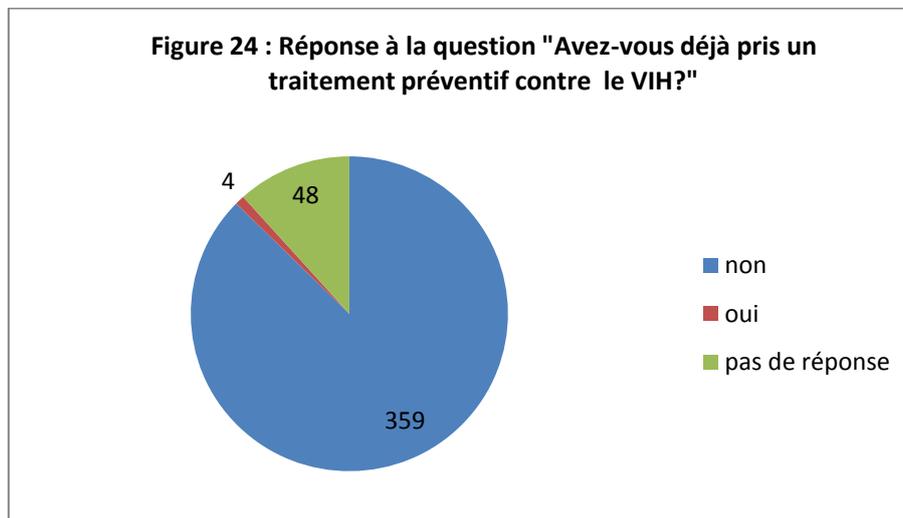


Plusieurs réponses étaient possibles.

Deux femmes ont noté « mycoses » qu'elles considèrent comme des IST, par erreur.

## 7. Prise de traitement antirétroviral préventif

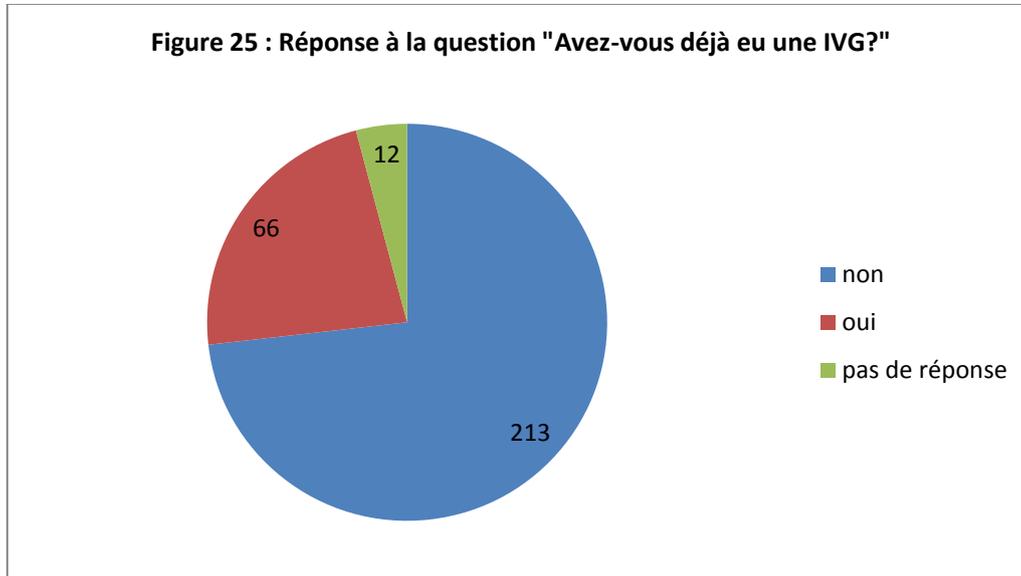
Parmi les patients ayant eu des rapports sexuels à risque :



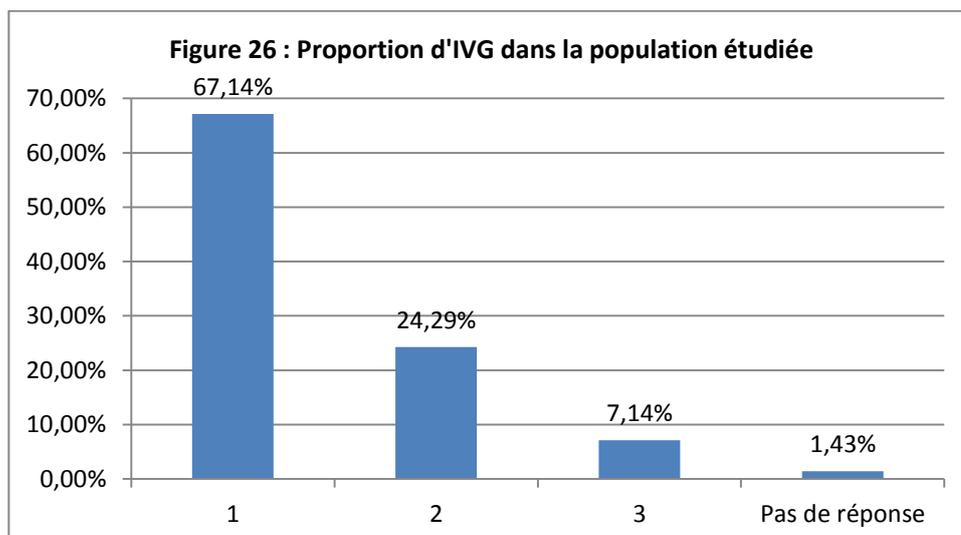
Un patient de 36 ans, n'était pas au courant qu'il était possible de prendre un traitement préventif.

## 9. IVG

Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à risque :

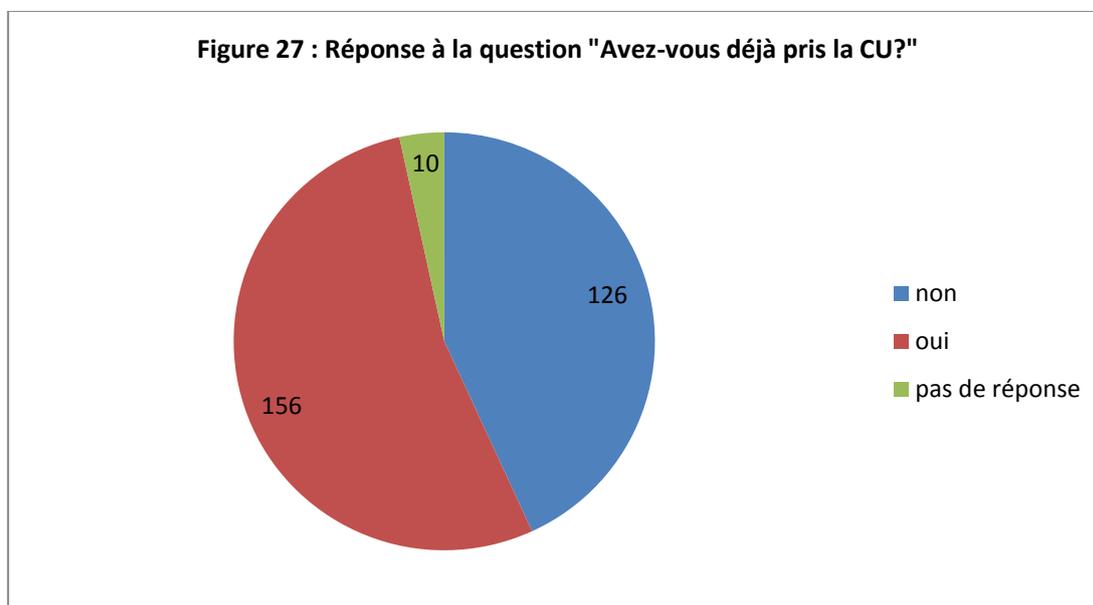


Il existe une différence significative selon l'âge ( $p=0,0009$ ) : 12,61% des patientes de 18-29 ans ont eu recours à une IVG, 26,85% des 30-41 ans et 32,73% des 42-50 ans. Il en existe également une selon le nombre d'enfants ( $p=0,0009$ ). Par contre, il n'y en a pas selon le moyen de contraception.



