



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 02 février 2023

par Mme Mariana DEPAIRE - HRBACEK

**Evaluation des besoins et attentes de la population consultante au CeGIDD  
en 2022 à la Vie la Santé**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

**Membres** : Madame le Docteur Marion ALBOUY  
Monsieur le Docteur François BATIOT  
Monsieur le Docteur Ismaël NAJJAR  
Madame le Docteur Gwenaëlle FARCY

**Directrice de thèse** : Madame le Docteur Tyffanie HOUPERT



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 02 février 2023

par Mme Mariana DEPAIRE - HRBACEK

**Evaluation des besoins et attentes de la population consultante au CeGIDD  
en 2022 à la Vie la Santé**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

**Membres** : Madame le Docteur Marion ALBOUY  
Monsieur le Docteur François BATIOT  
Monsieur le Docteur Ismaël NAJJAR  
Madame le Docteur Gwenaëlle FARCY

**Directrice de thèse** : Madame le Docteur Tyffanie HOUPERT




**LISTE DES ENSEIGNANTS**

Année universitaire 2022 – 2023

**SECTION MEDECINE**
**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.A.S et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations Internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

### **Professeur des universités**

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### **Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe

### **Maitre de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

### **Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

### **Maitre de Conférences associé des universités des disciplines médicales**

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

### **Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

### **Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

### **Professeurs émérites**

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

### **Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

### reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Gylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maitres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maitres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maitres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN**

Je suis très honorée que vous ayez accepté de présider et de juger cette thèse.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes très sincères remerciements.

### **A Madame le Docteur Tyffanie HOUPERT**

Je te remercie du fond du cœur d'avoir initié et encadré ce travail de thèse en m'offrant généreusement ta confiance, ton temps et ton soutien.  
Merci pour ton accueil, ton expertise et pour tous tes précieux conseils.

### **A Madame le Docteur Marion ALBOUY**

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de me faire l'honneur de juger cette thèse.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.  
J'espère que ce travail vous intéressera et qu'il sera digne de l'extraordinaire projet de la Vie la Santé que vous avez porté.

### **A Monsieur le Docteur François BATIOU**

Je tiens à vous témoigner toute ma gratitude pour avoir généreusement accepté de prendre part au jury de cette thèse.  
Merci pour l'honneur que vous me faites en prenant connaissance de mon travail.

### **A Monsieur le Docteur Ismaël NAJJAR**

Je te remercie d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.  
Encore un grand merci d'avoir été un formidable maître de stage, d'avoir partagé sans limite et dans la bonne humeur tes connaissances avec le petit bébé interne que j'étais, et de m'avoir par la suite accordé ta confiance.

### **A Madame le Docteur Gwenaëlle FARCY**

Je te remercie d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.  
Un grand merci pour ta bienveillance et ton accompagnement en tant que tutrice et maître de stage.  
Merci d'avoir été pour moi un modèle d'inspiration en tant qu'admirable femme médecin généraliste.

A Ariane Bercu, biostatisticienne au CHU de Bordeaux.

Merci encore pour ton expertise et pour m'avoir considérablement aidée dans la réalisation des analyses statistiques de cette thèse.

***A toutes les personnes rencontrées sur le chemin de l'internat qui m'ont aidée à constituer mon bagage de médecin généraliste...***

Aux équipes des urgences du CH de Niort, dont l'énergie et la bonne humeur ont permis d'adoucir le saut dans le grand bain.

Au Docteur Martial Favreau, pour m'avoir tant appris, pour la personne que tu es et bien d'autres choses encore. Merci de m'avoir permis d'exercer à tes côtés comme adjointe dans ce cabinet que j'aimais tant.

Aux Docteurs Julie Thomas et Catherine Gambert du service de pédiatrie du CHU de Poitiers, pour leur implication dans ma formation et pour m'avoir fait gagner en autonomie dans la délicate prise en charge des tout-petits.

Au Professeur France Cazenave-Roblot et au Docteur Gwenaël Le Moal du service de maladies infectieuses du CHU de Poitiers, dont la rigueur et l'expertise ont été des tremplins de progrès pour ma pratique.

Aux Docteurs Bernard Seguy, Babis Yannouloupoulos, Pascal Villemonteix et à toute l'équipe de gynécologie-obstétrique du CHNDS pour m'avoir entourée, formée et encouragée à la pratique de la gynécologie en tant que médecin généraliste.

A Virginie, pour nos innombrables moments de panique et de joie à la fois.

A Océane, pour nos fous-rires qui résonnent encore dans les couloirs.

***A ma famille...***

A Claudie, la plus courageuse et merveilleuse des mamans du monde.

Merci de m'avoir donné la vie et de l'avoir rendue chaque jour magnifique quels que soient ses aléas. Merci pour ta force et ton soutien inestimables sans lesquels rien ne serait possible. Merci pour tout ce que ces lignes ne pourront jamais contenir car elles déborderaient d'amour.

A Jaroslav, mon papa.

Merci d'être là aujourd'hui pour ce jour si important. Merci de m'offrir d'inoubliables parenthèses enchantées et de m'avoir transmis ton amour et ta passion pour la musique.

A Lucas, mon mari.

Merci de m'apaiser avec ton incroyable force tranquille et de me combler de bonheur à chaque instant de notre vie. Je suis si fière de toi et déjà si impatiente de pouvoir t'admirer devenir un père exceptionnel.

A notre mini-nous qui grandit de jour en jour.

Merci de rester bien au chaud dans le ventre de maman pendant qu'elle accomplit sa thèse et de lui donner des petits coups de pied d'encouragement. Nous t'aimons déjà de tout notre cœur.

A Suzette et Claude, les plus formidables des grands-parents.  
Merci pour vos encouragements durant toutes ces années et pour m'avoir aidée à devenir celle que je suis aujourd'hui.  
Mamie, merci pour tes délicieux plats assaisonnés d'amour.  
Papi, merci pour ta bienveillance et tes précieux conseils.  
Je vous aime tant.

A Babička et Dědeček, Jenik et Natali, Ema et Linda.  
Merci de veiller sur moi au-delà des kilomètres et de toujours rendre nos retrouvailles magiques.

A Vincent et Claire et leurs superbes enfants Antoine, Camille et Mathilde dont je suis si fière.  
A Isabelle, ma belle-maman adorée.  
A Jean-Christophe, la plus belle et la plus brillante des étoiles du ciel.  
A Thibault, mon beau-frère qui je le sais déjà fera un merveilleux tonton.

### ***A mes amis...***

A Thomas, merci de m'avoir tant soutenue et relevée à maintes reprises sur ce long et périlleux sentier qui menait au sommet de la montagne, nous y voilà. Merci d'avoir fait en partie celle que je suis aujourd'hui, merci d'être la merveilleuse personne que tu es.

A Anouk, ma pierre précieuse. Merci de toujours scintiller même dans les plus sombres moments, de m'éblouir de tes éclats et de graver dans nos mémoires des souvenirs inoubliables.

A Margot, merci de faire des milliers de kilomètres pour venir saupoudrer ma vie de paillettes. Merci pour ces moments de joie et de partage à tes côtés que j'aime tant, vivement les prochains.

A Raphaëlle, parce que je ne sais pas comment j'aurais pu arriver jusqu'ici sans ton précieux soutien. Merci d'être une amie si formidable.

A Jennifer, pour l'admirable parcours de combattante que tu mènes depuis ces trois dernières années avec une force et un courage hors du commun et que tu vas finir par gagner.

A notre précieuse bande d'amis de la fac de Bordeaux.  
J'admire les extraordinaires médecins et personnes que vous êtes devenus :  
Natasha, Emilie, Thomas, Mailen, Pierre, Misy, Coralie, Arnaud et Julie.

A Barbara, merci d'avoir été mon rayon de soleil au cabinet et d'être la wonder woman qui sait débloquer toutes les situations.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>12</b>
<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>14</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>15</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>16</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
<b>PREAMBULE</b> .....	<b>19</b>
I. Approche de la sexualité en médecine .....	19
I.1. La santé sexuelle .....	19
I.2. Abord de la sexualité en médecine générale .....	22
II. Le CeGIDD .....	27
II.1. Histoire de la création des CeGIDD .....	27
II.2. Cahier des charges d'un CeGIDD .....	30
II.3. Défis à venir .....	39
III. Rappels et état des lieux .....	41
III.1. Infections sexuellement transmissibles .....	41
III.2. Violences sexuelles .....	49
III.3. Interruptions volontaires de grossesse .....	50
III.4. Evolution des pratiques sexuelles .....	51
<b>JUSTIFICATION DE L'ETUDE</b> .....	<b>54</b>
I. Données de la littérature .....	54
II. Pourquoi recueillir ces données ? .....	54
III. Quid de la médecine générale dans tout cela ? .....	56
IV. Parcours personnel .....	57
<b>OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE ET OBJECTIF SECONDAIRE</b> .....	<b>59</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>59</b>
I. Design de l'étude .....	59
II. Aspects éthiques .....	59
III. Organisation spatio-temporelle .....	60
III.1. Lieu de l'étude .....	60
III.2. Chronologie .....	60
IV. Population de l'étude .....	60
IV.1. Critères d'inclusion .....	60
IV.2. Critères d'exclusion .....	61
V. Questionnaire .....	61
V.1. Elaboration .....	61
V.2. Distribution .....	62
VI. Recueil des données .....	63
VII. Méthode d'analyse et outils statistiques .....	63
<b>RESULTATS</b> .....	<b>65</b>
I. Diagramme d'inclusion .....	65
II. Description de la population source .....	65

II.1.	Caractéristiques générales .....	65
II.2.	Caractéristiques ciblées .....	69
III.	Orientation vers le CeGIDD .....	71
III.1.	Primo-consultants .....	71
III.2.	Modes d'orientation au CeGIDD.....	72
III.3.	Prise de rendez-vous.....	76
IV.	Motifs de consultation .....	78
IV.1.	Motif principal de consultation .....	78
IV.2.	Autres motifs.....	82
V.	Abord d'une problématique sexuelle .....	84
V.1.	Difficultés antérieures avec un professionnel de santé .....	84
V.2.	Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez le médecin traitant .....	86
VI.	Attentes des consultants .....	94
VI.1.	Attentes au cours d'une consultation.....	94
VI.2.	Activités souhaitées au sein du CeGIDD.....	96
VI.3.	Réponse aux attentes.....	98
<b>DISCUSSION</b>	<b>.....</b>	<b>100</b>
I.	Principaux résultats .....	100
I.1.	Besoin de la population actuelle en matière de consultation .....	100
I.2.	Avis et attentes des consultants .....	101
I.3.	Facteurs conduisant la population à s'orienter vers le CeGIDD .....	102
II.	Forces et limites de l'étude .....	103
II.1.	Forces.....	103
II.2.	Limites .....	104
III.	Comparaison de certains résultats avec les données de la littérature .....	105
III.1.	Profil des consultants.....	105
III.2.	Focus sur la couverture sociale.....	106
III.3.	Motifs de consultation .....	107
III.4.	Sujets à aborder au cours d'une consultation .....	109
III.5.	Au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant ?.....	109
IV.	Comparaison de certains résultats avec le rapport d'activités de 2022 .....	110
V.	Conséquences des résultats en pratique clinique.....	112
V.1.	Aspects matériels .....	112
V.2.	Mesures de prévention .....	113
V.3.	Réponse aux attentes.....	115
V.4.	Coordination avec les autres acteurs .....	117
VI.	Perspectives .....	119
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>.....</b>	<b>122</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>.....</b>	<b>123</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>.....</b>	<b>127</b>
<b>SERMENT</b> .....	<b>.....</b>	<b>158</b>

## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

**AES** : Accident d'Exposition au Sang

**ALD** : Affection Longue Durée

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CCP** : Première consultation de Contraception et de Prévention des infections sexuellement transmissibles

**CDAG** : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (ou Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit)

**CeGIDD** : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIDDIST** : Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CNR** : Conseil National de la Refondation

**CPEF** : Centre de Planification ou d'Education Familiale

**CPP** : Comité de Protection des Personnes

**CRIAVS** : Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**DAV** : Dispensaire Anti-Vénérien

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**ELISA** : Enzyme-Linked-Immuno-Sorbent-Assay

**GHB** : acide Gamma-Hydroxy-Butyrique

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HCSP** : Haut Conseil de Santé Publique

**HDH** : Health Data Hub

**HSH** : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAHO** : Pan American Health Organization

**PCR**: Polymerase Chain Reaction

**PEP** : Prophylaxie Post-Exposition

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PrEP**: Prophylaxie Pré-Exposition

**SARS-Cov-2** : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

**SIDA** : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

**SSU** : Service de Santé Universitaire

**TasP** : Treatment as Prevention

**TPE** : Traitement Post-Exposition

**UNESCO** : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

**VDRL** : Venereal Disease Research Laboratory

**VHB** : Virus de l'Hépatite B

**VHC** : Virus de l'Hépatite C

**VIH** : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

**WAS** : World Association for Sexual health

**WONCA**: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Souvent abrégé en World Organization of Family Doctors)

## DÉFINITIONS

**1. LGBT :** se dit des personnes se reconnaissant dans l'un des termes lesbienne, gay, bisexuel(le) ou transgenre et des organisations qui les représentent.

*(Dictionnaire Larousse)*

**2. Counseling :** Relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face.

*(English H.B., English A.C. A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. New York : Ed. D. Mac Kay & Co, 1958 : p. 127)*

**3. Trans :** Abréviation de transgenre, se dit d'une personne dont l'identité de genre n'est pas en adéquation avec le sexe assigné à la naissance.

*(Dictionnaire Larousse)*

**4. Chemsex :** le chemsex ou « sexe sous drogues » est l'utilisation de produits psychoactifs pendant et pour les relations sexuelles. Ces produits peuvent être sniffés, avalés ou insérés par voie rectale.

*(Sida-Info-Service.org)*

**5. Hardeur :** acteur de film pornographique.

*(Dictionnaire Larousse)*

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. La Vie la Santé du CHU de Poitiers .....	35
Figure 2. Evolution du nombre de consultations totales au CeGIDD du CHU de Poitiers .....	38
Figure 3. Evolution du nombre de dépistages et des autres activités au CeGIDD du CHU de Poitiers entre 2019 et 2021.....	38
Figure 4. Moyens de prévention contre le VIH .....	43
Figure 5. Nombre de découvertes de séropositivité VIH (nombre brut et nombre corrigé) en France, entre 2012 et 2020.....	44
Figure 6. Diagramme d'inclusion (flow chart) .....	65
Figure 7. Répartition de la population selon la tranche d'âge .....	67
Figure 8. Répartition de la population selon le genre .....	67
Figure 9. Répartition de la population selon la situation professionnelle .....	68
Figure 10. Répartition de la population selon la distance du lieu d'habitation par rapport à la ville de Poitiers .....	69
Figure 11. Répartition de la population selon la couverture sociale .....	69
Figure 12. Répartition des différents modes d'orientation vers le CeGIDD .....	73
Figure 13. Répartition des motifs de consultation initiaux selon les principaux modes d'orientation .....	75
Figure 14. Taux de satisfaction concernant le délai d'obtention du rendez-vous au CeGIDD .....	76
Figure 15. Répartition des motifs principaux de consultation .....	78
Figure 16. Répartition des motifs pour lesquels les usagers seraient prêts à revenir consulter au CeGIDD .....	82
Figure 17. Répartition des différentes raisons qui pourraient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant. ....	86
Figure 18. Répartition des réponses à la question « Souhaiteriez-vous qu'au cours d'une consultation au CeGIDD on vous questionne sur ? » sur quatre sujets proposés .....	94
Figure 19. Répartition des réponses à la question « Quelle(s) activités souhaiteriez-vous voir prise(s) en charge au sein du CeGIDD ? » .....	96
Figure 20. Répartition des réponses à la question « Les professionnels rencontrés au CeGIDD ont-ils répondu à vos attentes ? » .....	98

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Détails des missions des CeGIDD .....	31
Tableau II. Extraits des rapports d'activités 2019-2020-2021 au CeGIDD du CHU de Poitiers.....	37
Tableau III. Caractéristiques générales de la population source .....	66
Tableau IV. Proportion de primo-consultants détaillée par critère .....	72
Tableau V. Croisement des motifs principaux de consultation les plus cités avec certains critères de la population source .....	79
Tableau VI. Répartition des réponses à la question « Seriez-vous prêts à reconsulter pour ? » selon le motif de consultation initial. ....	83
Tableau VII. Proportion de primo-consultants ayant déjà eu des difficultés à aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé. ....	85
Tableau VIII. Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant selon le fait d'avoir déjà été en difficulté ou non avec un professionnel de santé pour aborder une problématique de vie sexuelle. ....	87
Tableau IX. Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant selon la situation professionnelle .....	89
Tableau X. Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant selon le motif de consultation principal .....	91
Tableau XI. Croisement du souhait de téléconsultation avec certains critères de la population source. ....	97

## **INTRODUCTION**

Les infections sexuellement transmissibles (IST) étaient autrefois appelées maladies vénériennes, en référence au culte de Vénus, la déesse de l'amour et de la beauté dans la mythologie romaine (1). D'après les témoignages littéraires, elles sont connues et décrites dès le 5<sup>ème</sup> siècle avant notre ère, puis plus tard à l'Antiquité par Galien et Hippocrate qui utilisent le terme « gonorrhée », maladie qui sera longtemps confondue avec la syphilis jusqu'au XVIIIème siècle (2).

Les premiers centres de dépistage des IST prennent racine à l'époque de la première guerre mondiale, appelés dispensaires anti-vénériens.

Leur évolution pendant plus d'un siècle, passant par la création des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) puis des Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), a finalement abouti en 2015 à la naissance des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD).

Parallèlement, les avancées scientifiques à travers notamment les travaux sur l'orgasme des sexologues américains Masters et Johnson (3) ainsi que le bouleversement des mœurs sociétales ont conduit à repenser autrement le dépistage des IST.

En effet, les mouvements féministes des années 60 suivis de près par le milieu associatif autour de la population LGBT<sup>1</sup> ont enclenché une véritable révolution sexuelle (4), parmi laquelle l'intégration du concept de santé sexuelle dans le monde médical et la découverte de son impact sur la santé globale (5).

La lutte contre l'épidémie des IST et l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive dans la population sont ainsi devenues une priorité de santé publique pour les institutions européennes, représentée en France actuellement par la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (6). Celle-ci inclue et missionne intégralement les CeGIDD, dont l'évolution doit tendre à l'horizon 2030 vers la création de centres de santé sexuelle, ainsi que les médecins généralistes, en tant qu'acteurs majeurs de prévention et de premier recours.

Poitiers est une ville dynamique, recensant pour l'année 2020, 87 918 habitants parmi lesquels 27 000 étudiants, ce qui la place parmi les villes avec le ratio étudiant / habitant le plus haut de France.

L'originalité de l'antenne principale du CeGIDD de Poitiers réside en grande partie dans son intégration au sein de la Vie la Santé, première maison nationale de santé publique génératrice de soin. Ainsi, les consultations sont effectuées dans un cadre novateur, moderne, tourné vers la population et pour la population.

Afin de répondre au mieux aux objectifs nationaux et aux missions précises demandées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), il semble essentiel d'estimer régulièrement le besoin de consultation au CeGIDD et de recueillir l'avis de ses usagers, dans le but d'harmoniser nos actions médicales avec l'évolution actuelle des déterminants de la santé sexuelle.

De plus, les CeGIDD sont des centres relativement récents parfois encore peu connus de certains médecins généralistes (7,8), et certains patients n'osent pas consulter leur médecin traitant pour une problématique sexuelle (9–11). Pourtant, l'amélioration de la coordination entre ces deux acteurs centraux permettrait d'une part un relais et un meilleur suivi des patients, et d'autre part de renforcer le rôle du CeGGID en tant que centre référent de santé sexuelle.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude était d'établir le besoin de la population actuelle en matière de consultation au CeGIDD du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, afin d'adapter les pratiques professionnelles des intervenants et de proposer des actions en phase avec les attentes populationnelles.

L'objectif secondaire était de repérer d'éventuels facteurs qui conduisent la population à s'orienter vers les CeGIDD malgré une couverture médicale active, dans le but de renforcer les liens de coopération et de coordination sur le secteur.

# **PREAMBULE**

## **I. Approche de la sexualité en médecine**

### **I.1. La santé sexuelle**

#### **I.1.1. Evolution de la perception de la sexualité**

Selon les principaux dictionnaires, le terme de sexualité est apparu dans le vocabulaire de la médecine européenne vers 1838 (5). Les théories développées par les médecins à l'époque prônaient que la nature et la finalité normale de la sexualité résidaient dans la procréation et que la recherche exclusive du plaisir au travers de l'activité sexuelle constituait une forme d'aberration ou de perversion. Depuis le début du XXème siècle, le concept de sexualité a fait l'objet d'un processus de modernisation. Paul Robinson, un historien américain, a décrit ce processus en 1976 comme un développement de l'optimisme sexuel. Certains auteurs ont commencé à penser que la sexualité était une composante importante et fondamentale du bien-être et de l'épanouissement individuel, et que la « satisfaction de la pulsion » était la finalité normale de la vie sexuelle (5). Cependant, malgré ces nouvelles théories et l'avènement de la première vague du féminisme dans les années 30 avec le combat des suffragettes qui revendiquent l'égalité civique et la « propriété de son corps », la normalité de la vie sexuelle a continué à être celle d'une sexualité reproductive dans le cadre du mariage jusqu'au milieu du XXème siècle.

Plus tard, la légalisation de la contraception à travers la Loi Neuwirth de 1967 (12) a totalement modifié la place de la sexualité dans le monde social et dans le champ de la santé publique. La diffusion de la pilule contraceptive portée par la seconde vague des mouvements féministes a donné un fondement médical et renforcé la légitimité sociale de la dissociation entre l'activité sexuelle érotique et la procréation. Parallèlement, les sexologues américains Masters et Johnson ont élaboré la théorie de la « réponse sexuelle humaine » et de l'orgasme en attribuant à l'activité sexuelle sa propre finalité érotique. Ils décrivent une véritable « fonction sexuelle » qu'ils décomposent sur le plan biologique, physiologique et psychologique, la dissociant complètement de la fonction reproductive (3).

Ainsi, l'association entre la mise au point d'une contraception efficace permettant la régulation des naissances et la découverte scientifique de l'orgasme sont le fondement de la révolution sexuelle, avec la liberté de choisir avec qui et quand construire une vie familiale. Cela va permettre progressivement d'intégrer l'étude et le traitement des troubles sexuels en pratique clinique et dans le domaine de la santé publique (5).

Cependant, contrairement à ce qui était attendu, cette liberté sexuelle n'a pas permis d'aboutir à un épanouissement sexuel global. En effet, les années 80 ont été marquées par ses discriminations médico-sociales autour de l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la population LGBT, et la période actuelle met l'accent sur la lutte contre les violences sexuelles et les stéréotypes de genre. La perception de la sexualité par la société et sa prise en charge globale par les acteurs de santé continuent d'évoluer.

### **I.1.2. Le concept de santé sexuelle**

Le concept de santé sexuelle est apparu en 1974 lors d'une conférence à Genève, rassemblant un groupe professionnel de sexologues venus de pays européens et nord-américains, sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (13).

Ce concept soutient l'idée selon laquelle la sexualité contribue à une meilleure santé et au bien-être lorsqu'elle peut être vécue et pratiquée librement, sans contraintes et dissociée d'une activité reproductive. Cette première conférence marque un événement important : une organisation internationale s'engage dans le processus de légitimation de la dissociation entre l'activité sexuelle reproductive et non reproductive.

Cette occasion a permis d'initier l'élaboration progressive de plusieurs définitions du concept de santé sexuelle, remodelées lors de conférences ultérieures en collaboration avec la WAS (World Association for Sexual health), l'OMS et la PAHO (Pan American Health Organization) pour aboutir à celle de 2000 : « *La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre*

*et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus. »*

Elle est complétée en 2006 par la définition toujours actuelle de l’OMS qui précise que « *La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence.* » (14)

Cette définition sert également de base à la Chaire UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization) santé sexuelle et droits humains pour mener des actions visant à promouvoir dans le monde le développement, l’épanouissement et le bien être des individus. Ainsi, au travers de ses missions, l’UNESCO donne priorité à l’accès à une vie sexuelle satisfaisante sûre et agréable pour tous, et l’intègre même parmi les 17 objectifs de développement durable à atteindre d’ici 2030 (15).

### **I.1.3. Les déterminants de la santé sexuelle**

Devant la découverte de l’importance de l’impact de la santé sexuelle sur la santé globale, celle-ci est devenue une priorité de santé publique pour les institutions européennes. Comme nous le verrons ci-après [*Préambule § II.3 Défis à venir*], en France une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle a été mise en place en 2017 (6). Elle souligne la nécessité de l’analyse des déterminants de la santé sexuelle pour intervenir en amont des problèmes et ainsi améliorer les indicateurs de santé de la population.

On peut regrouper les déterminants de la santé sexuelle en trois champs (6) :

- Le champ **individuel** : il comprend les dimensions physiques et biologiques, socio-économiques, les compétences sociales, émotionnelles, relationnelles et mentales.
- Le champ **communautaire** : il concerne l’influence des milieux sur l’individu, c’est-à-dire la famille et ami(e)s, la communauté locale, scolaire, le travail et l’hébergement.
- Le champ **structurel et contextuel** : il comprend d’une part, les systèmes éducatifs, de santé et socio-sanitaires, l’aménagement du territoire, les médias et techniques de communication, et d’autre part, les contextes politiques, législatifs, économiques, démographiques, socioculturels et culturels.

Ainsi, afin de corriger les inégalités sociales et territoriales de santé et notamment de santé sexuelle, il faut mobiliser des leviers qui impactent directement ces déterminants. Parmi ces leviers il y a en premier lieu la prévention primaire (information, éducation, communication pour promouvoir la santé sexuelle) permettant par exemple de faire évoluer les représentations sociales concernant l'identité de genre et l'orientation sexuelle. De même, la prise en compte des dysfonctions sexuelles impactant le bien-être sexuel qui apparaissent lors de différents événements de la vie comme la grossesse, les maladies chroniques, le vieillissement et le handicap sont des éléments importants à prendre en charge.

De nombreux acteurs nationaux et locaux sont nécessaires à la mise en place d'actions ciblant ces déterminants. Mais ce sont surtout les services et professionnels de santé, notamment de premier recours, qui jouent un rôle primordial dans la mobilisation de ces leviers impactant la santé sexuelle (6).

## **I.2. Abord de la sexualité en médecine générale**

### **I.2.1. Rôle du médecin généraliste**

Il existe dans de nombreux pays européens et particulièrement en France un décalage entre la fréquence élevée des troubles sexuels dans la population et le faible nombre de consultations en rapport avec ces troubles, alors que les personnes interrogées disent vouloir y trouver une solution (16). Trop peu de patients français ont conscience qu'aujourd'hui la santé sexuelle fait partie intégrante du domaine médical et qu'il existe des solutions et des traitements efficaces à la plupart des troubles sexuels. Pourtant, comme nous l'avons vu, la santé sexuelle est une problématique de santé publique et de soins primaires.

Selon l'OMS, l'abord de la sexualité fait partie intégrante des compétences de prise en charge globale du médecin généraliste (17). Il doit promouvoir et préserver la santé sexuelle de ses patients pour leur garantir un bon état de santé en tant « *qu'état de complet bien-être physique, mental et social* » ainsi qu'une bonne qualité de vie.

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) soutient également que les préoccupations autour de la sexualité s'intègrent complètement aux rôles et compétences du médecin généraliste définis en 2002 (18). A travers notamment des compétences de premier recours (avec par exemple le dépistage et le traitement des IST, la prescription d'une contraception) ou de manière plus large en mobilisant des compétences de prévention et d'approche centrée sur le patient.

En tant qu'interlocuteur privilégié, son rôle est d'apporter une écoute, des conseils, une thérapeutique ou de pouvoir orienter le patient vers un spécialiste adapté à sa problématique sexuelle. De plus, l'approche globale du patient lui permet de cibler et de prendre en charge certaines pathologies qui peuvent influencer sur la santé sexuelle à différents âges de la vie (maladies cardiovasculaires, handicap, cancer, ménopause...) et de prendre en compte certains facteurs environnementaux et de la vie personnelle du patient qu'il connaît souvent bien en tant que médecin de famille.

### **I.2.2. Freins à l'abord de la sexualité en consultation**

Plusieurs études nationales et à l'étranger montrent que patients et médecins estiment qu'il est important d'évoquer la sexualité en consultation mais qu'il existe des deux côtés des freins à l'abord de ce sujet (10,19–21).

*Concernant les médecins, les obstacles les plus souvent rapportés sont les suivants :*

#### **• Le manque de formation**

Une étude de 2005 sur des internes en fin de cursus à la faculté de Saint-Etienne a montré qu'une majorité d'entre eux a déjà rencontré des patients ayant une plainte sexuelle mais n'a pas été à l'aise pour y répondre (19). Dans plus de 90% des cas, ils ont ressenti un besoin de formation pour prendre en charge ces plaintes. Plus de 80% des internes estimaient ne pas avoir bénéficié de formation universitaire ou extra-universitaire sur ce thème alors qu'ils terminaient leur cursus. La méconnaissance du sujet et le manque de formation prédominaient sur l'aspect tabou ou « gêne ». Les attentes de formation concernaient essentiellement le domaine psychologique, sexologique et thérapeutique. Ces résultats font

écho à ceux recueillis auprès de médecins généralistes installés qui regrettent également un manque de formation dans ces domaines (22,23).

- **Le manque de temps**

C'est l'un des principaux freins évoqués (23–25). En effet, poser la question de la santé sexuelle équivaudrait selon plusieurs témoignages à « ouvrir la boîte de pandore » au cours d'une consultation où souvent plusieurs motifs sont déjà intriqués. Il y a aussi le souci du motif évoqué par le patient en quittant le cabinet ou sujet « poignée de porte », ce qui diminue grandement le temps qui pourrait initialement être accordé à la question (24).

- **La gêne**

D'une part, il y a la gêne à aborder l'intime. En effet, les représentations sociales, culturelles et religieuses du médecin ainsi que son vécu personnel et ses tabous peuvent influencer sur son degré d'aisance à aborder le sujet (22). En outre, les propres représentations sexuelles du praticien peuvent instiller des biais dans la manière d'aborder la sexualité notamment à travers certains « stéréotypes » ancrés dans les consciences. A titre d'exemple, cela peut les inciter à spontanément accentuer le dépistage des IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) par rapport aux autres patients, ou encore à informer les femmes sur la contraception mais pas les hommes.

Toutes ces représentations coexistent avec la crainte de s'immiscer dans la vie privée du patient et de paraître trop intrusif, notamment lorsqu'il s'agit de le questionner sur son orientation sexuelle (26). Une étude menée auprès de médecins généralistes du Pays de Galle a mis en évidence que 49% des médecins interrogés craignaient de créer une gêne chez le patient et 15% craignaient la gêne du médecin lui-même (27).

On note également la peur de vexer le patient, que les questions posées soient mal interprétées, vues comme des jugements de valeur (23).

D'autre part, est décrite la gêne liée à la différence d'âge et/ou de sexe avec le patient. Certains médecins se trouvent trop jeunes pour aborder le sujet avec des patients plus âgés, ou encore projettent plus de difficultés à en discuter avec des patients de sexe opposé (27).

*Du côté des patients, on peut retenir les obstacles suivants :*

- **La place de médecin de famille**

Elle peut être un véritable atout dans la relation médecin-patient pour discuter d'intimité avec une relation de confiance déjà instaurée, mais peut aussi être perçue comme un frein. Certains

patients préfèrent cloisonner ce sujet et en parler avec un médecin qu'ils ne connaissent pas (9,10). De plus, si la famille est suivie par le même médecin, certains patients peuvent craindre que des informations sur leur vie personnelle soient divulguées (11).

- **La gêne liée à la différence d'âge et/ou de sexe**

Elle se retrouve également du côté des patients. Une étude qualitative sur cette gêne a montré qu'elle semblait moins importante lorsque le médecin est du même sexe et d'un âge proche de celui du patient, car celui-ci aurait tendance à penser que le médecin pourrait être confronté aux mêmes expériences que lui et ainsi mieux le comprendre (9).

Finalement, lorsque l'on balaie la littérature concernant l'abord de la sexualité en consultation et plus particulièrement en médecine générale, on se rend compte qu'il existe finalement plus de freins chez les médecins que chez les patients. Les médecins généralistes projettent et surestiment probablement la gêne ressentie par les patients. Celle-ci est bien sûr à prendre en considération, cependant même lorsqu'ils sont gênés, la majorité d'entre eux souhaitent tout de même parler de sexualité avec leur médecin. C'est le cas par exemple pour les IST : un recueil de données d'une thèse de 2020 a montré que les médecins interrogés évoquent un retour positif de la part des patients lorsque le sujet des IST est abordé en consultation (23). Une étude suisse de 2011 a conclu que 90,9% des patients souhaiteraient que leur médecin généraliste les interroge sur leurs antécédents sexuels et qu'il existait une brèche entre les attentes des patients et le retour des médecins en ce qui concerne l'abord du sujet des IST, notamment les conseils de prévention donnés (21). On retrouve ces mêmes constats dans une étude de 2011 mettant en évidence que l'abord de la sexualité par les médecins généralistes est souvent source de difficultés, que ce soit pour poser les questions nécessaires à l'évaluation du risque ou pour répondre aux interrogations du patient. Dans la pratique, pour 41,3% d'entre eux, il était difficile d'aborder les questions relatives à la vie affective et sexuelle en consultation (28).

Ainsi, il reste des progrès à faire dans notre pratique de médecine générale pour améliorer la prise en charge de la plainte sexuelle.

On peut citer comme premier axe d'amélioration le renforcement de la formation lors du cursus universitaire. Ensuite, on peut inciter les praticiens à utiliser la consultation prétexte par exemple la prescription d'une contraception, le certificat de non-contre-indication à la

pratique sportive, le début de grossesse, la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires, etc. Cela permet d'adopter une attitude proactive en amorçant le dialogue de façon simple et directe dans des situations cliniques appropriées, et ainsi limiter la gêne du côté du médecin et du patient. Afin de pallier le manque de temps décrit précédemment, une consultation entièrement dédiée pourrait être initiée. Soit en proposant au patient de reprogrammer une consultation spécifique, soit pour les femmes ou hommes de moins de 26 ans en utilisant la première consultation de contraception et de prévention des IST (CCP) prise en charge à 100%. D'autres pistes gouvernementales sont en cours de réflexion avec par exemple le renforcement de l'information et de l'éducation sur plusieurs temps scolaires ou encore la mise en place de consultations obligatoires et remboursées permettant d'aborder la sexualité chez les jeunes tout en vérifiant le statut vaccinal.

On note également dans la littérature l'idée d'aborder la sexualité lors de la première consultation avec un nouveau patient, ce qui permet d'intégrer les questions (orientation sexuelle, antécédents de violences sexuelles par exemple) dans le recueil systématique des antécédents médicaux, au côté du statut tabagique, de la consommation d'alcool et d'autres items de prévention, et ainsi d'éviter une gêne ou une peur du jugement chez les patients.

De plus, une connaissance et une coordination des médecins traitants avec les CeGIDD semble indispensable. Cela permet d'informer et d'orienter les patients vers ces centres en leur offrant différents moyens de se faire dépister selon les problématiques de chacun. En effet, certaines enquêtes de 2018 et 2019 ont montré que les médecins généralistes orientent souvent les patients vers des spécialistes mais qu'ils connaissent encore peu les CeGIDD (7). Ainsi, l'implication de la médecine de ville comme acteur de prévention pourrait être optimisée par des actions de formation régulière et une meilleure communication autour des CeGIDD.

