

ANNEE 2024

N°

**INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS
EN MEDECINE GENERALE**

**Enquête qualitative auprès de médecins généralistes :
de l'abord de la sexualité au dépistage**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08 mars 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par **BATISSE Maelle**
Née le 30 novembre 1991

A Brest

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2024

N°

**INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS
EN MEDECINE GENERALE**

**Enquête qualitative auprès de médecins généralistes :
de l'abord de la sexualité au dépistage**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08 mars 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par **BATISSE Maelle**

Née le 30 novembre 1991

A Brest

Année Universitaire 2023-2024
au 1^{er} Septembre 2023

Doyen :

Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)			
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	DUMAS	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

Discipline Universitaire

Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
M.	Jean-David	FUMET	Cancérologie radiothérapie
Mme	Sécolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Maxime	NGUYEN	Anesthésie réanimation
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX-WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Madame le **Professeur Christine BINQUET** – PUPH Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Membres :

Madame le **Professeur Anne COMBERNOUX-WALDNER**

Madame le **Docteur Sarah ROCHA**

Madame le **Docteur Marianne MARCAIS**

Monsieur le **Docteur Jean-Michel MARTY**

Madame le **Docteur Marie MOULIN**

- PA de Médecine Générale
- Médecine Générale et maïeutique
- Gynécologie obstétricale
- Ancien MCA de Médecine Générale
Et directeur de thèse
- Médecin Militaire Médecine Générale
Et co-directrice de thèse

SERMENT D'HIPPOCRATE

"*A*u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

*M*on premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

*J*e respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

*M*ême sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

*J*e ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

*J*e donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

*J*e ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

*A*dmise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

*R*eçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

*J*e ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

*J*e préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

*Q*ue les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

REMERCIEMENTS

A la Présidente du jury,

Madame le **Professeur Christine BINQUET**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie vivement de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, bien que celui-ci ne faisait pas partie de vos domaines de recherche initiaux. J'espère avoir pu vous montrer qu'il a néanmoins tout son intérêt en termes de prévention, que ce soit pour aujourd'hui ou pour demain. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils et votre expérience inspirante.

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma reconnaissance et de ma sincère gratitude.

Aux juges,

Madame le **Professeur Anne COMBERNOUX-WALDNER**

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein du jury de cette thèse. Merci de rendre cela possible.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma considération.

Madame le **Docteur Sarah ROCHA**

Je te remercie pour la spontanéité avec laquelle tu as accepté de juger ce travail. Ton statut de médecin généraliste et ancienne sage-femme fait de toi un élément déterminant au sein de ce jury, riche par ton retour d'expérience.

Que ces quelques mots témoignent à jamais de ma profonde reconnaissance.

Madame le **Docteur Marianne MARCAIS**

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Ton expérience en tant que gynécologue me semblait importante au sein de ce jury. Merci pour ta disponibilité, ton enthousiasme permanent et ta persévérance qui reste un modèle pour nous tous.

Reçois l'expression de ma profonde considération.

A mon directeur et ma co-directrice de thèse,

Monsieur le **Docteur Jean Michel MARTY**

Tu me fais l'honneur de diriger cette énième thèse à ton actif, pour laquelle tu m'auras si bien accompagnée. M'apportant toujours de manière très réactive les conseils dont j'avais besoin pour pallier les difficultés rencontrées. Merci de m'avoir permis de réaliser ce travail qui me tient à cœur depuis le début de mon internat. Sa concrétisation a été plutôt laborieuse, et son déroulement n'est pas celui que j'espérais. C'est pourquoi je tiens à te remercier pour m'avoir relancé régulièrement, m'incitant à rebondir et à me motiver pour le finaliser.

Les enseignements que tu m'auras apportés, aussi bien à la faculté, que lors de soirées de formation médicale continue, ainsi qu'en stage, ont été précieux. Tu as su me transmettre ton humanité et ton engagement auprès des patients, comme des valeurs essentielles qui resteront pour moi un modèle à suivre durant ma carrière.

Trouve en ces quelques mots mon profond respect.

Madame le **Docteur Marie MOULIN**

Je suis très sensible au fait que tu aies accepté de codiriger cette thèse, et surtout de réaliser le lourd travail de codage en double aveugle. Je te remercie infiniment du temps passé sur ce travail et de la pertinence que tu lui permets d'acquérir.

Reçois l'expression de toute ma gratitude.

A ma famille,

A ma mère, merci de m'avoir appris à être passionnée par ce beau métier, complexe et enrichissant au quotidien, et que nous partageons toutes les deux. Merci pour les valeurs que tu m'as inculquées et de ton soutien, même parfois silencieux, dans mes moments difficiles. Je t'aime ma petite maman.

A mes sœurs, Edwige et Anne-Lise, je garde le souvenir ému de toutes ces années à grandir ensemble et qui nous ont construites. Sœurs de sang, et pourtant si différentes. Ces dernières années ont mis nos relations à rudes épreuves. J'espère sincèrement qu'avec le temps celles-ci arriveront à s'apaiser. « Vous êtes sœurs, merde alors ! » Je vous aime. **A Simon et Julien**, merci infiniment de veiller sur elles et de les rendre heureuses. **A Héloïse**, ma nièce, mon petit rayon de soleil.

A mes frères par alliance avec qui j'ai grandi, Luc, Guillaume et Yann, leurs compagnes **Clémentine, Marie, Céline**, ainsi que tous leurs enfants.

A mes grands-parents, Grand-Papa, Grand-Maman, Mamie, merci pour vos valeurs inculquées et de tous ces souvenirs heureux que j'ai en tête. Je me sens tellement chanceuse de vous avoir près de moi, malgré la distance qui nous sépare. Une pensée particulière à Grand Père qui me cède sa place en tant que docteur en médecine. J'espère être digne de ce serment d'Hippocrate qu'il a prononcé lui aussi, bien des années avant moi.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, petits cousins et petites cousines, présents ou non, merci pour vos encouragements et les bons moments passés ensemble.

A mon parrain et ma marraine, merci pour votre présence même silencieuse et votre soutien tout au long de mes différents moments de vie.

A ma belle-famille, merci de m'avoir si gentiment accueillie dans votre famille et de me permettre de vivre ces beaux moments passés ensemble. Merci particulièrement à **Elisabeth** pour sa gentillesse à mon égard, et le dévouement pour ses enfants.

A Marie, tu es si importante pour moi. Cette situation me peine énormément. Tes avis, comme ceux de papa, m'ont toujours été importants et nécessaires. Je t'aime et tu me manques sincèrement.

A Charles, mon amour. Tu es mon plus grand soutien et l'objet de mes plus grandes joies. Tu es mon soleil dans l'obscurité. On dit qu'il n'y a jamais de bon ou de mauvais moment dans une vie... Il faut cependant reconnaître que nous nous sommes rencontrés dans la pire période de ma vie. Tu es le seul à m'avoir vu dans ma plus grande vulnérabilité, tout entière. Tu m'as ramassé un nombre incalculable de fois et tu ne cesses de me porter depuis. Rien que d'y penser, j'en ai les larmes aux yeux. Pour cela, tu as ma reconnaissance éternelle. Je te dois tellement... J'espère pouvoir te le rendre, pour toujours et à jamais. Merci d'être là, même lorsque je suis si dure avec toi. Et même si on galère terriblement, mieux vaut en rire qu'en pleurer comme tu dis. Nous sommes en train de construire notre petit paradis, tous les deux. Nous formons une superbe équipe, et je souhaite de tout cœur poursuivre ces aventures avec toi. Je t'aime, my Shining Light. « Que l'éphémère devienne éternité. »

A mon papa, tu me manques chaque jour. Cette thèse t'est entièrement dédiée. Cela te préoccupait tant. J'ai néanmoins la sensation que tu m'y auras accompagnée. Toi, qui disais que j'étais « en refus d'obstacle » sur ma thèse. Notre dernière conversation s'était d'ailleurs terminée par « Tu vois, je ne t'ai pas parlé de ta thèse ! » pour souligner le fait que même sans le dire, tu t'inquiétais pour moi. Mais j'y suis parvenue. Je te l'avais promis. Et tu le savais. Comme tu disais : « Maelle, elle a fait des concours de sauts d'obstacle ». Cela voulait signifier pour toi que je savais prendre des décisions rapidement, garder la tête froide, et rester droite dans mes bottes. Pourtant, il faut admettre que depuis que tu es parti, j'ai complètement perdu les étriers, je lutte en équilibre sur un cheval fougueux, qui ne cesse de vouloir me faire tomber, tentant de franchir la dernière ligne d'obstacles. Chaque décision me semble difficile à prendre depuis que je n'ai plus tes conseils et avis. Tu as été mon dossier médical le plus complexe, me confrontant au triste constat que la médecine ne pouvait pas sauver tout le monde. J'en suis même venue à me demander « à quoi bon, alors ? ». Me mettant toujours à rude épreuve, je t'entends encore me dire « Mais Maelle, tu es médecin ou pas médecin ? » quand je n'avais pas la réponse à tes questions. Merci de cette force que tu m'as inculquée, même si c'était à coup de coups de pieds au cul. Je suis désolée papa si j'ai failli. Je suis tombée, mais je suis en train de me relever. Ça me prend du temps, mais comme tout cavalier qui tombe, je me remettrais en selle. Charles a réussi à me convaincre que de là-haut, tu devais être fier de moi malgré tout. Je t'aime mon petit papa. Garde un œil sur moi, j'en ai grand besoin. « Depuis que tu es monté là-haut, les anges n'ont jamais été plus beaux ».

A mes chevaux, ceux qui sont déjà partis, et surtout ceux que je considère comme mes frères et sœurs : Ironik, Gypse de Bonjac, Java Mondaine. Merci pour tous ces moments de bonheur partagés depuis plus de vingt ans sur votre dos ou à vos côtés. Le travail sur le mental et l'émotionnel du cheval est sans fin. **A mes petits chats**, Joy et Mazzy, et **à notre chien** Ulysse qui est venu compléter l'équipe. Merci de m'avoir accompagné lors de la réalisation de cette thèse. Vous égayez mes journées. Une vie sans animaux ne peut pas être une vie comblée pour moi.

A mes amis,

A « la Team Meuse », qui veut tout et rien dire. **A Luc**, mon frère, tu le sais, et **à Coralie**, je vous aime. Vous êtes si importants pour moi. Je souhaite vous garder auprès de moi toute ma vie. **A Gauthier**, du collège aux bancs de la fac et plus encore, tant de souvenirs et de rires partagés. Hâte de vous voir, toi et **Amandine**, dans le rôle de parents. **A Virginie** et **Aurore**, et notre COM (Club d'œnologie Messin) parti dans les oubliettes. Cœur sur vous. **A Marine** et **Valentin**, je vous souhaite tout le bonheur du monde et de pouvoir le partager avec vous. **A Amélie**, la maman. **A Camille** et ses grands écarts. **A Aurélien**, mon voisin d'examen, et **Marianne**, si dynamique et pétillante. **A Alexandre** et **Emilie**. **A Pierre** et **Laura**. **A Sarah** et **François**, vous venez désormais compléter l'équipe. Tellement heureuse de vous avoir tous auprès de moi. Vous m'accompagnez depuis tant d'années, dans les pires et les meilleurs moments. Vous êtes ma famille de cœur. Je vous aime.

A la Chalonnade, qui m'a permis de connaître la vie endiablée de l'internat durant ce parcours. Une coloc de 30 personnes, durant 7 mois, en bonne harmonie, malgré des personnalités fortes et diverses que vous êtes tous. Pas besoin d'être nombreux pour être con ! Nous avons vu exploser la COVID ensemble et son confinement, ce qui a indéniablement renforcé nos liens. Quand je pense à tout ce qu'on a partagé ensuite, c'est fort et intense. Sans vous, mon parcours aurait été assez fade. Je suis l'ancienne, une vieille âme, une maman, votre ainée, et pourtant la dernière à soutenir sa thèse. Vous êtes tous « incroyaux ». Merci pour tous ces moments partagés, de rires aux pleurs, nos discussions profondes sur le sens de la vie et l'avenir de la médecine. La médecine est tellement complexe que seuls ceux qui l'exercent peuvent se comprendre. Merci à vous tous, et notamment à **Samuel** et **Marion, Fanny**,

Coralie, Loris, Noémie, Adrian, José, Eddy, Benjamin, Jade, Pauline, Clément, Hugues, et les pièces rapportées de la Chalonnade, **Lucy, Esther, Arthur, Alexandre.**

A mes camarades de classe, qui suivent de près ou de loin toutes mes péripéties depuis toutes ces années. De Sainte Barbe, à Jean XXIII. Merci notamment à **Edouard** et **Marion, Amaury** et **Antonine, Floriane** et **Nicolas, Flavien** et **Laura.** Mes pensées pour **Guillaume** au Canada, et **Amandine** aux Etats Unis. Tu me manques. Une pensée émue pour notre petite **Alice** qui nous a quitté. Merci **Vincent.**

A mes amis du monde du cheval, qui m'ont vu grandir, jonglant entre études de médecine et passion du cheval. Une pensée particulière à **Aurore** et **Jean Charles.** Tant d'années à vos côtés, tant de bêtises racontées, et que de bons souvenirs gardés.

A ma très chère Pauline, la distance nous sépare, mais je sais que tu es toujours là. Et même si ces dernières années, je n'ai pas été très présente, ou que mes problèmes étaient toujours aux premiers plans, sache que tu peux aussi compter sur moi, pour toujours. Tu comptes énormément pour moi.

A Didier, pour tes conseils avisés et tous ces services que tu nous rends, merci de me permettre d'évoquer des souvenirs heureux de mon papa. Saches que tu as toute ma reconnaissance. **A Mathilde,** une rencontre pétillante et pleines de bonnes convictions, je suis ravie de suivre votre fils.

A Clara, merci pour tous les petits soins et attentions que tu apportes à mes petits chevaux, la prunelle de mes yeux. Et à toutes ces conversations partagées.

A mes anciens co-internes, particulièrement **Chiara, Maud, Amel, Manon.** Et à la Team Gériatrie, **Karen, Camille, Gérald et Bastien,** qui ont tous les quatre contribué à la réalisation de cette thèse.

A mes anciens collègues rencontrés tout au long de mon cursus. De l'hôpital Bel Air de Thionville et son affreux SAU en tant que FFI, du petit hôpital de Decize où j'ai appris à prendre confiance en moi, du service de pédiatrie de Nevers, en passant par le service de cardiologie de Chalon que j'ai tant apprécié, mais aussi de l'hôpital de Mercy au sein duquel

je pense être presque passée dans tous les services. Une pensée particulière pour ma **Véro**.
Loin des yeux, mais toujours près du cœur.

A mes maitres de stages durant les deux semestres réalisés en médecine générale et qui m'ont appris à être le médecin que je suis. Une pensée particulière à **Marc SIMONCELLO**, qui nous a malheureusement quitté et qui était mon mentor. Je vous dois beaucoup sur ma pratique d'aujourd'hui. J'aurais aimé pouvoir vous le dire.

Aux nombreux médecins qui m'ont fait confiance et qui m'ont permis de les remplacer. Grâce à vous et nos échanges, j'apprends encore chaque jour, c'est tellement enrichissant.

A Christelle et Ludivine, et à notre future association ! Merci pour votre confiance et bienveillance envers moi. Je suis ravie de travailler avec vous.

A tous mes proches que je n'ai pas pu citer, mais aussi à ceux qui ne sont plus de ce monde, mais qui sont encore présents dans mes pensées. Aux amis que j'avais avant que nos chemins se séparent et avec qui j'ai tant partagé. Merci à tous ceux qui ont cru en moi.

A tous les patients qui m'accordent leur confiance au quotidien.

Merci également à tous les médecins ayant participé à cette enquête. Je vous remercie de m'avoir donné de votre temps libre, si rare et si précieux.

Merci à vous tous, car vous avez contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	19
LISTE DES ABREVIATIONS.....	20
PRESENTATION DU SUJET.....	22
I. Vieillesse et santé.....	22
II. La sexualité chez les personnes âgées.....	24
III. Une vie intime, pas sans risque.....	26
IV. Les Infections Sexuellement Transmissibles.....	28
ENQUETE QUALITATIVE.....	57
I. Introduction.....	57
II. Matériel et méthode.....	59
A. Choix de la méthode.....	59
B. Recrutement des médecins généralistes	59
C. Identification des médecins généralistes.....	60
D. Construction du guide d'entretien.....	62
E. Conditions matérielles.....	63
F. Méthode d'analyse.....	63
III. Résultats.....	65
A. Abord de la sexualité chez les personnes âgées et freins.....	66
B. Les IST rencontrées et connaissances des personnes âgées selon les médecins généralistes.....	81
C) Situations amenant au dépistage des IST chez les personnes âgées, informations à transmettre et moyens de transmission de ces informations.....	90

D. Rôle du médecin généraliste dans la prévention des IST chez les personnes âgées et élaboration de stratégies de dépistage.....	97
IV. Discussions.....	102
A. Discussion des résultats.....	102
B. Discussion de la méthode.....	114
1) A propos du panel de médecins généralistes interrogés.....	114
2) Points faibles de l'étude.....	117
3) Forces de l'étude.....	118
C. Cohérence de notre travail avec la littérature.....	120
V. Conclusion et perspectives.....	123
 BIBLIOGRAPHIE.....	 127
 ANNEXES.....	 132

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau des caractéristiques des médecins généralistes interrogés

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AES : Accident d'Exposition au Sang

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire

ANSES : Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARN : Acide Ribonucléique

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

BCS : Brève Communication relative à la sexualité

CeGIDD : Centre Gratuit d'Informations, de Dépistage et de Diagnostic

CMV : Cytomégalovirus

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CT : Chlamydia Trachomatis

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

EBV : Epstein Bar Virus

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ELISA : Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HHV : Human Herpès Virus

HPV : Papillomavirus Humain

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

HSV : Virus Herpès Simplex

IM : intra musculaire

Ined : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

IST : Infection Sexuellement Transmissible
LGV : Lymphogranulome Vénérien
MG : Médecin Généraliste
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
NG : Neisseria Gonorrhoeae
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCR : Polymerase Chain Reaction
PrEP : Prophylaxie Préexposition
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
SC : sous cutané
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TAAN : Test d'Amplification des Acides Nucléiques
TAR : Traitement Anti Rétroviral
TDR : Test de Dépistage Rapide
TP : Taux de Prothrombine
TPE : Traitement Post-Exposition
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
TV : Trichomonas Vaginalis
VHA : Virus de l'Hépatite A
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VHD : Virus de l'Hépatite D
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VZV : Virus Varicelle Zona

PRESENTATION DU SUJET

Pour bien comprendre notre propos, il semblait utile de faire un rappel sur quelques notions de base.

I. Vieillesse et santé

La définition d'une personne âgée est complexe. Il n'existe pas de personne âgée "type". Certaines possèdent, à 80 ans ou plus, des capacités physiques et mentales comparables à des individus jeunes. D'autres voient ces capacités fortement décliner alors qu'elles sont moins âgées. Le parcours de vie, le genre, l'environnement social et économique, le lieu de résidence, les différentes générations auxquelles appartiennent les personnes âgées, la culture, l'appartenance ethnique, influent sur les rapports qu'elles entretiennent avec leur environnement, ce qui engendre des inégalités en matière de santé.

Cette hétérogénéité de la population âgée se reflète dans l'absence d'un âge chronologique communément partagé pour déterminer l'entrée dans la vieillesse. Ainsi, l'OMS et la loi de l'adaptation de la société au vieillissement, parlent de personnes âgées de 60 ans et plus (1). Eurostat, l'INSEE, l'ANSES, ainsi que la base de données PubMed situent la borne d'âge à 65 ans.

Actuellement, l'espérance de vie à la naissance progresse en France. En 2023, elle est de 85,7 ans pour les femmes et atteint pour la première fois 80,0 ans pour les hommes, selon l'INSEE. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans représente une partie importante de la population : 21,5% au 1er janvier 2024 (2). Cette proportion augmente depuis plus de trente ans et le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom, dont les plus anciennes auront 78 ans en 2024 (3).

Ainsi, les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent désormais une personne sur dix en France (10,4%). Selon Santé Publique France, les plus de 65 ans pourraient représenter un tiers de la population en 2050. Le vieillissement massif de la population dans les prochaines années

constitue un enjeu majeur social et de santé publique. La priorité aujourd'hui n'est plus d'allonger la durée de la vie, mais d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes.

Le déclin fonctionnel résulte de 3 phénomènes concourants que sont le vieillissement biologique, les comportements de santé à risque, ainsi que l'installation et la progression d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Il est possible d'agir sur les déterminants de santé à mi-vie pour favoriser un vieillissement en bonne santé.

L'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé 2021-2030 « Décennie du vieillissement en bonne santé » et a demandé à l'OMS de prendre la tête de sa mise en œuvre. La « Décennie du vieillissement en bonne santé » vise à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés grâce à une action collective dans quatre domaines : (4)

- changer notre façon de penser, de ressentir et d'agir en fonction de l'âge et face à l'âgisme
- renforcer les communautés de manière à favoriser les capacités des personnes âgées
- fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires adaptés aux personnes âgées
- fournir aux personnes âgées qui en ont besoin l'accès à des soins de longue durée de qualité.

Lorsqu'on parle de qualité de vie d'un individu, il est normal d'en considérer tous les aspects : ses conditions de vie matérielles, sa vie familiale bien sûr, mais aussi sa vie affective et son identité sexuelle qui, contrairement aux idées reçues, ne disparaît pas avec l'âge. La santé sexuelle des personnes âgées pourrait donc faire partie de ces champs à promouvoir pour améliorer leur qualité de vie.

Dans ce sens, le programme développé par Santé publique France vise à apporter de la connaissance pour agir sur les différents facteurs permettant de favoriser sur le long terme le vieillissement en bonne santé, avec notamment un dispositif de prévention et promotion de la santé que l'on peut retrouver via le site pourbienvieillir.fr, dont un chapitre est dédié à la santé sexuelle chez les personnes âgées. (5)

II. La sexualité chez les personnes âgées

Dans notre monde qui expose si facilement les corps et les idylles, la vie affective, intime et sexuelle des plus âgés est encore regardée avec dégoût pour certains, suspicion pour d'autres. Ou alors traitée de façon caricaturale : passé un certain âge, cette vie affective et sexuelle n'existe plus, elle s'éteint. (6)

Le rapport Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées des Petits Frères des Pauvres de septembre 2022 montre que la sexualité n'a pas d'âge. Dans cette enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de 1500 français de 60 ans et plus, 94% des personnes interrogées disent être amoureuses de leur conjoint et une sur deux déclare avoir des relations intimes. En plus du genre, de la situation conjugale et le degré d'autonomie dans le couple, l'âge et tout spécifiquement le grand âge est clairement un marqueur d'une activité sexuelle ou pas : si 70 % des 60-64 ans ont des relations sexuelles, ils ne sont plus que 32 % dans la tranche 80-84 ans et seulement 8 % au-delà de 85 ans. (7)

Il apparaît néanmoins qu'une part non négligeable de la population des plus de 80 ans est toujours sexuellement active. Bretschneider et Mc Coy ont montré, dans une étude explorant le comportement sexuel de 100 hommes et 102 femmes âgés de 80 à 102 ans, que 62% des hommes et 30% des femmes avaient des relations sexuelles. (8)

Selon une autre étude menée par des chercheurs américains auprès de 3 000 personnes de 57 à 85 ans, il a été montré que parmi les répondants vivant en couple et se disant en « excellente » ou en « bonne » santé, 26 % des 75 ans à 85 ans ont affirmé s'adonner aux plaisirs sexuels et 54 % des personnes se disant actives soutiennent avoir deux à trois relations sexuelles par mois. (9)

Il serait préférable de parler d'intimité plutôt que de sexualité auprès des personnes âgées (10). En effet, celles-ci sont souvent prises en étau entre la norme sociale qui leur impose le tabou de la sexualité et leur envie de parler de leur vie intime. Ce qui conforte l'idée selon laquelle la sexualité constitue un tabou en soi, mais pas nécessairement pour soi. Il est par

conséquent essentiel d'aborder le sujet de la sexualité sous l'angle de leur vie sentimentale, plutôt que comme une pratique sociale.

Parler de sexualité peut être au départ difficile, parce que les personnes âgées ont besoin de s'affranchir des conventions et des règles qui les ont forgées tout au long de leur vie. Ni dans leur éducation, ni dans leur rapport professionnel ou amicaux, la sexualité n'a jamais été abordée. Elle n'existe que dans l'intimité du couple. Mais même au sein du couple, le poids des rôles de chacun est tel, qu'il oblige souvent à masquer leur affect ou leurs envies. En conséquence, pour eux, il n'existe pas d'espace consacré qui leur permettrait de pouvoir s'exprimer sur le sujet.

La libération de la parole des personnes âgées concernant la sexualité, progressivement de plus en plus marquée, témoigne d'une prise de conscience que le modèle familial idéal auquel elles ont été éduquées n'est plus la norme aujourd'hui (11). De sorte qu'à présent, il est socialement accepté que les personnes âgées puissent envisager de refaire leur vie, seul ou à deux, sans prendre le risque d'être jugées. En effet, depuis plusieurs années, on constate une hausse des divorces et des nouvelles unions chez les personnes de 60 ans et plus. Une étude de l'Ined parue en 2021, sur les ruptures et les remises en couple chez les cinquante ans et plus, révèle que la part des divorces des plus de 60 ans a triplé dans l'ensemble des divorces. (12)

Nous pouvons donc dire que grâce à une meilleure prise en charge de la santé en général, l'espérance de vie augmente et la qualité de vie s'améliore. Les mœurs et les modes de vie ont changé : les séparations de couples sont maintenant très fréquentes, quel que soit l'âge. De même, les recompositions de couple sont de plus en plus nombreuses. Elles ne s'arrêtent pas à 65 ans. Or, parmi les principaux facteurs de risque de transmission des IST figurent les nouveaux partenaires. Donc, le risque d'IST existe, quel que soit l'âge.

III. Une vie intime, pas sans risque

Cette dernière décennie a été riche en travaux scientifiques portant sur la sexualité chez les personnes âgées (13). C'est un fait, la sexualité dans cette population existe. De surcroît, elle est devenue un champ de la santé qui intéresse notre société. Néanmoins, nos recherches nous ont montré que peu de travaux ont été menés sur les risques de la sexualité au sein de cette population et leur prévention.

L'enquête Baromètre Santé 2016 (14) avait alerté sur la hausse de la découverte de la séropositivité VIH chez les seniors, avec une augmentation qui concernait essentiellement les 50-59 ans et les 60-69 ans, alors que le nombre restait à cette époque stable chez les personnes âgées de 70 ans. L'étude constatait que les seniors ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016 étaient majoritairement des hommes (72 %), contaminés dans des proportions comparables par des rapports hétérosexuels (51 %) et par des rapports sexuels entre hommes (47 %). Cette étude recommandait alors d'accroître le recours au dépistage des personnes âgées, en les sensibilisant au risque d'infection à tout âge de la vie, et de promouvoir la proposition de dépistage par les professionnels de santé chez les plus de 50 ans.

Par la suite, la HAS a confirmé en 2017 cette proposition de dépistage chez les seniors, en recommandant un test de dépistage du VIH au moins une fois dans la vie à la population générale de 15 à 70 ans. (15)

La France s'est dotée depuis 2017 d'une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 (16), dont l'axe IV « Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables » comprend pour objectif n° 2 la nécessité de « prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. » La deuxième feuille de route 2021-2024, publiée le 1er décembre 2021 à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le SIDA (17), est orientée sur la prévention et le dépistage du VIH et des IST, mais que peu d'attention n'est alors portée aux 60 ans et plus. A cette époque, la politique de santé sexuelle prenait alors peu en compte la transition démographique en cours.

Néanmoins, une nouvelle édition intitulée « E3S : Enquête Sexualité et Santé Sexuelle » débutée au 3eme trimestre 2022 et dont les premiers résultats sont attendus courant du premier semestre 2024, a pour objectif d'étudier les pratiques sexuelles et préventives de la

population générale en France, âgée de 15 à 89 ans, en lien avec les changements sociétaux et les politiques publiques qui ont marqué la dernière décennie (18). Alors que la tranche d'âge des plus de 60 ans était jusqu'à présent quasi exclue des politiques de prévention en termes de santé sexuelle, cet élargissement de la population générale au troisième, voire quatrième âge est une chose inédite.

