



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2013

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle
de Médecine Générale

Par
L'Interne des Hôpitaux des Armées
Martin GRAU
Ancien élève de l'Ecole de Service de Santé des Armées de Bordeaux

Le 15 avril 2013

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
CADRES DE CONTACT DE L'ARMEE DE TERRE
VIS-A-VIS DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES**

Monsieur le Professeur Thierry MAY
Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Madame le Maître de Conférence Elisabeth STEYER
Monsieur le Docteur Xavier ROUX

Président de Jury
Juge
Juge
Directeur de Thèse

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle
de Médecine Générale

Par
L'Interne des Hôpitaux des Armées
Martin GRAU
Ancien élève de l'Ecole de Service de Santé des Armées de Bordeaux

Le 15 avril 2013

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
CADRES DE CONTACT DE L'ARMEE DE TERRE
VIS-A-VIS DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES**

Monsieur le Professeur Thierry MAY
Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Madame le Maître de Conférence Elisabeth STEYER
Monsieur le Docteur en Médecine Xavier ROUX

Président de Jury
Juge
Juge
Directeur de Thèse

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

- 2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)**
 Professeur Bernard FOLIGUET
- 3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**
 Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD
- 43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**
1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)
 Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
 Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
 Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
 Professeur René ANXIONNAT
- 44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**
1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)
 Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2^{ème} sous-section : (Physiologie)
 Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT
3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)
 Professeur Ali DALLOUL
4^{ème} sous-section : (Nutrition)
 Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT – Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT
- 45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**
1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)
 Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER
3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)
 Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD
- 46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**
1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)
 Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN
 Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)
 Professeur Christophe PARIS
3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)
 Professeur Henry COUDANE
4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
 Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON
- 47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**
1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)
 Professeur Pierre BORDIGONI – Professeur Pierre FEUGIER
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)
 Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
 Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3^{ème} sous-section : (Immunologie)
 Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4^{ème} sous-section : (Génétique)
 Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP
- 48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)
 Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
 Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER
2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)
 Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
 Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)
 Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)
 Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Remerciements

A Notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Thierry MAY

Professeur de Maladies Infectieuses et
Tropicales

*Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.
Nous vous remercions de la confiance et de l'intérêt que vous
avez bien voulu porter à ce travail. Nous vous prions
d'accepter l'expression de notre plus profond respect et de
notre gratitude.*

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la
santé et Prévention

*Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury
de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez
bien voulu porter à ce travail. Nous vous prions d'accepter
nos sincères remerciements.*

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférence des Universités de
Médecine Générale

*Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury
de thèse. Nous vous remercions de vos précieux
enseignements dont nous avons pu bénéficier au cours de
notre formation. Nous vous prions d'accepter nos sincères
remerciements.*

A notre Juge

Monsieur le Docteur Xavier ROUX

Praticien Certifié en Médecine Interne

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette étude. Nous vous remercions pour votre patience, vos conseils, votre disponibilité et votre bonne humeur. Sans vous cette étude n'aurait pas vu le jour. Vous nous avez fait partager votre passion de la Médecine. Merci de la confiance que vous avez bien voulu nous accorder. Soyez assurés de notre plus profonde gratitude et de notre profond respect.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE

**A Monsieur le Médecin Général Inspecteur
Maurice VERGOS**

Directeur de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Commandeur de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques –
échelon vermeil

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

**A Monsieur le Médecin Général Jean-Didier
CAVALLO**

Directeur adjoint de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Nos remerciements s'adressent également à :

Madame le Médecin Principal Rachel HAUS-CHEYMOL et Madame le Médecin Principal Sandrine DURON

Pour votre patience, votre compétence et votre gentillesse dans l'aide à la réalisation de ce travail sur le plan méthodologique et statistique.

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MORAND

Pour votre intérêt pour ce travail et sa précieuse relecture.

Monsieur le Médecin en Chef Bruno GRAFFIN

Vous nous avez accueilli dans l'univers médical au sein de votre service de Médecine Interne de Maladies Infectieuses avec gentillesse et pédagogie. La formation que vous nous avez prodigué restera précieuse.

Monsieur le Médecin en Chef Jean-François GONZALEZ

Vous nous avez fait découvrir l'univers de la chirurgie orthopédique. Cette expérience sera précieuse pour notre future carrière.

Monsieur le Médecin en Chef Philippe SOCKEEL

Nous vous remercions de la formation acquise au sein de votre service de Chirurgie Viscérale.

Monsieur le Médecin Principal David PRUNIER-DUPARGE

Vous nous avez fait découvrir notre futur métier au cours des 6 mois passés en votre compagnie avec passion, bonne humeur et compétence. Vous avez su communiquer les valeurs propres au métier de médecin militaire, soyez-en remercié.

Monsieur le Médecin en Chef Henri LE HOT

Vous avez su faire partager votre enthousiasme pour la médecine d'urgence durant les mois passé à votre contact. Le partage de votre expérience dans la bonne humeur qui est la votre restera un souvenir précieux.

A Patrice DAVID

Sans t'en rendre compte, tu m'as réconcilié avec un pan de la médecine. Merci de ton amitié.

Madame Barbara ANDREANNI et l'équipe du CREDORC

Pour vos conseils et le suivi dans la réalisation de ce travail.

A mes parents

Merci de m'avoir amené là où j'en suis aujourd'hui. Vous avez su me donner les moyens de voler de mes propres ailes, tout en étant toujours à mes côtés. Vous êtes de formidables parents et chaque jour, je mesure ma chance de vous avoir.

A mes grands-parents

Vous m'avez entouré de votre amour et de votre confiance. Vous m'avez apporté sans doute plus que vous ne vous en rendez compte. Merci

A Etienne

Merci de m'avoir supporté durant notre enfance. Je suis heureux que nous ayons réussi à rester proche malgré la distance. Mailys et toi formez un couple formidable.

A Raphaël

Tu resteras pendant un long moment le petit frère a qui j'ai appris à nager. Il va falloir que tu ailles loin pour je passe à une autre image de toi, même si tu grandis bien vite.

A Damien, Gwénolé, Jérémy, Brice et Alex

Merci pour les souvenirs inoubliables que nous avons pu réunir depuis notre entrée à Santé Navale. Il en reste encore beaucoup à construire.

A Léo et Jérémie

Avec les souvenirs de nos stages d'externes, et des moments qui ont suivi.

A mes co-internes : Ludivine, Lise, Hélène, Edouard et Edouard, Popol, Mathieu, Jean-Marie, Guillaume et Gratien

Merci de votre accueil lors de mon arrivée à Metz et depuis lors. Vous m'auriez presque fait oublier que vous venez d'une école de brancardier.

A Eric, Jordane, Ludo, Anaïs, Anaëlle et tous les autres

Merci pour les soirées, les vacances que nous avons passé ensemble. Vous êtes formidables. Ne changez pas. Et en plus vous êtes d'excellents infirmiers.

Aux lieutenants du 3^{ème} Régiments de Hussards

Vous avez su m'intégrer et me faire partager la passion qui est la votre.

Aux régiments qui ont participé à ce travail

A la famille matriculaire 03 et à tous mes amis de Santé Navale

A toutes les équipes médicales et paramédicales qui ont participé à ma formation

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je 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. Même 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. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je 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.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES CADRES DE CONTACT DE L'ARMÉE DE TERRE VIS-A-VIS DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La prévention des Infections Sexuellement Transmissibles est une nécessité de santé publique et opérationnelle dans les armées. Les cadres de l'Armée de Terre représentent une proportion importante de cette population, et leur comportement a rôle d'exemple envers leurs subordonnées.

Objectif : Evaluer l'implication des cadres dans la prévention des IST ainsi que leurs connaissances, attitudes et croyances envers celle-ci. Ceci afin de perfectionner la politique de prévention des IST au sein des Armées.

Méthodes : Analyse observationnelle transversale réalisée à partir d'un questionnaire anonyme auto-administré, au sein de 8 régiments de l'Armée de Terre.

Résultats : Le taux de réponse est compris selon les régiments entre 38,6 et 60%. La population est majoritairement masculine (90,3%), avec une médiane d'âge à 35 ans, en couple dans 82% des cas. Les personnes interrogées se déclarent impliquées dans les IST dans 70,3% des cas, chiffre influencé de manière négative par le fait d'être parti récemment en OPEX (OR= 2 IC95% [1,03-3,87]), d'être un sous-officier (OR=2,06 IC95% [1,02-4,15]), jeune (OR=2,59 IC95% [1,02-6,6]).

Leurs connaissances apparaissent comme satisfaisantes au niveau des conduites à risques (18,5/20), mais moindres au niveau thérapeutique (14,7/20) et prévention (12,8/20).

Les connaissances, comme l'implication, ne sont pas modifiées par les mesures d'éducation sanitaire entreprises au sein des Armées.

Conclusion : Une modification de la politique de prévention des IST auprès des cadres est nécessaire. Nous proposons une plus grande implication de ceux-ci, sur le modèle de l'instruction au secourisme au combat. Les méthodes d'éducation sanitaire mériteraient d'être précisées.

KNOWLEDGE, ATTITUDES, BELIEFS AND PRACTICES AMONG LAND FORCES CHIEFS IN FRANCE ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

The prevention of sexually transmitted diseases is a public health necessity in the Army. The Army officers represent a significant proportion of the population, and their behavior plays an exemplary role towards their subordinates.

Objective: To evaluate the involvement of managers in the prevention of STDs and their knowledge, attitudes and beliefs about it. This study aims to improve the prevention of STD policy in the French Army.

Methods: Observational transversal study based on an anonymous self-administered questionnaire performed within eight regiments of the French Army.

Results: The response rate ranges from 38.6 to 60% depending on the regiment. The population is predominantly made up of males (90.3%), with a median age of 35 years, in couple in 82% of cases. The interviewees declared to be STDs involved in 70.3% of cases. This figure is influenced negatively in the following cases: interviewees having recently taken part in OPEX (OR = [1.03 to 3.87] 95%) NCO (OR = 2.06 95% CI [1.02 to 4.15]), young (OR = 2.59 95% CI [1.02 to 6.6]).

The level of knowledge regarding the risk behaviors appears to be satisfactory (18.5 / 20), but this level of knowledge gets lower regarding therapeutic solutions (14.7 / 20) and prevention (12.8 / 20). The level of knowledge, regarding for instance the involvement, is not modified by the health education measures undertaken within the Armed Forces.

Conclusion: A change in the policy of preventing STDs among executives is necessary. We suggest that a greater involvement should be required of the latter, following the model of instruction of aid in battle. Methods of health education should deserve to be clarified.

Table des Matières

<u>Table des figures</u>	25
<u>Table des tableaux</u>	27
<u>Liste des Abréviations</u>	28

<u>Introduction</u>	30
----------------------------------	----

I. <u>Etat de l’art</u>	31
<u>I.1. Les infections Sexuellement Transmissibles</u>	31
<u>1. Définition</u>	31
<u>2. Gonococcies</u>	32
2.1. <u>Epidémiologie</u>	32
2.2. <u>Clinique</u>	32
2.3. <u>Diagnostic</u>	33
2.3.1 <u>Examen direct</u>	33
2.3.2 <u>Culture</u>	33
2.3.3 <u>PCR</u>	33
2.4. <u>Traitement</u>	34
<u>3. Syphilis</u>	35
3.1. <u>Epidémiologie</u>	35
3.2. <u>Clinique</u>	35
3.2.1 <u>Primaire</u>	35
3.2.2 <u>Secondaire</u>	36
3.2.3 <u>Tertiaire</u>	36
3.2.4 <u>Classification OMS</u>	37
3.3. <u>Diagnostic</u>	38
3.3.1 <u>Confirmation directe</u>	38
3.3.2 <u>Confirmation indirecte</u>	39
3.4. <u>Traitement</u>	41
<u>4. Chlamydiae</u>	42

4.1. <u>Epidémiologie</u>	42
4.2. <u>Clinique</u>	43
4.2.1 <u>Tableau masculin</u>	43
4.2.2 <u>Tableau féminin</u>	43
4.3. <u>Diagnostic</u>	44
4.4. <u>Traitement</u>	45
4.5. <u>Lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre</u>	45
4.5.1 <u>Epidémiologie</u>	45
4.5.2 <u>Clinique</u>	45
4.5.3 <u>Diagnostic</u>	46
4.5.4 <u>Traitement</u>	46
5. <u>Mycoplasme</u>	47
5.1. <u>Epidémiologie</u>	47
5.2. <u>Clinique</u>	47
5.3. <u>Diagnostic</u>	47
5.4. <u>Traitement</u>	48
6. <u>Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et Syndrome d'ImmunoDéficience Acquis (SIDA)</u>	48
6.1. <u>Introduction</u>	48
6.2. <u>Epidémiologie</u>	49
6.3. <u>Clinique</u>	51
6.3.1 <u>Primo-infection</u>	51
6.3.2 <u>Phase chronique</u>	51
6.3.3 <u>Phase SIDA</u>	52
6.4. <u>Diagnostic</u>	52
6.4.1 <u>Diagnostic indirect</u>	52
6.4.2 <u>Diagnostic direct</u>	54
6.5. <u>Traitement</u>	54
7. <u>Hépatite B</u>	55
7.1. <u>Epidémiologie</u>	55
7.2. <u>Clinique</u>	56
7.3. <u>Diagnostic</u>	57
7.3.1 <u>Diagnostic indirect</u>	57

7.3.2 <i>Diagnostic direct</i>	57
7.4. <i>Traitement</i>	58
8. <i>Herpès</i>	59
8.1. <i>Epidémiologie</i>	59
8.2. <i>Clinique</i>	59
8.2.1 <i>Primo-infection</i>	59
8.2.2 <i>Réactivation</i>	59
8.3. <i>Diagnostic</i>	60
8.4. <i>Traitement</i>	60
9. <i>HPV (Human Papillomavirus)</i>	61
9.1. <i>Epidémiologie</i>	61
9.2. <i>Clinique</i>	61
9.3. <i>Diagnostic</i>	62
9.4. <i>Traitement</i>	62
10. <i>Mode de contamination, présentation schématique</i>	63
 I.2. <i>Armée de Terre et IST</i>	64
1. <i>L'Armée de Terre</i>	64
1.1. <i>Place au sein de l'Armée</i>	64
1.2. <i>Missions</i>	64
1.3. <i>Effectif</i>	64
1.4. <i>Les armes</i>	65
1.5. <i>Positionnement international</i>	66
1.6. <i>Organisation</i>	67
1.7. <i>Rôle du Service de Santé</i>	68
2. <i>Problématiques sanitaires</i>	69
2.1. <i>Epidémiologie des IST et ESAR au sein des Armées</i>	69
2.1.1 <i>Expositions Sexuelles à Risque (ESAR)</i>	69
2.1.2 <i>Infections Sexuellement Transmissibles</i>	70
2.1.3 <i>Traitement Post-Exposition</i>	71
2.2. <i>Conséquences médico-militaires</i>	71
2.3. <i>Conséquences internationales</i>	71
2.4. <i>Conséquences opérationnelles</i>	72

I.3. Les infections Sexuellement Transmissibles.....	74
1. Définition	74
2. Moyens de mise en œuvre.....	74
2.1. Les séances d'information.....	74
2.2. La <i>counselling</i>	75
2.3. L'éducation par les pairs.....	75
2.4. Les supports d'éducation	75
3. Etat des lieux de l'éducation sanitaire.....	77
3.1. En France	77
3.2. Situation au sein des forces armées françaises	77
 II. Matériels et méthodes.....	 79
1. Sélection de l'échantillon	79
1.1. Population source	79
1.2. Sélection des régiments.....	79
1.3. Critères d'inclusion et de non-inclusion	80
1.4. Nature de l'enquête.....	81
2. Recueil des données.....	81
2.1. Modalités.....	81
2.2. Questionnaire.....	82
3. Saisi des données	82
4. Analyse statistique	83
 III. Résultats.....	 84
1. Partie descriptive	84
1.1. Participation	84
1.2. Caractérisitiques sociodémographiques.....	84
2.1.1 <i>Genre, âge, situation maritale, grade, fonction et études</i>	84
2.1.2 <i>Opérations Extérieures</i>	85
1.3. Formation reçue et perception de la formation.....	86
1.4. Connaissances.....	88

1.4.1 <i>Connaissances globales</i>	88
1.4.2 <i>Note de conduite</i>	88
1.4.3 <i>Thérapeutique</i>	88
1.4.4 <i>Prévention</i>	88
1.5. <i>Croyance sur le VIH</i>	89
1.6. <i>Attitudes et conduites</i>	91
1.6.1 <i>Nombre de partenaires et orientation sexuelle</i>	91
1.6.2 <i>Rapports sexuels tarifés ou hors métropole</i>	91
1.6.3 <i>Utilisation du préservatif</i>	92
1.6.4 <i>Dépistage IST et antécédents d'IST</i>	92
1.6.5 <i>Evaluation de l'application des mesures de prévention des IST dans les Armées</i>	92
1.7. <i>Commandement</i>	93
1.7.1 <i>Implication des cadres dans la prévention</i>	93
1.7.2 <i>Proposition d'implication dans la prévention des IST</i>	93
1.7.3 <i>Priorisation des axes de prévention</i>	94
1.7.4 <i>Préservatif et commandement</i>	94
1.7.5 <i>Confrontation aux IST dans le cadre des fonctions de commandement</i> ..	95
1.7.6 <i>Institutionnalisation de l'organisation du recours aux relations sexuelles tarifées</i>	96
2. <i>Analyse du critère principal de l'implication des cadres dans la prévention des IST</i>	
.....	97
2.1. <i>Univariée</i>	97
2.1.1 <i>Critères sociodémographiques</i>	97
2.1.2 <i>Formation et connaissances</i>	98
2.1.3 <i>Départ en OPEX</i>	98
2.1.4 <i>Expériences personnelles et professionnelles</i>	98
2.2. <i>Multivariée</i>	98
3. <i>Analyse univariée de critères secondaires</i>	99
3.1. <i>Connaissance des IST</i>	99
3.2. <i>Connaissance du TPE</i>	99
3.3. <i>Application des mesures de prévention</i>	99