## **II. Le CeGIDD**

### **II.1. Histoire de la création des CeGIDD**

#### **II.1.1. Les dispensaires antivénéériens**

Le Professeur Alfred Fournier (1832-1914), ancien Président de la Société Française de Dermatologie, a consacré sa carrière à l'étude de la syphilis et à la lutte contre ce fléau. Il est le premier à proposer la création de consultations externes dans des dispensaires rattachés aux hôpitaux, répartis dans les différents quartiers de Paris, avec des horaires qui permettaient aux employés et ouvriers de venir en dehors de leurs heures de travail (29). Avec également une distribution gratuite de médicaments et de fiches individuelles offrant à tout malade, au verso de chaque ordonnance, une instruction élémentaire pour l'éclairer sur les dangers de la syphilis pour lui-même et pour autrui. De plus, contrairement au système de l'époque, il prône le principe d'une consultation individuelle, privée et secrète. Les dispensaires deviennent alors un service médical avec sa propre autonomie et un personnel de médecins recrutés par concours spéciaux (29).

Mais c'est surtout lors de la première guerre mondiale que les médecins et les pouvoirs publics se sont alarmés de la recrudescence des maladies vénériennes et notamment de la syphilis chez les militaires mais également dans la population civile. Plusieurs dispositions ont été prises telles que des mesures de police renforcées contre la prostitution clandestine et la création le 25 septembre 1916 de centres spécialisés de dermato-vénérologie, soumis à la direction unique de Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat de la guerre, responsable du service de santé militaire (30). Ce sont des dispensaires spéciaux où les personnes atteintes de maladies vénériennes peuvent être prises en charge dans des conditions de secret et de gratuité absolus. Afin d'accentuer la discrétion, ces dispensaires sont appelés en 1917 « consultations pour les maladies de la peau et des muqueuses ». Ils deviennent ensuite des dispensaires antivénéériens (DAV).

Plus tard, la Loi Neuwirth de 1967 (12) met en place le dispositif des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). Dans les années 1980, la réponse institutionnelle aux risques liés à la sexualité s'organise autour des DAV et des CPEF, tous deux gérés par les

collectivités locales, dépendant des conseils généraux. En 1986, 267 DAV avec 338 points de consultations ont été recensés (31).

### II.1.2. CDAG et CIDDIST

Dans les années 1980, l'épidémie du VIH ainsi que les mouvements populaires et sociétaux font évoluer les normes sur les représentations de la sexualité ainsi que le paysage de la prévention.

En 1985, les centres de transfusion sanguine fournissent un test de dépistage du VIH gratuit et sans justification d'identité (32). Pour offrir une alternative à ce système, la loi du 30 juillet 1987 prévoit que « *dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine* » (33). C'est la création des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) qui s'étendent sur tout le territoire français, avec une implantation dissociée des structures de prise en charge de l'infection. Ils sont financés par l'assurance maladie et habilités par l'ARS.

La circulaire du 20 janvier 1988 expose les fonctions des CDAG basées sur l'information et sur le dépistage volontaire. Un numéro d'anonymat est attribué au patient et le résultat est remis à sa seule demande au cours d'un entretien avec un médecin (32). Ces mesures sont destinées à éviter la stigmatisation des personnes concernées.

Les décrets du 17 juillet et 6 août 1992 complétés par la circulaire du 29 janvier 1993 étendent le dispositif aux DAV non désignés comme CDAG, aux consultations de protection maternelle et infantile (PMI), puis aux CPEF. Le dépistage y est aussi gratuit mais contrairement aux CDAG, non systématiquement anonyme. Devant les modifications des possibilités diagnostiques et les nouvelles stratégies thérapeutiques, la circulaire du 9 juillet 1998 élargit les objectifs des CDAG avec notamment le dépistage des personnes précarisées ou vulnérables aux risques, et le dépistage des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C (32). Ainsi, la démarche de prévention évolue avec la mise en place d'une approche centrée patient basée sur l'entretien motivationnel et le counseling <sup>2</sup>(12).

Parallèlement, l'Etat s'implique dans la lutte contre le VIH et notamment à travers la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales indiquant que « *la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement*

*transmissibles relève de la responsabilité de l'Etat » (34). Ainsi, les DAV sont transformés en centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). On peut souligner l'importance de cette nouvelle terminologie car on ne parle plus ici de maladie mais d'infection : cela inscrit la prise en charge des IST dans une dimension plus positive où être porteur de l'infection ne signifie pas forcément être malade.*

Les CIDDIST ont des missions similaires à celles des CDAG, mais avec un dépistage élargi à toutes les IST. Globalement, les CDAG s'occupent uniquement du dépistage du VIH et des hépatites, les CIDDIST du diagnostic et traitement des IST, et les CPEF abordent l'information et l'éducation à la sexualité avec un public plus féminin et plus jeune (35).

Contrairement aux CDAG, les CIDDIST sont financés par le budget de l'Etat.

Ainsi cohabitent sur le territoire les CDAG et les CIDDIST, certains centres ayant le double statut CDAG et CIDDIST, avec des activités hospitalières ou extra-hospitalières.

En 2011, on dénombre sur le territoire français 368 sites CDAG et/ou CIDDIST (36) soit :

- 249 sites pratiquant à la fois l'activité CDAG et CIDDIST sur le même lieu dont 144 en milieu hospitalier
- 95 sites CDAG uniquement dont 76 en milieu hospitalier
- 24 sites uniquement CIDDIST dont 17 en milieu hospitalier

### **II.1.3. Naissance des CeGIDD**

La réglementation au sein des CDAG et CIDDIST évolue en 2010 avec notamment l'arrêté du 8 juillet qui vient moduler le principe de l'anonymat afin d'améliorer l'accompagnement dans certaines prises en charge sanitaires. Ainsi, la levée de l'anonymat est autorisée avec le consentement du consultant en cas de nécessité thérapeutique (37).

Parallèlement, le ministère de la santé, à travers le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST de 2010-2014, propose une rénovation du dispositif CDAG/CIDDIST en s'appuyant sur le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'août 2010 (35). Celui-ci confirme que la cohabitation des deux structures CDAG et CIDDIST rend la situation sur le terrain complexe : deux circuits de financement différents, des missions qui se recoupent, un manque d'harmonisation des pratiques et une grande hétérogénéité dans la localisation territoriale (38).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande également la fusion organisationnelle des CDAG et CIDDIST et souligne la nécessité de faire de ces structures des références en matière de santé sexuelle (39).

Ces différentes recommandations se concrétisent en 2015 autour de la loi de financement de la sécurité sociale qui aboutit à la création des CeGIDD, actifs à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016 (40).

La mise en place de ce nouveau dispositif répond à deux objectifs principaux. D'une part, accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage, notamment pour les personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre. D'autre part, simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi faciliter son pilotage et son suivi.

## **II.2. Cahier des charges d'un CeGIDD**

### **II.2.1. Missions**

Les CeGIDD doivent respecter un cahier des charges bien précis et répondre à des missions de santé publique fléchées et listées.

L'arrêté du 15 juillet 2015 précise les différentes missions attendues au sein des centres (41). Les missions dans le domaine de la lutte contre l'infection par le VIH, les hépatites virales et les IST rassemblent globalement celles précédemment assurées par les anciens CIDDIST et CDAG. Cependant, la vaccination s'élargit en incluant notamment l'hépatite B, l'hépatite A et le papillomavirus humain.

Les nouveautés concernent principalement le domaine de la prévention des autres risques de la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle : l'éducation à la sexualité, la contraception, l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG), les violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre, et les troubles sexuels.

Une des innovations est également la possibilité de réalisation d'activités hors les murs par le personnel du CeGIDD. Ces consultations en dehors du local principal du centre appelées « antennes » sont destinées aux publics les plus éloignés du système de soin ou les plus exposés aux risques de transmission des IST.

De plus, des missions facultatives peuvent être organisées afin de répondre à des besoins spécifiques territoriaux ou populationnels.

L'essentiel des missions est présenté dans le [Tableau I.] ci-dessous :

MISSIONS	Détails des missions des CeGIDD
<b>Missions dans le domaine de la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST</b>	<p>1- accueil et information de l'utilisateur</p> <p>2- entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition</p> <p>3- élaboration avec l'utilisateur de son parcours de santé</p> <p>4- dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic réalisés chez l'utilisateur et, le cas échéant, chez ses partenaires, sous réserve de leur accord</p> <p>5- conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, gels, digues dentaires...)</p> <p>6- prise en charge et suivi d'un accident d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC), conformément à la réglementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B, ou orientation vers une structure autorisée</p> <p>7- prise en charge médicale de l'utilisateur porteur d'une chlamydie, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée (voir liste indicative en annexe 5)</p> <p>8- orientation (voire accompagnement si nécessaire) de l'utilisateur porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée</p> <p>9- orientation de l'utilisateur porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser</p> <p>10- prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur pour l'ensemble de ces infections et orientation en cas de besoin</p> <p>11- vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles</p> <p>12- réalisation d'activités hors les murs en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage</p> <p>13- conseil et expertise auprès des professionnels locaux</p>
<b>Missions dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle</b>	<p>14- information et éducation à la sexualité</p> <p>15- information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge</p> <p>16- prévention des grossesses non désirées notamment par : la prescription de contraception y compris la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ; l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent</p> <p>17- prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate</p>
<b>Prise en charge spécifique et facultative</b>	<p>18- En vue de répondre à des besoins territoriaux ou populationnels dans les domaines visés ci-dessus, un centre peut organiser, à titre facultatif et avec l'accord de l'ARS, une prise en charge spécifique orientée vers la réponse à ces besoins</p>

**Tableau I. Détails des missions des CeGIDD** (BO Santé-Protection sociale-Solidarité n° 2015/7 du 15 août 2015)

L'ARS augmente régulièrement le nombre de missions demandées aux CeGIDD. A titre d'exemple, depuis 2022 elle demande également d'accueillir, de prendre en charge et d'accompagner les victimes de piqûres malveillantes et de participer aux dépistages et à la vaccination contre la variole du singe.

## II.2.2. Public pris en charge

Initialement, les CeGIDD étaient principalement destinés à une population précaire, étrangère, hors du système de sécurité sociale.

Cependant, devant la recrudescence des IST y compris dans les populations bénéficiant d'un suivi médical adapté et d'une couverture sociale, les écueils initiaux se sont ajustés avec les recommandations actuelles qui incitent à un élargissement des politiques de dépistage.

Ainsi, le CeGIDD assure actuellement une mission de service public auprès de la population générale et des publics cibles (41). Il se doit d'accueillir et de proposer ses services à l'ensemble de la population générale sans aucune discrimination.

Néanmoins, les actions doivent rester dirigées envers les publics les plus exposés aux risques de transmission des IST ou ceux les plus éloignés du système de soin, sans pour autant exclure le reste de la population.

### Les publics cibles peuvent être résumés ici :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
- les personnes originaires d'une zone de forte prévalence
- les populations des départements français d'Amérique
- les personnes consommant ou ayant consommé des substances psychoactives
- les personnes détenues
- les personnes en situation de prostitution
- les personnes transsexuelles
- les personnes vivant avec le VIH ou avec une hépatite virale
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH
- les jeunes
- les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes
- les personnes ayant au moins un autre facteur de risque (antécédent de transfusion, situation de précarité, pratiques sexuelles non protégées en présence de sang...)

Concernant l'accueil des personnes mineures, la législation (42) se heurte régulièrement à la réalité du terrain.

En effet, des contradictions dans les directives ont été souvent relevées du fait de l'incohérence entre un accueil libre, gratuit et anonyme et l'obligation pour un consultant mineur d'être accompagné par une personne majeure de son choix. La jurisprudence a récemment donné raison au corps médical et la loi est en train d'évoluer : au sein du CeGIDD un mineur peut maintenant être accueilli, dépisté, traité et, dans certains cas, accompagné pour une IVG, sans l'accord de ses représentants légaux. Seul l'acte de vaccination reste actuellement indissociable de l'accord des deux représentants légaux.

Cela soulève notamment la problématique de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV). Cette question encore en suspens a été directement soumise au Président de la République et au ministre de la Santé lors du lancement du Conseil National de la Refondation (CNR) en septembre 2022 (43).

### **II.2.3. Personnel**

Dans le cahier des charges, le personnel d'un CeGIDD doit comporter au minimum (41) :

- Un(e) médecin (généraliste ou spécialiste) ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST
- Un(e) infirmier(e)
- Un(e) secrétaire chargé(e) de l'accueil du public et d'assister les autres membres du personnel dans la saisie et le traitement des données
- Un(e) assistant(e) social(e)
- Un(e) psychologue ayant des compétences dans le domaine de la santé sexuelle

Un coordonnateur est désigné parmi le personnel et est chargé du suivi de l'activité du centre.

En fonction de l'évolution des besoins de prise en charge populationnels et territoriaux, le CeGIDD peut inclure à titre facultatif des spécialistes ou d'autres acteurs non professionnels de santé, après accord de l'ARS.

Par exemple, le CeGIDD de la Vienne a été un précurseur dans ces modulations en fonctionnant en binôme médecin-sage-femme, contrairement aux autres CeGIDD en France

qui fonctionnent plutôt avec un binôme médecin-infirmier. Cela facilite une prise en charge globale de tous les consultants sans limitation genrée, notamment via la complémentarité des compétences dans ce binôme.

Ainsi, cette spécificité locale permet un abord parfois plus facile et plus sensible de la sexualité ainsi qu'une expertise notable dans l'accompagnement de la femme grâce à la formation particulière des sage-femmes. Le médecin intervient dans les prises en charge plus spécifiques ne relevant pas des compétences de la sage-femme, notamment en ce qui concerne la population masculine.

#### **II.2.4. Modalités de fonctionnement**

Chaque CeGIDD est réglementairement soumis à une habilitation, délivrée à travers une évaluation et une autorisation d'exercice.

Parmi les dispositions communes à l'ensemble des CeGIDD, ceux-ci se doivent d'assurer au minimum 4 demi-journées d'ouverture par semaine dans le local principal, avec la présence garantie d'un médecin aux horaires d'ouverture.

Afin de couvrir l'ensemble des besoins populationnels, le centre peut délocaliser des consultations « antennes » en dehors du site principal sans faire l'objet d'une demande d'habilitation spécifique.

Toutes les prestations dispensées dans le centre sont gratuites et doivent répondre aux missions de l'ARS.

#### **II.2.5. Cas particulier du CeGIDD du CHU de Poitiers**

Le CeGIDD de la Vienne a été inauguré en 2016.

Sa première habilitation a eu lieu lors de sa création en 2015, renouvelée en septembre 2022 pour les cinq années à venir.

Il est composé d'un local principal dans l'enceinte du CHU de Poitiers et de quatre antennes : en centre-ville au relais Georges Charbonnier, au pôle de Montmorillon ainsi que sur les sites de Loudun et Châtelleraut du groupe hospitalier Nord-Vienne.

L'originalité du local principal est son intégration au sein d'une structure particulièrement innovante, appelée la Vie la Santé (qui se prononce « la villa santé »).

Il s'agit de la première maison de santé publique en France qui est génératrice de soin.



**Figure 1. La Vie la Santé du CHU de Poitiers** (*chu-poitiers.fr*)

Inaugurée en novembre 2018, elle représente une surface de 700 mètres carrés construite dans une démarche salutogénique, laquelle consiste à favoriser les approches favorables à la santé et au bien-être grâce à un design ergonomique, esthétique, un environnement non toxique avec des matériaux écologiques et locaux, des éléments cognitifs, sensoriels, éducatifs et ludiques.

La Vie la Santé est aménagée comme une véritable maison d'habitation traditionnelle avec différentes pièces de vie qui sont dédiées à des ateliers en rapport avec la santé et l'environnement [Figure 1.].

Ainsi, la santé s'appréhende globalement sur le plan physique, psychologique et social en se basant sur les émotions et l'auto-apprentissage, ce qui permet à l'individu de devenir l'acteur principal de sa santé. Par exemple, pour aborder la santé sexuelle, le fait d'avoir une chambre à coucher au sein de la structure permet dans certains cas une contextualisation pour appuyer les propos.

Les consultations au CeGIDD sont alors réalisées dans une ambiance la moins médicalisée possible, au sein d'un cadre agréable privilégiant la lumière naturelle et les végétaux, sans blouse blanche, en face à face et sans bureau. Ces éléments ont été pensés et ajustés dans un objectif de mise en confiance, de bien-être et donc de libération de la parole.

Par ailleurs, le choix de l'emplacement du local est moderne et judicieux : il est placé dans l'enceinte du CHU mais tourné vers l'extérieur, permettant une accessibilité simple et discrète. En outre, son détachement physique du service de maladies infectieuses est fort en intention et véhicule une vision doublement positive : venir consulter au CeGIDD s'inscrit dans une démarche volontaire de rester en bonne santé, et en même temps une infection sexuelle n'est pas forcément synonyme de maladie en devenir.

Depuis la pandémie à SARS-Cov-2, les consultations se font uniquement sur rendez-vous avec des permanences du lundi au vendredi.

Le CeGIDD de Poitiers donne également accès à une consultation d'assistance sociale et à une consultation de psychologie, permettant ainsi un premier accueil spécialisé dans ces domaines.

Comme pour tout CeGIDD, un rapport d'activités doit être transmis chaque année à l'ARS et aux institutions. Les données des trois années précédentes ont été rassemblées dans le tableau suivant [Tableau II.].

*Nous avons consigné ici uniquement celles qui étaient le plus en rapport avec notre étude.*

Entre 2019 et 2021, le nombre de consultations totales a augmenté d'environ 48%.

Il est resté quasiment stable en 2020, malgré une baisse des consultations de dépistage d'environ 27% très probablement liée aux conséquences de la pandémie à SARS-Cov-2, pour ensuite réaugmenté de 57% entre 2020 et 2021. [Figure 2]

Les dépistages représentent le nombre de consultations le plus important sur ces trois dernières années.

Les consultations pour une contraception régulière ont été multipliées par 10 entre 2019 et 2021, de même que celles pour violences sexuelles qui ont été multipliées par plus de 7.

Le nombre de consultations pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) est passé de 0 à 7 entre ces deux années. Les accidents d'exposition à un risque viral sont un motif de consultation minoritaire avec seulement 1 ou 2 consultations par an. [Figure 3]

Les données transmises dans le logiciel ne rapportaient pas de consultations de psychologie, en revanche ces trois dernières années une psychologue était présente sur place à hauteur de 10% de temps de travail et assurait environ trois consultations par semaine.

Notons également qu'il n'y a pas eu de consultations d'assistance sociale en 2020 et 2021 et que le nombre d'orientations vers d'autres professionnels de santé entre ces deux années a augmenté de 26%.

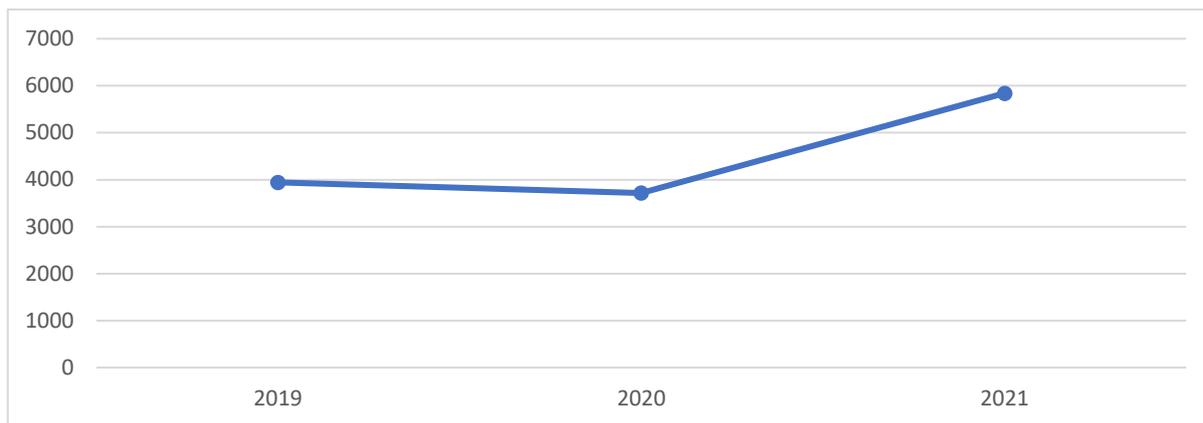
	2019	2020	2021
<b>Consultations totales</b>	3943	3716	5840
<b>Dépistages</b>	2148	1561	2092
<b>Contraception régulière</b>	10	68	105
<b>Contraception d'urgence</b>	15	7	3
<b>Grossesse</b>	NA	NA	NA
<b>IVG</b>	NA	NA	NA
<b>Violences sexuelles</b>	27	107	201
<b>PrEP</b>	0	1	7
<b>AEV (sans TPE)</b>	1	2	2
<b>Consultation de psychologie</b>	NA	0	0
<b>Consultation d'assistance sociale</b>	NA	0	0
<b>Orientations vers d'autres professionnels de santé</b>	NA	148	186

**Tableau II. Extraits des rapports d'activités 2019-2020-2021 au CeGIDD du CHU de Poitiers**

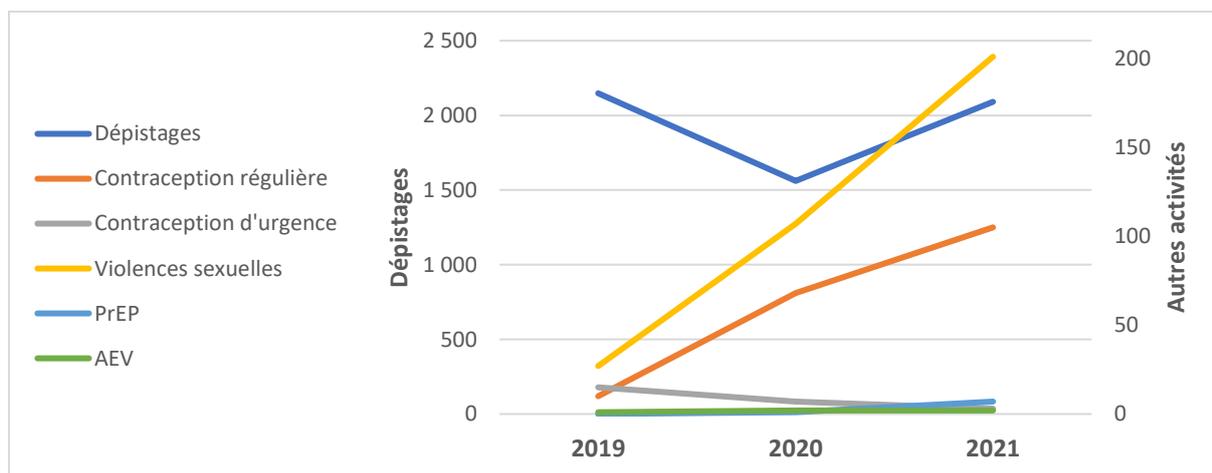
*IVG : Interruption Volontaire de Grossesse - PrEP : Prophylaxie pré-exposition*

*AEV : Accident d'exposition à un risque viral - TPE : Traitement post-exposition*

*NA : Non Applicable*



**Figure 2. Evolution du nombre de consultations totales au CeGIDD du CHU de Poitiers entre 2019 et 2021**



**Figure 3. Evolution du nombre de dépistages et des autres activités au CeGIDD du CHU de Poitiers entre 2019 et 2021**

## **II.3. Défis à venir**

### **II.3.1. Recommandations**

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), dans les suites de l'évaluation du 5ème plan de lutte contre le VIH-Sida et les IST (44) ainsi que dans le cadre de ses recommandations sur la santé sexuelle et reproductive (45), a fait le constat d'une prise en charge de la santé sexuelle morcelée entre de nombreuses institutions et différents plans et politiques de santé publique, sans véritable articulation entre eux. Il recommande de mettre en place « *une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population* ».

Le rapport relatif à l'éducation à la sexualité rendu par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes a également pointé ce morcèlement et recommande un plan national d'action pour une éducation à la sexualité effective visant l'ensemble des espaces de socialisation des jeunes (46).

Ainsi se met en place un nouveau plan intitulé Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, sous l'égide de la Direction Générale de la Santé (DGS), avec un agenda qui s'étend de 2017 à 2030 (6).

La feuille de route que nous suivons actuellement est celle de 2021-2024 (47). Elle s'inscrit forcément dans le contexte de la crise sanitaire liée au SARS-Cov-2 qui, comme nous le verrons ci-après [cf Préambule § III. Rappels et état des lieux], marque à présent l'urgence à agir pour rattraper la baisse des dépistages de l'infection par le VIH et des autres IST ainsi que la baisse des interventions de prévention liées toutes deux en partie aux conséquences de la pandémie.

### **II.3.2. Evolution vers les centres de santé sexuelle**

Le CeGIDD fait partie intégrante de cette Stratégie Nationale de Santé Sexuelle à travers plusieurs objectifs que l'on peut résumer ici (6) :

- Diffuser une information de prévention adaptée auprès des jeunes et renforcer la promotion de la santé en lien avec l'éducation nationale en utilisant les nouveaux moyens de communication et en favorisant l'accès aux préservatifs en milieu scolaire.

*A titre d'exemple, depuis 2018, certains préservatifs sont remboursés par la sécurité sociale si prescrits sur ordonnance mais ce système reste encore peu connu et mal-employé, notamment chez les jeunes. Lors d'une récente session du CNR consacrée à la santé des jeunes en décembre 2022 (43), le Président de la République a annoncé qu'à partir de janvier 2023 les préservatifs seraient gratuits en pharmacie pour les 18-25 ans, sans nécessité d'ordonnance. Aux acteurs du CeGIDD de se saisir de cette information et de la diffuser chez les consultants ou lors d'ateliers proposés en milieu scolaire.*

- S'ouvrir comme terrain de stage afin d'intégrer la thématique de santé sexuelle dans la formation des professionnels de santé et du médico-social.
- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST et intensifier le dépistage du VIH en favorisant le dépistage répété des populations les plus exposées afin d'éliminer ces épidémies d'ici 2030.
- Améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du rattrapage de la vaccination anti-virus de l'hépatite B (VHB) notamment en ciblant les jeunes publics accueillis (populations en situation de précarité, mineurs et jeunes adultes sous main de justice).
- Améliorer l'accès à la contraception féminine et masculine, réduire les grossesses non prévues et non désirées, prévenir l'infertilité en fonction des déterminants comportementaux et environnementaux.
- Améliorer la prise en charge des personnes trans<sup>3</sup> en renforçant la formation des professionnels de santé et médico-sociaux sur les parcours de transition, les spécificités de cette population et en ouvrant des consultations appropriées.
- Intégrer la prise en charge des autres maladies chroniques, de la santé mentale et des addictions, notamment en travaillant sur la réduction des risques liés au chemsex<sup>4</sup> et en développant une offre de consultations spécialisées (proctologues, dermatovénérologues, hépatologues, urologues, sexologues).
- Lutter contre les discriminations selon le statut sérologique, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou le handicap.
- Poursuivre la recherche clinique dans le domaine de la santé sexuelle.

Plus particulièrement, les grandes lignes de la feuille de route 2021-2024 de cette Stratégie Nationale se déclinent autour de 30 actions selon de 6 axes principaux (47).

Pour les résumer, ces actions rejoignent les objectifs principaux cités ci-dessus (6) avec en plus une attention particulière portée sur le renforcement de l'accessibilité des CeGIDD grâce à la téléconsultation en santé sexuelle (action n°11).

Ainsi, à terme, le l'objectif est de tendre vers une offre globale regroupant les problématiques du VIH, des IST, celles de la fertilité et de l'éducation, en s'adaptant aux besoins populationnels. Le but étant la création *in fine* de véritables centres de santé sexuelle qui regroupent différentes entités pré-existantes, notamment CeGIDD et CPEF.

C'est le cas par exemple à Paris avec l'hôpital Hôtel-Dieu qui possède déjà un centre de santé sexuelle avec une équipe pluridisciplinaire proposant des consultations de dermatologie, gynécologie, sexologie, psychologie et un service d'assistance sociale (48).

### **III. Rappels et état des lieux**

#### **III.1. Infections sexuellement transmissibles**

*Nous ne détaillons volontairement pas ici les virus de l'hépatite B et C qui sont abordés en [Préambule § III.4. Evolution des pratiques sexuelles]*

##### **III.1.1. VIH**

###### **Brefs rappels physiopathologiques (49)**

Le VIH appartient à la famille des rétrovirus, avec une grande variabilité génomique : VIH-1 les plus répandus, et VIH-2 circulant essentiellement en Afrique de l'Ouest.

Les modes de transmission sont sexuels (sperme, sécrétions vaginales), sanguins (partage de matériel d'injection contaminé, accident professionnel d'exposition au sang) ou dans le cas particulier de la transmission mère-enfant (primo-infection pendant la grossesse, accouchement, allaitement).

Le test de dépistage de référence est la méthode immuno-enzymatique de type ELISA de détection combinée (détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 et de l'antigène p24). Si ce test est positif, il est confirmé par un Western-Blot. En situation d'urgence ou pour promouvoir le dépistage on peut également utiliser les tests rapides à partir

de sang capillaire qui sont moins sensibles lors de la primo-infection mais peuvent révéler les anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 en quelques minutes.

La charge virale plasmatique est aussi utilisée avec une positivité plus précoce que les sérologies mais imposant une période de 10 jours entre la contamination et la détection.

Les cellules cibles du VIH sont celles possédant un récepteur membranaire CD4 (lymphocytes T CD4, monocytes/macrophages, cellules dendritiques, cellules de Langherans et cellules de la microglie cérébrale) qui reconnaît spécifiquement une protéine d'enveloppe virale entraînant des modifications conformationnelles et la pénétration du virus dans les cellules. Le mécanisme de réplication virale est intense, pouvant aller jusqu'à la production de 10 milliards de virions par jour chez une personne infectée non traitée. Cette infection virale se chronicise et aboutit à une destruction du système immunitaire.

L'évolution sur une dizaine d'années en l'absence de traitement se découpe en trois phases : aigue ou primo-infection, chronique asymptomatique puis symptomatique. Cette dernière est représentée par le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (ou SIDA) défini par la survenue d'affections opportunistes majeures liées à une immunodépression cellulaire avancée, en général lorsque le taux de lymphocytes T CD4 est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>.

#### Moyens de prévention [Figure 4.]

La prévention du VIH passe essentiellement par la prévention combinée associant plusieurs méthodes (49).

#### • **Les méthodes de prévention comportementales :**

- Les campagnes d'informations collectives et la multiplication des sources d'information individuelle (CeGIDD, internet, associations...).
- La promotion de l'utilisation du préservatif masculin et féminin dont les avantages sont de contribuer également à la prévention des autres IST et d'avoir un effet contraceptif.
- La promotion et la mise à disposition de matériel stérile à usage unique chez les usagers de drogues intra-veineuses, y compris dans les lieux de privation de liberté (prisons).
- Les mesures de précaution universelles vis-à-vis du risque d'accident d'exposition au sang (AES) diffusées dans les lieux de soin et apprises par les personnels soignants.

- **Le dépistage** : il doit être proposé le plus largement possible et répété, et ce d'autant plus en cas de situations à risque.
- **La prophylaxie pré-exposition (PrEP)** : qui s'adresse aux personnes non infectées par le VIH. Nous l'aborderons plus en détails en [§ III.4. Evolution des pratiques sexuelles]
- **Le « Treatment as Prevention » (TasP)** : le traitement antirétroviral comme prévention s'adresse aux personnes vivant avec le VIH. Il permet de rendre la charge virale indétectable et d'annuler quasi-intégralement le risque de transmission du virus au(x) partenaire(s).
- **Le traitement post-exposition (TPE) ou prophylaxie post-exposition (PEP)** : il s'agit d'une trithérapie d'urgence permettant de réduire le risque d'infection par le VIH chez une personne séronégative. Elle est indiquée dans certains cas précis d'exposition accidentelle aux liquides biologiques à risque significatif.
- **La prévention de la transmission mère-enfant** : ce cas particulier passe par la mise en place d'un traitement antirétroviral efficace à charge virale indétectable chez la mère associé à un traitement prophylactique systématique du nouveau-né pendant deux semaines.

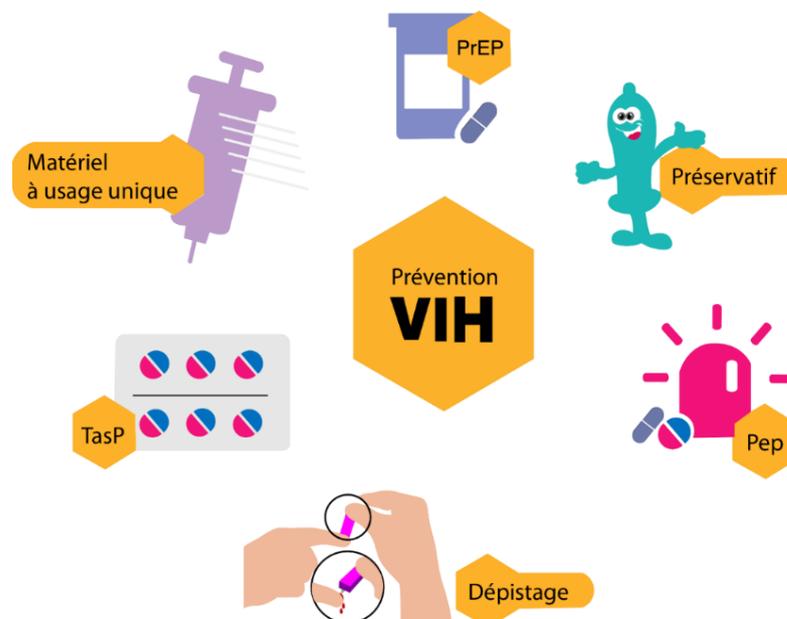


Figure 4. Moyens de prévention contre le VIH (Info-VIH.com)

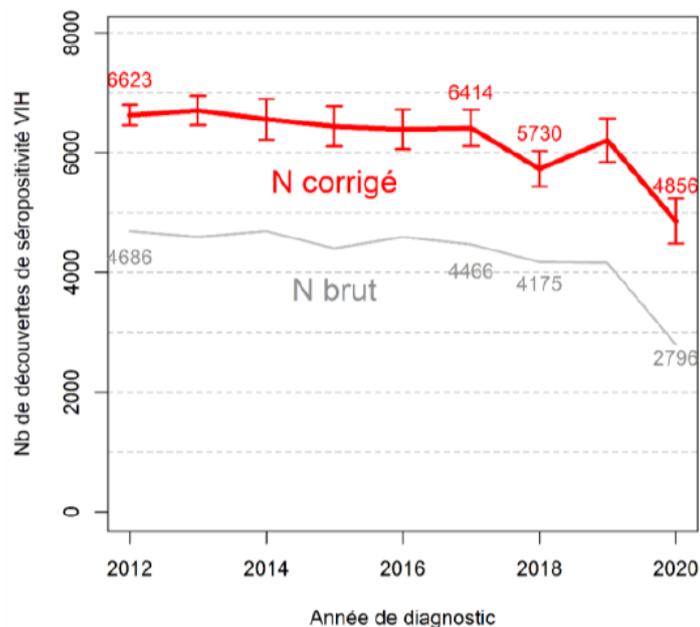
## Point épidémiologique

En 2020, les laboratoires de biologie médicale ont réalisé 5,2 millions de sérologies VIH, quels que soient les lieux de prélèvement (ville, hôpital, CeGIDD etc.), hors don du sang. L'activité de dépistage du VIH, qui avait augmenté de façon ininterrompue entre 2013 et 2019, a diminué entre 2019 et 2020 (-14%) en raison d'une baisse du recours au dépistage lors du premier confinement au printemps 2020 lié à la pandémie à SARS-Cov-2.

Les ventes d'autotests (incluant les ventes par les pharmacies et les ventes en ligne) ont également diminué de 22% par rapport au total des ventes de l'année précédente.

Cette diminution de l'activité de dépistage ainsi que les mesures de distanciation sociale peuvent expliquer la diminution du nombre de diagnostics d'infection à VIH de 22% par rapport à 2019 : on compte 4856 cas de découvertes de séropositivité en 2020 (50).

On peut observer sur le graphique ci-dessous [Figure 5.] que cette diminution fait suite à une stabilité de 2012 à 2017 puis à des fluctuations en 2018 et 2019.