Par ailleurs, en 2019, un module interprofessionnel de l'EHESP, consacré aux infections sexuellement transmissibles chez les personnes de 60 ans et plus, posait clairement la problématique : les 60 ans et plus sont une population à risque d'IST car ils ont une activité sexuelle ; mais sont issus d'une génération venue des années 60 où le sujet était peu abordé, et qui aujourd'hui peuvent ne pas se sentir concernés, d'autant que les campagnes de communication et de sensibilisation des pouvoirs publics ne s'adressent pas à cette population. (19)

Force est de constater qu'un grand nombre d'études a porté sur les IST, mais moins sur les connaissances des patients à leurs propos. De la même manière, la sexualité chez les personnes âgées s'est libérée et a été à l'origine de nombreux travaux. Cependant, peu d'études se sont intéressées aux conséquences de cette sexualité chez les seniors. Nous avons néanmoins trouvé quelques articles, dont un issu du BEH de décembre 2018 (20), montrant une augmentation des découvertes de séropositivité VIH chez les personnes âgées, témoignant donc d'une prise de risque dans cette classe d'âge.

Parallèlement, alors que l'exposition aux IST persiste chez les personnes âgées, il existe un niveau de dépistage insuffisant. Ce recours insuffisant au dépistage chez les personnes âgées a pour conséquence une part importante de diagnostics tardifs et de risques de transmission (21). Il est donc important que les actions de prévention incluent cette population.

Ce moindre recours à la prévention et au dépistage dans cette classe d'âge pourrait être expliqué de deux façons. D'une part, par une perception individuelle du risque de contamination par les IST plus faible chez les seniors (22). D'autre part, d'une réticence de la part des professionnels de santé à aborder la sexualité avec leurs patients les plus âgés (23). Les médecins généralistes seraient alors moins enclins à proposer un dépistage chez les personnes âgées, notamment parce qu'ils les considèrent peu exposées au risque d'IST.

IV. Les Infections Sexuellement Transmissibles

A. Généralités

Le terme d'IST remplace celui de MST du fait de la prévalence élevée des formes asymptomatiques, qui entretiennent la transmission. Les IST peuvent engager le pronostic fonctionnel ou vital.

Les principaux agents infectieux des IST sont :

- VIH (virus)
- VHB (virus)
- *Neisseria Gonorrhoeae* (bactérie)
- *Treponema pallidum* (bactérie)
- *Mycoplasma genitalium* (bactérie)
- *Chlamydia Trachomatis* (bactérie intracellulaire stricte)
- HSV (virus)
- HPV (virus)
- *Trichomonas vaginalis* (protozoaire)

1) Particularités chez l'homme

Chez l'homme, les infections des voies génitales peuvent être isolées ou associées, et toucher l'urètre (urétrite), l'épididyme et les testicules (orchi-épididymite), la prostate (prostatite), le gland (ulcération).

Les ulcérations génitales d'origine infectieuse peuvent siéger sur la muqueuse balanopréputiale, mais aussi sur le reste du pénis et les testicules. Les infections en cause peuvent également provoquer des ulcérations de la marge anale et des rectites.

2) Particularités chez la femme

Il existe dans la cavité vaginale, une flore physiologique dite de Döderlein, et une flore plus transitoire d'origine digestive (entérobactéries) ou oro-pharyngée (streptocoques, anaérobies).

La cavité endocervicale ne possède pas de bactérie commensale à l'état physiologique. Elle constitue une barrière entre le vagin et l'utérus (verrou cervical).

Les infections génitales de la femme peuvent être séparées entre infections vaginales (vaginite ou vaginose), infections cervicales (cervicite), et infections dites hautes (endométrite, salpingite).

B. Les IST virales

Les IST virales sont de loin les plus fréquentes, avec en première position le HPV, puis le HSV.

1) Le papillomavirus

1-1 Épidémiologie

Le groupe des HPV comprend 200 virus connus (24). L'infection à HPV est une IST courante. À ce jour, les scientifiques ont identifié une vingtaine de HPV à l'origine du cancer du col de l'utérus. Les plus fréquemment en cause sont le HPV16 et le HPV18, provoquant à eux deux environ 70% des cas.

La quasi-totalité des personnes sexuellement actives seront infectées à un moment de leur vie, le plus souvent sans présenter de symptômes. En effet, dans 90 % des cas, le système immunitaire élimine tout seul l'infection. Cependant, une infection à HPV à risque élevé persistante est une cause de cancer du col de l'utérus et est associée aux cancers de la vulve, du vagin, de la bouche/gorge, du pénis et de l'anus.

L'infection à HPV est à l'origine d'environ 5 % de tous les cancers dans le monde. Le cancer du col de l'utérus était la quatrième cause de cancer et de décès par cancer chez les femmes en 2020, estimés dans tous les pays (25). On estime que, chaque année, 625 600 femmes et 69 400 hommes développent un cancer lié à une infection à HPV dans le monde. En France, 3000 nouveaux cas de cancers sont déclarés, causant environ 1000 décès par an. (26)

1– 2 Symptômes et complications

Chez la plupart des personnes, une infection à HPV n'entraîne pas de symptôme. En effet, dans la majorité des cas, le HPV est éliminé par le système immunitaire après un an ou deux, sans effet durable.

Certaines infections à HPV peuvent entraîner l'apparition de petites masses rugueuses (verrues génitales ou condylomes) au niveau du vagin, sur le pénis ou l'anus ou, rarement, au niveau de la gorge. Ces verrues peuvent s'accompagner de douleurs, de démangeaisons ou de saignements, ou provoquer le gonflement des ganglions, mais ne sont pas à l'origine de cancers.

D'autres peuvent néanmoins entraîner des anomalies cellulaires qui se transforment en cancer. En effet, une infection à HPV à risque élevé persistante est une cause de cancer du col de l'utérus et est associée aux cancers de la vulve, du vagin, de la bouche/gorge, du pénis et de l'anus. (27)

Un cancer du col de l'utérus consécutif à une infection à HPV durable apparaît généralement entre 5 et 20 ans après l'infection. Si le cancer du col de l'utérus se développe, certains symptômes doivent alerter et nécessitent une consultation médicale. Parmi ceux-ci, des saignements vaginaux, des douleurs dans le bas-ventre ou lors des rapports sexuels.

Les femmes vivant avec le VIH ont six fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus que les autres.

1 – 3 Diagnostic et traitement

Le diagnostic d'une infection par un HPV peut donc être clinique, par l'observation de condylomes cutanéomuqueux. Cependant la recherche d'HPV est superflue devant des

condylomes, car ils sont toujours dus aux HPV. Le préjudice des condylomes est essentiellement esthétique. Selon leur localisation, le traitement repose sur l'utilisation du laser, de traitements locaux ou de chirurgie par ablation.

Les proliférations malignes (carcinomes du col ou anal) devraient être diagnostiquées au stade infraclinique par frottis cervical ou examen proctologique (28). Le frottis cervical consiste à un prélèvement de cellules au niveau du col de l'utérus. Par la suite, un examen cytologique permettra d'observer au microscope si les cellules du col de l'utérus présentent des anomalies. Il va également détecter d'éventuelles lésions précancéreuses afin de les traiter pour éviter le développement d'un cancer. Si le résultat de l'examen cytologique est positif, des examens complémentaires seront effectués comme une colposcopie et/ou une biopsie, en particulier en cas de dysplasie de haut grade. Un traitement adapté par laser ou conisation sera ensuite réalisé selon les résultats de la biopsie. La chirurgie peut être complétée par radiothérapie avec le soutien d'une chimiothérapie.

Pour les femmes entre 30 et 65 ans, le test HPV-HR (détection des virus HPV à Haut Risque) plus efficace pour ces femmes, remplace l'examen cytologique du frottis. Selon les recommandations de la HAS en 2019, le test HPV-HR est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat est négatif. (29)

1 – 4 Moyens de transmission

Le HPV se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Dans la plupart des cas, l'infection a lieu au début de la vie sexuelle.

1 – 5 Moyens de prévention

La vaccination est la meilleure manière de prévenir l'infection à HPV, le cancer du col de l'utérus et d'autres cancers dus à une infection à HPV. Le vaccin ne contient pas de virus vivant ou d'ADN du virus, et ne peut donc pas entraîner de cancer ou d'autres affections liées à un HPV. Le vaccin contre le HPV n'est pas utilisé pour traiter les infections à HPV ou les maladies dues à une infection à HPV, mais il est utilisé pour prévenir le développement d'un cancer.

L'OMS recommande de vacciner les jeunes adolescentes. Afin de limiter au maximum la propagation du virus, certains pays recommandent de vacciner plus largement tous les adolescents, filles ou garçons, c'est le cas par exemple en France.

Si la vaccination permet de diviser par trois le risque de développer un cancer du col de l'utérus, elle ne protège pas cependant de toutes les infections au HPV. C'est pourquoi il est important pour les femmes de réaliser de manière régulière un frottis cervico vaginal afin de détecter les éventuelles lésions précancéreuses et agir avant le développement d'un cancer. Le frottis doit être réalisé tous les 5 à 10 ans à partir de 30 ans. Les femmes vivant avec le VIH doivent faire un test tous les trois ans à partir de 25 ans.

Le dépistage des infections à HPV par le frottis et le traitement des lésions précancéreuses restent les méthodes les plus efficaces pour prévenir le cancer du col de l'utérus. À l'heure actuelle, le cancer du col de l'utérus est le seul type de cancer causé par une infection à HPV pour lequel on dispose de tests de dépistage.

L'usage de préservatifs lors des rapports sexuels peut contribuer à prévenir les infections à HPV, mais ne constituent pas une protection complète, car ils ne couvrent pas l'intégralité des parties génitales. Le préservatif diminue donc seulement le risque d'être contaminé par le HPV.

Par ailleurs, il aurait été montré que la circoncision masculine volontaire permettrait également de réduire le risque d'infection. Une personne non fumeuse ou qui a arrêté de fumer serait moins susceptible de contracter une infection à HPV persistante.

2) L'herpès

2 – 1 *Epidémiologie*

Les virus du groupe Herpès (HSV-1, HSV-2, VZV, CMV, EBV, et HHV-6, -7, -8) sont des virus enveloppés à ADN. L'humain est le seul réservoir de virus à HSV-1 et HSV-2.

Après l'infection initiale, une infection latente persiste à vie au niveau de certaines populations cellulaires. Cette latence virale est à l'origine de possibles réactivations ou récurrences.

On estime que, dans le monde, 3,7 milliards de personnes de moins de 50 ans (67 %) sont infectées par le HSV-1, principale cause d'herpès oro-facial et labial. Concernant le HSV-2, principale cause d'herpès génital, on estime que 491 millions de personnes âgées de 15 à 49 ans (13 %) sont infectées (30). En France, environ 90% des adultes sont séropositifs pour HSV-1. Pour HSV-2, 15 à 20% de séropositifs sont retrouvés dans la population générale adulte, et 90% dans deux situations : personnes infectées par le VIH et la prostitution.

L'herpès génital constitue donc une véritable IST dont l'incidence augmente avec l'âge et le nombre de partenaires. Il n'est cependant pas rare de retrouver HSV-1 au niveau génital du fait de contacts oro-génitaux chez les individus qui sont séronégatifs à l'âge adulte pour HSV-2. Il existe une immunité croisée mais partielle entre HSV-1 et HSV-2. Ainsi, une primo-infection orale et des réinfections endogènes par HSV-1 n'empêchent pas de s'infecter ultérieurement avec HSV-2 au niveau génital. (31)

2 – 2 *Symptômes et complications*

La plupart des infections à HSV-1 sont asymptomatiques ou passent inaperçues. Les infections à HSV-2 sont plus souvent symptomatiques, dont un tiers des cas des primo infections génitales ont une forme symptomatique souvent très prononcée. Les symptômes de l'herpès comprennent des lésions érythémato-vésiculeuses ou ulcéreuses douloureuses qui peuvent réapparaître au fil du temps.

L'infection à HSV-2 augmente le risque de contracter ou de transmettre l'infection à VIH. De plus, les personnes porteuses des deux virus ont une probabilité plus grande de transmettre le VIH. Le HSV-2 fait partie des infections les plus courantes parmi les personnes vivant avec le VIH.

Chez les sujets immunodéprimés, notamment en cas d'infection à VIH à un stade avancé, les symptômes de l'herpès peuvent être plus graves et les récurrences plus fréquentes. Le HSV-2 peut entraîner des complications rares comme la méningo-encéphalite (infection du cerveau) ou une infection disséminée. Exceptionnellement, l'infection à HSV-1 peut entraîner des

complications plus graves comme une encéphalite (infection du cerveau) ou une kératite (infection oculaire).

L'herpès néonatal peut survenir lorsqu'un nourrisson est exposé au HSV pendant l'accouchement. C'est une maladie rare, qui survient dans environ 10 accouchements sur 100 000 à l'échelle mondiale, mais elle peut être grave et entraîner une incapacité neurologique durable ou le décès. Le risque est maximal lorsque la mère contracte pour la première fois le HSV à un stade tardif de la grossesse.

2 – 3 Diagnostic et traitement

Les examens complémentaires sont rarement nécessaires, le diagnostic étant le plus souvent clinique. Lorsque le tableau est atypique, la recherche directe d'ADN viral par PCR sur prélèvement du contenu de vésicules récentes est possible.

La principale molécule anti-HSV est l'aciclovir. Tous les traitements antiviral du groupe *herpès* permettent de contrôler une primo infection ou une réactivation symptomatique. Ils n'empêchent pas l'établissement ou la poursuite de l'infection latente. Ce traitement ne prévient donc pas le risque de récurrence à l'arrêt.

On ne dispose de vaccins (par virus vivants atténués) que pour l'infection par le VZV.

2– 4 Moyens de transmission

Le HSV-1 se transmet principalement par contact des muqueuses buccales, à cause de la présence de particules virales dans les lésions, la salive et les surfaces buccales, labiales ou péri-orales. Le HSV-1 peut également être transmis à la sphère génitale, lors des rapports oro-génitaux ; il provoque alors un herpès génital. Il peut être transmis par des surfaces buccales ou cutanées qui semblent normales ; néanmoins, le risque de transmission est maximal en présence de lésions évolutives. Les personnes ayant déjà une infection à HSV-1 n'ont aucun risque de la contracter de nouveau, mais elles courent toujours le risque de contracter le HSV-2.

Le HSV-2 se transmet principalement pendant les rapports sexuels, par contact avec les surfaces génitales ou anales, la peau, les lésions ou les liquides biologiques d'un sujet infecté.

Il peut être transmis à partir d'une peau d'apparence normale et la transmission a souvent lieu en l'absence de symptômes.

Dans de rares cas, une mère peut transmettre l'herpès (HSV-1 et HSV-2) au nouveau-né pendant l'accouchement, ce qui entraîne un herpès néonatal.

2- 5 Moyens de prévention

En cas de symptômes d'herpès oro-facial ou labial, il faut éviter tout contact buccal avec autrui (y compris les rapports sexuels oro-génitaux) et ne partager aucun objet en contact avec la salive. Les personnes présentant des symptômes d'herpès génital doivent s'abstenir de tout rapport sexuel tant que ces symptômes sont présents. Le HSV-1 et le HSV-2 sont particulièrement contagieux en présence de lésions, mais ils peuvent aussi se transmettre en l'absence de symptômes visibles ou ressentis.

Pour les personnes sexuellement actives, l'utilisation régulière et correcte des préservatifs est le seul moyen de prévenir l'herpès génital ou d'autres infections sexuellement transmissibles. Les préservatifs limitent le risque, mais le HSV peut se transmettre par contact avec les parties génitales ou anales qui ne sont pas recouvertes par le préservatif.

La circoncision médicale peut également protéger l'homme à vie, mais partiellement, contre une infection à HSV-2, mais aussi à VIH et à HPV.

3) Le VIH

3- 1 Epidémiologie

Le VIH reste un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Le VIH connaît une transmission continue dans tous les pays du monde ; dans certains, on signale une tendance à la hausse des nouvelles infections alors qu'elles étaient auparavant en baisse.

On estimait à 39,0 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2022, dont plus des deux tiers (25,6 millions) dans la Région africaine de l'OMS. En 2022, 630 000

personnes sont mortes de causes liées au VIH et 1,3 million de personnes ont contracté le VIH. (32)

En France, environ 6000 nouvelles contaminations sont recensées chaque année (33). On estime près de 170 000 PVVIH en France. De 2013 à 2018, le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative chez les personnes nées en France, aussi bien chez les HSH, que chez les hommes et femmes contaminés par rapports hétérosexuels. La diminution concerne également les hommes hétérosexuels nés à l'étranger. Ces diminutions peuvent être le reflet d'une diminution du nombre de PVVIH, en lien avec l'élargissement et la diversification du dépistage, et/ou d'une diminution de l'incidence depuis plusieurs années. Cette baisse de l'incidence pourrait être expliquée principalement par un effet « Treatment as prevention », et pour les HSH, de façon plus récente, par l'impact de la PrEP.

En revanche, il est enregistré une augmentation de nouveaux diagnostics VIH chez les HSH nés à l'étranger. Parmi les découvertes de séropositivité chez les hétérosexuels, 75% concernent des personnes nées à l'étranger. Les femmes représentent 35% des découvertes de séropositivité VIH.

Les personnes de moins de 25 ans représentent 14% des découvertes, sans tendance à l'augmentation. En revanche, la part est plus élevée chez les HSH. Néanmoins, la part des 50 ans et plus continue à augmenter, aussi bien chez les HSH que chez les hétérosexuels, représentant 22% des découvertes de séropositivité VIH en 2020 (34).

3- 2 Symptômes et complications

Le VIH est une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme. Le stade le plus avancé de l'infection à VIH est le SIDA (présence d'une numération des lymphocytes T CD4 inférieure à 200 cellules/mm³).

Le VIH cible les globules blancs (lymphocytes T), affaiblissant le système immunitaire, et rendant les personnes touchées plus susceptibles de contracter certaines maladies comme la tuberculose, les infections et certains cancers.

L'évolution spontanée de l'infection VIH, en l'absence de traitement, peut être divisée en 3 phases : la phase aiguë ou primo infection, la phase chronique asymptomatique et la phase

symptomatique dite SIDA. Durant ces 3 phases, le VIH se réplique activement, entraînant progressivement une diminution du nombre de lymphocytes T CD4.

Les symptômes de l'infection par le VIH évoluent selon le stade de la maladie. Dans les premières semaines, la personne infectée peut rester asymptomatique ou bien développer des signes cliniques comparables à ceux rencontrés en cas de grippe : forte fièvre, douleurs musculaires, maux de tête, diarrhées. De nombreuses personnes ignorent donc leur situation jusqu'à des stades plus avancés.

Après la primo-infection, débute une phase asymptomatique qui peut durer plusieurs années. Durant cette phase, le virus est présent et les personnes infectées sont contagieuses, sans que le diagnostic d'infection VIH soit connu. En effet, ces personnes pourront présenter des événements cliniques mineurs, tels que des manifestations cutanéomuqueuses (dermite séborrhéique, prurigo, folliculite, zona, condylome, candidose buccale ou génitale récidivante...). Au fur et à mesure que la phase chronique évolue, le VIH affaiblit progressivement le système immunitaire. Des manifestations plus générales pourront alors être retrouvées avec notamment une altération de l'état général, fébricule, sueurs nocturnes abondantes, toux, mais aussi des diarrhées.

Si aucun traitement n'est suivi, le SIDA apparaît environ 7 à 10 ans après l'infection par le VIH. Il correspond au moment où le système immunitaire ne fonctionne plus, les lymphocytes T ayant pour la plupart été détruits par le virus. Le SIDA est la phase ultime de l'infection par le VIH, défini par l'ensemble de pathologies majeures dites opportunistes. L'appellation de ces maladies vient du fait qu'elles sont causées par des micro-organismes habituellement inoffensifs pour les personnes dont le système immunitaire fonctionne normalement. Les maladies opportunistes comprennent notamment des infections d'origine bactérienne, fongique et parasitaire, ainsi que certains cancers viro-induits. La restauration immunitaire passant par un traitement antirétroviral efficace est fondamentale pour le contrôle de ces maladies, le risque étant vital à court terme.

3- 3 Diagnostic et traitements

Le polymorphisme clinique des manifestations et leur absence de spécificité dans la plupart des cas doit conduire à rechercher très largement une infection à VIH. Ce diagnostic repose principalement sur la mise en évidence de marqueurs plasmatiques virologiques. Il existe 3

marqueurs possibles : l'ARN VIH qui est le premier détectable (en moyenne au 10ème jour après la contamination), l'antigène p24 du VIH-1 (détectable environ 15 jours après la contamination), et les anticorps anti VIH (détectable en moyenne 20 jours après la contamination).

Le test de dépistage du VIH de référence est le **test ELISA** (détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et -2, et de l'antigène p24). Il existe également des **TROD** qui mettent en évidence les anticorps anti VIH-1 et -2 à partir du sang capillaire, avec une réponse rapide en quelques minutes. Ils sont moins sensibles que le test ELISA au cours de la primo infection du fait du retard de détection, mais peuvent être un recours pour les situations d'urgence.

Après un premier résultat revenu positif, il convient d'effectuer un nouveau test sur le même échantillon, appelé le **test Western-Blot**. Il s'agit d'une amplification génomique permettant de quantifier la virémie plasmatique du VIH par mesure de l'ARN viral et d'obtenir ainsi la charge virale plasmatique. Dans tous les cas, il est obligatoire de valider la positivité du test de dépistage sur un second prélèvement avant de poser le diagnostic d'infection à VIH. Ce deuxième prélèvement permet d'éliminer une éventuelle erreur d'identité. L'infection VIH n'est établie que lorsque le résultat d'analyse de confirmation est positif et que des résultats concordants sont obtenus sur un second prélèvement sanguin.

Il n'existe pas de moyen de guérir l'infection à VIH à l'heure actuelle. Cependant, grâce à l'accès à une prévention, à un diagnostic, à un traitement et à des soins efficaces, y compris pour les infections opportunistes, l'infection à VIH est devenue une pathologie chronique qui peut être prise en charge avec la possibilité de vivre longtemps en maintenant un système immunitaire opérationnel.

Le VIH peut être traité et évité par le TAR. Les antirétroviraux sont des substances produites par synthèse, capables d'inhiber la réplication virale du VIH et sa progression. Ces traitements sont appelés trithérapies, car ils combinent en une seule prise médicamenteuse les actions de trois inhibiteurs de la multiplication virale : la transcriptase inverse virale, l'intégrase virale, la protéase virale.

Il est recommandé d'initier le traitement au plus tôt suite à l'infection. Cela permet de garder le système immunitaire le plus intact possible tout en limitant le risque de transmission du

VIH. C'est ainsi que l'espérance de vie d'une personne séropositive sous traitement peut se rapprocher de celle de la population générale. Malheureusement, la plupart des infections par le VIH ne sont détectées qu'après plusieurs années, et 60 % seulement des personnes infectées à l'échelle mondiale ont accès au traitement.

Il est important de noter que les PVVIH, qui suivent un TAR et dont la charge virale est indétectable, ne transmettent pas le virus à leurs partenaires sexuels. Il est donc essentiel d'assurer un accès précoce au TAR et un soutien visant à maintenir les patients sous traitement, non seulement pour améliorer la santé des PVVIH, mais aussi pour prévenir la transmission du virus. (35)

3- 4 Moyens de transmission

Le VIH se transmet par les liquides corporels d'une personne infectée, y compris le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales. On ne peut pas être infecté par les contacts tels qu'un baiser, une étreinte ou le partage de nourriture.

Le risque d'infection par transfusion, ou transplantation, est quasi nul depuis que les sérologies sont obligatoires avant tout gestes opératoires et grâce à l'utilisation des tests moléculaires pour le dépistage lors des dons du sang ou d'organes.

Les AES représentent un risque faible mais variable selon le niveau de charge virale plasmatique VIH chez la personne source, et la nature de l'exposition au sang chez la victime (profondeur de la coupure/piqûre, IM ou SC, types d'aiguilles...).

Il peut aussi se transmettre de la mère à l'enfant, essentiellement dans la période péri natale (par accouchement ou allaitement) ou en cas de primo infection pendant la grossesse.

3- 5 Moyens de prévention

Les moyens de prévention des infections VIH reposent sur une prévention combinée. Il s'agit de la combinaison de méthodes de prévention comportementales, de PrEP, de dépistage, de TAR efficaces de toute PVVIH, et de TPE.

Les méthodes de prévention comportementales visent à modifier les comportements, par le biais de campagnes d'informations collectives, par la multiplication des sources d'informations individuelle (internet, CeGIDD, associations, planning familial...), par la promotion de l'utilisation du préservatif masculin et féminin, par la mise à disposition de matériels stériles à usage unique chez les usagers de drogues, par les mesures de précautions universelles vis-à-vis des risques d'AES (port de gants, techniques, réservoirs à aiguilles...).

La PrEP s'adresse aux sujets non infectés par le VIH, mais les plus exposés. En particulier, mais pas seulement, les HSH et les individus ayant des pratiques sexuelles à risque. Il s'agit de prendre une prophylaxie à base d'antirétroviraux, (par ténofovir disoproxil/emtricitabine = TRUVADA et ses génériques) en prise intermittente ou continue, pour diminuer le risque de contamination par le VIH. La PrEP est une modalité de prévention complémentaire des autres modalités et s'inscrit dans une démarche de santé sexuelle globale.

Le dépistage du VIH permet à la fois un bénéfice personnel et un bénéfice en termes de santé publique. Le dépistage doit être proposé largement et ce d'autant plus en cas de situations à risque. Plusieurs situations justifient la prescription d'une sérologie VIH. Il existe le **dépistage ciblant des populations à risque** (telles que les HSH, les migrants, les usagers de drogues en IV, les populations en situation précaire, la prostitution), mais aussi le **dépistage ciblé selon les circonstances** (telles que devant toute situation à risque ou tout symptôme clinique et/ou biologique évocateur d'infection à VIH, suspicion ou diagnostic d'IST, viol, projet de grossesse, entrée en détention, don du sang et d'organes...). Il existe également le **dépistage en population générale**. Dans l'objectif de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée, la HAS recommande depuis 2009 qu'une proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH doit être réalisée au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans. Lors du rapport de 2017 de réévaluation de la stratégie de dépistage du VIH, la HAS confirme que cette proposition doit être maintenue, lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH. (15)

Le TPE est un traitement antirétroviral en prophylaxie post exposition chez une personne exposée accidentellement, ou non, au VIH. Un accident d'exposition au risque de transmission virale du VIH (mais aussi VHB +/- VHC) peut survenir dans un cadre professionnel (par exposition au sang, ou à un liquide biologique contaminant) ou non professionnel (relations sexuelles à risque, viol, pratique d'injection de drogue). En fonction du risque d'infection à

VIH, la décision de proposition d'un TPE doit survenir en urgence : au mieux dans les 4 heures suivant l'exposition, et au plus tard jusqu'à 48 heures. Au-delà de la 48^{ème} heure après exposition, la mise en route d'un TPE est sans intérêt car probablement inefficace, et expose inutilement à un risque d'iatrogénie. La durée du TPE est de 28 jours, avec surveillance organisée de la sérologie VIH. (36)

4) L'hépatite B

4- 1 Epidémiologie

L'OMS estime que 296 millions de personnes vivaient dans le monde avec une hépatite B chronique en 2019, pouvant transmettre le virus. On dénombre 1,5 million de nouvelles infections chaque année, et plus de 887 000 décès annuels. (37)

L'hépatite B est l'une des principales maladies humaines : on estime à 2 milliards le nombre de personnes ayant été infectées par le virus. (38)

La prévalence en France des hépatites B chroniques est faible. Elle est cependant plus importante chez les individus originaires de zones endémiques (Départements et Régions d'Outre-Mer, Collectivités d'Outre-Mer, Asie, Afrique, Amérique du Sud, Europe de l'Est, bassin méditerranéen). En France, on estime qu'environ 300 000 personnes seraient des porteurs chroniques du VHB, dont 9% seraient également coinfectées par le VIH. (39)

4- 2 Symptômes et complications

Le VHB atteint le foie, pénètre dans ses cellules (les hépatocytes) et s'y multiplie. Le système immunitaire qui assure les défenses de l'organisme détruit alors les cellules infectées, ce qui provoque l'inflammation du foie (hépatite). L'infection peut être aiguë (sévère et de courte durée) ou chronique (de longue durée).

Les hépatites aiguës, lorsqu'elles sont symptomatiques, se manifestent par des symptômes caractéristiques de l'inflammation aiguë du foie et qui peuvent durer plusieurs jours : asthénie parfois très marquée, anorexie, hépatalgie. Un syndrome pseudo grippal peut précéder l'ictère qui est inconstant, accompagné d'urines foncées et de selles décolorées. L'évolution clinique et biologique est favorable en moins de 2 semaines dans la plupart des cas.

Si certaines hépatites B aiguës peuvent être paucisymptomatiques et spontanément favorables, d'autres peuvent être d'intensité plus sévère, jusqu'à l'hépatite fulminante, rare mais grave, pouvant nécessiter une transplantation hépatique en urgence.