3.4. <u>Questions concernant la surveillance et le contrôle des activités sexuelles tarifés en OPEX</u>	100
IV. <u>Discussion</u>	101
1. <u>Commentaire des résultat</u>	101
1.1. <u>Taux de réponses</u>	101
1.2. <u>Caractéristiques sociodémographiques de la population</u>	101
1.3. <u>Sexualité</u>	101
1.4. <u>Connaissances</u>	102
1.5. <u>Impact des séances d'éducation sanitaire</u>	103
1.6. <u>Implication des cadres dans la prévention des IST</u>	104
2. <u>Avantages et limites de l'étude</u>	106
2.1. <u>Limites</u>	106
2.2. <u>Avantages</u>	107
3. <u>Perspectives</u>	107
<u>Conclusion</u>	109
<u>Bibliographie</u>	110
<u>Annexes</u>	114
<u>Annexe 1 : questionnaire diffusé</u>	114
<u>Annexe 2 : résultats descriptifs du questionnaire</u>	122

Table des figures

Figure 1 Evolution des formes neurologiques de la syphilis	37
Figure 2 Evolution annuelle du nombre de recherches d'infections à Chlamydiae (InVS)	43
Figure 3 Nombre de personnes vivant avec le VIH en France (ONUSIDA).....	49
Figure 4 Nombre de décès annuels dus au VIH en France (ONUSIDA).....	49
Figure 5 Nombre de découverte de séropositivité VIH en France, 2003-2010 (Source DO du VIH, InVS).....	50
Figure 6 Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, France, 2003-2010 (source DO du VIH, InVS).....	50
Figure 7 Histoire naturelle de l'infection par le VHB pour 100 000 personnes infectées (E. PILLY 2010)	57
Figure 8 Histoire naturelle de l'infection à HPV	62
Figure 9 Implantation des bases de défense en métropole.....	65
Figure 10 Carte des OPEX en février 2013 (EMA, Ministère de la Défense).....	66
Figure 11 Organisation schématique d'un régiment de l'Armée de Terre	67
Figure 12 Etiologies des urétrites/cervicites (CESPA)	70
Figure 13 Etiologies des ulcérations cutanéomuqueuses (CESPA).....	70
Figure 14 Exemples de supports d'éducation	76
Figure 15 Campagne de prévention du VIH allemande (2009)	76
Figure 16 Localisation des régiments sollicités pour l'étude.....	80
Figure 17 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	85
Figure 18 Lieu de la dernière OPEX.....	85
Figure 19 Formations aux IST spécifiques à la fonction de cadre	86
Figure 20 Evaluation de l'éducation aux IST dans l'Armée de Terre.....	87
Figure 21 Personnels devant effectuer l'éducation aux IST	87
Figure 22 Délai pour effectuer un dépistage des IST avant l'arrêt de l'utilisation du préservatif dans une relation stable.....	89
Figure 23 Prévalence estimée du VIH en France (0,2% selon ONUSIDA)	89
Figure 24 Estimation de la proportion de personnes ignorant leur séropositivité (20% environ)	90
Figure 25 Proportion estimée d'hétérosexuels parmi les nouveaux contaminés par le VIH (57% selon l'INPES)	90
Figure 26 Précaution prise au contact de personnes contaminées par le VIH.....	91

Figure 27 Lieu de recours à la prostitution	91
Figure 28 Lieu privilégié pour le dépistage des IST	92
Figure 29 Opinion sur les propositions d'implications dans la prévention des IST	93
Figure 30 Priorisation des axes de prévention des IST par les cadres (côté de 1 pour le plus prioritaire à 4 pour le moins prioritaire)	94
Figure 31 Opinion des cadres sur la mise à disposition des préservatifs	95
Figure 32 Modification du comportement envers les subordonnés infectés par une IST	95
Figure 33 Nature de la modification du comportement en cas d'infection par une IST d'un subordonné.....	96
Figure 34 Opinion sur le recours à une prostitution encadrée sur certains territoires d'opérations	96

Table des tableaux

Tableau I Caractéristiques des phases précoces et tardives de la syphilis.....	38
Tableau II Test sérologiques de la syphilis.....	40
Tableau III Manifestations cliniques de l'infection à <i>C. trachomatis</i>	42
Tableau IV Diagnostic direct de <i>C. trachomatis</i>	44
Tableau V Infections ou pathologies classant stade SIDA (E. PILLY, 2010)	52
Tableau VI Avantages et inconvénients des systèmes de dépistage par le VIH (VIH.org).....	53
Tableau VII Indications de TPE post ESAR (DGS(8))	55
Tableau VIII Interprétation de biologie dans le diagnostic d'hépatite B, avec l'autorisation de JP BONNEMAIRE, BIORLAB, Orléans.....	58
Tableau IX Présentation des modes de contamination	63
Tableau X Estimations des taux de prévalences VIH/SIDA dans les forces armées de pays d'Afrique	73
Tableau XI Facteur de risques de non implication des cadres dans la prévention des IST par rapport aux caractéristiques sociodémographiques, analyse univariée.....	97
Tableau XII Facteur de risque de non implication des cadres dans la prévention des IST, analyse multivariée.....	99
Tableau XIII Comparaison des militaires de l'échantillon avec la population générale de l'Armée de Terre(13, 36)	101
Tableau XIV Comparaison des connaissances autour du VIH	103

Liste des Abréviations

ADN	Acide DésoxiriboNucléique
ALAT	Aviation Légère de l'Armée de Terre
Am. Sud	Amérique du Sud
ARN	Acide RiboNucléique
C3G	Céphalosporines de 3ème Génération
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CESPA	Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées
CMIT	Collège de Maladies Infectieuses et Tropicales
DFA	Départements Français d'Amérique
DGS	Direction Générales de la Santé
DOM/TOM	Département/Territoire d'Outre-Mer
EIA	tests immuno-enzymatiques multiples
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
ESAR	Expositions Sexuelles à Risque
FTA	Fluorescent Treponemal Antibody
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human Papilloma Virus
HSV	Herpes Simplex Virus
IC 95%	Intervalle de Confiance à 95%
Ig	Immunoglobuline
IM	Intra-Musculaire
INNTI	Inhibiteur Non-Nucléotidique de la Transcriptase Inverse
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INTI	Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse
IP	Inhibiteur de Protéase
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KABP	Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices
LABM	Laboratoire d'Analyses Biologique et Médicale
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
LGV	Lympho-Granulomatose Vénérienne
MCD	Mission de Courte Durée
OM	Outre-Mer

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unis
OPEX	Opération Extérieure
PA	Personne-Année
PCR	Polymerase Chain Reaction
ROT	Reflexe Ostéo-Tendineux
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SEA	Surveillance Epidémiologique des Armées
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPE	Traitement Post-Expositions
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination
TPPA	Treponema Pallidum Particule Agglutination
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

L'ONU a déclaré être préoccupé « par les potentiels effets négatifs du VIH/sida sur la santé du personnel des opérations internationales de maintien de la paix, y compris le personnel de soutien » au travers de la résolution 1308.

Si, en France le VIH ne présente qu'une faible incidence, en revanche, les Expositions Sexuelles à Risque sont bien plus fréquentes et malheureusement ne sont pas toujours identifiées comme tel.

Le commandement militaire à une importance non négligeable tant dans la prévention que dans les suites de la vie d'une personne infectée par une IST, quelle qu'elle soit.

Les IST ont également un impact dans l'accomplissement du métier de militaire, du fait des indisponibilités pour raisons médicales, de l'effet sur le moral, de la gestion de la dynamique de groupe en cas d'infections. Tout ceci étant évitable par une limitation des situations à risques, où la prévention joue un rôle majeur.

D'un point de vue stratégique, des difficultés sont rencontrées dans les engagements multinationaux, notamment de maintien de la paix, certains pays demandant à ce que les militaires déployés sur leur territoire soit séronégatif pour le VIH.

Afin de perfectionner la politique de prévention des ESAR, ce travail s'est fixé deux objectifs :

- évaluer l'implication des cadres de l'Armée de Terre dans la prévention des ESAR
- évaluer les connaissances, croyances et attitudes des cadres vis à vis des IST

Ce travail a pour volonté de faire un état des lieux concernant le rôle des cadres dans la prévention des IST afin d'envisager la mise en place de mesures correctives

I. ETAT DE L'ART

I.1. Les Infections Sexuellement Transmissibles

1. Définition

La définition des infections sexuellement transmissibles a évolué au fil du temps et de la mise en évidence de nouveaux agents infectieux. Récemment, à la notion de Maladie Sexuellement Transmissible (MST) s'est substitué la notion d'Infection Sexuellement Transmissible en raison du caractère fréquemment asymptomatique des IST qui n'aboutissent pas toute à une « maladie » en tant que tel. On considère comme infection sexuellement transmissible des infections dont la transmission se fait exclusivement ou préférentiellement par voie sexuelle. Les agents pathogènes responsables d'IST peuvent être de nature virale, bactérienne, parasitaire ou fongique.

Les IST sont connues depuis l'Antiquité avec des descriptions de la blennorragie et de l'herpès génital par Hippocrate. L'essor de l'étude des IST se produit à partir de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, maladies appelées alors « maladies vénériennes » (du nom de la déesse romaine Vénus, déesse de l'amour).

Dans la deuxième moitié du XXI^{ème} siècle, les maladies sexuellement transmissibles, devenues infections sexuellement transmissibles, ont pris une nouvelle ampleur avec la révolution sexuelle de la fin des années 60 et l'apparition dans les années 80 de la pandémie du VIH/SIDA.

Pour cette étude, nous avons choisi de nous limiter aux infections sexuellement transmissibles les plus fréquemment rencontrées au sein des Armées, à savoir les infections à gonocoques, à *Chlamydiae trachomatis*, à mycoplasme, la syphilis, les infections par les virus de l'Herpes au niveau génital, aux HPV, de l'Hépatite B et le VIH.

On a exclu de l'étude les infections à *Haemophilus ducreyi* (chancre mou) et l'infection à *Trichomonas*.

Il a également été choisi de limiter la description clinique aux personnes immunocompétentes. De manière générale, nous rappellerons ici que la découverte ou la suspicion d'une IST doit faire rechercher les autres IST et nécessite de prendre en charge le ou les partenaires.

2. Gonococcies

Les infections à gonocoques sont dues à un cocci à coloration de gram négative, *Neisseria gonorrhoeae*, diplocoques intracellulaires et extracellulaires (1, 2).

La transmission se fait exclusivement par voie sexuelle, interhumaine. L'incubation est courte, entre 2 et 5 jours.

2.1. Epidémiologie

Les infections à gonocoques sont en augmentation depuis plusieurs années, quels que soient les régions et l'orientation sexuelle. Elle touche des sujets majoritairement jeunes, avec un âge médian de 21-22 ans pour les femmes et de 27 ans pour les hommes(3). Dans le cas de relation bi ou homosexuelles, cet âge médian augmente à 30 ans.

La répartition entre les populations homo et hétérosexuelles est à quasi parité.

La co-infection par le VIH représente en 2009-2010 8% des cas, en diminution.

2.2. Clinique

Chez l'homme, la principale présentation clinique est l'urétrite purulente gonococcique, appelé autrefois « chaude-pisse » ou « gonorrhée ». Elle se caractérise dans 90% des cas par un écoulement jaune-verdâtre, une dysurie marquée et une méatite oedémateuse. L'apyrexie est la règle et la présence de fièvre doit faire craindre une complication soit locale (prostatite) soit générale (septicémie, arthrite). Il peut exister les adénopathies inguinales.

Chez la femme, l'infection par *N. gonorrhoeae* se manifeste par une cervicite purulente, symptomatique dans moins de 50% des cas, avec des leucorrhées et des dyspareunies, accompagnées parfois de dysurie. L'atteinte du haut appareil génital est possible (salpingite) faisant le pronostic de cette infection avec des possibilités de stérilités séquellaires.

A coté de ces 2 tableaux cliniques les plus fréquents d'infection à gonocoque, d'autres localisations sont possibles :

- oro-pharyngé, chez la femme et l'homosexuel, asymptomatique dans la plupart des cas.
- ano-rectale, en cas de rapport anal réceptif, pouvant aller de forme asymptomatique à une anorectite aigue fébrile, purulente, douloureuse et hémorragique.

- conjonctivale, avec une conjonctivite purulente présentant un risque de cécité, rencontré notamment chez le nouveau né en potst-partum.
- septicémie subaigüe, le plus souvent chez la femme et l'homosexuel, avec fièvre trainante, arthralgies, ténosynovites, lésions cutanées, ténosynovites, poly ou oligoarthrite.

2.3. Diagnostic

Le diagnostic d'une infection à *N. gonorrhoea* peut se faire au moyen de plusieurs techniques : l'examen direct, la culture et la PCR.

2.3.1. Examen direct

Chez l'homme en cas d'urétrite purulente, le prélèvement se fait sur l'écoulement au méat, ou à défaut par un écouvillonnage endo-urétral avec des performances et une tolérance moindres. La sensibilité de cet examen est proche de 100% par rapport à la culture, avec la présence de diplocoques intracellulaires caractéristiques et, dans une moindre mesure extracellulaire, à coloration de gram négative.

Chez la femme, on effectue le prélèvement au niveau de l'endocol et du méat urétéral

La sensibilité de l'examen direct chez la femme, ainsi qu'au niveau anal et pharyngé est moindre du fait de l'importance de la flore saprophyte.

2.3.2. Culture

La culture se réalise à partir de prélèvement locaux (culture impossible à partir d'urine) sur milieux spécifiques : une gélose de sang cuit et une gélose de sélection dans un milieu riche en CO₂. Elle permet le diagnostic de certitude des gonococcies anorectales, pharyngé et féminines, ainsi que l'identification des souches et l'étude de leurs résistances vis à vis des antibiotiques. La demande de recherche de gonocoque doit être précisée au biologiste.

2.3.3. PCR

La PCR s'est nettement développée ces dernières années et constitue un examen intéressant et de mise en œuvre rapide. Elle peut se faire sur un premier jet d'urine en cas de forme pauci symptomatique. Elle peut être également faite dans les sites où la culture est moins sensible et risque d'interférer avec la flore saprophyte locale : région pharyngée ou anale notamment. Enfin, elle permet de redresser le diagnostic en cas de traitement antibiotique débuté avant les

prélèvements bactériens, particulièrement dans les cas d'arthrites ou ténosynovites à cultures usuelles négatives.

Cependant, la culture reste indispensable afin de déterminer le profil de résistance du gonocoque, notamment vis à vis des fluoroquinolones et des pénicillines.

2.4. Traitement

Le gonocoque est une bactérie fragile, qui était habituellement sensible aux antibiotiques usuellement utilisés : pénicillines et quinolones, permettant des traitements courts. Néanmoins est apparu ces derniers années un fort taux de résistance aux fluoroquinolones (plus de 50%) et 10 à 20% de pénicillinases, imposant un traitement bien codifié. Du fait des résistances bactériennes, un antibiogramme doit être demandé devant toute infection à Gonocoque dans la mesure du possible.

Concernant l'urétrite à gonocoque, le traitement est à mener préférentiellement sous forme minute par CEFTRIAXONE 500mg en injection IM, ou CEFIXIME 400mg per os, avec une efficacité non démontrée sur les formes pharyngées et l'émergence de cas de résistance observée en Asie. Un contrôle clinique sera réalisé à J7.

En cas d'allergie aux bêtalactamines, le traitement se fera par SPECTINOMYCINE 2g, en injection intra-musculaire, avec comme inconvénient 10% de taux d'échec et une inefficacité sur les formes pharyngées. D'autres options existent également dans des cas définis : CIPROFLOXACINE 500mg dose unique ou AZITHROMYCINE 2g.

Le traitement des partenaires est systématique.

Il est conseillé de traiter sans attendre les résultats microbiologiques et en raison d'une association forte (20%) avec *Chlamydiae trachomatis*, un traitement anti chlamydiae est systématiquement associé.

Les autres formes d'infections à gonocoques (arthrites, prostatites, infections disséminées) justifient des traitements antibiotiques prolongés initialement par voie parentérale. Les C3G restent les molécules de choix en probabiliste. Une simplification du traitement sera faite selon les données de l'antibiogramme et en fonction du site de l'infection.

3. Syphilis

Cette maladie est due à une bactérie du type spirochète, *Treponema pallidum* spp. *pallidum*, apparue en Europe au cours du XVème siècle, probablement importée des Amériques.

3.1. Epidémiologie

La syphilis a connu une diminution progressive suite à l'introduction de la pénicilline G au milieu du XXème siècle, allant quasiment jusqu'à la disparition de la maladie. La prévalence de la syphilis précoce tend à augmenter au cours de ces dernières années en France(3). En Ile de France, cette prévalence est en légère augmentation, alors que dans les autres régions métropolitaines, cette augmentation est nette. Ainsi sur les 10 dernières années, on observe une augmentation importante des cas surtout chez les hommes. L'âge médian retrouvé est de 39,5 ans pour les hommes hétérosexuels et de 36,5 ans pour les bi-homosexuels et 29,5 ans pour les femmes. La co-infection VIH est fréquemment retrouvée chez les hommes homo ou bisexuels avec 45% contre 22% chez les hommes hétérosexuels.

3.2. Clinique

Elle présente une évolution décrite classiquement en 3 phases : primaire, secondaire et tertiaire(1, 2).

3.2.1. Primaire

Cette phase correspond à la lésion initiale du chancre syphilitique. Celui-ci apparaît au point d'inoculation entre 10 à 90 jours, en moyenne après 3 semaines. L'inoculation se fait via des muqueuses, ou plus difficilement via une zone kératinisée, nécessitant une abrasion. Lors de l'apparition du chancre, les tréponèmes ont déjà diffusé dans l'organisme.

Le chancre est classiquement une ulcération superficielle, propre, unique, indolore siégeant au niveau des muqueuses génitales. Son induration est un bon argument clinique. Une ou des adénopathies, non inflammatoires, apparaissant dans les territoires de drainage 5 à 10 jours après le chancre. Cependant ce chancre peut être visible sur l'ensemble de l'organisme, parfois même avec plusieurs chancres.

Il convient donc de traiter comme une syphilis une ulcération anale ou buccale quels que soient les résultats des examens complémentaires qui peuvent être faussés en début d'évolution.

Le chancre disparaît sans cicatrice sauf s'il est profond, même sans traitement. Cependant dans ce cas, la maladie passera en phase secondaire. Chez les femmes et les homosexuels masculins, le chancre passe plus volontiers inaperçu pour des raisons anatomiques.

Après le traitement, les tréponèmes disparaissent en quelques heures du chancre et celui-ci cicatrise en quelques jours.