**Figure 5. Nombre de découvertes de séropositivité VIH (nombre brut et nombre corrigé) en France, entre 2012 et 2020.**

*(Santé publique France, déclarations obligatoires VIH, données au 30/06/2021)*

Parmi les patients ayant découvert leur séropositivité en 2020, la majorité avaient entre 25 et 49 ans (64%). Il y avait une proportion plus marquée d'hommes (69%) que de femmes (30%) et de personnes trans (1%).

Les hommes étaient contaminés principalement par rapports sexuels entre hommes, les femmes par rapports hétérosexuels.

Si on décortique le nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2020 selon le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance, on peut observer que :

- 43% sont des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)
- 38% sont des hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger
- 16% sont des hétérosexuel(le)s né(e)s en France
- 1,5% sont des usagers de drogues injectables
- 1,5% sont des personnes trans, toutes contaminées par rapports sexuels

30% des infections à VIH ont été découvertes à un stade avancé de l'infection avec une charge virale élevée, constituant une réelle perte de chance dans la prise en charge et une majoration du risque de transmission.

A l'échelle des CeGIDD, la proportion de consultants testés pour le VIH en 2020 était élevée, quels que soient leur lieu de naissance et le sexe de leurs partenaires (entre 76,3 % et 92,3%). Le taux global de positivité était de 0,41%, en très légère augmentation par rapport à 2018, plus élevé chez les personnes trans (2,1%) comparativement aux hommes (0,59%) et aux femmes (0,29%) (51).

### III.1.2. IST bactériennes

#### • Infection à *Chlamydia trachomatis* :

Cette bactérie intra-cellulaire donne principalement un tableau d'écoulement et d'inflammation génitale loco-régionale : cervicite, urétrite, rectite voire lymphogranulomatose vénérienne.

Chez la femme comme chez l'homme, l'infection peut passer inaperçue avec de nombreux cas pauci voire asymptomatiques.

Elle peut aussi se manifester par des localisations extra-génitales (conjonctivite, ulcération cornéenne, hépatite infectieuse avec le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis ou certaines arthrites septiques et réactionnelles).

Le dépistage en routine se fait par PCR sur des sites de prélèvement qui dépendent de la symptomatologie (ano-rectal, pharyngé, génito-urinaire). En pratique, le plus souvent sur un prélèvement endocervical chez la femme ou par auto-prélèvement vaginal, et par prélèvement urétral ou premier jet d'urines chez l'homme (49).

#### Point épidémiologique

En 2020, les laboratoires privés ont réalisé 2,3 millions de dépistages et les CeGIDD environ 258 000 soit des diminutions respectives de 6% et de 30% par rapport à 2019 (50).

De façon équivalente, entre 2019 et 2020 le nombre de diagnostics a diminué de 8% en secteur privé et de 31% en CeGIDD. Cependant, le taux de positivité en CeGIDD reste stable sur ces deux années (7%).

Globalement, le taux national de diagnostics était de 225 pour 100 000 personnes âgées de 15 ans et plus. Il était plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et notamment chez les femmes jeunes de 15 à 24 ans.

On observe également que la majorité des patients diagnostiqués en médecine générale en 2020 étaient des femmes (54%) et des personnes hétérosexuelles (75%).

Ces chiffres peuvent s'expliquer par la mise en œuvre des recommandations de la HAS de 2018 qui préconise un « *dépistage systématique des infections opportunistes uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, y compris les femmes enceintes.* » (52)

La prévalence de la lymphogranulomatose vénérienne parmi les échantillons ano-rectaux positifs était de 13,4% et concernait pour 98,8% des HSH et pour 1,2% des personnes trans (50).

#### • **Infection à *Neisseria gonorrhoeae* :**

C'est une bactérie gram négative qui donne un tableau clinique similaire à celui de l'infection à chlamydia, avec en plus des cas de pharyngite ou d'éruption pustuleuse (49).

Le mode de dépistage est identique, le plus souvent réalisé avec une PCR multiplex permettant de dépister conjointement gonocoque et chlamydia.

### Point épidémiologique

En 2020, les laboratoires privés ont réalisé 2,1 millions de dépistages et les CeGIDD environ 254 000 soit des diminutions respectives de 5% et de 28% par rapport à 2019 (50).

Le nombre de diagnostics de gonococcies a diminué de 13% dans les CeGIDD et le taux de positivité est passé de 3,2 à 3,9% entre 2019 et 2020. Ce taux de positivité était plus élevé chez les hommes, notamment HSH, et les personnes trans.

Des données similaires sont retrouvées en médecine générale où la majorité des patients diagnostiqués en 2020 étaient des hommes, dont 54% sont des HSH. Cependant, on remarque que le taux de dépistage était quasiment trois fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, ceci pouvant s'expliquer par les recommandations de la HAS sus-citées (52) et le recours du dépistage combiné chlamydia-gonocoque.

En outre, de manière générale la population masculine (et notamment les jeunes hommes) a tendance à être moins suivie médicalement que les femmes. Des chiffres de 2019 publiés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) montrent que le recours aux soins varie selon les sexes : dans la catégorie des 16-34 ans, 86% des femmes avaient consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, contre 72% des hommes. Il existait un écart similaire concernant la consultation chez un médecin spécialiste. Au-delà de 65 ans, les comportements de recours au soin des hommes se rapprochaient de ceux des femmes (53). Ces chiffres s'expliquent principalement par les consultations liées au suivi gynécologique ou à la contraception chez les femmes. De ce fait, à ces occasions elles bénéficient plus souvent d'une proposition de dépistage du VIH et des IST que les hommes. Le retard de dépistage chez ces derniers est dans certains cas rattrapé lors de la prise en charge de leurs compagnes au cours du suivi de grossesse.

### • Infection à *Treponema pallidum*

Bactérie gram négative, elle est responsable de la syphilis. Son mode de transmission est muqueux ou transplacentaire.

On la classe selon ses manifestations cliniques ou plus actuellement selon le temps écoulé selon la contamination (précoce si moins d'un an).

Les manifestations cliniques sont variées, décrites selon trois phases :

- *Primaire* : survenant trois semaines après le contage, avec classiquement une ulcération indolore à fond induré et propre pouvant siéger sur les organes génitaux, la muqueuse anale ou buccale et adénopathies associées.
- *Secondaire* : environ 6 semaines après le chancre, représentée le plus fréquemment par des éruptions cutanéomuqueuses, accompagnées d'une atteinte ophtalmique (rétinite, uvéite) ou d'une polyadénopathie superficielle. Elle peut toucher tous les autres organes. La neurosyphilis peut débiter à ce stade.
- *Tertiaire* : tableau de granulomatose, rarissime de nos jours.

Le principal outil de dépistage et de diagnostic est la sérologie qui se positive 10 jours après le chancre, avec un test tréponémique automatisé qualitatif (ELISA) confirmé par un test non tréponémique quantitatif (VDRL) (49).

#### Point épidémiologique

2,4 millions de dépistages ont été réalisés dans les laboratoires privés en 2020 contre 2500 dans les CeGIDD, soit des diminutions respectives de 6% et 31% par rapport à l'année précédente (50).

On observe que la majorité des personnes testées étaient des femmes (68%), en raison du dépistage obligatoire lors de la grossesse.

Le nombre diagnostics dans les CeGIDD en 2020 a diminué de 18% par rapport à 2019. Le taux de positivité était plus élevé chez les HSH. En parallèle, la totalité des patients diagnostiqués en médecine générale sont des hommes, dont 85% sont des HSH.

*De manière générale, on remarque en 2020 une diminution de l'activité de dépistage du VIH et des IST bactériennes dans les laboratoires privés et dans les CeGIDD, contrairement aux dernières années.*

*Cela s'explique principalement par la crise sanitaire liée au SARS-Cov-2 imposant une surcharge de travail des professionnels de santé dans les laboratoires privés, la fermeture partielle ou totale des CeGIDD pendant le confinement et des mesures de distanciation sociale. Cette baisse du recours au dépistage a entraîné une diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH et du nombre de diagnostics d'IST bactériennes, plus particulièrement dans les CeGIDD. Cela peut laisser craindre un retard au diagnostic et une circulation plus importante de ces infections, incitant à renforcer les mesures et les propositions de dépistage actuelles.*

### **III.2. Violences sexuelles**

Les violences sexuelles sont définies par l'OMS comme « *tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* » (54).

Elles portent atteinte à l'intégrité physique et psychologique et peuvent recouvrir différentes formes : agression sexuelle, viol, voyeurisme, harcèlement sexuel etc.

Dans la loi française, elles sont punies pénalement : le viol en tant que crime et les agressions sexuelles autres en tant que délit (55).

Les données les plus récentes montrent qu'en 2021 les services de police et de gendarmerie ont enregistré 72 000 infractions à caractère sexuel commises hors cadre familial, soit une augmentation de 23% par rapport à 2019 (56).

Ce sont principalement des violences sexuelles physiques (73%), concernant des femmes (86%) dont plus de la moitié des mineures.

Les agresseurs sont quasi exclusivement des hommes (96%), le plus souvent majeurs. Cependant, on observe que les victimes signalent rarement aux services de sécurité les violences subies. En effet, une enquête de 2020 du ministère de l'intérieur a rapporté que sur

les 0,2 % de personnes de 18 à 74 ans vivant en métropole ayant subi des violences sexuelles hors du cadre familial, seulement 10% ont porté plainte (56).

Les données de surveillance nationale relevant les motifs de consultation dans les CeGIDD en 2020 ont montré que les violences sexuelles ont représenté seulement 1% des motifs de consultation (51). Pourtant, l'évolution des mouvements féministes et la prise de conscience collective favorise de plus en plus la libération de la parole des victimes. Plusieurs études ont mis en évidence que le médecin est une des premières personnes à qui une personne victime révèle l'existence passée ou présente de violences sexuelles (57). Cependant, il existe des freins chez les médecins à aborder cette question en consultation, parmi lesquels on peut citer le manque de compétences et de formation, le sentiment d'impuissance, la présence d'une tierce personne ou encore la gêne liée à aborder un sujet tabou (58). De ce fait, des appuis pédagogiques ont récemment émergé à destination des professionnels de santé, permettant de se former à l'accompagnement des victimes mais également à celui des auteurs de violences sexuelles. Parmi ceux-ci nous pouvons citer les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS), qui sont des structures de service public rattachées à des établissements de santé et dont les missions visent à agir à la source des violences sexuelles. Ils proposent des formations afin d'améliorer l'information, la prévention, la compréhension et la prise en charge des violences sexuelles (59).

### **III.3. Interruptions volontaires de grossesse**

Selon un rapport de l'INSEE, 222 000 IVG ont été réalisées en France en 2020, soit une baisse d'environ 4% par rapport à 2019, s'expliquant par les mesures prises lors de la pandémie à SARS-Cov-2 qui ont eu un impact sur les conceptions (60). Cela représente un taux de 15 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Parmi elles, les femmes âgées de 20 à 29 ans sont celles qui y ont eu le plus recours (avec un taux de plus de 25 IVG pour 1000 femmes).

On remarque une baisse marquée du nombre des IVG réalisées dans les établissements de santé (154 000 contre 170 000 en 2019), tandis que les IVG médicamenteuses hors établissement ont augmenté au même rythme que les années précédentes (67 800 contre 62 000 en 2019). Ces résultats sont également liés au contexte sanitaire avec une crainte de la

saturation de l'offre hospitalière, la peur d'une contamination intra-hospitalière et le prolongement exceptionnel du délai de l'IVG jusqu'à la 9<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée en ville orientant d'avantage les femmes vers le secteur libéral (61).

La part d'IVG médicamenteuses globales (en établissement de santé ou non) est passée de 16 % en 1995 à 72% en 2020.

Celle des IVG instrumentales pratiquées durant les deux dernières semaines du délai légal s'est maintenue à 16% comme en 2019.

Dans les CeGIDD, les consultations pour un recours à une IVG ont augmenté de 0,34 à 2,2% entre 2018 et 2020 (51).

#### **III.4. Evolution des pratiques sexuelles**

La société actuelle et notre politique de santé sont en faveur d'une libération de la parole et des actions, notamment dans le domaine de la santé sexuelle.

Dans ce contexte, les professionnels de santé doivent adapter leurs prises en charge.

L'évolution des pratiques sexuelles ces dernières années est particulièrement marquée par :

- **La pratique du chemsex ou « sexe sous drogue »**

Celle-ci consiste à utiliser des substances psychoactives pendant et pour les relations sexuelles. Ces produits (principalement cathinones, métamphétamine, cocaïne, GHB ou kétamine) peuvent être sniffés, avalés, ou insérés dans l'anus. L'usage intra-veineux de ces substances dans un contexte sexuel est communément appelé « slam ».

Initialement, ces pratiques ont été apportées par les hardeurs<sup>5</sup> puis se sont répandues au milieu des années 2000 chez les personnes homosexuelles masculines principalement, avant de s'étendre avec le multi-partenariat, le sexe en groupe organisé et les rencontres furtives (62). L'accessibilité des substances par internet a participé à la démocratisation de ces pratiques mais également à leur danger en touchant une population moins habituée à l'utilisation de ces substances se retrouvant parfois piégée par celles-ci.

Actuellement, le chemsex est encore trop peu connu des médecins qui n'interrogent pas leurs patients à ce sujet. Pourtant, l'étude PREVAGAY 2015 a montré que les chemsexuels avaient plus fréquemment recours à des stratégies de prévention (dépistage, vaccination anti-VHB,

PrEP) mais que l'utilisation de ces pratiques était difficile à révéler à un professionnel de santé du fait de leur illégalité et de la peur de la stigmatisation (63).

Il existe de fait un réel manque de formation des médecins qui contraste avec les nombreux risques encourus pour la santé chez les utilisateurs. En effet, le chemsex est une véritable porte d'entrée vers les dépendances et l'addiction : les usagers perdent peu à peu le goût à des pratiques sexuelles sans substances pour lesquelles ils n'arrivent plus à trouver d'intérêt. De plus, le risque de blessures et d'exposition à des violences sexuelles est plus marqué, et certains effets secondaires dévastateurs peuvent aller jusqu'au risque de décès.

D'un point de vue de santé publique, le contexte, les modalités d'utilisation et le rapport aux substances ont un impact sur l'exposition aux risques de transmission du VIH, VHB, VHC et des autres IST.

En France les données de 2016 ont montré que la prévalence de l'antigène HBs chez les adultes de 18 à 75 ans était de 0,30% soit plus de 135 000 porteurs d'une hépatite B chronique. Parmi eux, seuls 17,5% connaissaient leur statut. De même, plus de 133 000 personnes étaient porteuses d'une hépatite C chronique. Parmi elles, 80,6 % connaissaient leur infection (64).

Dans les CeGIDD en 2020, le taux global de positivité pour le VHB était de 0,93%, en légère diminution par rapport à 2018. Ce taux était plus élevé chez les hommes et les personnes trans que chez les femmes. Pour le VHC, le taux de positivité était de 0,60% (versus 0,94% en 2018). Ce taux était également plus élevé chez les personnes trans et les hommes, quel que soit le sexe de leurs partenaires.

Ces chiffres soulignent également l'importance de renforcer la prévention et l'accompagnement des usagers de chemsex (62).

Le Professeur Amine Benyamina, Président de la Fédération Française d'Addictologie, a remis en mars 2022 un rapport portant sur le chemsex au sein duquel il insiste sur la création de réseaux dynamiques entre les différentes structures médicosociales impliquées - parmi lesquelles les CeGIDD - et sur la place des médecins généralistes qui constituent des acteurs essentiels en lien avec les structures de prévention (65).

- **La PrEP**

Elle correspond à l'utilisation à titre préventif d'antirétroviraux (ténofovir disoproxil / emtricitabine ou TRUVADA<sup>®</sup>) chez une personne non infectée par le VIH et qui présente des facteurs de haut risque d'exposition au VIH. Elle est commercialisée en France depuis 2016 et la primo-prescription est ouverte à l'ensemble des médecins depuis juin 2021 (66).

La PrEP est actuellement particulièrement recommandée chez les HSH séronégatifs, les personnes transgenres ayant des relations sexuelles à haut risque d'acquisition du VIH, les usagers de drogues intraveineuses avec partage de seringues, les personnes en situation de prostitution ou toute personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports non protégés à haut risque de transmission du VIH.

Elle impose un bilan pré-thérapeutique et un suivi régulier de l'utilisateur.

L'initiation ou le suivi d'une PrEP figurent parmi les motifs de consultation les plus fréquents dans les CeGIDD en 2020 (respectivement 10,4% et 14,8%).

En effet, malgré la pandémie à SARS-Cov-2, le nombre de consultations liées à la PrEP a fortement augmenté par rapport à 2018, d'un facteur 10 pour les initiations et d'un facteur 5 pour les suivis. Cette augmentation a concerné aussi bien les hommes quel que soit le sexe de leurs partenaires, que les femmes et les personnes trans (51).

- **L'accompagnement des personnes transgenres**

Il se développe dans les suites de l'actualisation de la définition de la dysphorie de genre publiée en 2015 dans le DSM-5 (67). En France, il n'existe pour l'instant pas d'études estimant le nombre de personnes trans, cependant selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, en 2020, 8952 personnes étaient titulaires d'une Affection Longue Durée pour « transidentité » dont 3,3% des bénéficiaires étaient des mineurs et 70% avaient entre 18 et 35 ans (67,68).

La population transgenre est exposée à un surrisque d'infection au VIH et autres IST, de troubles de santé mentale et de consommation de substances psychoactives ainsi qu'à une vulnérabilité psycho-sociale liée aux discriminations et violences.

0,38% des consultants en CeGIDD en 2020 étaient des personnes trans, dont la moyenne d'âge était de 32 ans (51).

# **JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

## **I. Données de la littérature**

Au début des années 2000, une équipe de Colmar a fait le constat que les données collectées dans les CDAG étaient nombreuses mais peu exploitées, alors qu'elles pouvaient nous donner de précieux renseignements sur les habitudes de prévention et les facteurs de risque des populations consultantes (69). Ils sont parmi les premiers à avoir analysé les caractéristiques (âge, sexe, type de sexualité, nombre de partenaire(s), partenaire(s) à risque, usage de préservatifs, facteurs de risque) et comportements des consultants, entre 1993 et 1999. Ces données ont montré principalement qu'à cette époque le CDAG apparaissait plutôt comme un centre d'information et de prévention que comme un centre de diagnostic, et que les messages de prévention devaient malgré tout être également améliorés.

Depuis, en dehors de données épidémiologiques (7,51), on ne retrouve dans la littérature finalement que peu d'études s'intéressant aux consultants du CeGIDD (8,69–72).

## **II. Pourquoi recueillir ces données ?**

Les rapports d'activités des CeGIDD sont transmis de façon anonyme chaque année aux ARS correspondantes et à l'institution, cependant les critères de satisfaction et de motivation à la consultation au CeGIDD ne sont ni recherchés ni demandés.

Pourtant, à l'horizon 2030, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle soutient et renforce la thématique d'un accompagnement personnalisé et adapté à l'utilisateur (6).

En particulier, la feuille de route 2021-2024 souligne l'importance de mobiliser tous les leviers pour améliorer la santé reproductive et sexuelle de la population, selon « *une approche globale et transversale, et une action en proximité des personnes* » (47). La notion de proximité sous-entend ici que les modes d'actions doivent s'adapter aux spécificités des territoires et aux besoins des populations.

Ainsi, recueillir les avis et les besoins des usagers fait partie intégrante de la feuille de route que nous devons suivre. Le sondage de la population est un des fondements de l'accompagnement. Il permet dans ce cas d'améliorer les pratiques professionnelles des

intervenants en collant aux attentes des consultants et donc de répondre au mieux aux objectifs de santé publique.

En 2017, une étude qualitative auprès des patients du CeGIDD de Reims a récolté leurs attentes et leurs ressentis, six mois après son ouverture (70). Les attentes étaient surtout de l'ordre du dépistage et du conseil sur une consultation médicale dédiée dans un cadre anonyme et gratuit. Les reproches portaient sur un lieu trop médicalisé avec une intrusion dans l'intimité et parfois un manque de dialogue. Un axe de travail sur la contraception et la santé sexuelle était à envisager.

Cette conclusion concerne l'activité d'un CeGIDD en particulier et il semble important de souligner que les pratiques professionnelles diffèrent souvent d'un CeGIDD à un autre, en fonction notamment des intervenants, de la zone géographique, des missions données par les ARS et des caractéristiques de la population consultante.

Une thèse de 2018 questionnant les caractéristiques des publics consultant au CeGIDD de Tourcoing a également insisté sur le fait qu'une étude des populations des autres CeGIDD trouverait un grand intérêt afin de voir si les résultats étaient généralisables (72).

Une enquête de satisfaction des usagers du CeGIDD du CHU de Toulouse devait être initiée en novembre 2021 afin de connaître l'avis des consultants via un questionnaire de satisfaction et d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Cependant, la publication a rapidement été annulée sur le portail du CHU. Nous les avons contactés par mail le 13 avril 2022 afin de connaître l'avancement de leur étude et si une possible mise en commun de nos résultats pouvait être initiée, mais actuellement toujours sans réponse en retour.

Le CeGIDD de Poitiers jouant actuellement un rôle prépondérant dans la Vienne, il nous a semblé particulièrement essentiel d'enquêter à notre tour auprès des consultants pour déterminer si nos pratiques professionnelles étaient adaptées à la demande, et s'il existait des axes d'amélioration à explorer.

### **III. Quid de la médecine générale dans tout cela ?**

Comme nous l'avons abordé en préambule, les médecins généralistes font également partie des acteurs centraux en matière de santé sexuelle, notamment à travers la prévention et le premier recours. Il apparaît nécessaire qu'ils maîtrisent quelques outils pour aborder sereinement la sexualité en consultation et pour satisfaire les attentes de leurs patients. Afin d'améliorer nos pratiques de médecine générale, il peut être intéressant de repérer certains facteurs amenant les patients à consulter pour une plainte sexuelle au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant.

En outre, encore trop peu de médecins généralistes connaissent les CeGIDD et l'offre globale qu'ils proposent (7,8).

Pourtant, une connaissance renforcée de leur existence et une coordination avec ceux-ci sembleraient de nos jours indispensables.

D'une part, pour l'adressage mutuel de patients : une partie des consultants peut être réorientée vers le médecin traitant à l'issue d'une consultation au CeGIDD, permettant un relais dans le suivi ou la mise en place d'un suivi alterné. D'autant plus que la médecine générale offre l'avantage de pouvoir réaliser une prise en charge échelonnée dans le temps, à l'inverse du CeGIDD où les consultations sont réalisées de façon plus instantanée.

En outre, les médecins traitants moins à l'aise avec l'abord de la sexualité ou jugeant d'une prise en charge plus spécifique peuvent informer leur patientèle et les guider vers la consultation du CeGIDD.

D'autre part, l'activité du médecin généraliste étant variée et offrant de nombreuses possibilités de pratiques professionnelles, celui-ci peut tout à fait exercer au sein d'un CeGIDD ou encore s'y former.

Ces échanges permettent à la fois de pallier les difficultés rencontrées par les généralistes en ville, et de renforcer l'offre qualitative apportée par les CeGIDD en tant que centres référents de santé sexuelle.

#### **IV. Parcours personnel**

Il paraît intéressant de rebondir sur le manque de formation en matière de santé sexuelle rapporté par les médecins généralistes dans certaines études (19,22,23).

En effet, avec le recul, au cours de mon externat, je n'ai pas le souvenir d'avoir abordé ce domaine en dehors bien sûr de l'apprentissage des prises en charge « classiques » de dépistage, diagnostic et traitement des pathologies s'y rapportant.

L'internat de médecine générale est principalement marqué par l'acquisition de compétences propres au médecin généraliste, notamment celles « *d'approche centrée patient, relation-communication* » et « *approche globale, complexité* » (73). Même si le médecin généraliste doit avoir un rôle polyvalent, ces différentes compétences se développent et s'affinent le plus souvent en fonction des stages, des représentations et des attraits de chacun pour certains domaines en particulier, constituant un bagage personnel.

Pour ma part, j'ai été alertée et intéressée par les problématiques de santé sexuelle dès mon premier stage aux urgences, où j'ai rapidement été confrontée à la question des violences sexuelles sans réels outils de communication et de prise en charge sur lesquels m'appuyer. J'ai par la suite eu la chance d'assister avec d'autres internes à la formation « *Genre et santé sexuelle* » proposée par le Planning familial de Poitiers, à travers laquelle j'ai pu renforcer mes connaissances sur la contraception, les IVG, les violences sexuelles et l'abord de la sexualité en consultation en général.

Lors du stage en maladies infectieuses au CHU de Poitiers, nous avons régulièrement pratiqué une activité de consultations d'accidents d'exposition sexuelle chez des patients le plus souvent adressés par le CeGIDD. J'ai ainsi réalisé la fréquence croissante de ces consultations ainsi que l'importance d'apporter des prises en charge personnalisées collant au mieux à la multiplicité et souvent à la complexité des parcours de chaque consultant. La coordination avec le CeGIDD et son offre de prise en charge globale dans un lieu accueillant m'ont paru primordiales.

Le dernier semestre d'internat en gynécologie-obstétrique a été l'occasion de pratiquer des consultations d'IVG et d'aborder d'autres thématiques de santé sexuelle, mettant en évidence les nombreux progrès qu'il nous reste à faire, notamment sur l'information donnée aux patients et la prévention.

En tant que remplaçante, je me suis souvent exercée à aborder la sexualité avec les patients lorsque les circonstances de la consultation s’y prêtaient. En observant leurs réactions et leurs comportements, j’ai remarqué que la plupart d’entre eux étaient réceptifs à aborder le sujet et que cela aboutissait fréquemment à la découverte d’autres problématiques.

De ce fait, cette thèse concerne un sujet qui me tient particulièrement à cœur et pourra, je l’espère, contribuer à son échelle à l’adaptation de nos pratiques professionnelles aux réelles attentes des consultants du CeGIDD.

## **OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE** **ET OBJECTIF SECONDAIRE**

L'objectif principal de notre étude était d'établir le besoin de la population actuelle en matière de consultation au CeGIDD du CHU de Poitiers, afin d'adapter les pratiques professionnelles des intervenants et de proposer des actions en phase avec les attentes populationnelles.

L'objectif secondaire était de repérer d'éventuels facteurs qui conduisent la population à s'orienter vers les CeGIDD malgré une couverture médicale active, dans le but de renforcer les liens de coopération et de coordination sur le secteur.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Design de l'étude**

Nous avons mené une étude épidémiologique de type observationnelle, descriptive, transversale, monocentrique et quantitative.

- Observationnelle : sans intervention de notre part sur les facteurs étudiés.
- Descriptive : dont la finalité a été la description des évènements en population.
- Transversale : notre enquête a été organisée sur une période bien précise et nous a permis de recueillir simultanément des informations nous donnant une image instantanée de la situation épidémiologique.
- Monocentrique : réalisée sur un seul centre de recrutement.
- Quantitative : nous avons utilisé un questionnaire d'enquête dont les données ont produit des résultats chiffrés.

### **II. Aspects éthiques**

Notre projet d'étude a été soumis au *staff Maison de la Recherche du CHU de Poitiers* qui a conclu le 4 novembre 2021 que celui-ci portait sur des données n'impliquant pas la

personne humaine - hors loi Jardé du 05 mars 2012 modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 - et n'entraîne donc pas dans le champ de compétences du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Le CHU de Poitiers a signé un engagement auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour respecter la Méthodologie de Référence des traitements des données personnelles opérés dans le cadre des recherches MR-004. [Cf ANNEXE I.] Notre étude a été enregistrée auprès de la CNIL sous le numéro 2211250v.0.

Réglementairement, elle a aussi été répertoriée dans le registre public du Health Data Hub (HDH) sous le numéro F20220307163422.

Les patients ont été informés individuellement de la collecte de leurs données et de la garantie de l'anonymat sur les affiches et brochures distribuées, ainsi qu'en introduction du questionnaire. De plus, des lettres d'information ont été affichées dans les locaux du CeGIDD. [Cf ANNEXE II.]

### **III. Organisation spatio-temporelle**

#### **III.1. Lieu de l'étude**

L'étude s'est déroulée dans le local principal du CeGIDD du CHU de Poitiers, au sein du bâtiment de la Vie la Santé.

#### **III.2. Chronologie**

Initialement, l'enquête devait se dérouler du 1<sup>er</sup> février 2022 au 1<sup>er</sup> mai 2022 inclus. Cependant, en raison d'un nombre de réponses insuffisant, nous avons pris la décision de prolonger l'étude jusqu'au 10 août 2022 inclus.

### **IV. Population de l'étude**

#### **IV.1. Critères d'inclusion**

- Toute personne consultant au local principal du CeGIDD du CHU de Poitiers, du 1<sup>er</sup> février 2022 au 10 août 2022.
- Quel que soit le motif de la consultation.
- Qu'il s'agisse d'une première venue ou non.
- Ayant fait la démarche volontaire de remplir le questionnaire.

## **IV.2. Critères d'exclusion**

- Les questionnaires incomplets.

## **V. Questionnaire**

### **V.1. Elaboration**

Le questionnaire a été élaboré au cours du mois de janvier 2022.

Afin de favoriser la compliance des enquêtés au questionnaire, l'accent a été porté sur la garantie de l'anonymat. [Cf Matériels et méthodes § II. Aspects éthiques]

De plus, les questions ont été réfléchies de manière à être simples, et à ce que la durée de totale de réponse ne dépasse pas cinq minutes.

Le questionnaire comportait en tout vingt questions, à choix uniques ou multiples. [Cf ANNEXE III.] Les questions fermées ont été privilégiées, seules deux d'entre elles comportaient un item ouvert laissant la possibilité au consultant d'écrire une réponse libre. (Q n°8 et Q n°20)

L'item « autre » a parfois été utilisé, nous permettant d'identifier un phénomène non anticipé lors de la réalisation du questionnaire.

L'ordre des questions a été défini pour que les sujets les plus intimes soient abordés progressivement, pour ne pas mettre mal à l'aise le répondant et qu'il se sente le plus en confiance possible.

*Ainsi, les questions ont été classées en 5 groupes, permettant de recueillir successivement :*

1 - Les caractéristiques générales des répondants : âge, genre, profession, lieu d'habitation, couverture sociale.

La question du genre a été privilégiée à celle du sexe afin de ne pas se limiter à une approche binaire féminin/masculin et de recueillir la diversité de la population consultante. (Q n°1 à Q n°6)

2 - Des informations sur le mode d'orientation vers le CeGIDD, la prise de rendez-vous et le motif principal de consultation. (Q n°7 à Q n°11)

3 - Les difficultés ou non d'abord de la sexualité avec un professionnel de santé et les raisons pouvant amener à consulter au CeGIDD plutôt que chez le médecin traitant. (Q n°12 et Q n°13)

4 - Les sujets sur lesquels les consultants souhaiteraient être interrogés au cours d'une consultation au CeGIDD (pratiques sexuelles, drogues, violences physiques sexuelles ou morales, prostitution) (Q n°14 à Q n°17)

5 - Les avis et attentes éventuelles des usagers (Q n°18 à Q n°20)

Avant le lancement, un pré-test a été réalisé sur un échantillon composé de 15 personnes qui ne connaissaient pas le questionnaire et devaient le remplir dans des conditions similaires à celles de l'enquête finale. Cela nous a permis de reformuler certaines questions qui ne semblaient pas assez claires et de chronométrer le temps de réponse nécessaire.

## **V.2. Distribution**

Le questionnaire était accessible sous deux formes :

### En version électronique

Via un QR code disponible sur des affiches format A3 [Cf ANNEXE IV.] exposées sur les murs des locaux du CeGIDD (porte d'entrée, salle d'attente, secrétariat) et sur des petites brochures mises à disposition des consultants. [Cf ANNEXE IV.]

Le QR code était « flashable » depuis n'importe quel smartphone et donnait accès directement au questionnaire, via la plateforme sécurisée *LimeSurvey.net*.

Les affiches et brochures ont été pensées de manière à être « attractives », c'est-à-dire avec des couleurs vives attirant le regard, et dans une optique de simplicité sans surcharge d'informations qui auraient pu décourager l'utilisateur à répondre. De plus, les couleurs ont été choisies dans l'esprit esthétique des locaux de La Vie la Santé, de manière à toujours véhiculer un message positif.

### En version papier

Permettant aux usagers ne disposant pas de téléphone portable de remplir le questionnaire, lequel devait être ensuite remis au secrétariat et gardé dans une pochette fermée.

[Cf ANNEXE III.]

## **VI. Recueil des données**

En pratique, les personnes venant consulter au CeGIDD étaient invitées à répondre au questionnaire par les professionnels de santé ou auprès du secrétariat avant ou après chaque consultation. De plus, les affiches et brochures disponibles au sein des locaux permettaient de répondre dans la salle d'attente ou à distance à l'extérieur du CeGIDD en emportant le QR code avec soi.

La collecte des données a été réalisée via la plateforme sécurisée et payante *LimeSurvey cloud*, dans sa version 3.28.39.

Nous n'avons récolté aucun questionnaire en version papier.

La période de recueil des questionnaires était initialement prévue du 01 février 2022 au 01 mai 2022.

En raison d'un nombre de réponses insatisfaisant (seulement 101 réponses obtenues en 3 mois), nous avons organisé une relance par mail de toutes les personnes ayant consulté sur la période initiale, les adresses mail des usagers étant conciliées dans un fichier confidentiel du CeGIDD à chaque consultation.

Au total, 810 mails de relance ont été envoyés entre le 21 avril 2022 et le 01 mai 2022. (Les personnes ayant consulté plusieurs fois au cours de cette période n'ont reçu qu'un seul mail de relance.)

En parallèle, nous avons exceptionnellement décidé de prolonger l'étude jusqu'au 10 août 2022 inclus.

## **VII. Méthode d'analyse et outils statistiques**

Les données ont été extraites à partir de la plateforme *Limesurvey cloud*, et exportées dans un fichier Excel® pour Microsoft 365 MSO (Version 2211 Build 16.0.15831.20098) 32 bits.

Nous avons décidé de baser nos analyses sur le test du Chi-2 d'indépendance, avec possibilité de correction de Yates (dans le cas où les effectifs théoriques étaient trop petits mais au moins supérieurs ou égaux à 3).

Ce test statistique permettait de tester l'hypothèse H0 : indépendance entre deux variables qualitatives avec une p-value au seuil de 5%.

- Lorsque la p-value était  $< 0,05$  : nous pouvions rejeter l'hypothèse  $H_0$  et conclure à une association statistiquement significative entre les deux variables étudiées avec 5% de risque.
- Lorsque la p-value était  $> 0,05$  : nous ne pouvions pas conclure à une association statistiquement significative entre les deux variables étudiées.

Dans ce cas-là :

- 1) Nous nous sommes d'abord demandé si nous pouvions limiter l'analyse aux sous-catégories où les effectifs théoriques étaient valides (supérieurs ou égaux à 3) : si c'était le cas, nous avons réalisé le test du Chi-2 sur ce sous-ensemble.
- 2) Si le croisement des deux variables qualitatives ne nous permettait pas de faire un test du Chi-2 d'indépendance, même sur un sous-ensemble, nous nous sommes limités à l'analyse descriptive du croisement de ces variables.

*Pour l'analyse des données qui concernaient l'objectif principal de l'étude :*

Nous avons pris le parti d'exclure le test de Fischer car : dans le cadre 1) (*ci-dessus*) réaliser un test du Chi-2 sur le sous-ensemble était l'équivalent de faire un test de Fischer sur toutes les modalités. Il nous semblait plus pragmatique d'explicitement que nous faisons une analyse sur ce sous-ensemble. Dans le cadre 2) (*ci-dessus*), il était préférable de ne pas faire de test et de se limiter à une analyse descriptive au vu des effectifs sur toutes les modalités.

*Pour les données qui concernaient l'objectif secondaire :*

Nous avons considéré que nous étions dans un cadre plus exploratoire, de ce fait nous avons envisagé l'entièreté des tests possibles en incluant le test de Fischer. Dans ce cas, les calculs ont été réalisés grâce au logiciel de biostatistique en ligne *Pvalue.io* (74).