Toutes les personnes infectées par le VHB ne développent pas d'infection chronique. Le risque est inversement corrélé à l'âge lors de l'infection : 80 à 90% pour les enfants infectés à la naissance, 20 à 30% pour les personnes infectés pendant l'enfance et moins de 5% pour les personnes infectés à l'âge adulte.

Les hépatites B chroniques sont souvent asymptomatiques. Cependant la chronicité peut être à l'origine d'une fibrose et d'une cirrhose. Le VHB est oncogène, et l'infection chronique peut entraîner un carcinome hépatocellulaire, même en l'absence de cirrhose.

4- 3 Diagnostic et traitements

Le diagnostic repose sur des marqueurs sérologiques et virologiques. Ils doivent être demandés devant tout tableau fébrile aigu, accompagné ou suivi d'un ictère, ou d'une élévation des transaminases.

L'hépatite B est diagnostiquée par la présence de l'antigène HBs et des IgM anti-Hbc.

La prise en charge des hépatites aiguës est d'abord symptomatique. Le seul traitement est le repos. Il convient d'éviter toutes substances hépatotoxiques (paracétamol, AINS, alcool). Une surveillance biologique hebdomadaire avec transaminase, bilirubine et TP est nécessaire tant que la bilirubine reste élevée. En cas d'hépatite grave (TP<50% ou ictère prolongé) ou d'une hépatite fulminante liée au VHB, un traitement antiviral par Tenofovir ou Entecavir est nécessaire.

L'objectif du traitement en cas d'hépatite B chronique est de freiner l'évolution vers la fibrose, la cirrhose ou le carcinome hépatocellulaire. Le traitement antiviral n'est indiqué que chez les

patients à risque d'une telle évolution. Les modalités du traitement reposent donc sur une abstention thérapeutique, avec respect des règles hygiéno-diététiques (consommation d'alcool nulle ou très faible, prise en charge nutritionnelle) et surveillance des transaminases et de l'ADN VHB. (40)

4- 4 Moyens de transmission

Le virus responsable est le plus souvent transmis par la mère à l'enfant lors de la naissance et de l'accouchement, pendant la petite enfance, ou par contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques, lors d'un rapport sexuel avec un partenaire infecté, d'injections ou transfusions à risque, ou d'une exposition à des instruments tranchants ou piquants.

Statistiquement dans le monde, les modes de transmission les plus fréquents sont de la mère à l'enfant et entre enfants d'une même famille. L'hépatite B est considérée comme une maladie infectieuse extrêmement contagieuse : le virus de l'hépatite B est 50 à 100 fois plus infectieux que celui du VIH. Dans de nombreux pays ayant des ressources limitées, la quasi-totalité des enfants sont infectés par le virus. (41)

Le virus ne peut être transmis ni par l'eau ou les aliments contaminés, ni par simple contact.

4- 5 Moyens de prévention

Les moyens de prévention du VHB reposent sur des règles hygiéno-diététiques, avec notamment la nécessité de rapports sexuels protégés, la mise à disposition de matériel d'injection à usage unique pour les usagers de drogues IV, dépistages des dons du sang.

Il existe un vaccin sûr et efficace qui permet de prévenir l'hépatite B. Le schéma vaccinal comporte 3 doses, et est en général administré peu après la naissance. La vaccination est recommandée pour tous les enfants avant l'âge de 16 ans, et pour toutes les personnes à risque accru d'hépatite B (professionnels de santé, voyageurs, partenaires sexuels multiples, usagers de drogues IV, entourage d'un sujet infecté). Le vaccin offre une protection presque totale contre le virus. Chez 90% des personnes vaccinées, cette protection dure au moins 10 ans, et probablement même toute la vie.

5) Le VHA, le VHC et le VHD

Ces hépatites sont dues à des virus qui peuvent être également transmis par voie sexuelle, mais de façon moindre, notamment lors de rapports oro-anaux, surtout chez les HSH. Les risques de transmission sont augmentés si rapports sexuels traumatiques ou co-infection par le VIH.

C. Les IST bactériennes

1) La chlamydie

1- 1 *Epidémiologie*

La chlamydie désigne une IST causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, spécifique à l'espèce humaine. Il s'agit de l'IST bactérienne la plus répandue. En 2020, l'OMS estimait à 128,5 millions le nombre de nouvelles infections à CT chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) dans le monde (42). Les jeunes adultes sont les plus concernés puisqu'environ deux tiers des contaminations se font chez les 15 - 25 ans. La prévalence mondiale chez les personnes de cette tranche d'âge était estimée à 4,0 % pour les femmes et à 2,5 % pour les hommes en 2020.

Selon Santé Publique France, en 2016, 276 097 infections à CT ont été diagnostiquées en France, soit 3 fois plus qu'en 2012. La prévalence de ces infections est plus élevée chez les femmes de moins de 25 ans que chez les hommes du même âge. (43)

1 – 2 *Symptômes et complications*

L'infection génitale est le plus souvent asymptomatique. 60 à 70 % des femmes infectées n'ont aucun symptôme et ignorent donc qu'elles sont infectées. Ceci favorise la transmission de la bactérie au sein de la population et la survenue de complications sévères chez les femmes : atteintes inflammatoires pelviennes, salpingites, grossesse extra-utérine ou stérilité tubaire

et risques d'infertilité. En cas de grossesse, l'infection à CT peut provoquer une pneumonie ou une conjonctivite chez le nouveau-né et peut entraîner une naissance prématurée.

Lorsque les symptômes se manifestent, quelques semaines après la contamination, les symptômes de l'infection chez les femmes sont des douleurs en urinant ou pendant les rapports sexuels, des écoulements vaginaux jaunâtres ou sanguinolents et des douleurs pelviennes. Chez les hommes, l'infection peut se manifester par des picotements ou brûlures en urinant, ou par des écoulements blanchâtres au niveau du pénis ou du rectum.

Même en cas d'absence de symptôme, une personne infectée peut transmettre l'infection au cours de rapports sexuels. Enfin, par contact avec des sécrétions infectées, les bactéries peuvent infecter et proliférer dans la conjonctive de l'œil, donnant lieu à une conjonctivite.

Le LGV est relativement rare, mais on a constaté une résurgence dans certains pays, en particulier chez les HSH. La chlamydie de type LGV peut provoquer une inflammation grave et entraîner des ulcérations génitales, une tuméfaction des ganglions lymphatiques ou une inflammation de la région anorectale avec écoulement, des douleurs abdominales, des risques de sténose, de la diarrhée, de la constipation, de la fièvre, des douleurs articulaires, ou une douleur lors du passage des selles.

Chez la femme et l'homme, l'infection à CT expose à un risque accru d'infection par le VIH. L'incidence des co-infections à NG et CT est plus importante chez les hommes que chez les femmes.

L'infection à CT peut donner lieu à de la stigmatisation et nuire aux relations personnelles. Ces effets sont importants, mais il est souvent impossible de les quantifier.

1 – 3 Diagnostic et traitements

Le test de référence reste le TAAN sur prélèvements locaux incluant le duplex CT/NG pour le dépistage de la co-infection CT/NG (44). En fonction de l'exposition et des pratiques sexuelles, il peut être nécessaire de réaliser des prélèvements multisites (anaux, pharyngés, vaginal, urètre). La sérologie n'est pas utile.

Les TDR ne sont pas aujourd'hui suffisamment performants pour être recommandés dans le dépistage des infections à CT.

Chez la femme, l'échantillon vaginal, prélevé par un professionnel de santé ou en auto-prélèvement, est préféré au prélèvement urinaire. L'auto-prélèvement représente une alternative complémentaire qui doit être proposée dans tous les lieux de dépistage.

Si la chlamydie est dépistée à temps, l'infection se traite aisément par antibiotique et présente peu de risque de complication future. Le traitement repose sur une antibiothérapie par Doxycycline pendant 7 jours, per os. En cas de LGV, l'antibiothérapie par Doxycycline sera de 3 semaines.

Il n'existe pas de vaccin contre l'infection à CT.

1 – 4 Moyens de transmission

Le CT est une bactérie intra cellulaire stricte, elle doit obligatoirement infecter les cellules pour se développer. La bactérie se transmet par voie sexuelle, et se développe dans les cellules de surface des tissus infectés.

L'infection à CT peut aussi être transmise au moment de l'accouchement de la mère à l'enfant.

1 – 5 Moyens de prévention

L'utilisation correcte et systématique du préservatif pendant les rapports sexuels (même oraux) est le moyen le plus efficace de prévenir la chlamydie.

Un dépistage systématique et opportuniste de toutes les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans est recommandé par la HAS depuis 2018 (45). Par ailleurs, la HAS recommande le dépistage opportuniste ciblé chez les personnes présentant des facteurs de risque (multi partenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, Mycoplasma genitalium, HPV, HSV), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol). Le dépistage doit être répété annuellement en cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. En cas de test positif, le dépistage doit être répété à 3-6 mois et tous les 3 mois pour les HSH.

Pour briser la chaîne de transmission, toute personne diagnostiquée comme étant infectée doit avertir ses partenaires sexuels récents (1 mois) afin qu'ils fassent un test de dépistage.

2) La gonorrhée

2 – 1 Epidémiologie

La gonorrhée est une IST causée par la bactérie *Neisseria Gonorrhoeae* dont le réservoir est strictement humain. En 2020, l'OMS estimait à 82,4 millions le nombre de nouvelles infections à NG chez les adultes âgés de 15 à 49 ans (46). C'est parmi les populations vulnérables, comme les HSH, les travailleurs du sexe, les femmes et les adolescents transgenres et les jeunes dans les pays à forte charge de morbidité que la prévalence de la gonorrhée est la plus élevée.

En France, entre 2014 et 2022, le taux de personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour une gonococcie a augmenté, et de façon plus marquée depuis 2017. L'augmentation a été plus importante chez les hommes que chez les femmes. Après une baisse du taux de dépistage des gonococcies en 2020, en lien avec l'épidémie de Covid-19, ce taux a ré-augmenté et atteint en 2022 un niveau supérieur à celui de 2019 (+17%). (47, 48)

2 – 2 Symptômes et complications

La gonorrhée provoque des symptômes différents chez la femme et chez l'homme. Comme pour le CT, les femmes ne ressentent souvent aucun symptôme, mais une infection non traitée peut entraîner l'infertilité et des problèmes pendant la grossesse.

Parmi les symptômes courants chez l'homme figurent une douleur ou une sensation de brûlure en urinant, un écoulement du pénis et parfois des douleurs testiculaires.

L'infection à gonocoque accroît le risque de contracter et de propager le VIH.

2 – 3 Diagnostic et traitements

Comme pour le CT, le golden standard reste le TAAN.

Il existe aujourd'hui un traitement simple et efficace par antibiothérapie en dose unique par Ceftriaxone IM qui fait l'objet d'un consensus médical. Dans un contexte d'augmentation de la résistance des souches de NG aux antibiotiques, il apparaît d'autant plus important de suivre les recommandations de l'Afssaps sur le traitement de l'infection. En 2008, l'agence a mis à jour ses recommandations et conseillé l'utilisation de la Ceftriaxone associée à un traitement anti-chlamydia. Les traitements de seconde intention du gonocoque sont moins efficaces, notamment la Ciprofloxacine ne devant pas être utilisée en probabilité du fait de la fréquence élevée de résistance (>50%). (49, 50)

La résistance aux antimicrobiens chez NG est apparue peu après le début de l'utilisation des médicaments antimicrobiens. Ce phénomène a continué de s'étendre au cours des 80 dernières années, intéressant des médicaments tels que les tétracyclines, les macrolides (notamment l'Azithromycine), les associations sulfamides-triméthoprimine et, plus récemment, les quinolones. Dans de nombreux pays, la résistance à la Ciprofloxacine est extrêmement élevée, la résistance à l'Azithromycine est en augmentation et une résistance ou une sensibilité réduite au Céfixime et à la Ceftriaxone se poursuit. (51)

2 – 4 Moyens de transmission

NG est une bactérie qui se transmet principalement lors de rapports sexuels vaginaux, oraux et anaux. Elle peut également se transmettre d'une mère enceinte à son bébé.

2 – 5 Moyens de prévention

Il est possible de prévenir la plupart des cas de gonorrhée par une utilisation régulière et correcte du préservatif.

3) La syphilis

3-1 Epidémiologie

L'agent causal de la syphilis est une bactérie de type spirochète appelée *Treponema pallidum*, ou tréponème pâle. La syphilis fait partie des tréponématoses, mais elle est la seule à être transmise par voie sexuelle. La syphilis est une IST évitable et curable.

En 2020, l'OMS estimait que 7,1 millions d'adultes âgés de 15 à 49 ans avaient contracté la syphilis dans le monde (52). En France, 6 000 personnes de 15 ans et plus ont été diagnostiquées avec une syphilis en 2022. Cela représente 27% d'augmentation du nombre de personnes de 15 ans et plus diagnostiquées avec une syphilis au moins une fois dans l'année entre 2019 et 2022. (53)

Certains groupes de la population sont touchés de manière disproportionnée par la syphilis. Par exemple, on estime que, dans le monde, 7,5 % des HSH sont atteints de syphilis, contre 0,5 % des hommes dans la population générale. En France, en 2022, 90% des diagnostics de syphilis concernent des hommes.

3-2 Symptômes et complications

De nombreuses personnes atteintes de syphilis ne ressentent aucun symptôme. Parfois, les soignants ne remarquent pas non plus les symptômes. En l'absence de traitement, la syphilis dure de nombreuses années. On distingue plusieurs stades de la maladie :

Syphilis primaire : elle dure habituellement 21 jours environ. Une plaie ronde, indolore, généralement dure (chancre) apparaît sur les organes génitaux, au niveau de l'anus ou ailleurs. Le chancre peut passer inaperçu et disparaît en 3 à 10 jours. En l'absence de traitement, la syphilis évolue vers le deuxième stade.

Syphilis secondaire : une éruption cutanée non prurigineuse apparaît, habituellement sur les paumes et sur la plante des pieds. Des lésions blanches ou grises apparaissent dans les zones chaudes et humides du corps, par exemple les lèvres ou l'anus, à l'endroit où se trouvait le chancre. Les symptômes disparaissent sans traitement.

Syphilis latente : elle est souvent asymptomatique. En l'absence de traitement, elle évolue vers le troisième et dernier stade (**syphilis tertiaire**) au bout de plusieurs années. La syphilis à la phase tertiaire peut entraîner plusieurs complications des décennies après l'infection. À ce stade, la syphilis peut affecter plusieurs organes et systèmes, y compris le cerveau, les nerfs, les yeux, le foie, le cœur, les vaisseaux sanguins, les os et les articulations. La syphilis tertiaire peut même entraîner la mort.

Syphilis congénitale : les enfants atteints de syphilis à la naissance peuvent présenter une éruption cutanée, une inflammation des organes, une anémie, des problèmes osseux et articulaires, des affections neurologiques pouvant se manifester notamment par une cécité ou une surdité, ou une méningite, un retard de développement, des convulsions. Il se peut que certains de ces symptômes ne soient remarqués que plus tard.

La neurosyphilis, la syphilis oculaire et l'otosyphilis peuvent survenir à n'importe quel stade de la maladie. La neurosyphilis peut causer de fortes céphalées, de graves problèmes musculaires et des troubles mentaux, dont une démence. La syphilis oculaire peut causer des douleurs oculaires, une vision floue, une photosensibilité ou la cécité. L'otosyphilis affecte l'audition et/ou l'équilibre.

En cours de grossesse et en l'absence de traitement, la syphilis peut avoir de graves conséquences, telles que la mortinaissance, la mort néonatale, la prématurité, l'insuffisance pondérale à la naissance et des problèmes de santé à vie pour le nourrisson infecté. Sans traitement, 67 % des femmes atteintes de syphilis connaîtront une issue défavorable de la grossesse, dont 26 % une perte fœtale ou une mortinaissance. La syphilis est la deuxième cause la plus fréquente de mortinatalité due à des maladies infectieuses dans le monde.

La syphilis multiplie par deux environ le risque de contracter une infection à VIH, ainsi que d'autres IST, telles que la gonorrhée, la chlamydie et l'herpès génital, entre autres.

3-3 Diagnostic et traitement

Le diagnostic de syphilis repose sur les antécédents médicaux et sexuels de la personne, l'examen somatique, les analyses de laboratoire et parfois la radiologie, car les symptômes ne sont pas courants ou évidents.

La syphilis peut être diagnostiquée en laboratoire par la détection directe de *T. pallidum* au microscope ou, indirectement, à l'aide d'analyses de sang. Il existe également des tests rapides qui permettent d'obtenir des résultats en quelques minutes et qui facilitent donc l'instauration immédiate du traitement.

Au premier stade, le traitement de la syphilis consiste en une injection de pénicilline. En deuxième intention, les médecins peuvent également utiliser d'autres antibiotiques : la doxycycline, la ceftriaxone ou l'azithromycine. La doxycycline n'est pas utilisée chez la femme enceinte.

La pénicilline est également utilisée pour traiter la syphilis aux stades plus avancés, mais il faut en administrer plusieurs doses. Les doses sont habituellement administrées une fois par semaine pendant trois semaines, y compris lorsqu'il n'est pas possible de définir le stade de l'infection.

La pénicilline permet d'empêcher la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant. Les enfants atteints de syphilis à la naissance (syphilis congénitale), ou les enfants dont la mère avait une syphilis non traitée, doivent être traités immédiatement pour éviter de graves problèmes de santé.

3-4 Moyens de transmission

La syphilis se transmet par contact avec des lésions infectieuses, lors de relations sexuelles orales, vaginales ou anales, pendant la grossesse par le placenta, ou par transfusion sanguine.

La transmission se produit généralement au cours des premiers stades de la maladie, c'est-à-dire jusqu'à deux ans après l'infection.

3-5 Moyens de prévention

Le préservatif, porté correctement et régulièrement pendant les rapports sexuels, permet de prévenir la syphilis. La syphilis peut également se transmettre par contact avec des parties du corps non couvertes par le préservatif, y compris les organes génitaux, l'anus et la bouche.

Les personnes présentant un risque élevé de contracter l'infection devraient être testées au moins une fois par an. Les personnes chez qui la syphilis a été diagnostiquée doivent en informer leurs partenaires sexuels pour prévenir de nouvelles infections. Si le diagnostic de syphilis est confirmé, la recherche des autres IST est indispensable.

La détection de l'infection asymptomatique à l'aide d'analyses de laboratoire ou de tests rapides et le traitement adéquat des cas positifs permettent de prévenir la transmission et les complications, ainsi que les issues défavorables de la grossesse, y compris la syphilis congénitale.

4) Le *Mycoplasma genitalium*

4-1 *Epidémiologie*

Les mycoplasmes sont des microorganismes de la catégorie des bactéries qui sont caractérisés par l'absence de paroi cellulaire. Il en existe de nombreuses espèces dont certaines sont retrouvées au niveau de l'appareil urogénital humain. Ces espèces de mycoplasmes sont dites commensales, ce qui signifie qu'elles sont naturellement présentes sans provoquer de maladie.

M. genitalium est un mycoplasme n'appartenant pas à la flore commensale urogénitale. Sa détection dans un échantillon clinique est considérée comme pathogène et l'infection associée doit être traitée.

Sa prévalence est estimée entre 1 et 3 % dans la population générale, mais il serait retrouvé chez environ 35 % des personnes consultant pour des IST à répétition. *M. genitalium* est le 2ème agent responsable d'urétrites non gonococciques masculines après CT, présent dans 10 à 35 % des urétrites non gonococciques et non chlamydiennes. (54)

A noter que l'histoire naturelle de l'infection à *M. genitalium* n'est pas encore très bien connue. On sait qu'il existe une clairance spontanée de la bactérie chez un certain nombre

d'individus, mais la proportion des sujets concernée n'est pas bien déterminée et les conséquences éventuelles d'un portage asymptomatique sont inconnues.

4-2 Symptômes et complications

Dans la population générale, la majorité des sujets porteurs de ce mycoplasme sont asymptomatiques.

Cependant, chez l'homme, l'infection peut se traduire par une urétrite (inflammation de l'urètre) se manifestant notamment par un écoulement urétral et une dysurie (difficultés mictionnelles, classiquement associées à des mictions douloureuses et une sensation de brûlure). *M. genitalium* semble également être impliqué dans des complications touchant le haut appareil génital, de type épидидymites et prostatites.

Chez la femme, *M. genitalium* peut causer une cervicite avec leucorrhée, saignements post-coïtaux, saignements douloureux inter menstruels et/ou une dysurie. En pratique, 10 à 30 % des cervicites semblent associées à ce mycoplasme. *M. genitalium* a également été associé à des infections génitales plus compliquées, touchant le haut appareil génital, de type endométrite et salpingite. Ce mycoplasme pourrait être également associé à des stérilités tubaires et, chez la femme enceinte, à des endométrites du post-partum, un risque d'avortement spontané et un risque de prématurité.

4-3 Diagnostic et traitement

Du fait d'une croissance lente (jusqu'à 6 mois pour être visible) et d'exigences particulières de culture, *M. genitalium* ne peut pas être cherché en routine par les techniques traditionnelles de culture de bactériologie. Il n'est détectable que par biologie moléculaire par TAAN, recherchant l'ADN ou l'ARN de cette bactérie dans ces échantillons.

Concernant les types de prélèvements urogénitaux appropriés pour cette recherche dans le contexte d'une infection génitale basse, la littérature recommande préférentiellement le premier jet urinaire chez l'homme et l'écouvillon vulvo-vaginal chez la femme, prélevé par un professionnel de santé ou auto-prélevé.

Dépourvu de paroi comme tous les autres mycoplasmes, *M. genitalium* est naturellement résistant aux β -lactamines et aux autres antibiotiques ciblant cette paroi, et les options de traitement sont donc limitées. Seules quelques molécules parmi quatre familles d'antibiotiques présentent une efficacité contre ce mycoplasme, à savoir les tétracyclines, macrolides, fluoroquinolones et streptogramines.

Le Collège de la HAS en février 2022 annonçait la réactualisation des recommandations concernant la conduite à tenir face à une urétrite ou cervicite non compliquée, en considérant *M. genitalium* au même titre que NG et CT parmi les agents d'IST bactériens à considérer en 1ère intention. Ces nouvelles recommandations prendront aussi en compte l'évolution des techniques de biologie moléculaire qui permettent aujourd'hui d'identifier rapidement ces trois agents d'IST et la résistance aux macrolides de *M. genitalium*, pour proposer une actualisation de l'algorithme de prise en charge thérapeutique de ces infections génitales basses. (54)

4-4 Moyens de transmission

Il s'agit d'un agent d'IST aujourd'hui reconnu dont la transmission sexuelle se fait par contact direct entre les muqueuses urogénitales. Il existe également une transmission mère-enfant possible pendant la grossesse ou infection lors de l'accouchement.

4-5 Moyens de prévention

L'utilisation correcte et régulière de préservatifs peut réduire le risque de contracter une infection à *M. genitalium*.

D. Les IST parasitaires

1) La Trichomonase

1-1 Epidémiologie

La trichomonase est une IST due au protozoaire *Trichomonas vaginalis*, qui infecte le tractus urogénital, entraînant une maladie évitable et curable.

En 2020, dans le monde, il y a eu environ 156 millions de nouveaux cas d'infection à TV chez les personnes âgées de 15 à 49 ans. Environ un tiers des nouvelles infections dans ce groupe d'âge surviennent dans la Région africaine, suivie de la Région des Amériques. Elle est cependant encore peu courante en France. (55)

1-2 Symptômes et complications

Chez l'homme et chez la femme, la plupart des infections sont asymptomatiques.

Dans les cas symptomatiques, l'infection peut se manifester, chez la femme, par des pertes vaginales (de couleur jaune) d'allure purulente. Le vagin peut également être rouge et douloureux. La personne infectée peut aussi ressentir des douleurs pendant les rapports sexuels et à la miction. Lorsque TV est présent, un écoulement jaune ou verdâtre et éventuellement mousseux peut être observé dans le vagin lors d'un examen au spéculum par les professionnels de santé.

Chez l'homme, l'infection est souvent asymptomatique, mais elle peut se manifester, dans certains cas, par une irritation du pénis et une urétrite.

Les infections à TV multiplient par 1,5 le risque de contracter le VIH. TV a été associé à la survenue concomitante de diverses autres IST, notamment d'infections à CT, à NG et par le HPV. On a aussi démontré un lien épidémiologique similaire avec le HSV-2.

L'infection à TV peut altérer le microbiote vaginal habituel et ainsi favoriser l'apparition d'une vaginose bactérienne. Environ 40 % à 60 % des femmes atteintes d'une infection à TV présentent également une vaginose bactérienne, et la vaginose bactérienne accroît le risque de contracter une infection à TV.

1-3 Diagnostic et traitements

Le diagnostic repose le plus souvent sur les signes et symptômes de pertes vaginales ou d'écoulement urétral, lorsqu'il est impossible de faire des analyses de laboratoire.

Les TAAN sont la méthode de diagnostic de laboratoire la plus sensible pour détecter TV. Bien que les frottis vaginaux soient les prélèvements de choix, les frottis endocervicaux et les échantillons d'urine peuvent également être utilisés pour certaines analyses de laboratoire.

Le traitement exige souvent l'administration par voie orale de métronidazole (en première intention) ou de tinidazole.

1-4 Moyens de transmission

Le parasite se transmet lors de rapports sexuels oraux, vaginaux ou anaux et, dans de rares cas, lors de l'accouchement.

1-5 Moyens de prévention

Le préservatif, porté correctement et régulièrement pendant les rapports sexuels, permet de prévenir la trichomonase. Les personnes chez qui la trichomonase a été diagnostiquée doivent en informer leurs partenaires sexuels pour prévenir la transmission.

ETUDE QUALITATIVE

I. Introduction

L'espérance de vie à la naissance progresse en France. En 2023, elle est de 85,7 ans pour les femmes et atteint pour la première fois 80,0 ans pour les hommes, selon l'INSEE. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans représente une partie importante de la population : 21,5% au 1er janvier 2024. Selon Santé Publique France, les plus de 65 ans pourraient représenter un tiers de la population en 2050.

Les mœurs et le mode de vie ont changé : les séparations de couples sont maintenant très fréquentes, quel que soit l'âge. De même les recompositions de couple sont de plus en plus nombreuses. Elles ne s'arrêtent pas à 65 ans. Or, parmi les principales causes de transmission des IST figurent les nouveaux partenaires. Donc, le risque d'IST existe à priori quel que soit l'âge.

De nombreuses études ont porté sur les IST et déjà beaucoup moins sur les connaissances des patients à propos des IST. Mais si nous nous intéressons aux connaissances des personnes âgées sur les IST, nous ne trouvons aucune étude. Sans doute du fait de mauvaises représentations et notamment l'idée que la sexualité s'arrête à un âge limite. Y aurait-il une retraite sexuelle ?

Pour notre travail, nous avons émis l'hypothèse initiale qu'une partie des personnes de plus de 65 ans avait une certaine méconnaissance concernant les IST et leur prévention. Cette hypothèse était basée d'une part, sur des impressions personnelles issues de la pratique quotidienne, avec notamment la perception d'une population qui ne se sentirait pas vraiment concernée par le sujet et, en tout cas, exclue des campagnes de prévention sexuelle actuelle. D'autre part, sur la réticence de la part des professionnels de santé à aborder la sexualité avec leurs patients les plus âgés. Les MG seraient alors moins enclins à proposer un dépistage chez les personnes âgées, notamment parce qu'ils les considèrent peu exposées au risque d'IST. Ce

recours insuffisant au dépistage chez les personnes âgées a pour conséquence une part importante de diagnostics tardifs et de risques de transmission. Il est donc important que les actions de prévention incluent cette population.

L'objectif principal de cette étude était donc d'explorer la perception qu'ont les médecins généralistes des connaissances des IST par leurs patients de plus de 65 ans et leurs difficultés à aborder ce sujet avec eux. Un deuxième objectif était d'identifier les messages qui semblaient importants à transmettre aux personnes âgées et élaborer des stratégies pour améliorer leur prévention sexuelle.

Les bénéfices escomptés de cette étude seraient donc de permettre aux professionnels de santé d'adapter leurs stratégies d'information, prévention et dépistage des IST dans cette population, et ainsi permettre d'améliorer la prise en charge globale de ces patients et d'éviter la survenue de diagnostics tardifs.

II. Matériel et Méthode

A. Choix de la méthode

Notre étude visant à explorer des perceptions, impressions et ressentis, non évaluables par la recherche quantitative, la méthodologie qualitative nous a semblé d'emblée la plus adaptée à la question posée. Nous avons opté pour des Focus Groups, qui permettent le débat et donc d'enrichir les données recueillies. Néanmoins, nous avons prévu de compléter cette étude par des entretiens semi-dirigés, qui permettront, eux, de compléter le panel des MG répondants, pour arriver à saturation des données.