3.2.2. Secondaire

Elle est caractérisée par les manifestations cliniques, le plus souvent cutanéomuqueuses lors de la bactériémie du tréponème. Elle survient chez 1/3 des patients non traités à la phase primaire. Les autres patients guérissent mais sont à haut risque de développer des années plus tard une forme tertiaire. Elle correspond historiquement à la « grande simulatrice » en raison de la variété de signes qu'elle peut prendre.

Elle se présente en 2 floraisons.

La première, pouvant être concomitante au chancre syphilitique, apparaît entre S6 et S10, sous forme de macules rosées du tronc, non prurigineuses. Ainsi, toute éruption roséoliforme doit faire rechercher une syphilis.

La seconde plus riche peut comporter :

- des syphilides papuleuses vers M2-M6, cuivrées, prurigineuses, squameuses de distribution symétrique souvent retrouvées sur la paume des mains.
- au niveau muqueux, des plaques érosives ou végétantes très contagieuses.

On retrouve également des signes généraux avec des polyadénopathies, fièvre, polyarthralgies, ... Il existe très fréquemment une atteinte méningée à ce stade.

3.2.3. Tertiaire

Elle correspond aux lésions apparaissant suite à une réaction granulomateuse de l'organisme, les gommes syphilitiques qui ont été décrites dans l'ensemble de l'organisme.

Les atteintes les plus classiques sont :

- cutanéomuqueuses avec des tubercules dermiques et des gommes hypodermiques
- osseuses avec une ostéochondrite des os long, une ostéite des os plats et un effondrement du palais et des structures nasales

- cardiovasculaires avec une insuffisance aortique, anévrisme calcifié de l'aorte thoracique et coronarite
- neurologiques avec l'évolution d'une neurosyphilis réalisant au stade ultime un tableau de paralysie générale avec délire mégalomane. Cette évolution est représentée avec la figure 1.

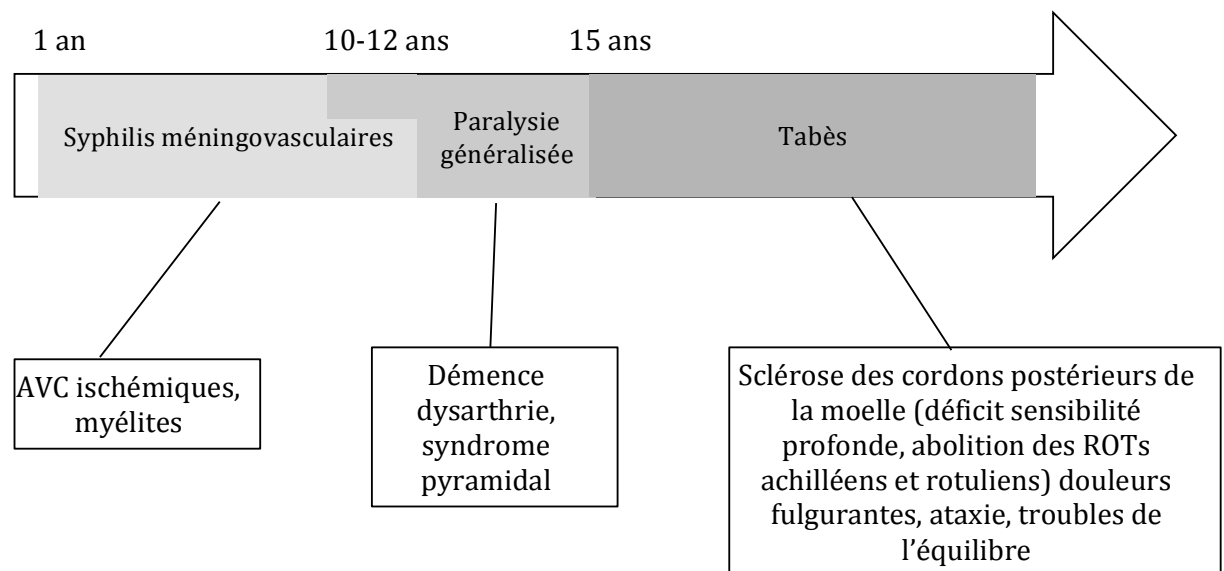


Figure 1 Evolution des formes neurologiques de la syphilis

Au cours de cette évolution, on peut retrouver le signe d'Argyll-Robertson (abolition des reflexes photomoteurs avec myosis, anisocorie et conservation du reflexe d'accommodation-convergence).

Le LCR montre classiquement une pléiocytose modérée, ainsi qu'une hyperprotinorachie.

3.2.4. Classification OMS

Plus récemment a été effectuée une simplification de cette classification en 2 phases :

- précoce, correspondant à la phase primaire et à l'évolution sur une durée d'un an (2 pour l'OMS) regroupant donc la syphilis secondaire et la syphilis latente de moins de 1 an d'évolution.
- tardive, par la suite.

Cette classification est mieux adaptée à la mise en œuvre du traitement qui dépendra de la phase où se trouve le patient au moment du diagnostic, comme décrit dans le tableau I.

Tableau I Caractéristiques des phases précoces et tardives de la syphilis

Syphilis	Contagiosité	Atteinte parenchymateuse	PL	Traitement par pénicilline G
Précoce	Forte	Non	Si signes oculaires ou neurologiques, quelque soit le statut VIH	1 injection
Tardive	Faible	Oui	-anomalies neurologique ou oculaires -traitement par Doxycycline -patient VIH+ -bilan d'extension si syphilis tertiaire non neurologique -échec thérapeutique clinique ou sérologique	3 injections

3.3. Diagnostic

L'agent de la syphilis appartient au genre *treponema* comportant notamment l'agent du Bèjel et du Pian. Leurs caractéristiques sont si proches qu'il est impossible de les différencier à l'examen direct. La PCR et la sérologie peuvent également être prises en défaut et leurs interprétations doivent prendre en compte la possibilité d'une tréponématose non vénérienne. Le tréponème de la syphilis se trouve en grandes quantités au niveau des lésions primaires et secondaires.

3.3.1. Confirmation directe

Un examen direct peut se faire par un écouvillonnage de lésions avec un examen microscopique à fond noir, permettant une réponse immédiate avec cependant un examen personnel dépendant, fastidieux, rarement réalisé en pratique courante.

Une hybridation in situ est également possible permettant de repérer le tréponème dans les tissus. Cette technique est réservée à certains laboratoires de microbiologie et est rarement pratiquée en routine.

La PCR est en développement, permettant une évaluation de la résistance aux antibiotiques et ayant une meilleure sensibilité que l'examen au microscope à fond noir.

Si la culture in vitro est à ce jour impossible, il existe des modèles biologiques permettant la culture de ce germe (orchite du lapin), permettant de tester la sensibilité aux antibiotiques.

3.3.2. *Confirmation indirecte*

Le diagnostic clinique de syphilis doit être confirmé par des test sérologiques : tréponémique et non-tréponémique, qui ne sont pas spécifique de la syphilis, les tréponèmes non vénériens étant trop proche pour les distinguer.

Ces tests sont décrits dans le tableau II ci-après.

Tableau III Test sérologiques de la syphilis

Test	Nom	Délai de positivité	Intérêt d'une titration	Négativation	LCR	Sensibilité	Spécificité
Tréponémique	TPHA (<i>Treponema pallidum</i> Haemagglutination) TPPA (<i>treponama pallidum</i> particule agglutination) FTA (<i>fluorescent treponemal antibody</i>) EIA (tests immuno-enzymatiques multiples)	J5 à J10 après l'apparition du chancre	Non	Non	Fréquemment positif dès que retrouvé dans le plasma. Sa négativité élimine une syphilis tertiaire	Très bonne sauf dans les premiers jours du chancre	Proche de 100%
Non-tréponémique	VDRL (<i>veneral disease research laboratory</i>)	J8-J10	Corré à l'évolution de la maladie, maximal à M6-M12 (syphilis secondaire) puis diminution lente dans le temps	1 à 2 ans après la guérison. Décroissance d'un facteur 4 bon facteur de guérison à M3-M6	Retrouvé dans 25% des neurosyphilis, bon indicateur.	Moindre, notamment si excès anticorps anti cardiolipide	Faux positif possible si grossesse, infection viral ou bactérienne, toxicomanie IV, connectivites

3.4. Traitement

Le traitement de référence reste en 2013 la pénicilline G sous forme retard (EXTENCILLINE®) et parentéral(1, 2).

La principale alternative possible repose sur la DOXYCYCLINE, avec des résultats moins satisfaisants. Elle ne s'envisage que dans l'éventualité d'une allergie à la Pénicilline et/ou d'une anomalie de l'hémostase contre-indiquant une injection intramusculaire.

Dans le cas d'une femme enceinte ou d'un patient atteint de VIH, cette alternative n'est pas envisageable, imposant une désensibilisation avant traitement.

En cas de syphilis précoce, une injection unique d'EXTENCILLINE® à 2,4 millions d'unités en intramusculaire est associée à une analgésie locale. Pour la syphilis tardive le même protocole est répété à 3 reprises de façon hebdomadaire.

Dans certains cas se produit lors du traitement, de façon plus fréquente dans la syphilis précoce, la réaction d'Herxheimer, le plus souvent sans gravité avec simplement une fièvre. Dans la syphilis tardive, elle peut être plus grave avec une atteinte neurologique. Une prévention est possible qui est proposée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés pour la syphilis précoce et aux sujets âgés pour la syphilis tardive.

La bonne efficacité du traitement doit être vérifiée, outre la clinique, par la répétition des sérologies à M3 et M6. Le titre du VDRL doit être divisé par 4 (2 dilutions) à trois mois et par 16 (4 dilutions) à six mois. Si ce n'est pas le cas, l'avis d'un spécialiste est justifié. Le VDRL doit être négatif un an après le traitement d'une syphilis primaire et dans un délai de 2 ans après le traitement d'une syphilis secondaire.

A noter que la syphilis ne confère pas d'immunité protectrice et que des recontaminations sont possibles tout au long de la vie

4. Chlamydiae

Les chlamydie génitales sont dues à une bactérie intracellulaire stricte, *Chlamydia trachomatis*(1, 2). Il s'agit de l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus fréquente en France, avec une évolution le plus souvent chronique du fait du caractère paucisymptomatique.

Cette bactérie présente un cycle d'évolution en 2 stades avec un corps élémentaire, adapté au passage extracellulaire, permettant d'infecter de nouvelles cellules, et un corps réticulaire, intracellulaire strict, forme active pouvant se multiplier.

Elle présente 19 sérovars correspondant à des formes cliniques différentes (infections oculo-génitales, trachome, lymphogranulomatose vénérienne) comme illustré par le tableau III. Nous nous intéresserons ici aux sérovars D à K, responsable d'infections oculo-génitales touchant principalement des sujets jeunes avec des comportements à risques au niveau sexuel.

Tableau III Manifestations cliniques de l'infection à *C. trachomatis*(1)

Sérovars	Manifestations cliniques	Complications
A-C	Kératoconjonctivite	Trachome cicatriciel, cécité
D-K	H : urétrite, proctite F : cervicite, urétrite, proctite	Épididymite Endométrite Salpingite Douleurs pelviennes Grossesse extra-utérine Périhépatite (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis) Infertilité
	H + F : conjonctivite	Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter Arthrite réactionnelle
L	LGV	-

4.1. Epidémiologie

Les infections à *C. trachomatis* sont en augmentation chez l'homme comme chez la femme (figure 2). La prévalence de cette infection est estimée entre 1 et 3%. Cette augmentation se fait à la faveur des formes asymptomatiques(3).

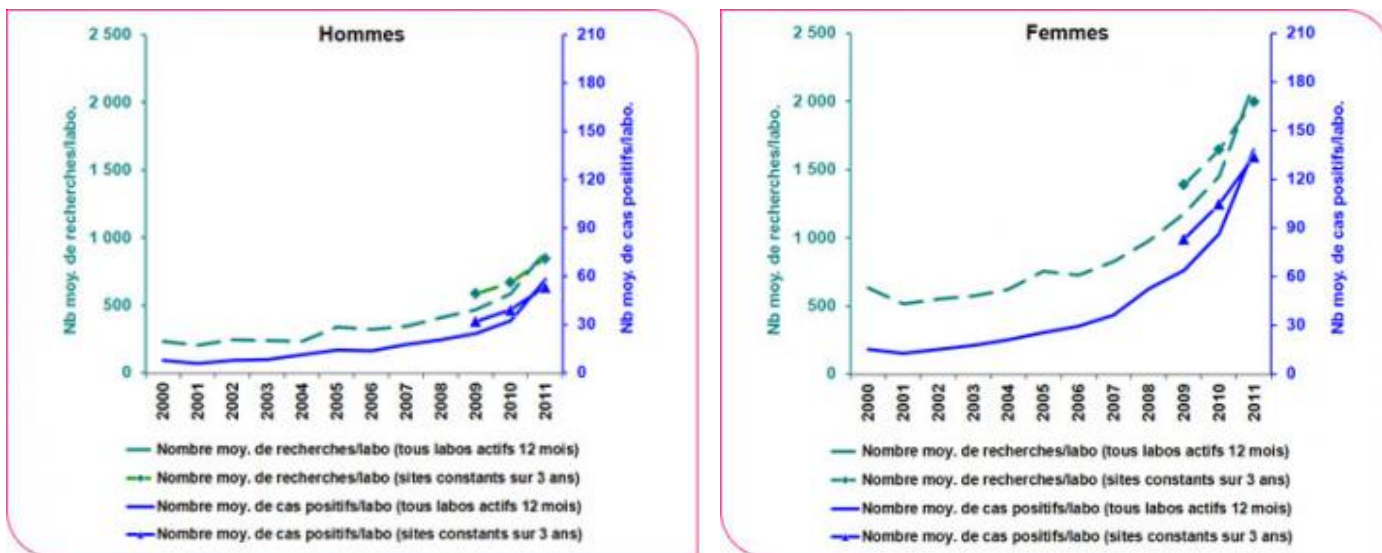


Figure 2 Evolution annuelle du nombre de recherches d'infections à Chlamydiae (InVS)

4.2. Clinique

On observe fréquemment des formes peu ou pas symptomatiques chez 50% des hommes et 70% des femmes.

4.2.1. *Tableau masculin*

Dans le cas des infections symptomatiques, on observe une urétrite, le plus souvent subaiguë. L'écoulement est séreux, peu abondant, pouvant se limiter à une simple goutte matinale. Les douleurs urétrales sont en règle modérées.

L'incubation va de 48h à 2 mois pour une moyenne de 12 à 16 jours.

Dans 15 à 20% des cas, l'infection se présente sous une forme plus aiguë, avec un écoulement abondant, purulent, douloureux.

Chez l'adulte jeune, une orchio-épididymite peut compliquer le tableau.

L'arthrite réactionnelle pouvant parfois réaliser le tableau complet du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (associant arthrite-conjonctivite-urétrite) est une complication rare de l'infection à Chlamydia, plus fréquente chez l'homme.

4.2.2. *Tableau féminin*

L'infection à Chlamydia prend le plus souvent la forme d'une cervicite asymptomatique.

En cas d'infection symptomatique, le col devient œdématisé, congestif et friable, pouvant s'associer à une urétrite et une leucocyturie amicrobienne.

Il est noté en cas d'ectopie cervicale une sensibilité accrue à l'infection, faisant supposer que les femmes enceintes partagent cette sensibilité.

La principale complication est une salpingite, pouvant mener en cas de formes négligées ou paucisymptomatiques à une stérilité tubaire, des risques accrus de grossesses extra-utérines ou des douleurs pelviennes chroniques.

Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis peut apparaître à la suite, avec une périhépatite pouvant mimer une cholécystite.

On retrouve également chez l'homme comme la femme, des conjonctivites par auto-inoculation à partir du foyer génital initial.

4.3. Diagnostic

Actuellement la technique privilégiée est la biologie moléculaire, plus rapide, avec une excellente sensibilité et sensibilité (tableau IV).

Tableau IV Diagnostic direct de *C. trachomatis*

Méthodes		Temps	Avantages	Limites
Culture cellulaire		72 h	Spécificité, souche	Sensibilité 80-85 %
Détection antigénique	IFD	45 min	Simple, test unitaire	Sensibilité 75-80 % Lecture subjective
	Elisa	4 h	Automatisation, coût	Sensibilité 75-80 %
	Test sur membrane	30 min	Test unitaire	Faible spécificité (test de confirmation)
Biologie moléculaire	Sonde	2 h	Facile à faire	Sensibilité 75-80 %
	Amplification (PCR temps réel, SDA, TMA, NASBA)	2-4 h	Sensibilité > 95 % Spécificité > 99 %	Contamination Coûteux Préparation de l'échantillon

PCR : polymerase chain reaction ; SDA : strand displacement amplification ; TMA : transcription mediated amplification ; NASBA : nucleic acid sequence based amplification.

Chez l'homme, le prélèvement sur premier jet d'urine est la technique de première intention, qui peut être complétée selon la situation clinique par le prélèvement d'autres sites. Ainsi, chez l'homosexuel masculin, il est conseillé de réaliser un écouvillon anal et un écouvillon pharyngé.

Chez la femme, le prélèvement se fait par un écouvillonnage local, de localisation différente selon la symptomatologie. Il peut se faire par un auto-prélèvement chez les femmes asymptomatiques, notamment pour la biologie moléculaire qui peut se faire sur un écouvillon sec.

Les sérologies doivent se limiter aux situations où un prélèvement pour une recherche directe de la bactérie est complexe, tels que les arthrites, les infections disséminées, les ulcérations évocatrices de LGV et dans le cadre de bilan d'hypofertilité.

4.4. Traitement

C. trachomatis présente naturellement de nombreuses résistances aux antibiotiques. Cependant, devant la lourdeur des techniques, il est rare de pratiquer un antibiogramme.

Actuellement, l'AZITHROMYCINE 1g est le traitement de choix, réalisable en traitement unique(4). L'alternative proposée est la DOXYCYCLINE 100mg, 2 fois par jour pendant 7jours.

Les partenaires sont à traiter également. Une recherche directe de la bactérie sera effectuée à 5 semaines du traitement pour s'assurer de son efficacité.

4.5. Lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre

Elle est due aux sérovars L1, L2, L2a et L3 de *C. Trachomatis* qui ont un tropisme lymphatique.

Elle est fréquente dans les zones tropicales et subtropicales, exceptionnelle dans les pays industrialisés jusqu'à ces dernières années. Une recrudescence est actuellement observée dans les populations homosexuelles masculines en Europe notamment chez les patients séropositifs pour le VIH(2).