# RESULTATS

## I. Diagramme d'inclusion [Figure 6.]

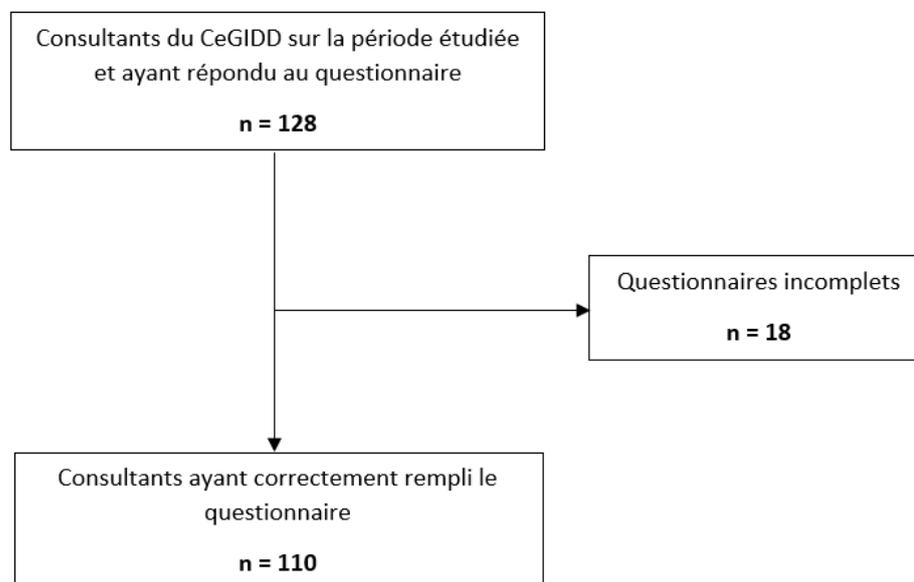


Figure 6. Diagramme d'inclusion (flow chart)

## II. Description de la population source

### II.1. Caractéristiques générales

Cette partie avait pour but d'appréhender les caractéristiques générales des différents consultants de notre échantillon. [Tableau III.]

Ainsi, le recueil de l'âge, du genre, de la situation professionnelle, de la distance du lieu d'habitation ou encore de la couverture sociale permettait de préciser le profil des répondants.

Par la suite, le croisement de ces données avec les réponses de certains items du questionnaire a pu apporter une pertinence à l'analyse.

<b>Critères</b>	<b>Modalités</b>	<b>Effectifs n (%)</b>
<b>Âge</b>	Entre 18 et 25 ans	78 (70,91%)
	Entre 26 et 65 ans	28 (25,45%)
	Moins de 18 ans	4 (3.64%)
	Plus de 65 ans	0 (0,00%)
<b>Genre</b>	Féminin	65 (59,09%)
	Masculin	43 (39,09%)
	Non genré	2 (1.82%)
	Transgenre	0 (0,00%)
	Autre	0 (0,00%)
<b>Situation professionnelle</b>	Etudiant	65 (59,09%)
	En activité	30 (27,27%)
	En recherche d'emploi ou sans emploi	10 (9,09%)
	Collégien ou lycéen	4 (3.64%)
	Retraité	1 (0.91%)
<b>Lieu d'habitation</b>	A Poitiers ou < 20km	89 (80,91%)
	Entre 20 et 50 km	15 (13,64%)
	A > 50 km	6 (5.45%)
<b>Sécurité sociale</b>	Oui	109 (99,09%)
	Non	1 (0.91%)
<b>Mutuelle</b>	Oui	101 (91,82%)
	Non	9 (8.18%)

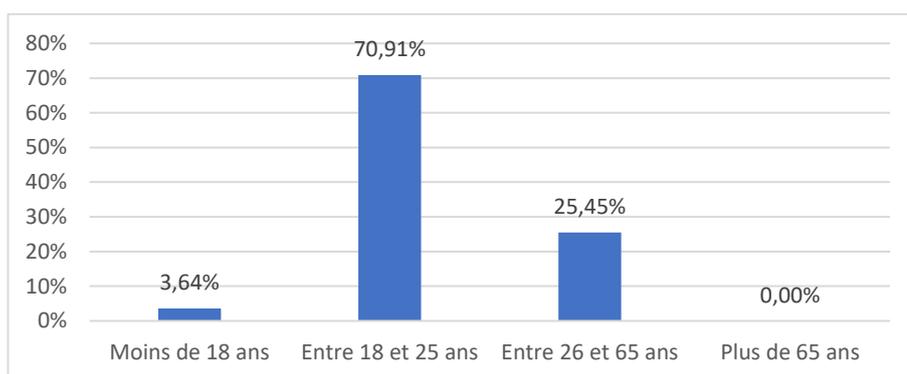
**Tableau III. Caractéristiques générales de la population source (n = 110)**  
(Q n°1 à Q n°6)

### II.1.1. Âge

Les données recueillies [Figure 7.] mettaient en avant le jeune âge du public éligible à cette étude, avec 70,91 % des consultants qui avaient entre 18 et 25 ans (n = 78).

Environ un quart des usagers avaient entre 26 et 65 ans (n=28), et un peu moins de 4% étaient mineurs (n = 4).

Aucun usager n'avait plus de 65 ans.



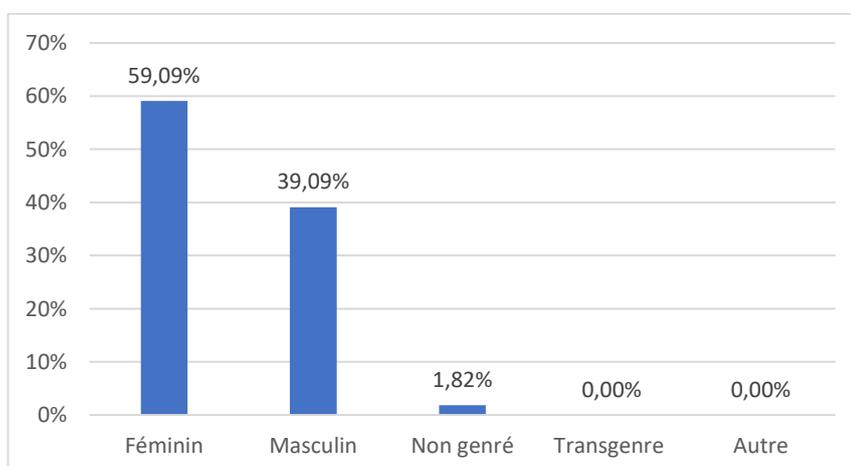
**Figure 7. Répartition de la population selon la tranche d'âge (Q n°1)**

*Les résultats sont présentés en pourcentages*

### II.1.2. Genre

Plus de la moitié de la population étudiée était féminine (59,09%) contre 39,09% d'hommes, ce qui nous permettait d'obtenir un sex-ratio homme / femme de 0,66.

Seulement deux individus étaient non genrés (1,82%), aucun ne s'était déclaré transgenre et aucun ne s'était identifié à une catégorie autre. [Figure 8.]



**Figure 8. Répartition de la population selon le genre (Q n°2)**

*Les résultats sont présentés en pourcentages*

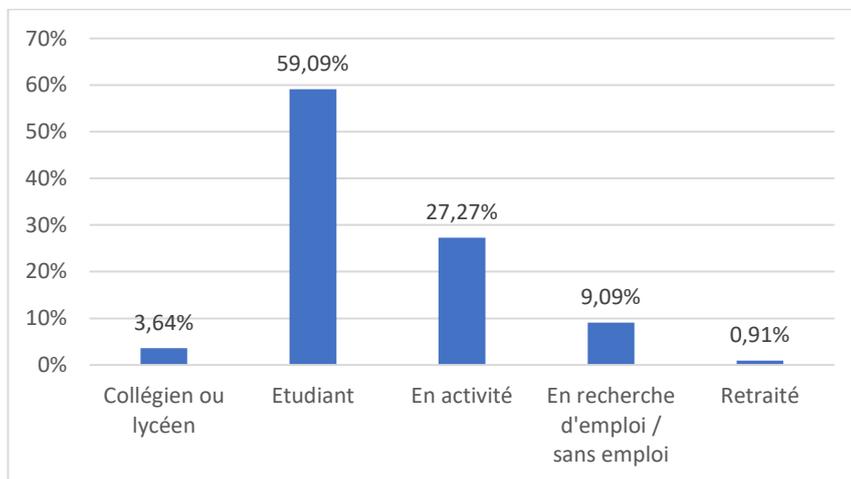
### II.1.3. Situation professionnelle

Nous remarquons que plus de la moitié de la population consultante était représentée par des étudiants (59,09%), suivis par des personnes en activité (27,27%), puis par des personnes sans-emplois ou en recherche d'emploi (9,09%). [Figure 9.]

Les populations minoritaires étaient les collégiens ou lycéens (n =4), représentant seulement 3,64% de la population.

Une seule personne s'était déclarée comme étant à la retraite.

*(Cette personne était un homme, c'est pourquoi nous écrivons dans la suite des résultats « le retraité »).*

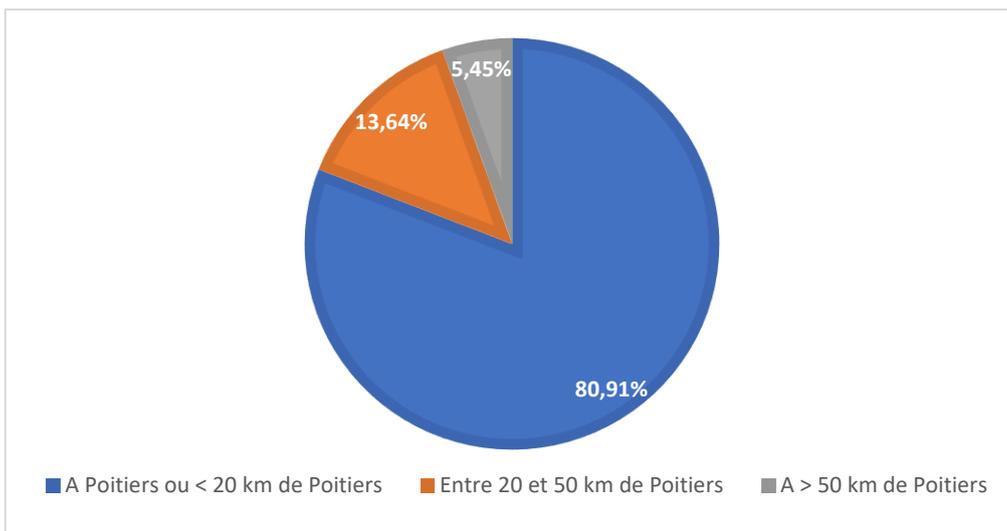


**Figure 9. Répartition de la population selon la situation professionnelle (Q n°3)**  
*Les résultats sont présentés en pourcentages*

### II.1.4. Distance du lieu d'habitation

Plus de 80 % des usagers habitaient Poitiers ou la proche couronne (n= 89) et 13,64% à une distance entre 20 et 50 kilomètres de Poitiers (n = 15).

A noter que 5,45% des usagers avaient indiqué un lieu d'habitation situé à plus de 50 kilomètres de Poitiers (n =6). [Figure 10.]

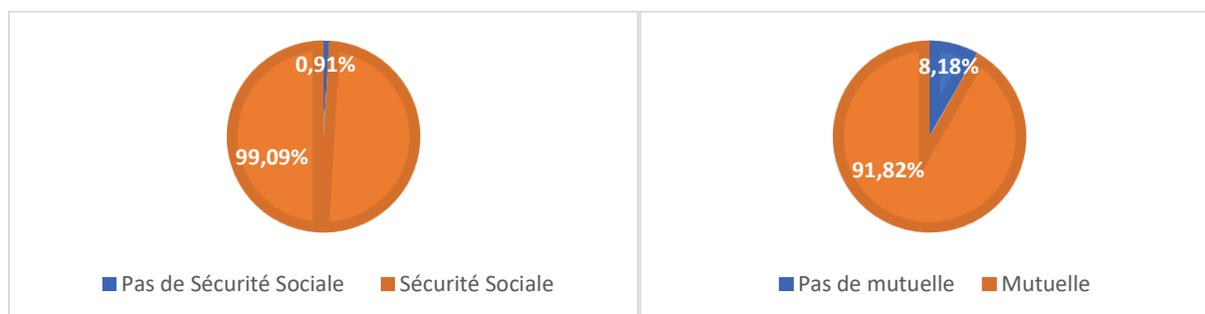


**Figure 10. Répartition de la population selon la distance du lieu d'habitation par rapport à la ville de Poitiers (Q n°4) Les résultats sont présentés en pourcentages**

### II.1.5. Couverture sociale

La quasi-totalité des usagers (99,09%) possédaient une sécurité sociale (n=109), à l'exception d'une seule personne.

91,82% étaient couverts par une mutuelle (n =101). [Figure 11.]



**Figure 11. Répartition de la population selon la couverture sociale (Q n°5 et n°6) Les résultats sont présentés en pourcentages**

## II.2. Caractéristiques ciblées

### II.2.1. Situation professionnelle et âge

En croisant les données précédentes, nous avons cherché à connaître quelle était la situation professionnelle la plus représentée dans chaque tranche d'âge. [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence I.]

- Les 18-25 ans étaient pour la grande majorité (78,20%) des étudiants ( $p < 0,0001$ )
- Les 26-65 ans étaient principalement (70,37%) en activité ( $p < 0,0001$ )
- Les moins de 18 ans étaient tous (100%) des collégiens ou lycéens ( $n = 4$ )
- Le retraité de notre étude avait 65 ans ou moins

### **II.2.2. Critère de précarité de soin**

Ensuite, nous nous sommes intéressés à la proportion de consultants qui avaient un critère de précarité de soin, c'est-à-dire :

- Qui n'avaient pas de sécurité sociale ni de mutuelle ( $n = 1$ )
- Ou qui avaient une sécurité sociale mais pas de mutuelle ( $n = 8$ )
- Et /ou qui n'avaient pas de médecin traitant ( $n = 5$ )

Au total : 11,8% des consultants avaient un critère de précarité de soin.

- **La majorité des consultants avaient entre 18 et 25 ans, parmi lesquels il y avait principalement des étudiants.**
- **Plus de la moitié des consultants étaient des femmes. Il y avait deux consultants non genrés. Aucun ne s'était déclaré transgenre et aucun ne s'était identifié à une catégorie autre.**
- **La plupart des consultants habitaient Poitiers ou à < 20 kilomètres de Poitiers.**
- **La quasi-totalité des consultants possédaient une couverture sociale.**

### **III. Orientation vers le CeGIDD**

#### **III.1. Primo-consultants**

Plus de la moitié des consultants (56,36%) venaient au CeGIDD pour la première fois (n = 62).

Nous avons rassemblé dans le [Tableau IV.] la proportion de primo-consultants détaillée par critère.

Nous pouvons noter les résultats suivants : [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence II.]

- En ce qui concerne la situation professionnelle, c'était parmi les étudiants qu'il y avait le plus (64,61%) de primo-consultants (p=0,02).
- On observe que les proportions de primo-consultants chez les 18-25 ans et les 26-65 ans étaient très proches (respectivement 56,41% avec n = 44, et 57,14% avec n = 16).
- De même, les proportions de primo-consultants chez les hommes (58,14% avec n = 25) et chez les femmes (56,92% avec n = 37) étaient très proches.
- Parmi les usagers habitant à > 50 kilomètres de Poitiers, plus de 80% venaient pour la première fois (n=5).
- La seule personne de notre étude qui n'avait pas de sécurité sociale venait pour la première fois. Plus de la moitié (57,43%) des personnes qui avaient une mutuelle consultaient pour la première fois (n=58).

Critères	Modalités	Primo-consultants (%)	p-value
Âge*	Entre 18 et 25 ans	56,41	0,95
	Entre 26 et 65 ans	57,14	
Genre**	Féminin	56,92	0,90
	Masculin	58,14	
Situation professionnelle***	Etudiant	64,61	0,02
	En activité	50,00	
	En recherche d'emploi ou sans emploi	20,00	
Lieu d'habitation****	A Poitiers ou < 20 km	55,06	0,39
	Entre 20 et 50 km	53,33	
	A > 50 km	83,33	
Sécurité sociale	Oui	55,96	
	Non	100,00	
Mutuelle	Oui	57,43	0,69
	Non	44,44	

**Tableau IV. Proportion de primo-consultants détaillée par critère (Q n°7)**

\* sont exclus : < 18 ans et > 65 ans car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\* sont exclus : transgenres, non genrés et autres car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\*\* sont exclus : collégiens ou lycéens et retraités car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\*\*\* correction de Yates appliquée sur tous les effectifs car ensemble des effectifs théoriques  $\geq 3$

### **III.2. Modes d'orientation au CeGIDD**

Il nous a semblé intéressant de recueillir la façon dont les consultants étaient adressés ou avaient connu le CeGIDD. (Q n°8)

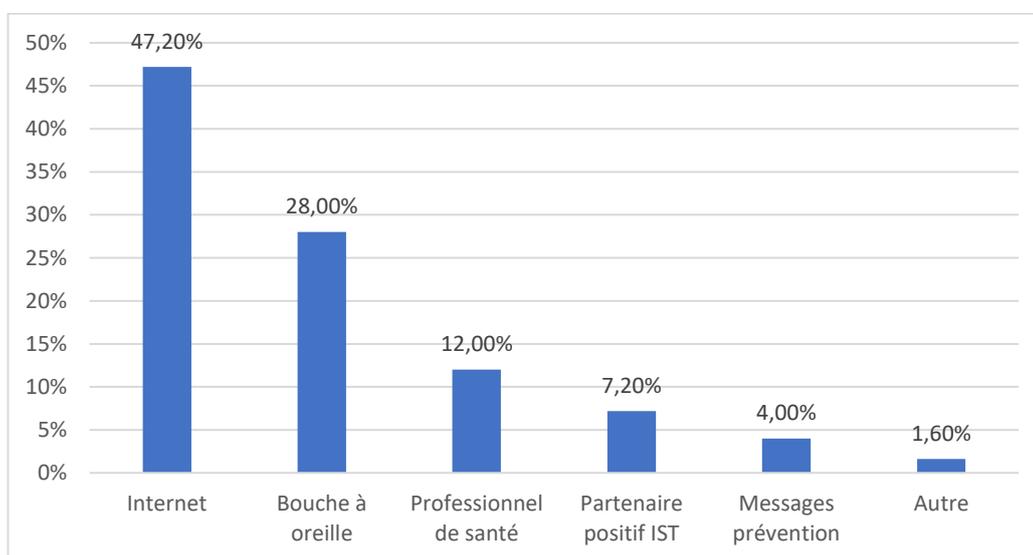
### III.2.1. Répartition générale

Le mode d'orientation le plus mentionné par les répondants (47,20%) était la recherche sur internet (n = 59).

Le bouche à oreille arrivait en seconde position (28%), suivi par l'orientation par un professionnel de santé (12%).

On remarque que l'orientation au CeGIDD sur les conseils d'un partenaire positif à une IST et par les messages de prévention étaient minoritaires (respectivement 7,20% et 4%). [Figure 12.]

Deux usagers (soit 1,60%) ont répondu qu'ils avaient eu recours à un mode d'orientation autre, avec comme réponses libres : « cours » et « je connaissais déjà le service ».



**Figure 12. Répartition des différents modes d'orientation vers le CeGIDD (Q n°8)**  
*Les résultats sont présentés en pourcentages*

### III.2.2. Répartition ciblée

Le croisement des deux modes d'orientation les plus cités par les consultants (la recherche par internet et le bouche à oreille) avec les certains critères de la population source nous a amené à faire les descriptions suivantes :

#### Par tranche d'âge

La recherche par internet était le mode d'orientation le plus cité pour la moitié (50%) des 18-25 ans (n=45). De même, les 26-65 ans l'avaient cité à 43,33% (n =13).

En revanche, seulement une personne mineure avait coché cet item. En effet, 60% des moins de 18 ans avaient déclaré avoir été orientés par le bouche à oreille (n=3), lequel semblait être

un mode d'orientation également privilégié chez les 18-25 ans qui l'avaient utilisé en seconde position à 27,78% (n=25).

#### Par genre

La recherche par internet avait été signifiée à proportions quasi équivalentes chez les hommes comme chez les femmes, respectivement à 48,08% (n= 25) et 46,48% (n=33).

Parmi les deux seules personnes non genrées de notre étude, l'une avait indiqué avoir été orientée par internet, l'autre par le bouche à oreille.

#### Par situation professionnelle

Notons que 60% des collégiens ou lycéens (n=3) avaient déclaré avoir été orientés au CeGIDD par le bouche à oreille, ainsi que le retraité de notre étude.

Les personnes en activité, en recherche d'emploi ou sans emploi et les étudiants semblaient quant à eux avoir utilisé principalement la recherche internet.

#### Par distance du lieu d'habitation

Quelle que soit la distance du lieu d'habitation avec la ville de Poitiers, la recherche par internet était le mode d'orientation au CeGIDD le plus cité.

### **III.2.3. Adressage par les professionnels de santé**

Par ailleurs, il nous a semblé pertinent de chercher s'il existait une dépendance entre certaines caractéristiques de notre population consultante et l'adressage par les professionnels de santé. [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence III.]

Nous avons mis en évidence les liens suivants :

#### Par tranche d'âge

Les 26-65 ans étaient ceux qui étaient les plus adressés par un professionnel de santé ( $p=0,05$ ). 28,57% d'entre eux avaient déclaré ce mode d'orientation contre 7,69% pour les 18-25 ans.

*A noter que les < 18 ans et > 65 ans ont été exclus de cette analyse statistique*

### Par distance du lieu d'habitation

Les usagers qui habitaient entre 20 et 50 kilomètres de Poitiers étaient ceux qui étaient les plus adressés par un professionnel de santé ( $p=0,04$ ). En effet, ce mode d'orientation avait été coché pour 40% d'entre eux contre 8,98% chez ceux habitant Poitiers ou la proche couronne.

*A noter que les consultants habitant à > 50km de Poitiers ont été exclus de cette analyse statistique.*

### III.2.4. Orientation selon le motif de consultation

D'autre part, nous avons cherché à savoir s'il existait un lien entre le motif de consultation principal cité par les répondants et leur mode d'orientation au CeGIDD.

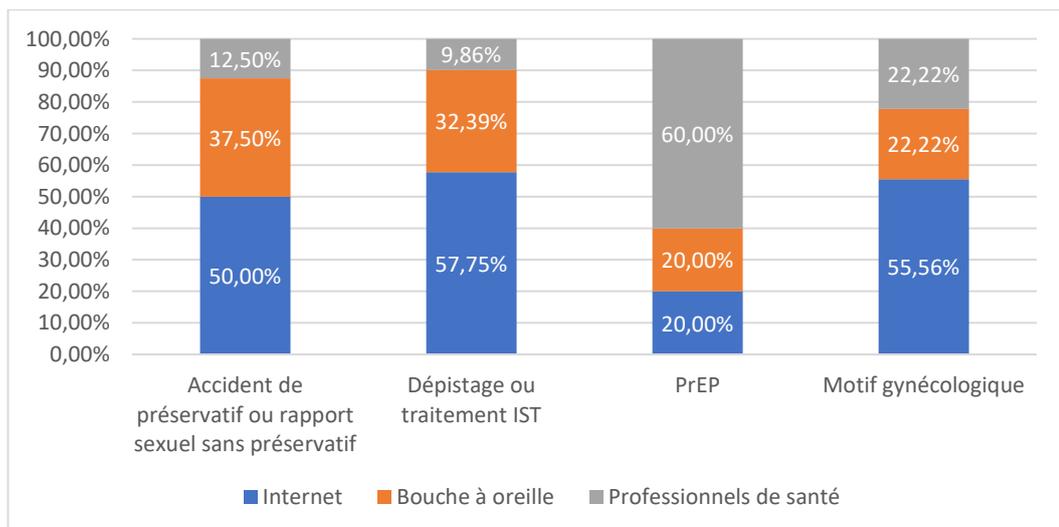
Il n'y avait pas de dépendance entre ces variables. [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence IV.]

*Nota Bene : en raison d'effectifs très réduits, nous avons rassemblé pour l'analyse les motifs contraception, suivi gynécologique, IVG et doute sur une grossesse dans le sous-ensemble « motif gynécologique ».*

Nous pouvons observer que la moitié (50%) des usagers ayant consulté pour un accident de préservatif ou un rapport sexuel sans préservatif ( $n=12$ ) avaient déclaré avoir été orientés au CeGIDD par une recherche sur internet ( $p=0,87$ ).

De même, plus de la moitié (57,75%) des consultants pour dépistage ou traitement d'une IST ( $n =41$ ) et des consultants pour un motif gynécologique (55,56% pour  $n=5$ ) avaient cité le mode d'orientation par internet ( $p=0,87$ ).

Les consultants pour PrEP avaient indiqué à 60% avoir été orientés par un professionnel de santé ( $n = 3$ ). [Figure 13.]



**Figure 13. Répartition des motifs de consultation initiaux selon les principaux modes d'orientation** (Q n°8 et Q n°11) Les résultats sont présentés en pourcentages

« Motif gynécologique » comprend : contraception, suivi gynécologique, IVG et doute sur une grossesse.

Les résultats pour la PrEP et motif gynécologique sont à prendre avec précaution en raison des effectifs réduits.

- Plus de la moitié des consultants venaient au CeGIDD pour la première fois.
- C'était parmi les étudiants qu'il y avait le plus de primo-consultants.
- Les deux modes d'orientation au CeGIDD les plus représentés étaient la recherche sur internet et le bouche à oreille.
- Concernant l'adressage des consultants au CeGIDD par les professionnels de santé :
  - Par âge, les 26-65 ans étaient les plus adressés.
  - Par distance du lieu d'habitation, ceux qui habitaient entre 20 et 50 kilomètres de Poitiers étaient les plus adressés.

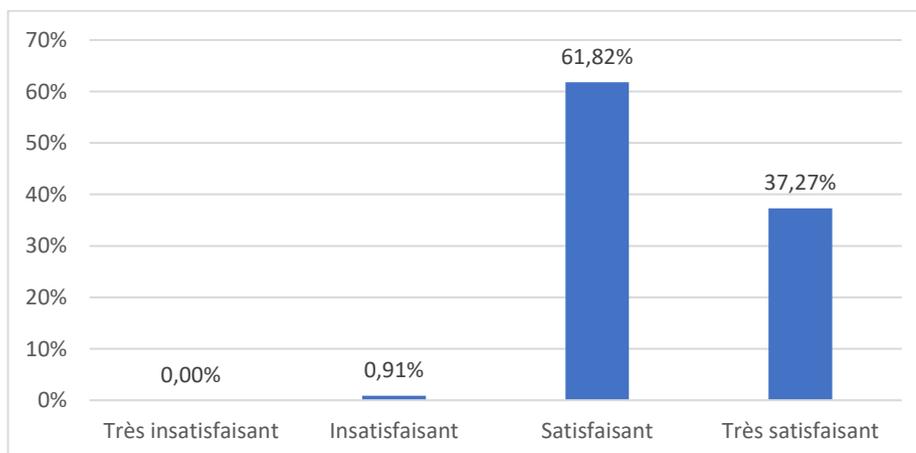
### III.3. Prise de rendez-vous

Nous avons questionné les usagers sur la prise de rendez-vous au CeGIDD. (Q n°9 et n°10)

#### III.3.1. Délai de rendez-vous

La plupart des usagers (61,82%) avaient estimé que le délai d'obtention de rendez-vous était satisfaisant (n = 68) et 37,27% qu'il était très satisfaisant (n = 41).

Seule une personne était insatisfaite, dont le profil correspondait à une femme de la tranche d'âge des 18-25 ans, étudiante, habitant Poitiers ou < 20 kilomètres, et qui consultait pour le motif dépistage ou traitement d'une IST. [Figure 14.]



**Figure 14. Taux de satisfaction concernant le délai d'obtention du rendez-vous au CeGIDD (Q n°9)**  
 Les résultats sont présentés en pourcentages

### III.3.2. Rendez-vous en ligne

La majorité des consultants (94,55%) avaient déclaré être intéressés par une prise de rendez-vous accessible sur internet 24h/24 (n=104).

Nous avons croisé ce résultat avec certains critères de la population source, ce qui nous a permis de préciser quels étaient les profils qui semblaient être les plus favorables à la prise de rendez-vous sur internet.

#### Par tranche d'âge

69,23% des 18-25 ans étaient intéressés par la prise de rendez-vous en ligne (n=72) ainsi que 26,92% des 26-65 ans (n=28). Les quatre personnes mineures de notre étude étaient toutes intéressées.

#### Par genre

Les femmes y étaient favorables à 61,54% (n=64) et les hommes à 36,54% (n=38). Les deux personnes non genrées de notre étude y étaient favorables.

#### Par situation professionnelle

Les étudiants représentaient le pourcentage le plus élevé des personnes intéressées de cette catégorie avec 58,65% de réponses (n=61).

Les personnes en recherche d'emploi ou sans emploi (n=10) ainsi que les collégiens ou lycéens (n=4) et le retraité de notre étude avaient tous répondu être intéressés par ce mode de rendez-vous.

#### Par distance du lieu d'habitation

Les usagers habitant à Poitiers ou à < 20 kilomètres de Poitiers représentaient le pourcentage le plus élevé de réponses positives dans cette catégorie (79,81%). Cependant, ce résultat est à observer avec prudence car ils représentaient plus de 80% de la population source (n=89). Notons que les six personnes de notre étude qui habitaient à > 50 kilomètres de Poitiers ont toutes répondu être intéressées par la prise de rendez-vous en ligne.

- **Le délai d'obtention d'un rendez-vous au CeGIDD était satisfaisant pour la plupart des consultants.**
- **La majorité des consultants étaient intéressés par une prise de rendez-vous accessible sur internet 24h/24.**

## IV. Motifs de consultation

### IV.1. Motif principal de consultation

#### IV.1.1. Répartition générale

Nous avons recueilli le motif principal de consultation des usagers du jour où ils avaient pris connaissance du questionnaire. [Figure 15.]

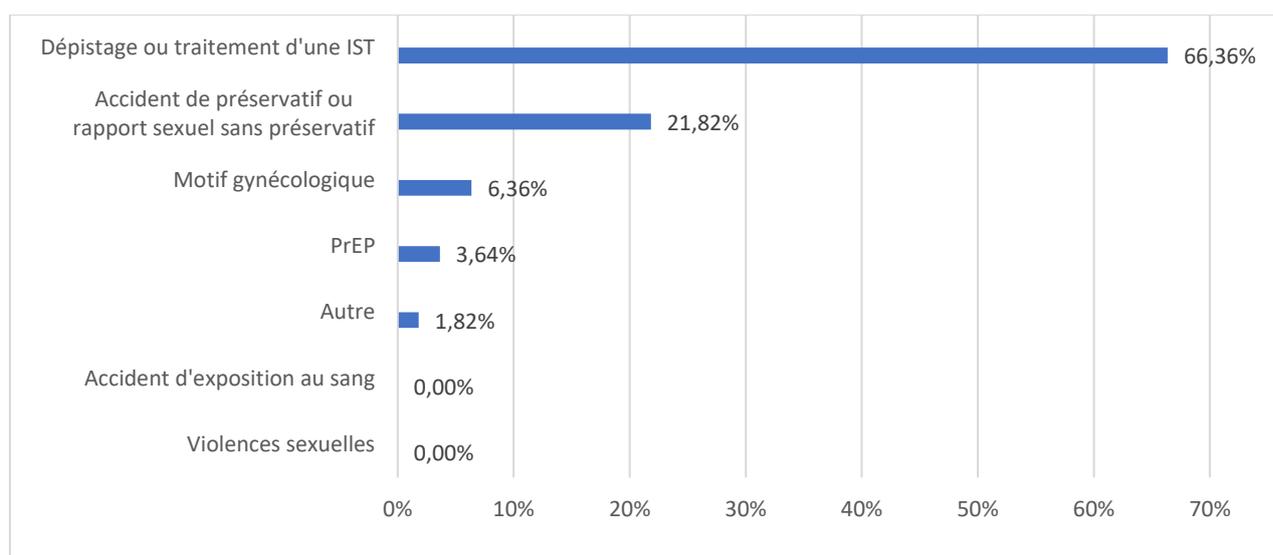
Le motif principal de consultation qui revenait le plus dans les réponses (66,36%) était le dépistage ou traitement d'une IST (n=73).

Le second motif le plus cité était l'accident de préservatif ou un rapport sexuel sans préservatif, avec 21,82% des réponses (n=24).

Le motif gynécologique représentait au total 6,36% des réponses (n=7).

*En raison d'effectifs trop réduits, les items contraception, suivi gynécologique, IVG et doute sur une grossesse présents dans le questionnaire ont été rassemblés sous la catégorie « motif gynécologique » lors de nos analyses. (Ils représentaient respectivement 1,82%, 0,91%, 1,82% et 1,82% des motifs).*

Seulement quatre usagers venaient pour la PrEP et deux usagers venaient pour un motif autre. Personne n'avait consulté pour un accident d'exposition au sang ni pour des violences sexuelles.



**Figure 15. Répartition des motifs principaux de consultation (Q n°11)**

« Motif gynécologique » comprend : contraception, suivi gynécologique, IVG et doute sur une grossesse.  
Les résultats sont présentés en pourcentages

#### IV.1.2. Répartition ciblée

D'autre part, nous avons cherché à savoir s'il existait un lien entre les motifs de consultation principaux les plus cités par les répondants et certains critères de la population source. [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence V.]

Les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs, nous les avons présentés dans le tableau suivant [Tableau V.]

	Critères	Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif	Dépistage ou traitement IST	Motif gynécologique	p- value
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Âge*</b>	Entre 18 et 25 ans	16 (69.57%)	54 (77.14%)	8 (88.89%)	0,5
	Entre 26 et 65 ans	7 (30.43%)	16 (22,86%)	1 (11.11%)	
<b>Genre**</b>	Féminin	13 (56.52%)	44 (61,11%)	8 (88.89%)	0,88
	Masculin	10 (43.48%)	28 (38.89%)	1 (11.11%)	
<b>Situation professionnelle***</b>	En activité	8 (34.78%)	19 (27.54%)	1 (11.11%)	-
	En recherche d'emploi / sans emploi	4 (17,39%)	4 (5.80%)	1 (11.11%)	
	Etudiant	11 (47.83%)	46 (66.67%)	7 (77.78%)	
<b>Lieu d'habitation****</b>	A Poitiers ou < 20 km de Poitiers	22 (91.67%)	60 (88.24%)	5 (62.50%)	0,76
	Entre 20 et 50 km de Poitiers	2 (8.33%)	8 (11.76%)	3 (37.50%)	

**Tableau V. Croisement des motifs principaux de consultation les plus cités avec certains critères de la population source (Q n°11 avec Q n°1-2-3-4)**

\* sont exclus : < 18 ans et > 65 ans car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\* sont exclus : personnes non genrées, transgenres et autre car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\*\* sont exclus : collégiens ou lycéens et retraités car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance. Cependant, d'après les effectifs dans les tableaux de contingence, nous n'avons pas pu effectuer de test statistique.

\*\*\*\* sont exclus : > 50 km de Poitiers effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5.

Ainsi, nous pouvons seulement faire des descriptions.

Parmi ceux qui avaient consulté pour le dépistage ou traitement d'une IST :

- 77,14% avaient entre 18 et 25 ans (n=54) et 22,86% entre 26 et 65 ans (n=16).
- Il y avait 61,11% de femmes (n =44) et 38,89% d'hommes (n=28).
- Il y avait 66,67% d'étudiants (n=46).
- 88,24% étaient des usagers habitant Poitiers ou sa proche couronne (n=60).

Les collégiens ou lycéens ainsi que le seul retraité de notre étude avaient été exclu des tableaux de contingence [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence V.], cependant nous pouvons noter qu'un seul collégien ou lycéen et le retraité avaient consulté pour ce motif.