Il ne s'agit pas d'obtenir une représentation proportionnelle de chaque mode d'exercice (rural, semi rural, urbain, salarié, libéral, ou activité mixte), mais d'explorer chacun d'entre eux, afin d'obtenir un échantillon hétérogène permettant d'avoir le reflet de la diversité des opinions des MG.

B. Recrutement des médecins généralistes

Nous sommes passés par l'AMMPPU, qui est en fait l'association de FMC de la Moselle. Le premier Focus Group était en partie un groupe de pairs déjà constitué. Le deuxième Focus Group a été constitué de connaissances personnelles et de Maîtres de Stages des Universités. Les quatre entretiens semi-dirigés ont ciblé des catégories peu ou pas représentées dans les Focus Groups.

1) Critères d'inclusion

Médecins généralistes libéraux, salariés, remplaçants thésés ou non thésés, retraités actifs ; acceptant de répondre au questionnaire.

2) Critères d'exclusion

Médecins n'exerçant pas la médecine générale ; refusant de répondre au questionnaire ;
médecins retraités non actifs ; étudiants.

C. Identification des médecins généralistes

Notre échantillon de MG comprenait 12 femmes et 5 hommes, avec un âge moyen de 45 ans.
Le détail des caractéristiques des MG interrogés est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Tableau des caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Médecins		Age	Sexe	Année d'installation	Type d'activité	Formation sur la sexualité	Diplômes ou Formations supplémentaires
Médecin 1	F1 M1	59 ans	F	2003	Urbain	Faculté : non FMC : un peu	Maitre de stage
Médecin 2	F1 M2	32 ans	F	2022	Urbain	Faculté : oui FMC : non	DU Gynécologie
Médecin 3	F1 M3	39 ans	H	2013	Semi rural	Faculté : non FMC : un peu	Maitre de stage
Médecin 4	F1 M4	61 ans	F	1999	Urbain	Faculté : non FMC : un peu	Maitre de stage
Médecin 5	F1 M5	51 ans	F	2006	Urbain	Faculté : non FMC : non	Maitre de stage
Médecin 6	F1 M6	29 ans	F	Remplaçante non Thésée	Rural et semi rural	Faculté : oui FMC : oui	- DU Gynécologie - Stage au CeGIDD
Médecin 7	F1 M7	31 ans	F	Remplaçante Thésée	Urbain	Faculté : oui FMC : non	DES maïeutique
Médecin 8	F2 M8	60 ans	F	1993	Semi rural	Faculté : non FMC : non	Maitre de stage
Médecin 9	F2 M9	47 ans	F	2007	Semi rural	Faculté : non FMC : non	Aucun
Médecin 10	F2 M10	34 ans	F	2022	Rural	Faculté : oui FMC : non	Aucun

Médecin 11	F2 M11	45 ans	H	2023	Semi rural	Faculté : oui FMC : non	- IDE Réanimation - DU Santé et Activité Physique Adaptée - DIU Médecine et traumatologie du sport
Médecin 12	F2 M12	32 ans	F	Salariée dans une MAS	Semi rural	Faculté : oui FMC : oui	DU Gynécologie
Médecin 13	F2 M13	46 ans	F	2014	Urbain	Faculté : oui FMC : non	- DU Santé de l'enfant - DU Accueil des Urgences - Maitre de stage
Médecin 14	E1	36 ans	F	2017	Urbain	Faculté ; oui FMC : oui	DU Gynécologie
Médecin 15	E2	65 ans	H	1990	Urbain Semi rural	Faculté : non FMC : non	Capacité médecine du sport
Médecin 16	E3	68 ans	H	Retraité actif	Semi rural	Faculté : non FMC : non	Maitre de stage
Médecin 17	E4	32 ans	H	2023	Urbain	Faculté : oui FMC : non	Aucun

Pour illustrer les concepts issus de l'analyse des Focus Groups et entretiens, des exemples tirés du verbatim des échanges seront cités, précédés d'un code de référence.

En effet, les MG du premier Focus Group ont été identifiés de la façon suivante : F1, M1 puis F1, M2 et ainsi de suite jusqu'à F1, M7. Les MG du deuxième Focus Group ont été identifiés de la façon suivante : F2, M8 puis F2, M9 et ainsi de suite jusqu'à F2, M13. Pour les entretiens semi dirigés, les MG ont été identifiés dans l'ordre de réalisation des entretiens : E1, E2, E3 et E4. Ce qui fait que dans le tableau récapitulatif : E1 = Médecin 14, E2 = Médecin 15, E3 = Médecin 16 et E4 = Médecin 17.

D. Construction du guide d'entretien

En préambule des entretiens, il était précisé que les données seraient enregistrées pour permettre une retranscription anonymisée et que les enregistrements seraient détruits ensuite, de façon à libérer au maximum la parole.

La première partie du guide d'entretien portait sur les circonstances dans lesquelles les MG étaient amenés à aborder la sexualité avec les personnes âgées, et aux freins éventuellement rencontrés à cet abord.

La seconde partie du guide d'entretien cherchait à explorer quels types d'IST étaient rencontrés en pratique dans cette population, et ce que les MG percevaient des connaissances de leurs patients de plus de 65 ans, que ce soit sur leur degré d'information concernant les IST, les complications possibles, les risques de transmission et les mesures de prévention.

La troisième partie du guide d'entretien concernait l'identification des situations devant amener à proposer un dépistage à cette population, les informations à donner aux personnes âgées de plus de 65 ans et les moyens à développer pour les leur transmettre.

La quatrième et dernière partie du guide d'entretien cherchait à préciser ce que les interrogés percevaient du rôle du MG en termes de prévention chez les personnes de plus de 65 ans concernant les IST et enfin l'élaboration de stratégies afin d'améliorer la prévention sexuelle au sein de cette population.

Au total, le guide d'entretien comportait 12 questions ciblées. L'ensemble de l'entretien ne devait pas être trop long afin de permettre une bonne acceptation de la part des MG. Il était demandé aux participants des Focus Groups de nous consacrer 1h30 à 2h, et pour les entretiens semi dirigés 30 à 45 minutes.

Le guide a été rédigé de façon à ce que les questions soient le plus claires et concises possibles, tout en restant ouvertes. Selon les réponses obtenues, des phrases de relance étaient prévues pour chaque question. Au fur et à mesure du recueil de données, le guide d'entretien a évolué, permettant ainsi de reformuler certaines questions pour une meilleure compréhension, tout en conservant une trame similaire. De nouvelles questions ont également émergé, venant enrichir les entretiens suivants.

E. Conditions matérielles

Tous les entretiens et Focus Groups ont été réalisés en distanciel, par visio-conférence, afin de favoriser l'adhésion et la participation des MG. Pour ce faire, nous avons utilisé l'application Teams, permettant l'enregistrement de la visio-conférence et une retranscription semi-automatique.

La retranscription finale des entretiens a nécessité un long travail afin de corriger et compléter la retranscription semi-automatique obtenue via l'application Teams, permettant d'obtenir des verbatims au plus proches de la réalité. Cette retranscription a été menée par la thésarde sur traitement de texte (fichier Word) à partir de la retranscription semi-automatique et de l'écoute des enregistrements audiovisuels des entretiens.

Si une partie de l'entretien était inaudible, elle n'a pas été retranscrite. Les hésitations et les phrases interrompues par une nouvelle réflexion ont été reportées par des points de suspension. Les éléments non verbaux (attitudes, soupirs...) ont été décrits entre parenthèses et en italique. Les éventuelles explications de contexte apparaissent en italique.

F. Méthode d'analyse

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des Focus Groups, puis des entretiens semi dirigés qui sont venus les compléter, pour des raisons pratiques, jusqu'à saturation des données, tout en conservant la trame du guide d'entretien.

L'analyse du verbatim ainsi obtenu a fait l'objet d'un codage, sans recours à un logiciel, sur traitement de texte (fichier Word), selon la méthode de théorisation ancrée (56) permettant de réaliser plusieurs niveaux de codages :

- **Premier niveau** : codage ouvert (description au plus proche de la pensée de l'interrogé faisant ressortir la principale idée évoquée par les médecins)

- **Deuxième niveau** : codage axial (regroupement de codages ouverts ayant un sens commun)
- **Troisième niveau** : codage thématique (regroupement de codages axiaux en thèmes, en suivant des liens logiques)

L'analyse des données et l'élaboration du codage ont été réalisés de manière indépendante par la thésarde, ainsi que par la co-directrice de thèse, afin d'assurer la validité interne de notre travail. La mise en commun de ces deux analyses a abouti à une triangulation des données, par double codage des entretiens. Cela a permis également de vérifier la bonne compréhension des données et l'absence d'omission.

La triangulation des données a notamment permis de décider de la saturation des données : lorsque nous n'avons pas pu définir de nouveaux codages axiaux et que l'échantillon des interrogés était suffisamment diversifié.

L'analyse a toujours été guidée par notre question de recherche : il a fallu clairement établir les limites du hors sujet et sélectionner les données, afin de ne garder que les verbatims et codes pertinents.

Au total, 2 Focus Groups ont été nécessaires à la réalisation de ce travail, et 4 entretiens semi dirigés sont venus compléter les données.

Le premier Focus Group comprenait 7 MG, l'échange a duré 1h26. Le deuxième Focus Group comprenait 6 MG, l'échange a duré 1h38. Concernant les entretiens semi dirigés, le plus court a duré 34 minutes et le plus long 55 minutes, pour une durée moyenne de 45 minutes par entretien.

Il y a donc 6 recueils de verbatims dont les fichiers numériques pourront être transmis. En effet, l'ensemble des verbatims représente un nombre conséquent de lignes (3100) et de pages (91).

Ces 6 recueils de verbatims ont fait l'objet d'une analyse et d'un codage, faits indépendamment par la thésarde et la co-directrice de thèse. Il y a donc double codage, soit 6x2 codages. La synthèse pourra également être transmise en fichiers numériques.

III. Résultats

Notre analyse a mis en avant plusieurs thèmes abordés par les MG interrogés. Nous allons détailler par la suite tous les axes ressortis de chacun :

Le premier thème (A) concerne l'abord de la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans. Les MG interrogés relataient notamment les circonstances d'abord dans leurs pratiques. Nous avons regroupé sous ce premier thème les freins éventuellement rencontrés et les leviers évoqués à cet abord.

Le deuxième thème (B) met en avant la perception des MG concernant les connaissances de leurs patients de plus de 65 ans, que ce soit sur leur degré d'informations sur les IST, les complications possibles, les risques de transmission, et les moyens de prévention connus.

Le troisième thème (C) explore les situations qui mènent à la proposition d'un dépistage en pratique courante auprès des personnes de plus de 65 ans, ainsi qu'à l'identification des informations à donner et les moyens de les leur transmettre. Ce thème met en avant les points déjà appréciés dans la prise en charge actuelle et ceux à améliorer.

Le quatrième thème (D) concerne la perception des MG sur leur rôle dans le dépistage et la prévention des IST chez les personnes de plus de 65 ans, ainsi que les stratégies de dépistage à instaurer dans cette population permettant d'améliorer leur prévention.

A. Aborder la sexualité chez les personnes âgées et freins

1) Aborder la sexualité

1 – 1 Rareté de la situation

La première remarque concerne la rareté de la situation (E2, lignes 29-30 « *ce sont des situations qui sont quand même relativement rares* » ou encore E3, ligne 31 « *je n'ai pas été vraiment soumis fréquemment au problème. C'est un sujet que j'ai très peu abordé* », mais aussi F1, M3, ligne 22-23 « *ça ne m'arrive pas souvent d'en parler* »). Une explication toute simple est avancée pour l'un, il n'y a pas de demande de la part des patients (E3, ligne 48 « *je n'avais pas vraiment de demande* »).

Ce n'est pas non plus un motif de consultation évoqué en première intention (E3, ligne 178 « *mais on n'en parlait pas en première intention* »), et même plutôt parfois un motif caché (E4, ligne 24-25 « *en fin de consultation, un peu gênés, ils reviennent pour nous demander (...)* ». Le sujet, pour certains, est abordé de façon superficielle (E2, ligne 36 « *ça reste quand même toujours assez superficiel* » ou E4, ligne 28 « *je leur pose des questions sur leur vie sexuelle, mais jamais trop dans le détail* »), et ne nécessite pas de consultation dédiée (E2, ligne 37 « *je ne vais pas faire, à ce moment-là, une consultation dédiée à ces problèmes* »). Mais cela ne fait pas l'unanimité.

1 – 2 Consultation dédiée

En effet, certains MG l'abordent plus facilement lors de consultations dédiées (F2, M8, ligne 531 « *ça peut être l'occasion de parler, justement, de dépistage des IST, quand on a une consultation dédiée ou gynéco* », ou encore F1, M2, ligne 33 « *je fais un peu de consultation gynéco au cabinet et c'est l'occasion* », mais aussi F2, M8, ligne 327 « *je fais beaucoup de gynéco aussi, donc voilà, on en parle peut-être plus facilement* »). Ce serait donc à privilégier (F1, M3, ligne 276 « *on a moins l'occasion de l'aborder sur une consultation de suivi habituel, mais plus lors d'une consultation de suivi gynéco* »).

1 – 3 Abord spontané par la personne âgée

Parfois, c'est la personne âgée elle-même qui est à l'initiative du sujet (E2, ligne 28 « *c'est plutôt à l'initiative des patients* », ou encore F1, M3, ligne 23 « *c'est plutôt à la demande des patients* »).

Il semblerait même que le sujet soit parfois plus spontanément abordé par les patients (F1, M4, ligne 47 « *je me souviens d'une patiente qui l'avait abordée spontanément* », ou encore E2, lignes 27-28 « *c'est principalement lorsque les gens posent le problème, ou posent la question* ») que par les MG (E2, ligne 28 « *de moi-même, c'est rare que j'aborde le sujet*», ou encore F1, M3, ligne 23 « *c'est rarement moi qui initie la discussion* » et ligne 27 « *c'est vrai que ça vient rarement de mon côté* »).

1 – 4 Les plus demandeurs

Pour certains MG, il semblerait que les hommes soient plus demandeurs (E2, lignes 30-31 « *ce sont plus les hommes qui vont poser des questions que les femmes* », ou encore E4, ligne 22 « *c'est un sujet qui est plus abordé par les hommes que par les femmes* »), soucieux d'un maintien d'une activité sexuelle (F2, M8, ligne 315-316 « *C'est vrai qu'on a cette sensation effectivement que les hommes sont beaucoup plus dans le désir du maintien justement d'une libido, d'une activité* »).

Plus tard, ce résultat sera nuancé par le fait que les femmes s'adressent plus facilement pour ces problèmes à des gynécologues et sage-femmes, ou des généralistes femmes (E2, lignes 65-66 « *dans cette tranche d'âge de plus de 65 ans, elles préfèrent aborder ce sujet soit avec les sage-femmes, soit avec des gynécologues, soit avec des médecins généralistes femmes* »).

Cependant, le cas des femmes fait débat. Certains MG pensent qu'elles ne sont pas du tout demandeuses (F2, M10, ligne 710-711 « *Mais spontanément, ce ne sont pas des discussions que les femmes âgées ont en fait, hein...* » puis ligne 713 « *C'est finalement très rare que j'ai des dames qui viennent s'en plaindre.* »). Alors que d'autres pensent au contraire qu'elles sont de plus en plus demandeuses (F2, M8, ligne 721-722 « *je trouve que si, elles sont quand même un peu plus demandeuses qu'avant.* » et E1, ligne 154-155 « *les femmes adorent continuer à aller chez le gynécologue, même après 65 ans, donc je pense qu'elles sont, à mon avis, sensibles au sujet* »).

Les femmes seraient plus sensibles à prendre soin de leur santé, même sexuelle (E1, ligne 156-157 « *les femmes sont plus sensibles que les hommes à l'idée de prendre soin de leur santé, et de se faire dépister pour ce type de pathologie* »).

1 – 5 L'interrogatoire de premier contact

Certaines circonstances amènent les MG à aborder le sujet de la sexualité. A commencer par l'interrogatoire lors d'un premier contact avec un nouveau patient (F1, M4, ligne 43 « *mon interrogatoire de premier contact, en principe, je demande si les personnes ont des rapports sexuels à risques* »).

Cependant cette opportunité d'aborder la sexualité est controversée (E4, ligne 274 « *je ne sais pas si j'oserai dès la première consultation...* »).

1 – 6 Bilan étiologique ou préopératoire

Une des opportunités d'aborder le sujet serait dans le cadre d'un bilan étiologique (F2, M11, ligne 393 « *parce que les dermatos nous l'avaient demandé, dans un bilan complet* » ou F2, M10, ligne 412 « *des bilans de choses atypiques, d'éruption cutanée ou des bilans d'adénopathies* », ou encore E4, ligne 162-163 « *chez des personnes qui font des infections un peu graves ou à répétition, je cherche une immunodépression, je cherche le VIH* »).

Ou dans le cadre de bilans préopératoires (F2, M10, ligne 979 « *tous les patients qui se font opérer, il y a des bilans VIH et hépatites, peu important les âges* », et F2, M12, ligne 991 « *C'est vrai que tous les bilans pré op ont la sérologie VIH effectivement* »).

Cependant, ces derniers sont critiqués par les MG interrogés qui remettent en doute la prévention réalisée lors de la prescription de ces sérologies de manière systématique, dans le cadre des protocoles d'exposition au sang (F2, M12, lignes 999-1001 « *Ils ne leur expliquent pas. Par contre ils leur font signer un document de consentement pour le VIH, mais bon c'est parce qu'ils se couvrent eux-mêmes, en tant que médecin. Mais pas pour les patients quoi* »).

1 – 7 Echelle de Hamilton

A noter une circonstance plus particulière : l'abord de la sexualité lors du bilan de dépression (E4, ligne 39-41 *« quand je fais des bilans de dépression. Tu sais, dans l'échelle de Hamilton, ils demandent si tu as des pathologies organiques génitales et ils demandent au niveau de la libido. »*).

1 – 8 Prescription systématique

Il existe aussi des cas où le MG prend l'initiative devant une situation pas forcément abordée par le patient (F2, M10, ligne 88 *« j'ai dû proposer un bilan d'IST »*, ou encore E1, ligne 20 *« je le fais aussi un petit peu lors d'un bilan sanguin de manière systématique »* puis ligne 25 *« j'ai rajouté VIH dans mon bilan standard »* puis ligne 26-27 *« je leur demande s'ils veulent le faire, s'ils veulent en profiter pour faire un dépistage »*).

Le résultat de cet abord se résumera à faire de la prévention et parfois du dépistage (E2, lignes 36-37 *« ça va aboutir soit à un conseil, soit à une prescription »*).

1 – 9 En cas de facteurs de risque

Certains changements de situation chez les personnes âgées peuvent amener à aborder la sexualité. Notamment, en cas de changements de partenaire (E1, ligne 18 *« s'il y a eu changement de partenaire »*), de séparation ou d'adultère (E1, ligne 20 : *« s'il y a eu séparation, ou si je vois qu'il y a eu un adultère »*). L'un des MG précise que pour lui, le divorce ne constitue pas un motif d'aborder la sexualité, du fait de la complexité de la situation (F1, M1, ligne 17 *« je crois n'en avoir jamais parlé quand ils sont en cours de divorce »*).

Lorsqu'il y a connaissance ou suspicion de multi partenaires, correspondant, selon la définition, à au moins 2 partenaires différents dans les 12 mois (F1, M4, ligne 84-85 *« j'ai un patient qui m'a raconté qu'il avait des aventures avec des femmes qu'il trouvait sur Internet »*).

Mais faut-il encore le savoir (E2, lignes 167-168 « *si le patient n'évoque pas qu'il a des partenaires multiples, moi je ne vais pas leur demander directement* », ou F2, M8, lignes 222-223 « *ceux qui sont seuls, on ne sait pas s'ils sont vraiment seuls ou s'ils ont peut-être des pluri partenaires finalement, si on ne leur demande pas* »).

En cas de connaissances de pratiques sexuelles à risque, notamment les HSH (F2, M8, ligne 574 « *des patients du milieu homosexuel* »). Les MG sont conscients du risque plus important (F1, M1, lignes 100-102 « *je pense aussi que la population la plus à risque, quelle que soit l'âge, donc, mais y compris à plus de 65 ans, c'est une population homosexuelle, surtout chez les hommes homosexuels* »). Mais encore, faut-il connaître l'orientation sexuelle du patient, qui n'est jamais réellement demandée (F1, M3, ligne 105 « *Ce n'est pas renseigné dans mon dossier en tout cas l'orientation sexuelle* », ou F1, M4, lignes 163-164 « *à l'époque, j'ai pas du tout imaginé qu'il pouvait être homosexuel, mais en fait... je n'en ai pas la certitude, mais je pense qu'il l'est* »).

Même chose pour les cas de patients qui ont recours à des travailleuses du sexe (F2, M10, ligne 49 « *il va voir des femmes plus jeunes et qu'il paye. Et sa femme m'en a parlé* »). Là encore, faut-il le savoir (F2, M10, lignes 850-852 « *Est-ce que justement, vous avez des patients qui ouvertement vous disent qu'ils vont aller recourir à la prostitution ? Parce que là, clairement, enfin moi, j'ai l'impression que c'est très tabou* »). Les MG ne sont pas dupes et ont conscience que cela existe, peut-être même plus que ce que l'on veut croire. (F2, M8, ligne 855-857 « *Je pense qu'il y en a quand même pas mal qui ont recours à la prostitution ... il y en a sûrement plus qui ne le disent pas, que ceux qui le disent...* » ou encore F2, M10, lignes 860-861 « *on se doute bien que si les prostituées ont du travail, c'est qu'il y a des personnes qui y vont* »).

La présence de facteurs de risque est donc parfois difficile à déceler si la personne âgée ne l'évoque pas. Certains MG souhaitent ne s'intéresser qu'à la clinique, et ne sont pas certains de l'utilité que cela peut apporter de connaître les pratiques de leurs patients (F2, M10, lignes 469-471 « *est-ce que vraiment j'ai besoin de savoir certaines choses ou pas...? Je ne suis pas toujours persuadée que j'en ai besoin. Notamment sur la sexualité des personnes âgées* » et encore F2, M8, ligne 472 « *respecter un jardin secret* »).

1 – 10 Présence de symptômes ou plaintes

La principale opportunité sera bien sûr la présence de symptômes cliniques ou de plaintes, ce qui est largement souligné. Que ce soit chez l'homme âgé (F1, M3, lignes 26-27 « *ça peut être à l'occasion de troubles de l'érection* », puis lignes 179-180 « *dans les infections urinaires masculines, les prostatites ou les orchites* » ou encore F2, M9, ligne 111 « *quand justement ça va moins bien chez le mari* »), ou chez la femme âgée (F2, M8, ligne 718 « *La fuite urinaire, c'est une plainte* », et F1, M2, lignes 35 à 37 « *selon les plaintes des patientes...quand il y a des problèmes d'ordre sexuel* »), ou d'ordre plus générale (F2, M10, ligne 733-734 « *sur des douleurs abdominales ou douleurs pelviennes, les infections urinaires... où je vais demander "est-ce que ça arrive après des rapports?"* »).

Parmi les symptômes allégués, à noter ceux qui sont plus spécifiques de l'âge : les sécheresses vaginales et les troubles de l'érection (E2, ligne 34-35 « *si la personne évoque par exemple des troubles de l'érection, ou de sécheresse vaginale* », ou encore F1, M6, ligne 287 « *il y a quand même un motif de consultation régulier, ce sont les sécheresses vaginales et lésions des muqueuses* »).

Selon certains MG interrogés, les personnes âgées font parfois le lien entre leurs pratiques sexuelles et des symptômes (F2, M8, ligne 207 « *parce qu'ils me disent « ah bah tiens, j'ai eu un rapport et là j'ai attrapé un truc bizarre* » » et F2, M8, ligne 430 « *une lésion un peu ulcérée comme ça, en région génitale* »). Mais de façon exceptionnelle, car pour la plupart des participants, les personnes âgées ne font pas le lien (F1, M2, lignes 271-272 « *je ne sais pas s'ils vont jusque-là dans la réflexion en fait* » mais aussi F1, M2, lignes 333-334 « *Je ne suis pas persuadée ... qu'il y ait beaucoup de patients qui connaissent vraiment le lien* »).

1 – 11 Dysfonction sexuelle

Parmi les opportunités que le médecin peut et doit saisir, certaines présentent des caractéristiques communes : ce sont les troubles de la fonction érectile (E4, lignes 23-24 « *les troubles de l'érection, ...ils abordent ça spontanément* ») et les troubles de la libido (F2, M8, ligne 23 « *il a commencé à avoir vraiment une libido...et c'était compliqué à gérer dans un milieu EHPAD* »).

Le trouble sexuel peut être rapporté par la femme, aussi bien quand ça n'est pas assez (F2, M9, ligne 111 « *quand justement ça va moins bien chez le mari* »), mais aussi quand c'est trop (F2, M8, 321-323 « *la petite mamie m'a dit "mais non, mais ça risque peut-être de réveiller ma libido..., avec mon mari, on est très bien comme ça, je n'ai vraiment pas du tout envie de retrouver une vie sexuelle, des relations"* »). Le trouble sexuel peut également être rapporté par l'homme via une demande particulière (F2, M8, ligne 132 « *des demandes de Viagra* »).

1 – 12 Pathologies prostatiques

Les pathologies prostatiques constituent une entité à part comme occasion pour aborder la sexualité des personnes âgées (F2, M9, ligne 102 « *traitement de la prostate, en fait : soit une opération, une résection ou alors un cancer de la prostate* »).

Notamment lors de l'introduction d'un traitement pour l'hypertrophie de la prostate avec pour effet indésirable des risques de trouble de l'érection (F2, M10, lignes 747-749 « *introduction de traitement pour des problèmes d'hypertrophie de prostate, par exemple, je leur dis qu'il y a des risques de troubles de l'érection* »).

1 – 13 Effets indésirables de traitement

La thérapeutique peut donc également constituer une raison d'aborder la sexualité avec les personnes âgées, soit lors de l'introduction d'un nouveau traitement susceptible d'avoir une incidence, soit du fait des effets indésirables, amenant à sa remise en cause (F2, M8, ligne 33 « *en arrêtant l'antidépresseur, ça s'est un peu calmé* » ou F2, M10, ligne 51 « *ça s'expliquait en effet indésirable, du fait de ses traitements* »).

1 – 14 Influence liée au VIH

Reste enfin l'influence du VIH dans l'abord de la sexualité, que ce soit du fait d'une orientation sexuelle connue (E3, ligne 209 « *chez les homosexuels* ») ou en présence de facteurs de risque. Soit pour suivre des recommandations d'experts (E1, lignes 24-25 « *l'infectiologue nous avait dit « essayez de dépister le VIH chez tout le monde, sans discrimination sur l'âge, la catégorie*

sociale ou autre » », puis ligne 26 « j'ai rajouté le VIH dans mon bilan standard », mais aussi F1, M6, ligne 550-551 « on dit qu'il faut quand même qu'il y ait au moins un dépistage dans la vie, par exemple pour le VIH »).

2) Freins à l'abord de la sexualité

2 – 1 Rareté du motif

La rareté du motif de consultation revient souvent (E3, ligne 125 « *c'était un sujet qui, au-delà d'un certain âge, n'était vraiment pas du tout, pas du tout abordé* »). L'un des MG déclare que sa patientèle âgée n'est que peu concernée (E3, ligne 132 « *oui, ils sont moins concernés, oui.* ») et pas à risque selon lui (E3, ligne 87 « *parce que c'étaient des gens pas à risque* »). Du coup, il peut en résulter un manque de motivation de la part du MG (E3, ligne 30 « *c'est un sujet, d'abord, qui ne m'a jamais vraiment passionné* »).

Mais enfin, l'abord par le patient facilite les choses (E1, lignes 49-50 « *si on m'en parle spontanément, je vais répondre sans problème* » et F1, M3 ligne 56-59 « *si ça vient directement de la part des patients, dans ce cas, je ne rencontre pas forcément de frein* »).

2 – 2 Manque de formation

Le manque de connaissances et de formations des MG est cité à de multiples reprises. C'est même un leitmotiv (E2, lignes 52-53 « *pendant nos études, c'est un sujet qui n'a pratiquement pas été abordé, je crois même qu'il n'a pas été abordé du tout* », ou encore F2, M11, ligne 297 « *parce que je n'ai pas eu beaucoup d'expérience non plus, au cours de mes études de médecine, en gynécologie* » mais aussi F1, M5, ligne 535 « *je pense tout simplement, on n'a pas eu de cours de... enfin moi, je n'ai pas eu de cours de sexualité à la fac. On n'en a pas tant que ça non plus en formation médicale continue* »).