4.5.1. Epidémiologie

Jusqu'en 2003 cette maladie était exceptionnelle dans les pays industrialisés. On observe depuis une recrudescence importante avec des souches circulantes de type L2. En 2008 725 cas ont été recensés contre 27 cas à Paris de 1981 à 1986(1).

4.5.2. Clinique

La LGV une maladie systémique chronique avec comme point de départ une ulcération génitale souvent méconnue. Deux tableaux cliniques principaux coexistent l'adénite inguinale et la rectite aigue.

L'évolution de la maladie se fait en 3 phases:

- un chancre génital, à type de papule ou de pustule indolore, qui apparaît 1 à 3 semaines après le contage, passant inaperçu dans plus de la moitié des cas. Il apparaît au niveau du site de contamination, autorisant ainsi des localisations extra-génitales.

- La phase secondaire révèle le plus souvent la LGV. Elle se présente sous deux formes cliniques : l'adénite inguinale et de la rectite aiguë.
 - l'adénite inguinale survient quelques jours à quelques semaines après le chancre. Elle atteint les ganglions inguinaux et fémoraux qui peuvent fusionner en un bubon ulcéré et fistulisé en pommeau d'arrosoir.
 - la rectite aiguë se manifeste par un ténesme, des douleurs rectales et parfois un écoulement muco-purulent. Ces signes peuvent être invalidants et spectaculaires. Elle s'accompagne de signes généraux à type de fièvre, d'érythème polymorphe ou noueux et d'arthrite.
- La phase tertiaire se manifeste par des lésions fibreuses génitales pouvant présenter un handicap fonctionnel. L'évolution ultime est une destruction du tissu lymphatique responsable d'un éléphantiasis.

4.5.3. Diagnostic

La recherche directe peut se faire par culture au moyen d'un prélèvement ganglionnaire ou d'un écouvillonnage anal ou rectal.

La culture a une bonne sensibilité grâce à la virulence des souches de sérovars L.

Pour les écouvillons anaux la PCR est recommandée.

Les sérologies *Chlamydiae* sont utilisables avec des titres élevés évocateurs de LGV chez l'homme.

4.5.4. Traitement

Le traitement consiste en l'administration de DOXYCYCLINE à 100 mg 2 fois par jour pendant 21 jours, ou d'érythromycine 500 mg 4 fois par jour pendant 21 jours(4).

Si les partenaires sont asymptomatiques un traitement par 1 g d'AZITHROMYCINE en dose unique, ou à base de DOXYCYCLINE pendant 7 jours peuvent leur être proposés.

5. Mycoplasme

Les mycoplasmes sont des bactéries à développement intracellulaire, dépourvues de parois, polymorphes, responsables d'infections chez l'homme sur des sites divers(1, 2).

Nous nous intéresserons ici aux germes présentant un tropisme génital, à savoir *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalum* et *Ureaplasma spp.*

5.1. Epidémiologie

Mycoplasma hominis et *Ureaplasma spp* font partis de la flore commensale d'une proportion importante de la population, rendant d'autant plus difficile l'interprétation des résultats biologiques.

Ils peuvent être retrouvés chez près de 50% des femmes pour *Ureaplasma* et 10% pour *M. hominis*, sachant qu'ils sont plus facilement retrouvés chez l'homme que chez la femme.

M. genitalum est retrouvé dans une proportion moindre de la population, entre 0,8 et 4% d'après des études chez des adultes jeunes.

5.2. Clinique

Le tableau masculin est celui d'une urétrite, aigue en cas d'infection par *M. hominis* et *genitalum*, et chronique pour *Ureaplasma*.

Chez la femme, on retrouve des vaginoses bactériennes par déséquilibre de la flore, des cervicites et des urétrites, ainsi que des stérilités tubaires et des complications de grossesse à type notamment de chorioamnionites avec une possibilité d'infection néo-natale.

Des infections systémiques ont également été décrites chez des personnes immunodéprimées sur des sites variés.

5.3. Diagnostic

En clinique, seule la recherche directe présente un intérêt, que ce soit par culture ou par PCR.

La culture est la norme pour *M hominis* et *Ureaplasma*, mais doivent être spécifiquement demandées au laboratoire, avec une réponse en 48h. Elle présente également l'avantage d'avoir une vision quantitative permettant le distinguo entre état commensal et infection.

La PCR est utilisée pour *M genitalum* dont la culture est très difficile, mais son développement en est encore à ses débuts.

5.4. Traitement

Seuls les tétracyclines, les macrolides et certaines fluoroquinolones de dernière génération sont actives sur ces germes. Les antibiotiques agissant sur la paroi bactérienne sont inefficaces et notamment la famille des bêtalactamines.

Au sein même des familles d'antibiotiques supposées actives, il existe des résistances naturelles (notamment à certains macrolides) et acquises.

Actuellement la recommandation de traitement en première ligne(4) est l'AZITHROMYCINE 500mg le 1^{er} jour puis 250mg pendant 4 jours.

6. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise (SIDA)

6.1. Introduction

L'infection par le virus du VIH réalise une pandémie avec environ 34 millions de personnes infectées dans le monde, et 160 000 en France (5).

La progression de cette infection a été rapide si l'on prend en compte son caractère récent avec les premiers cas recensés au début des années 1980, et son identification en 1983, il y a donc 30 ans à peine. Cette progression est remarquable pour une infection présentant un taux de contamination pour un contact unique relativement faible, contact qui doit, qui plus est, être proche.

Le VIH est un rétrovirus, reposant donc sur une structure génétique ARN et deux enzymes clefs, la transcriptase inverse qui permet de rétrotranscrire son matériel génétique initial en ADN et l'intégrase qui permet ensuite l'intégration du génome viral à l'ADN de la cellule infectée. Il a pour cible le système immunitaire et plus particulièrement les cellules lymphocytaires T4 ainsi que les cellules dendritiques. Le virus détruit progressivement le système immunitaire jusqu'à parvenir à le rendre inefficace dans la défense de l'organisme

contre le VIH et contre les autres pathogènes. Ce mécanisme aboutit ainsi à plus ou moins long terme au stade SIDA de la maladie en l'absence de traitement efficace.

L'infection par le virus du VIH fait partie des 31 maladies à déclaration obligatoire.

6.2. Epidémiologie

Selon l'ONUSIDA, on compte en 2011 environ 160 000 personnes infectées par le VIH en France, chiffre en augmentation progressive depuis les années 1990 à mettre en rapport avec la diminution du nombre du décès du au VIH et à la stabilité relative du nombre de nouvelles infections (figure 3 à 5).

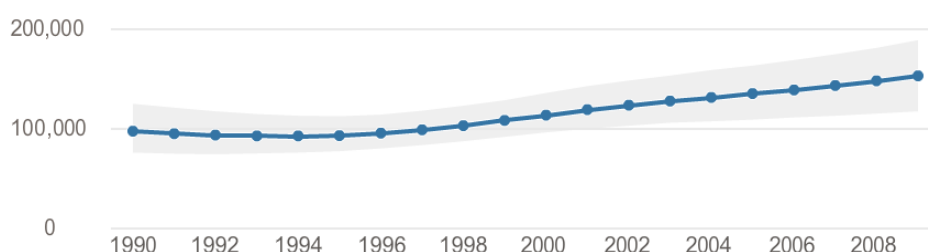


Figure 3 Nombre de personnes vivant avec le VIH en France (ONUSIDA)

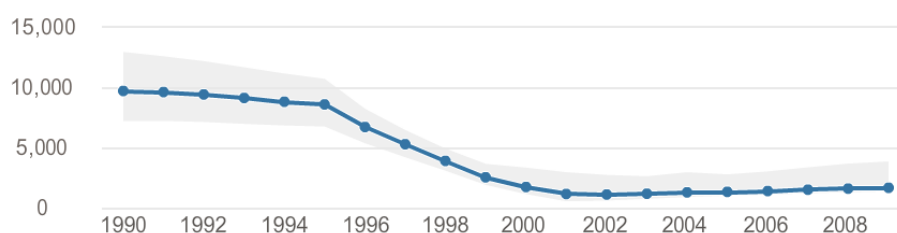


Figure 4 Nombre de décès annuels dus au VIH en France (ONUSIDA)

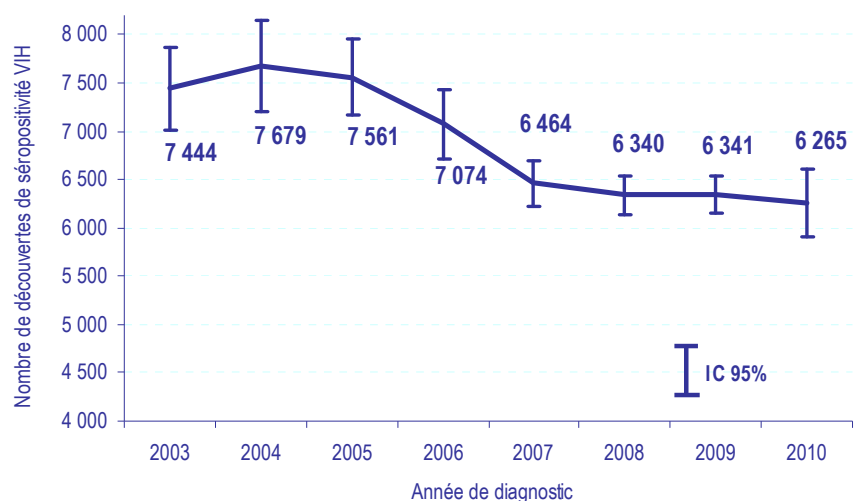


Figure 5 Nombre de découvertes de séropositivité VIH en France, 2003-2010 (Source DO du VIH, InVS)

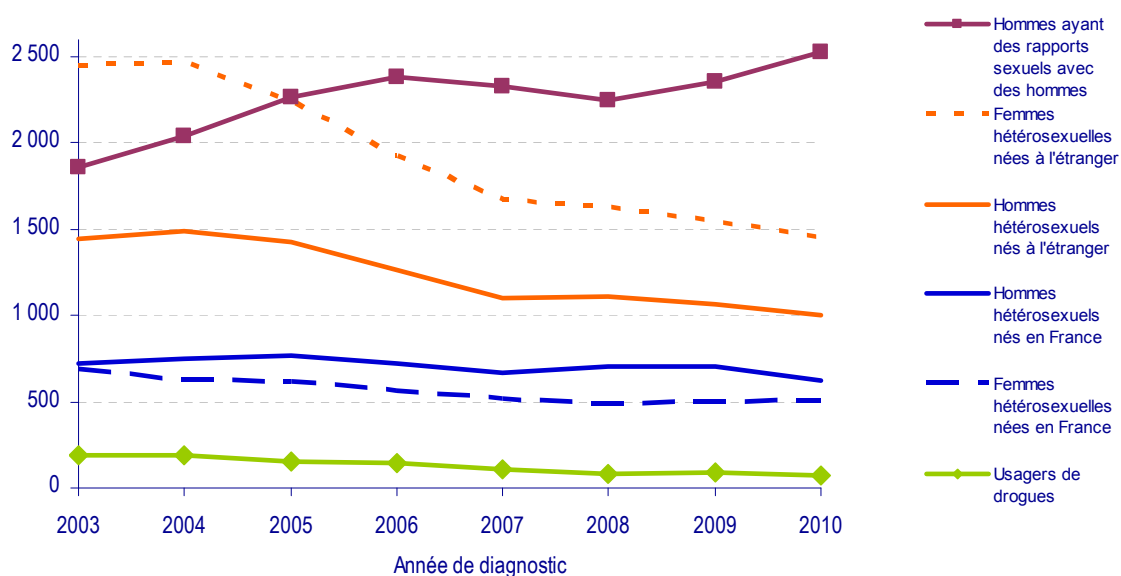


Figure 6 Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, France, 2003-2010 (source DO du VIH, InVS)

En France, il existe cependant une légère augmentation du nombre de nouvelles infections annuelles essentiellement au dépend des populations homosexuelles masculines(3, 6).

Les hétérosexuels représentent 57% de l'ensemble des découvertes de séropositivité, en majorité des personnes nées à l'étranger, à 76% en Afrique Sub-Saharienne et pour 60% des femmes, comme illustré par la figure 6.

Les estimations du nombre de personnes en France qui ignorent leur séropositivité fin 2010 vont de 24 300 à 32 500, soit environ 20% des personnes infectées par le VIH(7).

6.3. Clinique

La clinique du VIH se décompose en 3 phases : la primo-infection, la phase chronique et la phase SIDA(1, 2).

6.3.1. Primo-infection

Elle concerne les manifestations cliniques survenant dans les jours et semaines suivant la contamination. Les délais varient selon les auteurs, globalement cette période couvre les 45 premiers jours.

Elle n'est symptomatique que dans la moitié des cas. L'intérêt du diagnostic précoce repose sur la grande contagiosité à ce stade et sur l'intérêt éventuel d'un traitement dès cette phase.

La clinique est aspécifique, rendant le diagnostic difficile. On retrouve un syndrome pseudo-grippal, des éruptions maculo-papuleuses, des polyadénopathies, une pharyngite à type d'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée ainsi que des ulcérations cutanéomuqueuses. L'association d'un syndrome pseudo-grippal, d'une éruption cutanée et d'ulcérations cutanéomuqueuses doit faire fortement évoquer ce diagnostic.

6.3.2. Phase chronique

C'est la phase la plus longue de la maladie dans son histoire naturelle, peu parlante sur le plan clinique mais, au niveau biologique, on observe une progression constante de la maladie, avec une réplication au niveau des organes lymphoïdes principalement. Cette phase est le plus souvent asymptomatique. On peut parfois observer un syndrome de lymphadénopathies généralisées, avec des adénopathies symétriques, le plus souvent présentes sur les régions supérieures du corps. Ce syndrome est retrouvé dans 20 à 50% des cas, sans signe fonctionnel.

Par ailleurs certaines infections, peu fréquentes chez les personnes immunocompétentes, doivent faire évoquer ce diagnostic en cas de rechute ou de chronicisation :

- la dermite séborrhéique
- le prurigo
- zona, volontiers multimétamérique, nécrotique ou récidivant
- folliculite
- verruës, condylomes et *molluscum contagiosum*

-candidose

-leucoplasie chevelue de la langue

Ou toute autre infection dont le caractère répétitif doit alerter : pneumopathies récidivantes, mycose buccale, ...

6.3.3. Phase SIDA

Cette phase correspond aux manifestations opportunistes secondaires à l'atteinte du système immunitaire par le virus. Sa définition varie selon les pays, prenant en compte soit le taux de lymphocytes T-CD4 dans les pays anglo-saxons, soit l'expression clinique comme en France, où cette phase correspond au stade C. Les infections ou pathologies classant SIDA sont répertoriées dans le tableau V.

Tableau V Infections ou pathologies classant stade SIDA (E. PILLY, 2010)

Stade C
Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C
Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire Candidose de l'œsophage Cancer invasif du col Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire Cryptococcose extrapulmonaire Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois Infection à CMV (autre que foie, rate ou ganglions) Encéphalopathie due au VIH Infection herpétique, ulcères cutanés chroniques > 1 mois ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne Histoplasme disséminée ou extrapulmonaire Isosporose intestinale chronique (supérieure à 1 mois) Maladie de Kaposi Lymphome de Burkitt Lymphome immunoblastique Lymphome cérébral primitif Infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kansasii</i> , disséminée ou extrapulmonaire Infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , quel que soit le site (pulmonaire ou extrapulmonaire) Infection à mycobactéries, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire Pneumonie à <i>Pneumocystis jirovecii</i> (ex- <i>carinii</i>) Pneumopathie bactérienne récurrente Leucoencéphalopathie multifocale progressive Septicémie à <i>Salmonella</i> non typhi récurrente Toxoplasmose cérébrale Syndrome cachectique dû au VIH

6.4. Diagnostic

6.4.1. Diagnostic indirect

Les tests de diagnostic indirect sont basés sur la mise en évidence d'anticorps spécifiques dirigés contre le VIH. Ils se divisent en 2 types, les tests de dépistage et les tests de confirmation.

Les tests de dépistage reposent sur une technique immunoenzymatique type ELISA. Actuellement les tests utilisés sont des tests de 4^{ème} génération recherchant la protéine p24 du VIH-1 et les anticorps IgM et IgG du VIH-1 et VIH-2 de façon combinée.

Ces tests servent actuellement de référence pour le dépistage de l'infection. Les TDR (Test de Diagnostic Rapide) sont de plus en plus présents depuis quelques années en raison de leur facilité d'utilisation et de la rapidité de rendu du résultat (tableau VI).

Tableau VI Avantages et inconvénients des systèmes de dépistage par le VIH (VIH.org)

	Tests rapides	Tests ELISA 4e génération
AVANTAGES	– facilité d'emploi – stockage à température ambiante – réalisable en tout lieu, tout endroit – résultats satisfaisants en termes de sensibilité et de spécificité lors de la phase chronique de l'infection	– grande sensibilité y compris en primo-infection – excellente spécificité – facilement évaluable sur les panels congelés – automatisables à haut débit – réalisés à 37 °C – prix avantageux – traçabilité et enregistrement informatique des résultats
INCONVÉNIENTS	– manque de sensibilité dans les phases précoces de l'infection – manque de traçabilité, les résultats ne pouvant être enregistrés – subjectivité de lecture – problème d'élimination des déchets infectieux si utilisés en dehors des circuits de soins habituels – prix généralement élevé	– nécessité de chaînes de froid, d'électricité et de structures minimales de laboratoire

Ces TDR sont actuellement utilisés en cas d'accident d'exposition ou dans un contexte d'urgence. On peut ajouter à ces utilisations consensuelles l'utilisation faite dans les Armées lors des OPEX, en l'absence de laboratoire fiable à proximité.

Tout test indirect rendu positif ou douteux doit être confirmé par un second prélèvement bénéficiant d'un test de confirmation.

Ce test de confirmation est actuellement le Western-Blot, recherchant les anticorps dirigés contre plusieurs antigènes spécifiques du virus (glycoprotéines de paroi, enzymes, protéines de core).

6.4.2. *Diagnostic direct*

Les tests de diagnostics directs visent à mettre en évidence les composants du virus lui-même, soit l'antigène (p24) soit l'ARN viral.