Parmi ceux qui avaient consulté pour un accident de préservatif ou un rapport sexuel sans préservatif :

- 69,57% d'entre eux avaient entre 18 et 25 ans (n=16) et 30,43% avaient entre 26 et 65 ans (n=7).
- Il y avait 56,52% de femmes (n=13) et 43,48% d'hommes (n=10).
- 47,83% étaient des étudiants (n=11) et 34,78% des personnes en activité (n=8).
- 91,67% habitaient Poitiers ou sa proche couronne (n=22).

Parmi ceux qui avaient consulté pour un motif gynécologique :

- 88,89% d'entre eux avaient entre 18 et 25 ans (n=8).
- 88,89% étaient des femmes (n=8)
- 77,78 % représentaient des étudiants (n=7)
- 37,50% habitaient entre 20 et 50 kilomètres de Poitiers (n=3)

Concernant la PrEP :

Ce motif de consultation avait été exclu des tableaux de contingence [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence V.], cependant nous pouvons noter que les quatre personnes de notre étude qui avaient consulté pour la PrEP avaient toutes entre 26 et 65 ans et étaient toutes des hommes.

### **IV.1.3. Selon le statut de primo-consultant**

Nous nous sommes ensuite intéressés aux motifs principaux de consultation des personnes qui consultaient au CeGIDD pour la première fois :

- 66,13% d'entre eux avaient consulté pour un dépistage ou traitement d'une IST (n=41)
- 22,58% pour un accident de préservatif ou un rapport sexuel sans préservatif (n=14)
- 9,68% pour un motif gynécologique (n =6)
- Et une seule personne était venue consulter pour la PrEP

Nous les avons comparés aux motifs principaux de consultation des usagers qui ne consultaient pas pour la première fois. [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence VI.]

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les motifs principaux de consultation des primo-consultants et de ceux qui ne consultaient pas pour la première fois. (p=0,83)

### **IV.1.4. Selon l'adressage par un professionnel de santé**

Nous nous sommes ensuite concentrés sur l'analyse des motifs principaux de consultation pour lesquels les répondants avaient été adressés par un professionnel de santé. *Seuls les motifs « Dépistage ou traitement d'une IST » et « Accident de préservatif » ont été retenus pour l'analyse.* [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence VII.]

Les variables étaient indépendantes (p=0,98).

Ainsi, nous pouvons décrire les faits suivants :

- Parmi les usagers qui avaient consulté pour un accident de préservatif ou un rapport sans préservatif, 12,5% avaient été orientés par un professionnel de santé (n=3).
- Parmi ceux qui avaient consulté pour un dépistage ou traitement d'une IST, 9,59% avaient été orientés par un professionnel de santé (n=7).
- Parmi les quatre consultants venus pour la PrEP, trois d'entre eux avaient été orientés par un professionnel de santé.
- Parmi les neuf personnes venues pour un motif gynécologique, deux d'entre elles avaient été orientées par un professionnel de santé.

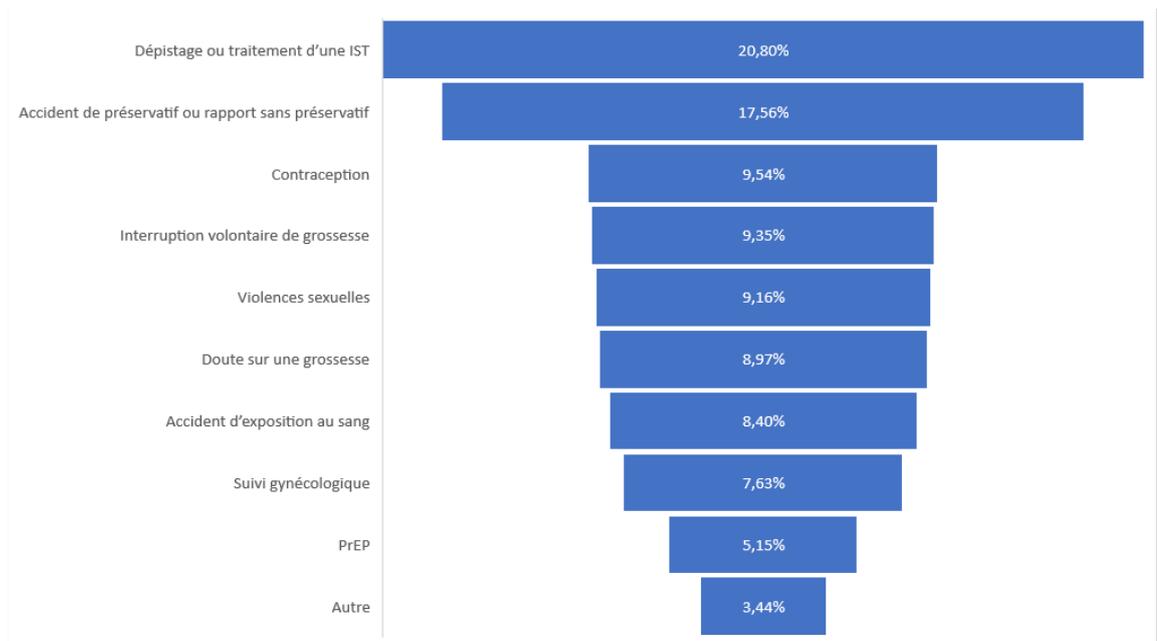
## IV.2. Autres motifs

### IV.2.1. Répartition générale

Nous avons questionné les usagers sur les différents motifs pour lesquels ils seraient prêts à revenir consulter au CeGIDD. [Figure 16.]

Les deux motifs les plus cités par les consultants étaient les mêmes que ceux cités à la question du motif de consultation principal :

- 20,80% des usagers se disaient prêts à revenir consulter pour un dépistage ou traitement d'une IST (n=109).
- 17,56% étaient prêts à revenir consulter dans les suites d'un accident de préservatif ou d'un rapport sexuel sans préservatif (n=92)



**Figure 16. Répartition des motifs pour lesquels les usagers seraient prêts à revenir consulter au CeGIDD (Q n°19 plusieurs réponses étaient possibles)**

*Les résultats sont présentés en pourcentages*

#### IV.2.2. Répartition selon le motif de consultation principal

Nous nous sommes questionnés sur les motifs pour lesquels les usagers étaient prêts à revenir consulter en fonction de leur motif de consultation principal.

L'ensemble des usagers de notre étude excepté un seul (n=109) avaient souhaité de nouveau consulter pour un dépistage ou traitement d'une IST.

De plus, toutes les personnes qui étaient venues initialement pour un accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif (n=24) avaient indiqué être prêtes à revenir consulter pour ce même motif.

De ce fait, nous n'avons pas pu réaliser de test statistique pour cette question.

Les répartitions des différentes réponses sont présentées dans le [Tableau VI.].

Nous remarquons que tous les motifs proposés avaient obtenu des réponses pour les usagers qui avaient consulté initialement pour un accident de préservatif ou un rapport sexuel sans préservatif, un dépistage ou traitement d'une IST ou un motif gynécologique.

Les usagers ayant consulté initialement pour la PrEP étaient prêts à revenir pour ce même motif, pour un dépistage ou traitement d'une IST, dans les suites d'un accident de préservatif ou d'un rapport sans préservatif ou pour un accident d'exposition au sang.

		"Seriez-vous prêt à consulter pour..."									
		Dépistage ou traitement d'une IST	Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif	Contraception	Suivi gynécologique	PrEP	Interruption volontaire de grossesse	Violences sexuelles	Doute sur une grossesse	Accident d'exposition au sang	Autre
motif principal de consultation	Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif	17,91%	17,91%	9,70%	5,97%	5,97%	9,70%	8,96%	8,96%	10,45%	4,48%
	Dépistage ou traitement IST	22,32%	17,74%	8,87%	8,26%	4,28%	9,48%	9,48%	8,87%	7,65%	3,06%
	PrEP	28,57%	28,57%	0,00%	0,00%	28,57%	0,00%	0,00%	0,00%	14,29%	0,00%
	Motif gynécologique	16,33%	12,24%	16,33%	10,20%	2,04%	10,20%	10,20%	12,24%	6,12%	4,08%

**Tableau VI. Répartition des réponses à la question « Seriez-vous prêts à reconsulter pour ? » selon le motif de consultation initial. (Q n°19 plusieurs réponses étaient possibles et Q n°11)**

*Les résultats sont présentés en pourcentages*

- Les motifs de consultation dominants étaient le dépistage ou traitement d'une IST et l'accident de préservatif ou un rapport sexuel sans préservatif, chacun étant cité principalement par les usagers de 18-25 ans.
- Le motif PrEP n'avait été cité que par 4 répondants.
- La majorité des primo-consultants avaient consulté pour un dépistage ou traitement d'une IST.
- Les motifs dépistage ou traitement d'une IST et accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif semblaient être ceux pour lesquels les usagers étaient les plus prêts à revenir consulter au CeGIDD.

## **V. Abord d'une problématique sexuelle**

### **V.1. Difficultés antérieures avec un professionnel de santé**

#### **V.1.1. Répartition générale**

Dans notre étude, 42,73% des consultants avaient déclaré avoir déjà rencontré des difficultés à aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé. Un consultant n'avait pas souhaité répondre à cette question.

#### **V.1.2. Répartition ciblée**

Parmi ceux qui avaient déclaré avoir été en difficulté, nous nous sommes intéressés à la proportion de primo-consultants :

68,09% des personnes qui avaient déclaré avoir déjà eu des difficultés à aborder leur vie sexuelle avec un professionnel de santé étaient des personnes qui consultaient au CeGIDD pour la première fois ( $p=0,03$ ).

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant [Tableau VII.] :

"Avez-vous déjà été en difficulté pour aborder une problématique de votre vie sexuelle avec un professionnel de santé ?"

		Non (n = 62)	Oui (n = 47)	Ne souhaite pas répondre (n = 1)	n	p-value
<b>Première fois au CeGIDD</b>	Oui	29 (46,77%)	32 (68,09%)	1 (100,00%)	62	<b>0.033</b>
	Non	33 (53,23%)	15 (31,91%)	0 (0,00%)	48	

**Tableau VII. Proportion de primo-consultants ayant déjà eu des difficultés à aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé.** (Q n°12 et Q n°7)

*Les conditions d'application du test du Chi2 d'indépendance n'étant pas respectées (au moins une des cases du tableau de contingence a un effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher a été réalisé.*

Parmi les primo-consultants :

51,61% avaient rapporté avoir déjà eu des difficultés pour aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé (n=32), contre 31,25% (n=15) pour ceux qui ne consultaient pas au CeGIDD pour la première fois (p=0,03).

Nous avons cherché s'il existait une dépendance entre les consultants qui avaient eu des difficultés à aborder leur vie sexuelle avec un professionnel de santé et certains critères de la population :

Les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. [Cf ANNEXE V. Tableau de contingence VIII.]

- Environ 43% des consultants avaient signifié avoir déjà eu des difficultés à aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé.
- Parmi ceux qui consultaient au CeGIDD pour la première fois, un peu plus de la moitié avaient signifié avoir déjà eu ces difficultés.

## V.2. Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez le médecin traitant

### V.2.1. Répartition générale

Nous avons recueilli les raisons qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant. [Figure 17.]

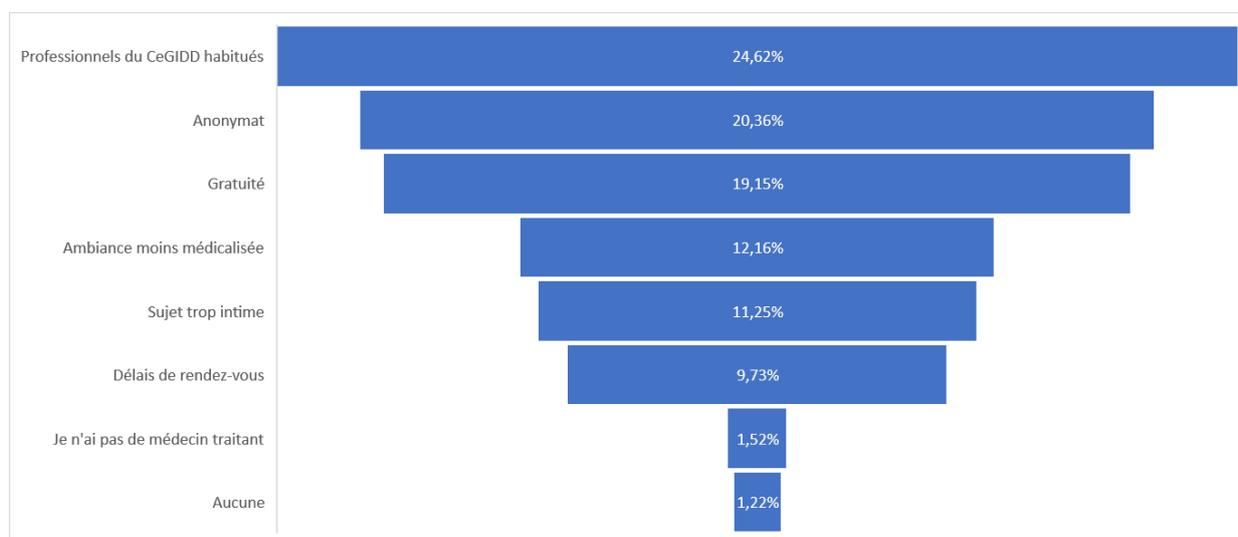
La raison qui était la plus citée dans les réponses (24,62%) était que les professionnels du CeGIDD étaient habitués à aborder la sexualité (n=81).

Ensuite venait la raison de l'anonymat avec 20,36% de réponses (n=67), suivie à 19,15% par la raison de gratuité (n=63).

L'ambiance moins médicalisée ainsi que le fait que le sujet soit trop intime pour en discuter avec son médecin traitant étaient cités respectivement à 12,16% (n=40) et 11,25% (n=37).

Les délais de rendez-vous représentaient 9,73% des réponses (n=32).

Le fait de ne pas avoir de médecin traitant avait été cité cinq fois (1,52%). De même, quatre usagers avaient signifié ne pas avoir de raison (1,22%).



**Figure 17. Répartition des différentes raisons qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant.** (Q n°13 plusieurs réponses étaient possibles)

*Les résultats sont présentés en pourcentages*

## V.2.2. Selon le fait d'avoir déjà eu des difficultés avec un professionnel de santé

Nous avons voulu explorer s'il existait des liens entre les raisons qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant et le fait d'avoir déjà été en difficulté ou non pour aborder une problématique de vie sexuelle avec un professionnel de santé.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous [Tableau VIII.] :

		"Avez-vous déjà été en difficulté pour aborder une problématique de votre vie sexuelle avec un professionnel de santé ?"				
		Non (n = 62)	Oui (n = 47)	Ne souhaite pas répondre (n = 1)	n	p-value
<b>Gratuité</b>	Oui	36 (58,06%)	26 (55,32%)	1 (100,00%)	63	0.91
	Non	26 (41,94%)	21 (44,68%)	0 (0,00%)	47	
<b>Anonymat</b>	Oui	28 (45,16%)	38 (80,85%)	1 (100,00%)	67	<0.001
	Non	34 (54,84%)	9 (19,15%)	0 (0,00%)	43	
<b>Délais de rendez-vous</b>	Non	47 (75,81%)	30 (63,83%)	1 (100,00%)	78	0.39
	Oui	15 (24,19%)	17 (36,17%)	0 (0,00%)	32	
<b>Professionnels du CeGIDD habitués à aborder la sexualité</b>	Oui	40 (64,52%)	41 (87,23%)	0 (0,00%)	81	<0.01
	Non	22 (35,48%)	6 (12,77%)	1 (100,00%)	29	
<b>Ambiance moins médicalisée</b>	Non	46 (74,19%)	23 (48,94%)	1 (100,00%)	70	0.01
	Oui	16 (25,81%)	24 (51,06%)	0 (0,00%)	40	
<b>Sujet trop intime pour en discuter avec mon médecin traitant</b>	Non	47 (75,81%)	25 (53,19%)	1 (100,00%)	73	0.02
	Oui	15 (24,19%)	22 (46,81%)	0 (0,00%)	37	
<b>N'a pas de médecin traitant</b>	Non	57 (91,94%)	47 (100,00%)	1 (100,00%)	105	0.11
	Oui	5 (8,06%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5	
<b>Aucune</b>	Non	58 (93,55%)	47 (100,00%)	1 (100,00%)	106	0.16
	Oui	4 (6,45%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4	

**Tableau VIII. Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant selon le fait d'avoir déjà été en difficulté ou non avec un professionnel de santé pour aborder une problématique de vie sexuelle.** (Q n°12 et Q n°13 plusieurs réponses étaient possibles)

Les conditions d'application du test du Chi2 d'indépendance n'étant pas respectées (au moins une des cases du tableau de contingence a un effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher a été réalisé.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence les liens suivants :

L'anonymat semblait être une raison importante de consulter au CeGIDD pour les usagers qui avaient déjà été en difficulté pour aborder leur vie sexuelle avec un professionnel de santé car elle avait été citée par 80,85% d'entre eux, contre seulement 45,16% pour les usagers qui n'avaient pas exprimé de difficulté ( $p < 0,001$ ).

87,23% des usagers qui avaient cité comme raison que les professionnels du CeGIDD étaient habitués à aborder la sexualité avaient déjà été en difficulté avec un professionnel de santé, contre 64,52% qui avaient déclaré ne pas avoir été en difficulté ( $p < 0,01$ ).

L'ambiance moins médicalisée était une raison deux fois plus importante pour les usagers ayant déjà été en difficulté pour aborder leur vie sexuelle avec un professionnel de santé (51,06%) que pour ceux qui n'avaient pas été en difficulté qui l'avaient citée dans seulement un quart des cas (25,81%) ( $p = 0,01$ ).

Le fait que le sujet soit trop intime pour en discuter avec le médecin traitant ne semblait pas être une raison principale pour ceux qui avaient déjà rencontré des difficultés à parler de sexualité avec un professionnel de santé : en effet, cette raison était rapportée par moins de la moitié (46,81%) d'entre eux. Elle concernait un peu moins d'un quart (24,19%) de ceux qui n'avaient pas eu de difficultés ( $p = 0,02$ ).

De plus, nous pouvons faire les observations suivantes :

La gratuité avait été citée par 55,32% des personnes qui avaient déjà présenté des difficultés à aborder leur vie sexuelle avec un professionnel de santé ( $n = 26$ ) et par 58,06% de ceux qui n'avaient pas présenté de difficultés ( $n = 36$ ).

La raison des délais de rendez-vous avait été citée par 36,17% des personnes qui avaient déjà eu des difficultés avec un professionnel de santé ( $n = 17$ ) et par 24,19% des personnes qui n'avaient pas eu de difficultés ( $n = 15$ ).

La raison « je n'ai pas de médecin traitant » n'a été cochée par aucune des personnes qui avaient exprimé avoir déjà eu des difficultés à aborder leur vie sexuelle avec un professionnel de santé et par 8,06% de celles qui avaient déjà eu des difficultés ( $n = 5$ ).

L'item « aucune raison » n'a été coché par aucune des personnes qui avaient exprimé avoir déjà eu des difficultés à aborder leur vie sexuelle avec un professionnel de santé, et par 6,45% de celles qui n'avaient pas eu des difficultés (n=4).

### V.2.3. Selon la situation professionnelle

Nous avons cherché s'il existait des liens entre les raisons qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant et la situation professionnelle des consultants.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous [Tableau IX.] :

		Situation professionnelle					n	p-value
		Etudiant (n = 65)	En activité (n = 30)	En recherche d'emploi / sans emploi (n = 10)	Collégien ou lycéen (n = 4)	Retraité (n = 1)		
<b>Gratuité</b>	Oui	45 (69,23%)	9 (30,00%)	5 (50,00%)	4 (100,00%)	0 (0,00%)	63	<b>&lt;0.001</b>
	Non	20 (30,77%)	21 (70,00%)	5 (50,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)	47	
<b>Anonymat</b>	Oui	38 (58,46%)	16 (53,33%)	10 (100,00%)	2 (50,00%)	1 (100,00%)	67	<b>0.033</b>
	Non	27 (41,54%)	14 (46,67%)	0 (0,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	43	
<b>Délais de rendez-vous</b>	Non	42 (64,62%)	25 (83,33%)	9 (90,00%)	1 (25,00%)	1 (100,00%)	78	<b>0.033</b>
	Oui	23 (35,38%)	5 (16,67%)	1 (10,00%)	3 (75,00%)	0 (0,00%)	32	
<b>Professionnels du CeGIDD habitués à aborder la sexualité</b>	Oui	40 (61,54%)	26 (86,67%)	10 (100,00%)	4 (100,00%)	1 (100,00%)	81	<b>&lt;0.01</b>
	Non	25 (38,46%)	4 (13,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	29	
<b>Ambiance moins médicalisée</b>	Non	46 (70,77%)	16 (53,33%)	5 (50,00%)	2 (50,00%)	1 (100,00%)	70	0.28
	Oui	19 (29,23%)	14 (46,67%)	5 (50,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	40	
<b>Sujet trop intime pour en discuter avec mon médecin traitant</b>	Non	46 (70,77%)	17 (56,67%)	7 (70,00%)	2 (50,00%)	1 (100,00%)	73	0.58
	Oui	19 (29,23%)	13 (43,33%)	3 (30,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	37	
<b>N'a pas de médecin traitant</b>	Non	61 (93,85%)	29 (96,67%)	10 (100,00%)	4 (100,00%)	1 (100,00%)	105	1
	Oui	4 (6,15%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5	
<b>Aucune</b>	Non	62 (95,38%)	29 (96,67%)	10 (100,00%)	4 (100,00%)	1 (100,00%)	106	1
	Oui	3 (4,62%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4	

**Tableau IX. Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant selon la situation professionnelle** (Q n°13 plusieurs réponses étaient possibles et Q n°3)

Les conditions d'application du test du Chi2 d'indépendance n'étant pas respectées (au moins une des cases du tableau de contingence a un effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher a été réalisé.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence les liens suivants :

Les étudiants et les collégiens ou lycéens représentaient les situations professionnelles qui avaient le plus considéré que la gratuité était une raison de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant (respectivement à 69,23% et 100%). C'était également une raison pour la moitié des consultants en recherche d'emploi ou sans emploi (p<0,001).

L'anonymat avait été cité comme raison par au moins plus de la moitié des consultants, quelles que soient leurs situations professionnelles ( $p=0,03$ ).

Les délais de rendez-vous étaient considérés comme une raison de consulter au CeGIDD plutôt que chez le médecin traitant majoritairement par les collégiens ou lycéens (75%). Cela ne semblait pas être une raison importante pour les autres situations professionnelles ( $p=0,03$ ).

L'habitude des professionnels du CeGIDD à aborder la sexualité représentait une raison importante de consulter au CeGIDD plutôt que chez le médecin traitant quelle que soit la situation professionnelle. C'était une raison majeure pour le seul retraité de notre étude, les collégiens ou lycéens (100%) et les personnes sans emploi ou en recherche d'emploi (100%). Les personnes en activité avaient cité cette raison à 86,67% et les étudiants à 61,64% ( $p<0,01$ ).

De plus, nous pouvons faire les observations suivantes :

L'ambiance moins médicalisée était une raison qui avait été citée par la moitié des collégiens ou lycéens ( $n=2$ ), par la moitié des personnes en recherche d'emploi ou sans emploi ( $n=5$ ) et par un peu moins de la moitié (46,67%) des personnes en activité ( $n=14$ ). 70,77% des étudiants n'avaient pas coché cette raison ( $n=46$ ).

Le seul retraité de notre étude avait coché les raisons « anonymat » et « professionnels du CeGIDD habitués à aborder la sexualité ».

La raison du sujet trop intime pour pouvoir en discuter avec le médecin traitant n'avait pas été retenue par 70,77% des étudiants ( $n=46$ ) ni par 70% des personnes en recherche d'emploi ou sans emploi ( $n=7$ ). En revanche, 50% des collégiens ou lycéens ( $n=2$ ) et 43,33% des personnes en activité l'avaient citée ( $n=13$ ).

#### **V.2.4. Selon le motif de consultation initial**

Nous avons voulu savoir s'il existait des liens entre les raisons qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant et le motif de consultation principal.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous [Tableau X.] :

		Dépistage ou traitement IST	Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif	Motif gynécologique	PrEP	n	p-value
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Gratuité</b>	Oui	45 (61,64%)	15 (62,50%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	63	<b>0.039</b>
	Non	28 (38,36%)	9 (37,50%)	6 (66,67%)	4 (100,00%)	47	
<b>Anonymat</b>	Oui	43 (58,90%)	18 (75,00%)	4 (44,44%)	2 (50,00%)	67	0.33
	Non	30 (41,10%)	6 (25,00%)	5 (55,56%)	2 (50,00%)	43	
<b>Délais de rendez-vous</b>	Non	52 (71,23%)	15 (62,50%)	7 (77,78%)	4 (100,00%)	78	0.55
	Oui	21 (28,77%)	9 (37,50%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	32	
<b>Professionnels du CeGIDD habitués à aborder la sexualité</b>	Oui	51 (69,86%)	19 (79,17%)	7 (77,78%)	4 (100,00%)	81	0.66
	Non	22 (30,14%)	5 (20,83%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	29	
<b>Ambiance moins médicalisée</b>	Non	51 (69,86%)	13 (54,17%)	6 (66,67%)	0 (0,00%)	70	<b>0.027</b>
	Oui	22 (30,14%)	11 (45,83%)	3 (33,33%)	4 (100,00%)	40	
<b>Sujet trop intime pour en discuter avec mon médecin traitant</b>	Non	48 (65,75%)	14 (58,33%)	8 (88,89%)	3 (75,00%)	73	0.46
	Oui	25 (34,25%)	10 (41,67%)	1 (11,11%)	1 (25,00%)	37	
<b>Je n'ai pas de médecin traitant</b>	Non	70 (95,89%)	22 (91,67%)	9 (100,00%)	4 (100,00%)	105	0.79
	Oui	3 (4,11%)	2 (8,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5	
<b>Aucune</b>	Non	70 (95,89%)	24 (100,00%)	8 (88,89%)	4 (100,00%)	106	0.33
	Oui	3 (4,11%)	0 (0,00%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	4	

**Tableau X. Raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant selon le motif de consultation principal** (Q n°13 *plusieurs réponses étaient possibles* et Q n°11)

*Les conditions d'application du test du Chi2 d'indépendance n'étant pas respectées (au moins une des cases du tableau de contingence a un effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher a été réalisé.*

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence les liens suivants :

La gratuité représentait une raison relativement importante de venir consulter au CeGIDD plutôt que chez le médecin traitant pour les usagers venus initialement dans les suites d'un accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif (62,50%) et pour un dépistage ou traitement d'une IST (61,64%). Aucune des personnes qui venaient initialement pour la PrEP n'avaient cité la gratuité comme raison de venir consulter au CeGIDD (p=0,039).

L'ambiance moins médicalisée était une raison qui avait été citée par 100% des personnes consultant pour la PrEP. Elle ne semblait pas représenter une raison majeure pour celles venues initialement pour un accident de préservatif ou un rapport sexuel sans préservatif (45,83%), un motif gynécologique (33,33%) ou un dépistage ou traitement d'une IST (30,14%)(p=0,027).

De plus, nous pouvons faire les observations suivantes :

L'anonymat avait été choisi par 75% des consultants pour accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif (n=18), 58,90% des consultants pour dépistage ou traitement d'une IST (n=43) et par la moitié des consultants pour PrEP (n=2).

Aucune personne venant consulter pour la PrEP n'avait coché la raison des délais de rendez-vous, mais cette raison avait été cochée par 37,50% de ceux venant initialement pour un accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif (n=9) et par 28,77% de ceux consultant pour dépistage ou traitement d'une IST (n =21).

L'habitude des professionnels du CeGIDD à aborder la sexualité était une raison citée par tous ceux qui avaient consulté pour la PrEP (n=4), 79,17% de ceux qui venaient pour accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif (n=9), 77,78% de ceux qui venaient pour un motif gynécologique (n=7) et 69,86% de ceux venus pour dépistage ou traitement d'une IST (n=51).

La raison du sujet trop intime pour être abordé avec le médecin traitant avait été retenue par une seule personne qui consultait initialement pour la PrEP et par une seule personne qui consultait pour un motif gynécologique. 41,67% de ceux venus pour accident de préservatif ou rapport sans préservatif (n=10) et 34,25% de ceux venus pour dépistage ou traitement d'une IST (n=25) avaient également retenu cette raison.

Deux usagers venus pour accident de préservatif ou rapport sans préservatif et trois usagers venus pour dépistage ou traitement d'une IST avaient cité ne pas avoir de médecin traitant.

L'item « aucune raison » avait été coché par une personne venue initialement pour un motif gynécologique et par trois personnes venues pour un dépistage ou traitement d'une IST.

### V.2.5. Gratuité et critère de précarité de soin

En croisant les données, nous pouvons remarquer que parmi les consultants qui avaient un critère de précarité de soin [cf Résultats § II.2 Caractéristiques ciblées], 53,85% avaient indiqué la gratuité comme raison de consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant (n=7).

Parmi les consultants qui n'avaient pas de critère de précarité de soin, 58,42% avaient indiqué cette même raison (n=101).

- **Les trois principales raisons qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant étaient par ordre décroissant : l'habitude des professionnels du CeGIDD à aborder la sexualité, l'anonymat et la gratuité.**
- **Parmi les usagers qui avaient déjà eu des difficultés à aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé :**
  - **L'anonymat et l'habitude des professionnels du CeGIDD semblaient être des raisons plus importantes que pour ceux qui n'avaient pas eu de difficultés.**
  - **Ils citaient deux fois plus la raison de l'ambiance moins médicalisée que ceux qui n'avaient pas eu de difficultés.**
  - **Le fait que le sujet soit trop intime pour en discuter avec son médecin traitant ne semblait pas être une raison principale, que les usagers aient déjà eu des difficultés ou non.**
- **Concernant la gratuité :**
  - **Les étudiants et les collégiens ou lycéens représentaient les situations professionnelles qui avaient le plus considéré que c'était une raison de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant.**
  - **Un peu plus de la moitié des consultants qui avaient un critère de précarité de soin avaient cité la gratuité.**

## VI. Attentes des consultants

### VI.1. Attentes au cours d'une consultation

#### VI.1.1. Répartition générale

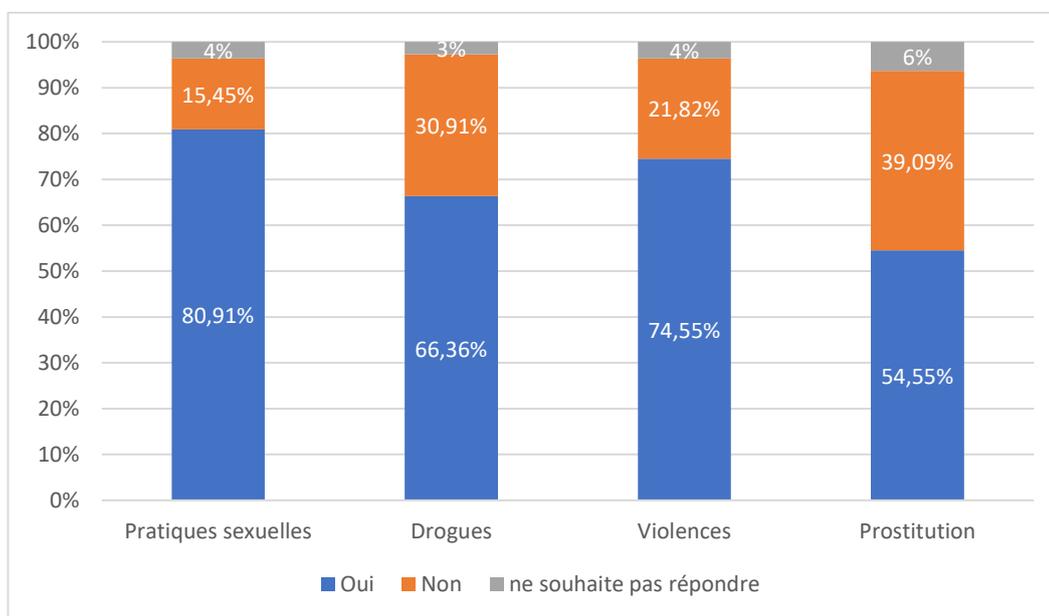
Nous avons questionné les usagers sur leur souhait à être interrogé sur certains sujets au cours d'une consultation au CeGIDD : sur leurs pratiques sexuelles, leur consommation éventuelle de drogues, le fait d'avoir subi des violences sexuelles physiques ou morales et sur le fait d'avoir déjà eu recours à la prostitution. [Figure 18.]

La question des pratiques sexuelles représentait le sujet majoritaire sur lequel les consultants souhaitaient être interrogés avec 80,91% de réponses (n=89).

S'en suivaient les violences (physiques, sexuelles ou morales) qui représentaient 74,55% des réponses (n=82).

Le questionnement sur la consommation éventuelle de drogues était souhaité par 66,36% des usagers (n=73).

Seulement 54,55% des usagers souhaitaient être interrogés sur le sujet de la prostitution.



**Figure 18. Répartition des réponses à la question « Souhaiteriez-vous qu'au cours d'une consultation au CeGIDD on vous questionne sur ? » sur quatre sujets proposés (Q n°14 à 17)**

*Les résultats sont présentés en pourcentages*

### VI.1.2. Répartition ciblée

Nous avons cherché s'il existait une dépendance entre les sujets sur lesquels les usagers souhaitaient être interrogés et certains critères de la population source (âge et genre).

Il y avait un lien entre l'âge et le fait de vouloir ou non être interrogé sur la consommation de drogues ( $p = 0,03$ ) : les 26-65 ans avaient plus tendance à vouloir être interrogés (85,18%) que les 18-25 ans (61,84%).

Les autres résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence IX.]

Ainsi, nous pouvons seulement constater les faits suivants :

#### Sur la question des pratiques sexuelles :

- 92,59% des usagers de 26-65 ans souhaitaient être interrogés ( $n=25$ ) ainsi que 81,33% des 18-25 ans ( $n=61$ ).
- 90% des hommes souhaitaient être interrogés ( $n=36$ ) ainsi que 79,68% des femmes ( $n=51$ ).

#### Sur la question des violences :

- 88,88% des usagers de 26-65 ans souhaitaient être interrogés ( $n=24$ ) ainsi que 73,33% des 18-25 ans ( $n=55$ ).
- 81,25% des femmes souhaitaient être interrogées ( $n=52$ ) ainsi que 70% des hommes ( $n=28$ ).

#### Sur la question des drogues :

- 78,04% des hommes souhaitaient être interrogés ( $n=32$ ) ainsi que 60,93% des femmes ( $n=39$ ).

#### Sur la question de la prostitution :

- 46,57% des 18-25 ans ne souhaitaient pas être interrogés ( $n=39$ ) et 70,07% des 26-65 ans souhaitaient l'être ( $n=19$ ).
- 60,31% des femmes souhaitaient être interrogées ( $n=38$ ) ainsi que 57,89% des hommes ( $n=22$ ).