2 – 3 Manque d'information

Certains MG interrogés expliquent qu'ils manquent d'informations et notamment de chiffres sur le sujet pour être convaincus de l'intérêt de faire de la prévention sexuelle chez les personnes âgées (F2, M11, ligne 341-343 « *j'ai aucune idée en tout cas, sur le plan épidémiologique, quels sont les chiffres des infections sexuellement transmissibles chez la personne âgée de plus de 65 ans ?* » puis 348-349 « *je ne vais pas dire que c'est nul, mais je n'ai vraiment aucun chiffre en tête. Ce qui fait que ça ne me vient pas du tout à l'esprit quoi* », ou encore F1, M3, lignes 62-65 « *Je ne sais pas si c'est un sujet vraiment fréquent... Je n'ai pas assez de formation et d'information là-dessus pour le mettre en pratique régulièrement* », mais aussi E2, lignes 183-184 « *Enfin, je ne pense pas qu'il y ait moins de risques, mais bon ça c'est difficile à évaluer* » puis ligne 208 « *Je ne connais pas l'incidence des IST chez les personnes âgées.* » et enfin 216-217 « *Je ne pense pas que les études montrent une incidence importante des IST dans cette tranche d'âge... Je ne sais pas.* »), ce qui constitue indéniablement un frein.

2 – 4 Tabou social

Autre leitmotiv : le tabou social. Celui-ci peut venir du MG ou du patient (F1, M3, lignes 282 à 285 « *ce n'est pas toujours évident à aborder, je trouve...ça peut mettre un peu mal à l'aise. En tous cas, moi, ça me met un peu mal à l'aise de poser la question* », ou encore F1, M5, lignes 357 à 359 « *je pense qu'il y a le tabou de notre côté, de poser la question, et leur tabou à eux de nous demander des informations, ou nous demander des dépistages. Il y a vraiment un blocage des deux côtés* », mais aussi F1, M5, lignes 74 à 77 « *ça reste quand même un tabou, surtout avec les personnes de plus de 65 ans... On n'ose pas forcément trop aborder la question* »).

Mais ce tabou du patient semble tomber avec les remplaçants ou les internes (F1, M7, lignes 385 à 387 « *ils demandent sans complexe, on ne les connaît pas, on ne connaît pas leur famille...ils se disent « Bah, elle, elle ne va pas me juger »* »).

2 – 5 Craintes du médecin

Le malaise du MG lorsqu'il doit aborder ce sujet relève également de craintes multiples.

Tout d'abord la peur de rompre le secret professionnel (F1, M3, ligne 429 « *donc là, c'était un couple de plus de 65 ans. Et le mari est venu râler* ») ou une relation établie avec un patient de longue date (F2, M9, lignes 156-158 « *j'ai eu peur qu'elle le prenne mal. J'ai eu peur de rompre une espèce de confiance, et du coup je n'ai pas osé* », ou encore F1, M4, ligne 155-156 « *C'est un monsieur que je connais depuis 25 ans et je n'ai jamais vraiment osé lui poser la question de son orientation sexuelle, ni de ses habitudes* »).

Beaucoup de MG se trouvent en difficulté lors de l'abord de ce sujet. Ils craignent la réaction des patients (E2, lignes 49-50 « *on ne sait pas comment les gens vont réagir, et s'ils vont accepter d'en parler* », ou encore F2, M9, ligne 160 « *j'avais peur de sa réaction en fait* »).

De même, ils soulignent l'importance d'une relation de confiance déjà établie (E4, ligne 256 « *il va falloir déjà mettre en place une relation de confiance avec eux* » ou encore E1, lignes 162-163 « *ce n'est pas forcément un sujet qu'on aborde avec n'importe qui...un praticien qu'on connaît, en qui on a confiance* »).

Ils craignent que le patient se sente jugé (E1, ligne 35 « *est ce qu'ils vont avoir peur d'un jugement de ma part ?* », ou encore F2, M9, ligne 162 « *j'avais peur qu'elle se sente...jugée, stigmatisée* ») ou suspecté (E1, lignes 37 à 39 « *est ce qu'il va croire que je lui propose un bilan IST parce que je pourrais penser qu'il fréquente d'autres personnes que son conjoint ?* », ou encore F2, M10, lignes 230-232 « *c'est un monsieur qui est tellement discret, que de toute façon dès que je lui pose une question en fait, il est très suspicieux* »).

Beaucoup de MG ont peur de choquer le patient (F2, M8, lignes 422 à 427 « *si les personnes sont gênées quand elles ont l'impression d'être jugées, sur le plan de leur vie sexuelle...on a toujours un petit peu peur de choquer, quoi, les personnes âgées* »).

2 – 6 Les inadéquations

Sujet important pour expliquer les freins à l'abord de la sexualité avec les personnes âgées : les inadéquations.

2 – 6 – 1 Inadéquation par le sexe

La principale inadéquation et celle qui est rapportée le plus fréquemment, concerne le sexe. Et sous toutes ces combinaisons pour les MG hommes !

Que ce soit un MG homme avec un patient : le malaise viendrait à ce moment-là du patient (F2, M8, lignes 268-269 « *mon associé homme, avec lui, ils se sentent beaucoup plus gênés, parce qu'en fait il y a une sorte de pudeur* »), ce qui peut s'expliquer selon certains MG (F2, M8, ligne 275 « *avec leur médecin traitant homme, ils se sentaient un peu honteux d'avouer une petite baisse des performances* »).

Que ce soit un MG homme avec une patiente : le malaise pourrait alors survenir des deux côtés (F2, M11, ligne 293-295 « *j'ai beaucoup plus de facilité avec les hommes. Et, au contraire, les femmes, j'ai très, très peu d'expérience. Alors est-ce que c'est elles qui se sentent gênées ou peut-être moi qui ne suis pas à l'aise avec le sujet ?* »). Certains des MG interrogés suggèrent que c'est parce qu'ils sont de sexe opposé que les patientes n'osent pas (E4, lignes 32-33 « *chez la femme, c'est beaucoup plus rare. Alors peut-être parce que je suis un homme* »).

Il n'y a qu'un MG qui ne voit pas de différence de genre dans sa pratique (E1, ligne 48 « *autant à l'aise avec un homme qu'avec une femme* »). Et c'est une femme.

Curieusement, selon certains des MG interrogés, ce serait plus facile pour les patients hommes de parler à une femme médecin (F2, M8, lignes 272-277 « *ils en parleront plus facilement à une femme...on est beaucoup plus ouvertes, apparemment, à ce type de difficultés* »).

2 – 6 – 2 Inadéquation par l'âge

La seconde inadéquation rapportée concerne l'âge, et plus particulièrement la différence d'âge entre MG et patient (E1, ligne 51 « *il y a plus, oui, ce côté générationnel* »). Les jeunes MG ont cependant des craintes plus spécifiques (F2, M12, ligne 256 « *je pense que le fait d'être jeune, c'est plus un frein* », ou encore E1, lignes 51 et 52 « *j'ai peur de ne pas connaître tous les codes* », mais aussi E4, ligne 278 « *ils ont des petits à priori, peut-être, parce que je suis un jeune médecin ou parce que j'ai les cheveux longs*»). Par contre, les plus anciens se sentent plus proches des patients d'un certain âge (E2, lignes 58 à 62 « *le fait d'avoir l'âge des patients chez qui le problème peut se poser, c'est plus simple pour moi d'en parler, plutôt que d'en*

parler à quelqu'un qui serait plus jeune. Il peut y avoir une compréhension différente du problème »).

2 – 6 – 3 Inadéquation par la proximité

La dernière inadéquation concerne la proximité entre le patient et le MG, que ce soit sur le plan familial, amical ou relationnel (E2, lignes 310-311 *« en dehors des gens très proches, ou de la famille, des gens vraiment très, très proches... non il n'y a pas de frein »*). Certains MG rencontrent des difficultés avec des patients qu'ils suivent de longue date (F1, M4, ligne 155-156 *« C'est un monsieur que je connais depuis 25 ans et je n'ai jamais vraiment osé lui poser la question de son orientation sexuelle, ni de ses habitudes »*).

De la même façon, les patients ne se sentiraient pas à l'aise d'aborder ce sujet avec leur MG qui les suit depuis longtemps (F1, M1, lignes 363-368 *« Ce qui peut être un peu délicat dans la position de médecin traitant, c'est que si on suit un patient depuis longtemps, qu'on connaît sa famille, et que le patient sait qu'on suit sa famille, et notamment son conjoint... ça peut être compliqué pour lui de nous avouer avoir des relations à risque »*). Ce propos est confirmé par les MG de ville qui reçoivent plus facilement des patients de passage pour la demande d'un dépistage (F1, M5, lignes 376-377 *« je ne suis pas leur médecin traitant donc on peut tout dire. Et il ne va pas y avoir de jugement... Je ne vais pas faire des corrélations entre lui et sa femme »*).

2 – 7 Freins générationnels ou culturels

Des freins culturels sont également relatés par les MG, amenant à complexifier l'abord de la sexualité avec les personnes âgées (E2, ligne 48 *« il y a les freins culturels, hein, déjà »* et encore F2, M10, ligne 542 *« il y a vraiment cet aspect un peu socioculturel »*). Certains MG l'expliquent par le fait que l'environnement, le milieu ou l'ancienne profession des personnes âgées, donc le niveau socio-économique jouerait beaucoup sur les connaissances des personnes âgées concernant la sexualité et leur santé en général (F2, M10, lignes 548-550 *« le patient qui n'a pas quitté la campagne, le vrai campagnard... Je pense qu'il est beaucoup moins au fait de certaines choses »*).

Très proches des tabous sociaux, il y a les freins générationnels (E1, lignes 51-52 « *il y a plus ce côté générationnel, j'ai peur de ne pas connaître tous les codes* ») qui sont très présents pour les MG interrogés (F2, M10, lignes 716-717 « *on est vraiment sur des générations où il y a quand même beaucoup, beaucoup de tabous* »), avec notamment les non-dits de la part de cette génération (E1, lignes 60-61 « *Ça n'a pas forcément été abordé aussi facilement par le passé, il n'y avait pas cette parole aussi libérée qu'elle l'est aujourd'hui* ») qui se veut traditionnelle (F2, M10, lignes 956-957 « *Les personnes âgées qu'on voit aujourd'hui, c'est très traditionnel* »). Certains préfèrent encore se voiler la face et ne pas imaginer de sexualité chez les personnes âgées (E4, ligne 303 « *ils ont l'âge de nos parents ou grands-parents, et on se dit que (rire)...bah on ne préfère pas savoir* »).

Certains MG finiront par faire le constat qu'on ne peut pas généraliser, ce qui rajoute de la complexité à l'abord de la sexualité (F2, M10, lignes 550-553 « *leur état de santé, de façon générale, je ne peux pas comparer l'âge en fait. Tu vois, je vais avoir des patients de 70 ans qui font 10 ou 15ans de plus, et d'autres qui font 10 ou 15ans de moins... c'est assez compliqué je trouve de généraliser dans ces tranches d'âge...* »).

2 – 8 Oublis et omissions

Parmi les principaux freins, il convient de noter un élément cité à de nombreuses reprises : les oublis et omissions, avec des explications variées (F2, M9, ligne 119 « *sur le sujet des IST, moi, c'est vrai que je n'ai pas du tout ce réflexe* » ou F2, M8, ligne 139 « *je me rends compte que je n'ai pas vraiment réalisé chez ces personnes-là la recherche d'IST* »).

Parfois, l'oubli est rapporté à la méconnaissance du statut sexuel des personnes âgées (F2, M8, ligne 222 « *ceux qui sont seuls, on ne sait pas s'ils sont vraiment seuls ou s'ils ont peut-être des pluri-partenaires finalement, si on ne leur demande pas* »).

Finalement, la participation à l'étude amène à une prise de conscience (F2, M9, ligne 168 « *je n'y aurais jamais pensé ! je ne me serais même pas posé la question de l'aborder* »).

2 – 9 Fausse croyance

Parmi les autres freins à l'abord de la sexualité avec les personnes âgées, il convient de noter les « fausses croyances ». En fait, le MG a des idées qui peuvent être erronées. Et notamment celle que la sexualité s'éteint avec l'âge (F1, M3, lignes 111-113 « *ce mythe que les personnes plus âgées ont moins de relations, voire plus de relations, alors que, en fait, non. Mais je crois que c'est quand même ancré inconsciemment dans nos esprits* » mais aussi E4, lignes 64-66 « *les gens de plus de 65 ans, ils ont peut-être une vie sexuellement active, mais ça ne vient pas forcément au premier plan dans ma tête quoi... Mais alors pas du tout* »). Ou encore, ces fausses croyances peuvent justifier le fait de ne pas avoir abordé le sujet (E3, ligne 87 « *parce que c'étaient des gens pas à risque* »).

2 – 10 Le manque de temps

Le manque de temps est cité à plusieurs reprises comme frein à l'abord de la sexualité des personnes âgées. Les MG parlent de limite de temps lors des consultations (E4, ligne 213 « *on a un temps limité en consultation* » ou F2, M13, ligne 505 « *il y a aussi une question de temps de consultation* ») et peuvent avoir l'impression que c'est encore un ajout, mais secondaire, à leur tâche (F1, M3, ligne 560 « *et ça fait une chose de plus qu'on rajoute* »).

En effet, en terme de prévention, les MG ont déjà beaucoup de thèmes à aborder... (F2, M13, lignes 505-510 « *C'est que chez les patients de plus de 65 ans, on va commencer à leur parler de leur tension, de ce qu'ils mangent, de leur cholestérol, de leur diabète, qu'il faut qu'ils bougent, qu'il faut qu'ils mettent leurs vaccins à jour, qu'ils fassent leur mammographie, qu'ils fassent leur dépistage du cancer colorectal... et une fois qu'on a déjà fait tout ça euh..., finalement, les IST ce n'est peut-être pas ce qui nous paraît le plus important à voir en consultation* »).

Malheureusement, le constat est simple. Mais une solution pourrait voir le jour (F2, M12, ligne 517 « *C'est un peu toute la question de mettre en place des consultations de prévention dédiées* »).

2 – 11 Consultations en couple

Les consultations en couple font également office de frein (F1, M3, lignes 56-58 « *ce qui pourrait me bloquer, ce sont plutôt les consultations en couple. Quand les patients viennent à 2... Et c'est souvent le cas, et du coup ce n'est pas toujours facile d'aborder la sexualité* »).

Parfois facile à solutionner (F2, M10, ligne 451 « *quand ils viennent en couple, je fais sortir l'autre personne* »).

2 – 12 Troubles neuro cognitifs

L'un des gros freins également évoqué, mais peu détaillé, ce sont les personnes âgées avec des troubles neurocognitifs (F2, M8, ligne 29 « *en Unité de soins pour Alzheimer...le patient qui lui-même, avait en plus un petit syndrome frontal, donc, c'est vrai que ça a été une problématique* »). Peut-être une réelle difficulté, plutôt qu'un frein.

L'un des MG a voulu faire remarquer que dans certains cas, la demande de prescription d'un inhibiteur sélectif et réversible de la phosphodiesterase de type 5 comme le Cialis peut être préoccupante, notamment chez les couples dont l'un des partenaires a des troubles neuro cognitifs (F2, M10, lignes 184-186 « *c'est plus le consentement que les IST qui me préoccupe. Je suis plus vigilante à l'utilisation justement des Cialis etc. notamment, quand c'est monsieur qui demande, et que l'épouse, par exemple, peut avoir des troubles cognitifs* »).

2 – 13 Peu de freins pour certains

A l'inverse, il n'y a pas toujours de frein. Un MG a signalé qu'il proposait des dépistages VIH un peu plus systématiquement et qu'ils étaient bien acceptés (E1, lignes 40 à 42 « *quand j'ai proposé un peu plus régulièrement un dépistage du VIH... c'était quand même plutôt bien pris* »).

Enfin, deux MG ont déclaré avoir peu de frein dans ces circonstances (F1, M3, lignes 54-56 « *Ben moi, je n'ai pas tellement de frein vu que je n'en parle pas...si ça vient directement de la part des patients, dans ce cas, je ne rencontre pas forcément de frein* ») voire pas du tout (E3, ligne 57 « *Pour moi, non, aucune difficulté. Non, non, j'étais tout à fait prêt à en parler* »).

B. Les IST rencontrées et connaissances des personnes âgées selon les médecins généralistes

1) Les IST rencontrées en pratique

Autant les MG interrogés ont été prolixes sur les deux questions précédentes, autant ils vont se montrer réservés, voire circonspects, sur les IST rencontrées en pratique dans la tranche d'âge concernée et sur les connaissances des personnes de plus de 65 ans.

Une bonne partie d'entre eux n'a pas rencontré d'IST chez des patients de cet âge (F2, M10, ligne 400 « *moi c'est pareil, je n'en ai jamais eu* »), ou ne s'en souvient pas (E1, ligne 66 « *je n'en ai pas en tête* »). Pour d'autres, c'est rare (E2, ligne 87 « *ça arrive peu fréquemment, mais ça peut arriver, oui* »).

1 – 1 Les hépatites

Les plus citées des IST rencontrées chez les personnes de plus de 65 ans par les MG sont les hépatites. Sans distinction pour certains (E2, ligne 82 « *il y a déjà les hépatites* » ou E4, ligne 97 « *peut-être les hépatites* »), ou clairement identifiés pour d'autres. Hépatites B (E4, ligne 86 « *c'est l'hépatite B* ») et Hépatites C (F2, M9 , ligne 383 « *j'ai des patients de plus de 65 ans avec un antécédent d'hépatite C* » ou F1, M6 , ligne 159 « *finalement hépatite C positive* »).

1 – 2 La syphilis

La syphilis est l'une des IST la plus fréquemment citée par nos MG interrogés. (E2, lignes 83-84 « *j'ai déjà eu des patients qui ont été traités pour des syphilis* » ou F1, M4, ligne 163 « *oui, j'ai fait un diagnostic de syphilis secondaire* » et enfin F1, M2, lignes 174-175 « *un patient qui était VIH connu et avec une découverte de syphilis* »).

1 – 3 Le VIH

Le VIH revient fréquemment dans le verbatim, sans être cependant le plus rencontré chez les personnes âgées selon les MG (F1, M7, ligne 143 « *j'ai déjà eu des cas de VIH* » ou encore E3, ligne 94 « *des HIV, je n'en ai pas vu beaucoup dans ma patientèle en quarante ans. J'ai dû en voir deux ou trois* »).

1 – 4 Les autres

Chlamydiae, gonocoque et mycoplasme arrivent ensuite (E2, lignes 85-86 « *certain patients ont eu des salpingites, des gonocoques, des mycoplasmes, des chlamydiae* »).

2) Les IST connues

Remarques préliminaires ; les connaissances seront variables selon les patients (F2, M10, ligne 552 « *c'est assez compliqué, je trouve, de généraliser, dans ces tranches d'âge* » ou encore E4, ligne 288 « *évidemment qu'il y a des connaissances variables d'une personne à l'autre* », puis ligne 293 « *ça dépend de quel milieu ils sont. Ça dépend aussi de leurs pratiques sexuelles* »).

Autre remarque générale, concernant les patients ayant des pratiques à risque et notamment les homosexuels, les MG espèrent qu'ils sont les mieux informés (F2, M8, ligne 474 « *milieu homosexuel. Et donc, euh, bien souvent, eux sont plus à même de connaître toutes les IST* »), mais visiblement ce n'est pas le cas (F2, M10, lignes 478-479 « *Enfin visiblement, non, vu qu'ils ont quand même chopé quelque chose...* »).

Plusieurs participants estiment que les personnes âgées n'y connaissent pas grand-chose (E2, ligne 94 « *Mais leurs connaissances sont quand même assez peu larges, hein, au niveau des IST* »), voire pas du tout (F2, M12, ligne 483 « *non, je ne pense pas qu'ils connaissent* »). D'autres s'expliquent à ce propos (F1, M7, lignes 329-330 « *Je pense que par leur âge, ils ne se sentent pas concernés, ils rapportent ça plus à des maladies de jeunes.* »).

2 – 1 Le VIH

Le VIH recueille de nombreux suffrages et obtient la première place des IST connues des personnes de plus de 65 ans selon les MG interrogés (E2, ligne 91 « *depuis trente ans, c'est le SIDA qui tient le haut du pavé* », ou encore F2, M12, ligne 532 « *le VIH, ça fait des années qu'on en parle* », mais aussi E4, ligne 96 « *je pense que la plus connue, c'est le VIH* »).

2 – 2 La gonorrhée

La deuxième IST citée par les MG, par ordre de fréquence, est la gonorrhée (E4, ligne 104-105 « *après gonocoque...En fait, si, j'avoue. Après, ils appellent ça différemment, donc je pense qu'ils savent* »).

Effectivement, on la retrouve plus souvent à travers une expression triviale (F1, M3, ligne 93 « *la chaude pisse* »).

Même si le lien entre chaude pisse et gonorrhée serait à pondérer (F1, M4, ligne 197-198 « *Ils ne font sans doute pas le lien entre la chaude pisse et le gonocoque, mais ils connaissent probablement la chaude pisse* »).

2 – 3 Les hépatites

Les hépatites sont censées être connues de certains patients, sans certitude toutefois (E1, ligne 83 « *peut-être qu'ils connaissent les hépatites* » ou encore E4, ligne 97 « *peut-être les hépatites* »).

L'hépatite B est identifiée une fois avec plus de précision mais pour cause de vaccin (F1, M4, lignes 49-50 « *elle venait pour se faire vacciner contre l'hépatite B* »).

2 – 4 La syphilis

Les personnes âgées connaîtraient la syphilis (F2, M8, ligne 568 « *ça va être la chaude pisse, et puis la syphilis, quoi* », ou encore F1, M4, ligne 191 « *je pense qu'ils ont tous entendu parler du SIDA et de la syphilis* »). Mais l'avis n'est pas général.

Certains pensent que dans l'esprit des patients, elle n'existe plus (E2, lignes 95-96 « *les syphilis, les gens imaginent quand même que c'est quelque chose qui n'existe plus* » ou encore E4, lignes 107-108 « *une infection qui ne nous touche pas, tu vois, genre un truc lointain, du passé quoi* »).

2 – 5 Des symptômes évocateurs

Sont cités également comme connus des patients, certains symptômes des IST mais sans forcément savoir auxquelles les rattacher (E2, lignes 93-94 « *les balanites chez l'homme, les leucorrhées, les infections vulvovaginales* », ou encore E4, lignes 120-121 « *je pense plutôt sur les leucorrhées ou des urétrites, ce genre de sécrétions urétrales, ce genre de choses, je pense que oui, peut-être* »).

Mais cela reste à pondérer selon certains des MG interrogés (E4, lignes 119-120 « *après les douleurs, je pense que ça peut être plus dans leur tête "j'ai une infection urinaire" ou ce genre de chose* »).

2 – 6 Les non-connues

La majorité des MG interrogés pensent que les autres IST ne sont pas connues des personnes de plus de 65 ans (F2, M10, ligne 485 « *je pense qu'ils ne connaissent pas du tout*», E1, ligne 83 « *le reste, je dirais beaucoup moins* », mais aussi E4, lignes 100-101 « *gonocoque, chlamydiae, et même les HPV...je ne suis pas sûr qu'ils soient très au courant de ça* » ou encore E2, lignes 96-97 « *les gonocoques et toutes les autres...bon, là je pense qu'il n'y a pas beaucoup de connaissances, non* »).

3) Les complications des IST connues

Les connaissances des complications des IST attribuées par les MG aux personnes âgées se résument à une formule simple : Ignorance, sauf pour...

3 – 1 L'ignorance

Pour la plupart des interrogés, les personnes âgées ne connaissent pas les complications des IST (F1, M3, ligne 207 « *à mon avis ils ne connaissent pas* », mais encore E1, ligne 92 « *pas forcément, j'aurais tendance à dire que non* »). L'ignorance peut être attribuée à une absence d'éducation (E1, ligne 94 « *je ne suis pas sûre qu'ils aient eu réellement une éducation vis-à-vis de ça* »).

L'ignorance est parfois ciblée, par exemple sur la syphilis (F1, M1, ligne 220 « *la syphilis secondaire, je ne suis pas sûr qu'ils connaissent* »). De même, il est noté que les patients ne font pas forcément le rapprochement entre l'hépatite B comme IST et ses complications (E2, lignes 109-110 « *l'hépatite B...les gens ne font pas forcément le rapprochement* »).

3 – 2 Les exceptions

Elles concernent essentiellement le VIH (E4, ligne 113 « *les complications du VIH, immunodépression, tout ça, je pense qu'ils le savent* » ou encore E2, lignes 107-108 « *si on parle du SIDA, ils savent quand même que le risque c'est que c'est mortel* », ainsi que F1, M3, ligne 214 « *je pense que le seul, c'est effectivement le VIH... ils doivent s'imaginer que... ce sont des traitements lourds et une espérance de vie réduite* »).

Il y a peut-être un doute sur la connaissance des complications de l'hépatite B (E4, ligne 115 « *l'hépatite B, peut-être, oui* ») et des gonocoques (E1, ligne 98 « *ah si, pour la chaude pisse, peut-être* »).

4) Les risques de transmission des IST connus

4 – 1 Transmission par voie sexuelle

En ce qui concerne les risques de transmission des IST, les MG attribuent peu de connaissances aux personnes de plus de 65 ans en dehors de la transmission sexuelle en général (E2 , lignes 116 – 117 *«je crois que c'est quand même très centré sur la transmission sexuelle. Sexuelle sous toutes ses formes, hein. Que ce soit orale, vaginale, anale ou...voilà »*), mais pas toujours sur tous les modes de transmission sexuelle (F1, M1, ligne 233 *« je ne suis pas certaine que le mode de transmission oro-génital, ils connaissent vraiment le risque »*).

En résumé, le seul mode de transmission connu de ces patients semble être, pour la plupart des MG, la voie sexuelle (E1 , ligne 110 *« ils ne connaissent pas forcément d'autres biais d'attraper ces pathologies »* et E4, lignes 131-132 *« Mais je pense que pour la plupart des gens... enfin, c'est dans le titre lui-même hein, "infections sexuellement transmissibles". Pour eux, c'est une transmission sexuelle et c'est tout quoi »*).

4 – 2 Risques d'exposition au sang

Mais certains pensent que leurs patients sont quand même informés d'autres risques de transmission que la voie sexuelle. Cela vient essentiellement des informations concernant le VIH (E3, ligne 101 *« c'est quand même un sujet qui était très vulgarisé. Oui ils connaissent les risques de transmission »*).

Les risques d'exposition au sang sont connus selon certains (E1, ligne 106 *« à une époque, il y a eu des accidents de transfusion sanguine »*), et même en ce qui concerne les hépatites (E2, lignes 124-126 *« en ce qui concerne les hépatites, les gens vont plutôt rattacher ça à une exposition au sang, que ce soit par transfusion, à la suite de soins dentaires ou de suites opératoires chirurgicales »*).

5) Les moyens de prévention connus

Les principales connaissances attribuées aux personnes âgées sont les préservatifs et peut être les vaccins. Par contre, la connaissance du dépistage est plus controversée.

5 – 1 L'abstinence

Nous commencerons par une Lapalissade : l'abstinence est un moyen de prévention des IST connu des personnes âgées (E3, ligne 123 « *oui, l'abstinence* »).

5 – 2 L'ignorance

L'incertitude concernant les connaissances des personnes de plus de 65 ans à propos des moyens de prévention semble quand même être la principale réponse. Selon certains, cette ignorance touche l'ensemble de la population (F1, M5, ligne 346 « *l'ignorance sur la prévention des IST, elle ne s'arrête pas à 65 ans. Je pense que c'est dans toutes les générations.* ») ou serait plus générationnelle (F1, M3, ligne 395 « *chez les plus de 65 ans actuels (...)...ce n'était pas tellement leur génération* »).

Pour certains MG, les moyens de prévention actuellement mis en avant, ne sont pas considérés comme tels pour les personnes de plus de 65 ans (F2, M10, ligne 602 « *je ne suis pas persuadée que l'histoire du papillomavirus, ça va beaucoup plus les faire tilter*»). Selon d'autres, les moyens de prévention sont mieux connus de la population plus jeune (F1, M3, lignes 89-90 « *on peut imaginer que les plus jeunes font peut-être plus attention parce qu'ils font partie d'une génération qui a été plus informée* »).

5 – 3 Le préservatif

Pour la plupart, les MG pensent que leurs patients âgés connaissent le préservatif, comme moyen de prévention contre les IST (F1, M3, ligne 235 « *ils savent que le préservatif protège* », ou E1, ligne 113 « *je pense qu'ils connaissent le préservatif* », ou encore E2, ligne 130 « *ils connaissent principalement le préservatif* »).