Il s'agit alors de biologie moléculaire, où l'on cherche à identifier et à quantifier le virus même grâce à son ARN en utilisant une technique de PCR.

On peut ainsi obtenir la charge virale, importante dans le suivi de la maladie, présentant un facteur pronostic, et déterminant la réponse au traitement antirétroviral.

On peut également procéder à un séquençage du matériel génétique afin de mettre en évidence les résistances au traitement.

6.5. Traitement

Le traitement du VIH est variable selon le stade de la maladie, l'état général du patient, son observance, les caractéristiques virales, et sa biologie (charge virale, taux de CD4).

L'objectif de traitement est de parvenir à une charge virale indétectable, soit inférieure à 20-50 copies/ml selon les tests utilisés.

Une fois initié, le traitement devra être maintenu à vie. L'initiation du traitement se fait au niveau hospitalier, après adhésion du patient au projet de soins et nécessite une prise en charge spécialisée.

Il existe plusieurs schémas de traitement possible du VIH. Les schémas les plus usités ont pour base l'association de deux INTI (Inhibiteurs Nucléotidiques de la Transcriptase Inverse) auxquels on ajoute un troisième agent:

- ajout d'un Inhibiteur de Protéase (IP)
- ajout d'un Inhibiteur Non-Nucléotidique de la Transcriptase Inverse (INNTI)
- ajout d'un Inhibiteur d'Intégrase

Le choix et l'évolution des traitements sont guidés par la réponse virale, la réponse immunologique, la tolérance et l'observance du patient ainsi que de l'évolution du génotype viral dans le temps.

Il existe dans le cadre de risque d'exposition au VIH, un traitement d'urgence à visée préventive, le Traitement Post Exposition (TPE), qui, s'il est débuté précocement permet une diminution du risque de transmission. Il s'agit d'une trithérapie de 28 jours qui doit être instaurée idéalement dans les 4h après le contact à risque, ce délai pouvant être porté jusqu'à 48h. Ce traitement débuté en urgence (tableau VII), doit faire l'objet d'une réévaluation auprès d'un spécialiste en maladie infectieuse et tropicale.

Tableau VII Indications de TPE post ESAR (DGS(8))

EXPOSITIONS SEXUELLES		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾
Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾
Fellation réceptive avec éjaculation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie discutée si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾

7. Hépatite B

L'hépatite B est due à un virus à ADN enveloppé, appartenant à la famille des *Hepadnaviridae*.

C'est une maladie à déclaration obligatoire dans sa forme aigue.

7.1. Epidémiologie

On compte 2 milliards d'individu ayant été en contact un jour avec le virus de l'hépatite B (VHB) et 350 millions de porteurs chroniques. Le virus serait responsable d'environ 1,1 millions de décès annuel.

La France se situe en zone de basse endémie, avec une prévalence estimée de l'Ag HBs à 0,65% dans la population générale.

Mais ce taux est très variable selon les sous-populations, ainsi chez les donneurs de sang elle se situe à 0,061%, contre 1,37% chez des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay à Paris, et 4,8% en milieu carcéral(9).

La couverture vaccinale était estimée à 42% chez les adolescents âgés de plus de 15 ans en 2004 et en 2000 à 76,4% parmi les 18-24 ans et 75,7% parmi les 25-49 ans(10).

Dans les armées, la vaccination est réglementaire pour tout personnel, permettant une couverture vaccinale plus importante, estimée en 2005 à 90,2% dans l'Armée de Terre(10). Cependant, on retrouve 3,3% de personnels non vaccinés lors de la prise en charge initiale d'ESAR(11, 12).

7.2. Clinique

La pathogénicité du virus de l'hépatite B est principalement liée à la réponse immunitaire de l'organisme consécutive à la présence du virus, le VHB en lui-même étant peu cytotoxique. L'intensité de la réponse immunitaire se traduira par différentes formes cliniques. Plus cette réponse sera intense, plus la clinique sera aiguë. Le tableau clinique initial, survenant dans seulement 10% des cas, est celui d'une hépatite virale aiguë associant fièvre et syndrome grippal, suivi d'une phase ictérique. Les formes fulminantes sont rares.

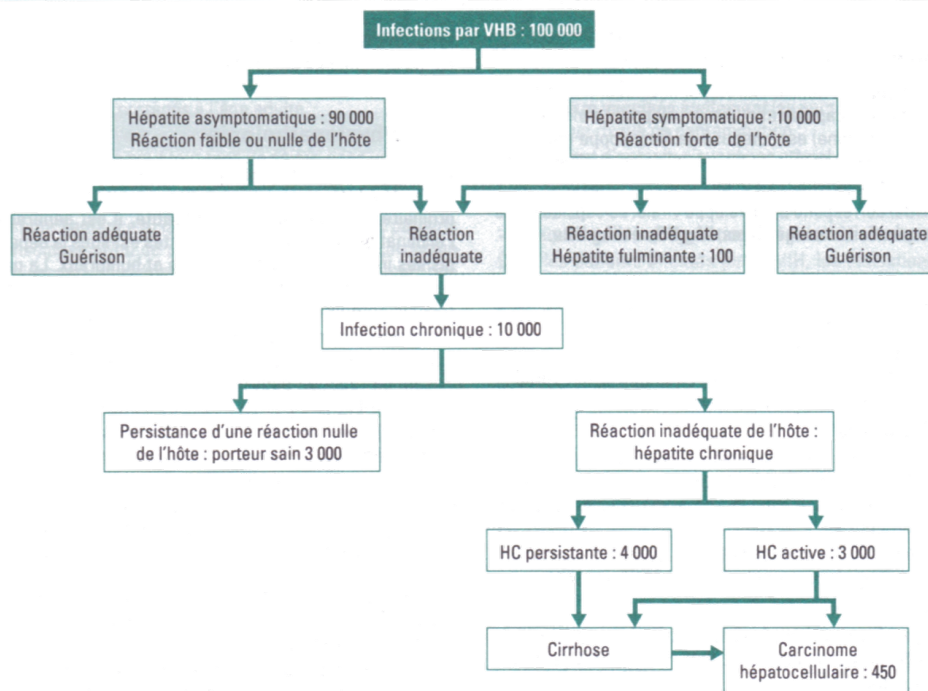


Figure 7 Histoire naturelle de l'infection par le VHB pour 100 000 personnes infectées (E. PILLY 2010)

7.3. Diagnostic

7.3.1. Diagnostic indirect

Il repose sur les recherches d'antigènes et d'anticorps spécifiques du VHB :

- Ag HBs et Ac-anti HBs (seuls protecteurs contre le VHB car dirigés contre l'enveloppe)
- Ag HBc (non dosage dans le sérum, car présent uniquement dans le foie) et Ac-anti HBc
- Ag HBe et Ac-anti HBe

7.3.2. Diagnostic direct

La recherche directe de l'ADN viral peut se faire par PCR, avec une quantification possible.

L'analyse de ces résultats nécessite une vision globale (tableau VIII). Un marqueur isolé est difficilement interprétable.

Tableau VIII Interprétation de biologie dans le diagnostic d'hépatite B, avec l'autorisation de JP BONNEMAIRE, BIORLAB, Orléans

	Hépatite B aiguë		Evolution vers		Porteurs sains	Sujets vaccinés
	débutante	récente	guérison	chronicité		
Ag HBs	+	+ → -	-	+	+	-
Anti HBc IgM	- → +	+ → -	-	- (+)	-	-
Anti HBc total	- → +	+	+	+	+	-
Ag HBe	+ → -	-	-	+	-	-
Anti HBe	-	- → +	+ → -	-	±	-
Anti HBs	-	-	- → +	-	-	+
ADN viral	+	-	-	+	-	-
Transaminases	+++++	++ → N	Normales	++	Normales	Normales

7.4. Traitement

Le traitement est instauré en milieu hospitalier, il est indiqué dans les formes graves histologiquement avec un ADN viral détectable dans le sérum.

Il repose sur des traitement immunomodulateurs visant à réduire la réaction de l'hôte contre le virus et par la même l'hépatotoxicité, et sur les antiviraux visant directement le VHB.

La prévention prend une part importante de la stratégie de santé publique voir de thérapeutique (en cas d'accident d'exposition) dans cette maladie. Il s'agit en effet de la seule IST avec certains HPV pour laquelle nous disposons d'une protection vaccinale efficace.

Le schéma vaccinal repose sur 3 injections, les 2 premières à 1 mois d'intervalle et la 3^{ème} 5 à 12 mois après la 2^{ème}.

8. Herpès

Nous nous intéresserons ici aux formes génitales de l'infection par HSV (Herpes Simplex Virus).

Il s'agit d'un virus enveloppé à ADN double brin(1, 2), présent sous deux formes partageant 50% de leur capital génétique :

- HSV-1, responsable des formes oro-faciales, oculaire et neurologique
- HSV-2, responsable d'atteintes génitales, ano-génitales et de l'herpès néonatal

Cependant cette distinction tend à diminuer avec la présence en augmentation de formes génitales d'HSV-1.

8.1. Epidémiologie

Le contact avec HSV-2 se fait au cours de la vie sexuelle. Sa prévalence est quasi-nulle durant l'enfance pour atteindre 15-20% par la suite avec de grandes disparités selon les catégories de population.

HSV-1 est rencontré plus tôt dans la vie, avec une prévalence de l'ordre de 65%.

8.2. Clinique

On distinguera la clinique des primo-infections et la clinique des réactivations.

8.2.1. Primo-infection

Elle n'est symptomatique qu'une fois sur trois, avec une incubation de 2 à 20 jours.

On observe des maculopapules suivies de vésicules au niveau des organes génitaux externes. Ces vésicules peuvent persister plusieurs jours chez l'homme, alors qu'elles s'ulcèrent rapidement chez la femme.

La cicatrisation peut prendre plusieurs semaines.

Ces lésions cutanées sont le plus souvent accompagnées de signes généraux francs (fièvre, adénopathies,...) et sont en règles générales très douloureuses.

8.2.2. Réactivations

Elles sont d'intensité moindre et le plus souvent précédées de prodromes. On retrouve les vésicules s'ulcérant secondairement. La guérison survient en une semaine environ.

Certaines personnes peuvent présenter des réactivations asymptomatiques avec une excrétion du virus.

8.3. Diagnostic

Le diagnostic peut être établi de façon clinique dans les formes classiques mais nécessite une confirmation virologique. Seul l'herpès labial peut avoir une prise en charge diagnostique uniquement clinique.

Cette confirmation peut se faire par différentes méthodes :

- Biologie moléculaire avec la détection d'ADN viral par PCR ;
- Sérologie si le diagnostic direct est négatif ou impossible à faire, mais d'interprétation parfois difficile ;
- Culture cellulaire, indispensable pour tester les résistances mais rarement faite en routine ;
- Détection d'antigènes viraux ;
- Cytodiagnostic de Tzank, recherchant l'effet cytopathogène viral sur les cellules du prélèvement.

8.4. Traitement

Le traitement repose sur des traitements antiviraux, ainsi que sur les soins locaux.

Cependant aucun traitement ne permet d'éradiquer le virus et d'empêcher les récurrences.

L'objectif est, en cours de poussée, de diminuer l'intensité et la durée de cette poussée, et, en cas de traitement préventif, de limiter la fréquence des récurrences.

Actuellement le traitement de première intention est le VALACICLOVIR, à la dose de 500mg 2 fois par jour, pour une durée de 10 jours dans les primo-infections.

En cas de récurrence, ce même traitement peut être donné pour une durée de 5 jours, permettant si il est administré tôt, une cicatrisation plus rapide. On peut proposer aux patients une prescription anticipée, leur permettant de débiter le traitement dès les premiers signes.

Si les récurrences surviennent de façon rapprochée et sont invalidantes, un traitement préventif peut être indiqué, toujours par VALACICLOVIR, 500mg par jour.

9. HPV (Human Papillomavirus)

Le virus HPV (pour Human Papillomavirus) est un virus à ADN (1, 2) infectant les kératinocytes et responsables de formes cliniques diverses allant de la verrue banale aux lésions à potentiel oncogène (cancer de la marge anal ou du col de l'utérus).

Ce virus présente plus de 200 sérotypes différents de pathogénicités variables.

9.1. Epidémiologie

Il s'agit de l'agent infectieux le plus répandu parmi les infections sexuellement transmissibles. On considère qu'il est 2 fois plus répandu que l'infection à Herpès génital. Il atteint 2% de la population américaine. Sa prévalence augmente avec l'activité sexuelle et le nombre de partenaire.

9.2. Clinique

Les lésions intéressant la sphère des IST (hors verrues) se situent au niveau des muqueuses génitales.

Il s'agit de condylomes, les plus fréquentes étant les condylomes acuminés (ou crête de coq). Ces condylomes ont une durée d'incubation très variable, allant de 3 semaines à plusieurs années.

On les retrouve chez l'homme au niveau de la verge, le plus souvent au niveau du sillon balano-prépuce, sauf chez l'homme circoncis, où elles se situent principalement sur le fourreau de la verge.

Chez la femme, on retrouve les lésions au niveau externe (vestibule, lèvres, clitoris) avec parfois des lésions au niveau vaginal ou du col.

On retrouve également dans les 2 sexes des lésions au niveau anal et péri-anal.

Par ailleurs, les sérotypes oncogènes de certains HPV (16, 18, 31, 35) se manifestent au niveau du col utérin et au niveau anal, selon une progression allant de la dysplasie jusqu'au cancer invasifs (figure 8).

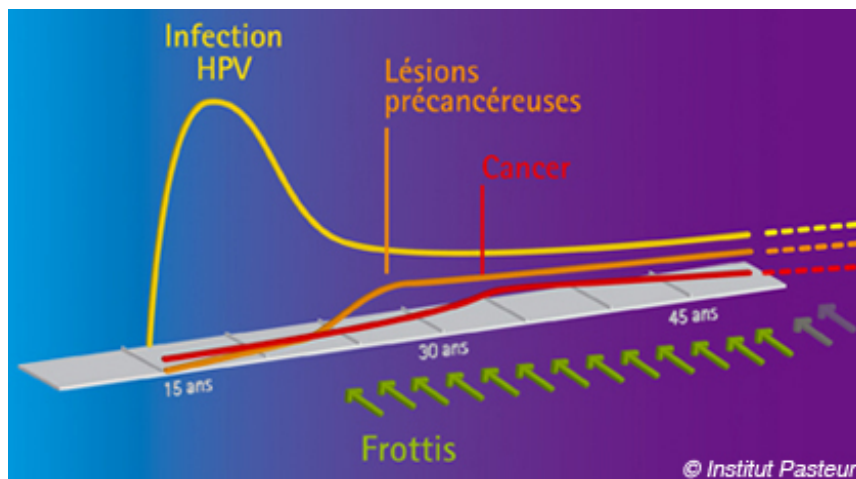


Figure 8 Histoire naturelle de l'infection à HPV

9.3. Diagnostic

Le diagnostic est principalement clinique pour les muqueuses génitales externes. Un support histologique est utilisé en cas de persistance des lésions, d'échec diagnostique ou de doute diagnostique avec une lésion tumorale.

L'histologie est systématique pour les autres lésions.

En pratique clinique, on ne réalise pas de sérotypage.

Le dépistage de ces infections se réalise principalement lors des examens du suivi gynécologique grâce au frottis cervico-vaginal, de périodicité bien établi, à savoir chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, asymptomatiques et ayant ou ayant eu une activité sexuelle, un frottis doit être réalisé tous les 3 ans après deux frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle(13).

9.4. Traitement

Le traitement est local pour toutes les formes de l'infection. Un traitement général reste l'exception.

Ce traitement local peut-être soit chimique, soit physique. Le choix entre les deux techniques est à discuter selon le type de lésion, leur nombre, leur étendue, ...

Il est à noter l'existence d'un vaccin protégeant contre les sérotypes pro-oncogène vis à vis du cancer du col de l'utérus. Ce vaccin est disponible sous 2 spécialités protégeant contre 2 ou 4

sérotypes. Actuellement ce vaccin n'est ni obligatoire, ni pris en charge par le Sécurité Sociale. Il est à noter que ce vaccin ne doit pas faire stopper le dépistage du cancer du col utérin par frottis cervico-vaginal.

10. Mode de contamination, présentation schématique

Les modes de contamination des principales IST sont ici représentées sous formes de tableau à visée didactique (tableau IX)

Tableau IX Présentation des modes de contamination (+ possible, +/- dans certaines conditions, - exceptionnel, ? manque de données)

		Rapport sexuel vaginal ou anal	Rapport oro- génitaux	Salive	Exposition accidentelle au sang	Contact direct avec une lésion
Bactérie	Chlamydiae	+	+/-	?	?	-
	Gonocoque	+	+	-	?	+/-
	Syphilis	+	+	-	-	+/-
	Mycoplasme	+	?	-	-	-
Virus	VIH	+	+/-	-	+	-
	VHB	+	+/-	-	+	-
	HSV	+	+	+	-	+
	HPV	+	?	-	-	-

I.2. Armée et de Terre et IST

1. L'Armée de Terre

1.1. Place au sein de l'Armée

L'Armée de Terre s'intègre au sein des forces Armées Françaises composées d'environ 240 000 personnels en 2010(14) :

- l'Armée de Terre avec 120 000 personnels,
- la Marine avec 35 000 personnels,
- l'Armée de l'Air avec 55 000 personnels,
- les services, dont le Service de Santé des Armées avec 27 000 personnels.

1.2. Missions

Les missions des Armées tels qu'établit par le Livre Blanc en 2008(15):

- prévention et dissuasion,
- protection intervention.

Ces missions nécessitent des personnels en bonne forme physique et mentale, d'où l'importance de la prévention et du suivi des IST aux seins des Armées, ces maladies étant évitables et présentant un impact fort au niveau psychologique et physique

1.3. Effectif

L'effectif est réparti au sein des 51 bases de défense en métropole et des différents sites en outre mer et à l'étranger, illustré par la figure 9.