## 10. Contraception d'urgence (CU)

Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à risque :



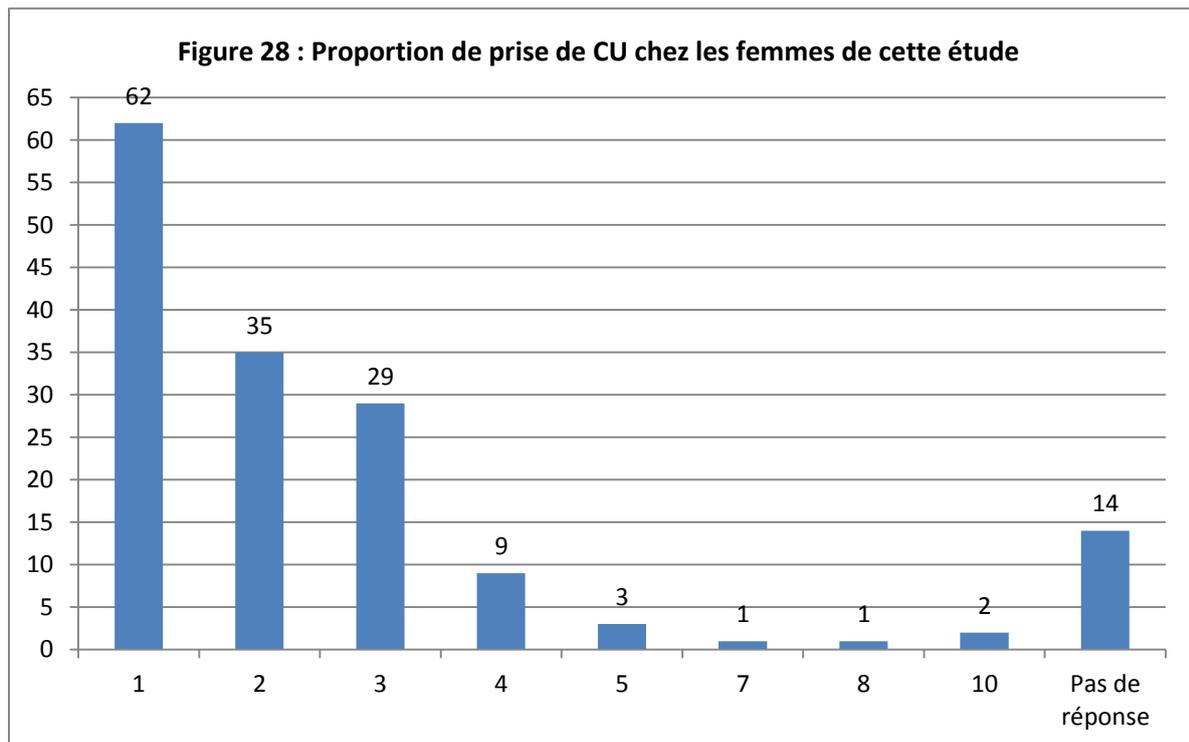
Il existe une différence significative selon le moyen de contraception ( $p=0,0079$ ) et selon l'âge ( $p=0,00085$ ).

Prise de CU ?	18-29 ans	30-41 ans	42-50 ans
Oui	70	67	19
Non	31	64	32
Pas de réponse	1	7	2
Total	102	138	53

*Tableau 11 : Répartition de la prise de la CU selon les tranches d'âge chez les femmes*

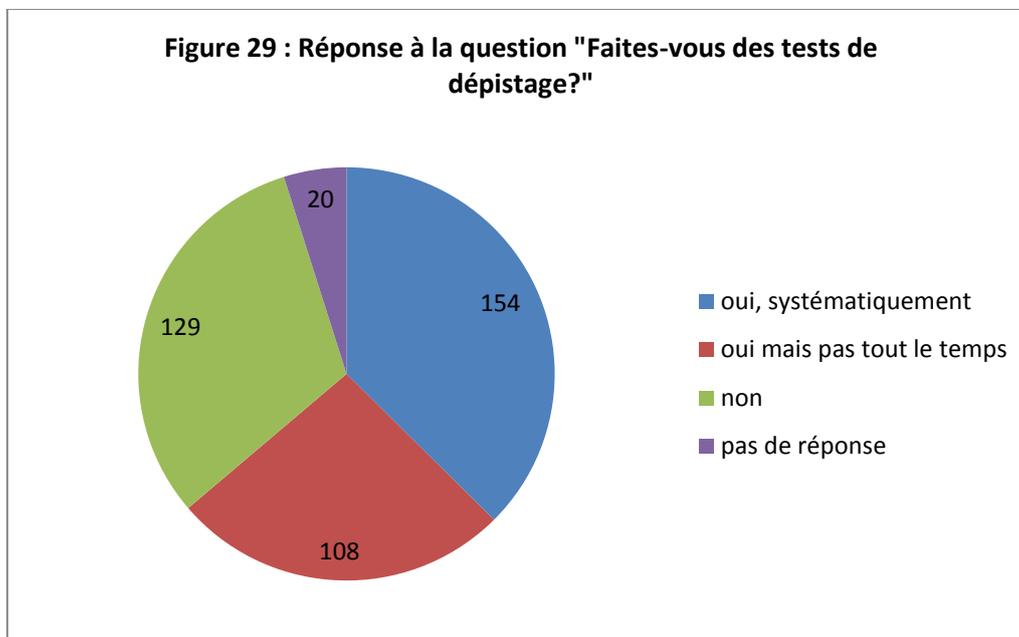
Prise de CU?	Pilule	Pilule + préservatif	Préservatif masculin	Stérilet	Aucun	Autres
Oui	66	25	31	15	13	5
Non	52	20	8	17	21	8
Total	118	45	39	32	34	13

*Tableau 12 : Répartition de la prise de la CU selon les moyens de contraception chez les femmes*



# 11. Test de dépistage

Chez les patients ayant eu des rapports sexuels à risque :



Il existe une différence significative selon le sexe ( $p=0,00033$ ) et selon le statut matrimonial ( $p=0,022$ ) : les célibataires sont 41% à se faire dépister systématiquement contre 38,98% des patients en couple et 21,88% de ceux qui sont mariés. Les pourcentages s'inversent pour ceux qui ne le font pas du tout 25,37%, 32,2% et 53,13% respectivement. Il existe aussi une différence significative selon le nombre d'enfants ( $p=0,023$ ). Par contre, il n'y en a pas selon l'âge, la catégorie socio professionnelle ni selon le moyen de contraception.

Dépistage	Fréquence	Pourcentage
Oui systématiquement	122	41,64%
Non	93	31,74%
Oui mais pas tout le temps	61	20,82%
Pas de réponse	17	5,80%
Total	293	100,00%

*Tableau 13 : Réponse à la question "Faites-vous des tests de dépistage?" chez les femmes*

Dépistage	Fréquence	Pourcentage
Oui systématiquement	32	26,67%
Non	36	30,00%
Oui mais pas tout le temps	47	39,17%
Pas de réponse	5	4,17%
Total	120	100,00%

*Tableau 14 : Réponse à la question "Faites-vous des tests de dépistage?" chez les hommes*

Chez les personnes ayant répondu « non » ou « oui, mais pas tout le temps », nous avons voulu savoir pour quelles raisons ils ne le faisaient pas. Plusieurs réponses étaient possibles :

Pourquoi non ?	Fréquence
Manque de temps	6
Pas d'inquiétude	93
Pas de couverture sociale	0
Peur du résultat	10
Honte de voir un médecin	2
Autre	18
Pas de réponse	6
Total	135

*Tableau 15 : Raisons citées par la population pour ne jamais faire de test de dépistage*

Pourquoi non ?	Fréquence
Manque de temps	16
Pas d'inquiétude	68
Pas de couverture sociale	1
Peur du résultat	11
Honte de voir un médecin	4
Autre	5
Pas de réponse	17
Total	122

*Tableau 16 : Raisons citées par la population pour ne pas faire de dépistage systématique*

