

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 mai 2021

Par Diédra PRIVAT

Né(e) le 15 mars 1992 à Saint-Claude (Guadeloupe)

Dans quelles circonstances, le médecin généraliste aborde-t-il les Infections Sexuellement Transmissibles chez les adolescents ?

Thèse dirigée par Marie Paule PAUTOUT GUILLAUME

Examineurs :

Mme Nathalie DUMOITIER, PU-MG

Mme Anne LIENHARDT-ROUSSIE, PU-PH

M. Jean-François FAUCHER, PU-PH

Mme Nadège LAUCHET, MCA-MG



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 mai 2021

Par Diédra PRIVAT

Né(e) le 15 mars 1992 à Saint-Claude (Guadeloupe)

Dans quelles circonstances, le médecin généraliste aborde-t-il les Infections Sexuellement Transmissibles chez les adolescents ?

Thèse dirigée par Marie-Paule PAUTOUT GUILLAUME

Examineurs :

Mme Nathalie DUMOITIER, PU-MG.

Mme Anne LIENHARDT-ROUSSIE, PU-PH.

M. Jean-François FAUCHER, PU-PH

Mme Nadège LAUCHET, MCA-MG



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 7 septembre 2020

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
--------------------------	---------------------

BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	---

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
SEVE Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
-------------------------	-----------------------------

ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 12 juin 2020

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène	RADIOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL

MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Néant

Remerciements

Merci aux membres du jury :

Pr DUMOITIER Nathalie, Professeur des Universités de Médecine Générale. Je suis honorée que vous présidiez mon jury et je vous en remercie. Votre énergie, en tant que présidente du DUMG et maître de stage, m'a apporté ambition et persévérance au cours de mon internat de médecine à Limoges.

Pr Anne LIENHARD-ROUSSIE, Professeur des Universités et praticien hospitalier. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Votre présence et votre rigueur sur l'aspect pédiatrique de mon sujet sont un privilège pour moi.

Pr Jean-François FAUCHER, Professeur des Universités et praticien hospitalier. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Votre bienveillance ainsi que vos compétences sur l'aspect infectieux du sujet sont des atouts précieux.

Pr Nadège LAUCHET, Maître de conférences de Médecine Générale. Je vous remercie de l'attention que vous avez apportée à mon travail. La médecine générale que vous exercez est riche de vos expériences et de votre pratique de la gynécologie. Ce fut pour moi un plaisir d'assister à vos enseignements.

Je remercie tout particulièrement le **Dr Marie-Paule PAUTOUT GUILLAUME** d'avoir dirigé ma thèse. Je suis reconnaissante pour la patience, la bienveillance et les conseils que tu m'as donnés au cours de nos échanges en présentiel comme à distance.

Merci à **ma famille** :

Je remercie mon père d'avoir cru en moi dès le premier jour où je me suis inscrite à la faculté de médecine aux Antilles Guyane et d'avoir été une aide et un refuge tout au long de ces années d'études. Merci pour tes discours philosophiques et tes blagues, ceci fait ton charme.

Je remercie ma mère pour avoir eu les mots qui piquent mais aussi les mots doux qui m'ont permis de ne pas abandonner. Merci pour ta dévotion envers tes enfants même si on ne l'a pas souvent comprise.

Je remercie « la sœurlette » et mon frère chéri d'avoir toujours trouvé les petits mots et les petites attentions pour me redonner la pêche, malgré les huit mille kilomètres qui nous séparent. Loin de vous mais toujours dans mon cœur.

Je remercie mes cousins et cousines. En particulier Anaïs avec qui j'ai fait mes premiers pas d'étudiante en France métropolitaine. Il y a toujours eu un "je ne sais quoi" qui faisait que tu étais présente à tous mes événements forts de fin d'études médicales. Appelons cela de la chance ou bien la connexion de nos deux âmes. Gros bisous ma Nana

Merci à mes **meilleures amies**:

Merci à Dora pour les premières années d'école mais aussi ma première colocation. Le gâteau à l'ananas et les sorties du dimanche étaient notre réconfort au cours de cette première année de faculté. Le partage de ton amour à notre petit Jésus est ancré en moi et m'aide à avancer tous les jours.

Merci à Isaline, tu es une femme d'exception qui fait rayonner ma vie par ta féminité et ton savoir être.

Merci à toutes les deux pour tous les moments de fous rires et les sorties partagées malgré nos choix de carrières étudiantes différentes.

Merci à Képha, une perle que j'ai découverte en deuxième année de médecine. Merci pour ces cours partager, ces sorties du mercredi soir et ce road trip de 15 jours. Ta bienveillance et ton ambition sont tes plus beaux traits de caractère.

Merci aux copains :

Je remercie tous mes amis de Medik'West Indies. Ma présidente Joy, Elénie que je surnomme Sky, Ilitch, Iloa, Nordi, Yann, Célia, Dryss. Toutes ces longues réunions, très longues. Tous ces fous rires, très fous. Tous ces repas partagés, très copieux.

Je remercie Pascaline pour sa motivation durant les séances de sports et les petits plats en équilibre. Nous avons de nombreux souvenirs dans cette cité universitaire de Casterneau ainsi que ces trois années d'externat à Nantes. My salsa, My salsa !!!!

Je remercie tous les amis que j'ai rencontrés au cours de mon année en tant que trésorière de la grande équipe : ISNAR-IMG. Que du "love" pour les anciens et beaucoup de magie pour les futurs membres du conseil d'administration.

Et pour finir, je te remercie. **A toi**, mon amoureux, mon amour, mon Loulou. Je pense que tu as toujours su qui j'étais et qui je suis. J'admire ta confiance pour celle que je serai. Tu avances avec moi et j'en suis flattée. Je nous vois nous deux. Merci Laurent, Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

I. Introduction.....	22
I.1. Le passage de l'enfance à l'adolescence	23
I.2. La santé de l'adolescent	25
I.3. Les infections sexuellement transmissibles globalement en hausse	26
I.3.1. La trichomonose :	27
I.3.2. Le gonocoque :	28
I.3.3. La syphilis :	30
I.3.4. La chlamydie :	32
I.3.5. Le virus du papillome humain :	33
I.3.6. L'herpès :	35
I.3.7. L'hépatite B	37
I.3.8. L'infection au Virus Immunodéficient Humain (VIH)	39
I.3.9. La Lymphogranulomatose Vénérienne (LGV).....	41
I.4. Rôle du médecin généraliste	43
II. Matériel et méthode :	45
II.1. Question de recherche	45
II.2. Objectif de l'étude et hypothèse de recherche	45
II.2.1. Objectif principal	45
II.2.2. Objectifs secondaires	45
II.2.3. Hypothèse de recherche	45
II.3. Type d'étude.....	45
II.4. Echantillonnage et population ciblée.....	46
II.4.1. Echantillonnage	46
II.4.2. Population ciblée.....	46
II.4.2.1. Critère d'inclusion	46
II.4.2.2. Critère d'exclusion.....	46
II.5. Rédaction du questionnaire	47
II.6. Recueil des données.....	48
II.7. Analyse des résultats.....	48
II.8. Bibliographie.....	49
III. Résultats	50
III.1. Participants.....	50
III.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population	51
III.3. Les différentes circonstances d'abord des IST par le médecin généraliste chez l'adolescent..	53
III.3.1. L'âge d'abord chez l'adolescent	53
III.3.1.1. En fonction du sexe de l'adolescent.....	53
III.3.1.2. En fonction de l'âge du médecin	54
III.3.1.3. En fonction du sexe du médecin	56
III.3.2. Existe-t-il une différence d'abord entre la fille et le garçon ?.....	57
III.3.3. Le motif de consultation.....	58
III.3.4. L'accompagnement ou non de l'adolescent durant la consultation.....	60
III.3.4.1. En fonction du sexe du médecin	61

III.3.4.2. En fonction de l'âge du médecin	62
III.3.4.3. Qui initie la sortie de l'accompagnant ?	63
III.3.5. Les informations délivrées au cours de la consultation sur les IST	64
III.3.6. Répétition ou non de l'information auprès de l'adolescent	65
III.4. Quelques pistes pour aborder les IST chez l'adolescent	66
III.4.1. Le ressenti du médecin impacte-t-il sur le fait d'aborder les IST chez les adolescents ? ..	66
III.4.1.1. Ressenti du médecin et le thème des IST	66
III.4.1.2. Ressenti du médecin et nombre de fois abordé chez un même adolescent	68
III.4.2. Quels seraient les supports utiles pour aborder plus facilement les IST chez les adolescents ?	69
IV. Discussion	71
IV.1. Principaux résultats	71
IV.1.1. Les IST sont-elles peu abordées par le médecin généraliste ?	71
IV.1.2. Les IST sont elles plus souvent abordées chez la fille ?	72
IV.1.3. A partir de quel âge les IST sont abordés chez l'adolescent ?	73
IV.1.4. L'environnement de la consultation	74
IV.1.5. Les motifs de consultation	76
IV.1.6. Les supports utilisés pour véhiculer les informations données au cours de la consultation	76
IV.1.7. Vers une consultation systématique des IST	78
IV.2. Critique de l'étude	79
IV.2.1. Choix de l'étude	79
IV.2.2. Forces et limites de l'étude	80
IV.2.2.1. Le questionnaire	80
IV.2.2.2. Biais de sélection	80
IV.2.2.3. Biais de classement :	82
IV.2.2.4. Biais de confusion :	82
V. Conclusion	83
Références bibliographiques	84
Annexes	87
Serment d'Hippocrate	93

Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux des participants.....	50
Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de leur sexe	51
Figure 3 : Répartition des médecins en fonction de leur âge	51
Figure 4 : Répartition des médecins en fonction de leur durée d'installation.....	52
Figure 5 : Répartition des modes d'installation des médecins participants	52
Figure 6 : Âge d'abord des IST chez la fille	54
Figure 7 : Âge d'abord des IST chez le garçon	54
Figure 8 : L'âge du médecin influencerait-il l'âge d'abord chez l'adolescente (p-value : 0.27353 par test de Fisher).....	55
Figure 9 : Recherche d'un lien entre l'âge du médecin et l'âge d'abord chez l'adolescent (p-value : 0.04556 par test de Chi ²).....	55
Figure 10 : L'âge d'abord des IST chez les adolescents serait-il influencé par le fait que le médecin soit une femme ? (p-value : 2.134786 ^{E6} par test de Chi ²)	56
Figure 11 : l'âge d'abord des IST chez les adolescents serait-il influencé par le fait que le médecin soit un homme ? (p-value : 0.04603 par test de Chi ²)	56
Figure 12 : Recherche d'une distinction d'abord des IST entre les adolescents en fonction de leur sexe	57
Figure 13 : Le sexe du médecin serait-il lié au fait que la consultation soit plus souvent réalisée avec un des deux sexes ? (p-value : 8.96514 ^{E5} par test de Fisher)	58
Figure 14 : les différents motifs de consultations utilisés par le médecin pour aborder les IST chez la fille	58
Figure 15 : les différents motifs de consultation utilisés par le médecin pour aborder les IST chez le garçon.....	59
Figure 16 : L'accompagnement ou non de l'adolescent au cours de l'abord des IST.	60
Figure 17 : la consultation des IST par un médecin femme, avec un adolescent accompagné ou seul (p-value : 0.43996 par le test de Chi ²).....	61
Figure 18 : la consultation des IST par un médecin homme, avec un adolescent accompagné ou seul (p-value : 0.46758 par le test de Chi ²).....	61
Figure 19 : L'âge du médecin influence t-il le fait que l'adolescent soit accompagné ou pas (p-value : 0.023809 avec le test de Fisher).....	62
Figure 20 : Choix de faire sortir le parent au cours de la consultation dédiée aux IST	63
Figure 21 : L'âge du médecin influence t-il le fait que le tiers sorte lors de la consultation sur les IST avec l'adolescent ? (p-value : 0.05284 par le test de Chi ²)	63
Figure 22 : Les informations données à l'adolescent au cours de la consultation sur les IST.....	64

Figure 23 : Nombre de fois que le médecin aborde la consultation sur les IST avec un même adolescent	65
Figure 24 : Quel est le ressenti du médecin lors de l'abord des IST chez les adolescents ?	66
Figure 25 : Est-ce que l'âge du médecin a une influence sur son ressenti au cours de la consultation des IST chez l'adolescent ? (p-value : 0.62263 par test de Fisher).....	67
Figure 26 : Le ressenti du médecin avec l'abord des IST a-t-il une influence sur le nombre de fois où le médecin aborde ce thème chez un même adolescent ? (p-value : 0.02196 par test de Chi ²)	68
Figure 27 : Les supports qu'utiliserait le médecin pour aborder les IST chez l'adolescent.	69
Figure 28 : Atlas démographique des médecins généraliste de la France en 2020 par l'ordre National des Médecins. Total de 86 102 médecins généralistes au 1 ^{er} janvier 2020 installés régulièrement....	81

Table des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif du pourcentage d'enfant suivi par le médecin relevé sur leur espace Améli pro	53
---	----

I. Introduction

Les moins de 15 ans représentent 17.8 % de la population française et les 15 – 19 ans représentent 6.2 % de la population en 2020 (1).

Les moins de 18 ans sont généralement la tranche de la population en bon état de santé. Ils consultent peu le médecin généraliste au cours d'une même année.

Avant 2016, lorsque les adolescents consultaient, c'était régulièrement pour un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport. En effet, celui-ci était demandé par l'établissement scolaire ou le club de sport extrascolaire chaque année. A partir de 2016, le certificat de non-contre-indication à la pratique sportive n'était demandé que tous les 3 ans.

Afin de rendre l'activité physique plus accessible, le gouvernement a souhaité que le certificat de non-contre-indication sportive ne soit plus nécessaire pour les 0 - 18 ans. En contrepartie, le parcours de santé et de prévention ont été renforcés par le biais de vingt consultations médicales recommandées et remboursées entre 0 et 18 ans.

Le médecin généraliste est un professionnel de santé souvent sollicité durant la période d'adolescence d'un même individu.

En plus d'un examen somatique complet, le médecin généraliste doit prendre le temps de faire de la prévention lors d'une consultation avec un adolescent. Durant cette consultation, le médecin parle de l'alimentation, des addictions, des conduites à risque ainsi que de la santé mentale et sexuelle.

Nous nous sommes demandés dans quels autres cas le médecin généraliste aborde la prévention de la santé sexuelle avec les adolescents, en particulier la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), quelle méthode il utilise, l'âge à partir duquel le médecin parle des IST chez l'adolescent et quels sont les moyens de préventions décrits. Nous avons voulu savoir combien de fois le médecin discute de ce thème avec un même adolescent.

Nous savons qu'en complément de la prévention réalisée par le médecin traitant, l'adolescent bénéficie de cours d'éducation sexuelle par la médecine scolaire.

Le ministère de la jeunesse prône trois séances sur l'éducation à la sexualité par année à partir du primaire et ce jusqu'au lycée.

Au primaire, ces séances sont effectuées et intégrées dans le programme scolaire par l'enseignant responsable de la classe.

A partir de la 5^{ème}, diverses notions de la sexualité sont intégrées dans l'enseignement notamment durant les cours de Science de la Vie et de la Terre, mais aussi dans les autres matières. Le temps dédié à ces séances est estimé par l'enseignant.

Au cours de ces séances, l'enseignant peut être assisté par des personnes formées par le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

Les missions du CESC d'établissement sont de :

- contribuer à l'éducation de la citoyenneté,
- préparer le plan de prévention de la violence,
- proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion.

Le CESC a aussi pour mission de définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.

Avec l'ensemble de ces informations, nous pourrions penser que l'adolescent possède suffisamment de connaissances sur sa santé. En cas d'interrogation, nous supposons que l'adolescent saurait vers qui s'adresser. Pourtant la littérature montre que six jeunes sur dix attendent du médecin que celui-ci débute la conversation sur l'éducation sexuelle. Et qu'environ 59% de lycéens parmi les 201 participants, pensent que le médecin généraliste devrait aborder la sexualité lors de la consultation (2,3).

De plus, les dernières données de Santé Publique France recensent une augmentation de 70 % des infections par Gonocoque entre 2015 et 2017 en particulier chez les 15-24 ans, mais aussi des infections à Chlamydia (4). Or chaque IST peut être dépistée par une analyse spécifique, sensible et peu onéreuse. Le médecin généraliste peut prescrire le traitement approprié à chaque IST.

Nous constatons que, malgré la facilité d'accès des informations par le corps médical et internet, la pratique des adolescents ainsi que leurs connaissances sur leur santé sexuelle restent incomplètes.

Il y a quelques études où le médecin généraliste aborde les IST. Celles-ci sont centrées sur un type d'adolescent et une tranche d'âge, par exemple le résultat de l'étude faite auprès des médecins généralistes des Hauts de France était centré sur les jeunes filles de 15 à 18 ans (5). D'autres études ont mis en évidence le ressenti des adolescents sur l'abord de la santé sexuelle par le médecin généraliste (6,7) mais peu d'études ont été menées sur la façon dont le médecin généraliste évoque la santé sexuelle, en particulier les IST chez les adolescents de façon globale.

L'objectif principal de ce travail est de connaître l'environnement que met en place le médecin généraliste pour discuter et échanger avec l'adolescent sur les infections sexuellement transmissibles.

I.1. Le passage de l'enfance à l'adolescence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit « la petite enfance comme la période allant du développement prénatal jusqu'à l'âge de huit ans » (8).

Durant les études médicales, le suivi de l'enfant est omniprésent. C'est en 1802, qu'un hôpital dédié aux soins des enfants de moins de 15 ans a été créé, c'est actuellement l'hôpital Trousseau à Paris. Pourtant, l'enseignement de la pédiatrie n'a été officialisé qu'en 1878 en France.

En 1945, est votée l'ordonnance du 02-novembre-1945 n°45-2720. Celle-ci est le texte fondateur de la création des services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ce texte précise l'organisation

et les missions des services de PMI afin d'assurer la protection des mères et des enfants de moins de six ans.

L'enfant bénéficie d'une surveillance médicale rigoureuse avec des consultations qui donnent lieu à des certificats obligatoires. Ces certificats sont délivrés à huit jours de la naissance, à neuf mois et à vingt-quatre mois. Par la suite, les consultations médicales sont recommandées. De la naissance à 16 ans chaque enfant peut bénéficier gratuitement de vingt examens de santé. Ces consultations permettent un suivi de la santé de l'enfant jusqu'à l'adolescence.

Il existe diverses définitions de l'adolescence.

Le Larousse définit l'adolescence comme « une période de l'évolution de l'individu, conduisant de l'enfance à l'âge adulte. Cette période débute à la puberté (vers 11-13 ans chez la fille, 13-15 ans chez le garçon) et s'accompagne d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales » (9).

Selon l'OMS, « l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et des changements, rythme qui est supérieur que pendant la petite enfance » (8).

L'adolescence est une période de la vie où l'enfant cherche sa personnalité d'adulte.

Il est réceptif aux nombreux stimuli extérieurs et recherche son identité. L'adolescent va tenter plusieurs expériences dans le but de connaître ses limites, ses capacités, ses plaisirs.

En plus du cadre enseigné par son cocon familial, l'adolescent va essayer d'autres pratiques afin d'intégrer puis appartenir à un groupe d'individus du même âge.

L'OMS décrit que « De nombreux adolescents doivent faire face à des pressions et sont incités à consommer de l'alcool, fumer ou consommer d'autres drogues et avoir des relations sexuelles à un âge précoce, ce qui leur fait courir un risque élevé de traumatisme volontaire ou involontaire, de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles, y compris par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) » (8).

Ces deux définitions mettent en évidence que l'adolescence est une importante phase de transition; tant par les connaissances que par les transformations physiques et psychologiques que va acquérir l'enfant au cours de cette période.

L'adolescence est une période pendant laquelle l'enfant se construit et intègre les automatismes de sa vie d'adulte.

C'est la période propice pour l'informer sur les bons gestes de sa santé.

I.2. La santé de l'adolescent

Qu'est-ce que la santé ? La définition utilisée par tous (professionnel de santé et public) est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé. Celle-ci définit la santé comme « un état de complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La santé ne se définit pas seulement à travers des chiffres et des normes, elle fait aussi appel à un ressenti. C'est une notion subjective puisqu'elle est propre à chaque individu.

De nombreux instituts se sont axés sur la santé de l'enfant et de l'adolescent depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. La plus connue est l'Organisation Mondiale de la Santé. A l'échelle française, il y a également la PMI et Santé Publique France.

Ces instituts tendent à mettre en place un plan de soins global accessible par tous ; quel que soit la religion, la classe sociale de l'individu et de sa famille. Ces plans tendent également à prendre en charge l'enfant et l'adolescent dans leur globalité. Ils font une approche nutritionniste et biologique mais aussi psychique, sociale, physique et une prévention des comportements à risques (addiction aux jeux, drogues, santé sexuelle).

Comme son nom l'indique, la PMI est un système de protection de la mère et de l'enfant. Les missions de la PMI sont effectuées par les professionnels de la périnatalité (médecins de PMI, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, psychomotriciens) en collaboration avec les éducateurs de jeunes enfants et d'autres assistants du service social. Le rôle principal de la PMI est la prévention.