Même si certains en doute (F1, M3, ligne 395 « *chez les plus de 65 ans actuels, je crois qu'ils n'ont pas tellement connu le préservatif...ce n'était pas tellement leur génération* »), notamment sur son utilisation dans cette population (E2, lignes 134-135 « *ils savent que c'est un moyen de prévention. Mais je ne suis pas sûr que quand la situation se présente, ils l'utilisent* »).

De même, l'usage du préservatif ne semble pas forcément attribué à prévenir le risque de contamination (F2, M8, ligne 806 « *je pense qu'à partir d'un certain âge, le préservatif n'est pas tellement associé à la protection des IST. Il est plus associé au fait qu'on voulait se protéger d'une grossesse* »).

D'autres soulignent le fait que l'utilisation du préservatif, passé un âge, peut être difficile (F2, M10, lignes 835-837 « *Ce n'est quand même pas hyper pratique hein. Enfin moi, je n'imagine pas une personne âgée, qui a soit de l'arthrose, soit des petits tremblements, etc., ouvrir son petit truc, pour essayer de le mettre, avec peut-être déjà des difficultés à avoir une érection...* »), ce qui peut contribuer à rendre les patients non observants (E1, lignes 112-113 « *je pense qu'ils connaissent le préservatif. Après euh, s'ils savent comment l'utiliser... Et à quelle fréquence ils l'utilisent...* »).

5 – 4 Les vaccins

Certains MG estiment que les personnes âgées ont des connaissances sur la prévention des IST par les vaccins, que ce soit pour l'hépatite B (F1, M4, lignes 49-50 « *elle venait pour se faire vacciner contre l'hépatite B. Donc elle, elle était consciente des risques* »), ou pour le HPV (F2, M11, ligne 589 « *le HPV, maintenant, ça va être un peu plus connu, avec la vaccination qui a été médiatisé* »).

Encore faut-il qu'ils l'associent (F2, M10, ligne 602 « *je ne suis pas persuadée que l'histoire du papillomavirus, ça va beaucoup plus les faire tilter* », ou encore F1, M2, lignes 333-335 « *Je ne suis pas persuadée qu'il y ait beaucoup de patientes qui connaissent vraiment le lien au final entre le HPV et le cancer du col* », mais aussi F1, M4, lignes 301-302 « *La vaccination contre l'hépatite B ? C'est un moyen de prévention, mais je ne suis pas sûre qu'ils le connaissent* »).

Certains trouvent des explications à cette ignorance, notamment pour le HPV (F2, M8, lignes 616-617 « *C'est un peu normal que des personnes plus âgées n'est pas du tout ce réflexe et cet automatisme, parce que ce virus-là n'existait même pas de leur temps quoi, si on peut dire* »).

5 – 5 Le dépistage

Le dépistage serait très peu connu par les personnes âgées de plus de 65 ans, selon les MG interrogés.

Il peut être cité au sens large (E1, ligne 115 « *les dépistages, je ne sais pas s'ils sont sensibles à ça* »), ou centré sur une pathologie, comme avec les examens gynécologiques et frottis pour le dépistage du cancer du col (F2, M12, ligne 671 « *elles ne comprennent souvent pas en fait quand on leur dit qu'il faut refaire un examen. Elles disent « mais pourquoi ? je suis ménopausée, je n'ai plus d'activité* » »). En ce qui concerne le dépistage du VIH, ce serait limité (E4, lignes 149 « *je ne pense pas qu'ils connaissent le TROD pour le VIH* »).

5 – 6 Sensibilité des femmes

Un point particulier à signaler : selon la plupart des MG interrogés, les femmes sont supposées mieux connaître la prévention que les hommes (F1, M1, ligne 254 « *puis les femmes sont peut-être plus sensibilisées* » et F1, M3, ligne 273 « *les femmes ont quand même des consultations qui sont plus centrées sur la santé sexuelle, avec le suivi gynéco* »).

C. Situations amenant au dépistage des IST chez les personnes âgées, informations à transmettre et moyens de transmission de ces informations

1) Les situations amenant à réaliser un dépistage

1 – 1 Changements de situation

La situation qui revient le plus souvent concerne les changements de situations, avec les séparations, les rencontres de nouveaux partenaires (F1, M5, ligne 405 *«chez les couples qui se séparent... au moment d'un changement »*, mais aussi E1, lignes 122-123 *« au moment des changements de partenaires, ou s'il y a eu un adultère »*, ou encore F2, M9, lignes 120-122 *« Et notamment aussi quand on a des nouveaux couples hein, parce que ça, ça arrive souvent aussi. Après un veuvage, après des divorces... »*).

1 – 2 Partenaires multiples

Mais également lors de connaissance par le MG de partenaires multiples (F2, M10, ligne 959 *« patients qui ont connu plusieurs partenaires dans leur vie »*).

1 – 3 A l'occasion d'un bilan

Viennent ensuite à l'occasion de prescription de bilans, qu'ils soient systématiques (F2, M13, ligne 959 *« c'est plus facile de faire un dépistage systématique »*), ou de prévention, voire de suivi (E1, lignes 120-121 *« dans des bilans de prévention ou dans des bilans de suivi »*), ou qu'ils soient dans le cadre d'un bilan étiologique (F1, M3, lignes 445-446 *« quand on fait un bilan d'hépatite, ou des choses comme ça, ou d'adénopathie, ben c'est vrai que je mets les sérologies dedans systématiquement »*, ou encore E2, lignes 258-259 *« ou en fonction d'anomalie biologique...un problème de transaminases par exemple élevées »*).

1 – 4 En cas de symptômes

Mais le plus souvent, la proposition de réaliser un dépistage reste le résultat de symptômes évocateurs, que ce soit sans précision (E1, ligne 123 « *en cas de symptômes* ») ou avec plus de signes d'orientation (F1, M5, ligne 408 « *quand ils ont des symptômes, comme des troubles urinaires, des démangeaisons* ») et ainsi en profiter pour élargir le dépistage (E2, lignes 265-266 « *s'il y a un point d'appel IST, on peut, à ce moment-là, aborder le sujet et peut être élargir le dépistage non pas au simple symptôme, mais à l'ensemble des IST* »).

1 – 5 A la demande des personnes âgées

Il reste le cas de la réponse à la demande de la personne âgée (E4, ligne 157 « *dans le cas de découverte de symptômes en lien, ou si le patient est demandeur* », ou encore F1, M5, lignes 411-412 « *Pour moi, c'est quand ils ont effectivement eux-mêmes fait la demande de faire la prescription* »), ou en réponse à l'inquiétude de la personnes âgées (F1, M2, lignes 456-457 « *elle n'avait pas de symptôme, mais elle avait peur d'avoir quand même quelque chose* », ou encore E2, lignes 146-148 « *lui il a plus de quatre-vingts ans, elle, elle doit avoir un petit peu moins. Et en fait, elle s'inquiétait de savoir si son mari n'avait pas une IST, par rapport à l'aspect de son sperme* »).

Certains maintiennent que s'il n'y a pas de demande de la part de la personne âgée, ils ne proposeront pas de dépistage systématique (E2, lignes 274-275 « *s'il y a une demande, oui. S'il n'y a pas de demande, non, je ne pense pas que j'aborderai le sujet...* »), mais tout en restant vigilant à des demandes masquées (E2, ligne 275 « *La demande, elle peut être masquée aussi* »).

1 – 6 Temps nécessaire et pédagogie

Autres remarques, pour l'un des MG, le dépistage sera réalisé quand il en a le temps (E1, lignes 121-122 « *je me dis : est-ce que j'ai le temps d'en parler ou pas ?* »). Un autre tient à dire qu'il faut de la pédagogie vis-à-vis des patients (E4, ligne 273 « *je leur dis pourquoi je cherche, ouais, je leur explique* »).

2) Les informations à transmettre

Avant d'aller plus loin, il semblait indispensable de recenser les messages à faire passer vis-à-vis des personnes âgées de plus de 65 ans concernant les IST. On peut considérer qu'il y a 4 catégories de messages.

2 – 1 Les IST concernent tout le monde

Le principal message qui ressort est que les IST concernent tous les âges (F1, M7, ligne 472 « *que tout le monde est concerné* », F2, M9, ligne 638 « *les IST, c'est à tous les âges...*»). Certains MG interrogés iront jusqu'à dire que les messages à faire passer sont les mêmes que pour les plus jeunes (E1, ligne 127 « *les mêmes conseils qu'aux patients plus jeunes* »), en partant du principe que s'il y a une sexualité, il existe un risque (E2, ligne 183 « *il n'y a pas moins de risques* », ou encore E4, ligne 190 « *à partir du moment où il y a une vie sexuelle active, tout le monde peut être touché* »).

Une mention spéciale concerne surtout les nouveaux partenaires et les recompositions (E2, lignes 175-176 « *c'est souvent à l'occasion de recompositions, de nouveaux partenaires, qu'ils peuvent à ce moment-là poser et évoquer ce problème* »).

2 – 2 Faites-vous dépister contre les IST, des soins sont possibles !

Le deuxième message important qui ressort est l'existence de dépistage et de soins possibles (F1, M2, ligne 478 « *en tous cas, ça peut se dépister, et que l'intérêt, c'est de se soigner* »). Il faut pouvoir promouvoir le dépistage aussi aux personnes âgées (F2, M8, ligne 692 « *faire du dépistage individuel, ça reste toujours utile* », ou encore E1, ligne 129 « *proposer un dépistage* », E3, ligne 139 « *faire de la prévention, hein, essentiellement ...le dépistage* »).

2 – 3 La prévention, c'est d'abord le préservatif

L'un des messages qui est à faire passer selon les MG interrogés est que la prévention primaire porte sur le préservatif (F1, M3, ligne 493 « *le préservatif, c'est la prévention primaire* », ou encore F2, M8, ligne 647 « *leur dire que le préservatif reste utile* »), et point essentiel :

qu'importe l'âge ! (E1, ligne 128 « *quel que soit l'âge du patient, j'aurais tendance à lui parler du préservatif* »).

2 – 4 Faire de la pédagogie

Les derniers, mais importants messages, concernent la pédagogie :

2 – 4 – 1 Informer

Il faut répondre à la demande des personnes âgées et leur donner les informations (E2, lignes 168-169 « *si effectivement ils évoquent le problème, c'est qu'ils veulent des réponses et là, c'est notre rôle effectivement de les informer* »).

2 – 4 – 2 Rappeler les symptômes évocateurs

Il faut sensibiliser les personnes âgées aux symptômes évocateurs d'IST, devant les amener à consulter (F2, M12, ligne 704 « *leur rappeler les symptômes qui peuvent amener à consulter* » ou encore E4, ligne 195 « *il faudrait peut-être les sensibiliser un peu plus sur les IST* »).

2 – 4 – 3 Rappeler les risques de transmission

Il semble important pour les MG interrogés de sensibiliser davantage les personnes âgées sur les risques de transmission et les moyens de prévention (E4, ligne 199 « *les sensibiliser sur les moyens de transmission et les moyens de prévention* »).

3) La transmission de ces informations

3 – 1 Des moyens déjà existants

A la question des moyens possibles de transmettre ces informations aux personnes âgées, certains MG interrogés signalent qu'il y a déjà des moyens existants (E2, ligne 199 « *Ah bah ça l'est déjà. Ça existe déjà, hein* »). Mais ceux-ci seraient à améliorer.

3 – 2 Les affiches et brochures

La première proposition qui vient à l'esprit des participants, ce sont les affiches en salle d'attente (F1, M3, ligne 565 « *un système d'affiches en salle d'attente* », ou encore F2, M8, ligne 799 « *une affiche disant : « les préservatifs c'est pour tout le monde* » », mais aussi F2, M12, ligne 929 « *je pense qu'une brochure ou une affiche en salle d'attente peut aider* »).

Selon les MG, les affiches sont un bon moyen d'engendrer une réflexion chez les personnes âgées (F1, M3, lignes 566-567 « *que certaines personnes se posent la question et nous posent la question, s'ils se sentent concernés* ») et d'initier une discussion si elles se sentent concernées.

Pour certains, l'affichage doit être amélioré et cibler davantage les personnes âgées de plus de 65 ans (F1, M5, ligne 577 « *on voit plutôt des gens assez jeunes sur les affiches de dépistage HIV. Il faudrait qu'ils mettent un patient un peu plus âgé* »), ce qui permettrait de les faire se sentir plus concernés.

En effet, les affiches existantes cibleraient encore trop les jeunes selon eux (F1, M5, lignes 578-580 « *quand ils mettent un patient un peu plus âgé sur l'affiche, il a la cinquantaine quoi... donc euh, ça reste encore jeune, on va dire. Ça exclut encore les plus de 65 ans là* »). D'autres proposent des solutions (F1, M5, lignes 582-583 « *une personne avec une canne...bien comprendre qu'il a pourquoi pas, 70 ans quoi* » ou encore F1, M3, ligne 584 « *Un patient avec des cheveux blancs* »).

Pour d'autres, l'affichage peut être réalisé sous forme de chevalet sur le bureau du MG, ce qui serait alors plus « percutant » (F2, M13, ligne 779 « *le médecin avait un petit chevalet qui*

disait : « le dépistage du VIH, c'est pour tous les âges » ») et ce qui faciliterait l'abord du sujet lors de la consultation, ou des suivantes.

3 – 3 Les campagnes publicitaires

Viennent ensuite les campagnes publicitaires, mais notamment sur papier (F1, M1, ligne 595 « *campagne de pub sur le journal ou sur Télérama* »), ce qui serait plus adapté à l'âge. En effet, ce constat ressort plusieurs fois (F1, M1, ligne 593 « *Les personnes de plus de 65 ans, ce sont celles qui arrivent avec le journal découpé* »). Un MG fait d'ailleurs remarquer la faible importance à cet âge des réseaux sociaux (E2, ligne 200 « *ce sont des gens qui ne vont pas trop sur les réseaux sociaux* ») et donc la nécessité de poursuivre le déploiement de ces informations par d'autres biais.

Mais pour les plus « high tech » des personnes âgées, ces informations pourraient également être transmises par le biais de spots publicitaires sur les sites de rencontre dédiés aux personnes âgées (F1, M4, ligne 598 : « *il y a les sites de rencontre sur internet, c'est pour les plus de 50 ans...ajouter des petits spots publicitaires* »).

Certains types de campagnes connus sont évoqués en exemple, sur lesquels s'appuyer afin de mieux divulguer l'information et de manière plus durable, tout en incluant davantage cette population (F2, M9 , ligne 898 « *c'est de faire des campagnes, sur 1 mois, type octobre rose* »).

3 – 4 Les revues du troisième âge

La presse, télévisée ou écrite, est citée comme moyen connu de transmettre ces informations (E2, lignes 200-201 « *les revues, les informations télévisées, les magazines qui abordent ce sujet* »). Peut-être faudrait-il appuyer davantage sur la presse spécialisée pour le troisième âge pour un meilleur impact (E2, lignes 201-202 « *maintenant, il y a quand même des revues qui s'adressent aux personnes du troisième âge* »).

3 – 5 Invitation au dépistage

L'un des MG propose que l'assurance maladie s'investisse plus (E1, lignes 186-187 « *une invitation au dépistage personnel, envoyée par l'assurance maladie, à la maison* »), comme c'est le cas pour les invitations au dépistage du cancer colo rectal ou du cancer du sein.

3 – 6 Les voies non médicales

Cette question appelle cependant quelques remarques. L'une d'elles insiste sur le fait qu'il y a de plus en plus de voies non médicales qui transmettent ces informations (E2, ligne 203 « *il y a plus de voies, de canaux non médicaux, qui apportent ces informations* »), pouvant remettre en doute la pertinence des contenus et leurs impacts.

D. Rôle du médecin généraliste dans la prévention des IST chez les personnes âgées et élaboration de stratégies de dépistage

1) Rôle du médecin généraliste

1 – 1 Rôle central du médecin généraliste

Pour la plupart, c'est le rôle du médecin traitant d'informer et d'aborder le sujet de la sexualité et sa prévention avec les personnes de plus de 65 ans, avec quelques doutes parfois (E4, ligne 211 « *ça pourrait être notre rôle aussi* »), mais le plus souvent avec assurance (E1, ligne 160 « *c'est LE rôle du médecin généraliste* »).

Certains pensent qu'il ne faut pas déléguer ce rôle (F1, M7, ligne 511 « *je ne pense pas qu'il faut déléguer ça, en leur disant, bah, par exemple aux femmes « allez voir le gynéco* » »). D'autres rappellent le rôle central que le MG tient (E1, lignes 165-166 « *le rôle du médecin généraliste est essentiel. Il est même central* »).

1 – 2 Relation médecin/patient et cadre

Il ne suffit pas de dire que le rôle du MG est primordial, encore faut-il expliquer pourquoi. Les raisons avancées sont les suivantes : contacts réguliers (F1, M5, ligne 533 « *c'est important que le médecin généraliste s'en charge, parce que c'est effectivement lui qui voit le plus souvent son patient* »), proximité (E2, ligne 159 « *ce sont les patients qu'on connaît* »), relation de confiance (E1, ligne 163 « *un praticien qu'on connaît, en qui on a confiance* » ou encore ligne 164 « *c'est le meilleur cadre finalement pour ces personnes-là, d'aborder ces sujets qui peuvent être délicats* »).

1 – 3 Savoir aborder, informer et proposer avec tact et mesure

Le MG sera le plus à même d'adapter sa stratégie pour aborder le sujet (E2, lignes 163-164 « *s'il y avait un doute sur leurs pratiques, peut-être, oui, ce serait notre rôle d'aborder ces*

sujets »). Il sera celui qui saura évaluer, aborder, proposer des solutions (F1, M2, ligne 545 « en parler avant, pour pouvoir ensuite aborder le sujet et savoir ce qu'ils connaissent...et puis ce qu'on peut leur proposer »), sans pour autant faire d'inquisition (E2, lignes 167-168 « si le patient n'évoque pas qu'il a des partenaires multiples, moi je ne vais pas leur demander directement, je n'entre pas dans le sujet »).

1 – 4 Rôle d'informateur

C'est aussi un rôle d'information. Il faut déjà commencer par répondre aux questions des patients (E1, ligne 142 « *c'est important d'en parler* », ou encore E2, lignes 168-169 « *si effectivement, ils évoquent le problème, c'est qu'ils veulent des réponses et là, c'est notre rôle, effectivement, de les informer* » et enfin E4, ligne 231 « *on a un rôle d'informateur* »).

1 – 5 Le médecin généraliste, un pilier en termes de prévention

Le MG doit jouer son rôle dans la prévention (E1, lignes 147-148 « *c'est important de faire, peut-être une petite piqûre de rappel sur l'importance de la prévention, qu'importe l'âge* », ou encore F2, M12, ligne 928 « *oui, je pense que ça fait partie de notre rôle de prévention. Comme toute la prévention en général* »).

Certains font remarquer que la prévention va être néanmoins amenée à se développer et se modifier (F2, M11, ligne 918 « *je pense en tous cas que c'est tout à fait notre rôle, je pense que notre rôle dans la prévention va se développer* »).

1 – 6 Négligence de la part du médecin généraliste

Certains des MG interrogés prennent conscience d'une certaine négligence en termes de prévention sur la santé sexuelle dans cette population (E1, ligne 143 « *je me demande si on n'a pas tendance à négliger ces choses chez les patients arrivés à un certain âge* », ou encore ligne 146 « *après un certain âge, on devient peut-être un peu plus laxiste* », mais aussi F2, M8, lignes 138-139 « *c'est vrai, que je me rends compte que je n'ai pas vraiment réalisé chez ces*

personnes-là, ben, la recherche d'IST » puis ligne 143 « on a l'impression qu'à partir d'un certain âge, ils ne risquent plus rien »).

Les antécédents d'IST font partie des situations qui devraient pousser le MG à renouveler le dépistage. Mais passé un âge, ce n'est plus réalisé (F2, M9, ligne 365 « *c'est vrai que même quand il y a eu des antécédents d'IST, après 65 ans, je dirais que je passe* »).

2) Stratégie de dépistage à l'avenir

2- 1 Pas de modification

La stratégie de dépistage à l'issue de cette enquête, et de la potentielle prise de conscience pour certains, ne semble pas s'être sensiblement modifiée (F1, M5 , ligne 661 « *là, on va peut-être y penser un peu plus, ces quinze prochains jours. Mais bon, après on va revenir sur nos vieilles habitudes* ») et parfois en avançant des raisons concernant le patient (E1, lignes 184-185 « *il faut que la personne aille au laboratoire pour se faire dépister, donc il faut déjà qu'elle-même soit convaincue* »).

2 – 2 Pas de dépistage systématique

De même, certains MG persistent à ne répondre qu'à la demande (E2, lignes 274 « *s'il y a une demande, oui. S'il n'y a pas de demande, non* »), précisant qu'ils ne feront pas de dépistage systématique du VIH (E2, ligne 285 « *je ne vais pas faire un VIH systématiquement* ») et surtout pas sans l'accord de la personne (E2, ligne 286 « *déjà pas sans demander à la personne si elle veut le faire* »).

Même si pour d'autres, un dépistage systématique serait plus facile à proposer (F2, M13, lignes 965-966 « *des fois, c'est plus facile de faire un dépistage systématique* »).

2 – 3 Pas de dépistage ciblé

Certains trouvent le dépistage ciblé difficile (E1, ligne 179 « *un dépistage ciblé ? Enfin, non. C'est difficile de cibler* »), car il serait source de jugements (F2, M13, lignes 970-971 « *parce qu'en ciblant, on risque de se dire "Ben celui-là, je pense que peut-être..." et donc on va émettre des jugements* »), ou de malaise (F2, M13, lignes 975-976 « *on risque de mettre les gens mal à l'aise ou d'être nous-même plus mal à l'aise* »), ce que l'on veut éviter.

D'autant que le dépistage concerne tout le monde et tous les âges (E1, lignes 180-181 « *pour moi, ça concerne un peu toutes les générations* »).

2 – 4 Aborder plus systématiquement

Enfin, on note quand même quelques stratégies plus interventionnistes, en proposant déjà d'aborder le sujet de manière plus systématique (F1, M6 , ligne 552 « *on pourrait l'aborder plutôt comme quelque chose de systématique en fait* »), et ce, par étapes (F1, M5, lignes 519-521 « *en parlant plus facilement de la sexualité, les IST pourront être effectivement abordées d'une façon beaucoup plus, on va dire, naturelle, dans la continuité des choses* »), pour un meilleur résultat et adhérence (E1, lignes 215-216 « *peut-être qu'en ouvrant ainsi le dialogue, le patient viendrait ensuite plus spontanément nous en parler* »), pouvant alors aboutir à une question précise (E4, ligne 263 « *est ce qu'ils ont fait un bilan récemment, ou même une fois dans leur vie ?* »).

2 – 5 Cibler les situations à risque

On trouve également une attitude déjà relevée au départ de ce travail, mais pas toujours évidente à mettre en pratique : cibler les situations à risques (E2, lignes 164-166 « *les gens qui ont des comportements plus... euh, vagabonds, bon, là on doit aborder le sujet* »).

Le fait d'aborder de manière plus systématiquement le sujet, permettrait de cibler davantage les personnes âgées à risque (E1, lignes 214-215 « *peut-être qu'on apprendra des choses et qu'on arriverait peut-être plus à cibler justement les personnes qui sont plus à risque* ») ce qui permettrait alors de donner des informations et les conduites à tenir.

2 – 6 Preuves à l'appui : donner des chiffres

Point particulier à noter, quelques MG interrogés demandent des preuves de l'intérêt du dépistage avant d'agir (F1, M6, ligne 630 « *s'il y a des preuves qu'il y a un intérêt à dépister tout le monde, je pense que je ferai un effort pour élargir mon dépistage* »).

3) Evaluation des pratiques par l'utilisation d'une grille de recueil

Une question subsidiaire a émergé après avoir appris qu'un autre travail de thèse allait s'attacher à produire une grille d'évaluation des pratiques destinée à favoriser le dépistage des IST dans la population générale par les MG.

Selon les participants interrogés cela permettrait d'aborder plus facilement le sujet (E1, lignes 211-212 « *je pense que ce serait intéressant, oui. Déjà ça nous poussera à nous pencher sur la question et aborder le sujet* », ou encore F1, M1, ligne 667 « *Ça donnera une base. Une base, un appui, une excuse entre guillemets pour aborder le sujet* »), et d'y penser plus facilement (F1, M5, lignes 662-663 « *on va en tout cas y penser au moment où on a l'audit devant les yeux* »).

Cela permettrait un meilleur ciblage (E1, lignes 214-215 « *donc, peut-être qu'on apprendra des choses et qu'on arriverait peut-être plus à cibler justement les personnes qui sont le plus à risques* »).

La grille de recueil pourrait permettre de faire évoluer les choses concernant la prévention et dépistage des personnes âgées sur les IST (F1, M5, lignes 663-666 « *il y aura quand même forcément derrière un apprentissage personnel déjà, de ce que je fais, et de ce que je pourrais faire, et on va forcément un petit peu évoluer. Peut-être pas énormément, mais on va faire un petit pas en avant, ça c'est sûr.* » et enfin F1, M6, ligne 691 « *Parce que rien que d'y penser, finalement, c'est déjà améliorer* »).

IV. Discussion

A. Discussion des résultats

1) Aborder la sexualité chez les personnes âgées

En pratique, avant de pouvoir parler d'IST et de prévention en termes de santé sexuelle lors d'une consultation, l'abord de la sexualité et de la vie intime est nécessaire. Notre objectif principal étant d'explorer la perception des MG concernant les connaissances des personnes de plus de 65 ans sur les IST, il nous a néanmoins paru indispensable de connaître les modalités et circonstances d'abord de la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans par les MG.

Nous avons pu ressentir nettement une réticence de la part des MG. Ils se réfugient souvent derrière des prétextes : rareté de la situation, mais ils acceptent de répondre à la demande des patients, qui peut parfois être une demande spontanée, ou encore un motif caché. La plupart d'entre eux avoue ne pas se sentir à l'aise. Certains préfèrent même botter en touche en disant que les femmes ont plus souvent recours à des gynécologues, des sage-femmes, voire des MG femmes (allégation des hommes).

Ils profitent néanmoins d'occasions ou d'opportunités, voire utilisent des subterfuges, pour aborder la sexualité : bilans pré opératoires, bilans étiologiques, changements de situation avec connaissance de partenaires multiples dans la vie des personnes âgées, nouveaux partenaires, symptômes évocateurs,...

Il est alors remarqué que souvent le point d'entrée est la nécessité de dépister le VIH, globalement accepté, et qui devient ensuite une opportunité à élargir aux autres IST.

Un aparté quand même : certains profitent de la constitution du dossier des nouveaux patients pour aborder la sexualité, ou encore de l'échelle de Hamilton dans le bilan de dépression.

Tout ceci n'est pas spécifique de l'âge, mais cela concerne aussi les personnes âgées.

Par contre, certaines pathologies, plus directement en rapport avec l'âge permettent d'aborder la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans : plaintes en rapport avec une dysfonction sexuelle, notamment les troubles de l'érection ou les sécheresses vaginales, pathologies prostatiques, effets indésirables liés aux thérapeutiques.

Pour satisfaire les attentes des séniors et faciliter le dialogue, le MG doit instaurer une relation de confiance, de respect et de confidentialité ainsi qu'adopter une attitude bienveillante. Il pourrait aborder le sujet dans le cadre d'une prise en charge globale, attendue par les patients âgés, avec l'utilisation de questions ouvertes. Le MG pourrait informer que ce sujet fait partie de son champ d'action et pourrait suggérer à la personne âgée de se tourner vers lui en cas de besoin sur la santé sexuelle, tout en rappelant le secret médical et la possibilité de consulter seul.

2) Freins à l'abord de la sexualité chez les personnes âgées

Après avoir recueilli les occasions d'aborder la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans en pratique courante, nous avons voulu connaître les freins ressentis par les MG à cet abord avec leurs patients âgés. Les MG ont été beaucoup plus loquaces à ce propos : c'est un véritable florilège de freins qui nous a été rapporté. Mais toutes ces réponses méritent qu'on s'y attarde et qu'on s'attache à y apporter des solutions.

La fausse croyance selon laquelle la sexualité n'existe plus au troisième âge, la rareté supposée des IST chez les personnes âgées, le manque de connaissances de chiffres (fréquence, incidence) ne permettent pas de responsabiliser le MG. La réponse paraît simple à apporter : la communication des chiffres. Compte-tenu de la hausse de la découverte de la séropositivité chez les personnes âgées, il serait utile de s'intéresser à l'incidence des autres IST dans cette population. A l'aide de ces chiffres, comme nous le montre notre étude, les MG seraient probablement un peu plus convaincus de l'intérêt de faire de la prévention auprès des seniors et pourraient plus aisément proposer des dépistages aux personnes âgées en les utilisant dans leur argumentaire.