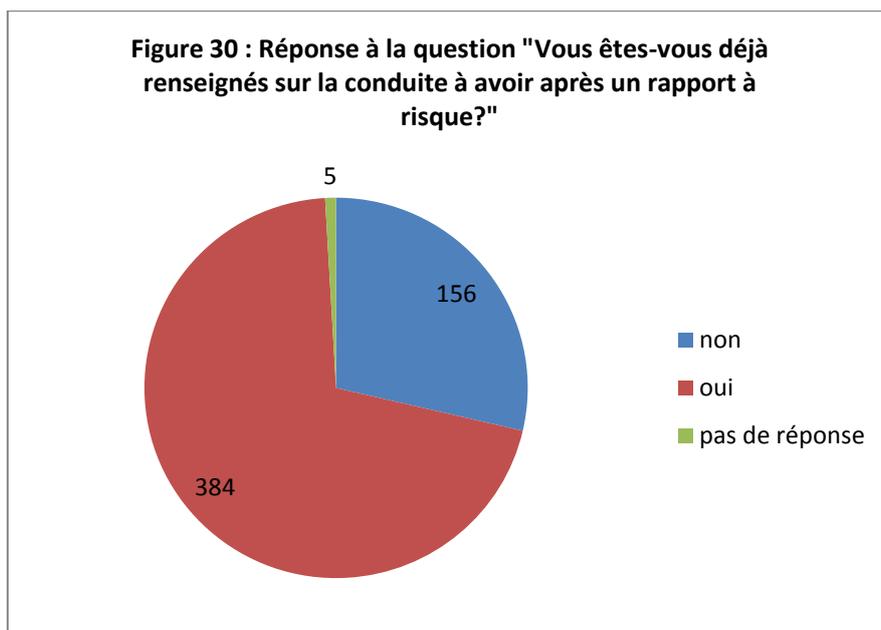
Les réponses « Autre » qui ont été données :

- Statut sérologique VIH connu ;
- « Il faut trouver des excuses auprès des parents » ;
- Pas envie de savoir ;
- Fidélité / Pas de changement de partenaire ;
- Traitement VIH trop lourd ;
- Pas de risque infectieux mais de grossesse pour deux personnes ;
- Peur des aiguilles ;
- Risque jugé très faible.

## 12. Rapports à risque et informations

### a. Renseignements

Pour tous les patients ayant répondu au questionnaire :



Il n'existe pas de différence significative selon l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le type de relation (hétéro ou homosexuelle), les enfants, le statut, le moyen de contraception et s'il y a eu des rapports à risque ou pas. Par contre, il existe une différence significative selon le sexe ( $p=0,007$ ).

Renseignements	Fréquence	Pourcentage
Oui	274	74,25%
Non	92	24,93%
Pas de réponse	3	0,81%
Total	369	100,00%

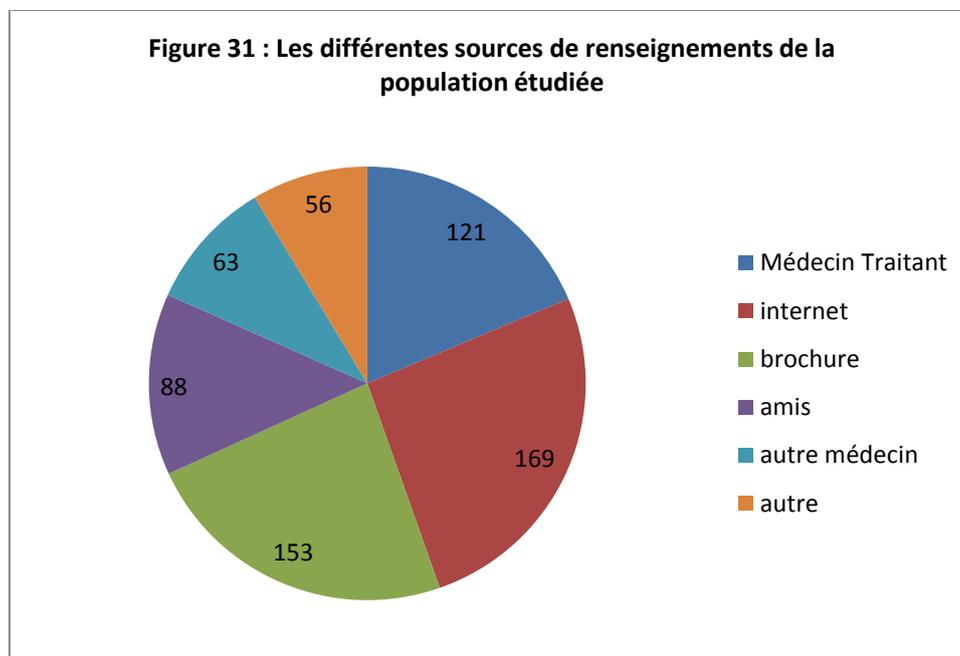
*Tableau 17 : Réponse à la question "Vous êtes-vous déjà renseignés sur la conduite à avoir après un rapport à risque?" chez les femmes*

Renseignements	Fréquence	Pourcentage
Oui	110	62,50%
Non	64	36,36%
Pas de réponse	2	1,14%
Total	176	100,00%

*Tableau 18 : Réponse à la question "Vous êtes-vous déjà renseignés sur la conduite à avoir après un rapport à risque?" chez les hommes*

# 1. Par quels moyens ?

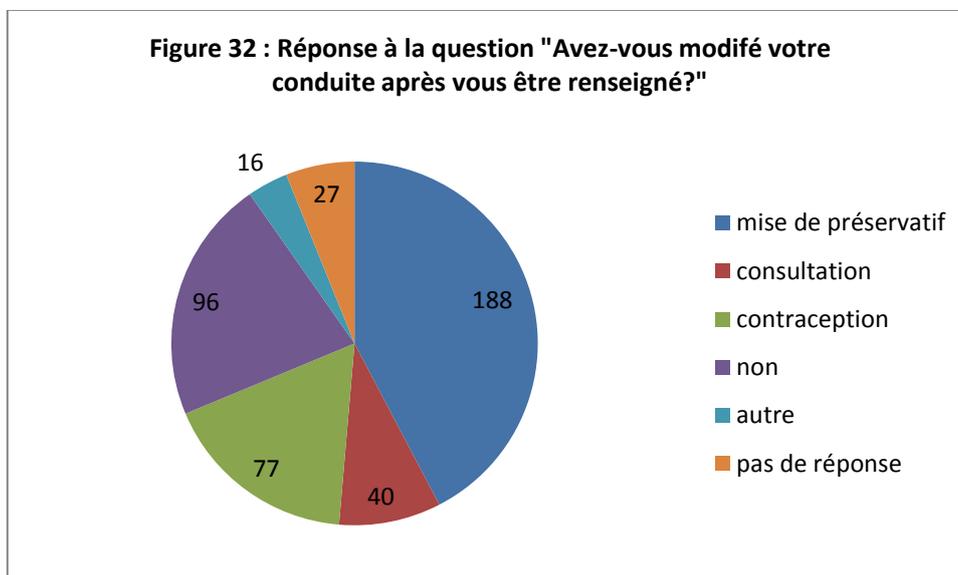
Pour les patients qui se sont renseignés, comment l'ont-ils fais ?



Plusieurs réponses étaient possibles. Vingt-six pour cent des patients se renseignent par Internet, 23,5% à l'aide de brochure et 18,6% par leur médecin.

## 2. Modification de la conduite

Les patients ont-ils modifié leur conduite après s'être renseignés ?



Plusieurs réponses étaient possibles. L'item « contraception » correspond à la prise d'une contraception d'urgence lors d'oubli de pilule. L'item « mise de préservatif » correspond au port de celui-ci lors d'un rapport avec un partenaire occasionnel. Celui « consultation » au fait de voir un médecin après un rapport à risque.