Parmi ces missions, il y a :

- L'information et la prescription de contraception, le dépistage du SIDA et des IST. Ceux-ci sont essentiellement réalisés dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ainsi que les entretiens préalables à une demande d'interruption volontaire de grossesse.
- Le suivi médical préventif des femmes enceintes et du jeune enfant jusqu'à 6 ans avec un suivi de grossesse, la préparation à la naissance, le suivi postnatal, les conseils sur les besoins du jeune enfant, le suivi et la vaccination des enfants de 0 à 6 ans, les actions de prévention de la maltraitance et de la protection des enfants de moins de 6 ans.
- L'agrément et le suivi des modes d'accueil : l'agrément des assistantes maternelles, l'agrément et le contrôle des crèches et haltes-garderies.

La PMI est présente durant certaines périodes de vie : l'adolescence et les premiers pas vers la sexualité, la grossesse, la petite enfance et les milieux de vie de la toute petite enfance.

Santé publique France met en place d'autres plans d'actions pour toucher et accompagner les enfants et adolescents, afin de développer la promotion de la santé en milieu scolaire et dans les autres milieux de vies (extrascolaire, périscolaire, loisir et familial).

Cet institut se consacre à :

- La **nutrition et l'activité physique** : à l'aide de campagne publique sur les bonnes habitudes alimentaires tel que le site mangerbouger.fr. Celui-ci donne des conseils pour mieux manger à tout âge et plus bouger à tout âge. Ainsi que la mise en place d'un nutriscore et la promulgation des produits allégés en matières grasses et en sucre.
- Informer sur la **vaccination** et les maladies à prévention vaccinale, à l'aide du site vaccination-info-service.fr.
- Informer sur les **traumatismes potentiels de l'enfant et de l'adolescent** : accidents de sport, brûlures, chute, défenestration, morsures de chien, noyade. Les campagnes d'informations sont véhiculées sur grands écrans et aussi par le biais de sites tels que prévention-maison.fr/accidents. A noter, 49% de ces accidents ont lieu à la maison et 39 % dans les lieux publics chez les enfants de moins de 15 ans.
- Informer sur les **comportements à risque** : sur le tabac grâce au site attraction-lemanga.fr ou tabac-info-service.fr, sur la santé sexuelle avec le site onsexprime.fr ou le forum askip, sur la santé mentale par le biais de info-depression.fr ou psycom.org, sans oublier l'alcool, les addictions aux jeux et les drogues en naviguant sur alcool-info-service.fr, joueurs-info-service.fr ou drogues-info-service.fr. Ce sont les sites gouvernementaux les plus connus.
- **Mettre en avant l'école et ses impacts positifs** sur l'amélioration et la préservation de la santé des enfants.

I.3. Les infections sexuellement transmissibles globalement en hausse

Les IST sont des infections se transmettant essentiellement lors de rapports sexuels qu'ils soient par voie génitale, anale ou oropharyngée. Seules, l'infection par VIH et l'infection par le Virus de l'hépatite B se transmettent par voie sexuelle et par voie sanguine (10).

Parmi les IST, la première mise en évidence fût la syphilis car elle engendra un fléau social avant la première guerre mondiale. Afin de préserver la nation française, une lutte contre l'épidémie « vénérienne » vit le jour. La priorité fût d'alerter la population sur cette infection puisque celle-ci était souvent associée à des gens de petites mœurs.

Pourtant avant la syphilis, une autre IST fût découverte.

Avançons par ordre chronologique en ce qui concerne les découvertes des différentes IST.

I.3.1. La trichomonose :

La prévalence :

Selon L'OMS, en 2016 la trichomonose représente 156 millions de nouveaux cas dans le monde parmi les 15 – 49 ans.

Agent pathogène et découverte :

C'est une infection causée par un protozoaire nommé Trichomonas Vaginalis.

Le Trichomonas Vaginalis appartient au genre Trichomonas (Flagellé), c'est un protozoaire des voies génitales féminines. Celui-ci a été découvert en 1836 par Alfred Donné médecin et bactériologiste français (11).

Les signes cliniques :

Chez la femme, la trichomonose se manifeste par une vulvo-vaginite dans 30 % des cas ou par une vaginite avec leucorrhées abondantes, verdâtres et nauséabondes dans 50 % de cas. La femme peut également présenter des dyspareunies ou une cystite.

Chez l'homme, la trichomonose est asymptomatique dans 90 % des cas. Lorsqu'elle est symptomatique, l'infection par trichomonas est responsable dans 30% des cas d'une urétrite (12).

Les complications :

Si l'infection par trichomonas n'est pas traitée, la femme présente des complications à type de douleurs abdominales voir des saignements anormaux. Il existe aussi un risque de stérilité par processus inflammatoire de l'appareil génital.

Chez l'homme, dans de rares cas, nous diagnostiquons une prostatite ou une épидidymite.

L'absence de prise en charge d'une trichomonose favorise l'acquisition du VIH dans les deux sexes.

En cas de grossesse, il y a un risque d'accouchement prématuré et une contamination du nouveau-né.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic se fait par recherche de l'agent pathogène par PCR. Le diagnostic est réalisé sur un prélèvement de l'écoulement chez l'homme s'il est symptomatique, autrement il se fait sur le premier jet urinaire.

Chez la femme le dépistage est réalisé sur un prélèvement cervico-vaginal en première intention ou sur le premier jet urinaire à défaut.

Lorsque le dépistage est positif, il faut réaliser un dépistage de l'ensemble des autres IST et dépister le ou les partenaire(s).

La prévention :

La prévention réside sur le port du préservatif lors des rapports sexuels. Il n'existe pas de vaccin.

Le traitement :

Le traitement est basé sur le métronidazole qui est un antibiotique antibactérien antiparasitaire de la famille des nitro-5-imidazolé.

Ce traitement est déconseillé pendant le premier trimestre de grossesse.

I.3.2. Le gonocoque :

Un peu d'épidémiologie :

Selon l'OMS, en 2016, il y a eu 87 millions de cas d'infection par gonocoque dans le monde chez les 15-49 ans.

En France, 49 628 cas ont été diagnostiqués en 2016, soit un taux de 91 / 100 000 habitants selon Santé Publique France. Les hommes sont plus touchés que les femmes (131/ 100 000 contre 55/100 000). La classe d'âge la plus concernée est celle des 15-24 ans (181 / 100 000).

Nous observons une augmentation de 70 % du nombre de cas en 2017 par rapport à 2015.

Cette augmentation est plus marquée chez les homosexuels masculins(HSH), soit une augmentation de 84 % contre 29 % chez les hétérosexuels.

L'augmentation observée chez les HSH est répartie de façon uniforme dans les régions métropolitaines. L'augmentation observée chez les hétérosexuels est plus marquée dans les départements d'Outre-mer.

Agent pathogène et découverte :

C'est une infection causée par la bactérie *Neisseria Gonorrhoeae*.

L'infection par le gonocoque est aussi connue sous le nom de gonorrhée ou chaude-pisse voire blennorragie.

Le gonocoque a été découvert par le bactériologiste allemand Albert Neisser en 1879. Observé au microscope lors d'une étude sur un pus d'urétrite aiguë.

Les signes cliniques :

La période d'incubation est de deux à sept jours.

Les symptômes provoquent une inflammation locorégionale associée à un écoulement en dehors des mictions. L'infection se manifeste par une urétrite, une prostatite ou une orchite chez l'homme.

Chez la femme, l'infection se manifeste par une cervicite, une endométrite ou bien une salpingite.

Chez les deux sexes, elle provoque une anorectite purulente.

Les complications :

En cas d'absence de prise en charge, les complications possibles chez la femme sont dues à une inflammation chronique des organes génitaux, tel que la salpingite. Il y a également un risque de grossesses extra-utérines et de stérilité tubaire.

En cas de complication générale, la patiente présente une septicémie subaiguë à gonocoque.

Durant la grossesse, il y a un risque d'accouchement prématuré. Au cours de l'accouchement, il y a un risque de transmission au nouveau-né caractérisé par une conjonctivite néonatale qui peut aller jusqu'à la cécité.

La blennorragie non traitée favorise une contamination par l'infection du VIH.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic se fait par le biais d'un recueil du premier jet urinaire ou le prélèvement de l'écoulement urétral. A noter, le prélèvement par écouvillonnage urétral n'est plus recommandé. Le diagnostic est confirmé par un examen cytologique et microbiologique après coloration de Gram et mise en culture (10).

Si le dépistage est positif, il est recommandé de rechercher une infection par chlamydia ou par syphilis chez le même individu.

Dans le bulletin de santé publique sur la surveillance des IST bactériennes sorti en 2018, nous notons que 88.8% des patients diagnostiqués se sont présentés dans un des centres gratuits d'informations, de dépistages et de diagnostics des IST (CeGIDD), contre 10.7% en consultation hospitalière et 0.5% en médecine de ville.

La prévention :

La prévention réside sur l'utilisation de préservatif, la limitation du nombre de partenaire et l'absence de rapport lors de la prise du traitement. Il n'existe pas de vaccin.

La déclaration anonyme est non obligatoire mais importante auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (5).

Le traitement :

Le traitement se base sur un antibiotique tel que la ceftriaxone, en cas d'allergie aux céphalosporines préférer la ciprofloxacine ou l'ofloxacine (5).

I.3.3. La syphilis :

Un peu d'épidémiologie :

L'infection par syphilis représente 6.3 millions de cas en 2016, selon l'OMS.

Entre 2010 et 2016, nous avons constaté une augmentation de 70 % d'infection par gonocoque chez les hétérosexuels comme chez les homosexuels, selon Santé publique France.

Depuis, le nombre de diagnostics est stable entre 2015 et 2017. Cette stabilité du nombre de cas concerne essentiellement les HSH, qui représentent 81 % des cas. Une faible augmentation est observée chez les hétérosexuels, notamment chez les femmes (4).

Agent pathogène et découverte :

C'est une infection causée par une bactérie nommée *Treponema pallidum*.

Le premier diagnostic de syphilis a été fait chez Christophe Colomb. Lui et son équipage l'auraient contractée lors de leur voyage dans les Antilles en 1492. D'autres auteurs pensent que la syphilis existait depuis des siècles en Afrique et qu'elle serait arrivée avec les migrants en Europe en 1500. Au XVI^e siècle, le médecin italien Frascatoro écrivit un poème dans lequel il décrivait des « racines » de syphilis transmissibles par contact sexuel.

Au XVIII^e siècle, le terme « vénérien » fut attribué aux maladies transmises sexuellement en référence à la déesse romaine de l'amour Vénus.

La bactérie responsable de la syphilis a été découverte en 1905 par Schaudinn Fritz, un zoologiste allemand et Hoffmann Erich, un médecin allemand.

La syphilis a souvent été confondue avec la blennorragie.

Les signes cliniques :

Chez l'homme comme chez la femme, le patient présente une ulcération superficielle, propre, indurée et indolore au niveau des organes génitaux (gland, vagin, col utérin, anus), en cas de

pratique oropharyngée, nous trouvons des lésions au niveau de l'oropharynx. Ces lésions peuvent persister au moins un mois.

La phase d'incubation est de trois semaines en moyenne.

L'ulcération nommée aussi chancre présente une adénopathie satellite.

Les complications :

En cas de non prise en charge de l'infection primaire de la syphilis, celle-ci évolue en syphilis secondaire ou tertiaire.

La syphilis secondaire apparaît six semaines après le chancre jusqu'à un an après la contamination. Elle se manifeste par une roséole puis des papules nommées syphilides. Ces dernières peuvent être localisées au niveau palmo-plantaire et génital. Ces symptômes sont associés à une uvéite et des poly-adénopathies superficielles.

La syphilis tertiaire est rare de nos jours. Elle se manifeste par une granulomatose avec des lésions vasculaires à type d'aortite, des lésions osseuses telles que des périostites ou bien des atteintes cutanéomuqueuses.

Ces deux dernières formes peuvent s'accompagner d'une neurosyphilis avec une atteinte neurologique tel qu'une méningite voire un syndrome radiculo-cordal postérieur.

L'infection par syphilis multiplie par trois le risque de contracter le VIH selon l'OMS.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic de la syphilis est clinique, s'il est fait précocement.

Lorsque la lésion n'est pas visible, le diagnostic est sérologique et se fait par un test tréponémique (TPHA) qualitatif en première stratégie. Si le test est positif, il est confirmé par un test non tréponémique quantitatif (VDRL). Ce dosage doit être effectué dans les dix jours après l'apparition du chancre pour être interprétable (10).

Si le dépistage de gonocoque est positif, il est recommandé de rechercher une infection par gonocoque ou par chlamydia chez le même individu.

Toute personne ayant contracté une infection par syphilis, produit des anticorps, de ce fait, le dosage sérologique reste positif à vie.

La prévention :

La prévention réside sur l'utilisation de préservatif. Il n'existe pas de vaccin. La déclaration anonyme est non obligatoire mais importante auprès de l'ARS.

Les traitements :

Le traitement se base sur un antibiotique dénommé benzathine-pénicilline G en une seule injection intramusculaire. L'antibiotique appartient à la classe de pénicilline G. En cas d'allergie, un traitement sur quatorze jours est effectué par doxycycline per os.

I.3.4. La chlamydie :

Un peu d'épidémiologie :

Il y a eu 127 millions de nouveaux cas d'infection par chlamydia en 2016 chez les 15-49 ans, selon l'OMS.

Le nombre de personnes atteintes d'une infection à chlamydia en 2016 a été estimé à 267 097 soit un taux de 491/100 000 habitant, en France.

Le nombre d'infections continue d'augmenter en 2017 avec une hausse de 15 % par rapport à 2015.

Cette augmentation est plus marquée chez les hommes, soit une augmentation de 29 %, et ce par rapport aux femmes avec une augmentation de 9%, selon Santé Publique France.

Agent pathogène et découverte :

C'est une infection causée par une bactérie intracellulaire nommée Chlamydia trachomatis

L'infection à Chlamydia a été découverte en 1907.

Les signes cliniques :

La période d'incubation varie de sept à quatorze jours.

Chez l'homme, comme chez la femme, les symptômes sont en rapport avec une inflammation locorégionale parfois associée à un écoulement. Cependant, l'infection est parfois asymptomatique.

Lorsqu'elle n'est pas traitée chez la femme, cette infection se répand vers les organes génitaux supérieurs et entraîne une cervicite, une endométrite et/ou une salpingite. De plus, cette infection peut provoquer une stérilité.

Chez l'homme, la chlamydie se manifeste par une uréthrite, une prostatite ou une orchite. Il est possible de voir des rectites lors de pratique anale.

Les complications :

La conséquence majeure est la salpingite causée par une inflammation chronique des organes génitaux. Il y a également un risque de grossesse extra-utérine et de stérilité tubaire.

En cas de complication générale, la patiente présente un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Durant la grossesse, il y a un risque d'accouchement prématuré.

Au cours de l'accouchement, il y a un risque de transmission au nouveau-né caractérisé par une conjonctivite néonatale qui peut aller jusqu'à la cécité, ou bien une pneumopathie néonatale.

Pour la mère, il existe un risque d'endométrite en post partum.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic se fait par un prélèvement endocervical sous spéculum puis il faut réaliser une analyse bactériologique standard par une culture sur milieux. Si le dépistage est positif, il est recommandé de rechercher une infection par gonocoque ou par syphilis chez le même individu.

Chez l'homme, la recherche du pathogène se fait également sur un recueil du 1^{er} jet d'urine par analyse cytologique (Test d'Amplification des Acides Nucléiques (TAAN) qui équivaut au PCR) (10).

La prévention :

La prévention réside sur l'utilisation de préservatif. Il n'existe pas de vaccin.

Le traitement :

Le traitement se base sur un antibiotique tel que l'azithromycine ou la doxycycline. Un même individu peut être infecté plusieurs fois par la chlamydia trachomatis.

I.3.5. Le virus du papillome humain :

Un peu d'épidémiologie :

L'infection par le Papillomavirus Humain est responsable de 100% des cas du cancer du col de l'utérus.

En 2018, il y a eu 570 000 cas du cancer du col de l'utérus et 311 000 décès dû à ce cancer dans le monde. C'est l'un des cancers féminins les plus fréquents.

En 2018, en France, le nombre de nouveaux diagnostics du cancer du col de l'utérus est estimé à 2 920, soit un taux d'incidence standardisé monde de 6.1 pour 100 000 personnes-années, selon le bulletin épidémiologique du 17 septembre 2019 de Santé Publique France.

Agent pathogène et découverte :

C'est une infection provoquée par un virus à ADN dit Human Papillomavirus (HPV).

Il existe plus d'une centaine de types de papillomavirus.

Les HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, et 59 sont à haut risque en particulier le type 16 qui est responsable de la plupart des cancers HPV chez l'homme et la femme.

Les HPV 11 et HPV 6 sont à faible risque oncogène et sont responsables du risque de développer des condylomes.

Il appartient à la famille des *Papillomaviridae*. C'est en 1925 que Goergios Papanicolaou décrit des anomalies de la forme, de la taille et du noyau des cellules prélevées sur le col utérin des femmes ayant un cancer du col. Ce n'est qu'à la fin du XXème siècle, qu'Harald zur Hause, médecin et virologue allemand, a soumis l'hypothèse que la présence du papillomavirus humain jouerait un rôle dans le cancer du col de l'utérus.

Les signes cliniques :

C'est une infection très fréquente et asymptomatique.

L'infection des muqueuses par les HPV se révèle par des condylomes mais également par des lésions précancéreuses au stade précoce, voire des carcinomes au stade tardif. Les lésions sont présentes au niveau des muqueuses et du col de l'utérus chez la femme et du canal anal et de l'oropharynx dans les deux sexes, en fonction des pratiques.

L'infection par l'HPV, au niveau anal, est plus fréquente chez les homosexuels hommes, en particulier ceux qui sont séropositifs au VIH.

Les complications :

Une prise en charge inappropriée est responsable du cancer du col de l'utérus dans 100% des cas chez la femme, d'un cancer de l'anus dans 90 % des cas ou d'un cancer oropharyngé dans 35 % des cas.

Chez l'homme, cette infection peut également induire un cancer du pénis.

Le HPV 16 multiplie par dix le risque de développer un cancer du col de l'utérus, comparativement aux autres génotypes HPV.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic se fait grâce à un frottis cervical régulier dans le cadre d'un dépistage organisé chez les femmes de plus de 25 ans et doit être poursuivi jusqu'à 65 ans. Il n'y a pas de stratégie de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses pour prévenir de l'apparition des cancers de l'anus selon l'Institut National du Cancer.

L'HAS ne précise pas le dépistage chez le garçon.

La prévention :

La prévention réside dans l'utilisation du préservatif, la limitation du nombre de partenaires. Il existe un vaccin tel que Gardasil® ou Cervarix®, recommandé pour la fille dès 11 ans, rattrapable jusqu'à l'âge de 19 ans.

La vaccination est recommandée chez les homosexuels hommes depuis 2016. Depuis fin 2019, la vaccination est conseillée pour toutes les filles et tous les garçons de 11 à 14 ans révolus avec un rattrapage de 15 à 19 ans révolus, selon les recommandations de l'Haute Autorité de Santé publiées le 16 décembre 2019. Il persiste un rattrapage jusqu'à l'âge de 26 ans pour les homosexuels hommes (13).

En complément de la vaccination, la femme sexuellement active ou ayant eu des rapports sexuels, bénéficie d'un dépistage. Ce dépistage se fait grâce à un frottis cervical tous les trois ans de 25 ans à 65 ans (13).

Les traitements :

En présence de condylome le traitement repose sur du laser, des traitements locaux ou de la chirurgie.

Lorsque que c'est un carcinome, des biopsies sont prélevées par colposcopie. Une chirurgie ou une séance de laser est réalisée en fonction des résultats des biopsies (14).

I.3.6. L'herpès :

Un peu d'épidémiologie :

Selon l'OMS, 3.7 milliards de personnes de moins de 50 ans étaient atteintes d'une infection par le type 1 du virus de l'herpès dans le monde, en 2016. La prévalence est plus importante en Afrique (88%) et plus faible dans les Amériques (45%). (15)

En 2016, 491 millions de personnes âgées de 15 à 49 ans vivaient avec une infection par l'herpès de type 2. Elle touche plus les femmes (313 millions) que les hommes (178 millions).

Les études montrent que le nombre d'infections augmente avec l'âge, mais les adolescents restent la population la plus atteinte.

Agent pathogène et découverte :

C'est une infection due à un virus ADN. Il en existe deux types, le type 1 responsable des infections contractées dans l'enfance et de localisation oro-faciale. Le second type est le type 2 responsable d'infection génitale et anale.

Les symptômes caractéristiques de l'herpès ont été décrits et associés à la maladie au début du XIXe siècle.

Les connaissances acquises après la découverte de l'ADN par Watson et Crick en 1953, ont permis d'identifier l'agent pathogène de l'herpès.

Les signes cliniques :

Le principal réservoir est l'espèce humaine.

Le principal symptôme est la présence de vésicules groupées en bouquet (5 à 6 vésicules) évoluant vers une ulcération douloureuse dans les deux sexes.

Ce symptôme est présent lors de l'infection par le type 1 ou le type 2, seule la localisation diverge. Il peut être difficile à diagnostiquer en cas de siège profond tel qu'au niveau vaginal.