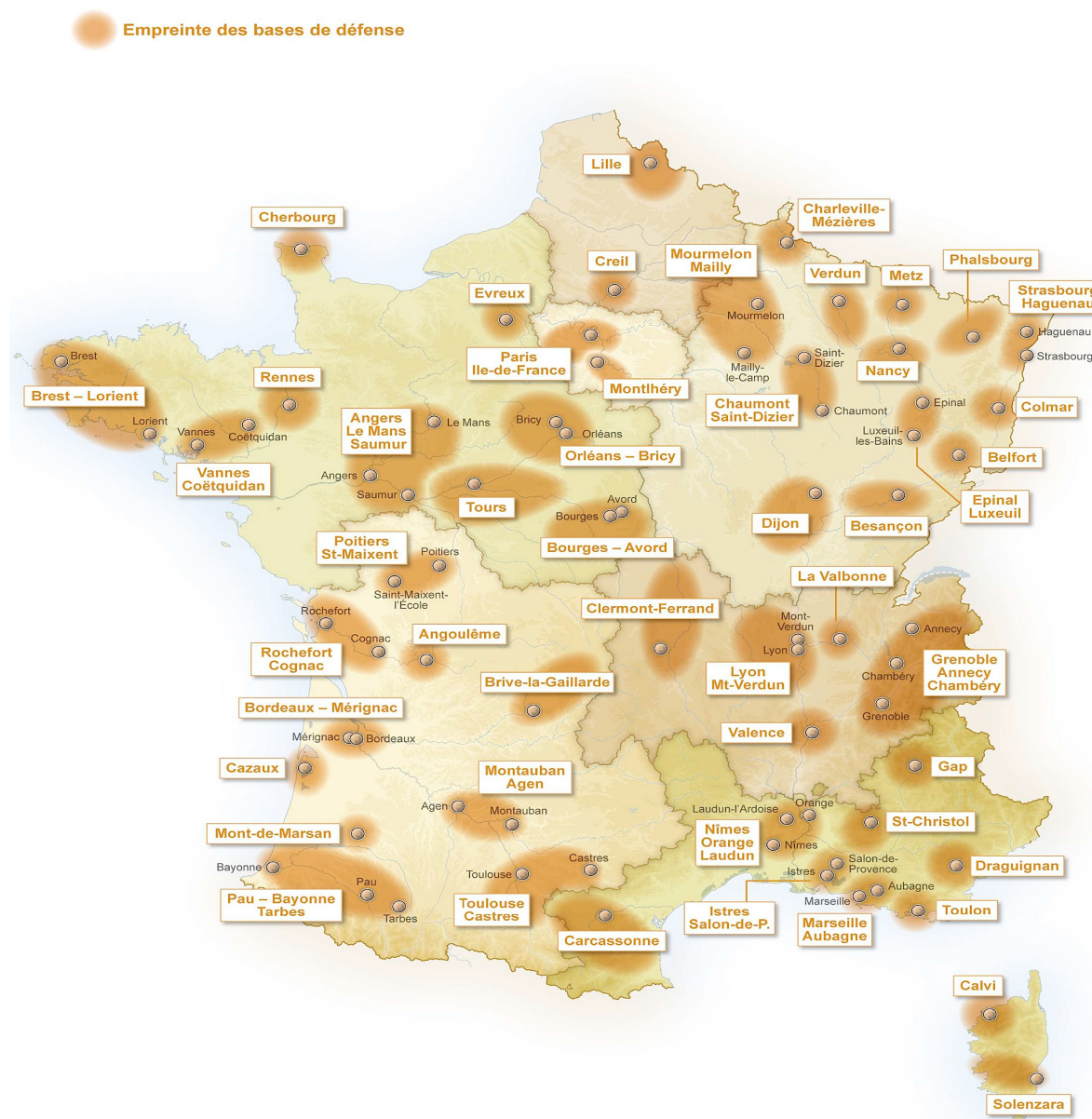


Figure 9 Implantation des bases de défense en métropole

1.4. Les armes

L'Armée de Terre recouvre de nombreuses spécialités et techniques militaires regroupées en arme, qui sont au nombre de 11:

- l'Armée blindée cavalerie,
- l'Artillerie,
- l'Aviation Légère de l'Armée de Terre (ALAT),
- le Génie,
- l'Infanterie,

- le Train,
- les Transmissions,
- le Matériel,
- les Troupes de Marines,
- la Santé, différente du Service de Santé des Armées,
- la Légion Etrangère.

1.5. Positionnement international

Actuellement, l'Armée de Terre est engagée sur de nombreux territoires de conflits comme illustré sur la figure 10.

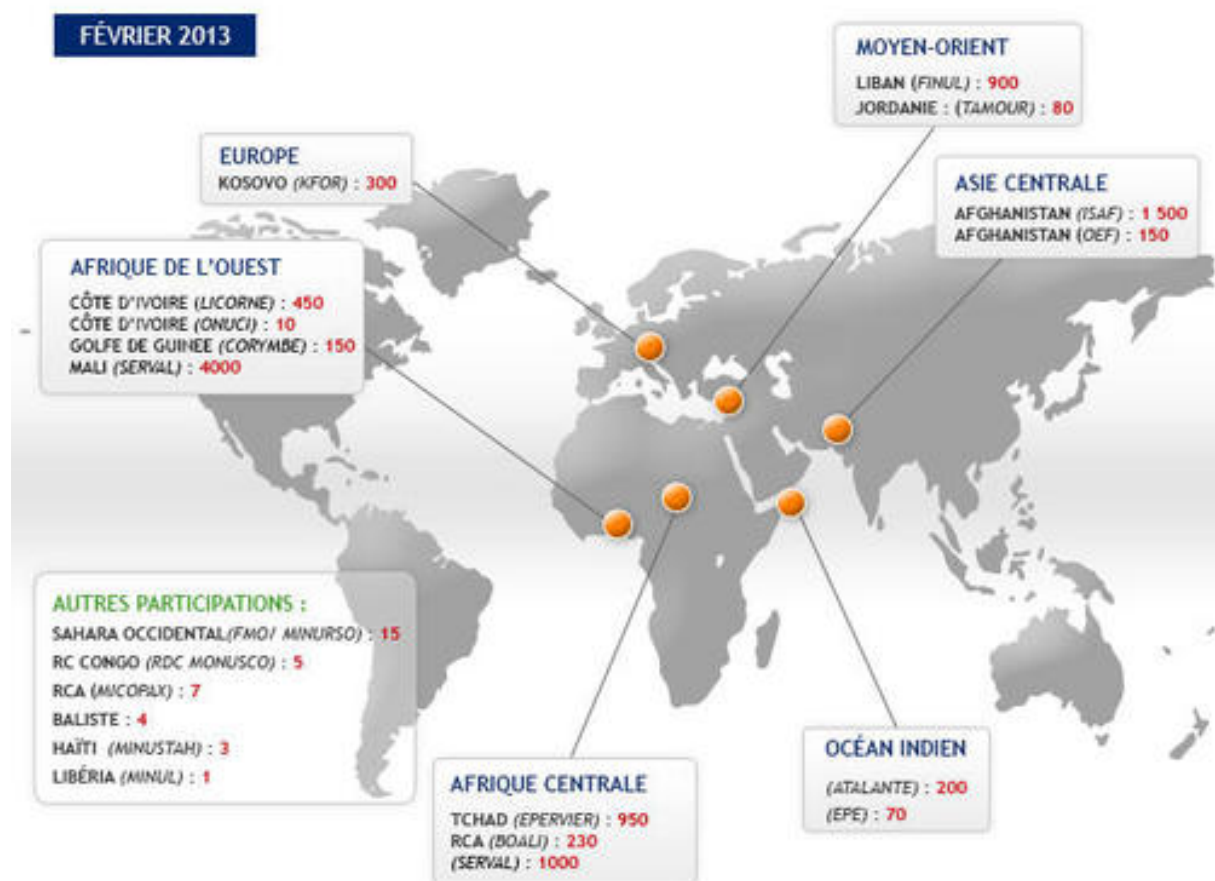


Figure 10 Carte des OPEX en février 2013 (EMA, Ministère de la Défense)

1.6. Organisation

Comme toute armée, son personnel est divisé en 3 grandes catégories :

- les hommes du rang, correspondant aux grades de Soldat à Caporal-Chef, composant la plus grande partie du personnel, effectuant les tâches élémentaires ;
- les sous-officiers, correspondant aux grades de Sergent à Major ;
- les officiers, correspondant aux grades de Sous-Lieutenant à Général.

Dans cette étude, nous nous sommes concentrés sur les 2 dernières catégories, correspondant aux cadres de l'Armée.

Pour concevoir l'importance des cadres au sein de l'armée de terre, il est nécessaire de conceptualiser l'organisation d'un régiment (figure 11) et l'importance de l'échelon de la section.

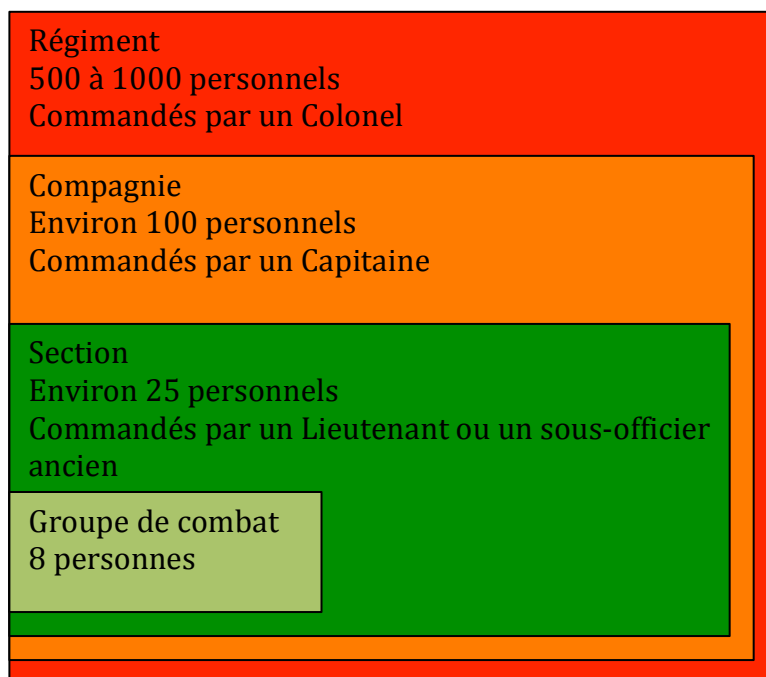


Figure 11 Organisation schématique d'un régiment de l'Armée de Terre

La section correspond à l'échelon élémentaire de la plupart des régiments, les groupes de combat ne pouvant être autonome que dans des conditions restreintes.

Lors de la vie régimentaire, sur le camp, c'est l'activité de la section qui représente le lot quotidien des soldats, pour le sport, l'instruction, les exercices.

Au sein du régiment les membres d'une même section sont logés ensemble sur le régiment.

Le chef de section a, entre autre, comme mission de s'assurer que ses hommes sont prêts aux missions qui leur seront confiées. Il est au contact permanent de ses hommes, et dispose ainsi d'une bonne connaissance de chacun d'entre eux. Il dispose également d'une grande influence dans leur travail et souvent sur leur comportement.

Cette fonction d'encadrement est encore plus importante lors des missions hors du camp, notamment les Opérations Extérieures.

De ce fait, l'encadrement d'une section, comportant le chef de section, le sous officier adjoint et les chefs d'équipe ont une importance cruciale dans le relais des messages de prévention par leur attitude, leur discours et leur comportement vis à vis de ces messages.

1.7. Rôle du Service de Santé

Le rôle du médecin militaire dans ce contexte est double, soignant et expert.

En tant que soignant il est responsable en collaboration avec le commandement de la prévention et de l'éducation sanitaire, ainsi que de la prise en charge médicale des IST.

Il participe ainsi aux préparations opérationnelles avant les OPEX et autres missions, informant sur les risques sanitaires propres à celles-ci, tels que les conditions climatiques, les risques infectieux, dont les IST.

En tant qu'expert, il est amené à statuer sur le SIGYCOP, valeur normative permettant d'évaluer l'état de santé d'un militaire et son aptitude à servir. Chaque lettre correspond à un appareil :

- S pour membres supérieurs,
- I pour membres inférieurs,
- G pour général, lettre impactée par les IST,
- Y pour la vision,

- C pour la vision des couleurs,
- O pour l'audition,
- P pour l'état psychologique.

L'ensemble de ces valeurs est établi grâce à des tables de cotation laissant une part d'interprétation au praticien (16, 17).

En cas d'inadéquation entre les normes demandées et l'état de santé du soldat, le médecin peut être amené à prononcer une inaptitude, pouvant entraîner lors d'un positionnement en OPEX un rapatriement sanitaire en cas de perte de chance pour le soldat dans sa prise en charge ou de risque pour la collectivité.

2. Problématiques sanitaires

2.1. Epidémiologie des IST et ESAR au sein des Armées

Au sein des Armées Françaises, les infections Sexuellement transmissibles ainsi que les expositions sexuelles à risques (ESAR) font parties intégrante de la Surveillance Epidémiologique des Armées (SEA), permettant un suivi pluriannuel de ces infections.

La déclaration des expositions sexuelles à risque est obligatoire au sein des Armées pour les médecins d'unités, permettant un suivi précis.

Cependant, les militaires bénéficient du libre choix de leur médecin, choix prenant son sens principalement en métropole. En effet lors des stationnements hors métropole le médecin militaire est souvent le seul correspondant sanitaire. De ce fait, il est probable que le chiffre global des IST soit sous-estimé, principalement en métropole, du fait de la meilleure exhaustivité en opération.

2.1.1. Expositions Sexuelles à Risques (ESAR)

Les Expositions Sexuelles à Risques (ESAR) sont définies comme suit : rapport sexuel non protégé (consenti ou non) ou incident d'utilisation de préservatif, avec un partenaire occasionnel et pouvant exposer à une contamination par le VIH ou le VHB (11, 12).

Seules sont prises en compte les ESAR ayant conduit à une consultation. Ainsi à Djibouti, une étude montre que seulement 44% des ESAR sont venus consulter(18).

Les chiffres d'incidence sont restés stables depuis le début des années 2000, passant de 191,9 pour 100 000 PA à 169,9 en 2008.

On a répertorié en 2008 un total de 740 ESAR, concernant à 99% des hommes, et à 61% un personnel de l'Armée de Terre.

Le risque d'ESAR est considéré comme étant 151 fois plus élevé lorsque les personnels sont stationnés hors métropole qu'en métropole.

On observe également que parmi les personnels concernés, 10% avaient déjà consulté pour une ESAR, et 42% d'entre eux avaient déjà bénéficié d'un TPE.

Les causes de ces nombreuses ESAR sont nombreuses et notamment l'alcool, retrouvés dans 92% des cas (11, 12), le ressenti particulier de l'état de militaire sur certains terrains d'opérations avec un sentiment de toute puissance(19).

2.1.2. Infections Sexuellement Transmissibles

Au cours de la surveillance épidémiologique, on a pu identifier différents germes responsables de consultation dans les suites d'une IST (figure 12 et 13).

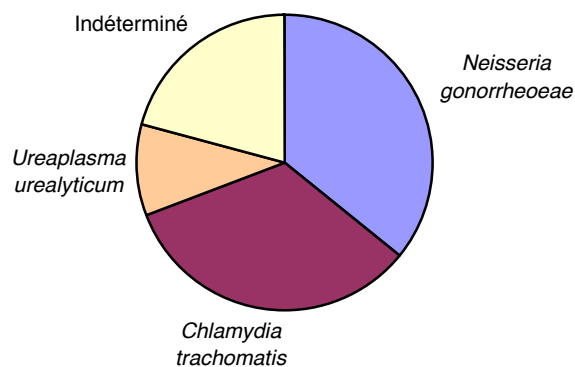


Figure 12 Etiologies des urétrites/cervicites (CESPA)

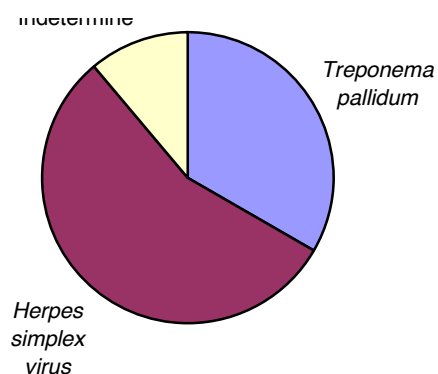


Figure 13 Etiologies des ulcérations cutanéomuqueuses (CESPA)

Les taux d'incidence des IST et du VIH dans les armées sont de 17,3 et de 2,6 pour 100 000 PA(20, 21).

2.1.3. Traitement Post-Exposition

En 2007-2008, des TPE ont été prescrits à 984 personnes (11, 12). Dans les armées françaises, le TPE est délivré par le médecin d'unité, après évaluation des risques et de l'indication ou non de l'initiation de ce traitement, selon une instruction ministérielle récente(8).

Depuis fin 2011, le TPE est composé de l'association TRUVADA® et KALETRA®(22). La volonté actuelle est de diminuer au maximum la nécessité de rapatriement suite à une ESAR, avec au besoin des avis de télémedecine avec les infectiologues militaires référents en métropole pour décider de la poursuite ou non du traitement.

Cependant, l'initiation du TPE entraine des effets secondaires non négligeables notamment au niveau digestif, réduisant la capacité opérationnelle du militaire concerné.

2.2. Conséquences médico-militaires

Au niveau opérationnel, la survenue d'une IST entraine une modification du SIGYCOP du personnel au niveau du signe G. Celui-ci peut être coté pour une infection aigue de G2T à G5T selon les cas, pouvant entrainer par là même des inaptitudes aux Opérations Extérieures, voir à l'emploi militaire de façon temporaire, la limite d'aptitude étant fixé statutairement à G=3(16, 17) pour la plupart des postes. La lettre T désigne le caractère temporaire de l'inaptitude, dépendant de l'évolution prévisible de la pathologie.

2.3. Conséquences internationales

De façon globale dans le monde les IST sont plus présentes parmi les militaires que parmi les populations civiles. Parmi les explications avancées on retrouve l'âge des militaires, la projection sur de longues périodes loin de leurs foyers, les particularités du milieu militaire(23, 24).

Certains pays (Erythrée, Soudan) refusent désormais l'intervention de force militaire étrangère en se servant du risque de diffusion d'IST, du VIH principalement, au sein de leurs populations, rendant complexe le déploiement de forces. Pour être déployées, les armées doivent démontrer la séronégativité de leurs soldats.

Le problème se pose également dans le sens inverse(25), avec des opérations militaires sur des territoires présentant un taux d'incidence du VIH très élevé, ainsi l'incidence au Mali où intervient actuellement notre Armée est de 1,1%, au Gabon où des troupes sont stationnées de façon permanente on atteint 5%(5). Le risque de séroconversion est alors important, d'autant plus que les ESAR surviennent le plus souvent en opérations extérieures lors de rapports tarifés.