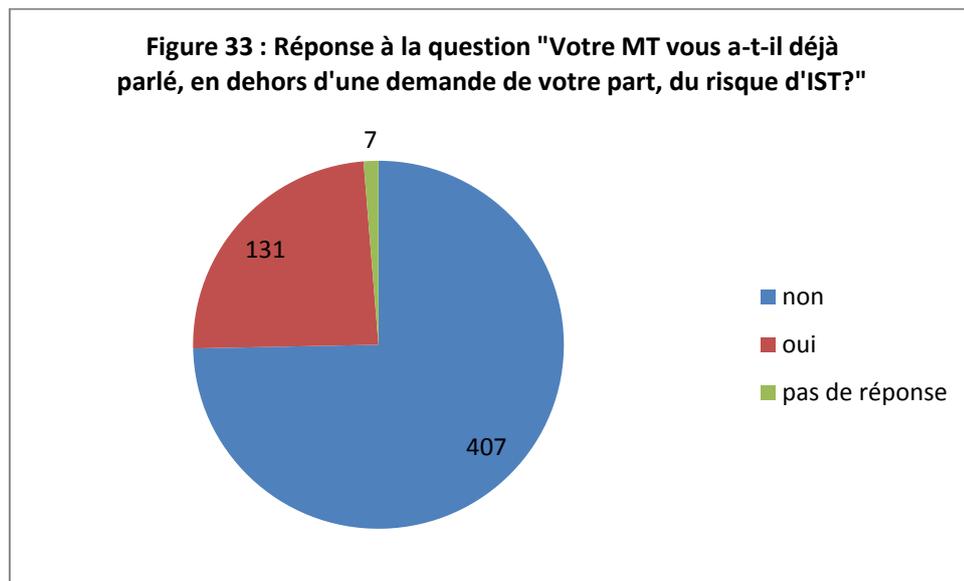
Voici les réponses des patients qui ont mis « autre » :

- Fidélité et confiance ;
- Après mariage moins de risque ;
- Plus vigilante ;
- Fidélité (patient ayant répondu « pas de modification » et qui a noté cela en remarque) ;
- Même partenaire depuis plusieurs années avec stérilet (pour deux personnes ayant répondu « pas de modification ») ;

- Evite partenaire occasionnel ;
- Pas de rapport ;
- Essaie de mettre un préservatif ;
- Test VIH avant rapport à 2 ;
- Pose d'un stérilet.

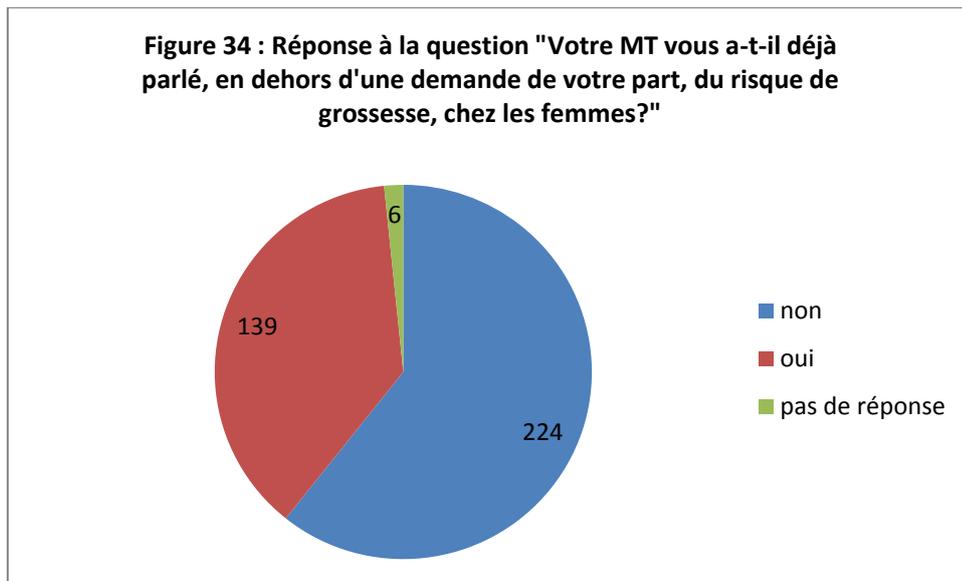
## b. Informations du médecin sans demande du patient.

- Concernant les IST :



Il n'existe aucune différence significative selon les caractéristiques sociodémographiques, selon le moyen de contraception, ni selon les antécédents d'IST et s'il y a déjà eu ou pas des rapports sexuels à risque. Seul 24% (hommes et femmes confondus) ont été renseignés par leur médecin traitant sans demande de leur part.

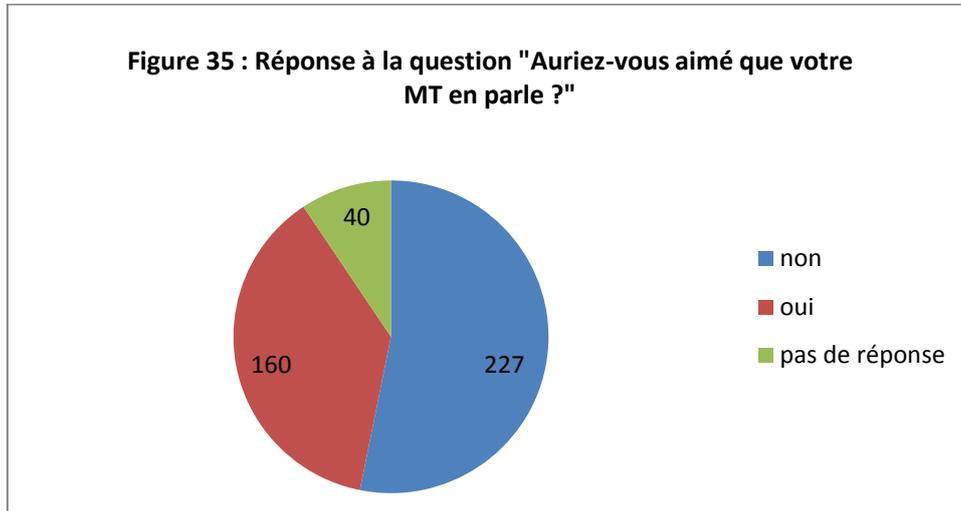
- Concernant les grossesses chez les femmes :



Seulement 38,64% des hommes ont répondu à cette question, alors qu'elle leur était aussi destinée, 4,55% ont répondu « oui » et 34,09% « non ». Les analyses ont été faites seulement sur les réponses des femmes. Aucune différence significative n'a été démontrée.

### c. Désir du patient

Chez les patients n'ayant pas eu d'informations par le médecin, sans une demande de leur part, qu'auraient-ils souhaité ?



Il existe une différence significative selon l'âge seulement chez les femmes ( $p=0,029$ ) : elles sont 46,67% des 18-29 ans à vouloir que leur médecin leur donne des informations, 35,07% des 30-41 ans et 26,23% des 42-50 ans. Il en existe aussi une selon le nombre d'enfants ( $p=0,022$ ) et selon s'il y a eu des rapports à risque ou pas ( $p=0,0005$ ). Pour les autres caractéristiques sociodémographiques, il n'existe pas de différence significative, de même s'il y a un antécédent d'IST, d'IVG ou de prise de contraception d'urgence.

Renseignements	Rapport à risque	
	Oui	Non
Oui	25	134
Non	72	155
Total	97	289

*Tableau 19 : Réponse à la question « Auriez-vous aimé que votre MT vous en parle ? » selon que le patient ait eu des rapports à risque ou non*

## **IV/ Discussion**

### **1. Rapports à risque et consultations**

Plus de 75% des patients ayant répondu aux questionnaires ont eu des rapports sexuels à risque. Les différences significatives retrouvées selon le sexe et le moyen de contraception s'expliquent par le fait qu'un grand nombre de patientes interrogées prennent la pilule (44%), il y a donc plus de risque d'oubli, ce qui est considéré comme un rapport à risque de grossesse. Pour les différences retrouvées selon l'âge et le statut matrimonial, l'explication pourrait être que les pratiques changent selon les générations et plus les gens sont âgés, plus leur statut est stable.