La primo-infection provoque des lésions plus étendues et intenses que lors des récurrences. Dans les deux types, l'infection est souvent asymptomatique.

L'herpès orofacial et labial sont dû au type 1 du virus de l'herpès. Elle se caractérise par un bouquet vésiculaire douloureux péri-labial et intra-buccal. Les lésions péri-labiales sont nommées « boutons de fièvre ». L'apparition des vésicules est régulièrement précédée d'un prurit ou de paresthésie à type de picotement ou de sensation de brûlures.

L'HSV-1 se transmet essentiellement par contact des muqueuses buccales, il existe une transmission moindre par voie génitale.

L'herpès génital ou anal est dû au type 2 du virus de l'herpès. HSV-2 se transmet principalement pendant les rapports sexuels ou par contact avec les parties génitales, la peau les plaies et les sécrétions d'un sujet infecté.

Les complications :

Une infection par le virus de l'herpès, en particulier HSV-2, multiplie par trois le risque de développer le VIH, selon l'OMS.

Chez les sujets immunodéprimés, les symptômes de l'HSV-1 sont plus récurrents et peuvent être plus graves. Dans de rares cas, HSV-1 provoque une encéphalite ou une kératite.

Un risque de transmission foëto-maternelle de l'HSV1 ou de l'HSV 2 existe au cours de l'accouchement. Dans ce cas, le nouveau-né est sujet à un herpès néonatal entraînant une déficience neurologique ou un décès.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic est clinique. La notion d'épisodes antérieurs est un facteur en faveur du diagnostic.

En cas de doute clinique, un prélèvement local de l'ulcération est à faire avec une recherche par TAAN.

La prévention :

La prévention réside sur le port du préservatif lors des rapports sexuels, l'éviction de contact buccal avec autrui, ainsi que les pratiques orogénitales. Il n'existe pas de vaccin à ce jour.

Le traitement :

Le traitement repose sur l'administration d'un antiviral tel que valaciclovir.

I.3.7. L'hépatite B

Un peu d'épidémiologie :

Le dernier bulletin épidémiologique de Santé Publique France estime que 0.65% de la population française en 2004 était atteinte d'une infection par le virus de l'hépatite B.

Sur les derniers chiffres recensés, cette infection est en décroissance. En 2016, 135 700 personnes étaient atteintes de cette infection soit 0.3% de la population française.

Agent pathogène et découverte :

L'hépatite B est une infection virale du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB), c'est un virus à ADN.

La première épidémie causée par le virus de l'hépatite B a été observée par Lurman en 1885. Ce n'est qu'en 1970 que le virus de l'hépatite B a été formellement identifié.

Les signes cliniques :

La période d'incubation est de soixante à cent cinquante jours. Lors du premier contact avec le virus VHB, l'individu peut être asymptomatique. Lorsque l'infection est clinique, le patient présente une asthénie chronique associée à un ictère, des troubles digestifs à type de nausées, vomissements, douleurs abdominales ou diarrhées.

Dans 1% des cas, l'infection par le virus VHB entraîne une hépatite fulgurante. L'individu présente une importante asthénie, une anorexie et une hépatalgie associée à un syndrome pseudo-grippal. Dans 90 à 95 % l'individu guérit après la phase d'infection aiguë chez l'adulte et 5% en cas de contamination à la naissance ou pendant la petite enfance. Ainsi dans 5 à 10 % des cas, l'individu adulte contracte une infection chronique (14).

Le VHB se transmet par voie parentérale et sexuelle.

Les complications :

En l'absence de prise en charge, l'infection par l'hépatite B affaiblit le système immunitaire et favorise une surinfection par le VIH voire le développement du Syndrome Immunodépression Acquise.

Les deux complications de l'infection hépatite B chronique sont une cirrhose du foie et un carcinome hépatocellulaire. L'infection chronique induit un risque de décès prématuré de 70% par rapport à la population générale selon une étude de cohorte faite par l'INSERM en 2015.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic se fait par la recherche d'antigène HBs sur un prélèvement sanguin.

Une infection aiguë se caractérise par des immunoglobulines M (IgM) constituées d'anticorps dirigés contre l'antigène HBc (anti-HBc). Tandis qu'une infection chronique est caractérisée par la persistance de l'antigène HBs pendant au moins 6 mois (16).

La prescription ainsi que le prélèvement peuvent se faire au laboratoire mais aussi dans les centres gratuits d'informations, de dépistages et de diagnostics des IST, ou à la pharmacie.

Dans les deux derniers cas, il est possible de réaliser un dépistage par TROD (test rapide d'orientation diagnostique).

La prévention :

La prévention réside sur le port de préservatif lors des rapports sexuels, l'éviction de partage d'objets de toilettes (tel que rasoirs, coupe-ongle, sextoys, seringues non stériles, aiguilles).

Il existe un vaccin, celui-ci est recommandé lors des premiers mois de vie. Il est administré selon un schéma de 3 injections à 2 mois, 4 mois et 11 mois de vie.

Les rappels systématiques de ce vaccin sont recommandés que dans des situations particulières (17).

Les adolescents de 11 à 15 ans non vaccinés antérieurement (schéma de 3 injections classiques ou deux doses espacées de 6 mois), les nouveaux nés de mère porteuse de l'antigène HBs (une dose à la naissance, 1 mois et 6 mois de vie avec le vaccin Engerix B10µg, les prématurés ont 4 doses : à la naissance, 1 mois, 2 mois et 6 mois de vie), les patients insuffisants rénaux chroniques ou immunodéprimés exposés (un schéma de 4 injections Mo, M1, M2 et M6 avec 2 doses d'Engerix B20 par mois).

Les traitements :

Lors d'une hépatite aiguë le traitement est symptomatique en privilégiant le repos et l'éviction de tous produits hépatotoxiques tels que le paracétamol, les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), l'alcool.

L'infection chronique peut être traitée par des agents antiviraux par voie orale. L'OMS recommande le ténofovir ou l'entécavir. Ce traitement s'administre en un comprimé par jour.

Le traitement n'est pas curatif, il permet de limiter la réplication de l'agent pathogène.

Lorsque le patient est infecté, il a un traitement à vie.

I.3.8. L'infection au Virus Immunodéficient Humain (VIH)

Un peu d'épidémiologie :

38 millions de personnes vivent avec le VIH à la fin de 2019 dans le monde, selon l'OMS.

Durant la même année, nous avons comptabilisé 690 000 décès liés au virus et 1.7 million nouvelles infections.(18)

En 2018, il y a eu 6 400 nouvelles contaminations en France. 56 % ont été contaminés lors de rapport

Agent pathogène et découverte :

A la fin du XXème siècle, l'apparition d'une nouvelle infection fût beaucoup plus préoccupante que les autres IST.

Cette infection était causée par un virus immunodéficient humain nommé VIH.

Le VIH est une infection due à un virus à ARN appartenant à la famille des rétrovirus.

Il y a une grande variabilité génomique, cependant deux types sont plus récurrents. Le plus répandu est le type VIH-1, le second est le VIH-2 que nous retrouvons de façon prédominante en Afrique de l'Ouest (19).

Les signes cliniques :

L'infection par le VIH se transmet par le sang, le sperme et les sécrétions vaginales.

La période d'incubation varie entre dix à quinze jours.

Le patient présente un tableau fébrile, polymorphe, aspécifique que l'on nomme primo-infection. Cette primo-infection dure en moyenne deux semaines, durant cette phase le virus se réplique de façon intensive.

Dans 50 % des cas, le sujet présente une fièvre, un syndrome pseudo-grippal persistant plus de sept jours, une asthénie, des poly-adénopathies, des ulcérations génitales ou buccales, des signes digestifs, des manifestations neurologiques ou encore une éruption maculo-papuleuse.

Les complications :

Chez la mère, si l'infection par le VIH n'est pas contrôlée, il y a une transmission mère-enfant au cours de l'accouchement et lors de l'allaitement.

Une infection par le VIH favorise l'apparition d'une infection causée par les autres IST.

A un stade tardif, le patient développe le SIDA. Ce stade se définit par l'ensemble des pathologies opportunistes majeures liées à l'immunodépression induite par le VIH. Parmi les pathologies opportunistes, nous pouvons citer une candidose orale, un lymphome, un syndrome de Kaposi, une tuberculose, une toxoplasmose cérébrale, une infection à CMV ou à mycobactéries atypiques...

Lorsque le patient ne bénéficie pas de surveillance ou d'un dépistage, il peut décéder.

Les outils diagnostiques :

Le diagnostic se fait par une recherche sérologique d'anticorps du VIH 1 et VIH 2 après accord du patient en moyenne vingt jours après la contamination. Avant ce délai, le diagnostic se fait par mise en évidence de l'agent pathogène, l'ARN-VIH détectable dès le dixième jour et l'antigène p24 du VIH-1 à partir du quinzième jour.

L'annonce du résultat positif se fait au cours d'une consultation par le médecin qui a prescrit l'analyse (19).

Ce dépistage peut être prescrit par tout médecin libéral ou hospitalier. Ce dépistage peut également être réalisé de façon anonyme et gratuite aux seins des hôpitaux au centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CeGIDD), mais aussi au Centre de planification et de l'éducation à la famille, à la pharmacie, ou bien sur un stand dédié lors de campagne de prévention.

Le 1^{er} décembre de chaque année est le jour choisi par l'OMS pour faire de la prévention et du dépistage autour du virus du VIH. Cette date est nommée journée mondiale de lutte contre le sida. Au cours de cette journée, il est possible de bénéficier de test rapide à orientation diagnostic dans un stand dédié. Le TORD peut être réalisé sur les lieux de vie communautaire et est vendu en pharmacie.

La déclaration de l'infection par le VIH ainsi que le SIDA sont obligatoires et anonymes auprès de la HAS.

La prévention :

La prévention réside dans l'utilisation du préservatif masculin et féminin, la mise à disposition et la promotion du matériel stérile à usage unique ainsi que dans les traitements de substitutions des drogues opiacés.

La prévention est plébiscitée par les campagnes d'information collective ainsi que la multiplication des sources d'information individuelle (internet, CeGIDD, planning familial, associations).

Dans le milieu hospitalier, il existe des mesures de précautions universelles vis-à-vis du risque d'Accident Exposant au Sang (AES), ces mesures consistent au port de gant, à la mise en place de réservoirs spéciaux pour les aiguilles usagées, etc.

Un traitement pré-exposition prophylaxie (PrEP) est un moyen de prévention complémentaire à ceux précédemment cités. Ce traitement est dédié aux sujets non infectés et très exposés au VIH par exemple les HSH, les sujets ayant des pratiques sexuelles à risque, les usagers de drogues injectables avec échanges de seringues, les travailleurs du sexe avec rapport sexuels non protégés. Ce traitement n'est introduit que par un médecin hospitalier ou exerçant dans un CeGIDD.

Il n'existe pas de vaccin spécifique au VIH, il est recommandé d'être à jour par rapport aux autres vaccins.

Les traitements :

Le traitement réside sur des antirétroviraux. L'annonce de la maladie est faite au cours d'une consultation en présentiel par le professionnel qui a prescrit le dépistage. L'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance sont assurées par une équipe multi-professionnelle médico-sociale.

En cas de contact en secteur hospitalier, un protocole est déclenché. Selon ce protocole, le personnel soignant bénéficie d'un traitement post exposition. Ce traitement peut également être administré au partenaire d'une personne ayant une infection VIH non contrôlée après un rapport non protégé et ne faisant pas partie du public bénéficiant de la PrEP. Dans cette situation, le partenaire s'oriente aux urgences pour la prise en charge.

L'objectif du traitement est de rendre la charge indétectable chez les sujets infectés et de diminuer le risque de transmission du VIH à leur(s) partenaire(s).

I.3.9. La Lymphogranulomatose Vénérienne (LGV)

Un peu d'épidémiologie :

En 2018, 722 personnes ont contracté la LGV, en particulier chez les HSH. (20)

Agent pathogène et découverte :

La lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas-Favre est due à une bactérie de la famille des Chlamydia.

L'agent pathogène est le Chlamydia Trachomatis, celui-ci comprend plusieurs variétés ou sérovars. Les types 1, 2 et 3 des sérovars sont responsables de la LGV.

L'infection était une maladie endémique dans certaines régions d'Afrique. Ce n'est qu'en 2003 qu'elle s'est répandue dans le reste de l'Europe.

Les signes cliniques :

Le délai d'incubation varie de deux à soixante jours.

La LGV se présente sous forme de papule ou de vésicule qui s'ulcère dans un second temps. La lésion est indolore, transitoire et profonde. L'infection se localise au niveau du col de l'utérus, de l'uretère ou du rectum. Cette première phase peut être confondue avec la syphilis et passe souvent inaperçue.

Une à deux semaines après l'apparition de la lésion cutanée, le sujet présente des polyadénopathies. Celles-ci se fistulisent à la peau avec un aspect classique en « pomme d'arrosoir ».

Le patient peut présenter une anorectite aiguë au cours de cette phase.

Le sujet n'est plus contagieux quand son test de contrôle, qui doit être réalisé trois à quatre semaines après la fin du traitement, est négatif.

Les complications :

En l'absence de prise en charge, le patient développe une forme chronique de l'infection avec un rétrécissement du rectum et des fistules périnéales.

L'infection peut se surinfecter par une autre IST et augmenter le risque de développer une infection par le VIH.

Les outils diagnostiques :

La clinique de la LGV peut être confondue avec celle de la syphilis, d'un herpès, d'un chancre mou ou d'une infection par gonocoque.

Le diagnostic se fait grâce à une analyse par PCR sur un écouvillonnage de la lésion, par ponction d'un ganglion ou bien par écouvillonnage sous rectoscopie en cas d'anorectite.

La prévention :

La prévention réside sur le port de préservatifs lors des rapports sexuels.

Le traitement :

Le traitement se base sur la doxycycline, un antibiotique, ou l'azithromycine en cas d'allergie. La prise du traitement se fait sur trois à quatre semaines. En cas de complication locale, il peut être nécessaire de recourir à la chirurgie.

I.4. Rôle du médecin généraliste

De par sa complexité, l'adolescent doit être pris en charge de façon globale. Le médecin généraliste possède de nombreuses compétences (21) qu'il utilise lors de sa pratique pour une approche complète et globale du patient.

Pour rappel, voici les compétences du médecin généraliste :

- **Premier recours** : il est le premier professionnel de santé sollicité par le patient en cas d'une anomalie de sa santé. Cette situation est considérée comme une urgence par le patient. Le médecin répertorie le motif de la consultation, les signes cliniques présentés par le patient, ses antécédents. Avec ces informations, le médecin gère avec le patient la prise en charge la plus adaptée.
- **Parcours de soins coordonnés, continuité et suivi**. Dans certaines situations, le médecin généraliste doit recourir à un avis spécialisé. Il fait le lien entre la prise en charge du spécialiste et l'observance du patient vis-à-vis du plan de soins de santé mis en place pour lui.
- **Approche globale et complexe**. Le médecin prend en compte l'ensemble des facteurs biomédicaux mais aussi socio-environnementaux et psychologiques qui amènent le patient à consulter à un instant donné.
- Approche de santé publique par le biais d'**éducation en santé, de dépistage d'une prévention individuelle et communautaire**. Avec cette compétence, le médecin généraliste fait la promotion de la protection de l'ensemble de la population en pratiquant la vaccination, en informant et en questionnant le patient de façon adaptée (tabagisme, obésité, infections). Il accompagne le patient dans une démarche autonome afin de maintenir ou améliorer sa santé.
- **Approche centrée patient** par le biais d'une création de la relation médecin – patient et de moyens de communications appropriés, le médecin entretient une prise en charge adaptée à chaque patient et à leur situation. Il établit un lien avec l'entourage du patient et les différents professionnels de santé en utilisant une communication adaptée dans l'intérêt du patient.
- Le **professionnalisme**. C'est une capacité à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être de la personne par une pratique éthique et déontologique. Cette compétence permet d'améliorer ses pratiques réflexives et d'assumer les décisions prises avec le patient dans le respect de l'engagement pris avec la société.

Le médecin généraliste est un atout pour l'adolescent, de part sa compétence de prévention, de dépistage et d'éducation en santé. Le médecin peut échanger avec l'adolescent. Il peut lui enseigner les bons gestes pour sa santé, en particulier sa santé sexuelle.

L'adolescent consulte peu le médecin et lorsqu'il le fait c'est dans le cadre de motifs simples : vaccin, certificat, traumatologie, dermatologie et infections ORL et pulmonaires. Une étude de 2009 rapporte que l'adolescent consulte en moyenne trois fois par an le médecin généraliste (6).

Pourtant, le médecin généraliste reste le professionnel de santé le plus consulté par le patient au cours de son adolescence. L'étude de Boulestreau-grasset conclut que « 75% des adolescents ... ont vu un médecin dans l'année »(6).

Face à la recrudescence des IST chez les adolescents, il est nécessaire que le médecin généraliste, du fait de ses compétences, les sensibilise. Comme nous l'avons vu, il existe des moyens de prévention et de dépistages simples à mettre en place. C'est pour cela que nous nous sommes demandés comment le médecin généraliste abordait ce sujet.

II. Matériel et méthode :

II.1. Question de recherche

Ma question de recherche est : Dans quelles circonstances, le médecin généraliste aborde les Infections Sexuellement Transmissibles chez les adolescents ?

II.2. Objectif de l'étude et hypothèse de recherche

II.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de mon travail est de faire un état des lieux des circonstances d'abord des IST par le médecin généraliste chez l'adolescent.

II.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires permettent de mettre en évidence les facteurs pris en compte par le médecin généraliste pour engager la prévention sur les IST :

- Sexe de l'adolescent : abordé plus avec un des deux sexes
- L'âge de l'adolescent : échanges sur les IST qu'après 16 ans
- Les conditions de consultation : seul ou accompagné, le motif de consultation
- Les informations délivrées lors de la consultation
- Les supports utilisés

II.2.3. Hypothèse de recherche

L'hypothèse de travail est que le médecin généraliste aborde peu les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents.

II.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire rempli de façon anonyme par les médecins généralistes de la France Hexagonale de Juillet 2020 à mi-décembre 2020.

II.4. Echantillonnage et population ciblée

II.4.1. Echantillonnage

Au départ, j'ai réalisé un échantillonnage parmi l'ensemble des médecins généralistes dans le Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse) inscrits à la HAS. J'ai récupéré la dernière version à jour disponible au grand public sur le site internet de la Haute Autorité de Santé.

J'ai obtenu la liste des médecins agréés entre 2018-2021 pour la Haute-Vienne, entre 2019-2022 pour la Creuse et la dernière liste mise à jour en 2019 pour la Corrèze.

Sur ces listes, j'avais accès au numéro de téléphone de 228 médecins répartis de façon non équilibrée sur les 3 départements. Pour être la plus représentative, j'ai estimé avoir besoin d'un échantillon de 120 médecins. Parmi ces 120 médecins, j'ai appliqué un pourcentage à chaque département afin que la proportion des médecins de l'échantillon soit équivalente à la proportion des médecins de la population étudiée.

Après cette étape, j'ai réalisé un échantillonnage. J'ai sélectionné un médecin sur cinq dans chaque liste par département, jusqu'à l'obtention du nombre de médecins nécessaires pour chaque département.

Par la suite, j'ai envoyé mon questionnaire sous format 'google forme' à l'ensemble des conseils de l'Ordre des Médecins, en précisant que le questionnaire s'adressait uniquement aux médecins généralistes.

II.4.2. Population ciblée

II.4.2.1. Critère d'inclusion

- Etre médecin généraliste en France (installé ou remplaçant)

II.4.2.2. Critère d'exclusion

- Avoir refusé de participer
- Avoir un numéro de téléphone ou une adresse mail non valide
- Etre interne
- Ne pas avoir répondu à une question obligatoire
- Avoir complété après le 15 décembre 2020

II.5. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire comporte 3 parties.

La première partie recueille les informations sociodémographiques du médecin : son sexe, sa tranche d'âge, son type d'exercice, son ancienneté ainsi que le pourcentage de jeune enfant et adolescent dans sa patientèle. Ce pourcentage est accessible sur l'espace Améli pro du médecin dans le relevé individuel d'activité et de prescription (R.I.A.P).

Cette partie comporte cinq questions. La première question est binaire, les trois autres questions sont à choix unique ou multiple. Toutes ces questions sont obligatoires. La dernière question est ouverte et la réponse attendue est un chiffre entre 0 et 100.

La seconde partie traite des circonstances d'abord des IST. Elle collecte :

- l'âge à partir du quel le médecin aborde les IST selon le sexe de l'adolescent,
- le motif de consultation utilisé pour aborder les IST selon le sexe de l'adolescent,
- le fait que l'adolescent soit accompagné ou pas lors de la consultation,
- l'acteur qui fait sortir le parent lors de la consultation,
- le nombre de fois que les IST sont abordées chez un même adolescent,
- les informations données lors de la consultation.

Cette seconde section comporte 6 questions. La plupart des questions sont sous forme de choix multiple et sont scindées en deux en fonction du sexe de l'adolescent. Seule la question 10 est à choix unique.