Le tabou social (gêne supposée du patient, gêne avérée du MG), les freins culturels et générationnels ainsi que les inadéquations d'âge et de sexe, vécus par le MG comme un handicap, pourraient se résoudre par une formation adaptée. Les domaines cognitifs comprennent le savoir, le savoir-faire et le savoir être. Ici, il s'agit clairement de savoir-être. Et en pédagogie, on n'aborde pas le savoir être par des cours magistraux, mais par des jeux de rôles, des mises en situation, avec ou sans miroir sans tain.

Pour aider le MG à entreprendre le dialogue sur la prévention sexuelle, des formations seraient donc utiles et bienvenues. En effet, la plupart de nos MG interrogés rapportent un manque de formation sur le sujet et évoquent un besoin de formations complémentaires, pensant être les interlocuteurs privilégiés pour les questions touchant à la vie affective, intime et sexuelle de leurs patients, et ce même chez les plus âgés. Mais déjà, commencer par régler un problème basique, en recevant les membres d'un couple séparément, par exemple.

Au-delà de la formation dispensée dans le cadre des études pour l'obtention du DES de Médecine Générale, une formation spécifique en santé sexuelle pourrait être envisagée afin que les MG acquièrent des connaissances et compétences plus approfondies sur le sujet. Des groupes de travail dans des formats types groupes BALINT ou jeux de rôle pourraient alors être à envisager. Dans ce sens, certaines facultés proposent une formation de sexologie de quelques heures, et on retrouve des cours gratuits en ligne type « MOOC » (la santé sexuelle pour tous) qui permettent d'acquérir une approche globale de la santé sexuelle.

Le manque de temps, qui peut d'ailleurs être générateur d'oublis, mais encore plus d'omissions, pourrait trouver sa solution dans des consultations dédiées sur la prévention ou programmées sur un temps plus long.

Et c'est le cas depuis le 25 janvier 2024, l'Assurance Maladie vient de mettre en place des bilans de prévention (57) destinés à toutes les personnes dans les tranches d'âge suivantes : 18-25 ans ; 45-50 ans ; 60-65 ans et 70-75 ans. Pour ce faire, les patients sont invités à préparer le bilan de prévention à l'aide d'un auto-questionnaire (non obligatoire) avant de prendre rendez-vous avec leur MG. En ce qui concerne les tranches d'âge qui nous intéressent dans notre travail, l'auto-questionnaire aborde des questions précises concernant leur sexualité afin d'identifier les facteurs de risque.

Si d'autres MG se montrent définitivement récalcitrants à l'abord de la sexualité avec les personnes âgées, il serait intéressant de pouvoir leur proposer d'orienter leurs patients âgés vers des infirmières ASALEE ou IPA formées pour couvrir ce besoin. Il serait alors utile d'inclure dans leurs parcours de formation initiale un module sur la vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées.

Le recours à des outils, tel qu'un chevalet sur le bureau du MG avec un texte percutant comme « Les IST concernent tout le monde », pourrait être une porte d'entrée au dialogue en matière de prévention sexuelle dans la population générale, mais également donner matière à réflexion pour les personnes âgées, ce qui pourraient les inviter à en parler les fois suivantes.

Par ailleurs, des outils pourraient être utilisés pour améliorer la communication et l'évaluation des besoins en santé sexuelle. Nos recherches nous ont permis de trouver des outils déjà existants sur lesquels les MG pourraient s'appuyer : EX-PLISSIT ou encore BETTER (ANNEXE 4). Un travail de thèse est également en cours sur l'élaboration d'une grille d'évaluation de bonnes pratiques du dépistage des IST, qui pourrait être utilisée comme base pour la proposition d'un dépistage chez les personnes âgées.

Pour faciliter l'abord de la sexualité tout en restant dans le cadre d'une prise en charge globale, l'élaboration de référentiels pour les MG afin d'accompagner les femmes, les hommes et les couples à l'apparition des dysfonctionnements sexuels liés à l'âge pourrait être utile.

Malheureusement, tout ne peut pas forcément se résoudre, notamment les cas de patients porteurs de troubles neurocognitifs qui représentent une réelle difficulté pour les MG. Dans ces cas de figure, une coordination avec les médecins gériatres semble utile, avec par exemple un recours aux équipes mobiles de gériatrie qui pourrait être à exploiter.

3) Les IST rencontrées chez les personnes âgées

En ce qui concerne les IST rencontrées chez les personnes de plus de 65 ans, c'est le flou total. Tout d'abord parce qu'il aurait peut-être fallu demander aux participants de faire un relevé de cas sur leurs dossiers avant de participer. Mais à ce moment-là, on enlevait toute la spontanéité qui constitue un des gros avantages de la méthode qualitative. Un seul MG s'est penché spontanément sur la question avant la réalisation du deuxième Focus Group et un autre avait un accès direct à son logiciel médical durant le premier Focus Group.

Incontestablement, quand les MG citent les IST rencontrées chez les personnes de plus de 65 ans, ce sont les hépatites et la syphilis, puis vient le VIH. Ils ont aussi rencontré quelques cas de gonococcie et d'autres IST, citant davantage les symptômes que leurs noms. Là encore, cela n'a pas valeur d'audit, c'est du ressenti.

Manifestement, la fréquence des IST rencontrées semble faible chez les personnes âgées selon les MG interrogés. Cependant, celles-ci peuvent difficilement être diagnostiquées si elles ne sont pas dépistées. D'autant qu'elles ne seront pas dépistées, si les fausses croyances persistent. Pour faire évoluer les fausses croyances, il faut pouvoir donner des chiffres.

Cela mériterait donc de faire l'objet d'une étude sur la prévalence des IST chez les seniors. Cependant, les chiffres statistiques qui en ressortiront, devront être interprétés avec prudence, dans la mesure où les diagnostics d'IST ne seront qu'un reflet indirect du nombre de nouvelles contaminations, car ils dépendent aussi du dépistage, qui varie actuellement et indéniablement selon l'âge. Or, le BEH montre que la réalisation d'un test de dépistage dans l'année précédant le diagnostic est moins fréquente chez les personnes âgées que chez les plus jeunes, et que les personnes âgées sont plus nombreuses à n'avoir jamais été testés pour les IST.

4) Les connaissances des personnes âgées concernant les IST

Pour ce qui est des connaissances des personnes âgées de plus de 65 ans, que ce soit sur l'existence des principales IST, leurs complications, la transmission, et les moyens de prévention de celles-ci, elles paraissent minimales pour les MG interrogés.

4 - 1 Les IST à priori connues

Le VIH est largement en tête en ce qui concerne les IST que les MG estiment connues de leurs patients âgés. Ils invoquent pour cela le battage médiatique fait dans les années 80-90. Ils semblent oublier néanmoins que les personnes qui ont aujourd'hui plus de 65 ans en avaient... plus de 25 ans quand le VIH est apparu et peut être que ceux-ci étaient déjà en couple ou avec des enfants, et donc ne se sentaient pas forcément concernés par la prévention réalisée.

La deuxième IST présumée connue des personnes âgées de plus de 65 ans serait la gonorrhée, mais généralement citée par les participants sous le surnom de « chaude pisse ». Il est à se demander si le succès de sa notoriété n'est pas plus dû à son surnom trivial qu'à de véritables données statistiques.

Puis viennent les hépatites, avec d'ailleurs un amalgame pour certains des MG, entre l'hépatite B et l'hépatite C. Il persiste cependant un doute sur la connaissance de la transmission sexuelle par les personnes âgées concernant les hépatites, avec comme hypothèse que le principal mode de transmission connu reste sanguin, du fait de la médiatisation à l'époque de transfusions de sang contaminé.

Curieusement, selon les MG interrogés, les personnes âgées de plus de 65 ans semblent ignorantes de la persistance de la syphilis, estimant sans doute que cette pathologie n'existe plus. Pourtant, selon les chiffres, celle-ci est en augmentation.

Pour ce qui est des autres IST, que ce soit les chlamydioses ou le mycoplasme, elles semblent peu ou pas connues des personnes âgées selon les MG interrogés. Il est probable que certains symptômes évocateurs des IST soient connus des personnes âgées, mais sans forcément savoir auxquelles les rattacher.

A noter que le HPV n'a jamais été évoqué comme connu des personnes âgées de plus de 65 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les stratégies d'éradication du HPV se sont majoritairement déployées ces dernières années.

4 – 2 Les complications des IST connues

Les connaissances présumées des personnes âgées sur les complications des IST se résument à une peau de chagrin. A part que le VIH présente un risque vital, c'est le vide intersidéral.

On peut se demander cependant si cette impression d'ignorance n'est pas le reflet des difficultés et de la réticence à aborder le sujet par les MG et leurs fréquentes omissions, plutôt que d'une véritable ignorance. Là encore, un travail directement auprès des personnes âgées, qu'il soit qualitatif ou quantitatif, serait sans doute utile, pour conforter ou infirmer ces impressions.

A noter, que la question des complications connues des personnes âgées de plus de 65 ans par les MG, n'a pas été posé au cours du deuxième Focus Group, ni au cours du troisième entretien semi dirigé. En effet, la perception des connaissances des IST par les personnes âgées auprès de ce groupe de MG étant déjà très pauvre, il a été considéré par la thésarde que la réponse à la question des complications potentiellement connues des personnes âgées, serait nulle. Cette question a alors été volontairement omis par la thésarde, afin de ne pas enliser davantage les échanges, qui se présentaient déjà difficiles à diriger.

4 – 3 Les moyens de transmission connus

En ce qui concerne les moyens de transmissions connus des personnes âgées de plus de 65 ans, là encore cela se résume essentiellement par une transmission sexuelle. Mais tous les modes de transmission sexuelle ne seraient pas connus de cette classe d'âge selon les MG interrogés, notamment les risques des rapports oro-génitaux.

Comme l'un des interrogés le souligne, cela peut s'expliquer par le fait que l'intitulé des IST se définit par « infections sexuellement transmissibles ».

Grace notamment aux risques d'exposition au sang et les procédures mises en place essentiellement en pré opératoire, mais aussi à la médiatisation à l'époque d'accidents transfusionnels, les risques de transmission par exposition au sang pourraient être connus de certaines des personnes âgées.

A noter que les autres modes de transmission n'ont pas été cités, notamment pour la grossesse ou l'allaitement. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces modes de transmission ne concernent absolument plus les personnes âgées.

4 – 4 Les moyens de prévention connus

Le chapitre de la prévention mérite d'être individualisé. Le mot clé est « Préservatif ». Son intérêt semble cependant plus connu que son usage. Mais là encore, pour en parler, il faudrait sans doute séparer ceux qui avaient 25 ans dans les années 80 (années SIDA), des plus de 85 ans actuels, qui avaient déjà plus de 45 ans dans les années 80, et qui n'avaient alors pas les mêmes pratiques sexuelles et ne se sont donc probablement jamais posé la question de l'utilisation d'un tel morceau de latex.

La prévention par les vaccins semble être beaucoup moins connue. Cela peut s'expliquer aussi par leur apparition plus tardive, surtout en ce qui concerne le vaccin anti HPV, et par les polémiques concernant le vaccin anti-hépatite B, soupçonné jadis d'être pourvoyeur de scléroses en plaques, ce qui n'a d'ailleurs jamais fait l'objet d'une campagne de démenti.

Très peu cité, le recours à un dépistage semble quasi totalement ignoré des personnes âgées, si l'on en croit les MG interrogés. Encore faudrait-il qu'ils soient informés du lien qui existe entre dépistage possible et les IST. On peut se demander à qui reviendrait cette tâche pédagogique.

Dernier point cité : les femmes seraient mieux informées et plus sensibilisées à la prévention, du fait de leurs habitudes de dépistage des cancers du sein et du col utérin, par le biais d'un suivi conjoint avec leur gynécologue et/ou sage-femme, et de leur intérêt plus marqué pour la santé sexuelle. Cela reste à démontrer, mais il n'est pas impossible de penser qu'à plusieurs professionnels de santé, on ait plus de chances qu'à un seul, de faire cet effort pédagogique.

5) Les situations amenant à réaliser un dépistage

A propos des situations qui pourraient amener les MG à réaliser un dépistage, après avoir participé à cette étude, les résultats sont plutôt décevants. La mesure d'impact immédiat – qui ne préjuge cependant pas de l'impact à distance, très incertain cependant – semble très réduite.

On pourrait presque faire un « copier-coller » avec la question de l'abord de la sexualité avec les personnes âgées : profiter des opportunités, bilans pré opératoire et étiologiques, changements de situation avec connaissance de partenaires multiples ou de possibilité de nouveaux partenaires, symptômes évocateurs. Là encore, rien de spécifique à l'âge.

Cependant, il est à noter qu'un constat ressort : la proposition de dépistage pourrait être réalisée si le temps de consultation le permet, car l'associer à de la pédagogie semble indispensable pour les MG interrogés. C'est à nouveau dans les consultations dédiées préventives aux âges clés que pourraient résider la solution.

6) Les informations à transmettre aux personnes âgées

Il est plus intéressant de se concentrer sur les messages à transmettre aux patients, et en ce qui concerne cette étude, aux personnes de plus de 65 ans. En effet, c'est ce qui va déterminer notre stratégie d'information et de dépistage, et peut être nous donner des raisons d'espérer.

Curieusement, la question des informations à transmettre a été à l'origine de réponses orientées pour les patients, ce qui était recherché, mais également à l'attention des MG. Et c'est peut-être là qu'apparait la prise de conscience des participants.

6 – 1 Les messages destinés aux personnes âgées

- Les IST concernent tout le monde : il faut éviter les fausses croyances ! (Et celles des MG aussi...) A partir du moment où il y a une sexualité quelle qu'elle soit, il y a des risques.
- Il faut être attentif en cas de changements de situation, que ce soit veuvage, divorce, séparation : il y a la possibilité d'un nouveau partenaire et donc de risques.

- Le dépistage et des soins existent et sont possibles à tout âge : il ne faut pas hésiter à les demander à son MG en cas de situations à risque.
- La prévention, c'est d'abord le préservatif.
- Ne pas hésiter à en parler avec son MG : son rôle est d'être un informateur.

6 – 2 Les messages destinés aux médecins généralistes

- Il faut toujours répondre à une demande des patients : elle peut cacher une anxiété qu'on ne soupçonne pas. Attention aux motifs cachés !
- Il faut informer les patients des symptômes évocateurs d'une IST pour éviter les biais ou les retards diagnostics.
- Il faut faire davantage de pédagogie en ce qui concerne les moyens de transmission et de prévention. Notamment rappeler les risques des rapports oro-génitaux.

7) Transmission de ces informations

A propos des façons de transmettre les informations, les avis divergent. Nous en revenons à un inventaire des moyens déjà existants (affiches en salle d'attente, presse écrite, radiophonique, télévisuelle, campagnes préventives).

Néanmoins, certaines propositions sont un peu plus pertinentes, comme d'améliorer les affiches existantes en ciblant davantage les personnes âgées, ou choisir des revues orientées vers le troisième âge pour faire passer des messages.

On relève aussi des propositions plus originales, comme les chevalets posés sur le bureau du MG, et comportant un message clair. Cela a été utilisé lors des campagnes d'audit du Groupe Lorrain d'Audit médical, ou de campagnes épidémiologiques du Réseau Epidémiologique Lorrain, avec un certain succès. Le patient qui lit ce message est amené à engager la conversation avec le MG, et à poser des questions.

Last but not least (selon la formule consacrée des anglophones), les voies non médicales peuvent être plus efficaces que les voies médicales. Mais il ne faut pas oublier que les personnes âgées ne sont pas nées avec les réseaux sociaux et ne les utilisent pas ou peu. De

plus, certains peuvent douter de leur pertinence. C'est donc peut être à éviter, ou en tout cas il ne faut pas délaissier les autres moyens.

8) Le rôle du médecin généraliste

Selon les MG interrogés, le rôle du MG dans la prévention de la santé sexuelle chez les personnes âgées reste central et primordial. C'est celui qui voit le plus souvent et le plus régulièrement le patient : il constitue le premier pilier sur lequel repose la santé, même sexuelle, et le premier recours aux soins. Le MG connaît ses patients, et établit une relation de confiance sur plusieurs années. C'est donc à lui d'aborder le sujet selon nos MG interrogés.

Il faudra sans doute, pour atteindre plus facilement cet objectif, lui en donner les moyens : le former à la communication. Car selon une formule bien connue en pédagogie : « celui qui a des idées mais ne sait pas les exprimer, n'est pas plus avancé que celui qui n'en a pas » (Périclès).

Il faut également que le MG prenne conscience que la sexualité existe bel et bien chez les personnes âgées, et donc que les risques aussi. Le MG ne doit pas laisser de question sans réponse. En tant qu'informateur, il se doit d'expliquer sans malaise et proposer des solutions, notamment via la prévention et le recours au dépistage.

9) Les stratégies de dépistage

Pour ce qui est des stratégies de dépistage à mettre en place à l'avenir : les occasions en pratique pour proposer un dépistage à cette population sont les mêmes que précédemment.

Les échanges auront montré que selon les MG interrogés, le dépistage systématique serait une proposition, car plus facile à mettre en pratique. Le dépistage ciblé ne serait pas une solution, car pourrait être source de jugements de la part des MG, ce que l'on veut justement éviter. D'autant que la voix des MG interrogés à ce stade des échanges est quasi unanime sur le fait que le dépistage concerne tout le monde et tous les âges.

Cependant, une attitude plus interventionniste émerge, en proposant déjà d'aborder le sujet de la sexualité de manière plus systématique avec cette population, et ce par étapes, jusqu'à pouvoir aboutir à une question plus précise qui serait celle de savoir si des dépistages concernant les IST ont déjà été réalisés, récemment ou au moins déjà une fois dans leur vie.

Le fait d'aborder de manière plus systématique le sujet, permettrait de cibler davantage les personnes âgées à risque selon les MG interrogés et ainsi pouvoir les informer des conduites à tenir et des moyens de prévention qui existent.

Par ailleurs, un point très important est à noter : plusieurs MG demandent à être convaincus pour être convaincants. En clair, ils demandent des chiffres sur l'incidence et la fréquence des IST dans cette tranche d'âge. En fait, ils demandent à appliquer la méthode pédagogique résumée par la formule AIDDA (Attirer l'attention, susciter l'Intérêt, faire sa Démonstration pour susciter le Désir, et obtenir l'Approbation, voire les Acclamations). Donnons-leur les chiffres pour qu'ils puissent susciter l'intérêt.

10) Evaluation des pratiques par utilisation d'une grille de recueil

Le principe de l'audit de pratique consiste à mesurer l'écart entre la pratique constatée et le référentiel qui constitue un idéal. La mise à la disposition des MG d'une grille de recueil de leur pratique concernant le dépistage des IST leur permettrait de s'auto évaluer. La répétition de la mesure à distance permet de prendre conscience de l'amélioration individuelle ou collective. En fait, l'audit permet de faire la différence entre ce que l'on fait et ce que l'on croit faire.

Cette méthode pourrait donc être utilisée comme un outil en pratique courante pour le MG afin d'améliorer la prévention et le dépistage des IST chez les personnes âgées. Un travail de thèse est en cours sur la réalisation de cette grille de recueil de pratique qui pourra être mise à disposition des MG.

B. Discussion de la méthode

Notre étude peut se révéler intéressante, car elle se veut exploratrice sur un sujet de santé publique, mais également de société, en proie à la stigmatisation et à une évolution dans la population des plus de 65 ans.

1) A propos du panel de médecins

Dans une étude qualitative, le panel des participants doit comprendre des membres de toutes les catégories, de MG dans le cas présent, mais sans forcément que la représentation soit proportionnelle à la réalité de terrain, afin d'obtenir un échantillon hétérogène permettant d'avoir le reflet de la diversité des opinions.

1-1 La répartition par sexe

Dans cette étude, le panel de MG correspondant aux critères d'inclusion et qui ont accepté de participer à l'enquête, comprenait :

- 12 femmes
- 5 hommes

Selon les données recueillies via l'Assurance Maladie (58), en 2021, les hommes représentaient 56% de l'effectif total des MG en France, et les femmes 44%.

Dans notre étude, le panel de femmes représente environ 70% de l'effectif, et le panel d'hommes environ 30%.

1-2 La répartition par l'âge

En 2021, la moyenne d'âge des MG hommes en France était de 55 ans et 47 ans pour les femmes. 34% des MG en France ont plus de 60 ans. Plutôt âgée, la profession tend à se féminiser avec les jeunes générations.

Dans notre étude, les tranches d'âge sont toutes représentées :

- 8 médecins de 29 à 39 ans ;
- 3 médecins de 40 à 50 ans ;
- 3 médecins de 51 à 60 ans ;
- 3 médecins de plus de 60 ans.

On observe un plus grand nombre de MG interrogés entre 29 et 39 ans, probablement par proximité d'âge avec la thésarde. Parmi ces 8 médecins, 6 sont des femmes et 2 sont des hommes. Ce qui concorde avec le fait que la Médecine Générale se féminise.

Il apparaît également que les femmes sont dans l'ensemble plus jeunes, ce qui se confirme en calculant la moyenne d'âge des hommes (50 ans) et celle des femmes (43 ans). Les plus de 60 ans représentent un peu moins de 20% de l'effectif des médecins interrogés.

1-3 Le mode d'exercice

Différents modes d'exercice sont représentés au sein de ce panel de MG :

- 14 médecins en exercice, dont 13 en exercice libéral et 1 salarié en Maison d'Accueil Spécialisée
- 2 remplaçants
- 1 retraité (actif : cumul emploi – retraite)

Selon les données de la DREES (59), de 2012 à 2021, l'exercice libéral se raréfie ; les MG sont de plus en plus nombreux à choisir un exercice mixte, combinant des activités libérales et salariées, ou le salariat exclusif. Notre étude n'est pas tout à fait représentative sur ce point.

1-4 L'implantation géographique

L'implantation géographique est diversifiée à l'échelle de la Moselle :

- 8 urbains
- 7 semi – ruraux
- 2 ruraux

1-5 La formation sur la sexualité

Au sein de notre panel, 9 MG ont eu une formation à la faculté concernant la sexualité, les 8 autres MG n'en ont pas eu. Il est intéressant de constater que ce sont les jeunes MG qui ont eu une formation sur la sexualité : ils ont tous entre 29 et 36 ans, sauf un MG de 45 ans. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit d'un ancien infirmier, qui a repris le cursus du DES de Médecine Générale sur le tard.

1-6 Diplômes et formations supplémentaires

- 7 Maitres de Stage des Universités
- 4 D.U. de gynécologie
- 1 stage au CeGIDD
- 1 DES de Maïeutique
- 1 D.U. de santé de l'enfant

Une constatation générale : les MG ayant accepté de participer à cette étude ont de bonnes raisons de s'y intéresser, soit du fait de leur formation, soit du fait de leurs centres d'intérêt.

2) Points faibles de l'étude

Bien que nous ayons essayé de la mener le mieux possible, notre étude est loin d'être parfaite, puisqu'elle comporte plusieurs points faibles. Pour commencer, il aurait été certainement plus pertinent de réaliser une étude similaire directement auprès des personnes de plus de 65 ans.

2-1 A propos du recrutement des médecins généralistes

L'inclusion des MG étant basée sur le volontariat, un « biais de sélection » est inévitable. La façon dont les MG ont été recrutés a pu les influencer. Certains MG ont peut-être participé parce qu'ils n'ont pas osé décliner la proposition. D'autres ont certainement participé parce qu'ils comprenaient notre sujet et y portaient un réel intérêt.

Il s'agit d'une étude exploratrice sur un échantillon de population relativement faible. Ainsi, notre étude n'est pas représentative de l'ensemble des MG mosellans, et encore moins sur le plan national. De plus, la majorité des MG ayant répondu favorablement à l'étude sont inscrits dans une FMC, comme l'AMMPPU.

Une correction a cependant été apportée, en réalisant quatre entretiens semi-dirigés auprès de MG avec des caractéristiques peu présentes dans les deux Focus Groups : des hommes et des MG plus âgés.

2-2 A propos des entretiens et focus group

Au cours d'un travail de recherche qualitative, l'investigateur doit guider la discussion tout en restant suffisamment en retrait pour observer et laisser s'exprimer les interrogés. Mais en pratique, du fait de la complexité du sujet, nous avons dû reformuler des questions, voire parfois suggérer des pistes de réponses. Par moment, il est arrivé que ce n'étaient plus totalement des questions ouvertes et neutres. Ainsi, dans une certaine mesure, nous avons peut-être influencé involontairement les entretiens.

Lors de la retranscription des échanges, il est apparu que certains propos auraient mérité d'être explicités davantage. Cela n'a pas toujours été possible lors des échanges dynamiques liés aux Focus Group.

2-3 A propos de la méthode

Des faiblesses liées aux Focus Group sont à signaler. Certains MG s'exprimaient plus que d'autres, et il était parfois difficile, selon la formule consacrée, « d'aller chercher les muets et de faire taire les bavards ».

De plus, la méthode des Focus Group a peut-être inhibé certains MG, plus timides que d'autres, ou ne voulant pas exprimer leurs idées devant leurs confrères. Les entretiens semi-dirigés évitent cela, mais ils ne permettent pas de surenchérir sur des propositions des autres participants.

Certains MG n'ont pas développé leurs idées, ou parlaient par ellipses, ce qui a pu occasionner une perte de données.

2-4 A propos du codage

Il s'est avéré lors de la transcription, que certaines phrases étaient ambiguës et pouvaient être interprétées de plusieurs façons. Parfois, certaines phrases au sein d'un même entretien pouvaient être contradictoires. C'est notamment dans ce contexte que la triangulation des données a pris tout son sens, vérifiant que les propos avaient été codés de la même façon et ne retenant pas ceux qui n'étaient pas clairs.

3) Forces de l'étude

L'un des principaux points forts de notre étude est le choix de la méthodologie, c'est-à-dire la méthode qualitative, et notamment par la réalisation de groupes de discussion permettant aux participants d'échanger et d'argumenter entre eux. L'objectif était de récolter un maximum d'informations en faisant émerger diverses opinions grâce aux débats, tout en encourageant la liberté de parole.

Notre sujet étant complexe voire tabou, la réalisation de Focus Group l'a rendu plus accessible. De plus, cette méthode est particulièrement adaptée pour mesurer le ressenti des MG, concernant l'identification des freins et leviers à l'abord de la sexualité avec les personnes âgées.

La méthode qualitative via des Focus Group retrouve tout son sens pour la suite également : l'identification des messages à transmettre aux personnes âgées, les canaux de transmission, le rôle du MG, et l'élaboration de stratégies afin d'améliorer la prévention sexuelle des personnes de plus de 65 ans.

Le fait d'avoir renforcé ces données par des entretiens semi dirigés a permis de compléter la variété des résultats. Certains MG ayant pu développer une réflexion plus approfondie sur le sujet.

L'utilisation de la même trame du guide d'entretien pendant toute la durée de l'étude a permis de constater la saturation des données, puisque les deux derniers entretiens semi dirigés n'ont plus apporté d'éléments nouveaux.

La lecture indépendante du verbatim des Focus Group et des entretiens semi dirigés par la thésarde et par la co-directrice de thèse a permis de minimiser les divergences d'interprétation. La triangulation des données ainsi récoltées contribue à la validité interne de notre étude et garantit l'objectivité du codage.

L'un des points forts de cette étude réside notamment dans son aspect innovant. En effet, selon nos recherches, aucun travail n'a encore été publié sur la prévention des personnes âgées concernant les IST dans notre société actuelle en proie aux changements.

Nous attendons patiemment le rapport actualisé de l'étude « E3S : Enquête Sexualité et Santé Sexuelle » débutée au 3ème trimestre 2022, dont les premiers résultats sont attendus dans le courant du premier semestre 2024 et qui a pour objectif d'étudier les pratiques sexuelles et préventives de la population générale en France, âgée de 15 à 89 ans.

Alors que la tranche d'âge des plus de 60 ans était jusqu'à présent quasi exclue des politiques de prévention en termes de santé sexuelle, cet élargissement de la population générale au troisième, voire quatrième âge est une chose inédite.

C. Cohérence de notre travail avec la littérature

Afin de permettre la validité externe d'une étude, il faut pouvoir la comparer à des études semblables. Il va sans dire que de nombreuses études ont été faites et publiées concernant d'une part, la sexualité chez les personnes âgées, et d'autre part les IST. Par contre, elles sont beaucoup moins nombreuses à s'être intéressées aux IST chez les personnes âgées, et encore moins aux connaissances des personnes âgées sur les IST.