Cette thèse a permis de montrer qu'un quart des personnes interrogées consulte leur médecin généraliste après un rapport sexuel à risque. Ce pourcentage s'élève à 46% chez les 30-41 ans. En revanche, il n'est que de 25,8% chez les 42-50 ans. Cette différence significative peut s'expliquer par le fait que le médecin généraliste suit souvent les deux membres du couple. Le risque de la transgression du secret professionnel reste présent chez les patients qui préfèrent donc se taire. Tous âges confondus, ils sont 44,3% à ne consulter personne car, pour la plupart (80%), ils n'ont pas d'inquiétude particulière. Par contre, 4% d'entre eux ont honte de voir un médecin pour ce type de consultation, les questions touchant à la sexualité sont encore tabou pour un grand nombre de patients. Ils seraient quand même 60% à consulter s'ils présentaient un signe d'infection. La différence significative qui a été retrouvée selon le statut matrimonial peut s'expliquer par le fait que les personnes dans une situation stable ont moins d'inquiétude concernant leur partenaire.

Parmi les patients qui ont répondu à ce questionnaire, il y a un plus faible pourcentage d'hommes (1/3) que de femmes (2/3) qui pourrait s'expliquer par le fait que les hommes de 15 à 34 ans consultent en moyenne 3 fois par an, contrairement aux femmes du même âge qui consultent 4,4 fois par an d'après une étude de l'INSEE <sup>[14]</sup>.

## **2. Rapport à risque infectieux :**

On remarque que les hommes consultent plus en CDAG (37% contre 20% chez les femmes). Ce même résultat a été retrouvé dans l'enquête de l'INVES de 2004 sur le profil des consultations des CDAG, 54% des consultants étaient des hommes dont 51% avaient moins de 25 ans <sup>[15]</sup>.

Les femmes se font plus souvent dépister de façon systématique que les hommes, mais hommes et femmes sont 30% à ne jamais le faire. Dans l'enquête sur *Le contexte de la sexualité en France* réalisée en 2006 par l'INSERM et l'INED « 50,2% des femmes (28,5% une fois et 21,7% plusieurs fois) et 45,2% des hommes (25,7% une fois et 19,5% plusieurs fois) déclarent avoir effectué au moins un test de dépistage du virus du sida au cours de leur vie. [...] Le recours au test dans l'année [a été] plus fréquent chez les jeunes » <sup>[16]</sup>. Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de différence significative selon l'âge, est-ce grâce aux différentes campagnes de prévention ? En effet ces dernières années il y a eu une grande campagne d'information qui a misé sur la valorisation des personnes prenant la décision de faire le test. Plusieurs affiches, entre 2010 à nos jours, ont été mises en place « Je suis amoureux, je fais le test », « Je suis digne de confiance, je fais le test » et « Je suis décidé, je fais le test » en commun avec l'INPES et le ministère de la santé <sup>[17]</sup>. Au départ, cette

campagne était destinée aux migrants d'Afrique subsaharienne, aux antillais et guyanais, mais tout le monde a pu se sentir concerné en la voyant car ceci n'était pas précisé sur l'affiche.

Pour revenir à notre étude, la plupart des personnes qui ne font pas le test de dépistage évoque la même raison pour laquelle ils ne consultent personne après un rapport à risque, c'est qu'ils n'ont pas d'inquiétude. On retrouve tout de même entre 7 et 9% de patients qui ont peur du résultat, ce qui a été retrouvé aussi dans la thèse de Vanessa Verry, *L'interprétation d'un test VIH négatif chez les jeunes*, le VIH est source de peurs<sup>[18]</sup>.

Les personnes vivant en couple ou mariées se font dépister moins souvent que les patients célibataires car ils ont probablement moins de partenaires sexuels. Ils pensent donc que le risque est moins important, alors qu'un seul rapport peut être contaminant. Il s'agit des mêmes résultats retrouvés dans l'enquête sur *Le contexte de la sexualité en France*, « Les personnes qui ont eu plusieurs partenaires dans les douze mois sont plus nombreuses à avoir effectué un test dans l'année que celles qui n'ont qu'un seul partenaire »<sup>[16]</sup>.

### **3. Rapport à risque de grossesse :**

Concernant les résultats sur la contraception, nous retrouvons les mêmes chiffres que l'INED en 2010, car plus de la moitié des femmes jusqu'à 30 ans utilisent la pilule comme moyen de contraception. Le stérilet devient le moyen de contraception le plus utilisé après 45 ans, d'où la différence significative selon la tranche d'âge que nous retrouvons dans l'étude<sup>[19]</sup> [6].

On remarque que la tranche d'âge la plus élevée a plus eu recours à l'IVG que les patientes les moins âgées. La proportion s'inverse pour la prise de CU. En effet, les femmes les plus jeunes ont un pourcentage plus élevé de prise de la CU. Elle existe depuis 1999, son recours ne fait qu'augmenter comme il a été dit plus haut. On en parle désormais beaucoup dans les lycées ces dernières années, d'où une meilleure connaissance chez les jeunes. Mais les connaissances sur cette CU sont encore floues, comme le montre le rapport de l'INPES, *Contraception : que savent les Français ?* paru en 2007 : « Plus du tiers (35 %) des personnes déclarant connaître la contraception d'urgence (pilule du lendemain) pense qu'elle ne concerne que les jeunes femmes de moins de 25 ans et seuls 5 % des Français (et 15 % des 15-20 ans) connaissant la contraception d'urgence savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72h après un rapport non protégé »<sup>[6]</sup>, ce dernier pourcentage est de 25% pour les femmes interrogées dans l'article *Caractéristiques des utilisatrices de la pilule du lendemain en France*<sup>[20]</sup>. Or, on rappelle que le taux d'efficacité de cette CU est de 95% si la prise est dans les 24h après le rapport à risque, 85% dans les 24-48h, 63% dans les 49-72h et 58% jusqu'à 120h<sup>[21]</sup>.

Parmi les patientes ayant eu recours à une IVG en 2007, deux femmes sur trois utilisaient une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné : oubli de pilule ou accident de préservatif<sup>[22]</sup>. La même proportion est rapportée dans l'article d'Elisabeth Aubeny « 33 % des grossesses sont des grossesses non prévues, parmi celles-ci 65 % surviennent chez des femmes utilisant une méthode contraceptive (21 % une pilule, 12 % un préservatif, 9 % un dispositif intra-utérin, 23 % d'autres méthodes, en particulier celles dites naturelles) »<sup>[21]</sup>.

L'enquête de H. Goulard, de 2003, montre que parmi les utilisatrices de préservatifs, 76% connaissaient la CU mais seulement 31% l'ont utilisé lors de l'accident, les autres ne

pensant pas être à risque de grossesse à ce moment-là. Pour les utilisatrices de la pilule, 86% connaissent cette contraception mais seules 6% l'ont prise lors d'un oubli <sup>[20]</sup>. L'article d'Elisabeth Aubény rapporte que dans une autre enquête, « 74% des femmes demandant une IVG n'avaient pas pris de contraception d'urgence, bien qu'elles l'aient eu en réserve, car elles ne se croyaient pas à risque de grossesse » <sup>[21]</sup>. D'après la thèse de Cédric Guillot, les femmes de 18-24 ans ont déclaré comme frein à la prise de la contraception d'urgence : la peur de devenir stérile, le dérèglement hormonal engendré par la CU, l'ambivalence du désir de maternité, la culpabilité, le jugement sociétal, le manque de connaissance et la comparaison avec l'avortement <sup>[23]</sup>. Or, la tolérance est bonne, il n'y a aucune contre-indication et comme le montre l'article de Chelsea B. Polis de 2010, l'utilisation de la CU ne réduit pas le taux de naissance dans les mois qui suivent et il n'y a pas d'augmentation d'IST ni du taux de rapports sexuels à risque <sup>[24]</sup>.

#### **4. Informations sur les rapports à risque :**

Soixante-dix pour cent de la population interrogée sont informés sur la conduite à tenir après un rapport sexuel à risque infectieux ou de grossesse. Nous retrouvons une différence significative selon le sexe, les femmes sont 74,25% à se renseigner alors que 62,5% des hommes le sont. Ceci peut-il être expliqué parce que les femmes vont plus sur les forums de discussion sur Internet ? En effet, Internet est la source principale d'informations pour 26% des patients. Il est donc légitime de s'interroger sur la véracité de ces informations, cherchent-ils sur des sites médicaux ou via des forums ? Concernant ces derniers, il s'agit le plus souvent de témoignages de personnes qui ne sont pas du milieu médical.