La dernière partie sert d'ouverture. Elle se compose de trois questions. La première met en évidence le ressenti du médecin lors de cette consultation, c'est une question à choix unique. La seconde question est à choix multiple sur les autres supports que pourrait utiliser le médecin pour aborder la consultation.

La troisième question est une question ouverte.

Au total, le questionnaire comporte 14 questions (cf. : annexe 1)

J'ai testé mon questionnaire sur quatre médecins. Ceux-ci m'ont dit que le questionnaire était chronophage et qu'il y avait une redondance de certains items. J'ai donc supprimé quatre questions pour n'en retenir que quatorze.

II.6. Recueil des données

De septembre à novembre 2020, j'ai appelé les médecins généralistes sélectionnés lors de l'échantillonnage.

J'ai contacté le secrétariat de chaque médecin sélectionné afin d'avoir l'accord du médecin pour participer à mon questionnaire de façon anonyme. Je leur proposais de me déplacer sur place pour leur expliquer mon sujet de thèse.

Or beaucoup d'entre eux n'avait pas ce temps à me dédier, du fait des conditions sanitaires liées au COVID-19.

J'ai proposé aux médecins de collecter leur adresse mail et de leur envoyer un mail explicatif avec le lien pour répondre à mon questionnaire en ligne (cf. annexe 2). J'ai relancé deux fois ceux qui avaient accepté de répondre et une fois ceux qui avaient refusé lors du premier contact.

Peu de médecins ont accepté de me recevoir en cabinet.

J'ai relancé par voie e-mail lorsque que le médecin me l'avait donnée au cours du premier contact téléphonique. Dans le cas contraire, j'ai relancé le médecin par le biais de la secrétaire.

A la fin du mois d'octobre, je n'avais eu que la moitié du nombre de réponses espérées.

J'ai élargi la population cible, en envoyant mon mail explicatif avec l'accès de mon questionnaire, à l'ensemble des conseils de l'ordre régional de France.

J'ai arrêté la collecte le 15 décembre 2020.

II.7. Analyse des résultats

Les données des questionnaires ont été saisies à l'aide du logiciel EXCELL.

Une analyse descriptive et univariée des résultats a été effectuée grâce à ce même logiciel avec une présentation sous forme d'effectif ou de pourcentage.

Le test du Chi² sur le site internet BiostaTGV a été utilisé pour comparer les variables qualitatives (Chi² = valeurs attendues supérieures à 5) avec un seuil de significativité p fixé à 0.05. Ce qui nous a permis de comparer les pratiques entre l'homme et la femme, mais aussi en fonction de l'âge du médecin. Pour les analyses, dont les effectifs étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé le test de Fischer.

II.8. Bibliographie

Les moteurs de recherche utilisés étaient : Pubmed, Google, Google Scholar et SUDOC

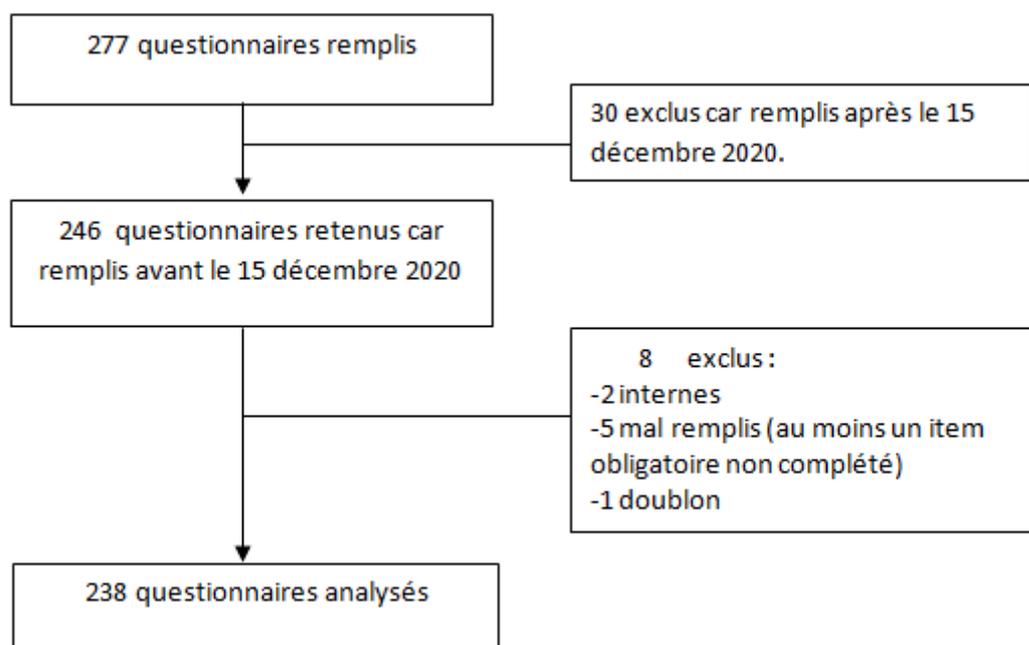
Les mots-clés utilisés étaient : Infection sexuellement transmissible, adolescent, médecin généraliste, aborder.

La mise en page de la bibliographie a été réalisée à l'aide de Zotero.

III. Résultats

III.1. Participants

Figure 1 : Diagramme de flux des participants



Au total, il y a eu 277 questionnaires dont 9 sous format papier.

En détail dans le Limousin :

- Haute Vienne (62 médecins inscrits) : 32 médecins contactés : 11 refus, 5 numéros invalides, 3 adresses e-mail invalides, 1 biais (directrice de thèse) et 12 réponses.

- Creuse (38 médecins inscrits) : 23 médecins contactés : 12 refus, 1 biais (patientèle essentiellement gériatrique) et 10 réponses.

-Corrèze (128 médecins inscrits): 67 médecins contactés : 40 refus, 15 numéros invalides, 2 biais (un médecin en arrêt de travail et l'autre reconverti en médecin urgentiste), 10 réponses.

9 réponses en présentiel, le reste des médecins contactés ont répondu sur le questionnaire mis en ligne.

En détail par rapport au conseil de l'Ordre des médecins de France :

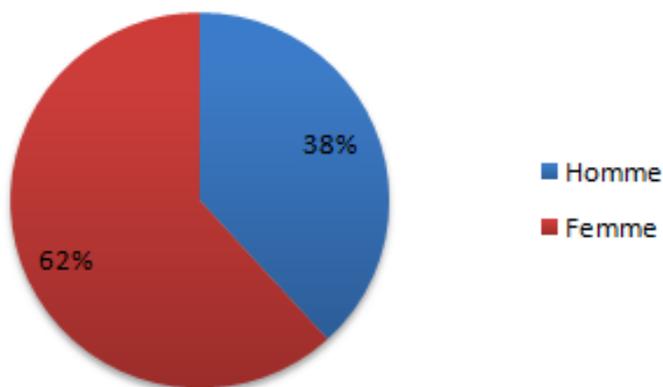
- 14 conseils ont diffusé ou mis à disposition mon questionnaire auprès de médecin généraliste : Allier (03), Aude (11), Bouches du Rhône (13), Corrèze (19), Creuse (23), Hérault

(34), Indre (36), Haute Loire (43), Loiret (45), Pyrénées Orientale (66), Saône et Loire (71), Seine et Marne (77), Deux sèvres (79), Haute vienne (87).

- 14 conseils ont refusé : Ariège (09), Eure et loir (28), Ile et Vilaine (35), Isère (38), Loir (42), Lozère (48), Mayenne (53), Meuse (55), Sarthe (72), Haute Savoie (74), Paris (75), Vosges (88) et Val d'Oise (95), La Réunion (974).
- 10 conseils demandaient une démarche supplémentaire et celle-ci n'a pas abouti : mail non conforme, demande de renvoi du certificat de scolarité à jour ou s'adresser à l'Union Régionale des Professionnels de Santé de la région : Alpes maritimes (06), Calvados (14), Haute Garonne (31), Gironde (33), Loire atlantique (44), Marne (51), Rhône (69), Haute Saône (71), Savoie (73), Seine maritime (76), Seine saint Denis (93)
- Le reste, soit 62 conseils de l'ordre, n'ont pas répondu.

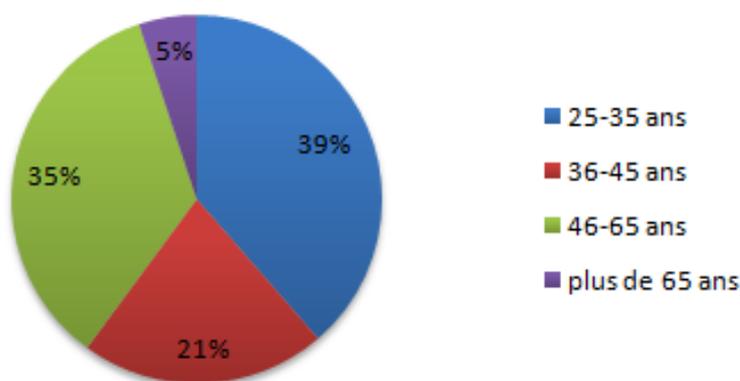
III.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population

Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de leur sexe



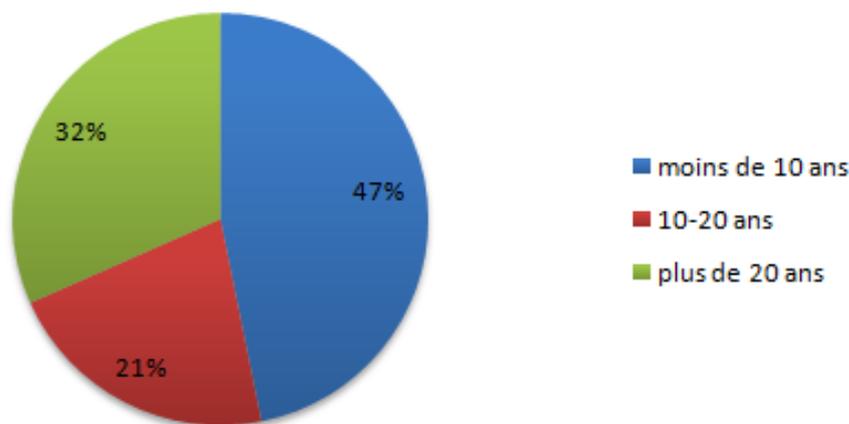
Parmi les participants, il y a 147 femmes (62 %) et 91 hommes (38%)

Figure 3 : Répartition des médecins en fonction de leur âge



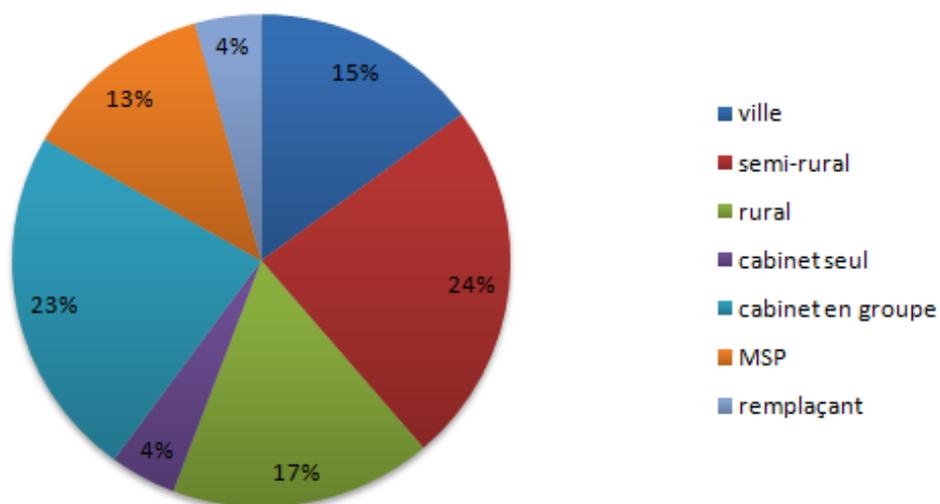
92 participants ont entre 25 et 35 ans, 51 ont entre 36 et 45 ans, 83 ont entre 46 et 65 ans et 12 ont plus de 65 ans.

Figure 4 : Répartition des médecins en fonction de leur durée d'installation



110 médecins exercent depuis moins de 10 ans, 51 sont installés entre 10 ans et 20 ans et 75 exercent depuis plus de 20 ans.

Figure 5 : Répartition des modes d'installation des médecins participants



Parmi les 238 médecins : 62 exercent en ville, 99 en semi-rural et 71 en rural. 18 exercent en cabinet seul, 96 en cabinet de groupe et 52 en maison de santé pluridisciplinaire. Il y a 18 remplaçants. 6 médecins n'ont pas indiqué leur lieu d'exercice et 72 n'ont pas indiqué leur type d'installation (seul, en groupe ou en MSP).

Tableau 1 : Récapitulatif du pourcentage d'enfant suivi par le médecin relevé sur leur espace Améli pro

Pourcentage d'enfant suivi	Nombre de médecin
1 à 4 %	5
5%	11
6 à 9 %	6
10%	30
11 à 14 %	10
15 %	35
16 à 19 %	11
20%	44
21 à 24 %	11
25 %	20
26 à 29 %	5
30%	17
31 à 34%	8
35%	4
36 à 39 %	1
40 %	6
60%	1
70%	1
80%	1
85%	1
100%	1

Parmi les 238 médecins, 9 n'ont pas mentionné le pourcentage d'enfant de leur patientèle.

III.3. Les différentes circonstances d'abord des IST par le médecin généraliste chez l'adolescent

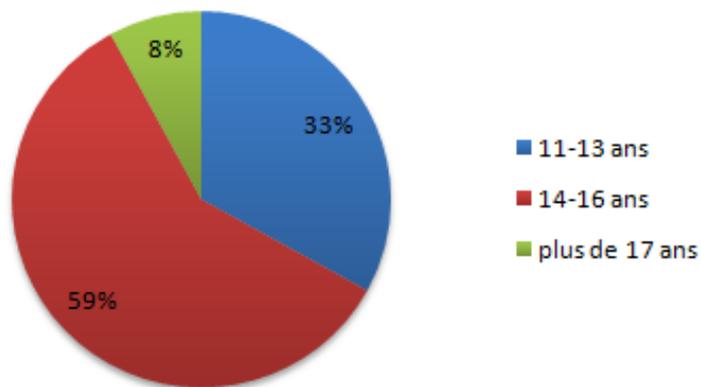
III.3.1. L'âge d'abord chez l'adolescent

III.3.1.1. En fonction du sexe de l'adolescent

Dans un premier temps, cette étude cherche à connaître l'âge à partir duquel le médecin généraliste aborde les IST chez les adolescents.

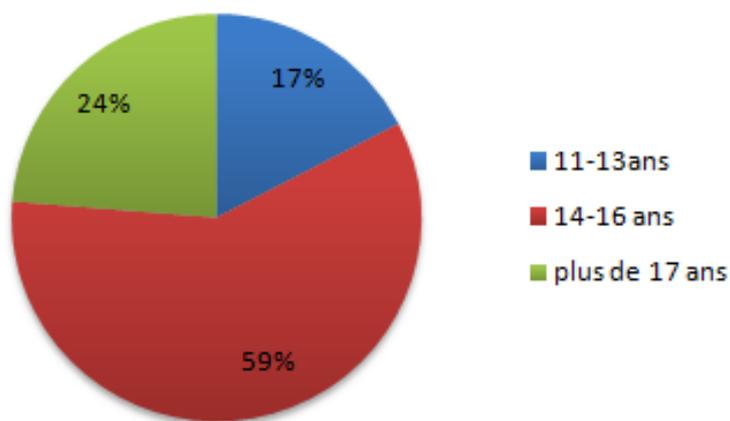
Cette étude différencie la fille du garçon, dans le but de mettre en évidence ou non une différence entre les deux sexes.

Figure 6 : Âge d'abord des IST chez la fille



Lorsque le médecin aborde les IST chez la fille, 79 ont entre 11-13 ans, 141 ont entre 14-16 ans et 19 ont plus de 17 ans.

Figure 7 : Âge d'abord des IST chez le garçon

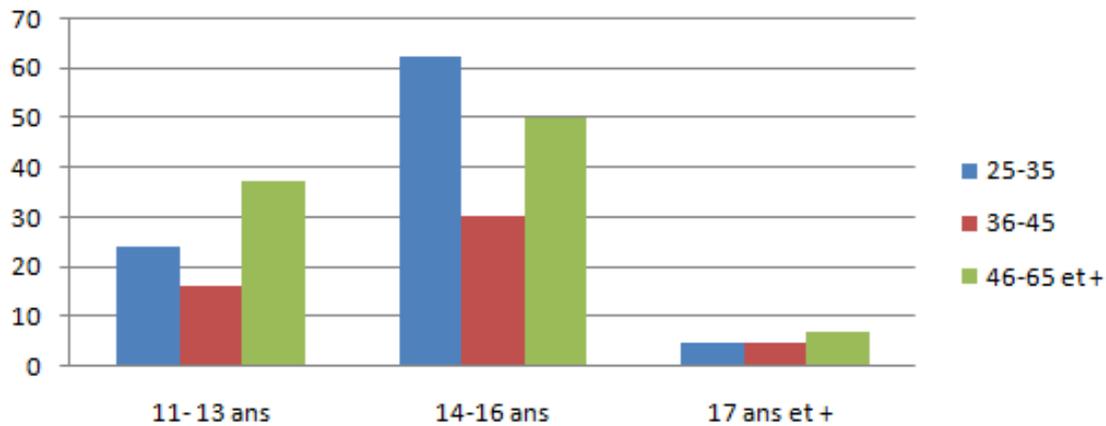


Lorsque le médecin aborde les IST chez le garçon : 41 ont entre 11-13 ans, 139 ont entre 14-16 ans et 56 ont plus de 17 ans.

III.3.1.2. En fonction de l'âge du médecin

Cette étude cherche à savoir si en fonction du sexe de l'adolescent l'âge du médecin influence l'abord des IST chez l'adolescent.

Figure 8 : L'âge du médecin influencerait-il l'âge d'abord chez l'adolescente (p-value : 0.27353 par test de Fisher)



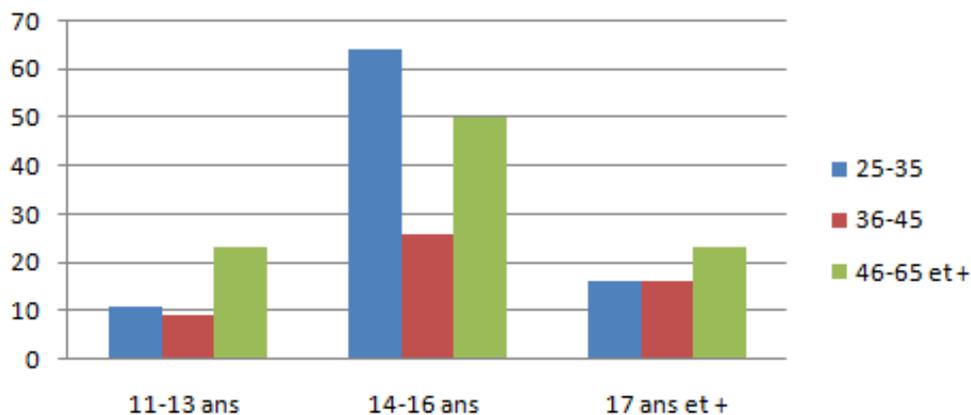
Pour la fille :

Parmi les médecins âgés entre 25 et 35 ans, 24 l'abordent à 11-13 ans, 62 entre 14 et 16 ans et 5 médecins l'abordent après 17 ans.

Parmi les médecins âgés entre 36-45 ans, 16 l'abordent entre 11-13 ans, 30 entre 14 et 16 ans et 5 médecins l'abordent après 17 ans.

Parmi les médecins âgés de 46 ans et plus, 37 l'abordent entre 11-13 ans, 50 entre 14 et 16 ans et 7 médecins l'abordent après 17 ans.

Figure 9 : Recherche d'un lien entre l'âge du médecin et l'âge d'abord chez l'adolescent (p-value : 0.04556 par test de Chi²)



Pour le garçon :

Parmi les médecins âgés entre 25 et 35 ans, 11 l'abordent entre 11-13 ans, 64 entre 14 et 16 ans et 16 l'abordent après 17 ans.

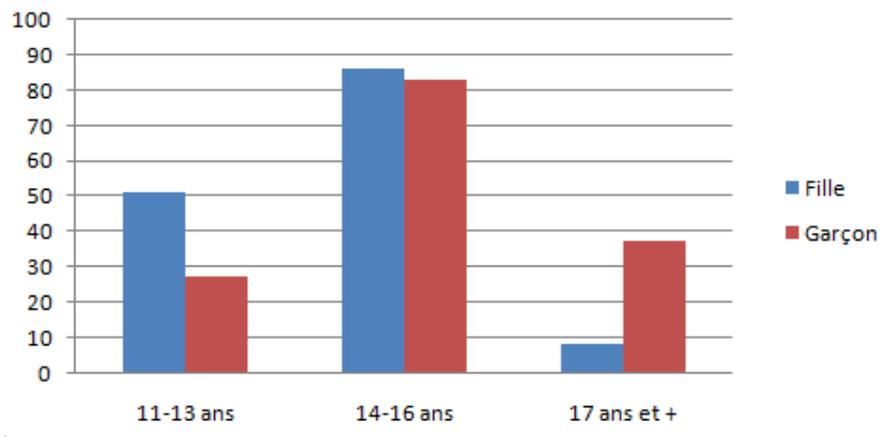
Parmi les médecins âgés entre 39 et 45 ans, 9 l'abordent entre 11 et 13 ans, 26 l'abordent entre 14 et 16 ans et 16 l'abordent après 17 ans.