## VI.2. Activités souhaitées au sein du CeGIDD

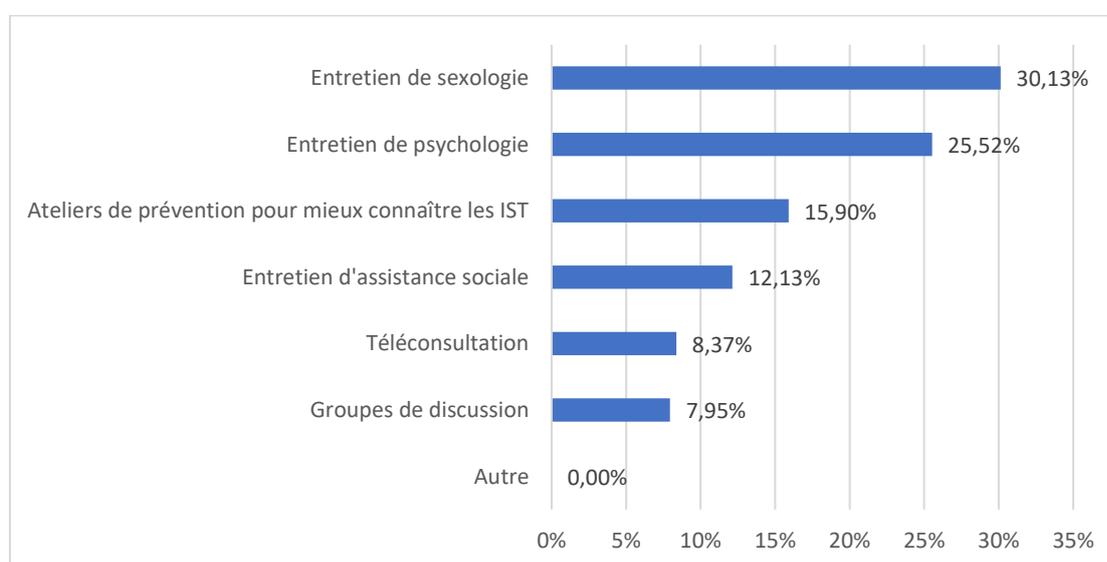
### VI.2.1. Répartition générale

Nous avons questionné les usagers sur les activités qu'ils souhaitaient se voir proposer au sein du CeGIDD. Cette question était facultative. [Figure 19]

La réponse qui avait été la plus citée par les usagers (30,13%) était l'entretien de sexologie (n=72). En seconde position (25,52%) venait l'entretien de psychologie (n=61). Les ateliers de prévention pour mieux connaître les IST revenaient à 15,90% dans les réponses (n =38).

Ensuite, il y avait l'entretien d'assistance sociale avec 12,13% des réponses (n=29), la téléconsultation avec 8,37% des réponses (n=20) et enfin les groupes de discussion avec 7,95% des réponses (n=19).

L'item « autre » à réponse libre n'avait pas été complété.



**Figure 19. Répartition des réponses à la question « Quelle(s) activités souhaiteriez-vous voir prise(s) en charge au sein du CeGIDD ? »** (Q n°20 – facultative- plusieurs réponses étaient possibles)  
Les résultats sont présentés en pourcentages

### VI.2.2. Selon le statut de primo-consultant

Nous nous sommes intéressés au croisement des réponses en fonction du statut de primo-consultant ou non, pour chercher une dépendance entre les souhaits d'activités des

consultants qui venaient pour la première fois au CeGIDD et les souhaits de ceux qui ne venaient pas pour la première fois.

Le fait d'être primo-consultant ou non était indépendant des souhaits d'activités.

[Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence X.]

### VI.2.3. Focus sur la téléconsultation

Nous avons voulu savoir s'il existait un lien entre le souhait de téléconsultation et le motif de consultation principal des usagers.

Le fait de souhaiter la mise en place d'une téléconsultation était indépendant du motif de consultation principal. [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence XI.]

Nous avons cherché s'il existait une dépendance entre le souhait téléconsultation et certains critères de la population source (âge, genre, situation professionnelle et lieu d'habitation.) [Cf ANNEXE V. Tableaux de contingence XII.]

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant [Tableau XI.] :

Critères	Modalités	Téléconsultation (%)	p-value
<b>Âge*</b>	Entre 18 et 25 ans	14,10	<b>0,04</b>
	Entre 26 et 65 ans	32,14	
<b>Genre**</b>	Féminin	15,38	0,46
	Masculin	20,93	
<b>Situation professionnelle***</b>	Etudiant	15,38	0,19
	En activité	26,66	
<b>Lieu d'habitation****</b>	A Poitiers ou < 20 km	15,73	0,50
	Entre 20 et 50 km	26,66	

**Tableau XI. Croisement du souhait de téléconsultation avec certains critères de la population source.**  
(Q n°20 avec Q n°1-2-3-4) *Les résultats sont présentés en pourcentages*

\* sont exclus : < 18 ans et > 65 ans car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\* sont exclus : transgenres, non genrés et autres car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\*\* sont exclus : collégiens ou lycéens, retraités et en recherche d'emploi ou sans emploi car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

\*\*\*\* sont exclus : > 50km de Poitiers car effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5 nécessaire à la validité du Chi2 d'indépendance

Le souhait de téléconsultation était dépendant de l'âge : en effet, les usagers de 26-65 ans avaient plus tendance à souhaiter la mise en place d'une téléconsultation que les 18-25 ans ( $p=0,04$ ).

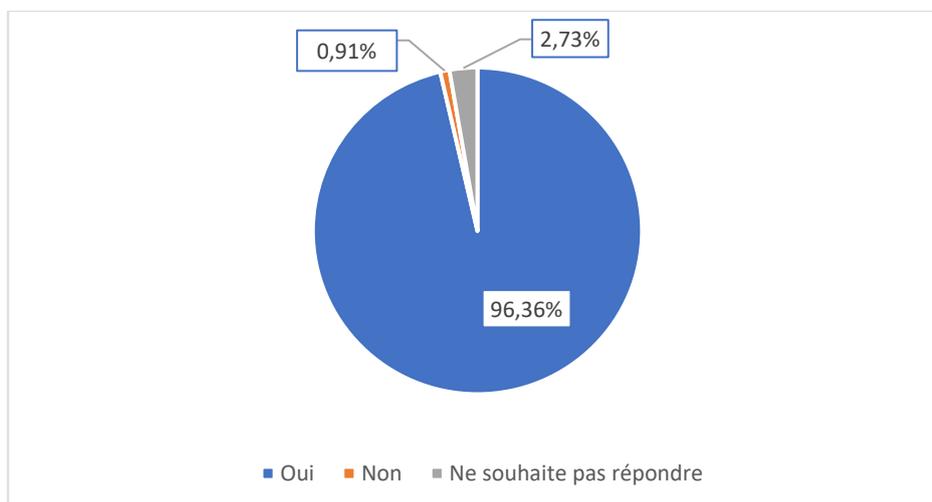
Nous n'avons pas trouvé de lien avec le genre, la situation professionnelle ou la distance du lieu d'habitation.

### VI.3. Réponse aux attentes

#### VI.3.1. Répartition générale

96,36% des consultants avaient estimé que les professionnels rencontrés au CeGIDD avaient répondu à leurs attentes ( $n=106$ ).

Trois personnes n'avaient pas souhaité répondre à cette question. Une personne avait estimé qu'ils n'avaient pas répondu aux attentes, dont le profil correspondait à une femme de 18-25 ans, étudiante, habitant Poitiers ou à < 20 kilomètres de Poitiers, qui ne consultait pas pour la première fois au CeGIDD et qui avait été orientée par un professionnel de santé pour un motif de contraception. [Figure 20.]



**Figure 20. Répartition des réponses à la question « Les professionnels rencontrés au CeGIDD ont-ils répondu à vos attentes ? » (Q n°18)**  
*Les résultats sont présentés en pourcentages*

### **VI.3.2. Répartition ciblée**

Concernant la réponse aux attentes, nous avons voulu connaître s'il existait une différence statistiquement significative entre les réponses des primo-consultants et celles de ceux qui ne consultaient pas au CeGIDD pour la première fois.

Or, comme nous l'avons vu ci-dessus, une seule personne avait répondu « non » à cette question. De ce fait, il n'était pas possible de réaliser de test basé sur des tableaux de contingence pour cette question.

Cependant, nous pouvons observer que les primo-consultants étaient satisfaits à 96,77% (n=60) et ceux qui ne venaient pas au CeGIDD pour la première fois l'étaient à 95,83% (n=46).

Pour la même raison, il n'était pas possible réaliser de test basé sur des tableaux de contingence pour chercher s'il existait une dépendance entre le fait d'estimer que les professionnels du CeGIDD n'avaient pas répondu aux attentes et le motif de consultation principal.

- **Au cours d'une consultation au CeGIDD, les usagers souhaitaient être principalement interrogés sur leurs pratiques sexuelles et sur la question des violences (physiques, sexuelles ou morales).**
- **Les deux activités que les consultants souhaitaient le plus se voir proposer au sein du CeGIDD étaient l'entretien de sexologie et l'entretien de psychologie.**
- **La téléconsultation avait été peu citée dans les réponses. Les usagers de 26-65 ans avaient plus tendance à souhaiter sa mise en place que ceux de 18-25 ans.**
- **La quasi-totalité des consultants avaient estimé que les professionnels rencontrés au CeGIDD avaient répondu à leurs attentes.**

# **DISCUSSION**

## **I. Principaux résultats**

### **I.1. Besoin de la population actuelle en matière de consultation**

#### **I.1.1. Profils des consultants**

Le public consultant au local principal du CeGIDD du CHU de Poitiers était représenté à plus de 70% par des jeunes, âgés de 18 à 25 ans, dont la grande majorité (78,20%) étaient des étudiants.

Il y avait plus de femmes (59,09%) que d'hommes (39,09%).

Les usagers habitaient principalement la ville de Poitiers ou sa proche couronne (80,91%).

11,8% des consultants avaient un critère de précarité de soin.

#### **I.1.2. Motifs de consultation**

Le motif de consultation le plus répandu était le dépistage ou traitement d'une IST (66,36%). Environ deux-tiers des personnes qui venaient pour la première fois au CeGIDD avaient consulté pour ce motif.

L'accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif arrivait en seconde position (21,82%).

Ces deux motifs étaient cités principalement par des consultants âgés de 18 à 25 ans et semblaient être ceux pour lesquels les usagers étaient les plus favorables à revenir consulter au CeGIDD.

#### **I.1.3. Sujets à aborder au cours d'une consultation**

Au cours d'une consultation au CeGIDD, les usagers souhaitaient majoritairement qu'on les interroge sur leurs pratiques sexuelles (80,91%) et sur la question des violences physiques, sexuelles ou morales (74,55%), indépendamment de leur âge ou de leur genre.

Deux-tiers des usagers souhaitaient qu'on les interroge sur leur consommation éventuelle de drogues : parmi eux, les 26-65 ans avaient plus tendance à vouloir être interrogés et le taux de réponses positives observées était plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

La question du recours à la prostitution représentait le sujet sur lequel les usagers semblaient vouloir le moins être interrogés (54,55%), avec un taux de réponses positives observées pour cette question plus élevé chez les 26-65 ans et chez les femmes.

## **I.2. Avis et attentes des consultants**

### **I.2.1. Prise de rendez-vous**

61, 82% des usagers avaient estimé que le délai d'obtention de rendez-vous pour une consultation au CeGIDD était satisfaisant et 37,27% qu'il était très satisfaisant.

La majorité des consultants (94,55%) étaient intéressés par une prise de rendez-vous en ligne accessible 24h/24.

### **I.2.2. Souhaits d'activités**

L'entretien de sexologie et l'entretien de psychologie étaient les deux principales activités que les usagers voulaient se voir proposer au sein du CeGIDD (respectivement à 30,13 % et 25,52%), indépendamment du fait d'être primo-consultant.

Les propositions d'ateliers de prévention pour mieux connaître les IST, d'entretien d'assistance sociale, de téléconsultation et de groupes de discussion semblaient moins plébiscités par les consultants.

Le souhait de téléconsultation était dépendant de l'âge : les 26-65 ans avaient plus tendance à souhaiter sa mise en place que les 18-25 ans.

### **I.2.3. Réponse aux attentes**

La quasi-totalité des consultants avaient estimé que les professionnels rencontrés au CeGIDD avaient répondu à leurs attentes : 96,77% des primo-consultants et 95,83% de ceux qui ne venaient pas pour la première fois.

## **I.3. Facteurs conduisant la population à s'orienter vers le CeGIDD**

### **I.3.1. Modes d'orientation au CeGIDD**

Les deux modes d'orientation au CeGIDD les plus répandus étaient la recherche sur internet (47,09%) et le bouche à oreille (28%).

12% des consultants avaient été orientés par un professionnel de santé : principalement dans la tranche d'âge des 26-65 ans et principalement des personnes habitant entre 20 et 50 kilomètres de Poitiers.

### **I.3.2. Difficultés d'abord d'une problématique sexuelle**

42,73% des consultants au CeGIDD rapportaient avoir déjà été en difficulté pour aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé.

51,61% des personnes qui consultaient pour la première fois avaient déjà été en difficulté.

### **I.3.3. Au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant ?**

Les trois raisons prédominantes qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant étaient par ordre décroissant : l'habitude des professionnels du CeGIDD à aborder la sexualité (24,62%), l'anonymat (20,36%) et la gratuité (19,15%).

L'anonymat, l'habitude des professionnels du CeGIDD et l'ambiance moins médicalisée semblaient être des raisons plus importantes pour ceux qui avaient déjà eu des difficultés à aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé que pour ceux qui n'en avaient pas eu.

Le fait que le sujet soit trop intime pour en discuter avec son médecin traitant n'apparaissait pas comme une raison principale, que les usagers aient eu des difficultés antérieures ou non.

Les étudiants et les collégiens ou lycéens représentaient les situations professionnelles qui avaient le plus considéré que la gratuité était une raison de consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant, suivis par les usagers en recherche d'emploi ou sans emploi. La gratuité avait été citée comme raison par 53,85% des usagers qui avaient un critère de précarité de soin et par 58,42% de ceux qui n'en avaient pas.

La gratuité représentait une raison relativement importante de consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant pour les usagers venus initialement dans les suites d'un accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif et pour un dépistage ou traitement d'une IST.

Ces deux mêmes motifs étaient ceux pour lesquels nous pouvions observer les taux de réponse les plus élevés pour la question de l'anonymat.

La raison de l'ambiance moins médicalisée prédominait chez les personnes qui avaient consulté pour la PrEP et dans des proportions moindres pour celles venant dans les suites d'un accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif.

## **II. Forces et limites de l'étude**

### **II.1. Forces**

La force de notre étude résidait tout d'abord dans son originalité.

En effet, comme nous avons pu le voir à travers le travail bibliographique [*Cf Justification de l'étude I. Données de la littérature*], de nos jours peu d'études ont encore été réalisées concernant les consultants dans les CeGIDD. Elle nous a permis de recueillir de précieuses informations sur les caractéristiques de cette population et de faire un état des lieux sur le besoin de consultation et certaines attentes des consultants, afin de mieux cibler l'offre de santé.

Son autre force est sa faisabilité : elle a été peu coûteuse et simple à mettre en place, ce qui nous amène à souligner un autre avantage qui est qu'elle peut être facilement reproductible dans le temps.

En outre, cette étude était peu contraignante pour les sujets interrogés, ce qui permettait de limiter le biais de sélection.

## II.2. Limites

Notre étude comportait certains biais survenant à différentes étapes.

### - Le biais de sélection :

Certains usagers ont fait la démarche de commencer à répondre au questionnaire mais n'ont pas complété toutes les questions, ce qui nous a amené à les exclure de l'étude.

Nous avons pourtant anticipé ce biais par des mesures qui incitaient à la participation [*Cf Matériels et méthodes § V.1. Elaboration et V.2 Distribution du questionnaire*] en insistant sur le caractère anonyme, en proposant un questionnaire simple et rapide et en utilisant une procédure de relance.

Citons également le biais « effet centre » lié au caractère monocentrique de notre étude ainsi que le biais du volontariat et d'auto-sélection. En effet, la décision d'inclusion était ici due à la décision du patient et les caractéristiques des personnes volontaires pouvaient être différentes de celles qui n'avaient pas souhaité participer à l'étude.

*Pour limiter ces biais, nous aurions pu effectuer un tirage au sort des questionnaires analysés. Cependant, cela aurait réduit la taille de notre échantillon qui était déjà limitée.*

### - Le biais d'information :

Parmi lequel des éventuelles difficultés de compréhension des questions par les répondants, du fait par exemple du contexte culturel ou de la langue utilisée.

Nous pouvons également évoquer ici le biais de prévarication, qui pouvait conduire l'utilisateur du CeGIDD à répondre sciemment aux questions de façon erronée lorsqu'elles abordaient des thèmes sensibles et notamment les questions de sexualité (75).

Dans le même sens, le biais de désirabilité sociale pouvait fausser certains résultats dans les questions de satisfaction si les répondants alléguaient une satisfaction plus importante que celle réellement ressentie en pensant que les commentaires positifs étaient plus acceptables pour l'enquêteur.

Il existe également la théorie de la « dissonance cognitive » qui prédit que les personnes ne peuvent admettre la non-satisfaction par rapport à un service qu'ils ont choisi d'utiliser et où ils ont investi du temps et un effort, ce qui suggérerait une incohérence de leur comportement (76).

Par ailleurs, le questionnaire se voulant être volontairement rapide et simple à remplir [Cf *Matériels et Méthodes § V.1. Elaboration du questionnaire*] nous avons fait l'impasse sur le recueil de certaines caractéristiques (par exemple des classes d'âge plus détaillées, l'orientation sexuelle, le continent de naissance, le statut vaccinal...) qui auraient permis de mettre en évidence certains résultats plus riches en informations.

Une autre des limites de notre étude est son manque de puissance statistique, avec une taille d'échantillon limitée.

Cette étude s'inscrivait dans la même démarche bienveillante et positive d'accueil qui règne au sein de la Vie la Santé, ainsi nous ne voulions pas paraître trop insistants sur l'obtention des réponses, ni trop intrusifs.

De plus, comme nous avons pu le voir précédemment [Cf *Matériels et Méthodes § VI. Recueil de données*] devant l'insuffisance des réponses, un mail de relance a été envoyé aux usagers qui avaient consulté sur la période initiale de l'étude.

### **III. Comparaison de certains résultats avec les données de la littérature**

#### **III.1. Profil des consultants**

Notre public était représenté à plus de 70% par des jeunes de 18 à 25 ans et par une minorité de mineurs (seulement 4, soit 3,84%).

Ce profil de consultants représente justement la population cible attendue au CeGIDD par l'ARS (77).

Nous retrouvons la même part importante de sujets jeunes au sein de différents CeGIDD : Une étude rétrospective portant sur les données de 1624 consultants au CeGIDD de Tourcoing sur l'année 2017 soulignait le fait que le groupe le plus représenté était les 20-34 ans et que seulement 3,8% de la population avait moins de 20 ans (72).

De même au sein du CeGIDD du CHU de Rouen, où une étude menée sur plus de 1000 usagers entre juin et novembre 2018 montrait que la plupart des usagers avaient moins de 30 ans et seulement 9% étaient mineurs (8).

Ces données sont comparables à celles récoltées en continu en 2020 par le réseau de surveillance nationale SurCeGIDD : l'étude transversale répétée de ces données (rassemblant celles de 169 CeGIDD parmi les 336 recensés) mettait en évidence que 64,5% des consultants avaient moins de 30 ans, et qu'il y avait 6,1% de mineurs (51).

Cependant, le profil des consultants au CeGIDD du CHU de Poitiers n'était pas complètement similaire à celui recueilli au sein de ces trois études : le genre le plus représenté parmi nos répondants était le genre féminin (59,09%) alors que les autres études (8,51,72) rapportaient une part plus importante d'hommes (76,6% à Tourcoing, 56% à Rouen et 62,1% pour les données nationales de SurCeGIDD).

Il paraît intéressant de noter ici que ces chiffres vont à l'encontre de ceux rapportés par l'INSEE [*Cf Préambule § III.1.2. IST bactériennes*] qui soulignait plutôt le fait que dans la population générale, les hommes jeunes avaient tendance à être moins suivis médicalement que les femmes (53).

Par ailleurs, la proportion de personnes se déclarant transgenres restait très faible (0,2% à Rouen et 0,38% pour les données nationales de SurCeGIDD), ainsi le fait qu'aucune personne transgenre ne soit incluse dans notre étude à taille d'échantillon beaucoup plus réduite ne paraissait pas incohérent.

### **III.2. Focus sur la couverture sociale**

Concernant la couverture sociale, nous nous attendions à retrouver dans nos résultats une population consultante plus précaire. Or, seulement 11,8% des usagers de notre étude avaient un critère de précarité de soin : une seule personne n'avait pas de sécurité sociale ni de mutuelle, 8 personnes avaient une sécurité sociale mais pas de mutuelle et 5 personnes avaient déclaré ne pas avoir de médecin traitant.

C'était le cas également au CeGIDD du CHU de Rouen où 14% des usagers étaient en situation de précarité sociale (8).

Cette faible proportion assez inattendue se retrouvait dans les données nationales de SurCeGIDD où en 2020, 6,7% des consultants des différents CeGIDD ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale (51).

De même au CeGIDD du CHU de Saint-Denis à La Réunion, où une étude de 2016 à méthodologie et taille d'échantillon similaires à la nôtre (mais portant uniquement sur des femmes) avait montré que 9 femmes sur 10 avaient déclaré avoir un médecin traitant (11). En revanche, un sondage des consultants d'un CeGIDD du CHU de Nantes par recueil de 410 auto-questionnaires entre mars et avril 2017 avait mis en évidence que 87% des consultants avaient un médecin traitant mais que 62% avaient un critère de précarité pour le soin (absence de médecin traitant, de prise en charge des frais de santé ou de ressource) (71).

Ces différences de chiffres pourraient être liées à certains biais cités précédemment [*Cf Discussion § II.2. Limites*] : de fait, nous pouvons supposer que les populations les plus précaires pouvaient avoir rencontré des difficultés de compréhension ou de barrière de la langue limitant la réponse au questionnaire, pouvaient ne pas avoir de smartphone pour y accéder ou encore d'autres caractéristiques différentes de celles des usagers ayant répondu volontairement.

De plus, notre étude étant monocentrique, nous n'avons pas analysé la population consultante dans les antennes du CeGIDD du CHU. Or, le relais Georges Charbonnier en centre-ville assure par exemple une prise en charge des publics les plus fragiles ne pouvant accéder au droit commun, de fait la population consultante majoritaire dans cette antenne est en situation de précarité ou de migration.

### **III.3. Motifs de consultation**

Les motifs de consultation que nous avons identifiés comme étant les plus fréquents étaient les mêmes que ceux rapportés dans d'autres études, à savoir le dépistage ou traitement d'une IST (66,36%) et l'accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif (21,82%).

Au CeGIDD de Tourcoing en 2017, 57,08% des consultants étaient venus pour dépistage d'une IST (72). Les données nationales de SurCeGIDD allaient également dans ce sens, avec 60,4% des usagers qui avaient consulté en 2020 dans les suites d'une exposition à risque et 43,3% pour un dépistage systématique (51).

De même, une étude qualitative menée entre mai et juin 2016 autour de 16 entretiens semi-dirigés au sein du CeGIDD du CHU de Reims 6 mois après son ouverture a montré que les attentes des usagers étaient surtout de l'ordre du dépistage (70).

La PrEP représentait dans notre étude un motif de consultation minoritaire, concernant seulement quatre usagers (3,64%) qui avaient tous entre 26 et 65 ans et étaient tous des hommes.

Au CeGIDD de Tourcoing, c'était le motif de consultation le moins fréquent (12,38%) et il concernait des HSH de plus de 30 ans (72). En France en 2020, il y avait eu dans les CeGIDD 10,4% de consultations pour initiation et 14,8% de consultations pour suivi de PrEP (51).

Parmi les répondants de notre étude, nous avons constaté que les motifs gynécologiques représentaient au total un peu plus de 6% des motifs de consultation (contraception : 1,82%, suivi gynécologique : 0,91%, IVG : 1,82% et doute sur une grossesse : 1,82%). Personne n'avait déclaré consulter à la suite de violences sexuelles.

Ces résultats n'étaient pas incohérents avec ceux retrouvés dans les données nationales, parmi lesquels la contraception représentait 6%, les IVG 2%, les consultations pour grossesse 1,9% et les violences sexuelles 1% des motifs de consultation dans les CeGIDD en 2020 (51). De même, l'étude au CeGIDD de Tourcoing rapportait des chiffres épisodiques pour ces mêmes motifs, avec seulement 5 personnes qui avaient consulté pour une IVG et 17 personnes pour une contraception sur l'année 2017 (72).

Notons que l'étude de 2016 au CeGIDD du CHU Reims montrait qu'il fallait envisager un axe de travail sur la contraception (70).

Dans notre étude, aucun répondant n'avait signifié avoir consulté pour un accident d'exposition au sang tandis que les accidents d'exposition au risque viral comptaient pour 2,7% des motifs de consultation dans les CeGIDD en 2020 (51).

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les accidents d'exposition au sang surviennent le plus souvent dans un contexte professionnel, notamment chez le personnel hospitalier. Dans ce cas-là, à Poitiers, les personnes concernées font le plus souvent directement appel au service de maladies infectieuses du CHU où un interne chargé spécifiquement des AES prend le relais dans la prise en charge.

#### **III.4. Sujets à aborder au cours d'une consultation**

L'abord des violences au cours des consultations au CeGIDD de Tourcoing en 2017 était déterminé par les conditions des consultations, où l'infectiologue était souvent confronté à la difficulté de pouvoir aborder plusieurs aspects psychosociaux dans le même temps que sa prise en charge clinique des IST, sur une consultation ponctuelle (72). Les notions de violences, de dysfonctions sexuelles et de prise de produits psycho-actifs en contexte sexuel étaient peu évoquées et l'étude insistait sur la nécessité d'une optimisation des approches à mettre en œuvre pour aborder ces sujets.

En outre, la conclusion de l'étude de 2016 au CeGIDD du CHU Reims citée précédemment insistait sur le fait que les consultants attendaient une prise en charge dans leur globalité et qu'un axe de travail sur la santé sexuelle était à envisager (70).

Notre étude a mis en évidence qu'au cours d'une consultation au CeGIDD, les usagers souhaitaient globalement qu'on les questionne sur leurs pratiques sexuelles, sur le fait d'avoir déjà subi des violences et dans une moindre mesure sur leur consommation éventuelle de drogues. Seulement un peu plus de la moitié étaient favorables à aborder le sujet de la prostitution.

Cela nous amène à nous questionner sur les raisons sous-jacentes qui pourraient expliquer que les consultants avaient moins tendance à souhaiter être interrogés sur les drogues et sur la prostitution. Nous pouvons supposer qu'ils ne font pas forcément le lien avec la santé sexuelle car ces sujets sont moins médiatisés, auquel cas il paraîtrait nécessaire d'accentuer la médiatisation et les campagnes de prévention en ce sens. Par ailleurs, même chez les professionnels de santé habitués à enclencher le dialogue sur ces sujets, il serait intéressant de retravailler cette partie de l'entretien afin que les consultants se sentent plus en confiance pour s'exprimer.

#### **III.5. Au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant ?**

Concernant les motivations à consulter au CeGIDD, dans le sondage des consultants du CeGIDD du CHU de Nantes (71), la gratuité apparaissait en priorité à 78%, même parmi ceux sans critère de précarité de soin (69%).

On retrouve cette tendance dans notre étude où la gratuité faisait partie des trois principales raisons de consulter au CeGIDD plutôt que chez son médecin traitant : elle avait été citée comme raison par 53,85% des usagers qui avaient un critère de précarité de soin et par 58,42% de ceux qui n'en avaient pas.

La demande d'anonymat revenait dans plusieurs études (70–72).

A Tourcoing, sa demande était la plus forte chez les consultants pour dépistage d'une IST (72). Ces résultats concordent avec ceux de notre étude dans laquelle les taux de réponse les plus élevés pour la question de l'anonymat étaient retrouvés chez les consultants pour dépistage ou traitement d'une IST et pour accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif.

Au CHU de Saint-Denis, les femmes préféraient venir consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant, car la sexualité restait un sujet intime et tabou (11).

Dans l'étude de Nantes, les trois principaux freins évoqués par les patients pour aborder la sexualité avec leur médecin traitant étaient la gêne d'en parler, le fait que le médecin n'avait jamais abordé le sujet et la peur du jugement (71).

En revanche, parmi nos répondants, le fait que le sujet soit trop intime pour en parler avec son médecin traitant n'apparaissait pas comme une raison principale de consulter au CeGIDD (11,25%), que les consultants aient déjà rencontré ou non des difficultés à aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé.

#### **IV. Comparaison de certains résultats avec le rapport d'activités de 2022**

A posteriori, nous avons comparé certains de nos résultats avec des extraits du rapport d'activités au CeGIDD du CHU de Poitiers en 2022.

6500 consultations ont été réalisées au total (soit une augmentation de plus de 11% par rapport à 2021 et de plus de 64% par rapport à 2019) dont 2395 consultations pour dépistage (soit 37%).

Cela rejoint nos données concernant le motif de consultation le plus représenté qui, pour rappel, était le dépistage ou traitement d'une IST.

Nous étions étonnés de la faible proportion de certains publics dans notre étude, cependant nos résultats restent en cohérence avec les données du rapport d'activités : seulement 14 personnes trans (0,21%) et 81 mineurs (1,25%) avaient consulté en 2022.

Concernant la PrEP, le rapport d'activités dénombrait 48 consultations pour ce motif en 2022 (0,73%).

Rappelons que dans notre étude, parmi les 4 personnes qui avaient consulté pour la PrEP, 3 d'entre elles avaient été adressées par un professionnel de santé. Cela nous amène à rebondir sur l'importance de renforcer la formation des professionnels de santé, et notamment des médecins généralistes, afin qu'ils se sentent plus solides dans l'initiation et le suivi de ce traitement.

Environ 4% des usagers qui avaient consulté en 2022 avaient subi des violences sexuelles, contrairement aux données de notre étude où aucun usager n'avait rapporté avoir consulté pour ce motif.

Le nombre de consultations pour violences sexuelles au CeGIDD du CHU de Poitiers a ainsi explosé entre 2019 et 2022, se multipliant par plus de 9.

Cela concorde avec les mesures gouvernementales actuelles qui tendent à mettre en place des formations pour les officiers de police judiciaire (afin d'améliorer l'accueil des victimes et encourager le recueil de la parole) ainsi que pour les professionnels de santé tout en améliorant la coordination entre ces différents réseaux professionnels.

L'Université de Poitiers a mis en place une *plateforme de signalement en ligne des violences sexuelles, sexistes, des situations de discrimination ou de harcèlement*. Celle-ci est utilisable par tous les étudiants et donne accès à un entretien confidentiel et rapide qui permet par la suite d'enclencher une prise en charge adaptée et personnalisée. (78)

Nous n'avons pas encore pu recueillir les chiffres précis concernant le nombre de consultations pour motifs gynécologiques en 2022.

Dans notre étude, cela représentait 6% des motifs initiaux.

Comme vu précédemment [Cf Préambule § II.2.5 Cas particulier du CeGIDD du CHU de Poitiers], les données des rapports d'activités de ces trois dernières années ont montré que le nombre de consultations pour contraception régulière a été multiplié par 10 entre 2019 et 2021.

Cette observation nous questionne d'autant plus que la plupart de ces motifs gynécologiques peuvent tout à fait être pris en charge en médecine générale.

11% des usagers avaient une problématique en lien avec la consommation de drogues et 0,34% en lien avec la prostitution. Ces chiffres rejoignent la problématique *sus-citée* [cf Discussion § III.4. Sujets à aborder au cours d'une consultation] en lien avec nos résultats concernant le souhait des consultants à vouloir être interrogés sur les drogues ou la prostitution.

5,14% des consultants avaient un critère de précarité et/ou étaient en situation de migration.

De fait, dans notre étude comme dans le rapport d'activités, nous pouvons constater que le public cible initial des CeGIDD qui était les personnes en situation de précarité a évolué et n'est plus d'actualité.

En revanche, le sex-ratio était inversé par rapport à notre étude avec ici plus d'hommes (19%) que de femmes (16%), ce qui rejoint les données des précédentes études citées ci-dessus (8,51,72). Nous pouvons simplement émettre l'hypothèse que les femmes ont eu plus tendance à répondre à notre questionnaire que les hommes.

## **V. Conséquences des résultats en pratique clinique**

### **V.1. Aspects matériels**

Les données recueillies sont en faveur de la mise en place d'une plateforme de prise de rendez-vous en ligne, permettant aux usagers de prendre rendez-vous 24h/24.

Nous pourrions proposer ce système en complément du secrétariat téléphonique, ce qui pourrait être utile notamment dans les situations de demande de consultation à la suite d'une prise de risque, qui, comme nous avons pu le constater au cours de notre étude, semblent très fréquentes.

Ces situations étant souvent anxiogènes (et ce d'autant plus en cas d'attente pour pouvoir prendre rendez-vous), cela permettrait une certaine forme de « réassurance » de l'utilisateur qui pourrait prendre connaissance d'une date de rendez-vous à toute heure du jour ou de la nuit, dès la prise de risque.

Cette plateforme serait d'autant plus utile que nous avons vu que le mode d'orientation vers le CeGIDD le plus cité était la recherche sur internet.

Ainsi pourrait se mettre en place une plateforme en ligne qui combinerait la prise de rendez-vous avec un outil pédagogique qui permettrait à la fois de prendre connaissance du CeGIDD, de développer de l'information de façon moderne et ludique et donc par la même occasion d'augmenter les connaissances des consultants en matière de prévention et de santé sexuelle. Cependant, la mise en place d'une plateforme de rendez-vous en ligne pourrait aussi empêcher ses utilisateurs de bénéficier du contact oral direct avec le secrétariat qui permet d'identifier certaines situations plus à risque que d'autres et de proposer des conseils ainsi qu'une prise de rendez-vous avec un délai en conséquence.

De plus, comme pour tout service de soins, la prise de rendez-vous en ligne peut ouvrir plus facilement la porte à des annulations de dernière minute.

Ainsi, la mise en place de ce système est à discuter d'autant plus que dans notre étude les usagers semblaient pour la très grande majorité satisfaits du délai de rendez-vous.

Comme décrit ci-dessus [*Cf Préambule § II.3.2. Evolution vers les centres de santé sexuelle*], la feuille de route 2021-2024 de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle insiste sur le renforcement de l'accessibilité des CeGIDD grâce à la téléconsultation en santé sexuelle (47). Toutefois, seule une minorité de nos répondants avaient souhaité sa mise en place. Ainsi, dans l'attente d'études ou de discussions ultérieures [*Cf Discussion § V. Perspectives*], sa mise en route au sein de la Vie la Santé n'est peut-être pas à considérer comme une priorité d'axe de travail.

## **V.2. Mesures de prévention**

D'après notre étude, le public cible du CeGIDD du CHU de Poitiers s'avérait être des étudiants de 18-25 ans, habitant Poitiers, qui consultaient majoritairement pour un dépistage ou traitement d'une IST.

Ainsi, il serait utile de renforcer les mesures de prévention en priorité sur ce public.

Mais quel type de prévention et comment la mettre en œuvre concrètement ?

Tout d'abord, comme cela avait été suggéré dans la thèse d'Alma Depreux portant sur l'activité du CeGIDD de Tourcoing (72), nous pourrions envisager d'intégrer au sein du CeGIDD un « professionnel de prévention », par exemple un infirmier de prévention, qui assurerait des missions sur place et hors les murs.

Sur place, il pourrait effectuer des entretiens individuels de prévention qui contribueraient à identifier certaines prises de risque non repérées au cours de la consultation médicale ou chez des usagers justement adressés à l'issue de la consultation médicale pour reprendre et insister sur certains éléments.

Il aurait également la possibilité d'organiser des entretiens collectifs ou « ateliers de prévention » offrant aux usagers qui le souhaitent la possibilité de mieux connaître les IST (modes de transmission, signes cliniques, prévention possible, traitements) en guidant des discussions et échanges entre usagers tout en leur délivrant des messages clés.

La proposition de ces ateliers de prévention avait été peu choisie par les répondants du questionnaire, peut-être parce qu'elle n'était pas assez explicite et que les répondants y projetaient une vision trop « scolaire ».

Hors les murs, le rôle de l'infirmier de prévention serait de mener des actions « *d'aller vers* » comme préconisé dans la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (6).