L'ONU a dû se prononcer sur ce problème avec la résolution 1308(26), demandant aux états de tester leurs militaires sur la base du volontariat.

2.4. Conséquences opérationnelles

Les maladies infectieuses se sont révélées être au cours de l'histoire un élément stratégique important. Ainsi au cours de la guerre de Crimée de 1854 à 1856, l'Armée Française compte 95 000 décès, dont 75 000 sont directement imputables à des maladies infectieuses(27).

Comme toute maladie, les IST ont un impact opérationnel. Ainsi, les Américains ont dû réaliser des évacuations pour 5% des femmes consultant pour des IST durant les opérations en Irak et en Afghanistan(28), dont la moitié (2 personnes) ayant nécessité une évacuation hors du théâtre d'opération avec l'impact logistique que cela suppose. Comparativement 77 femmes soldats ont été évacuées de ces mêmes territoires sur une période similaire pour grossesse (29). Ces chiffres sont à relativiser, en effet, ils ne prennent pas en compte les évacuations pour les hommes, alors qu'ils représentent dans l'armée française 99% des ESAR.

Si en France, on estime le taux d'incidence en 2009 à 2,6 pour 100 000 PA, l'infection peut être bien plus présente dans certains pays, notamment en Afrique.

Tableau X Estimations des taux de prévalences VIH/SIDA dans les forces armées de pays d'Afrique

	National Intelligence Council	South African Defense Intelligence
Angola	40-60 %	50 %
Congo-Brazzaville	10-25 %	
Côte d'Ivoire	10-20 %	
République démocratique du Congo	40-60 %	50 %
Erythrée	10 %	
Nigeria	10-20 %	
Tanzanie	15-30 %	
Bostwana		33 %
Lesotho		40 %
Malawi		50 %
Namibie		16 %
Afrique du Sud		17 %
Swaziland		48 %
Zambie		60 %
Zimbabwe		55 %
source : National Intelligence Council (2000), South African Defense Intelligence (2000)		

Du fait de cette forte prévalence, les capacités opérationnelles de ces pays sont diminuées, avec des besoins de recrutement et de formation majorés pour palier aux pertes, une diminution du moral des troupes et de leur forme physique, donc de leurs capacités sur le terrain.

A l'inverse le VIH a su être utilisé à des fins militaires, comme arme biologique et psychologique sur le continent africain, avec la population civile visée au travers de viols par des soldats se sachant séropositifs, ou bien par l'envoi en première ligne de soldats séropositifs, cherchant ainsi à diminuer la prévalence de l'infection, comme l'aurait fait l'Ouganda(23, 30).

Durant de nombreuses années, une des réponses apportées par les Armées aura été la prostitution institutionnalisée, au sein des Bordels Militaires de Campagne. Ceux-ci ont notamment été très présents lors des guerres coloniales. Leur organisation reposait sur l'encadrement militaire et les médecins militaires. Les derniers ont été fermés dans les années 60, suite à la loi du 13 avril 1946(31) et à la convention internationale du 2 décembre 1949(32).

I.3. Education sanitaire

1. Définition

Elle se définit comme l'action d'enseigner des actions favorables à la santé.

L'éducation sanitaire fait partie d'une des missions confiées (15) au Service de Santé des Armées, éducation qu'elle est chargée de promouvoir au sein des forces armées par différentes méthodes.

2. Moyens de mise en œuvre

On répertorie classiquement dans les armées(33):

- les séances d'information,
- le *counselling*,
- l'éducation par les pairs,
- les supports d'éducation.

2.1. Les séances d'information

Effectuées par des intervenants appartenant le plus souvent à l'antenne médicale de l'unité, elles concernent un groupe de personnes réunis en une séance unique sur un temps restreint. Elles portent en général sur un sujet sanitaire précis, défini par avance.

Ce type d'information vise à une vulgarisation des données médicales mettant en exergue les risques et les moyens de prévention des IST.

Ce type d'information est nécessaire pour rappeler les repères indispensables, les normes et doit être adapté au public concerné(34).

Ce type d'éducation sanitaire présente l'avantage de toucher un nombre important de personne en un temps restreint en leur apportant des connaissances théoriques. Cependant, différentes études ont montré qu'elle n'entraînait pas de modifications de comportement quel que soit le niveau de connaissance(33).

2.2. Le counselling

On s'adresse ici à un interlocuteur unique, se basant sur le conseil, l'accompagnement psychologique et social des individus. Dans les armées, cela correspond à des entretiens réalisés lors de consultation, le plus souvent dans le contexte de réalisation de dépistage d'IST, d'une visite annuelle systématique ou avant un éventuel départ en OPEX.

Cette méthode, effectuée dans le cadre du colloque singulier médecin-patient présente comme inconvénient un temps nécessaire important pour toucher un nombre de personne équivalent aux séances d'information.

2.3. L'éducation par les pairs

Le principe est ici que l'information se fasse d'égal à égal, en supprimant les barrières générationnelles, socio-culturelles et hiérarchiques, avec un pair permettant une identification comme modèle. Ce type d'action est privilégiée quand on souhaite une modification de comportement(35).

Le rôle du pair est variable, allant de la réalisation complète de l'information, au relais de celle-ci ou encore au conseil individualisé. Le pair doit être choisi sur la base du volontariat, parmi les personnes ciblées, en privilégiant des individus présentant des facilités de communication et des capacités de meneur. Ils doivent également avoir un comportement irréprochable vis à vis de l'action proposée.

2.4. Les supports d'éducation

Ils se constituent des mass-médias tels que la télévision, internet, les affichages, ... mais aussi des supports papiers d'information mis à disposition, par exemple dans les salles d'attente.

Des documents sont disponibles au sein des missions de l'INPES, gratuitement, permettant de mettre à disposition des documents actualisés, de qualité (figure 14).



Figure 14 Exemples de supports d'éducation

Des sites internet sont dédiés à cette mission, tel www.info-ist.fr. Les actions tels que le Sidaaction participe à cette information.

Leur but doit être de faire réagir et de provoquer un débat. Ils ne peuvent se suffire à eux-mêmes. Récemment des affiches de sensibilisation ont réussi à provoquer un débat de société par des montages chocs tels que celui présenté ci-après (figure 15).



Figure 15 Campagne de prévention du VIH allemande (2009)

3. Etat des lieux de l'éducation sanitaire

3.1. En France

Un plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST a été établi pour la période 2010-2014(36), recommandant la réalisation d'information dès la période scolaire, de façon conjointe avec l'information sur la contraception. Ce plan s'appuie sur l'importance du préservatif (éducation à l'utilisation, mise à disposition facilitée, ...), l'utilisation plus importante des nouveaux moyens de communication tels les réseaux sociaux, ayant notamment conduit à la création d'une page Facebook de l'INPES(37).

Ce rapport met en avant le manque de formation des intervenants traditionnels (personnel médical et paramédical) et propose une formation incluse dans la formation initiale.

3.2. Situation au sein des forces armées françaises

Actuellement la prévention repose sur les actions menées par le Service de Santé des Armées au sein des différentes unités, généralement sur le plus jeune médecin, désigné médecin de prévention. Actuellement, la prévention repose principalement sur 2 axes : les séances d'information et les supports d'éducation, à type de plaquettes et d'affiches.

Il est à noter qu'actuellement aucune directive ou conseil n'est facilement disponible sur le site intranet du Service de Santé des Armées. Cependant, avec des prises de contact directes avec les personnels chargés de la politique de prévention, des informations peuvent être fournies. C'est ici un des rôles du CESP (Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées) qui est chargé du pilotage de ces actions et du soutien aux médecins des forces dans leurs mises en œuvre.

Les médecins des forces bénéficient d'une formation à la médecine de prévention au cours de leur formation initiale à l'Ecole du Val de Grâce. Cette formation est la base minimale, qui peut être complétée par des formations spécifiques comme celle proposée par le CESP dans la prévention des IST. Ces formations complémentaires ne sont pas obligatoires et doivent se plier aux impératifs opérationnels, ainsi pour l'année 2011, cette formation a dû être annulée faute de participant.

Les moments privilégiés pour ces informations sont la période d'engagement et la période préparatoire au départ en OPEX.

Elle prend le plus souvent la forme d'une réunion en amphithéâtre d'un grand nombre de personnels, présentant les différentes maladies et les moyens de prévention.

II. Matériels et méthodes

1. Sélection de l'échantillon

1.1. Population source

Elle se compose de tous les officiers et sous-officiers en position de commandement au sein de l'Armée de Terre, soit environ 58 000 personnels.

1.2. Sélection des régiments

Au sein de la population source, 9 régiments ont été sélectionnés de telle sorte que les différentes armes de l'Armée de Terre soient représentées dans l'échantillon. Ces régiments ont été choisis préférentiellement dans la région Terre Nord Est (figure 16).

Il s'agit :

- du 3^{ème} Régiment de Hussards, (3 RH) à Metz, Moselle, pour la Cavalerie;
- du 40^{ème} Régiment de Transmission (40 RT), à Thionville, Moselle, pour les Transmissions;
- du 1^{er} Régiment d'Hélicoptère de Combat (1 RHC), à Phalsbourg, Moselle, pour l'ALAT;
- du 1^{er} Régiment d'Infanterie (1RI), à Sarrebourg, Moselle, pour l'Infanterie;
- du 8^{ème} Régiment d'Artillerie (8 RA), à Commercy, Meuse, pour l'Artillerie;
- du 13^{ème} Régiment du Génie (13 RG), à Valdahon, Doubs, pour le Génie;
- du 511^{ème} Régiment du Train (511 RT), à Auxonne, Côte d'Or, pour le Train;
- du 8^{ème} Régiment du Matériel (8 RMAT), à Mourmelon, Marne, pour le Matériel;
- du 8^{ème} Régiment de Parachutiste d'Infanterie de Marine (8 RPIMa), à Castres, Tarn, pour les Troupes Aéroportés.

La Légion Etrangère et les régiments médicaux ont été exclus de cette étude du fait des populations particulières qui les composent.

Une demande d'accord a été envoyée aux Chefs de Corps, commandant chacun des 9 régiments, leur présentant l'étude et en leur joignant un exemplaire du questionnaire.

Tous les chefs de corps ont accepté que leur régiment participe à l'étude, à l'exception du 1^{er} Régiment d'Hélicoptère de Combat, en raison d'impératifs organisationnels.

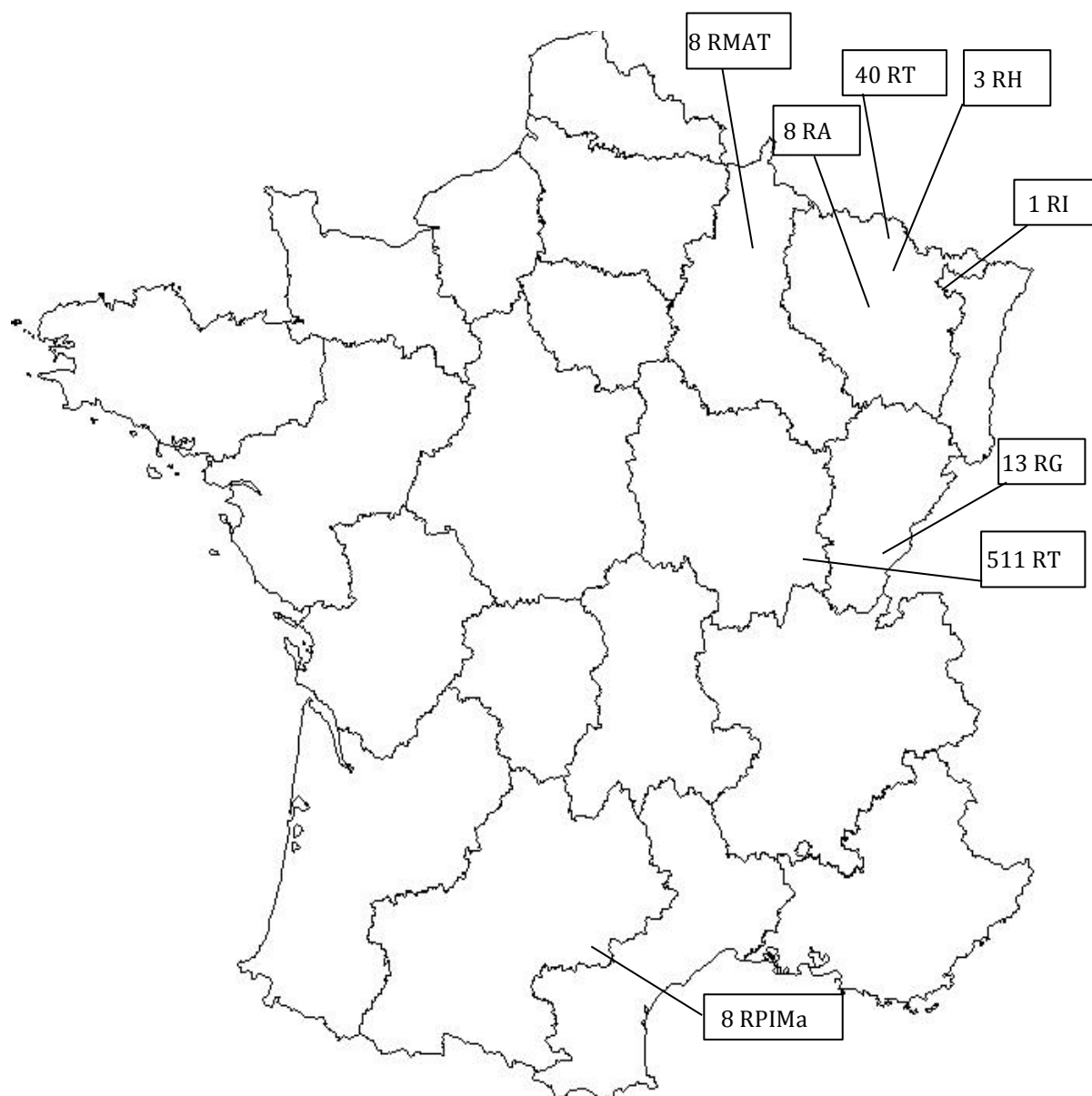


Figure 16 Localisation des régiments sollicités pour l'étude

1.3. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être un personnel militaire occupant un poste d'encadrement (à différents niveaux : régiment/compagnie/section) au sein du régiment ;
- être subordonné au chef de corps du régiment concerné ;
- avoir accepté de participer à l'étude.

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- être un personnel civil de la Défense ;
- ne pas avoir de fonction d'encadrement ;
- et/ou ne pas dépendre hiérarchiquement du chef de corps du régiment (membre de l'infirmerie, personnels détachés du Groupement de soutien de la Base de Défense).

1.4. Nature de l'enquête

Une étude observationnelle transversale a été réalisée à partir d'un questionnaire anonyme et auto-administré intitulé « Connaissances, Attitudes et Pratiques des Cadres de Contacts de l'Armée de Terre vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles ». Ce questionnaire était précédé d'une note explicative de l'étude et du questionnaire. Les personnels l'ont complété à leur discrétion.

2. Recueil des données

2.1. Modalités

Des enveloppes contenant un exemplaire du questionnaire ainsi qu'une enveloppe permettant le retour scellé et anonymisé, ont été distribués par le courrier interne de façon nominative.

Les infirmeries des régiments ont été sollicitées afin de collecter les questionnaires et dans certains cas de se charger de l'envoi. L'enveloppe permettant le retour scellé était adressée à l'infirmerie du régiment. Les questionnaires ont été retournés dans un délai d'un mois.

Au sein de trois régiments, le 8^{ème} Régiment de Parachutiste d'Infanterie de Marine, le 13^{ème} Régiment du Génie et le 8^{ème} Régiment du Matériel, la distribution et la collecte des questionnaires ont été intégralement prises en charge par le commandement, à leur initiative, lors de l'envoi d'un exemplaire du questionnaire au Chef de Corps. Les modalités exactes permettant l'anonymat des réponses ne sont pas connues. Cependant les questionnaires ont été reçus anonymisés, comme précisé dans la note aux Chefs de Corps.

La participation à l'enquête n'avait pas de caractère obligatoire.

Les questionnaires collectés ont été renvoyé au moyen d'une enveloppe réponse par voie postale sauf au 3^{ème} Régiment de Hussards où nous les avons récupérés directement.

2.2. Questionnaire

Le questionnaire d'enquête intitulé « Connaissances, Attitudes et Pratiques des Cadres de Contacts de l'Armée de Terre vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles », est un questionnaire individuel et anonyme.

Il était précédé d'une note explicative sur l'enquête, présentant ses objectifs et les attentes pour le remplissage.

Il a été élaboré en collaboration avec le Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées ainsi que le département de sociologie de la faculté de Metz (université de Lorraine). Une première mouture a été testée auprès de 20 sujets militaires du 3^{ème} Régiment de Hussards se présentant en consultation à l'infirmerie, sans distinction de grade ou de fonction. Ce test a permis de modifier le questionnaire pour améliorer sa compréhension et son acceptabilité.

Le questionnaire final (annexe 1) comporte 78 questions fermées (de type Questions à Choix Multiples) et est divisé en 5 parties:

- Caractéristiques sociodémographiques (8 questions) ;
- Connaissances et perception du risque (16 questions) concernant les rapports sexuels à risques de transmissions, les thérapeutiques possibles, ...
- Moyen de prévention (15 questions) concernant le préservatif, les consultations post-ESAR, les dépistages des IST, ...
- Conduites, pratiques, expérience personnelle (13 questions) ;
- Aspect commandement (25 questions) sur l'impact des IST dans leur travail ;

La fin du questionnaire comporte un espace libre pour des remarques éventuelles.

3. Saisi des données

Après réception des questionnaires, la saisie a été effectuée par un seul opérateur au moyen d'un masque de saisie créé sur le site internet www2.voozanoo.net. La saisie sur ce site est sécurisée et a permis la création d'une base de données au format Excel.