Parmi les médecins âgés de 46 ans et plus, 23 médecins l'abordent entre 11 et 13 ans, 50 l'abordent entre 14 et 16 ans et 23 médecins l'abordent après 17 ans.

III.3.1.3. En fonction du sexe du médecin

Cette étude cherche à savoir si le sexe du médecin influence l'âge d'abord des IST chez l'adolescent.

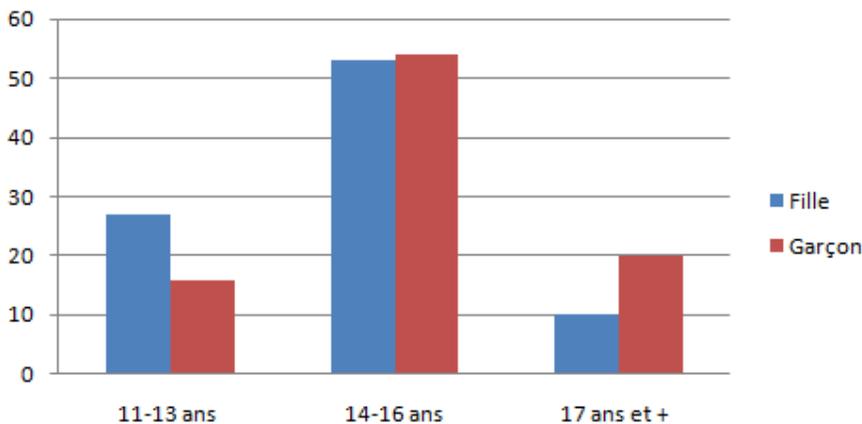
Figure 10 : L'âge d'abord des IST chez les adolescents serait-il influencé par le fait que le médecin soit une femme ? (p-value : 2.134786E6 par test de Chi²)



51 médecins femmes l'abordent chez la fille entre 11-13 ans, 86 l'abordent entre 14 -16 ans et 8 l'abordent après 17 ans

27 médecins femmes l'abordent chez le garçon entre 11-13 ans, 83 l'abordent entre 14-16 ans et 37 l'abordent après 17 ans.

Figure 11 : l'âge d'abord des IST chez les adolescents serait-il influencé par le fait que le médecin soit un homme ? (p-value : 0.04603 par test de Chi²)

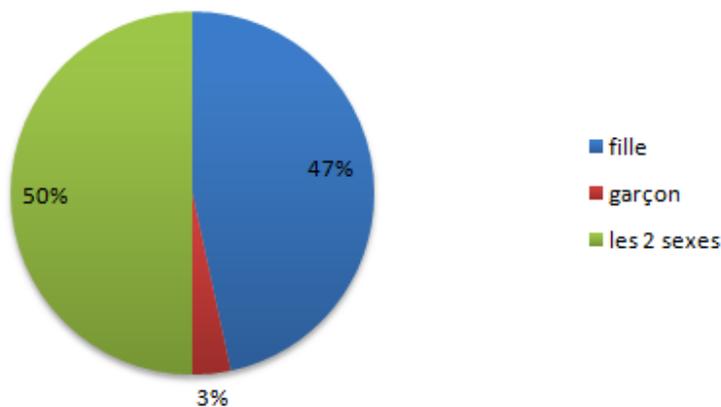


27 médecins hommes l'abordent chez la fille entre 11-13 ans, 53 l'abordent entre 14 -16 ans et 10 l'abordent après 17 ans.

16 médecins hommes l'abordent chez le garçon entre 11-13 ans, 54 l'abordent entre 14-16 ans et 20 l'abordent après 17 ans.

III.3.2. Existe-t-il une différence d'abord entre la fille et le garçon ?

Figure 12 : Recherche d'une distinction d'abord des IST entre les adolescents en fonction de leur sexe



111 médecins abordent les IST plus souvent chez la fille, 119 médecins abordent les IST plus souvent dans les deux sexes et 8 l'abordent plus souvent chez le garçon.

Parmi les 37 commentaires libres laissés par les participants, nombreux rapportaient qu'ils abordent plus souvent les IST chez la fille.

Q97 : « le sujet est souvent abordé lors du vaccin du HPV chez la fille »

Q 111 : « plus souvent abordé lors de la consultation CCP de la jeune fille que lors de toutes les autres consultations. »

Q 150 : « ...je viens de m'apercevoir que j'abordais plus facilement le thème des IST avec la fille que le garçon. Pourquoi je ne sais pas ? »

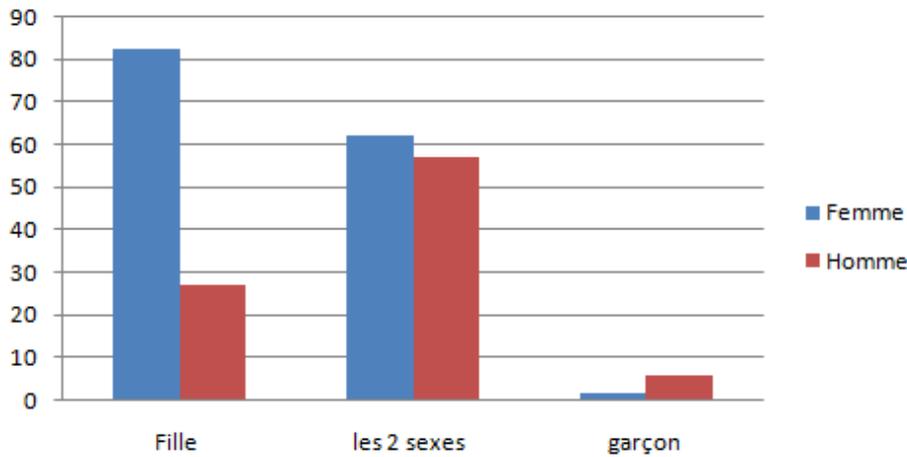
Q157 : « plus facile chez la fille surtout lors des consultations vaccins et contraception »

Q206 : « je trouve plus évident de discuter de ces sujets avec les jeunes filles... »

Q 241 : « ...maintenant les garçons passent à la trappe et c'est plus facile chez les filles lors de la consultation pour la contraception. »

Cette étude cherche également à savoir si le sexe du médecin influence le fait d'aborder les IST plus souvent dans l'un des deux sexes.

Figure 13 : Le sexe du médecin serait-il lié au fait que la consultation soit plus souvent réalisée avec un des deux sexes ? (p-value : 8.96514^{E5} par test de Fisher)



Parmi les médecins femmes : 82 l'abordent les IST uniquement chez la fille, 2 l'abordent uniquement chez le garçon et 62 l'abordent autant dans les deux sexes.

Parmi les médecins hommes : 27 l'abordent uniquement chez la fille, 6 l'abordent uniquement chez le garçon et 57 l'abordent autant dans les deux sexes.

III.3.3. Le motif de consultation

Cette étude cherche à identifier le motif de consultation utilisé par le médecin pour aborder les IST.

Figure 14 : les différents motifs de consultations utilisés par le médecin pour aborder les IST chez la fille

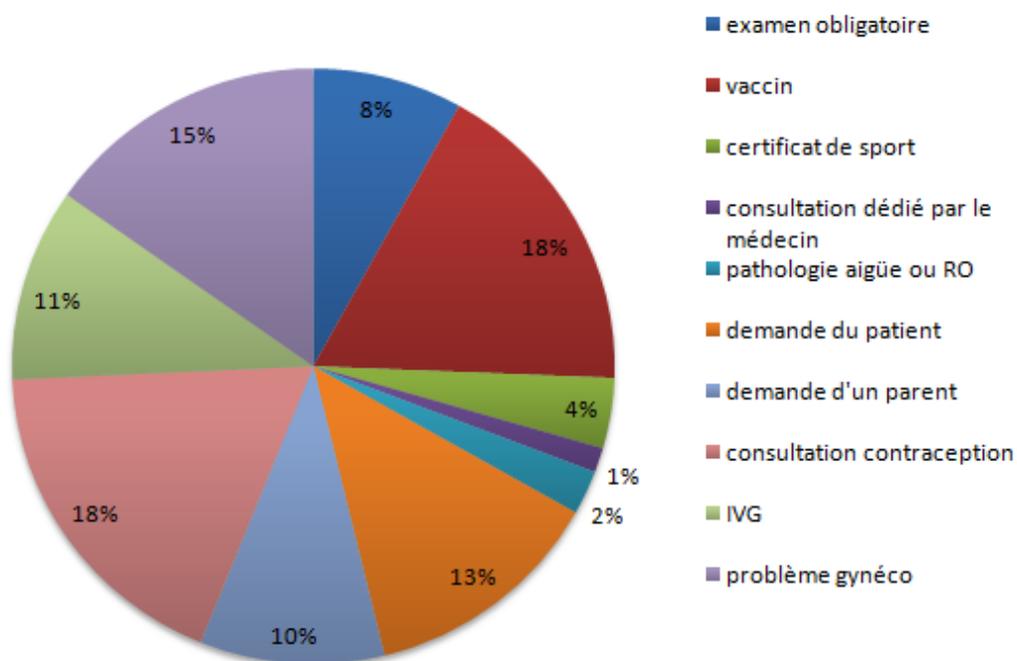
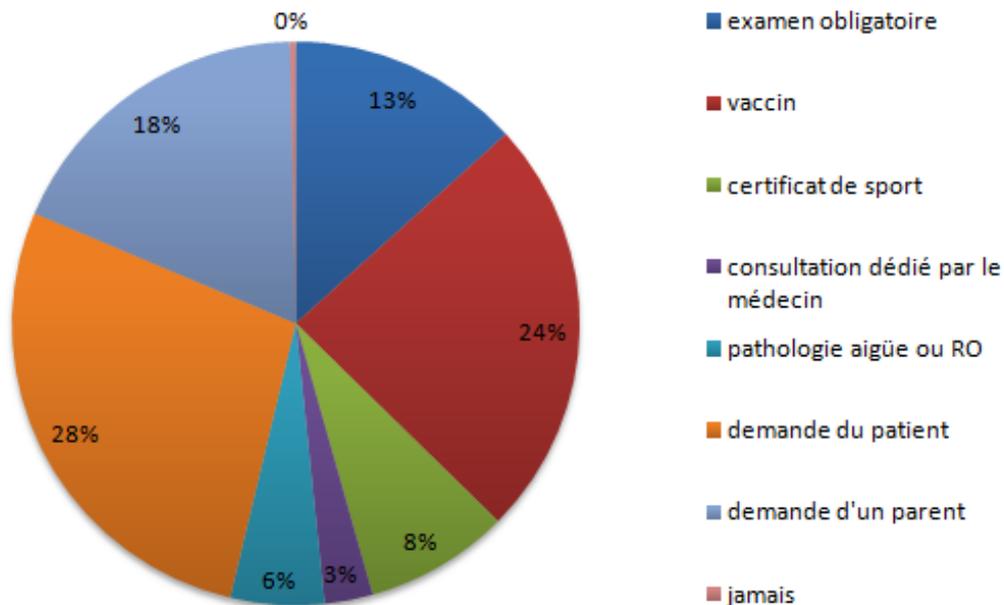


Figure 15 : les différents motifs de consultation utilisés par le médecin pour aborder les IST chez le garçon



A la lecture des commentaires des participants, les médecins s'adaptent à l'adolescent.

Q39 : « faire une généralité est difficile. L'abord est variable d'un adolescent/ enfant à l'autre. »

Q53 : « je suis remplaçante ... Parfois il est plus facile pour des adolescents de me parler sans me connaître (moins peur du jugement)parfois plus difficile »

Le fait que l'adolescent ne soit pas à l'aise avec l'abord des IST est régulièrement cité en commentaires :

Q79 : « Gêne parfois ressentie chez la patiente où l'on peut se sentir limite intrusif. Mais romantisme et IST ça ne rime pas. »

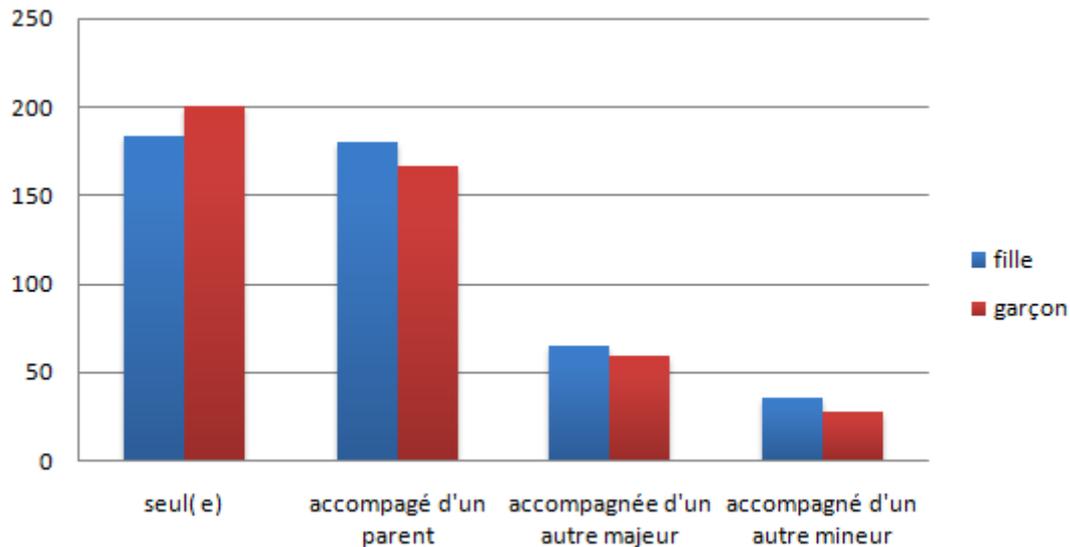
Q134 : « les infos que me donnent les adolescents, montrent qu'ils en parlent parfois mais peu avec leur médecin et qu'ils préfèrent le plus souvent ne pas en parler aux parents... »

Q197 : « dans ma patientèle, peu d'ado viennent parler spontanément de la sexualité »

Q212 : « les adolescents sont rarement à l'aise quand on parle sexualité. »

III.3.4. L'accompagnement ou non de l'adolescent durant la consultation

Figure 16 : L'accompagnement ou non de l'adolescent au cours de l'abord des IST.



Au cours de la consultation sur les IST, 200 garçons sont seuls (52%); et 184 filles sont également seules (48%).

Lorsque la fille est accompagnée : 180 filles le sont par un parent, 65 par un autre majeur que le parent et 36 par un mineur.

Lorsque le garçon est accompagné : 167 le sont par un parent, 59 par un autre majeur et 28 par un autre mineur.

Parmi les commentaires, les participants s'adaptent au patient :

Q4 : « je peux être amené à consulter l'adolescent avec un parent si ceux-ci sont à l'aise et sans tabou avec le sujet. J'ai tendance à aborder le sujet en dédramatisant la chose pour que l'adolescent se livre d'avantage et soit plus à l'aise »

Q48 : « vos questions sur les accompagnants me laissent stupides. Je fais comme je peux. »

Q57 : « Souvent accompagné de parents. Ces conditions ne facilitent pas l'abord de tels sujets »

Q206 : « De mes propres observations : les jeunes adolescents viennent plus fréquemment accompagnés de leur mère, alors que les jeunes filles viennent plus souvent seules en consultations. »

Certains médecins conseillent de voir l'adolescent seul au cours de la consultation sur les IST.

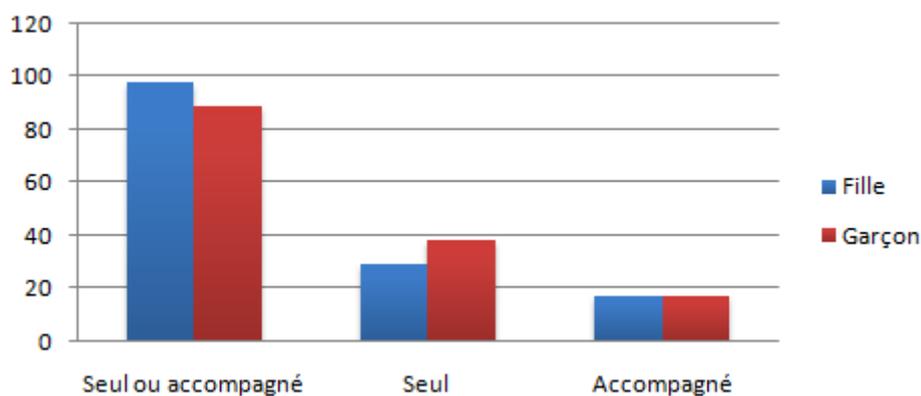
Q114 : « quand je vois un ado entre 15-18 pour n'importe quel motif, j'essaie de sortir le parent en fin de consultation.... »

Q134 : « Les mineurs doivent être accompagné par un majeur responsable, mais la consultation se fait avec le jeune seul puis avec son accord le parent (ou accompagnant) peut être convié et informé ou simplement tenir la main pour la prise de sang. Pour parler de sexualité et se livrer plus facilement il vaut mieux que l'adolescent ou le jeune soit seul »

III.3.4.1. En fonction du sexe du médecin

Cette étude cherche à savoir si l'adolescent est accompagné ou pas en fonction du sexe du médecin lors de la consultation sur les IST.

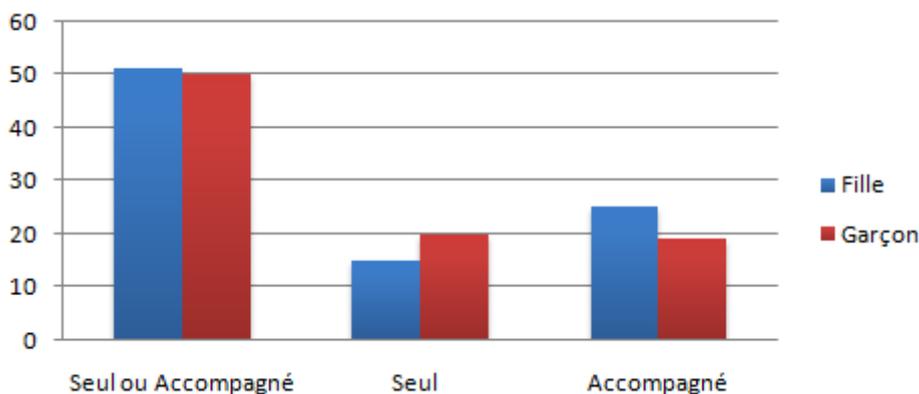
Figure 17 : la consultation des IST par un médecin femme, avec un adolescent accompagné ou seul (p-value : 0.43996 par le test de Chi²).



Le médecin femme aborde les IST avec une fille seule dans 20% des cas, avec une fille accompagnée dans 12 % des cas et dans 68% des cas, la fille est accompagnée ou seule.

De même le médecin femme aborde les IST avec un garçon seul dans 26 % des cas, avec un garçon accompagné dans 12% des cas et dans 62% des cas, le garçon était accompagné ou seul.

Figure 18 : la consultation des IST par un médecin homme, avec un adolescent accompagné ou seul (p-value : 0.46758 par le test de Chi²).



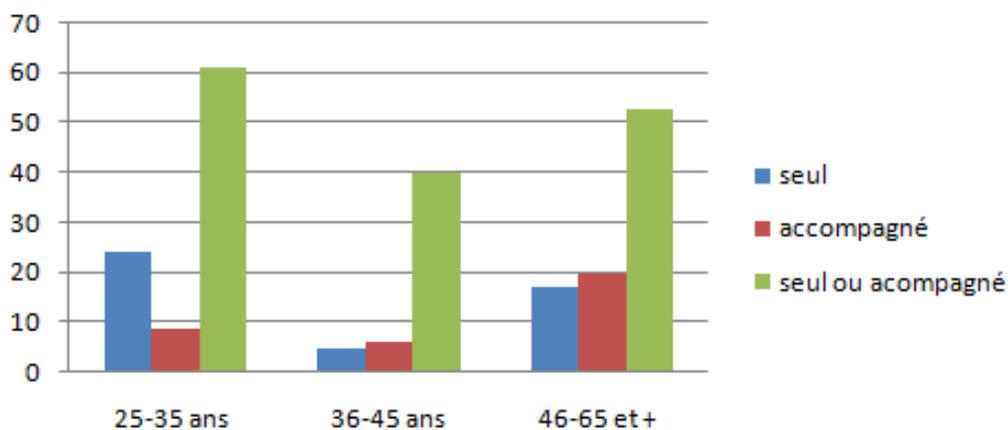
Le médecin homme aborde les IST avec une fille seule dans 16% des cas, avec une fille accompagnée dans 27 % des cas et dans 56% des cas, la fille est accompagnée ou seule.

De même le médecin homme aborde les IST avec un garçon seul dans 22 % des cas, avec un garçon accompagné dans 21 % des cas et dans 56 % des cas, le garçon est accompagné ou seul.