C'est-à-dire se rendre dans les lieux de vie des étudiants et dans des lieux plus informels à Poitiers pour discuter avec eux et leur délivrer des informations. Par exemple insister sur l'utilisation du préservatif comme outil de base de prévention des risques liés à la sexualité et informer les étudiants de leur retrait gratuit en pharmacie [Cf Préambule § II.3.2. Evolution vers les centres de santé sexuelle].

De plus, ces actions hors les murs pourraient être menées en commun avec le Service de Santé Universitaire (SSU).

Ces entretiens plus ou moins brefs menés par l'infirmier de prévention au sein des locaux du CeGIDD ou hors les murs seraient des occasions d'utiliser le counseling<sup>2</sup>.

En effet, cette technique de dialogue sans jugement et dans l'empathie permet aux individus de devenir pro-actifs dans la réflexion en explorant leurs propres expériences et les moyens de faire face à leurs problèmes.

Ce mode d'action s'intégrerait précisément aux valeurs de la Vie la Santé dont l'objectif est d'encourager l'auto-apprentissage dans un cadre agréable et de confiance afin de permettre à l'individu de devenir le propre acteur de sa santé [Cf Préambule § II.2.5 Cas particulier du CeGIDD du CHU de Poitiers].

Ensuite, une autre façon de promouvoir la promotion du dépistage des IST chez les jeunes serait d'utiliser la stratégie du « *patient ambassadeur* ».

Cette dernière a été décrite et testée par les équipes du centre hospitalier de Saint-Denis, après avoir constaté une augmentation du nombre d'IST chez les jeunes qui consultaient dans leur CeGIDD entre 2018 et 2020 (79).

Intitulée « We need you ! », cette stratégie consistait à proposer aux jeunes consultants de 22 ans ou moins de se voir attribuer le rôle d'ambassadeur : ces derniers bénéficiaient en plus de leur propre dépistage d'une sensibilisation au dépistage couplée à une information sur les IST, et recevaient un livret d'information ainsi que trois flyers du CeGIDD qu'ils devaient ensuite distribuer à leur entourage.

Lorsqu'ils sont venus récupérer leurs résultats de dépistage, les ambassadeurs se sont déclarés d'avantage sensibilisés aux risques liés aux IST et certaines des personnes à qui ils avaient remis les flyers sont à leur tour venus consulter au CeGIDD pour un dépistage.

Il serait très intéressant de tester cette stratégie de promotion du dépistage au sein du CeGIDD du CHU de Poitiers et en fonction des résultats de l'étendre aux antennes.

### **V.3. Réponse aux attentes**

La quasi-totalité des usagers avaient considéré que les professionnels rencontrés au sein du CeGIDD avaient répondu à leurs attentes, qu'ils consultent pour la première fois ou non. Ainsi, les axes d'amélioration des pratiques qui ressortent de cette étude sont relativement restreints.

Néanmoins, si ce n'est pas déjà le cas, il serait pertinent pour le professionnel de santé qui reçoit l'utilisateur d'intégrer le réflexe de lui poser systématiquement trois questions au cours de la consultation, quel que soit son motif de consultation :

- **La question des pratiques sexuelles**
- **Les antécédents éventuels de violences physiques sexuelles ou morales**
- **La consommation éventuelle de drogues**

**Une quatrième question concernant le recours à la prostitution pourrait être facultative, en s'adaptant aux réponses données aux questions précédentes.**

Ce réflexe des trois questions systématiques permettrait de tendre facilement et rapidement vers une prise en charge globale de l'utilisateur.

En effet, même si tous les sujets ne peuvent pas être abordés sur un même temps de consultation, cela aiderait à repérer d'autres problématiques médico-psycho-sociales qui peuvent impacter la santé sexuelle du consultant et à lui proposer en conséquence une prise en charge échelonnée dans le temps : une réponse immédiate ciblée à la problématique du jour et la planification d'une ou plusieurs consultations ultérieures.

Celles-ci permettraient d'aborder plus en profondeur les autres thématiques, de bénéficier des activités proposées au sein de CeGIDD ou encore de faire un relais vers un médecin généraliste ou d'adresser le consultant pour une prise en charge spécialisée.

En outre, dès sa première consultation et quelle qu'en soit la raison, l'ouverture vers une prise en charge globale serait initiée et l'utilisateur serait informé des différentes ressources disponibles.

Plus particulièrement pour les sujets des drogues et de la prostitution, nous avons vu précédemment [*Cf Discussion § III.4. Sujets à aborder au cours d'une consultation*] qu'il serait pertinent de travailler cette partie de l'entretien, même chez les professionnels de santé qui ont déjà l'habitude de manier ces sujets en consultation.

Les deux souhaits d'activités les plus plébiscités par les usagers étaient l'entretien de sexologie et l'entretien de psychologie.

Ces derniers étant étroitement liés puisque la consultation de psychologie permet le plus souvent un premier désamorçage des questions de sexualité en cas d'inquiétude importante et de discuter de certaines difficultés liées à la sexualité.

Cet entretien de psychologie étant déjà mis en place au sein du CeGIDD (avec une psychologue présente à hauteur de 10% de temps de travail par semaine), il semblerait approprié de le proposer de façon plus large aux usagers. De plus, il pourrait être intéressant de réfléchir à initier une consultation de sexologie, qui donnerait l'occasion d'aborder plus spécifiquement certaines problématiques dans une approche plus spécialisée.

Dans notre questionnaire, nous n'avions pas proposé l'item « entretien d'addictologie ».

A posteriori, au vu des réponses plutôt favorables des répondants quant au souhait d'être interrogé sur leur consommation de drogues et devant l'extension de la pratique du chemsex [*Cf Préambule § III.4. Evolution des pratiques sexuelles*], la proposition d'un entretien d'addictologie serait pertinente, ciblée en fonction de l'ouverture du dialogue en réponse aux trois questions systématiques évoquées ci-dessus.

En pratique, le bâtiment du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) est géographiquement très proche de la Vie la Santé, et une coordination entre ces deux structures existe déjà.

Nous pouvons souligner ici que le développement d'une offre de consultations spécialisées, notamment de sexologie, et la prise en charge de la santé mentale et des addictions font partie intégrante des objectifs de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (6).

#### **V.4. Coordination avec les autres acteurs**

Nous avons proposé que la coordination sur le secteur soit renforcée avec le CSAPA et le SSU. Qu'en est-il des liens avec la médecine générale ?

Il est intéressant de noter qu'une part non négligeable des répondants de notre étude aurait tout à fait pu aller consulter leur médecin traitant pour les mêmes motifs, qui relèvent tout aussi bien des compétences du médecin généraliste. De la même manière, une grande partie des usagers pourrait être réorientée vers la médecine générale à l'issue d'une consultation au CeGIDD, pour poursuivre la prise en charge ou initier un suivi.

La gratuité faisait partie des raisons principales qui pouvaient amener les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant. Or, il faudrait probablement prendre l'habitude d'informer les usagers de moins de 26 ans qui viennent au CeGIDD qu'ils peuvent également consulter leur médecin généraliste dans le cadre de la consultation de contraception et de prévention des IST qui est prise en charge à 100% [*Cf Préambule § I.2.2. Freins à l'abord de la sexualité en consultation*] et pour laquelle ils n'auront donc pas à avancer de frais.

La question de l'anonymat est plus difficile à solutionner en médecine générale. Cependant, le médecin peut agir en amont pour permettre au patient de se sentir en confiance dans le cas où il souhaiterait aborder des problématiques sexuelles et ainsi aurait moins tendance à vouloir consulter de façon anonyme.

Ces actions sont simples et peu chronophages : elles consistent par exemple lors de la rencontre avec un nouveau patient quel que soit le motif de consultation à intégrer de façon systématique dans l'interrogatoire les trois questions évoquées ci-dessus (pratiques sexuelles, violences, drogues) au milieu des autres habitudes de vie et des antécédents.

De cette manière, l'évocation brève de ces sujets envoie un premier message positif au patient qui enregistrera que le praticien pourra être disponible et ouvert à discuter de ces thématiques si besoin.

Même si en pratique il est vrai que les jeunes, et d'autant plus les jeunes hommes, consultent peu leur médecin [Cf Preamble § III.1.2. IST bactériennes], il ne faudrait pas hésiter à réitérer ces questions à différentes occasions.

De même, il ne faudrait pas hésiter à proposer largement un dépistage des IST de façon régulière : cela permet au praticien d'être pro-actif en initiant le dialogue sur cette thématique et de rattraper des retards de dépistage.

Un peu plus de la moitié des usagers qui venaient au CeGIDD pour la première fois avaient déjà été en difficulté pour aborder une problématique de leur vie sexuelle avec un professionnel de santé.

Pour pallier le manque d'habitude ou la gêne de certains médecins généralistes à aborder les questions de sexualité, il serait nécessaire de renforcer la formation des étudiants et pour les médecins installés de proposer certains ateliers ou mises à jour auprès des professionnels du CeGIDD.

Ainsi, les généralistes seraient de plus en plus à l'aise et cela permettrait en partie de désengorger le CeGIDD qui pourrait de son côté intensifier son rôle de référent en santé sexuelle : en plus d'assurer ses nombreuses missions de santé publique, il donnerait des avis et assurerait les prises en charge les plus délicates et spécialisées.

Cependant, il paraît important de souligner ici que même si la majorité des répondants avaient déclaré avoir un médecin traitant, on peut supposer que les étudiants ont parfois déménagé pour leurs études et donc que celui-ci peut exercer à une distance éloignée

(classiquement le « médecin de famille » qui exerce proche du lieu d'habitation parental) ce qui représente également un frein pour aller le consulter.

En outre, parmi les motivations que nous n'avons pas citées dans l'étude mais qui pourraient conduire les usagers à consulter au CeGIDD, il y a l'accès à un médecin généraliste qui devient de plus en plus difficile, d'autant plus si ce n'est pas son médecin traitant.

Cela nous amène à rebondir sur les difficultés actuelles d'accès aux soins.

En effet, elles ne sont pas spécifiques de la santé sexuelle mais se retrouvent dans d'autres spécialités (dermatologie, odontologie, etc...) avec des délais de prises en charge qui ne sont plus en adéquation avec la société et ses attentes.

## **VI. Perspectives**

Cette étude brosse un premier état des lieux sur les caractéristiques et les besoins de la population consultante au CeGIDD du CHU de Poitiers.

Son avantage est que sa méthodologie est facilement reproductible, ainsi dans un premier temps il paraît intéressant voire nécessaire de répéter cette étude à plusieurs reprises à intervalles réguliers (par exemple tous les six mois) afin d'obtenir une vision longitudinale des situations décrites et de pouvoir éventuellement les comparer.

Cependant, comme nous l'avons expliqué [*Cf Discussion § II.2. Limites*], il a été relativement difficile d'obtenir un nombre de réponses suffisant.

Même si cela va à l'encontre du choix que nous avons fait de ne pas être trop intrusifs et de laisser l'utilisateur complètement libre de sa décision de participation ou non à l'étude, peut-être faudrait-il lors de prochains sondages insister plus fortement auprès des usagers en leur proposant de répondre avant de sortir de la consultation, pendant que le médecin ou la sage-femme rédige l'ordonnance par exemple.

De plus, il serait intéressant de modifier certains items du questionnaire afin de récolter des caractéristiques plus précises sur la population, notamment l'orientation sexuelle, le continent de naissance et le statut vaccinal.

La façon dont nous avons réparti les différentes tranches d'âges serait également à revoir dans une future étude, soit en proposant une réponse libre où l'utilisateur inscrirait directement

son âge, soit en fractionnant la tranche des 26-65 ans car a posteriori, cette répartition ne nous a pas semblé assez précise lors de l'interprétation des résultats.

Il serait également intéressant de compléter le recueil de données concernant la question « *Les professionnels rencontrés au CeGIDD ont-ils répondu à vos attentes ?* ».

En effet, cette question assez large ne permettait pas de spécifier quels professionnels le répondant avait rencontré le long de son parcours au CeGIDD.

Il faudrait préciser si l'utilisateur a bénéficié d'un entretien d'assistance sociale, de psychologie, d'une consultation médicale etc.

De même, la mise en place de la téléconsultation en santé sexuelle étant un objectif de santé publique, il faudrait pouvoir analyser sa demande de façon plus circonstanciée : l'effectif réduit des personnes habitant à plus de 50 kilomètres de Poitiers n'avait pas permis de les inclure dans l'analyse statistique concernant le souhait de mise en place d'une téléconsultation, alors que c'est justement dans cette population que l'on peut supposer que la demande serait la plus forte.

Cet effectif réduit de personnes habitant à plus de 50 kilomètres de Poitiers (pour rappel 5,45% des consultants soit 6 personnes) est d'autant plus à prendre en considération qu'il interroge sur les raisons qui ont pu amener ces consultants à faire le trajet alors qu'il existe sur le territoire des antennes plus proches.

Nous pouvons éventuellement émettre l'hypothèse que c'étaient des étudiants qui avaient considéré une adresse d'habitation parentale.

Tout de même, un travail sur ces raisons et sur les différences potentielles entre les antennes et le CeGIDD du CHU de Poitiers pourrait être mis en place.

De la même manière, il serait utile d'élargir la population étudiée, en réalisant une étude multicentrique incluant les quatre antennes, afin d'identifier si nos résultats sont généralisables au reste de la population consultante dans les CeGIDD de la Vienne.

Par ailleurs, si certaines des mesures proposées à l'issue de cette étude [*Cf Discussion § V. Conséquences des résultats en pratique clinique*] sont mises en place en pratique, il serait pertinent de reproduire cette étude ou une étude similaire à distance, afin d'évaluer leur impact sur les comportements des usagers.

Notons qu'une façon complémentaire de recueillir de précieuses informations sur le besoin de consultation et les avis des consultants serait de mener une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés, ce qui aurait aussi l'avantage de laisser place à une liberté d'expression des usagers.

Cependant, ce type d'étude chronophage est difficile à réaliser en pratique, et ce d'autant plus de façon périodique et régulière.

## CONCLUSION

Nous avons mené cette étude à une période charnière de l'actualité où s'entremêlent deux enjeux de santé publique guidés par la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle : d'une part, l'urgence à agir pour rattraper la baisse des dépistages de l'infection par le VIH et des autres IST liée aux conséquences de la récente pandémie à SARS-Cov-2, et d'autre part, de façon plus générale la nécessité d'améliorer la santé sexuelle et reproductive dans la population d'ici 2030.

Le rôle central des CeGIDD est de contribuer à corriger les inégalités sociales de santé sexuelle par la mise en place d'actions adaptées aux besoins populationnels sur le terrain. En ce sens, ce travail nous a permis d'acquérir une connaissance plus fine des caractéristiques et des attentes de la population consultante au local principal du CeGIDD du CHU de Poitiers. Le besoin actuel en matière de consultation de cette population jeune et étudiante relevait surtout du dépistage des IST associé à une demande plus globale comprenant un appui psychologique et une prise en charge sexologique. Les mesures de prévention ciblant les comportements à risque pourraient ainsi être renforcées en priorité dans cette population. Par ailleurs, malgré une couverture médicale active sur le secteur, les liens de coopération entre le CeGIDD et la médecine générale semblaient fragiles, ou en tout cas peu plébiscités par les usagers.

Ainsi, dans les années à venir, des axes d'amélioration portant sur l'adressage mutuel des patients entre ces deux pivots essentiels ainsi que sur la formation et l'habitude des médecins généralistes à aborder la sexualité pourraient être envisagés.

Qui plus est, un travail sur un parcours de soin pourrait être initié, si le patient le souhaite. L'objectif *in fine* étant que le CeGIDD prenne sa place de véritable centre expert et référent en santé sexuelle et qu'il existe moins de freins à recourir à la médecine générale en cas de problématique initiale de vie sexuelle ou pour un relais de prise en charge.

Les pratiques professionnelles devant constamment s'accorder avec l'évolution des mœurs sociétales et des pratiques sexuelles, il serait bienvenu de compléter et de préciser ce premier état des lieux au sein de la Vie la Santé en reproduisant régulièrement cette étude et en l'élargissant aux populations consultantes dans les quatre antennes du CeGIDD.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Villemont M. Histoire des maladies vénériennes. Paris : Librairie des publications nouvelles [Internet]. 1882 [cité 19 fév 2022]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr>
2. Androutsos G, Vladimirov L. De la gonorrhée à la blennorragie: Les grandes étapes historiques. *Andrologie*. juin 2007;17(2):143-51. [cité 19 fév 2022]
3. Masters WH, Johnson VE, New York Academy of Medicine donor D. Human sexual response [Internet]. Boston : Little, Brown and Company; 1966 [cité 11 nov 2022]. 398 p. Disponible sur: <http://archive.org>
4. De Dardel Julie. Révolution sexuelle et mouvement de libération des femmes à Genève (1970-1977) [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.chapitre.com>
5. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être [Internet]. *Le Journal des Psychologues*. 2007 [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.jdpsychologues.fr>
6. Bressy J. Présentation de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2017 [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr>
7. Gate T, Vandamme Y, Delbos V, Dubée V, Rehaïem S, Abgueuen P, et al. Enquête auprès des médecins généralistes sur leurs pratiques de dépistage et de traitement de la syphilis. *Médecine Mal Infect*. 1 juin 2019;49(4, Supplément):S92-3. [cité 11 nov 2022].
8. Vautrin D. Analyse des modalités et de l'offre de dépistage du VIH et des IST en médecine générale et en CeGIDD en Seine-Maritime. [thèse d'exercice] Université de Rouen, 2019. [cité 06 déc 2022].
9. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. déc 2003;20(6):690-5. [cité 25 nov 2022].
10. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract*. 1 févr 2003;20(1):11-5.[cité 25 nov 2022].
11. Jacques C. Connaissances, croyances et comportements des femmes consultant au CeGIDD du CHU Félix Guyon de Saint-Denis-de-la-Réunion sur les papillomavirus humains et le dépistage du cancer du col de l'utérus. [thèse d'exercice] [cité 25 nov 2022].
12. SPF. De la prévention des maladies sexuellement transmissibles à la santé sexuelle. [Internet]. [cité 23 fév 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr>
13. Giami A. Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. In: Yaya S, éditeur. *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques* [Internet]. Presses Université de Laval; 2009 [cité 25 nov 2022]. p. 225-49. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr>
14. OMS. Définition de la santé sexuelle. 2006. [Internet]. [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int>
15. Indicateurs de la santé sexuelle - Chaire UNESCO SS&DH [Internet]. 2020 [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://santesexuelle-droitshumains.org>
16. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira Jr ED. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *Int J Urol*. 2009;16(7):632-8.[cité 20 nov 2022].
17. OMS. Santé sexuelle et reproductive: compétences de base en soins primaires [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
18. WONCA Europe. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille.[cité le 20 nov 2022]. Disponible sur: : <https://www.woncaeurope.org>
19. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer* 2008;81:49-51. [cité 25 nov 2022].
20. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc*. déc 2006;98(12):1924-9.[cité 20 nov 2022].

21. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13178. [cité 20 nov 2022].
22. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin. [thèse d'exercice] [cité 25 nov 2022].
23. Beaudoin MC. Les stratégies mises en place par les médecins généralistes de la Somme pour le dépistage et la prévention des IST: étude qualitative menée auprès de dix médecins de la Somme. [thèse d'exercice] [cité 25 nov 2022].
24. Temple-Smith M, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect*. 1 mars 1999;75:41-4. [cité 25 nov 2022].
25. Arya M, Patel S, Kumar D, Zheng MY, Kallen MA, Street RL, et al. Why Physicians Don't Ask: Interpersonal and Intrapersonal Barriers to HIV Testing—Making a Case for a Patient-Initiated Campaign. *J Int Assoc Provid AIDS Care JIAPAC*. juill 2016;15(4):306-12. [cité 25 nov 2022].
26. Tarragon J, Messaadi N, Martin J, Cottencin O, Bayen M, Bayen S. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? *Exercer* 2020;159:4-10 [cité 25 jnov 2022].
27. Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Sexual risk assessment in general practice: evidence from a New South Wales survey. *Sex Health*. mars 2007;4(1):1-8. [cité 25 nov 2022].
28. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *Actual Doss En Santé Publique*. 2011;(77):6-10. [cité 25 nov 2022].
29. Fournier A. Prophylaxie de la syphilis. Paris : J. Rueff ; 1903, 558p. [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr>
30. Villa A. La guerre de 14-18 et la présence des troupes américaines : les maladies vénériennes, un dossier conflictuel (Bibliographie de l'histoire de France (BHF)) [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://biblio-bhf.fr>
31. InVS | BEH n°9 (2 mars 1992). Dispensaires antivénériens. Evolution de leurs activités et de l'incidence de certaines maladies sexuellement transmissibles (MST) en France (1986-1990). [Internet]. [cité 23 fév 22]. Disponible sur: <http://beh.santepubliquefrance.fr>
32. SPF. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005 [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr>
33. Lutte contre l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine. (Articles L355-22 à L355-23) - Légifrance [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
34. LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales - Légifrance [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
35. Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014.pdf [Internet]. [cité 03 mar 22 ]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
36. Sarr Amina. Les actions de lutte contre les IST dans le cadre de la réforme des CIDDIST et des CDAG. In : Journée de lutte contre les IST et promotion de la santé sexuelle. 06 mars 2015. [cité 03 mar 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
37. Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles - JORF n°0166 du 21 juillet 2010. Légifrance [Internet]. [cité 03 mar 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
38. Evaluation de la mise en oeuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. [06 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr>
39. Jourdain Meninger D, Lecoq G. Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Rapport complet IGAS. [cité 06 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr>

40. LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (1). 2014-1554 déc 22, 2014. [cité 06 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
41. Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles - Légifrance [Internet]. [cité 06 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
42. Article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 06 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
43. Macron E. Conseil National de la Refondation - Construisons ensemble l'avenir de la France [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <http://conseil-refondation.fr>
44. HCSP. Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 janv [cité 06 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr>
45. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 06 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr>
46. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. [Internet]. [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://haut-conseil-egalite.gouv.fr>
47. Ministère des solidarités et de la santé. Synthèse de la feuille de route santé sexuelle 2021-2024. [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
48. Service de Santé Sexuelle Paris Centre - Ville de Paris Hôpital Hôtel-Dieu | APHP [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr>
49. Accueil - SPILF - Infectiologie [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com>
50. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2021. [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr>
51. SPF. Surveillance SurCeGIDD : dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2020 [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr>
52. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
53. INSEE. Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question [Internet]. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
54. World Health Organization. Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women. Genève, 2010 [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int>
55. Paragraphe 1 : Du viol (Articles 222-23 à 222-26) - Légifrance [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
56. Ministère de l'intérieur. Les violences sexuelles hors cadre familial enregistrées par les services de sécurité en 2021 [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr>
57. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr>
58. Briffe M. Expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans la découverte de violences sexuelles subies chez leurs patient(e)s : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 2018. [thèse d'exercice][cité 04 déc 2022].
59. FFCRIAVS. Accueil [Internet]. FFCRIAVS. 2014 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ffcriavs.org>
60. INSEE. Contraception et IVG – Femmes et hommes, l'égalité en question. [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>

61. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
62. RESPADD – Réseau de prévention des addictions [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.respadd.org>
63. Santé E. Rapport Prevagay 2015 - Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay [Internet]. Info-VIH. 2017 [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://info-vih.com>
64. Hépatites Info Service. Chiffres clés en France [Internet]. 2019 [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.hepatites-info-service.org>
65. Ministère de la Santé. Remise du rapport du Pr Amine BENYAMINA portant sur l'usage de drogue dans le cadre du « chemsex » au ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2023 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
66. HAS. Laëtitia G. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire. 2021. [cité 05 décembre 2022].
67. HAS. Muriel D. Parcours de transition des personnes transgenres. Septembre 2022. [cité 05 déc 2022].
68. Ministère des Solidarités et de la Santé. Picard DH, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans.2022. [cité 05 déc 2022] Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
69. Di Meo M, Grange F, Mulberg C, Guillaume JC. Characteristics and evolution of consultants, their risk factors and their behavior at the free anonymous HIV screening center of Colmar (France). *Ann Dermatol Venereol.* févr 2004;131(2):165-70.
70. Moulin J. Etude qualitative sur les attentes et les ressentis des patients venant consulter au CeGIDD du CHU de Reims [thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2017.[cité 11 nov 2022].
71. N. Marty, M. Patoureau, M. Barreau, C. Bernier, M. Lefebvre, J. Couterut, C. Biron. Analyse des raisons amenant à consulter dans un CeGIDD plutôt que chez un médecin pour un dépistage des IST. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2018;48(4):S98-9.[cité 06 déc 2022].
72. Depreux A. Analyse comparée des activités d'un CeGIDD et de leurs publics cible dans un service hospitalier universitaire Les caractéristiques de ces publics correspondent-elles à celles du public VIH positif ? [thèse d'exercice]. Université de Lille; 2018 [cité 06 déc 2022].
73. L. C, P. B, Huez JF, B. S, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.[cité 08 déc 2022]
74. Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. 2021. [Internet]. [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: <https://stats.pvalue.io>
75. Savès M. Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives [Internet]. [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: <https://lms.fun-mooc.fr>
76. Soufi G, Abouqal R. Satisfaction des patients hospitalisés dans un service de médecine aigue.2009. [thèse d'exercice] Université Cadi Ayyad. [cité 15 déc 2022].
77. Instruction DGS/RI2 no 2015-195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2015/7 du 15 août 2015, annexe 5, p.39. [Internet]. [cité 09 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
78. Signalement des violences sexuelles, sexistes, des discriminations et situations de harcèlement [Internet]. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://signalement.univ-poitiers.fr>
79. Bougault Q, Elia C, Aouate J, Nebot H, Ghibaudo N, Poupard M, et al. « We need you ! » Évaluation d'une stratégie de promotion du dépistage chez les jeunes en CeGIDD. *Médecine Mal Infect.* 1 sept 2020;50(6, Supplement):S204.

# ANNEXES

## **ANNEXE I. Méthodologie de Référence pour les traitements des données personnelles opérés dans le cadre des recherches**

### METHODOLOGIE DE REFERENCE MR-004

Consignes à respecter pour que l'étude « entre » dans le cadre de la Méthodologie de Référence pour les traitements des données personnelles opérés dans le cadre des recherches (**MR 004**) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et de la délibération n°2018-155 du 3 mai 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La MR-004 permet de mener sans autorisation préalable tous les projets respectant les conditions de la MR-004.

Typologie études entrant dans le MR-004

La méthodologie de référence MR-004 encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il s'agit plus précisément des études ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine, en particulier les études portant sur la réutilisation de données.

## **ANNEXE II. Lettres d'information aux consultants du CeGIDD (affichées dans les locaux du CeGIDD)**

### 1) Note d'information générale

#### Lettre d'information générale

---

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ses missions de soin, de recherche et d'enseignement, le CHU de Poitiers met en place des recherches scientifiques dans un but d'amélioration de la prévention, du dépistage et du soin, dans l'intérêt public dans le domaine de la santé.

En application des dispositions de ***l'article 54 alinéa 5 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et de la délibération n°2018-155 du 3 mai 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,***

Nous vous informons de l'éventualité que les données des personnes consultant au CeGIDD peuvent être utilisées à des fins de recherche.

### 2) Note d'information individuelle

ETUDE SUR LES BESOINS ET ATTENTES DES PATIENTS

CONSULTANT AU CeGIDD DE POITIERS

Du 01 février 2022 au 01 mai 2022

Lettre d'information

---

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ses missions de soin, de recherche et d'enseignement, le CHU de Poitiers met en place des recherches scientifiques dans un but d'amélioration de la prévention, du dépistage et du soin, dans l'intérêt public dans le domaine de la santé.

Le CHU de Poitiers réalise actuellement une étude sur l'ensemble des patients consultant au CeGIDD entre le 01/02/22 et le 01/05/22. Cette étude permettra **d'évaluer les besoins de consultation et les attentes des patients consultant au CeGIDD afin d'y répondre au mieux.**

Dans ce contexte, nous souhaitons réutiliser les données collectées à l'issue de votre consultation au CeGIDD.

Cette étude concerne **uniquement le questionnaire** qui vous est proposé. Elle ne porte pas sur les données recueillies dans votre dossier médical.

Cette étude n'a aucune incidence sur votre prise en charge médicale. Elle ne donne lieu à aucun examen particulier ou consultation supplémentaire et ne remet pas en cause les traitements/soins que vous avez reçus.  
Elle permet d'améliorer les connaissances sur les attentes populationnelles et de s'adapter aux besoins des patients qui viennent consulter au CeGIDD.

Le questionnaire qui vous est proposé **est totalement anonyme** et les données ne feront pas apparaître votre identité.  
Aucune identification en tant qu'individu ne sera présente dans les rapports provenant de cette étude.  
Vos données codées peuvent être partagées avec des chercheurs ne participant pas à cette étude et uniquement à des fins de recherche ou pour faire progresser la science et la santé publique.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous avez le droit:

- d'accéder, via le médecin de l'étude à toutes vos données recueillies pendant l'étude et, le cas échéant, de demander des rectifications, si vos données s'avéraient inexactes ou de les compléter si elles étaient incomplètes.
- de vous opposer à la transmission ou de demander la suppression des données à l'occasion de cette étude, couvertes par le secret professionnel qui sont susceptibles d'être utilisées et traitées dans cette étude à tout moment et sans justification.
- de vous retirer de l'étude ; les données recueillies avant votre retrait pourront encore être traitées avec les autres données de l'étude, si leur effacement compromet la réalisation des objectifs de l'étude. Aucune nouvelle donnée vous concernant ne sera recueillie pour la base de données de l'étude.
- d'exercer votre droit de limitation du traitement de vos données dans les situations prévues par la loi.
- de déposer une réclamation concernant les modalités du traitement de vos données auprès de l'autorité de surveillance chargées d'appliquer la loi relative à la protection des données. En France, il s'agit de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dont l'adresse est la suivante : <https://www.cnil.fr>.

Si vous avez des questions ou des réclamations au sujet du traitement de vos données au cours de cette étude, vous devez tout d'abord prendre contact auprès du médecin qui vous suit et qui pourra orienter votre demande. Ou vous pouvez contacter le représentant légal des traitements des données en exercice par l'intermédiaire du Délégué à la Protection des Données du CHU de Poitiers à l'adresse suivante [dpd@chu-poitiers.fr](mailto:dpd@chu-poitiers.fr).

Les données recueillies pour l'étude seront conservées en base active pendant **12 mois maximum** après publication des résultats de la recherche **puis détruites**.

Ce courrier est informatif et vous est adressé en raison d'obligations légales selon les dispositions réglementaires en vigueur.

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération.

Fait à Poitiers, le 24/01/2022

Docteur HOUPERT Tyffanie

Mariana DEPAIRE-HRBACEK

## **ANNEXE III. Questionnaire en version papier**

### **Etude sur les besoins et attentes des consultants au CeGIDD du CHU de Poitiers** **QUESTIONNAIRE VERSION PAPIER**

Le but de ce questionnaire (d'une durée approximative de 5 minutes) est d'évaluer les besoins et les attentes des patients consultant au CeGIDD afin de pouvoir y répondre au mieux.

Ce questionnaire s'inscrit dans une étude menée par le CeGIDD de Poitiers et dans une thèse de médecine. Il est **totale**ment anonyme.

En application des *dispositions de l'article 2.5.1 de la loi de l'informatique et des libertés*, nous vous informons que les données collectées dans ce questionnaire seront utilisées uniquement à des fins de recherche dans le cadre de cette étude, conservées pendant une période de 12 mois maximum, puis détruites.

Pour plus d'informations nous vous invitons à lire la **lettre d'information relative à l'étude** disponible à l'accueil du CeGIDD ou auprès de tous les professionnels de santé consultant au CeGIDD.

*Merci d'entourer vos réponses*

#### **Caractéristiques générales**

- 1) **Quel âge avez-vous ?**
  - Moins de 18 ans
  - Entre 18 et 25 ans
  - Entre 26 et 65 ans
  - > 65 ans
  
- 2) **Quel est votre genre ?**
  - Masculin
  - Féminin
  - Non genré
  - Transgenre
  - Autre
  
- 3) **Quelle est votre situation actuelle ?**
  - Collégien ou lycéen
  - Etudiant
  - En recherche d'emploi / sans emploi
  - En activité
  - Retraité
  
- 4) **Vous habitez :**
  - A Poitiers ou < 20 km de Poitiers
  - Entre 20 et 50 km de Poitiers
  - A > 50 km de Poitiers
  
- 5) **Avez-vous une sécurité sociale ?**
  - Oui
  - Non
  
- 6) **Avez-vous une mutuelle ?**
  - Oui
  - Non

**Vous consultez ce jour au CeGIDD**

**7) Est-ce la première fois que vous consultez au CeGIDD ?**

- Oui
- Non

**8) Comment avez-vous été orienté vers le CeGIDD ?**

- Recherche sur internet
- Messages de prévention
- Par le bouche à oreille
- Par un professionnel de santé
- Sur les conseils d'un partenaire testé positif à une infection sexuellement transmissible
- Autre : ..... (si vous avez coché « Autre », merci d'écrire la réponse)

**9) Le délai pour obtenir un rendez-vous vous a paru :**

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Insatisfaisant
- Très insatisfaisant

**10) Seriez-vous intéressé(e) par une prise de rendez-vous accessible sur internet 24h/24 ?**

- Oui
- Non
- Pas d'avis

**11) Quel est votre motif principal de consultation aujourd'hui ? (1 seule réponse possible)**

- Dépistage ou traitement d'une infection sexuellement transmissible
- Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
- Contraception
- Suivi gynécologique
- PrEP (prophylaxie pré-exposition)
- Interruption volontaire de grossesse
- Violences sexuelles
- Doute sur une grossesse
- Accident d'exposition au sang
- Autre

**12) Avez-vous déjà été en difficulté pour aborder une problématique de votre vie sexuelle avec un professionnel de santé ?**

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**13) Quelle(s) raison(s) pourraient vous amener à consulter au CeGIDD plutôt que chez votre médecin traitant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- Gratuité
- Anonymat
- Délais de rendez-vous
- Professionnels du CeGIDD habitués à aborder la sexualité
- Ambiance moins médicalisée
- Sujet trop intime pour en discuter avec mon médecin traitant
- Je n'ai pas de médecin traitant
- Aucune

**Souhaitez-vous qu'au cours d'une consultation au CeGIDD on vous questionne sur :**

**14) Vos pratiques sexuelles :**

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**15) Votre consommation éventuelle de drogues :**

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**16) Le fait d'avoir subi des violences physiques sexuelles ou morales :**

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**17) Le fait d'avoir déjà eu recours à la prostitution :**

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**Avis et attentes**

**18) Les professionnels rencontrés au CeGIDD ont-ils répondu à vos attentes ?**

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**19) Seriez-vous prêt à consulter de nouveau au CeGIDD pour : (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- Dépistage ou traitement d'une infection sexuellement transmissible
- Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
- Contraception
- Suivi gynécologique
- PrEP (prophylaxie pré-exposition)
- Interruption volontaire de grossesse
- Violences sexuelles
- Doute sur une grossesse
- Accident d'exposition au sang
- Autre

**20) Souhaiteriez-vous qu'au sein du CeGIDD on vous propose ? (Une ou plusieurs réponses possibles) *question facultative***

- Entretien d'assistance sociale
- Entretien de sexologie
- Entretien de psychologie
- Téléconsultation
- Groupes de discussion
- Ateliers de prévention pour mieux connaître les infections sexuellement transmissibles (contamination, protection...)
- Autre : ..... (si vous avez coché « Autre », merci d'écrire la réponse)

Merci beaucoup du temps que vous nous avez accordé pour le remplissage du questionnaire. Si vous souhaitez en savoir plus sur cette étude, vous pouvez vous adresser aux professionnels de santé du CeGIDD.