Aborder la sexualité avec les personnes âgées de plus de 65 ans et ses freins :

Notre travail porte en première partie sur l'abord de la sexualité par les MG chez les personnes de plus de 65 ans et ses freins. Nous avons conscience que ce type de travail avait déjà été effectué récemment, mais il nous semblait important de connaître les occasions d'aborder la sexualité avec les personnes âgées au cours des consultations de Médecine Générale, avant d'entamer le principal sujet qui était d'explorer la perception des MG concernant les connaissances des IST par les personnes âgées.

En effet, une thèse de médecine a été réalisée en 2022 à propos de la perception des MG à la communication autour de la sexualité des plus de 60 ans et a été présentée lors du Congrès National de Médecine Générale de 2023 (60). Les résultats de la partie qualitative de cette étude sont concordants avec les nôtres. Les MG interrogés exprimaient une gêne ressentie par les patients âgés comme par eux même, mais aussi une peur d'être intrusif. Ils confessaient également ne pas savoir comment entreprendre le dialogue, et parfois un manque d'implication de leur part, voire une négligence en évitant le sujet. Les freins culturels et générationnels étaient également cités, bien que les médecins de cette étude aient, comme nos interrogés, conscience des changements actuels, avec notamment une certaine liberté sexuelle. Le temps comme frein était aussi retrouvé, ainsi que le manque de formation.

Parler de prévention sexuelle de manière plus systématique permettrait de dédramatiser le sujet (61). Un travail de thèse a été réalisé sur les réticences et attentes des personnes âgées concernant leur sexualité et la place de leur MG (62). Les résultats qui en découlent sont que le MG doit instaurer une relation de confiance et aborder le sujet dans le cadre d'une prise en charge globale, avec l'utilisation de questions ouvertes.

Par ailleurs, l'OMS essaye d'améliorer la qualité de l'offre de santé sexuelle en orientant la formation des professionnels de santé dans la BCS (63).

Connaissances des personnes de plus de 65 ans concernant les IST :

En ce qui concerne la perception par les MG des connaissances des personnes de plus de 65 ans concernant les IST, aucune étude n'a été réalisée. Le N° 130 de la revue *Exercer* (64) traite des connaissances des patients sur les IST en médecine générale, mais il n'est pas spécifique de la tranche d'âge de notre étude. C'est cependant l'une des études la plus proche de la nôtre. Le niveau de connaissances sur les IST ressortait globalement bon, mais l'étude mettait en lumière l'existence d'inégalités sociales de santé en matière d'IST. En effet, les facteurs prédictifs forts de bonnes connaissances sur les IST reposaient sur des antécédents de dépistage et le niveau d'études élevé. Éléments que nos MG interrogés ont également suggéré concernant les connaissances des personnes âgées de plus de 65 ans sur les IST.

La revue *Médecine et Maladies infectieuses* traite à de nombreuses reprises des IST et de leurs connaissances au sein de plusieurs populations différentes, mais pas chez les personnes âgées de plus de 65 ans, et donc non comparable à notre étude.

La fréquence et incidence des IST chez les personnes âgées ont été demandées à plusieurs reprises par nos MG interrogés. S'il est difficile de disposer de chiffres sur la contamination des IST en général pour les plus de 65 ans, des études sur la séropositivité par le VIH des seniors ont toutefois été menées (14, 19, 20).

Parmi les personnes de plus de 65 ans infectées par le VIH en France, on peut distinguer les seniors nouvellement infectés de ceux qui ont été contaminés depuis de nombreuses années et qui vivent avec le VIH. Concernant les chiffres de l'année 2016 (14), le nombre d'infections récentes a été estimé à 28%, ce qui prouve l'existence de prises de risques au sein de cette population. Et s'il existe des infections récentes au VIH chez les plus de 65 ans, on peut émettre l'hypothèse que les personnes âgées sont également à risque de contamination par d'autres IST.

Situations amenant à proposer un dépistage des IST chez les personnes âgées :

Globalement, les situations amenant au dépistage des IST chez les personnes âgées évoquées par nos MG interrogés rejoignent les recommandations de la HAS (15). Elles ne sont pas pour autant spécifiques de la tranche d'âge.

De manière plus spécifique, il est nécessaire de rappeler l'importance de proposer la réalisation d'un dépistage des IST lors d'un changement de situation chez les personnes de plus de 65 ans, ou en cas d'antécédent connu d'IST, souvent non réalisé par nos MG interrogés.

Rôle du médecin généraliste dans la prévention sexuelle chez les seniors :

Sur l'abord de la prévention sexuelle avec les personnes âgées, les MG interrogés ont rappelé leur rôle central de soignants de premiers recours (65). Selon l'OMS, la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse » (66). Cette définition reconnaît le caractère positif de l'activité sexuelle et le rôle du MG pour accompagner les patients dans cet objectif (67).

Dans l'attente d'une étude inédite sur la prévention sexuelle chez les seniors :

Pour finir, il nous est très difficile de faire des comparatifs avec des études françaises existantes puisque la très grande majorité n'a étudié la santé sexuelle que chez les moins de 70 ans, comme l'étude IFOP pour Marianne parue en 2014 (68) ou la dernière étude officielle « Contexte de la Sexualité en France » menée en 2006 et qui incluait les patients jusque 69 ans (69).

Une nouvelle édition intitulée « E3S : Enquête Sexualité et Santé Sexuelle » a été réalisée en 2022-2023, incluant cette fois ci des patients jusque 89 ans, dont les premiers résultats sont attendus au cours du premier semestre 2024. (18)

V. Conclusion et perspectives

Ce travail de thèse, réalisée à l'aide d'une méthode qualitative par Focus Group complétés par entretiens semi dirigés auprès de MG, a permis d'explorer le vécu de ces MG concernant l'abord de la vie intime avec les personnes âgées en pratique quotidienne, ainsi que leurs perceptions concernant les connaissances des personnes de plus de 65 ans sur les IST.

Cette recherche qualitative a mis en évidence une réticence et malaise de la part des MG à aborder la sexualité auprès des personnes de plus de 65 ans, ainsi qu'une méconnaissance supposée par cette population selon les MG interrogés des risques liés à leur vie intime et sexuelle, que ce soit en termes de connaissances des IST, de risques de transmission et de moyens de prévention des IST. Afin de prétendre à une meilleure prévention sexuelle chez les personnes de plus de 65 ans, cette étude permet de faire ressortir les informations qui semblent nécessaires selon les MG à promouvoir au sein de cette population et d'élaborer plusieurs pistes d'amélioration.

Selon les MG interrogés, la stratégie d'amélioration de la prévention sexuelle des personnes âgées, débiterait dès son abord. Il s'agirait donc dans un premier temps de faciliter l'abord de la sexualité auprès des personnes de plus de 65 ans. Notre étude met en évidence la nécessité de faire progresser la communication médecin-patient sur ce sujet, avec une volonté de la part des MG interrogés à obtenir des formations complémentaires pour mieux aborder la sexualité auprès des personnes âgées et leurs souhaits de disposer davantage d'outils. La diffusion des chiffres concernant les IST dans cette population, pourrait aider à la sensibilisation du public et aider les MG dans leur démarche. Des consultations dédiées, telles que les bilans de prévention, seraient alors d'excellentes opportunités afin de recueillir les attentes des personnes âgées en termes de santé sexuelle, tout en restant dans un cadre de prise en charge globale. Ces bilans de prévention seraient alors une occasion d'améliorer les connaissances des personnes âgées concernant les risques liés à leur vie intime.

Selon les MG interrogés dans notre enquête, il apparaîtrait utile de leur rappeler les situations à risque des IST et de les inviter à consulter en cas de nouveaux partenaires. Il semblerait aussi nécessaire de les informer des signes évocateurs des IST et de faire plus de pédagogie concernant les risques de transmission et les moyens de prévention disponibles (utilisation du

préservatif en prévention primaire et réalisation de dépistage). Un dépliant orienté et adapté aux personnes âgées récapitulant les IST pourrait également trouver sa place en salle d'attente. En complément, il serait utile de pouvoir s'appuyer sur les nombreux canaux existants de transmission d'informations relatives à la prévention sexuelle (médias, sites internet d'information en santé institutionnels ou non), afin de diffuser des campagnes de prévention contre le VIH et les autres IST, adaptées aux attentes et besoins des personnes de plus de 65 ans. La question est également posée d'intégrer plus explicitement la santé sexuelle dans les bilans de préventions, soutenus par l'Assurance maladie.

Pour terminer, la santé sexuelle des aînés doit donc être mieux reconnue. Nous devons changer en profondeur nos représentations et ne pas freiner l'épanouissement affectif et sexuel des personnes âgées, que ce soit pour nos patients, ou même pour nos proches âgés. Nous invitons donc chacun à mieux prendre en compte les enjeux de la transition démographique relatifs à la vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées. Nous espérons que la littérature scientifique et les pouvoirs publics fourniront des données par tranches d'âge affinées sur les 60 ans et plus, notamment à travers l'étude E3S dont les résultats sont attendus courant du premier semestre 2024. Ces données pourront contribuer à faire prendre conscience aux professionnels de santé et aux professionnels travaillant auprès des personnes âgées, des changements au sein de cette population, et à être plus vigilant à la prévention sexuelle chez les personnes âgées.

Réaliser une étude auprès des personnes âgées afin d'explorer leurs connaissances et leurs représentations concernant les IST serait sans nulle doute pertinente et permettrait de compléter ce travail.

THESE SOUTENUE PAR MME BATISSE MAELLE

CONCLUSIONS

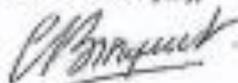
Ce travail de thèse, réalisée à l'aide d'une méthode qualitative par Focus Group complétés par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes (MG), a permis d'explorer le vécu de ces MG concernant l'abord de la vie intime avec les personnes âgées en pratique quotidienne, ainsi que leurs perceptions concernant les connaissances des personnes de plus de 65 ans sur les infections sexuellement transmissibles (IST). Cette recherche qualitative a mis en évidence une réticence et malaise de la part des MG à aborder la sexualité auprès des personnes de plus de 65 ans, ainsi qu'une méconnaissance supposée par cette population selon les MG interrogés des risques liés à leur vie intime et sexuelle, que ce soit en termes de connaissances des IST, de risques de transmission et de moyens de prévention des IST. Afin de prétendre à une meilleure prévention sexuelle chez les personnes de plus de 65 ans, cette étude permet de faire ressortir les informations qui semblent nécessaires selon les MG à promouvoir au sein de cette population et d'élaborer plusieurs pistes d'amélioration.

Selon les MG interrogés, la stratégie d'amélioration de la prévention sexuelle des personnes âgées, débiterait dès son abord. Il s'agirait donc dans un premier temps de faciliter l'abord de la sexualité auprès des personnes de plus de 65 ans. Notre étude met en évidence la nécessité de faire progresser la communication médecin-patient sur ce sujet, avec une volonté de la part des MG interrogés à obtenir des formations complémentaires pour mieux aborder la sexualité auprès des personnes âgées et leurs souhaits de disposer davantage d'outils. La diffusion des chiffres concernant les IST dans cette population, pourrait aider à la sensibilisation du public et aider les MG dans leur démarche. Des consultations dédiées, telles que les bilans de prévention, seraient alors d'excellentes opportunités afin de recueillir les attentes des personnes âgées en termes de santé sexuelle, tout en restant dans un cadre de prise en charge globale. Ces bilans de prévention seraient alors une occasion d'améliorer les connaissances des personnes âgées concernant les risques liés à leur vie intime. Selon les MG interrogés dans notre enquête, il apparaîtrait utile de leur rappeler les situations à risque des IST et de les inviter à consulter en cas de nouveaux partenaires. Il semblerait aussi nécessaire de les informer des signes évocateurs des IST et de faire plus de pédagogie concernant les risques de transmission et les moyens de prévention disponibles (utilisation du préservatif en prévention primaire et réalisation de dépistage). Un dépliant orienté et adapté aux personnes âgées récapitulant les IST pourrait également trouver sa place en salle d'attente. En complément, il serait utile de pouvoir s'appuyer sur les nombreux canaux existants de transmission d'informations relatives à la prévention sexuelle (médias, sites Internet d'information en santé institutionnels ou non), afin de diffuser des campagnes de prévention contre le VIH et les autres IST, adaptées aux attentes et besoins des personnes de 65 ans et plus. La question est également posée d'intégrer plus explicitement la santé sexuelle dans les bilans de préventions, soutenus par l'Assurance maladie.

Pour terminer, la santé sexuelle des aînés doit donc être mieux reconnue. Nous devons changer en profondeur nos représentations et ne pas freiner l'épanouissement affectif et sexuel des personnes âgées, que ce soit pour nos patients, ou même pour nos proches âgés. Nous invitons

donc chacun à mieux prendre en compte les enjeux de la transition démographique relatifs à la vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées. Nous espérons que la littérature scientifique et les pouvoirs publics fourniront des données par tranches d'âge affinées sur les 60 ans et plus, notamment à travers l'étude E3S dont les résultats sont attendus courant du premier semestre 2024. Ces données pourront contribuer à faire prendre conscience aux professionnels de santé et aux professionnels travaillant auprès des personnes âgées, des changements au sein de cette population, et à être plus vigilant à la prévention sexuelle chez les personnes âgées. Réaliser une étude auprès des personnes âgées afin d'explorer leurs connaissances et leurs représentations concernant les IST serait sans nulle doute pertinente et permettrait de compléter ce travail.

Le Président du jury,



Pr. Christine BINQUET

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 20 Février 2024
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : OMS, 2016 : 296 p. En ligne :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
2. INSEE. Bilan démographique 2023. N° 1978. Paru le 16 janvier 2024. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
3. Athari E., Papon S., Robert-Bobée I., « Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers », in France, portrait social, coll. « Insee Références », édition 2019.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et santé. 2022. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Santé Publique France. Bien vieillir. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
6. Saroux D. Des réticences aux attentes des patients âgés de plus de 74 ans sur leur sexualité : place du médecin généraliste. Thèse d'exercice. Université de Nice. 2019. dumas-02389974
7. Petits Frères des Pauvres. Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées. 2022. Disponible sur: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/prises-de-positions/pour-une-meilleure-integration-de-la-vie-affective-des-personnes-agees-dans-la-lutte-contre-l-isolement>
8. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. Arch Sex Behav. avr 1988;17(2):109-29.
9. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 23 août 2007;357(8):762-74.
10. Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2020). La sexualité des personnes âgées. Soins Gerontol, 25(144), 12-16.
11. Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2020). Représentation de l'intimité au cours du vieillissement. Soins Gerontol, 25(144), 23-24.
12. La hausse des ruptures et des remises en couple chez les cinquante ans et plus, Anne Solaz, Ined, février 2021 https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/31128/586.couple.50ans.population.societes.fevrier.2021.1.fr.pdf
13. Lefebvre des Noëttes V., Gauillard J. « Sexualité et avancée en âge ». L'information psychiatrique, vol. 91, no 9, décembre 2015, p. 740-46
14. Santé Publique France. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>

15. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Mars 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf
16. Stratégie nationale de santé sexuelle agenda, 2017-2030 ministère de la Santé et des Solidarités, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
17. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024, ministère de la Santé et des Solidarités https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
18. Santé, vie affective et sexuelle : lancement de la 3e étude nationale · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/sante-vie-affective-et-sexuelle-lancement-de-la-3e-etude-nationale/>
19. Arenate C. et al. Les infections sexuellement transmissibles chez les plus de 60 ans-Module interprofessionnel 2019, EHESP Rennes (2019), pp 6-75
20. Tran TC, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(40-41):792-8 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_1.html
21. Iwuji CC, Churchill D, Gilleece Y, Weiss HA, Fisher M. Older HIV-infected individuals present late and have a higher mortality: Brighton, UK cohort study. BMC Public Health. 2013;13:397.
22. Saboni L, Beltzer N. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(46-47):525-9. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV11144
23. Cousseau L. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. UNIVERSITÉ TOULOUSE III, 2015. EM-Consulte.
24. Organisation Mondiale de la Santé. Virus du papillome humain (HPV) et cancer lié à une infection à HPV. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
25. Sung H et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>
26. Institut Pasteur. 2023. Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>
27. De Martel et al, Lancet Global Health 2019, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31862245/>
28. ECN Pilly 2023. In: ITEM 162 : Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose. Disponible sur:

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-162.pdf>

29. Haute Autorité de Santé. 2020. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

30. Organisation Mondiale de la Santé. Herpès (virus Herpes simplex, HSV). 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>

31. ECN Pilly. ITEM 168. Infection à Herpès virus du sujet immunocompétent. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-168.pdf>

32. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur le VIH/sida. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

33. Institut Pasteur. Institut Pasteur. 2023. VIH / sida. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sida-vih>

34. ECN Pilly 2023. ITEM 169 : Infections à VIH. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-169.pdf>

35. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. Edition La documentation française. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_mise_en_ligne.pdf. Actualisation 2019.

36. ECN Pilly 2023. ITEM 366 : Exposition accidentelle aux liquides biologiques : conduite à tenir. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-366.pdf>

37. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'hépatite B. 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

38. ECN Pilly 2023. ITEM 167 : les hépatites virales. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/items-edition-2023/pilly-2023-item-167.pdf>

39. Institut Pasteur. 2021. Hépatites virales. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/hepatites-virales>

40. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2014.pdf.

41. Institut Pasteur. 2021. Hépatites virales. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/hepatites-virales>

42. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la Chlamydiose (infection à Chlamydia). 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>
43. Santé Publique France. Chlamydiae. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae>
44. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf
45. Haute Autorité de Santé. 2018. Chlamydia – Renforcer le dépistage des personnes les plus exposées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974179/fr/chlamydia-renforcer-le-depistage-des-personnes-les-plus-exposees
46. Organisation Mondiale de la Santé. Gonorrhée (infection à Neisseria gonorrhoeae). 2023. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-\(neisseria-gonorrhoeae-infection\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection))
47. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°24-25, 12 décembre 2023. VIH et autres infections sexuellement transmissibles : enjeux de la surveillance et de la prévention.
48. Bulletin de Santé Publique. Novembre 2023. Surveillance du VIH et des IST bactériennes.
49. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions. Synthèse. Décembre 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf
50. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions. Argumentaire. Décembre 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf
51. Organisation Mondiale de la Santé. Gonorrhée multirésistante. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea>
52. Organisation Mondiale de la Santé. Syphilis. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
53. Santé Publique France. Syphilis. 2023. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis>
54. Haute Autorité de Santé. Diagnostic biologique des mycoplasmes urogénitaux dans les infections génitales basses. 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/rapport_igb.pdf
55. Organisation Mondiale de la Santé. Trichomonase. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>

56. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Co-édition : GMSanté et CNGE productions. 2021. 192 p.
57. Assurance Maladie. Mon bilan prévention. 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>
58. Panorama des médecins concernés. Zoom sur la profession de médecin généraliste libéral (hors MEP) en France. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/negotiations-conventionnelles/les-negotiations-en-pratique/panorama-medecins-concernes>
59. Les dossiers de la DREES. N°76. Mars 2021. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constats et projections démographiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
60. Toti C., Brigault T. Approche de la sexualité des plus de 60 ans par les médecins généralistes: une étude mixte. Thèse de médecine. Université Tours. 2022.
61. Bajos N., Bozon M., Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte. 2008
62. Saroux D. Des réticences aux attentes des patients âgés de plus de 74 ans sur leur sexualité : place du médecin généraliste. Thèse de médecine. Université Nice. 2019.
63. OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS) . guide mai 2015 Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/
64. Steinecker M, Soares A, Cadwallader J, Chastang J. Evaluation des connaissances des patients sur les infections sexuellement transmissibles en médecine générale. Exercer 2017;130:60-7
65. Giami A., Bloy G., F.X. Schweyer. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité" - (Eds.), Singuliers généralistes. - Sociologie de la médecine générale, EHESP, Rennes (2010), pp. 147-167
66. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle. 2006. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
67. Giami A. Le Journal des psychologues Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien (n° 250) p. 56-60- 2007/7
68. IFOP pour Marianne. Les pratiques sexuelles des Français. Juillet 2014. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2669-1-study_file.pdf
69. INSERM. Dossier de presse. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la Sexualité en France ». 2006. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fichier/rte/2/Publications/Autres/CSF-dossierdepresse0307.pdf>

ANNEXES

Annexe n°1 :

Guide d'entretien :

Nous nous rencontrons aujourd'hui comme convenu pour réalisation d'un focus groupe visant à explorer votre perception de la connaissance de vos patients de plus de 65 ans concernant les IST. Le but étant d'argumenter ma thèse de docteur en médecine. Pour rappel, ces discussions seront enregistrées, afin de pouvoir retranscrire nos échanges au plus proche de la réalité. Les enregistrements seront détruits après retranscription anonymisée.

1) Abord de la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans :

Dans votre pratique quotidienne, pouvez-vous me dire dans quelle(s) circonstance(s) vous abordez la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans ?

Question de relance : à quelle(s) occasion(s) pourriez-vous aborder la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans ?

2) Freins à aborder la sexualité :

Quels sont les freins que vous rencontrez lorsque vous abordez la sexualité avec les personnes de plus de 65 ans ?

Question de relance : lors des consultations où vous avez l'occasion d'en parler, pourquoi n'osez-vous pas le faire ?

3) Incidence des IST chez les personnes de plus de 65 ans :

Quelles IST avez-vous déjà rencontrées dans votre pratique chez les personnes de plus de 65 ans ?

Question de relance : Quel était le contexte de découverte de ces IST ? Comment en avez-vous fait le diagnostic ?

4) Connaissances et représentations des IST par les personnes de plus de 65 ans :

Quelles sont à votre avis les IST connues par les personnes de plus de 65 ans ?

Question de relance : ou les moins connues ? sous quels termes ?

5) Connaissances des complications :

Quelles sont selon vous les complications connues des IST par les personnes de plus de 65 ans ?

6) Connaissances des moyens de transmission des IST :

Selon vous, quels sont les risques de transmission des IST connus par les personnes de plus de 65 ans ?

7) Connaissances des moyens de prévention des IST :

Quels sont les moyens de prévention connus des personnes de plus de 65 ans concernant les IST ?

Question de relance : Prévention primaire, secondaire

8) Rôles du médecin généraliste :

Dans votre pratique, quelles sont les situations qui pourraient vous pousser à réaliser un dépistage chez ces personnes ?

Quelles sont les informations nécessaires à transmettre à vos patients de plus de 65 ans concernant les IST ?

Comment pensez-vous que ces informations devraient être transmises ? Sous quelles formes ?

Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prévention des IST chez les personnes de plus de 65 ans ?

Quel est votre avis sur la prévention et dépistage des IST chez les personnes âgées ?

Quelle serait votre stratégie de dépistage à l'avenir ?

Que pensez-vous de la mise en place d'une grille d'audit fournie aux MG dans un but de dépistage ?

Merci pour votre participation.

Questions pour amener le médecin interrogé à approfondir sa réflexion :

Rebondir sur un mot ou une expression : *Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? C'est intéressant mais encore ? Pouvez-vous me préciser cela ?*

Synthèse du propos de la personne suivie d'une interrogation : *Donc, si je comprends bien, vous me dites que ... ?*

Annexe n°2 :

Verbatim des entretiens :

Nous avons fait le choix de ne pas insérer les verbatim des entretiens dans l'exemplaire imprimé de la thèse, afin de ne pas la surcharger inutilement. L'ensemble des verbatim des entretiens est consultable en version numérique, via un logiciel de traitement de texte (Word), et peut être partagé par transfert via une clé USB ou par courriel.

Annexe n°3 :

Codage des entretiens :

Nous avons fait le choix de ne pas insérer le codage des entretiens dans l'exemplaire imprimé de la thèse, afin de ne pas la surcharger inutilement. L'ensemble du codage des entretiens est consultable sur la version numérique, via un logiciel de traitement de texte (Word), et peut être partagé par transfert via une clé USB ou par courriel.

Annexe n°4 :

Deux modèles sexologiques de référence :

EX-PLISSIT (Taylor & Davis, 2006 ; modèle modifié du PLISSIT d'Annon, 1976)

-P : Permission- Demander la permission pour parler de sexualité -évite la surprise...-
Ouvrir la porte sur le sujet

- LI : Informations Limitées-Partager des faits simples, généraux et véridiques pour éliminer les mythes et clarifier les mauvaises informations-Rassurer et normaliser le vécu

-SS: Suggestions Spécifiques-Partager des conseils/avis spécifiques vs situation actuelle de la personne-Viser le changement de pratique/comportement

-IT : Thérapie Intensive-Référez à spécialiste(s)

-EX : Retour et Réflexion («extended»)-Faire entre chaque étape et après discussion(s)

BETTER (Mick, Hugues, & Cohen, 2004)

-B : Bringup the topic - Abordez le sujet.

-E : Explain... Expliquez que la qualité de vie générale est importante pour vous et cela inclut l'aspect sexuel. Même si vous n'êtes pas capable de répondre à toutes les questions, invitez les patients à vous parler de toutes considérations d'ordre sexuel qu'ils peuvent avoir.

-T: Tell... Dites à vos patients que vous allez trouver les ressources appropriées pour répondre à leurs considérations d'ordre sexuel.

-T: Timing... Le moment de parler de sexualité n'est peut-être pas approprié à ce moment-ci, mais invitez vos patients à vous demander de l'information sur la sexualité à tout moment.

-E : Educate... Éduquez vos patients sur les effets secondaires possibles de leur condition.

-R : Record... Notez vos évaluations et vos interventions dans le dossier médical de vos patients

THESIS TITLE :

**SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AMONG ELDERLY INDIVIDUALS OVER 65 IN GENERAL MEDICINE
QUALITATIVE SURVEY WITH GENERAL PRACTITIONERS :
FROM ADDRESSING SEXUALITY TO SCREENING**

AUTHOR : BATISSE MAELLE

SUMMARY :

INTRODUCTION : An aging and the reformation of couples at an advanced age are likely to increase the risk of sexually transmitted infections (STIs) among elderly individuals, who are probably poorly or not informed. GP will be on the front line to implement a strategy to tackle this prevention issue. The main objective of this study is to explore the family doctor's perception of the knowledge of IST (amongst the elderly) and their difficulties in addressing sexuality. A secondary goal is to identify the key information to be transmitted and the development of prevention strategies.

METHOD : This is a qualitative study using "Focus group" supplemented by semi-structured interviews of 17 family doctors. The analysis of the verbatim was conducted using the grounded theory method.

RESULTS : The lack of data available to GP, the difficulties of GP in addressing the subject of STI with the elderly and the lack of knowledge on about the sexuality of the seniors are roadblocks to the implementation of STI screening strategies for that population.

CONCLUSION : It seems logical to suggest training on the sexual health of the elderly. It would also seem logical to provide GP with additional data to support their strategy during dedicated consultations. They could convey an essential message : There's no age for STIs or prevention. The required tools to deliver this message range from desk easels in GP offices to waiting room's posters to targeted advertising campaigns targeting the elderly. A direct survey of seniors would be ideal to refine this work.

KEYWORDS : STI, SENIOR, GENERAL MEDICINE, PREVENTION, SCREENING

TITRE DE LA THESE :

**INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS EN MEDECINE GENERALE**
ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES :
DE L'ABORD DE LA SEXUALITE AU DEPISTAGE

AUTEUR : BATISSE MAELLE

RESUME :

INTRODUCTION : Le vieillissement de la population et la recombinaison de couples à un âge avancé sont susceptibles d'augmenter le risque d'IST parmi les personnes âgées, probablement peu ou pas informées. Le médecin généraliste va se trouver en première ligne pour mettre en place une stratégie adaptée à ce problème de prévention. L'objectif principal de cette étude est d'explorer la perception des MG sur les connaissances des IST par les PA et leurs difficultés à aborder la sexualité. Un second objectif est d'identifier les informations à transmettre et l'élaboration de stratégies de prévention.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative par Focus Group complétés par des entretiens semi dirigés auprès de 17MG. L'analyse des verbatim a été menée selon la méthode de théorisation ancrée.

RESULTATS : La méconnaissance de la sexualité des PA par les MG, le manque de chiffres à leur disposition et leurs difficultés à aborder le sujet des IST avec les PA constituent des freins à la mise en place de stratégies de dépistage des IST dans cette population.

CONCLUSION : Il semble logique de proposer une formation à l'abord de la santé sexuelle des PA, une mise à disposition de chiffres pour les MG permettant d'argumenter leur stratégie, lors de consultations dédiées à ce sujet. Ils pourront transmettre un message essentiel : il n'y a pas d'âge pour les IST, ni pour la prévention. Les outils nécessaires à l'information vont du chevalet sur le bureau de MG, aux affiches en salle d'attente, aux campagnes publicitaires dédiées aux PA. Une enquête directe auprès des patients âgés serait idéale pour compléter ce travail.

MOTS-CLES : IST, SENIOR, MEDECINE GENERALE, PREVENTION, DEPISTAGE