III.3.4.2. En fonction de l'âge du médecin

Cette étude cherche à savoir si l'adolescent est accompagné ou pas en fonction de l'âge du médecin. Un participant n'a pas répondu à cette question.

Figure 19 : L'âge du médecin influence t-il le fait que l'adolescent soit accompagné ou pas (p-value : 0.023809 avec le test de Fisher)



Parmi les médecins âgés entre 25 et 35 ans : 24 l'abordent uniquement avec l'adolescent seul, 9 uniquement avec un adolescent accompagné et 61 l'abordent avec un adolescent accompagné ou seul.

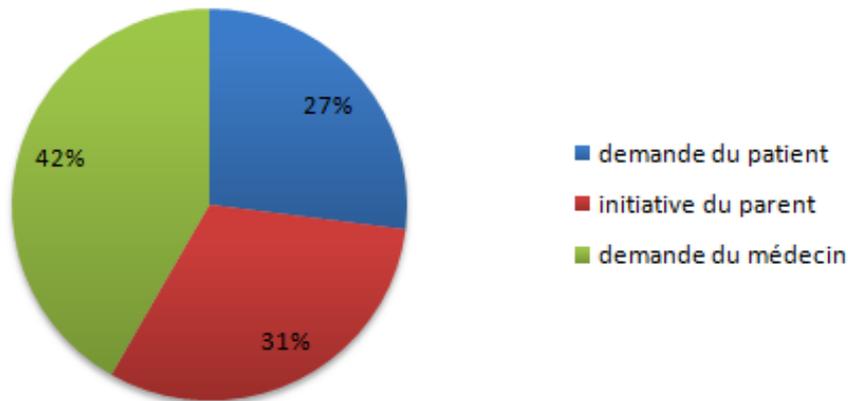
Parmi les médecins âgés entre 36 et 45 ans : 5 l'abordent uniquement avec l'adolescent seul, 6 uniquement avec un adolescent accompagné et 40 l'abordent avec un adolescent accompagné ou seul.

Parmi les médecins âgés de 46 ans et plus : 17 l'abordent uniquement avec l'adolescent seul, 20 uniquement avec un adolescent accompagné et 53 l'abordent avec un adolescent accompagné ou seul.

III.3.4.3. Qui initie la sortie de l'accompagnant ?

Cette étude cherche à savoir si la sortie du parent lors de la consultation était à la demande du médecin, à la demande du patient ou à l'initiative du parent.

Figure 20 : Choix de faire sortir le parent au cours de la consultation dédiée aux IST

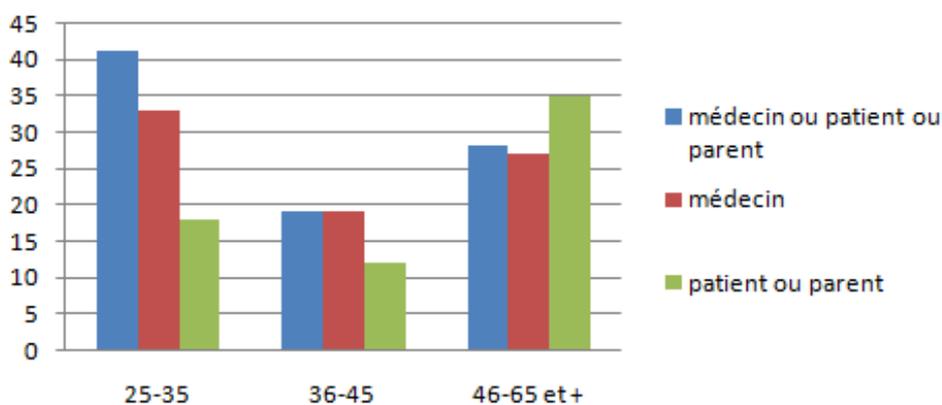


Seuls trois participants n'ont pas répondu à cette question.

176 médecins proposent aux parents de sortir, 132 médecins rapportent que c'est le parent qui prend l'initiative de sortir et 114 médecins font sortir le parent après demande et accord de l'adolescent.

Cette étude cherche à savoir si l'âge du médecin influence le fait que le parent sorte lors de la consultation.

Figure 21 : L'âge du médecin influence t-il le fait que le tiers sorte lors de la consultation sur les IST avec l'adolescent ? (p-value : 0.05284 par le test de Chi²)



Parmi les médecins âgés entre 25 et 35 ans : 33 font sortir le parent uniquement à leur initiative, 18 font sortir le parent uniquement à la demande de l'adolescent ou du parent et 41 font sortir le parent en fonction du médecin, du parent ou de l'adolescent.

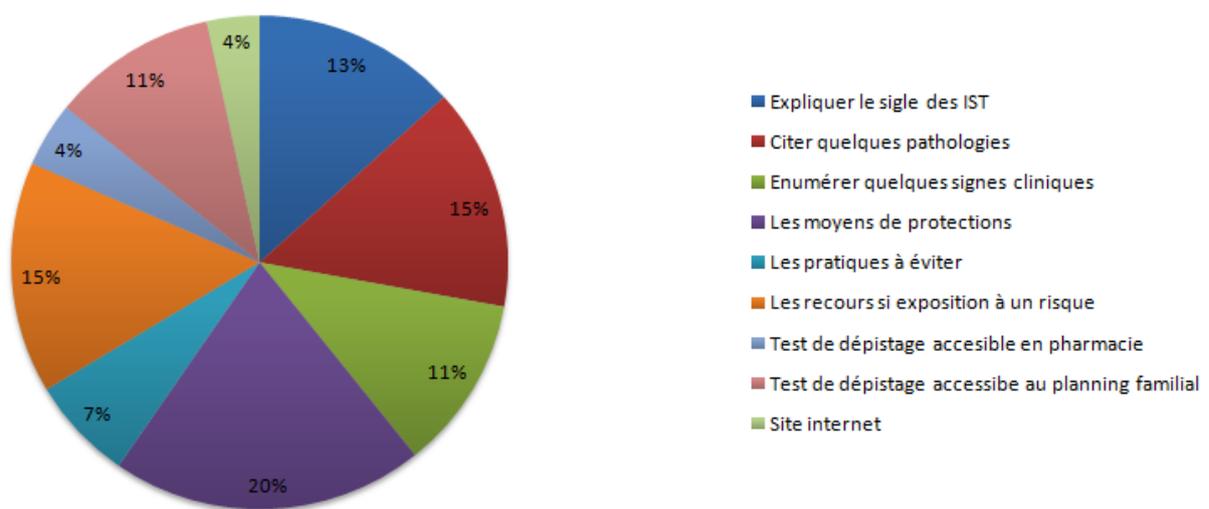
Parmi les médecins âgés entre 36 et 45 ans : 19 font sortir le parent uniquement à leur initiative, 12 font sortir le parent uniquement à la demande de l'adolescent ou du parent et 19 font sortir le parent en fonction du médecin, du parent ou de l'adolescent.

Parmi les médecins âgés de 46 ans et plus : 27 font sortir le parent uniquement à leur initiative, 35 font sortir le parent uniquement à la demande de l'adolescent ou du parent et 28 font sortir le parent en fonction du médecin, du parent ou de l'adolescent.

III.3.5. Les informations délivrées au cours de la consultation sur les IST

Cette étude permet de classer les informations données à l'adolescent par le médecin au cours de cette consultation.

Figure 22 : Les informations données à l'adolescent au cours de la consultation sur les IST



Parmi les 37 commentaires libres, quelques médecins informent des différents sites accessibles gratuitement en ligne traitant des IST :

Q33 : « lors de la consultation avec l'adolescent, quelque soit le motif, je me permets de leur demander de regarder avec moi sur leur smartphone : site fil santé jeunes, choisir sa contraception, impact de la porno »

D'autres médecins utilisent plus souvent les brochures et / ou les sites internet :

Q238 : « j'utilise la brochure "question d'ados" »

Q114 : « quand je vois un ado entre 15-18 pour n'importe quel motif discuter tabac, alcool, drogue, sexualité et contraception. Je précise à l'ado que s'il le souhaite il peut consulter pour cela et qu'il peut venir seul. Je donne le guide INPES "questions d'ado" et "premières fois" ainsi que les sites internet "choisirsacontraception" et "onsexprime" »

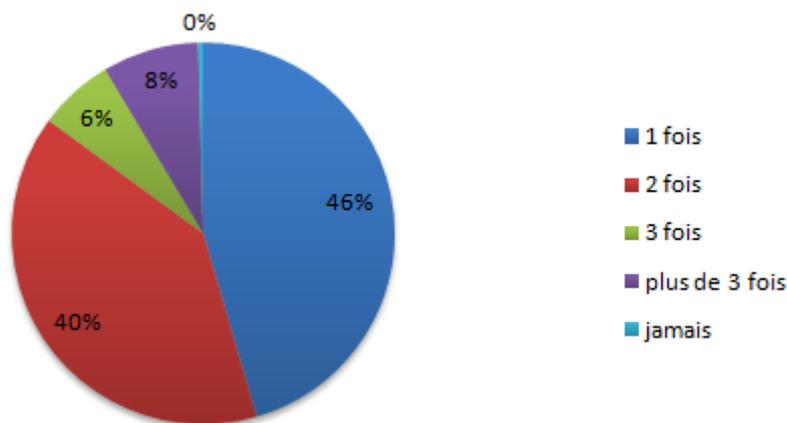
D'autres insistent sur les moyens de prévention :

Q 87 : « portez des capotes... »

III.3.6. Répétition ou non de l'information auprès de l'adolescent

Il est parfois nécessaire de répéter une information afin de mieux l'intégrer. Cette étude cherche à savoir combien de fois le médecin réalise la consultation dédiée aux IST avec le même adolescent.

Figure 23 : Nombre de fois que le médecin aborde la consultation sur les IST avec un même adolescent



107 médecins réalisent une consultation sur les IST qu'une seule fois chez un même adolescent. 93 médecins répètent au moins une fois la consultation, 15 médecins répètent au moins deux fois la consultation et 19 médecins délivrent les informations plus de trois fois. Seul un médecin n'aborde jamais la thématique.

Un médecin rapporte aborder le thème autant de fois que nécessaire dans les commentaires libres du questionnaire:

Q70 : « thème abordé autant de fois que nécessaire si persistance de conduite à risque chez le sujet ou à la demande du patient ou de la famille. »

Quelques médecins rapportent que cette consultation est moins réalisée :

Q79 : « par manque de temps, prise de conscience de sous investissement dans ce domaine. Impression d'un discours trop formaté de vieux qui ne percute pas nécessairement.... »

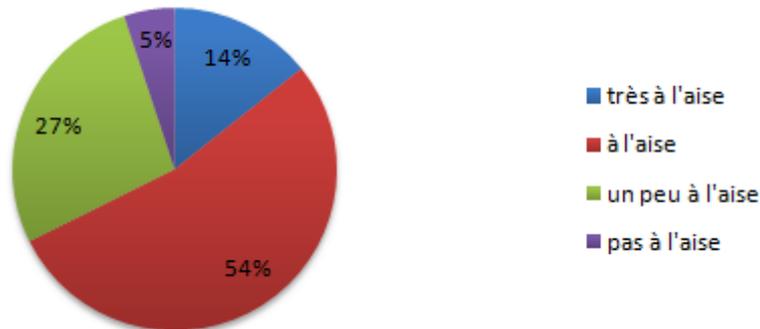
III.4. Quelques pistes pour aborder les IST chez l'adolescent

III.4.1. Le ressenti du médecin impacte-t-il sur le fait d'aborder les IST chez les adolescents ?

III.4.1.1. Ressenti du médecin et le thème des IST

Cette étude cherche à connaître le ressenti du médecin lors de l'abord des IST chez l'adolescent.

Figure 24 : Quel est le ressenti du médecin lors de l'abord des IST chez les adolescents ?



34 médecins sont très à l'aise avec cette thématique chez l'adolescent. 127 médecins disent être à l'aise et 65 le sont un peu. 12 médecins rapportent ne pas être à l'aise avec cette thématique chez l'adolescent.

Les médecins ayant fait des commentaires libres disent être à l'aise avec cette thématique :

Q69 : « en partenariat l'IREPS et son site "Pass Santé Jeune" nous avons mis en place une consultation de prévention dédiée pour les 15-17ans gratuites Je suis maintenant plus à l'aise ... »

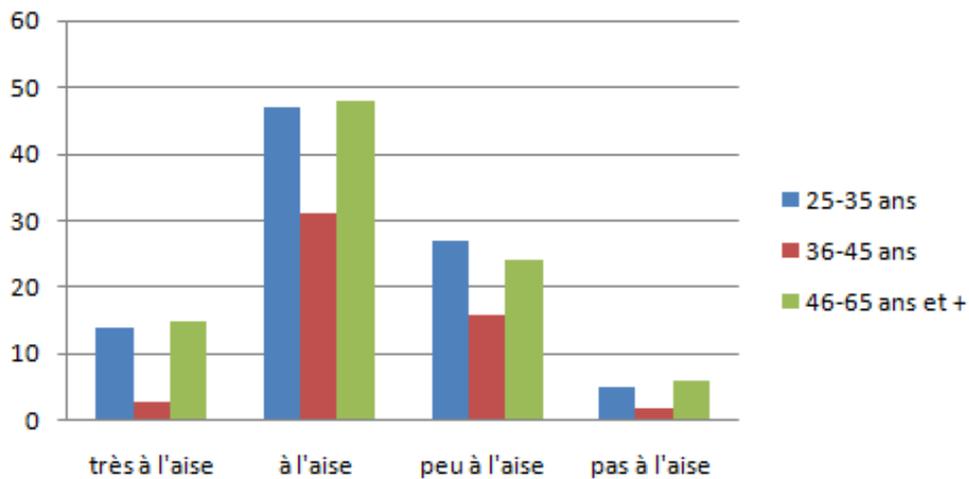
Q229 : « on les connaît bien, on parle facilement de pleins de sujets, de leur vie. C'est vraiment la spécificité et la richesse du médecin généraliste. »

Certains médecins ne sont pas à l'aise avec le sujet :

Q5 : « sujet parfois délicat »

Cette étude cherche à savoir si l'âge du médecin influence le ressenti du médecin avec le fait d'aborder les IST chez l'adolescent.

Figure 25 : Est-ce que l'âge du médecin a une influence sur son ressenti au cours de la consultation des IST chez l'adolescent ? (p-value : 0.62263 par test de Fisher)



Parmi les médecins très à l'aise avec cette thématique : 14 ont entre 25-35 ans, 3 ont entre 36 et 45 ans, 15 ont 46 ans et plus.

Parmi les médecins à l'aise avec cette thématique : 47 ont entre 25 et 35 ans, 31 ont entre 36 et 45 ans et 48 ont 46 ans et plus.

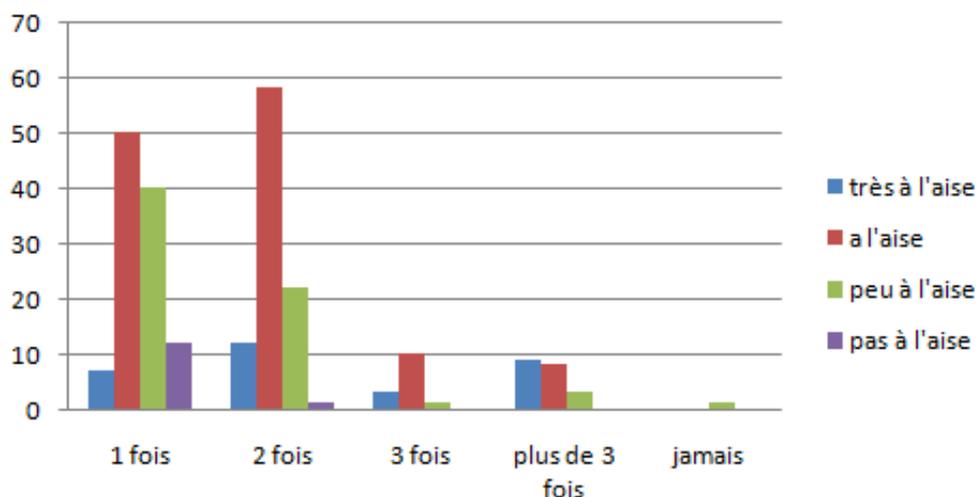
Parmi les médecins peu à l'aise avec cette thématique : 27 ont entre 25-35 ans, 16 ont entre 36 et 45 ans, 24 ont 46 ans et plus.

Parmi les médecins pas à l'aise avec cette thématique : 5 ont entre 25-35 ans, 2 ont entre 36 et 45 ans, 6 ont 46 ans et plus.

III.4.1.2. Ressenti du médecin et nombre de fois abordé chez un même adolescent

Cette étude cherche à savoir s'il existait un lien entre le ressenti du médecin et le nombre de fois que le médecin aborde les IST chez un même adolescent.

Figure 26 : Le ressenti du médecin avec l'abord des IST a-t-il une influence sur le nombre de fois où le médecin aborde ce thème chez un même adolescent ? (p-value : 0.02196 par test de Chi²)



Parmi les médecins très à l'aise avec la thématique des IST : 7 abordent les IST une fois chez l'adolescent, 12 l'abordent deux fois, 3 l'abordent trois fois et 9 l'abordent plus de trois fois.

Parmi les médecins à l'aise avec la thématique des IST : 50 abordent les IST une fois chez l'adolescent, 58 l'abordent deux fois, 10 l'abordent trois fois et 8 l'abordent plus de trois fois.

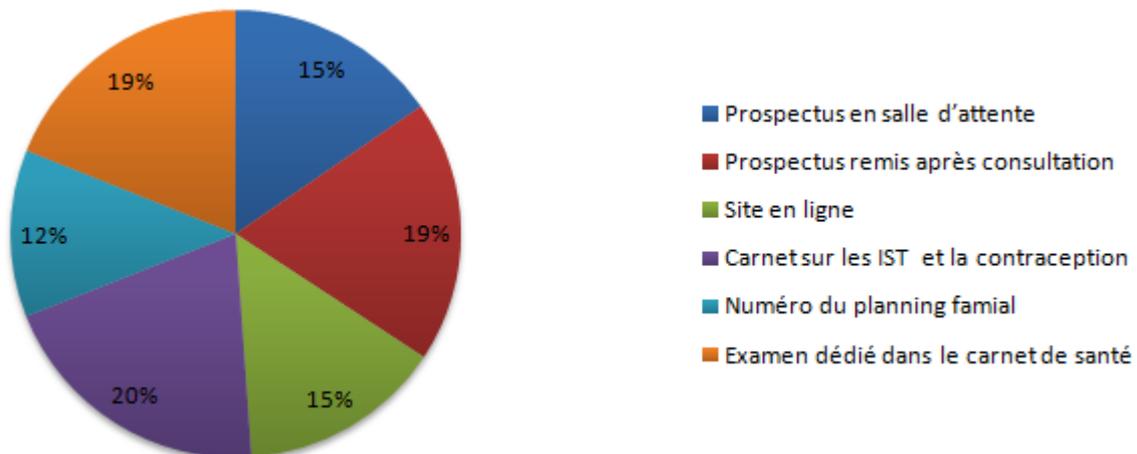
Parmi les médecins peu à l'aise avec la thématique des IST : 40 abordent les IST une fois chez l'adolescent, 22 l'abordent deux fois, 1 l'aborde trois fois, 3 l'abordent plus de trois fois, un médecin ne l'aborde jamais.

Parmi les médecins pas à l'aise avec la thématique des IST : 12 abordent les IST une fois chez l'adolescent, 1 l'aborde deux fois, aucun ne l'aborde trois fois ou plus de trois fois.

III.4.2. Quels seraient les supports utiles pour aborder plus facilement les IST chez les adolescents ?

Nous avons proposé aux médecins divers supports utilisables pour avoir une porte d'entrée pour la prévention des infections sexuellement transmissibles avec les adolescents.

Figure 27 : Les supports qu'utiliserait le médecin pour aborder les IST chez l'adolescent.



Diverses idées ont émergé parmi les commentaires libres à propos des supports qu'utiliserait le médecin pour aborder les IST chez les adolescents.