**ANNEXE IV. Questionnaire en version électronique**

- 1) **Affiche format A3** exposée sur les murs des locaux du CeGIDD (porte d'entrée, salle d'attente, secrétariat)



## 2) Brochure mise à disposition des consultants

**ETUDE**

**86**  
**CeGIDD**  
Centre Gratuit d'Information,  
de Diagnostic et de Dépistage

**QUESTIONNAIRE**  
**VOS AVIS**  
**VOS BESOINS**  
5 MINUTES - ANONYME

**LE BUT ?**  
EVALUER VOS ATTENTES ET VOS BESOINS  
LORS D'UNE CONSULTATION AU CEGIDD  
POUR Y RÉPONDRE AU MIEUX



**CHU**  
Poitiers

**DU 01 FÉVRIER AU 01 MAI 2022**

## **ANNEXE V. Tableaux de contingence**

### **Tableaux de contingence I. Situation professionnelle la plus représentée dans chaque tranche d'âge**

Sont exclus du tableau les : < 18 ans, > 65 ans, retraités et collégiens ou lycéens (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
##
##      En activité En recherche d'emploi / sans emploi Etudiant
## Entre 18 et 25 ans      11              6      61
## Entre 26 et 65 ans      19              4       4
## Sum                    30             10      65
##
##      Sum
## Entre 18 et 25 ans      78
## Entre 26 et 65 ans      27
## Sum                    105
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##      En activité En recherche d'emploi / sans emploi Etudiant
## Entre 18 et 25 ans      22              7      48
## Entre 26 et 65 ans       8              3      17
## Sum                    30             10      65
##
##      Sum
## Entre 18 et 25 ans      78
## Entre 26 et 65 ans      27
## Sum                    105
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 36.314, df = 2, p-value = 1.302e-08
##
##      En activité En recherche d'emploi / sans emploi Etudiant
## Entre 18 et 25 ans  14.102564              7.692308 78.205128
## Entre 26 et 65 ans  70.370370             14.814815 14.814815
##
##      En activité En recherche d'emploi / sans emploi Etudiant
## Entre 18 et 25 ans  36.666667              60.000000 93.846154
## Entre 26 et 65 ans  63.333333              40.000000  6.153846
```

### **Tableaux de contingence II. Proportion de primo-consultants détaillée par critère**

**Par âge** : sont exclus du tableau les : < 18 ans et > 65 ans (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

```
##
##      Non Oui Sum
## Entre 18 et 25 ans  34  44  78
## Entre 26 et 65 ans  12  16  28
## Sum                46  60  106
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##      Non Oui Sum
## Entre 18 et 25 ans  34  44  78
## Entre 26 et 65 ans  12  16  28
## Sum                46  60  106
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 0.0045018, df = 1, p-value = 0.9465
```

**Par genre** : sont exclus du tableau les transgenres, non genrés et autres (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin      28 37 65
## Masculin     18 25 43
## Sum           46 62 108
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin      28 37 65
## Masculin     18 25 43
## Sum           46 62 108
```

```
## Pearson's Chi-squared test
```

```
##
```

```
## data: tab
```

```
## X-squared = 0.015662, df = 1, p-value = 0.9004
```

**Par distance du lieu d'habitation** :

Tableau de données observées :

```
##
##                Non Oui Sum
## A > 50 km de Poitiers      1  5  6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 40 49 89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers    7  8 15
## Sum                          48 62 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## A > 50 km de Poitiers      3  3  6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 39 50 89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers    7  8 15
## Sum                          48 62 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Néanmoins l'ensemble des effectifs théoriques est supérieur ou égal à 3, nous pouvons appliquer la correction de Yates sur tous les effectifs.

```
##
```

```
## Pearson's Chi-squared test
```

```
##
```

```
## data: tab
```

```
## X-squared = 1.8923, df = 2, p-value = 0.3882
```

**Par situation professionnelle** : sont exclus du tableau les collégiens ou lycéens et retraités (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
##                Non Oui Sum
## En activité      15 15 30
## En recherche d'emploi / sans emploi  8  2 10
## Etudiant        23 42 65
## Sum             46 59 105
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## En activité      13 17 30
## En recherche d'emploi / sans emploi  4  6 10
## Etudiant        28 37 65
## Sum             46 59 105
```

```
## Pearson's Chi-squared test
```

```
##
```

```
## data: tab
## X-squared = 7.6618, df = 2, p-value = 0.02169
##
##
##           Non      Oui
## En activité      50.00000 50.00000
## En recherche d'emploi / sans emploi 80.00000 20.00000
## Etudiant          35.38462 64.61538
```

### Par couverture sociale :

Tableau de données observées :

```
##
##           Non  Oui  Sum
## Non      0    1    1
## Oui     48   61  109
## Sum     48   62  110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non  Oui  Sum
## Non      0    1    1
## Oui     48   61  109
## Sum     48   62  110
```

D'après ces tableaux nous pouvons voir que la totalité des sujets ont un identifiant de sécurité sociale à l'exception d'un seul sujet qui effectue sa première visite.

Tableau de données observées :

```
##
##           Non  Oui  Sum
## Non      5    4    9
## Oui     43   58  101
## Sum     48   62  110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non  Oui  Sum
## Non      4    5    9
## Oui     44   57  101
## Sum     48   62  110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Néanmoins l'ensemble des effectifs théoriques est supérieur à 3, nous pouvons appliquer la correction de Yates sur tous les effectifs.

```
##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.16139, df = 1, p-value = 0.6879
```

### Tableaux de contingence III. Croisement des critères de la population source avec le mode d'orientation par un professionnel de santé

#### Par âge :

Tableau de données observées :

```
##
##                Non Oui Sum
## Entre 18 et 25 ans 33 45 78
## Entre 26 et 65 ans 15 13 28
## Moins de 18 ans    3  1  4
## Sum                51 59 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Entre 18 et 25 ans 36 42 78
## Entre 26 et 65 ans 13 15 28
## Moins de 18 ans    2  2  4
## Sum                51 59 110
```

Sont ensuite exclus du tableau les : < 18 ans et > 65 ans (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 1.055, df = 1, p-value = 0.3044
##
##
```

```
##                Non      Oui
## Entre 18 et 25 ans 92.307692 7.692308
## Entre 26 et 65 ans 71.428571 28.571429
```

```
##
##                Non      Oui
## Entre 18 et 25 ans 78.26087 42.85714
## Entre 26 et 65 ans 21.73913 57.14286
```

#### Par genre :

Tableau de données observées :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin        57  8  65
## Masculin       36  7  43
## Non genré       2  0  2
## Sum            95 15 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin        56  9  65
## Masculin       37  6  43
## Non genré       2  0  2
## Sum            95 15 110
```

Sont ensuite exclus du tableau les transgenres, non genrés et autres (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.089995, df = 1, p-value = 0.7642
##
##                Non      Oui
## Féminin  87.69231 12.30769
## Masculin 83.72093 16.2790
```

**Par distance du lieu d'habitation** : sont exclus du tableau ceux habitant > 50 km de Poitiers (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
##                               Non Oui Sum
## A > 50 km de Poitiers         5  1  6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 81  8 89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers   9  6 15
## Sum                             95 15 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                               Non Oui Sum
## A > 50 km de Poitiers         5  1  6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 77
12 89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers  13  2 15
## Sum                             95 15 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. De ce fait, la catégorie vivant à plus de 50 km de Poitiers est à exclure des tests statistiques.

```
##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 8.1021, df = 1, p-value = 0.004421
```

**Par situation professionnelle** : sont exclus du tableau les lycéens ou collégiens et les retraités (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
##                               Non Oui Sum
## Collégien ou lycéen           3  1  4
## En activité                   24  6 30
## En recherche d'emploi / sans emploi 8  2 10
## Etudiant                      59  6 65
## Retraité                       1  0  1
## Sum                             95 15 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                               Non Oui Sum
## Collégien ou lycéen           3  1  4
## En activité                   26  4 30
## En recherche d'emploi / sans emploi 9  1 10
## Etudiant                      56  9 65
## Retraité                       1  0  1
## Sum                             95 15 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans le cadre de la mise en place de test nous allons exclure les catégories suivantes : "Retraité" et "Collégien ou lycéen"

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 0.16724, df = 2, p-value = 0.9198
##
##                               Non      Oui
## En activité                   80.000000 20.000000
## En recherche d'emploi / sans emploi 80.000000 20.000000
## Etudiant                      90.769231  9.230769
```

**Par couverture sociale** : tableau non réalisé. Nous pouvons voir que la totalité des sujets ont un identifiant de sécurité sociale à l'exception d'un seul sujet qui n'a pas été orienté par un professionnel de santé.

Nous observons que nous avons un seul sujet qui n'a pas de mutuelle mais qui vient d'une orientation professionnelle. Au vu des effectifs nous sommes dans l'impossibilité de faire un test du  $\chi^2$  d'indépendance.

### **Tableaux de contingence IV. Croisement des motifs de consultation principaux avec les différents modes d'orientation au CeGIDD**

**A noter :** en raison d'effectifs trop réduits, nous avons fusionné les motifs IVG, contraception, suivi gynécologique et doute sur grossesse en « motif gynécologique ». Les personnes venant pour PrEP ont été exclues.

#### **Pour la recherche sur internet :**

Tableau de données observées :

```
##
##                                     Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 12 12
## Dépistage ou traitement IST                               32 41
## Motif gynécologique                                     4 5
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                                     Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 10 12
## Dépistage ou traitement IST                               33 41
## Motif gynécologique                                     4 5

##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 0.27979, df = 2, p-value = 0.8694
```

**Pour les messages de prévention et l'orientation sur les conseils d'un partenaire positif à une IST :** effectifs trop faibles pour pouvoir effectuer des tableaux de contingence

**Pour l'orientation par un professionnel de santé :** sont exclus du tableau motif gynécologique et PrEP (effectifs théoriques en dessous du seuil de  $N = 5$ )

Tableau de données observées :

```
##
##                                     Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 21 3
## Dépistage ou traitement IST                               66 7
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                                     Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 28 3
## Dépistage ou traitement IST                               66 7

##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.00039774, df = 1, p-value = 0.9841
```

**Pour le bouche à oreille :** sont exclus du tableau motif gynécologique et PrEP (effectifs théoriques en dessous du seuil de N = 5)

Tableau de données observées :

```
##
##
##                               Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 15  9
## Dépistage ou traitement IST                               50 23
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##
##                               Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 20  9
## Dépistage ou traitement IST                               50 23
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 0.29346, df = 1, p-value = 0.588
```

### **Tableaux de contingence V. Croisement des motifs principaux de consultation avec les critères de la population source**

**Par âge :**

Tableau de données observées :

```
##
##                               Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## Entre 18 et 25 ans                                                    16
## Entre 26 et 65 ans                                                    7
## Moins de 18 ans                                                       1
## Sum                                                                    24
##
##                               Dépistage ou traitement IST Motif gynécologique PrEP Sum
## Entre 18 et 25 ans                                                    54  8  0 78
## Entre 26 et 65 ans                                                    16  1  4 28
## Moins de 18 ans                                                       3   0  0  4
## Sum                                                                    73  9  4 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                               Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## Entre 18 et 25 ans                                                    17
## Entre 26 et 65 ans                                                    6
## Moins de 18 ans                                                       1
## Sum                                                                    24
##
##                               Dépistage ou traitement IST Motif gynécologique PrEP Sum
## Entre 18 et 25 ans                                                    52  6  3 78
## Entre 26 et 65 ans                                                    19  2  1 28
## Moins de 18 ans                                                       3   0  0  4
## Sum                                                                    73  9  4 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Au vu des effectifs nous allons pouvoir exclure les moins de 18 ans et PrEP.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 1.3985, df = 2, p-value = 0.497
```

## Par genre :

Tableau de données observées :

```
##
##          Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## Féminin                                     13
## Masculin                                    10
## Non généré                                  1
## Sum                                         24
##
##          Dépistage ou traitement IST Motif gynécologique PrEP Sum
## Féminin                                     44      8   0  65
## Masculin                                    28      1   4  43
## Non généré                                  1      0   0   2
## Sum                                         73      9   4 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##          Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## Féminin                                     14
## Masculin                                    9
## Non généré                                  0
## Sum                                         24
##
##          Dépistage ou traitement IST Motif gynécologique PrEP Sum
## Féminin                                     43      5   2  65
## Masculin                                    29      4   2  43
## Non généré                                  1      0   0   2
## Sum                                         73      9   4 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Au vu des effectifs nous allons pouvoir exclure des tests les personnes non génrées, les PrEP et les motifs gynécologiques.

```
##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.021513, df = 1, p-value = 0.8834
```

## Par distance du lieu d'habitation :

Tableau de données observées :

```
##
##          Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## A > 50 km de Poitiers                       0
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers           22
## Entre 20 et 50 km de Poitiers                2
## Sum                                          24
##
##          Dépistage ou traitement IST
## A > 50 km de Poitiers                       5
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers           60
## Entre 20 et 50 km de Poitiers                8
## Sum                                          73
##
##          Motif gynécologique PrEP Sum
## A > 50 km de Poitiers                       1   0   6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers           5   2  89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers               3   2  15
## Sum                                          9   4 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##          Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## A > 50 km de Poitiers                       1
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers           19
## Entre 20 et 50 km de Poitiers                3
## Sum                                          24
##
##          Dépistage ou traitement IST
## A > 50 km de Poitiers                       4
```

```

## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 59
## Entre 20 et 50 km de Poitiers 10
## Sum 73
##
## Motif gynécologique PrEP Sum
## A > 50 km de Poitiers 0 0 6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 7 3 89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers 1 1 15
## Sum 9 4 110

```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les personnes vivants à plus de 50 km et les PrEP.

```

##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.096248, df = 1, p-value = 0.7564

```

### Par situation professionnelle :

Tableau de données observées :

```

##
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## Collégien ou lycéen 1
## En activité 8
## En recherche d'emploi / sans emploi 4
## Etudiant 11
## Retraité 0
## Sum 24
##
## Dépistage ou traitement IST
## Collégien ou lycéen 3
## En activité 19
## En recherche d'emploi / sans emploi 4
## Etudiant 46
## Retraité 1
## Sum 73
##
## Motif gynécologique PrEP Sum
## Collégien ou lycéen 0 0 4
## En activité 1 2 30
## En recherche d'emploi / sans emploi 1 1 10
## Etudiant 7 1 65
## Retraité 0 0 1
## Sum 9 4 110

```

Tableau de données théoriques :

```

##
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif
## Collégien ou lycéen 1
## En activité 7
## En recherche d'emploi / sans emploi 2
## Etudiant 14
## Retraité 0
## Sum 24
##
## Dépistage ou traitement IST
## Collégien ou lycéen 3
## En activité 20
## En recherche d'emploi / sans emploi 7
## Etudiant 43
## Retraité 1
## Sum 73
##
## Motif gynécologique PrEP Sum
## Collégien ou lycéen 0 0 4
## En activité 2 1 30
## En recherche d'emploi / sans emploi 1 0 10
## Etudiant 5 2 65
## Retraité 0 0 1
## Sum 9 4 110

```

D'après les effectifs dans les tableaux de contingences nous ne pouvons pas effectuer de tests statistiques.

### **Tableaux de contingence VI. Croisement des motifs principaux de consultation des primo-consultants avec les motifs principaux de consultation de ceux qui revenaient au CeGIDD**

Tableau de données observées :

```
##
##
## Non Oui Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 10 14 24
## Dépistage ou traitement IST 32 41 73
## Motif gynécologique 3 6 9
## PrEP 3 1 4
## Sum 48 62 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##
## Non Oui Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 10 14 24
## Dépistage ou traitement IST 32 41 73
## Motif gynécologique 4 5 9
## PrEP 2 2 4
## Sum 48 62 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Au vu des effectifs nous allons pouvoir exclure des tests les personnes venant pour une PrEP.

Tableau de données observées :

```
##
##
## Non Oui Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 10 14 24
## Dépistage ou traitement IST 32 41 73
## Motif gynécologique 3 6 9
## Sum 45 61 106
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##
## Non Oui Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 10 14 24
## Dépistage ou traitement IST 31 42 73
## Motif gynécologique 4 5 9
## Sum 45 61 106
```

## Pearson's Chi-squared test

##

## data: tab

## X-squared = 0.36958, df = 2, p-value = 0.8313

##

```
##
## Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 41.66667 58.33333
## Dépistage ou traitement IST 43.83562 56.16438
## Motif gynécologique 33.33333 66.66667
```

##

```
## Non
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 22.222222
## Dépistage ou traitement IST 71.111111
## Motif gynécologique 6.666667
```

##

```
## Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 22.950820
## Dépistage ou traitement IST 67.213115
## Motif gynécologique 9.836066
```

## Tableaux de contingence VII. Croisement des motifs principaux de consultation avec le mode d'orientation par un professionnel de santé

Tableau de données observées :

```
##
##                                     Non Oui Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 21 3 24
## Dépistage ou traitement IST 66 7 73
## Motif gynécologique 7 2 9
## PrEP 1 3 4
## Sum 95 15 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                                     Non Oui Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 21 3 24
## Dépistage ou traitement IST 63 10 73
## Motif gynécologique 8 1 9
## PrEP 3 1 4
## Sum 95 15 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de  $N=5$ . Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Au vu des effectifs nous allons pouvoir exclure des tests les personnes venant pour une PrEP et motif gynécologique.

Tableau de données observées :

```
##
##                                     Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 21 3
## Dépistage ou traitement IST 66 7
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                                     Non Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 28 3
## Dépistage ou traitement IST 66 7

##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.00039774, df = 1, p-value = 0.9841

##
##                                     Non
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 87.500000
## Dépistage ou traitement IST 90.410959
##
##                                     Oui

## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 12.500000
## Dépistage ou traitement IST
```

**Tableau de contingence VIII. Croisement des critères de la population source avec la réponse à la question « Avez-vous déjà eu des difficultés pour aborder une problématique votre vie sexuelle avec un professionnel de santé ? »**

Les conditions d'application du test du Chi2 n'étant pas respectées (au moins une des cases du tableau de contingence a un effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher a été réalisé.

	Critères	"Avez-vous déjà été en difficulté pour aborder une problématique de votre vie sexuelle avec un professionnel de santé ?"			n	p
		Oui (n = 32)	Non (n = 29)	ne souhaite pas répondre (n = 1)		
Âge	Entre 18 et 25 ans	22 (69%)	21 (72%)	1 (100%)	44	0,73
	Entre 26 et 65 ans	8 (25%)	8 (28%)	0 (0%)	16	
	Moins de 18 ans	2 (6.2%)	0 (0%)	0 (0%)	2	
Genre	Féminin	22 (69%)	15 (52%)	0 (0%)	37	0.16
	Masculin	10 (31%)	14 (48%)	1 (100%)	25	
	Etudiant	21 (66%)	20 (69%)	1 (100%)	42	
Situation professionnelle	En activité	7 (22%)	8 (28%)	0 (0%)	15	0.57
	Collégien ou lycéen	2 (6.2%)	0 (0%)	0 (0%)	2	
	En recherche d'emploi / sans emploi	2 (6.2%)	0 (0%)	0 (0%)	2	
	Retraité	0 (0%)	1 (3.4%)	0 (0%)	1	
Lieu d'habitation	A Poitiers ou < 20 km de Poitiers	22 (69%)	26 (90%)	1 (100%)	49	0.33
	Entre 20 et 50 km de Poitiers	6 (19%)	2 (6.9%)	0 (0%)	8	
	A > 50 km de Poitiers	4 (12%)	1 (3.4%)	0 (0%)	5	
Sécurité sociale	Oui	32 (100%)	28 (97%)	1 (100%)	61	0.49
	Non	0 (0%)	1 (3.4%)	0 (0%)	1	
Mutuelle	Oui	31 (97%)	26 (90%)	1 (100%)	58	0.38
	Non	1 (3.1%)	3 (10%)	0 (0%)	4	

**Tableau de contingence IX. Croisement des sujets sur lesquels les consultants souhaitent être interrogés au cours d'une consultation au CeGIDD avec certains critères de la population source (âge puis genre)**

**1) Pratiques sexuelles**

**Par âge :**

Tableau de données observées :

```
##
##           Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre           3           1
## Non                               14           2
## Oui                               61          25
## Sum                               78          28
##
##           Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre           0  4
## Non                               1  17
## Oui                               3  89
## Sum                               4 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre           3           1
## Non                               12           4
## Oui                               63          23
## Sum                               78          28
##
##           Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre           0  4
## Non                               1  17
## Oui                               3  89
## Sum                               4 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les moins de 18 ans et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 1.1468, df = 1, p-value = 0.2842
##
##           Non      Oui
## Entre 18 et 25 ans 18.666667 81.333333
## Entre 26 et 65 ans  7.407407 92.592593
```

**Par genre :**

Tableau de données observées :

```
##
##           Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre           1           3           0  4
## Non                               13           4           0  17
## Oui                               51          36           2  89
## Sum                               65          43           2 110
##
##           Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre           2           2           0  4
## Non                               10           7           0  17
## Oui                               53          35           2  89
## Sum                               65          43           2 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les non genrés et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 1.9144, df = 1, p-value = 0.1665
##
##           Non      Oui
## Féminin 20.3125 79.6875
## Masculin 10.0000 90.0000
```

## 2) Consommation de drogues

### Par âge :

Tableau de données observées :

```
##
##           Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre      2      1
## Non                          29      4
## Oui                          47     23
## Sum                          78     28
##
##           Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre      0  3
## Non                          1 34
## Oui                          3 73
## Sum                          4 110
##
##           Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre      2      1
## Non                          24      9
## Oui                          52     19
## Sum                          78     28
##
##           Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre      0  3
## Non                          1 34
## Oui                          3 73
## Sum                          4 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les moins de 18 ans et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 4.9856, df = 1, p-value = 0.02556
##
##           Non      Oui
## Entre 18 et 25 ans 38.15789 61.84211
## Entre 26 et 65 ans 14.81481 85.18519
```

### Par genre :

Tableau de données observées :

```
##
##           Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre      1      2      0  3
## Non                          25      9      0 34
## Oui                          39     32      2 73
## Sum                          65     43      2 110
##
##           Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre      2      1      0  3
## Non                          20     13      1 34
## Oui                          43     29      1 73
## Sum                          65     43      2 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les non genrés et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 3.3418, df = 1, p-value = 0.06754
##
##           Non      Oui
## Féminin 39.06250 60.93750
## Masculin 21.95122 78.04878
```

### 3) Violences physiques sexuelles ou morales

#### Par âge :

Tableau de données observées :

```
##
##           Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre      3             1
## Non                          20            3
## Oui                          55            24
## Sum                          78            28
##
##           Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre      0     4
## Non                          1    24
## Oui                          3    82
## Sum                          4   110
##
##           Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre      3             1
## Non                          17            6
## Oui                          58            21
## Sum                          78            28
##
##           Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre      0     4
## Non                          1    24
## Oui                          3    82
## Sum                          4   110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les moins de 18 ans et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 2.7507, df = 1, p-value = 0.09721
##
##           Non      Oui
## Entre 18 et 25 ans 26.66667 73.33333
## Entre 26 et 65 ans 11.11111 88.88889
```

## Par genre :

Tableau de données observées :

```
##
##                               Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre      1         3         0   4
## Non                          12        12         0  24
## Oui                           52        28         2  82
## Sum                           65        43         2 110
##
##                               Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre      2         2         0   4
## Non                          14         9         0  24
## Oui                           48        32         1  82
## Sum                           65        43         2 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les non genrés et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 1.755, df = 1, p-value = 0.1852
##
##           Non  Oui
## Féminin 18.75 81.25
## Masculin 30.00 70.00
```

## 4) Prostitution

### Par âge :

Tableau de données observées :

```
##
##                               Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre      5         2
## Non                          34         7
## Oui                           39        19
## Sum                           78        28
##
##                               Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre      0   7
## Non                          2  43
## Oui                           2  60
## Sum                           4 110
##
##                               Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 65 ans
## ne souhaite pas répondre      5         2
## Non                          30        11
## Oui                           43        15
## Sum                           78        28
##
##                               Moins de 18 ans Sum
## ne souhaite pas répondre      0   7
## Non                          2  43
## Oui                           2  60
## Sum                           4 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les moins de 18 ans et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 3.0517, df = 1, p-value = 0.08065

##
##                Non      Oui
## Entre 18 et 25 ans 46.57534 53.42466
## Entre 26 et 65 ans 26.92308 73.07692
```

### Par genre :

Tableau de données observées :

```
##
##                Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre      2      5      0  7
## Non                          25     16      2  43
## Oui                          38     22      0  60
## Sum                          65     43      2 110

##
##                Féminin Masculin Non genré Sum
## ne souhaite pas répondre      4      3      0  7
## Non                          25     17      1  43
## Oui                          35     23      1  60
## Sum                          65     43      2 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans l'optique de faire des tests statistiques nous allons restreindre notre analyse en excluant les non genrés et ceux qui ne souhaitent pas répondre.

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 0.057692, df = 1, p-value = 0.8102
##
##                Non      Oui
## Féminin 39.68254 60.31746
## Masculin 42.10526 57.89474
```

## Tableaux de contingence X. Croisement des réponses à la question sur les activités souhaitées au sein du CeGIDD avec le fait d'être primo-consultant ou non

### Entretien d'assistance sociale

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Non 34 14 48
## Oui 47 15 62
## Sum 81 29 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Non 35 13 48
## Oui 46 16 62
## Sum 81 29 110
```

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 0.34467, df = 1, p-value = 0.5571

##
##                Non      Oui
## Non 70.83333 29.16667
## Oui 75.80645 24.19355
```

## Entretien de sexologie

Tableau de données observées :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non   13  35  48
## Oui   25  37  62
## Sum   38  72 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non   17  31  48
## Oui   21  41  62
## Sum   38  72 110
```

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 2.0972, df = 1, p-value = 0.1476
```

```
##
##           Non      Oui
## Non 27.08333 72.91667
## Oui 40.32258 59.67742
```

## Entretien de psychologie

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non   17  31  48
## Oui   32  30  62
## Sum   49  61 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non   21  27  48
## Oui   28  34  62
## Sum   49  61 110
```

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 2.8729, df = 1, p-value = 0.09008
```

```
##
##           Non      Oui
## Non 35.41667 64.58333
## Oui 51.61290 48.38710
```

## Téléconsultation

Tableau de données observées :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non   39   9  48
## Oui   51  11  62
## Sum   90  20 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non   39   9  48
## Oui   51  11  62
## Sum   90  20 110
```

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
```

```
## data: tab
## X-squared = 0.018481, df = 1, p-value = 0.8919
##
##           Non      Oui
## Non 81.25000 18.75000
## Oui 82.25806 17.74194
```

## Groupes de discussion

Tableau de données observées :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non 39 9 48
## Oui 52 10 62
## Sum 91 19 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non 40 8 48
## Oui 51 11 62
## Sum 91 19 110
##
```

## Pearson's Chi-squared test

```
##
## data: tab
## X-squared = 0.13006, df = 1, p-value = 0.7184
##
##           Non      Oui
## Non 81.25000 18.75000
## Oui 83.87097 16.12903
```

## Ateliers de prévention pour mieux connaître les IST

Tableau de données observées :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non 34 14 48
## Oui 38 24 62
## Sum 72 38 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##           Non Oui Sum
## Non 31 17 48
## Oui 41 21 62
## Sum 72 38 110
```

## Pearson's Chi-squared test

```
##
## data: tab
## X-squared = 1.0896, df = 1, p-value = 0.2966
##
##           Non      Oui
## Non 70.83333 29.16667
## Oui 61.29032 38.70968
```

## **Tableaux de contingence XI. Croisement du souhait de téléconsultation avec les motifs de consultation principaux**

Tableau de données observées :

```
##
##                                     Non  Oui  Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif  19   5  24
## Dépistage ou traitement IST                                62  11  73
## Motif gynécologique                                       7   2   9
## PrEP                                                        2   2   4
## Sum                                                         90  20 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                                     Non  Oui  Sum
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif  20   4  24
## Dépistage ou traitement IST                                60  13  73
## Motif gynécologique                                       7   2   9
## PrEP                                                        3   1   4
## Sum                                                         90  20 110
```

Au vu des effectifs nous allons devoir restreindre l'analyse, cela se traduit par l'exclusion des motifs PrEP et motif gynécologique.

```
##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.11775, df = 1, p-value = 0.7315
##
##                                     Non      Oui
## Accident de préservatif ou rapport sexuel sans préservatif 79.16667 20.83333
## Dépistage ou traitement IST                                84.93151 15.06849
```

## **Tableaux de contingence XII. Croisement du souhait de téléconsultation avec certains critères de la population source**

**Par âge :**

Tableau de données observées :

```
##
##                                     Non  Oui  Sum
## Entre 18 et 25 ans                    67  11  78
## Entre 26 et 65 ans                     19   9  28
## Moins de 18 ans                         4   0   4
## Sum                                     90  20 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                                     Non  Oui  Sum
## Entre 18 et 25 ans                    64  14  78
## Entre 26 et 65 ans                     23   5  28
## Moins de 18 ans                         3   1   4
## Sum                                     90  20 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Au vu des effectifs nous allons pouvoir exclure les moins de 18 ans.

Tableau de données observées :

```
##
##                                     Non  Oui  Sum
## Entre 18 et 25 ans                    67  11  78
## Entre 26 et 65 ans                     19   9  28
## Sum                                     86  20 106
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Entre 18 et 25 ans 63 15 78
## Entre 26 et 65 ans 23  5 28
## Sum                86 20 106
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 4.3804, df = 1, p-value = 0.03635
##
##                Non      Oui
## Entre 18 et 25 ans 85.89744 14.10256
## Entre 26 et 65 ans 67.85714 32.14286
```

### Par genre :

Tableau de données observées :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin        55 10 65
## Masculin       34  9 43
## Non généré     1  1  2
## Sum            90 20 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin        53 12 65
## Masculin       35  8 43
## Non généré     2  0  2
## Sum            90 20 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de N=5. Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Au vu des effectifs nous allons pouvoir exclure des tests les personnes non générées, toutes ces personnes ne souhaitent pas faire de la téléconsultation.

Tableau de données observées :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin        55 10 65
## Masculin       34  9 43
## Sum            89 19 108
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                Non Oui Sum
## Féminin        54 11 65
## Masculin       35  8 43
## Sum            89 19 108
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 0.54899, df = 1, p-value = 0.4587
##
##                Non      Oui
## Féminin      84.61538 15.38462
## Masculin     79.06977 20.93023
```

### Par situation professionnelle :

Tableau de données observées :

```
##
##                               Non Oui Sum
## Collégien ou lycéen           4  0  4
## En activité                   22  8  30
## En recherche d'emploi / sans emploi  8  2  10
## Etudiant                      55 10  65
## Retraité                      1  0  1
## Sum                           90 20 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                               Non Oui Sum
## Collégien ou lycéen           3  1  4
## En activité                   25  5  30
## En recherche d'emploi / sans emploi  8  2  10
## Etudiant                      53 12  65
## Retraité                      1  0  1
## Sum                           90 20 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de  $N=5$ . Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance. Dans le cadre de la mise en place de test nous allons exclure les catégories suivantes : "Retraité" et "Collégien ou lycéen" qui ont tous souhaité ne pas faire de téléconsultation ainsi que "En recherche d'emploi / sans emploi" où l'effectif théorique pour "Oui" est  $< 3$ .

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data: tab
## X-squared = 1.7013, df = 1, p-value = 0.1921
##
##           Non      Oui
## En activité 73.33333 26.66667
## Etudiant   84.61538 15.38462
```

### Par distance du lieu d'habitation :

Tableau de données observées :

```
##
##                               Non Oui Sum
## A > 50 km de Poitiers          4  2  6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 75 14  89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers    11  4  15
## Sum                              90 20 110
```

Tableau de données théoriques :

```
##
##                               Non Oui Sum
## A > 50 km de Poitiers          5  1  6
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 73 16  89
## Entre 20 et 50 km de Poitiers    12  3  15
## Sum                              90 20 110
```

Nous observons que nous avons des effectifs théoriques en dessous du seuil de  $N=5$ . Ce seuil est nécessaire pour la validité du test de Chi2 d'indépendance, ainsi pour les personnes habitant à plus de 50 km nous ne pouvons pas les inclure dans le test.

```
##
## Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
##
## data: tab
## X-squared = 0.44467, df = 1, p-value = 0.5049
##
##           Non      Oui
## A Poitiers ou < 20 km de Poitiers 84.26966 15.73034
## Entre 20 et 50 km de Poitiers    73.33333 26.66667
```



## **RÉSUMÉ**

### **Introduction**

Le cadre novateur du CeGIDD du CHU de Poitiers au sein de la Vie la Santé en fait un lieu privilégié d'accueil des consultants, dont les attentes évoluent avec les déterminants de la santé sexuelle. Afin de répondre au mieux aux missions de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 et d'adapter nos pratiques professionnelles, nous avons souhaité établir le besoin de la population actuelle en matière de consultation au CeGIDD et repérer les facteurs qui la conduisent à s'y orienter.

### **Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude descriptive transversale en analysant des questionnaires anonymes remplis sur la base du volontariat par les consultants du CeGIDD entre le 01 février 2022 et le 10 août 2022.

### **Résultats**

Au total 110 usagers ont été inclus dans l'étude, dont 65 femmes, 43 hommes et 2 individus non genrés. Le public consultant était représenté à plus de 70% par des jeunes âgés de 18 à 25 ans, dont 78% d'étudiants.

11,8% des usagers avaient un critère de précarité de soin.

Les motifs de consultation les plus répandus étaient le dépistage ou traitement d'une IST (66,36%) et l'accident de préservatif (21,82%).

51,61% des primo-consultants avaient déjà rencontré des difficultés à aborder une problématique sexuelle avec un professionnel de santé.

Les trois premières raisons motivant les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant étaient l'habitude des professionnels à aborder la sexualité (24,62%), l'anonymat (20,36%) et la gratuité (19,15%).

### **Conclusion**

Le profil des consultants correspondait à la population cible attendue au CeGIDD par l'ARS.

Les usagers étaient pour la grande majorité satisfaits de leur parcours au sein de la Vie la Santé. Leurs attentes relevaient surtout du dépistage des IST associé à une prise en charge psychologique et sexologique. Les mesures de prévention ciblant cette population ainsi que les liens de coopération avec la médecine générale pourraient être renforcés.

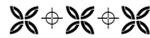
### **MOTS CLÉS**

CeGIDD – La Vie la Santé - Santé sexuelle – Prévention – Dépistage – IST

## SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !





## **RÉSUMÉ**

### **Introduction**

Le cadre novateur du CeGIDD du CHU de Poitiers au sein de la Vie la Santé en fait un lieu privilégié d'accueil des consultants, dont les attentes évoluent avec les déterminants de la santé sexuelle.

Afin de répondre au mieux aux missions de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 et d'adapter nos pratiques professionnelles, nous avons souhaité établir le besoin de la population actuelle en matière de consultation au CeGIDD et repérer les facteurs qui la conduisent à s'y orienter.

### **Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude descriptive transversale en analysant des questionnaires anonymes remplis sur la base du volontariat par les consultants du CeGIDD entre le 01 février 2022 et le 10 août 2022.

### **Résultats**

Au total 110 usagers ont été inclus dans l'étude, dont 65 femmes, 43 hommes et 2 individus non genrés. Le public consultant était représenté à plus de 70% par des jeunes âgés de 18 à 25 ans, dont 78% d'étudiants.

11,8% des usagers avaient un critère de précarité de soin.

Les motifs de consultation les plus répandus étaient le dépistage ou traitement d'une IST (66,36%) et l'accident de préservatif (21,82%).

51,61% des primo-consultants avaient déjà rencontré des difficultés à aborder une problématique sexuelle avec un professionnel de santé.

Les trois premières raisons motivant les usagers à consulter au CeGIDD plutôt que chez leur médecin traitant étaient l'habitude des professionnels à aborder la sexualité (24,62%), l'anonymat (20,36%) et la gratuité (19,15%).

### **Conclusion**

Le profil des consultants correspondait à la population cible attendue au CeGIDD par l'ARS. Les usagers étaient pour la grande majorité satisfaits de leur parcours au sein de la Vie la Santé.

Leurs attentes relevaient surtout du dépistage des IST associé à une prise en charge psychologique et sexologique.

Les mesures de prévention ciblant cette population ainsi que les liens de coopération avec la médecine générale pourraient être renforcés.

### **MOTS CLÉS**

CeGIDD – La Vie la Santé - Santé sexuelle – Prévention – Dépistage – IST