Les brochures sont ensuite citées à 23,5%. Elles sont disponibles chez le médecin, les CDAG, au planning familial, au Kiosque-info-sida, rarement dans les pharmacies. Dans le projet DOCUVIR, de 2009, mené par le Réseau Paris Nord, il a été montré que 86% des patients de l'étude ont vu le présentoir chez le médecin, que 52% l'ont consulté chez celui-ci, et que 60% des brochures ont été distribuées chez le médecin et le pharmacien confondu [25] [26].

Le médecin arrive seulement en troisième position avec 18,6%. Dans la thèse d'Emeline Collin<sup>[27]</sup>, *Evaluation des connaissances des adolescents sur la contraception et les IST et leurs sources d'information*, de 2013, les moyens d'informations les plus utilisés chez les élèves de terminale sont les amis (58,9%), Internet (57,1%) et les médecins (48%). Ces résultats montrent que les plus jeunes ont plus d'informations de la part de leur médecin généraliste que les adultes. Dans un article de Bradner de 2000, les auteurs retrouvent que 22% des hommes interrogés s'informent auprès d'un professionnel médical sur la prévention des IST, 48% d'entre eux dans une brochure, 51% auprès d'un ami, de la famille ou d'un partenaire et 96% auprès de média [28].

Parmi les patients interrogés dans notre étude, seuls 24% ont été informé par leur MG du risque d'IST, sans une demande de leur part et 37,6% des femmes l'ont été concernant le risque de grossesse. Dans *Le baromètre santé des médecins généralistes*, de 2009, 79,7% des médecins déclarent que la prévention fait « tout à fait » ou « plutôt » parti de leur rôle dans le domaine de la vie affective et sexuelle, alors qu'elle est de 98% dans le domaine du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'alimentaire, de l'activité physique et du risque cardio vasculaire. Ce pourcentage diminue à 35,9% si on s'intéresse seulement à ceux qui ont répondu « tout à fait » dans le domaine de la vie affective et sexuelle. Cinquante-huit

virgule sept pour cent des médecins trouvent qu'il s'agit d'un thème moins facile à aborder car cela touche à l'intime, le médecin craint d'être intrusif [29]. Dans la thèse d'Alice Grand, *Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans*, 2010-2011, seuls 19,67% des adolescents ont déjà parlé de sexualité avec leur MG <sup>[8]</sup>. Cela se rapproche des chiffres retrouvés dans cette étude.

Concernant les patients qui aimeraient que leur médecin leur donne des informations sur les IST et le risque de grossesse, on remarque qu'il existe une différence significative selon qu'il y ait eu des rapports à risque ou pas. Quarante-trois virgule trente-six pour cent des patients n'ayant pas eu de rapports à risque veulent des informations. En revanche, contrairement à ce que nous pourrions penser, seuls 25,7% des patients ayant eu des rapports à risque aimeraient être informés. Comme dans toutes conduites à risque, le sentiment d'invincibilité les met hors de danger dans la relation sexuelle. La conscience du danger peut être en plus atténuée par la prise de substances comme l'alcool ou drogues.

Nous remarquons qu'il existe une différence selon l'âge chez les femmes : plus elles sont jeunes plus elles aimeraient être informées par leur médecin sans demande de leur part. Mais plus elles sont âgées, plus elles vont spontanément le consulter s'il y a eu un rapport à risque. Elles sont donc plus à l'aise pour aborder le sujet si elles considèrent qu'elles en ont besoin contrairement aux plus jeunes.

Dans la thèse d'Alice Grand, 6 adolescents sur 10 aimeraient que leur médecin initie le dialogue sur la sexualité avec eux, ce qui est un petit peu moins que ce nous retrouvons dans cette étude pour la tranche d'âge la plus jeune <sup>[8]</sup>.

Dans l'article de Campero L, de 2011, il est montré qu'après une éducation à l'école chez les adolescents à Mexico, 14% ont une meilleure connaissance sur la CU [30].

Dans la revue de Olumuyiwa Ojo, de 2011, ils ont comparé l'incidence du VIH, des IST et des rapports sexuels à risque chez les personnes ayant eu des conseils et tests de façon volontaire au travail à ceux qui n'en ont pas eu, ainsi que ceux qui ont eu une éducation ou pas sur les risques. Le conseil permet de réduire le nombre d'IST mais pas l'incidence du VIH ni les rapports non protégés. Chez ceux qui ont eu une éducation, les IST et les rapports non protégés ont diminué [31].

Tout cela montre que l'éducation, ou le conseil permet de réduire les risques.

## **5. Limites et biais :**

Malgré un nombre important de questionnaires collectés, nous avons seulement 1/3 d'hommes. Certains résultats n'ont, peut-être, pas pu être mis en évidence à cause de cela. De même, certaines catégories socioprofessionnelles étaient trop peu représentées (comme les ouvriers), donc les analyses n'ont pas pu être faites. Certains moyens de contraception et différents statuts matrimoniaux ont dû être regroupés afin de pouvoir être analysés.

Il existe un biais géographique car les questionnaires ont été déposés seulement dans un milieu urbain (Ile de France) et aucun dans un milieu rural.

Dans ce type d'enquête, nous pouvons retrouver aussi un biais déclaratif. En effet, il s'agit d'un sujet « tabou », les patients mus par la pudeur, par la crainte de « mal faire » ou une volonté de paraître peuvent être amenés à répondre de manière erronée pour « faire plaisir » au médecin. Il se peut que le fait que ces questionnaires soient complètement anonymes ait limité ce biais mais nous ne pouvons pas l'éliminer totalement.

Dans ma thèse, je ne mets pas en cause la justesse des connaissances des patients, que Vanessa Verry, retrouve dans la sienne <sup>[18]</sup>, et que nous aurions pu également mettre en évidence car la principale source d'informations est Internet.

Je n'ai pas pris en considération les différences entre les cabinets et les médecins mais cela peut avoir un impact. En effet, dans le baromètre santé médecins généralistes « Les 32,7% des médecins prescrivant « systématiquement » ou « souvent » les sérologies VIH [...] déclarent plus souvent (49,6% contre 29,7%) consacrer du temps à une association de prévention ou à un réseau de santé » [29]. De plus, dans sa thèse Alice Grand montre que « le sexe du médecin [avait] une importance particulière. Il est notifié comme un obstacle pour parler sexualité, chez les filles et chez les garçons. [...] Les cabinets les plus jeunes abordent plus souvent le thème de la sexualité. » Il serait intéressant de voir s'il en est de même pour les adultes, dans une autre étude.

## **6. Quelles solutions ?**

La sexualité et les risques de grossesse ou d'IST doivent être abordés par le médecin, au moins une fois avec chaque patient. Lors d'un renouvellement de pilule pour une femme, il serait bon de reparler de la contraception d'urgence et de vérifier les connaissances sur celle-ci, la prescrire aussi sur la même ordonnance afin qu'elle l'achète en même temps pour l'avoir chez soi en cas d'oubli.

Je pense qu'il est aussi important d'en parler et d'informer les hommes.

La question du test VIH doit être abordée régulièrement et proposée si nécessaire sans se limiter à la connaissance que nous pouvons avoir de la sexualité de nos patients.

A la suite de ce travail, je propose un feuillet qui pourrait être remis aux patients par leur médecin généraliste. Celui-ci concerne les risques infectieux ou de grossesse après un rapport sexuel sans préservatif avec un partenaire au statut VIH inconnu ou après un oubli de pilule (voir annexe).

## V/Conclusion

Cette étude a permis de montrer que les patients ne sont pas tous informés de la conduite à tenir après un rapport à risque infectieux ou de grossesse.

En effet, à la suite d'un tel rapport, seul un quart des patients consulte leur médecin généraliste tandis qu'un tiers ne se fait jamais dépister.

C'est au médecin d'avoir ce rôle de prévention et d'expliquer individuellement quelles sont les conduites à risque afin que le patient puisse les éviter, ou avoir une conduite adaptée le cas échéant.