Certains médecins proposaient une **consultation globale** :

Q62 : « obligatoire dans le carnet de santé pendant les consultations HPV »

Q57 : « Une consultation de prévention globale avec abord de l'hygiène de vie, des addictions et de la sexualité ne devrait-elle pas être envisagée? »

Q63: « l'examen dédié aux IST dans le carnet de santé me paraît être une très bonne idée ! »

Q111 : « ... L'idée d'une consultation dédiée serait intéressante sinon beaucoup de sujet à aborder pour peu de temps en une seule consultation de suivi standard. »

D'autres médecins opteraient plutôt pour une **consultation gratuite ou remboursée**

Q69 : « en partenariat avec l'IREPS et son site "Pass Santé Jeune" nous avons mis en place une consultation de prévention dédiée pour les 15-17ans gratuite où nous abordons entre autres les IST. »

Q100 : « de même qu'il existe une consultation contraception chez la fille, on pourrait envisager une consultation IST fille et garçon avec cotation spécifique ou semblable à celle dédiée à la contraception. »

Q234 : « remboursement de consultation avec sexologue »

Quelques médecins seraient pour une **consultation recommandée et remboursée lors de vaccination** :

Q97: « le sujet est souvent abordé lors du vaccin du HPV chez la fille. Si cette consultation était remboursée chez tous les garçons, elle serait plus répandue. La consultation dédiée à cette vaccination chez le garçon aiderait à parler plus souvent des IST »

Q237 : « j'ai fait des années d'interventions en collège sur ce thème, mais les adolescents ne consultent pas en cabinet, même plus pour le rappel des 16 ans, Informer plus sur ces consultations et leur utilité? »

Q240 : « mettre en place une conversation/examen dédié(e) dans le carnet de santé avec le rappel DTP 11/13ans et le vaccin HPV »

Q241 : « avant j'en parlais lors du rappel DTP dès 16 ans, maintenant les garçons passent à la trappe et c'est plus facile chez les filles lors de la consultation pour la contraception »

Q244 : « la consultation sur la vaccination chez les 12-13 ans ou la vaccination sur les HPV »

Un médecin évoquait le fait de réaliser l'information auprès des jeunes par d'autres professionnels :

Q186 : « info et cours fait par professionnels à privilégier »

Parmi les 37 commentaires libres, quelques médecins ont mis en lien l'étude avec leur pratique quotidienne :

Q52 : « je travaille un jour par semaine en CPEF »

Q69 : « en partenariat l'IREPS et son site "Pass Santé Jeune" nous avons mis en place une consultation de prévention dédiée pour les 15-17ans gratuite où nous abordons entre autres les IST. Je suis maintenant plus à l'aise et ils ont pleins de ressources »

Q134 : « Pour parler de sexualité et se livrer plus facilement il vaut mieux que l'adolescent ou le jeune soit seul, médecin de CeGIDD, cela fait évidemment partie de mon quotidien et j'y consacre beaucoup de temps à dépister, informer, expliquer et parfois traiter les IST, vacciner et donner la contraception d'urgence. »

Q143: « j'ai travaillé 18 ans au centre de planification avec dépistage et traitement des IST, contraception, IVG et organise activement de nombreuses séances d'éducation à la sexualité en collèges, lycées et faculté. J'ai des planches anatomiques et matériel pédagogique, possibilité d'emprunter au CODES d'autres matériels si besoin. »

IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats

IV.1.1. Les IST sont-elles peu abordées par le médecin généraliste ?

Les IST sont abordées de façon variable par le médecin généraliste chez les adolescents

L'hypothèse de recherche était que la prévention des IST est peu abordée par les médecins généralistes chez les adolescents.

L'étude montre que les IST sont abordées au moins une fois au cours de l'adolescence (46%). Pourtant le fait de réitérer la prévention sur les IST n'est pas commun à tous les médecins. Certains médecins vont répéter la consultation au moins 2 fois (40%), d'autres vont le faire plus de 3 fois chez un même adolescent (8%).

Ces chiffres sont en faveur du fait que la plupart du temps ce thème n'est pas régulièrement abordé chez l'adolescent. Ce constat est également confirmé par quelques médecins : « la consultation est peu fréquente dans cette tranche d'âge chez des patients consultants pour d'autres motifs » (questionnaire 57). L'absence d'homogénéité sur le nombre de fois où le médecin discute des IST avec le même adolescent est également mise en évidence par L. BRIAN (22)

Les études sur le point de vue des adolescents montrent qu'il sont demandeurs d'avoir une consultation initiée par le médecin généraliste sur ce thème et ce de façon plus systématique (3)(23).

Cette étude met en évidence que cette consultation est considérée comme chronophage par quelques médecins : « par manque de temps, pris de conscience de sous investissement dans ce domaine » (Q79), Beaucoup de sujet à aborder pour peu de temps en une seule consultation de suivi (Q111).

Plus de la moitié des participants d'une étude descriptive, adressée aux médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées, souligne que le temps accordé à l'adolescent pour aborder les IST, et de façon globale pour la santé sexuelle, doit être plus important. (22)

Ce paramètre est considéré comme étant un frein dans d'autres études. (5,24) (25)

Cette étude montre que le médecin est à l'aise avec le fait de discuter des IST avec les adolescents (54%) contre 27% se disant peu à l'aise. Nous pouvons noter que seul 5% des médecins se disent ne pas être à l'aise. Cette répartition à propos de l'assurance du médecin sur ce thème, est retrouvée de façon similaire lors de l'abord de la sexualité avec l'adolescent dans l'étude de L.BRIAN. (22)

Toutefois, cette étude montre qu'il n'existe pas de lien entre le ressenti du médecin généraliste et le nombre de fois où il aborde les IST chez les adolescents.

Dans les commentaires de cette étude, beaucoup de médecins disent être à l'aise :

«... médecin de CeGIDD, cela fait évidemment partie de mon quotidien et j'y consacre beaucoup de temps à dépister, informer, expliquer et parfois traiter les IST, vacciner et donner la contraception d'urgence » (Q134)

«...je suisplus à l'aise » (Q69)

D'autres médecins disent que c'est l'adolescent qui n'est pas à l'aise avec cette thématique :

« ...Gêne parfois ressentie chez la patiente où l'on peut se sentir limite intrusif... » (Q 79)

« Les informations que me donne les adolescents montrent qu'ils en parlent parfois mais peu avec leur médecin et qu'ils préfèrent le plus souvent ne pas en parler aux parents... » (Q 134)

De nombreuses études abordent le point de vue de l'adolescent lors de l'abord des IST ou de façon plus générale sur leur santé sexuelle (3,26). Ces études confirment que les adolescents sont souvent intimidés, qu'ils ont peur du jugement et du non respect du secret médical au cours de la consultation abordant leur santé sexuelle avec le médecin.

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux de l'abord des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents par le médecin généraliste.

IV.1.2. Les IST sont elles plus souvent abordées chez la fille ?

A la lecture des commentaires, le médecin est plus à l'aise avec ce sujet chez l'adolescent fille.

« Plus souvent abordé lors de la consultation CCP de la jeune fille que lors de tout autre consultation » (Q 111)

« ... je viens de m'apercevoir que j'abordais plus facilement le thème des IST avec la fille que le garçon, Pourquoi ? Je ne sais pas » (Q150)

« Quand les filles viennent pour la contraception c'est facile d'en parler, mais pour les garçons c'est plus difficile de trouver quand en parler » (Q157).

« Plus facile chez la fille surtout lors des consultations vaccins et contraception » (questionnaire 166)

« Je trouve plus évident de discuter de ces sujets avec les jeunes filles » (Q 206)

«les garçons passent à la trappe et c'est plus facile chez les filles lors de la consultation pour la contraception » (Q 241).

Les résultats de cette étude ont montré que le thème est abordé principalement avec la fille (47%).

Cette tendance peut s'expliquer par l'instauration de la **première consultation sur la contraception par le Ministère des Solidarité et de la Santé au 1^{er} novembre 2017**. A son instauration cette consultation n'était proposée que chez les jeunes filles âgées entre 15 ans et 17 ans révolus. Cette consultation a pour but d'informer la patiente des diverses contraceptions possibles, de faire de la prévention sur sa santé sexuelle, ainsi que d'aborder les IST.

La grande majorité des études sur les IST font uniquement référence à l'abord chez l'adolescent fille. (2,5)

Quelques études ont recherché à connaître le point de vue des adolescents garçons (26). Toutefois aucune étude n'avait demandé aux médecins leur manière d'aborder les IST en distinguant la fille du garçon.

Cette étude montre que c'est un médecin femme qui fait principalement la prévention des IST chez la fille (56%) tandis que le médecin homme fait cette prévention de façon équilibrée dans les deux sexes (68%).

Ce premier résultat peut se comprendre par le fait que les femmes étaient majoritaires à répondre aux questionnaires. Nous constatons tout de même que dans 50 % des cas les IST sont abordées dans les deux sexes.

L'étude permet de dire que **les IST sont aussi bien abordées chez la fille que chez le garçon, avec une plus grande facilité à l'aborder chez la fille.**

IV.1.3. A partir de quel âge les IST sont abordés chez l'adolescent ?

Le médecin généraliste aborde les IST plus souvent entre 14-16 ans.

Les IST sont régulièrement abordées entre 14-16 ans chez la fille comme chez le garçon (59 %).

Une différence est visible sur les autres tranches. Le médecin aurait plus tendance à aborder ce sujet plus tôt chez la fille (33%) par rapport aux garçons (17%).

Ce décalage peut être induit par l'âge des premières règles de la fille. Le début de la ménarche est une ligne franche qui bascule la jeune fille à une jeune femme, tandis que ce changement n'est pas visible chez le garçon. C'est à partir de cet événement de vie que la fille fait plus attention à sa santé de façon globale.

L'étude qualitative par entretiens semi-dirigés de L. BREUZARD met en évidence que l'adolescent est également favorable à l'abord des IST entre 14 et 17 ans.(26)

- *L'âge du médecin impacte-t-il sur l'âge d'abord chez l'adolescent ?*

Cette étude ne met pas en évidence de lien entre l'âge du médecin et l'âge à partir duquel il aborde les IST chez l'adolescente.

A l'inverse de chez le garçon. Quel que soit l'âge du médecin, celui-ci aborde les IST le plus souvent entre 14-16 ans.

Nous notons une **plus grande facilité chez les 45-65 ans à aborder le sujet dès le plus jeune âge** soit dès 11-13 ans (53.5%). Tandis que **le jeune médecin âgé de 25 à 35 ans aborde les IST chez les 14-16 ans (70.3%)**.

- *Le sexe du médecin impacte-t-il sur l'âge d'abord chez l'adolescent ?*

Cette étude ne met pas en évidence une différence avec le sexe du médecin. Cette étude montre qu'il existe un lien entre le sexe de l'adolescent et l'âge d'abord par le médecin (cf. graphique: diagramme en bâton 4 et 5).

Le médecin homme comme le médecin femme aborde les IST chez la fille dès l'âge de 11-13 ans, tandis qu'avec le garçon, le médecin attend qu'il ait plus de 17 ans pour aborder les IST.

Les études précédentes retrouvaient une différence entre le médecin femme qui l'abordait plus avec la fille tandis que le médecin homme l'abordait plus avec le garçon.(22)

IV.1.4. L'environnement de la consultation

De manière générale, l'adolescent est accompagné d'un parent au cours de ses rendez-vous médicaux. Cette généralité est retrouvée dans notre étude puisque **dans 51 % des cas, l'adolescent (fille ou garçon) est accompagné par un parent ou un autre majeur**.

La fille est accompagnée par un parent (39%) ou par un autre majeur (14%) mais très peu par un autre mineur (8%). Tandis que le garçon serait plutôt accompagné d'un parent (48%) ou d'un autre majeur (48%) ou même par un autre mineur (44%).

D'autres médecins avaient déjà fait la réflexion au cours de l'étude de S.PAILLE « La majorité des moins de 15 ans sont accompagnés En particulier s'ils vivent en milieu rural car il est nécessaire qu'ils soient véhiculés »(5)

Cependant, notre étude montre que l'adolescent est seul au cours de la consultation (42%). Une différence entre la fille et le garçon émerge lors de la consultation sur les IST.

Le garçon est plus souvent seul (52%) que la fille (48%).

Cette vision est largement relayée parmi les commentaires :

« Quand je vois un adolescent entre 15-18 ans pour n'importe quel motif, j'essaie de sortir le parent en fin de consultation pour discuter tabac, alcool, drogue, sexualité et contraception. ... » (Q 114)

« Les mineurs doivent être accompagnés par un majeur responsable, mais la consultation se fait avec le jeune seul puis avec son accord le parent (ou accompagnant) peut être convié et informé » (Q134)

« Je trouve plus évident de discuter de ces sujets avec les jeunes filles car.....les jeunes filles viennent plus souvent seules en consultations. » (Q206)

D'autres médecins informent sur les IST accompagnés du parent.

« je peux être amené à consulter l'adolescent avec un parent si ceux-ci sont à l'aise et sans tabou avec le sujet.... » (Q4). Cela sous-entend que l'adolescent est seul dans la majorité des cas, et qu'il est accompagné en fonction de la relation que l'adolescent a avec son parent.

De nombreuses études proposent de voir l'adolescent seul durant une partie ou toute la consultation. (22)

Cela permet de parler plus librement et de mettre en place le secret médical.

L'environnement est favorable pour l'adolescent, il est en confiance.

Les précédentes études montraient que c'était la fille qui venait plus souvent seule lors de la consultation. (24,27)

Le souhait d'être seul émane de l'adolescent. Deux études ont mis en évidence qu'environ « 34% des adolescents, qui consultent avec leurs parents, souhaitent être seul avec le médecin généraliste ». (3,6)

- *Âge du médecin et le fait que l'adolescent soit seul ou pas*

L'étude montre que l'âge du médecin influence le fait de consulter seul ou accompagné avec l'adolescent. L'adolescent est seul lorsque le médecin a entre 25-35ans (52%) tandis qu'il est accompagné lorsque le médecin a 45 ans et plus (57%).

Une étude norvégienne sur 1717 adolescents a mis en évidence que les adolescents préfèrent les jeunes médecins.(28)

- *Le sexe du médecin et le fait que l'adolescent soit seul ou accompagné*

Cette étude montre que le fait que l'adolescent soit accompagné ou seul est indépendant du sexe du médecin.

Or une étude en Norvège avec 1717 adolescents a montré que les filles ne sont pas à l'aise avec un médecin homme, alors que le garçon n'a pas de préférence pour un des deux sexes. Ce constat est retrouvé dans d'autres études. (28)

L'étude de L. BRIAN (22) a conforté l'idée que le sexe de l'adolescent avait également un impact sur le médecin. Celui-ci « se disait être mal à l'aise pour diverses raisons. Les raisons évoquées sont la crainte vis-à-vis des parents (83%), une crainte d'une attitude de séduction de la part de

l'adolescent(e) (42%) et une crainte d'un transfert (33%). La majorité des médecins se sentant mal à l'aise dans cette situation sont des hommes (78,6%). »

- *La sortie du parent au cours de la consultation*

La place du parent est importante lors d'une consultation avec l'adolescent, il est donc primordial d'établir un lien de confiance avec lui et d'expliquer aux parents comme à l'adolescent sa place lors de la consultation.

Les résultats de notre étude montrent que **c'est souvent le médecin qui demandait au parent de sortir lors de la consultation sur les IST (42 %)**.

Les autres études ont mis en évidence que le parent sortait après demande et accord de l'adolescent (6,7) (29).

Cette étude n'a pas mis en évidence de lien entre l'âge du médecin et le choix de faire sortir le parent lors de la consultation. (cf. graphique : diagramme en bâton 10).

IV.1.5. Les motifs de consultation

C'est au cours de la consultation pour la contraception ou le rappel du vaccin que les IST sont abordées chez la fille (18%). Tandis que chez le garçon c'est principalement au cours d'une consultation demandée par le garçon (28%).

M.A Charles a mis en évidence que les médecins utilisaient les consultations portant sur la sphère génitale chez la fille comme chez le garçon pour aborder la sexualité. « Les consultations étaient la contraception, la vaccination sur les HPV chez la fille ou bien les traumatismes testiculaires, les infections ou une hernie inguinale chez le garçon »(24).

C'est la consultation sur la contraception qui est en pole position. La mise en place de la CCP est probablement à l'origine de cette préférence de la part des médecins généralistes.

IV.1.6. Les supports utilisés pour véhiculer les informations données au cours de la consultation

- *Informations délivrées lors de la consultation :*

Les résultats de cette étude présentent les moyens de protection comme premier argument donné par le médecin généraliste au cours de la consultation sur les IST (20%), puis sur les recours si exposition (15%) et l'explication de quelques pathologies (15%).

Un médecin ayant participé à l'étude S. Paille abordait également "l'impact de la pornographie" au cours de la consultation sur la contraception en plus des préservatifs.(5)

Les adolescents sont à la page en ce qui concerne la technologie, lorsqu'ils s'informent c'est régulièrement par le biais de l'informatique ou du bouche à oreille avec les amis (26).

Or peu de médecins recommandent des sites internet (4%).

Dans certaines régions, il existe une plateforme pour que l'adolescent parle de façon anonyme et gratuite à des professionnels à propos de divers sujets sur leur santé. L'adolescent peut parler librement des addictions, de la contraception, de dépistage, de conseil pour l'alimentation, du stress, du tabac.

Ce site, nommé E-Pass Santé, est disponible en Pays de la Loire, Aix, Marseille et en Provence, Alpes, Côte d'Azur (30–32).

- *Les supports utilisés lors de la consultation*

Le papier reste le support le plus souvent utilisé par le médecin généraliste pour véhiculer des informations et aborder la santé sexuelle avec l'adolescent.

En première intention, les médecins aimeraient s'aider d'un carnet sur les IST et la contraception pour aborder les IST chez l'adolescent (20%). Le médecin remettrait un prospectus au cours de la consultation (19%) ou utiliserait un examen dédié dans le carnet de santé (19%).

Waelbroeck A montre que « Les adolescents apprécient tout particulièrement le fait de recevoir des supports écrits relayant les informations pertinentes concernant leur santé »(33)

Certains médecins sont plus i-Tech et se mettent au niveau de l'adolescent, en leur donnant quelques sites internet.

« Lors de la consultation avec l'adolescent, ..., je me permets de leur demander de regarder avec moi sur leur smartphone : site fil santé jeunes, choisir sa contraception. Impact de la porno » (Q33)

« ...je donne le guide Ainsi que les sites internes "choisirsacontraception" et "onsexprime" » (Q114)

L'étude de Bertrand A. et DEDU C. (27) a également mis en évidence le fait que le médecin utilisait un support papier tel que « le carnet de santé et son volet autonomie ou différents flyers et brochures de l'INPES » pour partager des informations avec les adolescents, ainsi que « des adresses de sites internet ».

IV.1.7. Vers une consultation systématique des IST

A la lecture des commentaires de cette étude, d'autres aides sont proposées pour promulguer la consultation sur les IST :

- *une consultation remboursée*

« Le sujet est souvent abordé lors du vaccin du HPV chez la fille. Si cette consultation était remboursée chez tous les garçons, elle serait plus répandue. ... » (Q 97)

« Remboursement de consultation avec sexologue » (Q234)

- *une consultation avec une cotation particulière*

« De même qu'il existe une consultation contraception chez la fille, on pourrait envisager une consultation IST fille et garçon avec cotation spécifique ou semblable à celle dédiée à la contraception » (Q 100)

- *une consultation dédiée*

« Une consultation de prévention globale avec abord de l'hygiène de vie, des addictions et de la sexualité ne devrait-elle pas être envisagée? » (Q57)

« Obligatoire dans le carnet de santé pendant les consultations HPV » (Q62)

« L'examen dédié aux IST dans le carnet de santé me paraît être une très bonne idée ! » (Q 63)

« En partenariat l'IREPS et son site "Pass Santé Jeune" nous avons mis en place une consultation de prévention dédiée pour les 15-17ans gratuite où nous abordons entre autre les IST. ... » (Q 69)

« La consultation dédiée à cette vaccination chez le garçon aiderait à parler plus souvent des IST » (Q 97)

« L'idée d'une consultation dédiée serait intéressante... » (Q111)

« Mettre en place une conversation/examen dédié(e) dans le carnet de santé avec le rappel DTP 11/13ans et le vaccin HPV » (Q240)

L'instauration d'une consultation de prévention globale et remboursée avec une cotation spécifique est la proposition idéale faite par les médecins généralistes.

Cette proposition spontanée est également présente dans l'étude de S. PAILLE, ce serait « une consultation dédiée à la santé sexuelle pour palier à la gêne de l'accompagnant de la jeune fille » (5)

L'étude de S. OUANOUNOU (34) relève également que « plus de 55 % des médecins interrogés ont déclaré qu'organiser une consultation dédiée annuelle serait le meilleur moyen pour être efficace en matière de prévention chez l'adolescent.. »

Avec le plan national de santé 2018- 2022, le gouvernement prône la prévention de tous dont l'objectif est de "prioriser la prévention pour une bonne santé tout au long de sa vie".

Sur le plan de la sexualité, le Ministère des Solidarités et de la Santé propose **une approche globale en transformant la « consultation longue IST/contraception » pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans en une consultation « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes, ce qui inclut les garçons comme les filles. Cette consultation devrait se faire sur l'un des 20 examens de santé de l'enfant pris en charge à 100% par l'assurance maladie**(35). Tel que la consultation des 15- 16 ans. (36)

Une proposition avait été faite en novembre 2020 pour réaliser un déploiement limité d'un an de cette mesure et cela sur certaines régions. Cette proposition a été rejetée par le Sénat, au profit d'un accès à un plus grand nombre d'adolescents.(36) Pourtant peu de médecins y ont fait référence au cours de l'étude.

L'étude permet de dire qu'il est nécessaire de faire de la propagande aux adolescents mais aussi aux médecins généralistes pour informer sur cette consultation dédiée à la santé sexuelle de l'adolescent.

Un médecin a notifié cette idée parmi les commentaires de l'étude.

- *Faire de la publicité à propos de cette consultation sur la prévention des IST*

« ...Informer plus sur ces consultations et leur utilité ? » (Q237)

IV.2. Critique de l'étude

IV.2.1. Choix de l'étude

L'étude est une étude quantitative transversale à l'aide d'un questionnaire rempli de façon anonyme par les médecins généralistes. Les études réalisées jusqu'à présent sur les pratiques des médecins généralistes, à propos des IST ou de la santé sexuelle des adolescents, ont été réalisées par des entretiens semi-dirigés.

Toute l'originalité de cette étude réside sur la distinction faite de l'abord des infections sexuellement transmissibles entre une fille et un garçon. La majorité des autres études était centrée sur la fille. Seules quelques études sur le point de vue des adolescents prenaient également en compte le garçon.

IV.2.2. Forces et limites de l'étude

IV.2.2.1. Le questionnaire

Un questionnaire fermé était la forme la plus adaptée pour recenser la pratique des médecins généralistes au cours d'une consultation sur prévention des IST chez les adolescents.

Les résultats des participants ont permis de faire ressortir des statistiques sur la façon dont le médecin généraliste aborde les IST avec l'adolescent.

Certains médecins ont rapporté qu'il n'était pas aisé de répondre aux questionnaires de façon globale puisque leur façon d'aborder les IST était différente selon l'adolescent.

Un nombre restreint de réponses valides peut s'expliquer par certaines questions qui étaient longues à cause de la multitude des propositions disponibles. A cela s'est rajouté le fait de différencier l'abord entre la fille et le garçon.

C'est pour limiter cet effet, que le questionnaire a été testé sur quelques volontaires. Après réécriture du questionnaire, les participants répondaient à l'ensemble du questionnaire.

IV.2.2.2. Biais de sélection

277 médecins ont participé à cette étude et seuls 238 questionnaires ont rempli les critères d'inclusions. Le nombre de participants était suffisant pour établir d'éventuels liens entre différents facteurs. Pourtant rapporté à la France, il y a eu peu de participants. Il y a environ quatre-vingt-six mille médecins généralistes installés sur l'ensemble de la France.

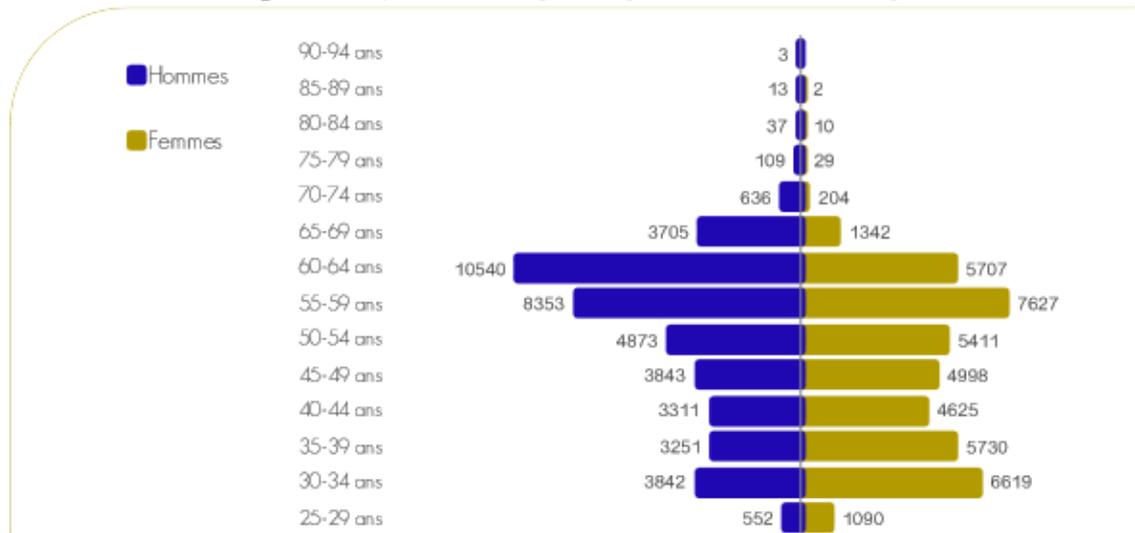
Le faible taux de participants peut être la conséquence d'une sollicitation plus accrue par les étudiants en médecine afin de participer à leur thèse. Ou par manque de temps de la part du médecin, en particulier, à cause de la pandémie du Covid-19.

Au début de l'étude, ce biais est réduit au maximum. Un échantillonnage de la population cible est réalisé dans le secteur du Limousin (Creuse, Corrèze et Haute-Vienne). J'ai rappelé les médecins pour éviter les « pertes de vue ». Cependant, face au faible taux de participation, j'ai choisi de diffuser mon questionnaire auprès d'un plus grand nombre de médecins généralistes par le biais des conseils régionaux de l'ordre.

L'échantillon de cette étude est très représentatif des médecins actuels, puisqu'une majorité des participants étaient des femmes (62%) par rapport aux hommes (38%), et qu'ils étaient jeunes (47%), soit âgés de moins de 35 ans.

Figure 28 : Atlas démographique des médecins généraliste de la France en 2020 par l'ordre National des Médecins. Total de 86 102 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2020 installés régulièrement.

Figure 13. Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2020



Dans cette étude : 143 participants exercent depuis moins de 10 ans, cela s'explique par le fait que les tranches d'âges des 25-35ans et des 36-45 ans représentent respectivement 39% et 21% des participants (cf. : Figure 2 et 3)

A la lecture des résultats, les modes d'installations des médecins généralistes sont similaires à ceux de la population (cf. : figure 4)

Par rapport au lieu d'installation, les participants les plus répondants étaient des médecins exerçant en semi-rural (24%) ou rural (17 %) et de façon moindre en ville (15 %).

En ce qui concerne le type d'installation, les médecins ont tendance à travailler en cabinet de groupe (23%) en premier lieu puis en maison de santé pluridisciplinaire (13%).

Les jeunes recherchent de moins en moins la solitude sur le plan professionnel, seuls 4 % des médecins exerçaient en cabinet seul.

La plupart des médecins sont installés, puisque 4% des médecins sont des remplaçants. Seuls 9 médecins n'ont pas renseigné leur pourcentage d'enfants présent dans leur patientèle, ce sont uniquement des remplaçants.

De façon globale, le pourcentage d'enfant que suit un médecin généraliste varie entre 1/6^{ème} et 1/4 de sa patientèle. 44 médecins ont renseigné 20% d'enfants et jeunes adolescents suivis. Puis les pourcentages d'enfant étaient 15%, 10% et 25%, il y a eu respectivement 35 médecins, 30 médecins et 20 médecins.

IV.2.2.3. Biais de classement :

Les attitudes des médecins généralistes dépendent de l'adolescent vu au cours de la consultation.

L'adolescent est intimidé, gêné lorsqu'un adulte discute de sexualité avec lui. Pourtant l'adolescent est prêt à s'exprimer à propos de santé sexuelle et globale lorsque le professionnel est compétent.(3)

La distinction entre l'abord chez la fille de celui du garçon permet de limiter ce biais. Nous avons aussi pris en compte le ressenti du médecin pour initier la conversation des IST avec les adolescents.

IV.2.2.4. Biais de confusion :

Les pratiques des participants varient en fonction de leur sexe, de leur âge mais aussi de leur formation professionnelle et de leur vécu. Ces facteurs peuvent mettre en évidence ou pas une aisance plus marquée dans la façon de réaliser la prévention sexuelle avec les adolescents.

Pour limiter ce biais, le sexe ainsi que l'âge du médecin ont été demandés.

Les aptitudes des professionnels tels que la possession d'un Diplôme Inter-Universitaire en gynécologie ou en sexothérapie auraient pu être demandés.

V. Conclusion

Nous pouvons conclure que le médecin généraliste aborde les infections sexuellement transmissibles de façon variable avec l'adolescent. Grâce à son approche individuelle et centrée sur le patient, le médecin généraliste adapte son discours sur les IST en fonction de l'adolescent vue en consultation. En particulier lorsque celui-ci est suivi depuis l'enfance par le médecin généraliste.

Différents facteurs sont pris en compte lors de cette consultation :

- L'âge de l'adolescent : la consultation se fait en moyenne entre 14-16 ans.
- Le fait d'être accompagné : Malgré le fait que l'adolescent soit régulièrement accompagné lors de ses rendez-vous médicaux, le garçon est plus souvent seul que la fille. Quand l'adolescent est accompagné, c'est le médecin qui demandait au tiers de sortir durant la consultation.
- Le sexe de l'adolescent : les infections sexuellement transmissibles sont plus souvent abordées chez les filles par le médecin femme, et de façon plus homogène par le médecin homme.
- Le motif de la consultation dépend de l'adolescent : le médecin est plus à l'aise avec la fille grâce à de l'instauration de la première consultation sur la contraception, tandis que le médecin attend que le garçon demande cette consultation.

De façon générale, le médecin insiste sur les moyens de protection et les recours en cas d'exposition. Au cours de la consultation, chaque médecin propose de la littérature afin que l'adolescent puisse poursuivre son apprentissage par le biais de prospectus ou de sites en ligne.

Cette étude montre que les médecins généralistes sont demandeurs d'une consultation remboursée et dédiée pour les adolescents.

Peu sont au courant de la dernière réglementation mise à disposition par le gouvernement. La première consultation de contraception jusqu'à lors dédiée à la fille, âgée entre 15 et 17 révolus, est maintenant accessible à tous les adolescents.

Une étude après la généralisation de la consultation dédiée et systématique sur la santé sexuelle chez les adolescents permettra d'avoir un comparatif des pratiques des médecins généralistes avec notre étude.

Références bibliographiques

1. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
2. Parler de sexualité avec son médecin généraliste un problème pour les 15 18 ans A.Grand.pdf.
3. Clémentine M. Qu'attendent les adolescents des médecins généralistes pour questionner la sexualité ? :61.
4. Épidémiologie des IST – Santé publique France [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles](#)
5. Comment les MG des Hauts de France abordent la santé sexuelle avec les adolescentes avant l'instauration de la consultation de Contraception et de Prévention. Paille.pdf.
6. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste.pdf.
7. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. :94.
8. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
9. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - adolescence [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/adolescence/10982>
10. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie Herpès. 2019.
11. A propos de la découverte de Trichomonas tenax, Protozoaire parasite de l'homme, par O. F. Müller - Persée [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/rhs_0151-4105_1980_num_33_2_1682
12. Le trichomonas c'est quoi ? [Internet]. Sida Info Service. 2020 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/le-trichomonas-cest-quoi/>
13. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV?gclid=CjwKCAiA2O39BRBjEiwApB2IkmyXYN_vwCGz8uuDvP-j5ADnW6zfNYh2C-bsMBw9Ax6okpTes9LSrhoCBzEQAvD_BwE&xtor=SEC-20-GOO-%5BVaccin_HPv%5D--S-%5Bvaccin%20hpv%20homme%5D
14. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie Hépatite virale. 2019.

15. Herpès (virus de l'herpès) [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
16. Hépatite B [Internet]. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
17. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès [Internet]. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.mesvaccins.net/web/diseases/6-hepatite-b>
18. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
19. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie Infection à VIH. 2019.
20. La LGV, c'est quoi ? [Internet]. Sida Info Service. 2017 [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/la-lgv-lymphogranulomatose/>
21. Marguerite_version_definitive.pdf.
22. Brian L. les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents? 2012. :52.
23. Duvillard ML, Ortega MP, Maynadie MM, M. Waline. Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale. 2016;48.
24. Marie-Anne C. Comment les médecins généralistes d'Eure-et-Loir initient la discussion et/ou répondent aux questions des adolescents sur leur sexualité ? 2012.
25. Pratique des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignement du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.
26. Lila B. Quel serait l'accueil d'une consultation dédiée à la contraception et à la prévention sans avance de frais pour les adolescents garçons : point de vue des adolescents. 2019. :122.
27. QUELLE EST LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE. 2017;128.
28. Hetlevik Ø, Haug K, Gjesdal S. Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. Fam Pract. févr 2010;27(1):3-8.
29. Comment initier et mettre en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent par INPES.pdf.
30. Santé [Internet]. e.pass Pays de la Loire. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.epassjeunes-paysdelaloire.fr/sante/>
31. e-pass santé - 1061 [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <http://peepsup-alpes-provence.peep.asso.fr/les-bons-plans-de-la-region/e-pass-sante/>

32. Pass Santé Jeunes- Ma Région Sud [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.maregionsud.fr/aides-et-appels-a-projets/detail/pass-sante-jeunes>
33. Waelbroeck A. Communication avec les adolescents lors des consultations médicales. Rev Med Brux. 2006;4.
34. Prévenons nous efficacement les risques lié à la santé chez l'adolescence.pdf.
35. plan_national_de_sante_publique_priorité_prevention : rester en bonne santé tout au long de sa vie 2018 2022.pdf.
36. Amendement – En Séance | Sénat [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/enseance/2020-2021/101/Amdt_175.html

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de thèse	88
Annexe 2. Mail type envoyé au médecin pour participer à l'étude	92

Annexe 1. Questionnaire de thèse

VOTRE PROFIL :

1- Vous êtes (obligatoire)

- Un homme
- Une femme

2- Votre tranche d'âge (obligatoire)

- 25-35 ans
- 36-45 ans
- 46-65 ans
- Plus de 65 ans

3- De puis combien de temps exercez-vous ? (obligatoire)

- < 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

4- Quel est votre environnement de travail ? (obligatoire)

- Ville
- Semi-rural
- Rural
- Cabinet seul
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluri-professionnelle

5- Quel pourcentage d'enfant/adolescent, avez-vous dans votre patientèle ? (Cf. pourcentage dans améliepro voir RIAP)..... (obligatoire)

6- **A partir de quel âge** abordez-vous les infections sexuellement transmissibles : (obligatoire)

6 bis : Chez les filles :

- 8-10 ans
- 11-13 ans
- 14- 16 ans
- plus de 17 ans

6 ter : Chez les garçons :

- 8-10 ans
- 11-13 ans
- 14- 16 ans
- plus de 17 ans

6 quater : vous abordez plus souvent ce thème chez : (obligatoire)

- la fille
- le garçon
- autant dans les deux sexes

7- **QUAND** abordez-vous les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents (obligatoire)

7 bis : chez la fille

- examen obligatoire du suivi de l'enfant et de l'adolescent (entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)
- consultation pour réalisation de vaccins : DTP
 papilloma virus
- consultation de contraception et de prévention (mis en place depuis novembre 2017)
- Problème gynécologique
- consultation pour un certificat de sport
- consultation dédiée
- à la demande du patient ou de l'un de ses parents accompagnants
- souhait d'une interruption volontaire de grossesse
- consultation autre tel qu'une pathologie aigue ou un renouvellement de traitement
- autre (réponse ouverte).....
- jamais

7 ter : chez le garçon

- examen obligatoire du suivi de l'enfant et de l'adolescent (entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)
- consultation pour réalisation de vaccins DTP
 papilloma virus
- consultation pour un certificat de sport
- consultation autre tel qu'une pathologie aigue ou un renouvellement de traitement
- consultation dédiée
- à la demande du patient ou de l'un de ses parents accompagnants
- autre (réponse ouverte).....
- jamais

8- **COMMENT** abordez-vous les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents

8 bis : Chez la fille : (obligatoire)

- seule
- accompagnée d'un de ses parents
- accompagnée d'un autre adulte majeur choisi par la patiente
- accompagnée d'un autre mineur choisi par la patiente

8 ter : Chez le garçon : (obligatoire)

- seul
- accompagnée d'un de ses parents

- accompagné d'un autre adulte majeur choisi par le patient
- accompagnée d'un autre mineur choisi par le patient

9- Si le(s) parent(s) sort(ent) :

- C'est à la demande du patient
- C'est à l'initiative du parent
- C'est à votre demande (initié par le médecin)

10- **COMBIEN** de fois abordez-vous les IST chez un même enfant/ adolescent ? (obligatoire)

- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- Plus de 3 fois
- Jamais

11- **De quoi parlez-vous** au cours de cette consultation ? (obligatoire)

- J'explique le sigle des IST (infections sexuels transmissibles)
- Je cite des pathologies
- Des signes cliniques
- Des moyens de protections (préservatifs féminins et masculins) et des différentes contraceptions
- Des pratiques à éviter (partenaires multiples, impact de la pornographie, partage de matériel lors addictions tel que seringues, matériel pour sniffer....)
- Des recours si exposition à un risque (contraction d'urgence pour la jeune fille, test de dépistage, consultation pour examen clinique...)
- Des tests de dépistage accessible en pharmacie de façon anonyme
- Des tests de dépistage accessible de façon anonyme au planning familial
- Qu'il existe des sites sur internet (onsexprime, sexosafe etc.)

Pour aller plus loin :

12- Etes-vous à l'aise avec cette thématique chez cette tranche d'âge de patient ? (obligatoire)

- Je suis très à l'aise
- Je suis à l'aise
- Je suis un peu à l'aise
- Je ne suis pas à l'aise

13- Quels pourraient être les supports utiles pour engager cette consultation ? (obligatoire)

- Prospectus dans la salle d'attente
- Prospectus remis par le médecin après consultation ou au cours de la consultation
- Site en ligne
- Carnet d'information sur les IST et la contraception
- numéro du planning familial de votre région
- examen dédié aux IST dans le carnet de santé

14- commentaire libre (question ouverte/ libre) :

.....
.....
.....
.....

Annexe 2. Mail type envoyé au médecin pour participer à l'étude pendant

Cher confrère, chère consœur,

Je suis interne en dernière année en Médecine Générale.

Je fais appel à vous dans le cadre de mon sujet de thèse, celui-ci à pour but de faire un état des lieux sur les conditions d'abord des Infections Sexuellement Transmissibles chez les adolescents, par le médecin généraliste.

En effet, depuis la fin des années 1990, on constate une recrudescence des IST, en particulier chez la jeune population.

En tant que médecin généraliste, il vous est possible d'apporter des conseils de santé sexuelle auprès des jeunes. J'aimerais savoir comment vous procédez ?

Pour cela, de répondre à mon questionnaire de thèse ci dessous :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfVbx-FKbWxD4su5uzlys65YDRW6tZBejoDpgcv8Ts7DIXDkg/viewform?usp=sf_link

Il ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

Merci d'avance

Diédra Privat, interne en Médecine Générale

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

[Dans quelles circonstances, le médecin généraliste aborde t-il les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents ?]

Introduction : Depuis le début des années 2000, il y a une recrudescence du taux des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents. Pour faire face à cette augmentation, la compétence de prévention du médecin généraliste est un atout pour envisager le ralentissement de ce phénomène.

Matériel et méthodes : Une étude quantitative transversale anonyme a été réalisée en France de juillet 2020 à mi décembre 2020 à l'aide d'un questionnaire envoyé par e-mail aux médecins généralistes. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux sur la pratique des médecins généralistes par rapport à l'abord des infections sexuellement transmissibles chez l'adolescent.

Résultat : 238 participants présentaient les critères d'inclusions. Le médecin généraliste aborde les IST de façon homogène (50%) entre la fille et le garçon dès l'âge de 14-16 ans. Cependant nous notons une aisance plus marquée avec la fille grâce à la consultation sur la contraception (18%). Le discours du médecin est plus interactif lorsque l'adolescent est seul, le garçon (52%) est plus souvent seul que la fille (48%). L'accent est mis sur les moyens de protection (20%), l'énumération de quelques symptômes (15%) et les recours en cas de risques (15%). Pour cela, le médecin s'aide souvent de prospectus (34%) ou de sites en lignes pour informer sur les IST (15%).

Conclusion : le médecin généraliste est un professionnel de santé régulièrement consulté par l'adolescent. La prévention doit être mise en avant par le médecin lors de ces consultations. Cependant, la pratique variant d'un adolescent à l'autre, il est nécessaire de mettre un cadre plus défini et accessible à tous adolescents. Une consultation dédiée et systématisée serait-elle la solution ?

Mots-clés : Infection sexuellement transmissibles, adolescent, médecin généraliste, aborder.

What are the circumstances that a general practitioner inform about the sexually transmitted infections with teenagers ?

Introduction: Since the early 2000s, there has been an increase in the rate of sexually transmitted infections among adolescents. In order to cope with this increase, the preventive competence of the general practitioner is an asset in considering the slowing down of the phenomenon.

Materials and methods: An anonymous quantitative cross-sectional study was carried out in France between July 2020 and mid-December 2020 using a questionnaire sent by e-mail to general practitioners. The objective of this study is to take stock of the practice of general practitioners with regard to the treatment of sexually transmitted infections in adolescents.

Result: 238 participants presented the inclusion criteria. The general practitioner approaches STIs in a homogeneous way (50%) between girls and boys from the age of 14 -16 years. However, we note a greater ease with the girl thanks to the consultation on contraception (18%). The doctor's speech is more interactive when the teenager is alone, the boy (52%) is more likely to be alone than the girl (48%). The focus is on means of protection (20%), enumeration of some symptoms (15%) and recourse in case of risk (15%). To do this, doctors often use leaflets (34%) or online sites to provide information about STIs (15%).

Conclusion: the general practitioner is a health professional who is regularly consulted by the young person. Prevention should be emphasized by the doctor during these consultations. However, as the practice varies from one adolescent to another, there is a need for a more defined framework that is accessible to all adolescents. A dedicated and systematic consultation would -She's the solution?

Keywords : teenager, general pratitioner, sexual health, approach