Même informés par des sources fiables (médecins ou brochures) les patients n'hésitent pas à rechercher d'avantage d'informations sur Internet. Ils peuvent, par ce biais, avoir des informations erronées et par conséquent ne pas se faire dépister, ou ne pas prendre une contraception d'urgence, pensant qu'ils n'ont pas d'inquiétude à avoir.

Pour diminuer ce risque, le médecin doit avoir dans sa salle d'attente des brochures bien faites que le patient peut consulter. Ces dernières peuvent également stimuler une demande d'informations de la part du patient auprès du médecin.

Il pourrait être intéressant de connaître les sites web les plus visités par les patients et leur conseiller d'aller principalement sur ceux validés par le conseil régional.

Le médecin peut aussi remettre une fiche de recommandations à chaque patient en prévention primaire (voir annexe).

Par la suite, il serait intéressant de comprendre les raisons de l'absence d'informations auprès du médecin : est-ce lié au profil du médecin ? Est-ce lié au patient ?

L'arrivée prochaine des tests de dépistage rapide du VIH en ville pourrait changer le comportement des patients et des médecins.

La poursuite des campagnes de prévention pour le dépistage, et une plus grande information du médecin auprès du patient sur la conduite à tenir après un rapport à risque, pourront permettre la diminution du nombre d'IVG et d'IST en France.

## VI/ Annexe

### a. Feuille de conseils

#### **Vous avez eu un rapport sexuel à risque**

##### 1/ J'ai oublié ma pilule :

- Depuis moins de 12h (oestro-progestatives) ou moins de 3h (progestatives) :
  - Je prends le comprimé oublié dès que je m'en rends compte et je continue ma plaquette normalement. Vous êtes protégées.
- Depuis plus de 12h (oestro-progestatives) ou plus de 3h (progestatives) :
  - Je prends le comprimé oublié
  - S'il s'agit d'un des 7 derniers comprimés (blancs), j'enchaîne avec la plaquette suivante sans interruption/sans prendre les comprimés rouges
  - Je me protège pendant les 7 prochains jours
  - Si j'ai eu des rapports sexuels dans les 5 jours précédents l'oubli, je prends la contraception d'urgence le plus rapidement possible ou je me fais poser un stérilet dans les 5 jours auprès de mon médecin.

##### 2/ J'ai eu un rapport sans préservatif et je ne connais pas le statut VIH de mon partenaire :

- Appelez votre médecin ou rendez-vous aux urgences de l'hôpital le plus proche ou encore dans un CDAG hospitalier, au mieux avec votre partenaire, afin d'évaluer le risque de contamination, dans les 48h maximum après le rapport.

- Un dépistage doit être effectué au moins 6 semaines après la dernière prise de risque.
- Vous n'avez pas de contraception régulière, prenez la contraception d'urgence le plus rapidement possible, ou faites-vous poser un stérilet dans les 5 jours après le rapport.

Il n'y a pas de risque avec : la salive, les larmes, l'urine, la masturbation, les caresses, les baisers. Aucune transmission n'a été rapportée pour le moment après un anulingus ou un cunnilingus en dehors de la période des règles.

## b. Questionnaire de l'étude

Actuellement Interne en Médecine Générale, je vous serais reconnaissante de remplir ce questionnaire, qui est **anonyme**, pour mon travail de thèse. Cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

L'objectif de cette thèse est d'observer et de décrire les conduites des personnes de 18 à 50 ans après un rapport sexuel à risque d'infections sexuellement transmissibles ou de grossesse non désirée et la gestion de ces risques.

Les rapports sexuels à risque sont définis par un *oubli de pilule, une absence de préservatif avec un partenaire occasionnel ou de statut VIH inconnu, ou un problème de préservatif.*

Merci d'avance de votre participation.

Sexe F  M

Statut matrimonial :

Age : .....

Nombre d'enfant(s) : .....

Pays d'origine : .....

Catégorie socio-professionnelle : Cadre  Ouvrier  Employé

Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise  Etudiant  Agriculteur

Libéral  Sans emploi

Si vous travaillez dans le domaine de la santé, précisez votre métier : .....

Relations sexuelles avec : Hommes  Femmes  Les deux

Moyen de contraception utilisé : .....

1. Combien estimez-vous avoir eu de rapports sexuels à risque (oubli de pilule, absence ou problèmes de préservatifs) depuis le début de votre activité sexuelle ?

Aucun  Entre 1 et 5  entre 6 et 10

Entre 11 et 15  Entre 16 et 20  Plus de 20

Si « Aucun », passez à la question 5.

2. Après ces rapports sexuels à risque, avez-vous consulté ? (plusieurs réponses possibles)

Un Médecin généraliste  Aux Urgences  Au planning familial

Un gynécologue  Dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)

Dermatologue  Personne

- Si une des réponses à la question précédente est « **Personne** », pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas consulté (plusieurs réponses possibles) ?

Manque de temps  Pas d'inquiétude particulière

Honte de voir un médecin  Autre : .....

- **Si « Personne »**, quelle(s) situation(s) vous auraient fait consulter ? (plusieurs réponses possibles)

Retard de règles

Inquiétude concernant une éventuelle grossesse

Signes pouvant faire penser à une infection (démangeaisons, éruption, écoulement purulent pénien/vaginale, douleurs lors d'un rapport, ...)

Inquiétude concernant une éventuelle infection  Besoin d'informations

Symptômes chez le/la partenaire  Rien de particulier

Autre : .....

3. Avez-vous déjà :

- Eu une infection sexuellement transmissible : oui  non

Si oui, laquelle ?

Syphilis  Mycoplasme  Herpès génital  Trichomonas  Chlamydiae

Gonocoque  Verrues génitales (HPV)  VIH  Hépatite B  Ne se souvient pas

- Pris un traitement préventif contre le VIH après un rapport à risque :

Oui  non

- Eu une interruption volontaire de grossesse : oui  non

Si oui, combien de fois : .....

- Utilisé la contraception d'urgence :    oui             non

Si oui, combien de fois : .....

4. Faites-vous des tests de dépistage après un rapport sexuel à risque ?

Oui, systématiquement             Oui, mais pas tout le temps  Non

- Si « non » ou « oui mais pas tout le temps », pour quelle(s) raison(s) (Plusieurs réponses possibles) ?

Manque de temps     Pas d'inquiétude particulière     Pas de couverture sociale

Peur du résultat             Honte de voir un médecin             Autre : .....

5. Vous êtes-vous déjà renseigné(e) sur la conduite à tenir après un rapport sexuel à risque ?

Oui             non

- Si oui, était-ce (plusieurs réponses possibles) :

Auprès de votre médecin traitant ?             Sur Internet ?

Sur une brochure d'information ?             Auprès d'amis ?

Auprès d'un autre médecin (hors médecin traitant) ?             Autre ?

- Si oui, avez-vous modifié votre conduite après vous être renseigné(e) (Plusieurs réponses possibles)?

Oui, je mets toujours un préservatif avec un partenaire occasionnel

Oui, je consulte dès que j'ai un rapport à risque

Oui, je prends une contraception d'urgence si j'ai oublié ma pilule

Oui, autre : .....

Non, je n'ai rien modifié

6. Votre Médecin traitant vous a-t-il déjà parlé, **en dehors d'une demande de votre part** :

- Du risque d'infection sexuellement transmissible après un rapport non protégé ?

Oui

Non

- Du risque de grossesse après un oubli de pilule ?

Oui

Non

- Si vous avez répondu « Non » à une des 2 questions, auriez-vous aimé qu'il vous en parle ?

Oui

Non



## VII/ Bibliographie

- [1] Site Web de l'INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [En ligne] Saint Denis, INPES [consulté le 16 décembre 2011]. Disponible sur Internet < <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/resultatsTPSP.asp> >
- [2] Bouyssou Alice, Janier Michel, Dupin Nicolas, et al. La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans, 2000-2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, juillet 2011 n°26-27-28, p 295-296.
- [3] Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia Trachomatis, Haute Autorité de Santé, juillet 2010, p 15.
- [4] Synthèse élaborée collectivement par la rédaction de Prescrire, Infections génitales par C.Trachomatis. Prescrire, juillet 2011, tome 31 N°333, p 524-528.
- [5] « [Sida Info Service] Quelques chiffres sur le VIH/sida en France ». [En ligne]. Paris, SIS Association [Consulté le: 17-nov-2013]. Disponible sur Internet < <http://www.sida-info-service.org/?Quelques-chiffres-sur-le-VIH-sida> >
- [6] INPES, Contraception que savent les Français : Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. INPES, 2007, p 3-6.
- [7] Site Web Insee : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques « Insee - Santé - Interruptions volontaires de grossesse ». [En ligne]. Paris, INSEE [Consulté le: 09-avr-2012] Disponible sur < [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon06223](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon06223) >.
- [8] GRAND Alice, Parler de sexualité avec son médecin généraliste un problème pour les 15 18 ans. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Paris 7, octobre 2011.
- [9] « Catalogue SUDOC ». [En ligne]. Montpellier, Agence Bibliographique de l'enseignement Supérieur [Consulté le: 10-nov-2012]. Disponible sur: < <http://www.sudoc.abes.fr.> >

- [10] « Home - PubMed - NCBI ». [En ligne]. [Consulté le: 10-nov-2012] Disponible sur:  
< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. >
- [11] « Home - The Cochrane Library ». [En ligne]. [Consulté le: 10-nov-2012] Disponible sur:  
< <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html> >
- [12] « Prescrire - Accueil ». [En ligne]. Paris, Association Mieux Prescrire [Consulté le: 10-nov-2012].  
Disponible sur < <http://www.prescrire.org/fr/>. >
- [13] Site Web de l'InVS « Institut de veille sanitaire ». [En ligne]. Saint-Maurice, InVS [Consulté le:  
10-nov-2012] Disponible sur < <http://www.invs.sante.fr/beh/>. >
- [14] Aliaga Christel, Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE Première,  
octobre 2002, n°869, p 1-4.
- [15] Le Vu Stéphane, Semaille Caroline, Dépistage anonyme et gratuit du VIH Profil des consultants  
de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale. InVS, novembre 2006, p 5-7 et 19.
- [16] Site Web de l'INSERM : contexte de la sexualité en France [En ligne] Paris, INSERM [Consulté le  
13 décembre 2012]. Disponible sur < <http://csf.kb.inserm.fr/csf/PDF/Depistage.pdf> >
- [17] Site Web de l'INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé « Inpes -  
Inciter les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et les habitants des Antilles-Guyane au  
dépistage du VIH et des IST ». [En ligne]. Saint Denis, INPES [Consulté le: 24-sept-2013].  
Disponible sur:  
< <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/007-migrants-vih-ist.asp> >
- [18] Verry Vanessa, L'interprétation d'un test VIH négatif chez les jeunes. Thèse médecine générale.  
Université Paris 7, septembre 2013.
- [19] Site Web de l'INED - Institut National d'Etudes Démographiques « [INED] Contraception en  
France ». [En ligne]. Paris, INED [Consulté le: 19-août-2013] Disponible sur  
<[http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/focus\\_sur/contraception\\_en\\_france/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/focus_sur/contraception_en_france/)>
- [20] Site Web de l'INED - Institut National d'Etudes Démographiques « [INED] Contraception en  
France ». [En ligne]. Paris, INED [Consulté le: 19-août-2013] Disponible sur

<[http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/focus\\_sur/contraception\\_en\\_france/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/focus_sur/contraception_en_france/)>

- [21] Aubeny Elisabeth, Contraception d'urgence. La revue du praticien, 15 janvier 2008 Vol 58, p 50-53.
- [22] VILAIN Annick, Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. Etudes et résultats, juin 2013, n°843, p 1-6.
- [23] GUILLOT Cédric, Les freins l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes de 18 à 24 ans. Thèse médecine générale. Université de Lyon, 2013.
- [24] C. B. Polis, D. A. Grimes, K. Schaffer, et al. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. The Cochrane Library, 18 avril 2007.
- [25] LEVY Dora, DOCUVIR : prévention des IST et du VIH par des brochures d'information en soins primaires. Thèse de médecine générale. Université Paris 6, 2009.
- [26] D. Lévy, C. Moiron, R. Boitel et al. U-08 DOCUVIR : Optimiser la distribution de documents d'information sur les MST en officine pharmaceutique et en consultation médicale. Médecine et maladies infectieuses, juin 2009, vol 39, supplément 1, p S19.
- [27] Collin Emeline, Evaluation des connaissances des adolescents sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles, et leurs sources d'information, Thèse de médecine générale. Aix-Marseille Université, 2013.
- [28] C. H. Bradner, L. Ku, et L. D. Lindberg, Older, but not wiser: how men get information about AIDS and sexually transmitted diseases after high school. Fam Plann Perspect, févr. 2000, vol. 32, no 1, p. 33-38.
- [29] GAUTIER Arnaud, Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis, INPES, juin 2011, 261 p. ISBN 978-2-9161-9224-6.
- [30] L. Campero, D. Walker, E. E. Atienzo, et al. A quasi-experimental evaluation of parents as sexual health educators resulting in delayed sexual initiation and increased access to condoms. Journal of Adolescence, avr. 2011, vol. 34, no 2, p. 215-223.

- [31] O. Ojo, J. H. Verbeek, K. Rasanen, et al. Interventions to reduce risky sexual behaviour for preventing HIV infection in workers in occupational settings. The Cochrane Library, 7 décembre 2011.

## **Abstract**

Emergency contraception, screening tests and consultation with a doctor allow patients to avoid unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases. The goal of descriptive and quantitative study is to understand the behavior of people from 18 to 50 years old after unsafe sex and to know if they are informed as well as their information sources. Questionnaires were distributed in 6 doctor's offices of Ile-de-France over the period from March till June, 2012: 545 questionnaires were analyzed.

One quarter of the patients consults their general practitioner after unsafe sex, and 44.3% see nobody. Thirty percent never get screened for sexually transmitted diseases. Young women use emergency contraception more frequently than their elders. Seventy percent of the questioned population are informed about the course to follow after unsafe sex, 18.6% of them are informed by their doctor. Thirty seven percent would like that their doctor informs them without a request from them.

The doctor has to take the initiative to explain to his patients the course to follow after unsafe sex, so that sexuality is not a taboo subject anymore in consultation. A recommendation sheet was created so that the patient can have a written document to which he can refer to at the appropriate moment.

## **Keywords**

General medicine, sexually transmitted diseases, unwanted pregnancy, prevention, sexuality

**PERMIS D'IMPRIMER**

VU :

Le Président de thèse  
Université ..... Paris 7  
Le Professeur Casalino

Date 20/11/13

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Université Paris Diderot - Paris 7  
Professeur Benoît Schlemmer



Le Directeur de thèse  
Université Paris 7  
Dr ROLAND-SANTANA



VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

## **Résumé**

La contraception d'urgence, les tests de dépistage et la consultation auprès d'un médecin sont mis à disposition des patients afin d'éviter les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles. Dans cette étude, descriptive et quantitative, j'ai voulu comprendre le comportement des personnes de 18 à 50 ans après un rapport sexuel à risque infectieux ou de grossesse et savoir si elles sont informées ainsi que leurs sources d'informations. Les questionnaires ont été distribués dans 6 cabinets médicaux d'Ile de France sur la période de mars à juin 2012 : 545 questionnaires ont été analysés.

Un quart des patients consulte leur médecin généraliste après un rapport à risque et 44,3% ne voient personne. Trente pour cent ne se font jamais dépister. Les jeunes femmes utilisent d'avantage la contraception d'urgence que leurs aînées. Soixante-dix pour cent de la population interrogée sont informés sur la conduite à tenir après un rapport à risque, dont 18,6% par leur médecin. Trente-sept pour cent aimeraient que leur médecin les informe sans une demande de leur part.

Le médecin doit prendre l'initiative d'expliquer à ses patients la conduite à tenir après ce rapport, afin que la sexualité ne soit plus un sujet tabou en consultation. Une fiche de recommandations a été créée pour que le patient puisse avoir un document écrit auquel il peut se référer le moment venu.

## **Mots clefs :**

Médecine générale, infections sexuellement transmissibles, grossesse non désirée, prévention, sexualité.