4. Analyse statistique

Les données ont été analysées au moyen des logiciels Excel et STATA 11. Après une première étape descriptive, l'étape analytique a été conduite afin de rechercher si des facteurs étaient associés à une moindre implication des cadres dans la prévention des infections sexuellement transmissibles / des expositions sexuelles à risque au sein des régiments de l'armée de terre. Les facteurs ainsi étudiés étaient :

- les données sociodémographiques (âge, sexe, grade, niveau d'étude, régiments) ;
- la fonction au sein du régiment ;
- la participation à une/des séance d'éducation sanitaire sur les IST au régiment ;
- la formation sur les IST dans le cadre des fonctions de commandement ;
- le départ en OPEX ;
- le dernier territoire de projection ;
- la note de connaissance ;
- l'auto-évaluation des connaissances ;
- la connaissance d'une personne infectée par le VIH ou l'Hépatite B ;
- l'expérience de problèmes concernant les IST avec les subordonnées ;
- l'intérêt de la mise en place de mesures de surveillance et de contrôle des actes sexuels tarifés en opération extérieure sur certains territoires.

L'association entre chaque variable a été étudiée par le test du Chi², et si les conditions d'application de ce test n'étaient pas remplies, par le test exact de Fischer. Les mesures d'association brutes ont été obtenues au moyen de modèles de régression logistique univarié, puis l'analyse multivariée a été réalisée au moyen de modèles de régression logistique multivariés, les variables introduites dans le modèle multivarié étant celles pour lesquelles le degré de signification p était inférieur ou égal à 20% au terme de l'analyse univariée.

III. Résultats

1. Partie descriptive

1.1. Participation

Le taux de participation n'a pas pu être évalué dans tous les régiments. En effet, 3 d'entre eux se sont chargés de la distribution des questionnaires à partir de l'exemplaire envoyé au chef de corps pour lui demander son accord.

Pour les 5 autres régiments, le taux de réponse varie de 38,6 à 60%.

Ce taux de réponse ne comprend pas les 10 questionnaires renvoyés vierges.

Au total, 290 questionnaires ont pu être analysés (annexe 2).

1.2. Caractéristiques sociodémographiques

1.2.1. Genre, âge, situation maritale, grade, fonction et études

Sur les 290 réponses, 90,3% étaient des hommes pour 9,7% de femmes.

L'âge moyen était de 36,5 ans, pour une médiane de 35 ans et des extrêmes allant de 20 à 60 ans.

L'ancienneté moyenne de service moyenne était de 22,5 ans, avec une médiane identique et des extrêmes allant de 1 à 44 ans de service).

La grande majorité de l'échantillon déclarait être en couple, soit 81,95% (marié, pacsé ou concubin).

La répartition entre les grades montre 68,2% de sous-officier pour 31,8% d'officier.

Le niveau de responsabilité des cadres est à 51,8% au niveau section, 12,1% au niveau compagnie et 36,2% aux autres niveaux (Etat-Major, administratif, ...).

Au total, 36,4% des individus interrogés avaient arrêté leurs études avant le bac, 37,8% au niveau bac et 25,9% après le bac. Ces caractéristiques sont illustrées dans la figure 17, ci après.

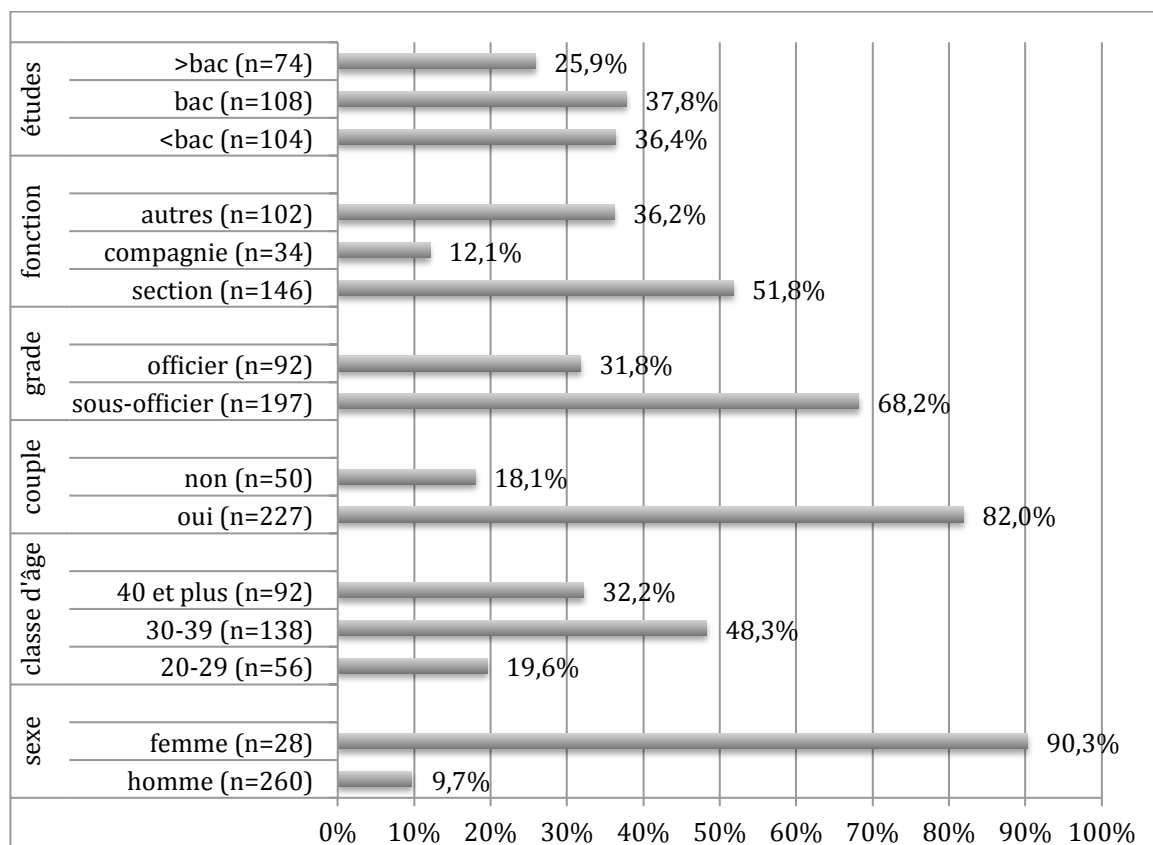


Figure 17 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

1.2.2. *Opération extérieure*

Parmi l'échantillon, 88,32% des personnels sont déjà partis au moins une fois en OPEX, et 59,45% d'entre eux en 2010 ou après. L'Afrique et le Moyen-Orient (dont l'Afghanistan) représentent à eux deux plus de 70% des départs (figure 18).

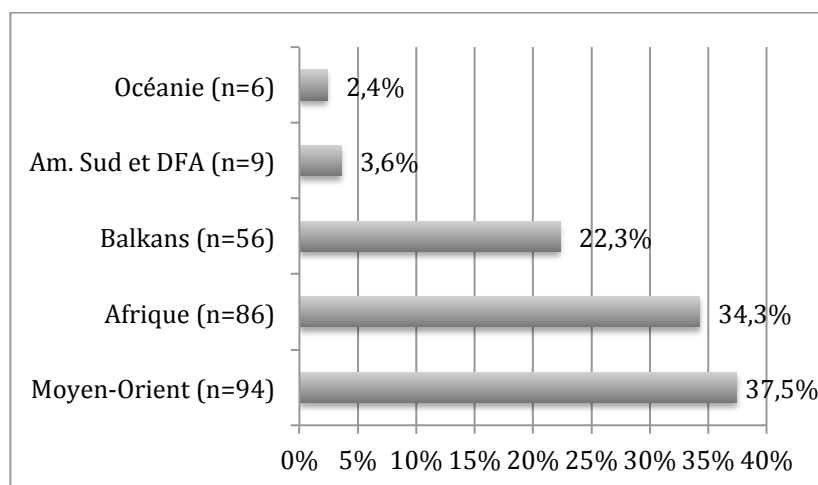


Figure 18 Lieu de la dernière OPEX

1.3. Formation reçue et perception de la formation

La formation a été reçue dans 57% des cas à l'unité, principalement sous forme de séances d'information (61%) avant le départ en OPEX (78,3%) et par le médecin d'unité (75,9%).

La majorité des sondés n'a pas reçu de formation aux IST spécifique à leur position de cadre (figure 19).

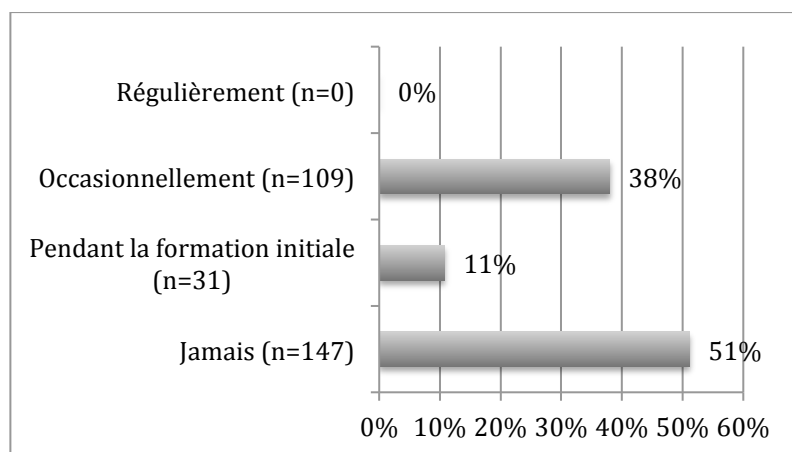


Figure 19 Formations aux IST spécifiques à la fonction de cadre

Dans l'échantillon étudié, 65,8% des sondés se disent satisfaits de la formation dispensée au sein de leur unité, le reproche le plus fréquent étant le manque de séances d'éducation à la santé (87% des personnes se déclarant insatisfaites sur ce point spécifique).

Sur l'évaluation de la prévention des IST au sein de l'Armée de terre en globalité, on retrouve une forte conviction de la nécessité de formation (98,3%), et une bonne estimation de son niveau (60,5%). Cependant la distinction est faite entre l'OPEX où la formation donne satisfaction à 77% et la métropole où une majorité n'est pas satisfaite (52,6%), comme illustré dans la figure 20.

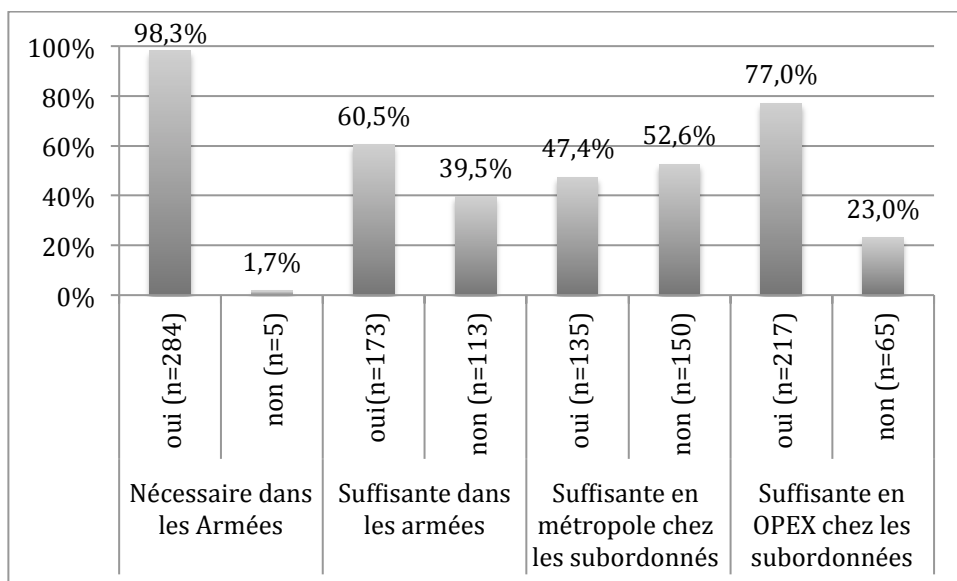


Figure 20 Evaluation de l'éducation aux IST dans l'Armée de Terre

Cette formation repose pour la population sondée sur le Service de Santé des Armées essentiellement à travers ses médecins et personnels paramédicaux (figure 21).

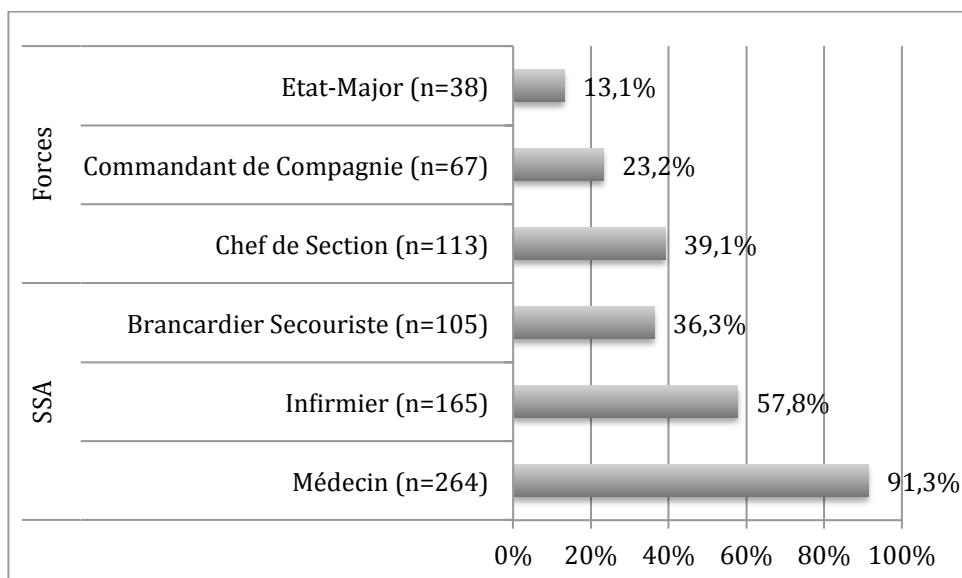


Figure 21 Personnels devant effectuer l'éducation aux IST

1.4. Connaissances

Une note de connaissance globale a été établie sur un total de 49 points divisés en notes de conduite (questions 14, 15, 18) sur 15 points, de thérapeutique (questions 16, 17, 20, 27, 28, 29, 30) sur 22 points et de prévention (questions 21, 33, 34, 37, 38) sur 12 points.

1.4.1. Connaissance globale :

La note moyenne est de 37,8/49 (soit 15,4/20) pour une médiane à 38, avec une distribution en courbe de Gauss.

1.4.2. Note de conduite :

On observe de bons résultats avec une moyenne 13,9 (soit 18,5/20) et une médiane à 14. La notion de risque dès le premier rapport est ainsi connue de 100% de l'échantillon.

1.4.3. Thérapeutique :

Cette partie montre une moyenne à 16,2 (soit 14,7/20) pour une médiane à 17. Les différentes IST sont mal connues, surtout les infections à Chlamydiae avec seulement 27,8% de l'échantillon pensant que c'est une maladie curable, chiffre similaire à l'Hépatite B.

L'importance de consulter dans les suites d'un rapport à risque est connue de 93,4% de la population, avec seulement 5,6% des personnes interrogées donnant des délais de consultation supérieure à 48h, et même 84,7% donnant un délai maximal inférieur ou égal à 24h.

Cependant le TPE en lui-même n'est connu que par 68,9% de la population, et seulement 63,9% de celle-ci pensent que le TPE est disponible en OPEX.

1.4.4. Prévention :

La moyenne est ici de 7,7 (soit 12,8/20) pour une médiane à 8.

L'efficacité du préservatif est connue à 98,6% pour le préservatif masculin contre 68,9% pour le féminin.

On observe encore des croyances comme la toilette après un rapport sexuel, les spermicides supposés efficaces pour 12,1% et 5,5% de la population. De même 68,1% de la population pense que la réalisation régulière de dépistage du VIH diminue le risque de contamination.

La nécessité d'effectuer un test de dépistage des IST avant l'arrêt des préservatifs dans une relation stable est connue à 87,4% mais les modalités de sa mise en œuvre le sont moins (figure 22).

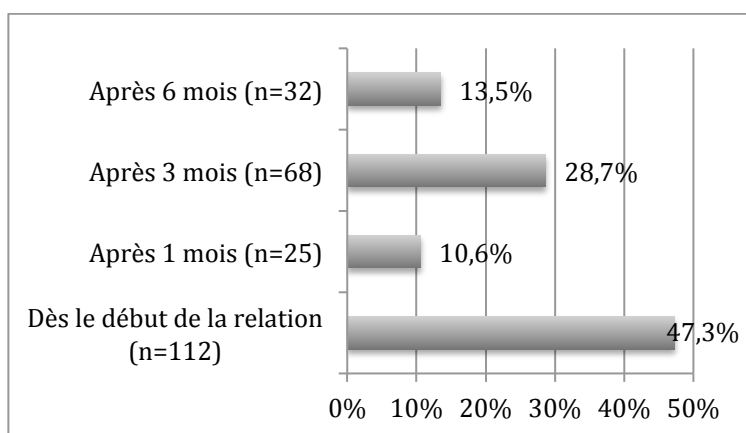


Figure 22 Délai pour effectuer un dépistage des IST avant l'arrêt de l'utilisation du préservatif dans une relation stable

La vaccination pour l'hépatite B est connue pour 70,8% de l'échantillon seulement.

1.5. Croyances sur le VIH

La prévalence supposée de personnes contaminées par le VIH est estimée par 50,2% de l'échantillon comme étant inférieure à 5% (figure 23). Près de 61% de l'échantillon pense que plus de 25% des personnes contaminées ignorent leur séropositivité (figure 24).

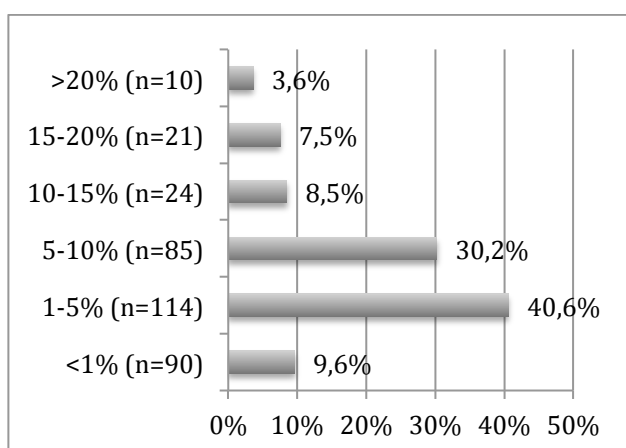


Figure 23 Prévalence estimée du VIH en France (0,2% selon ONUSIDA)

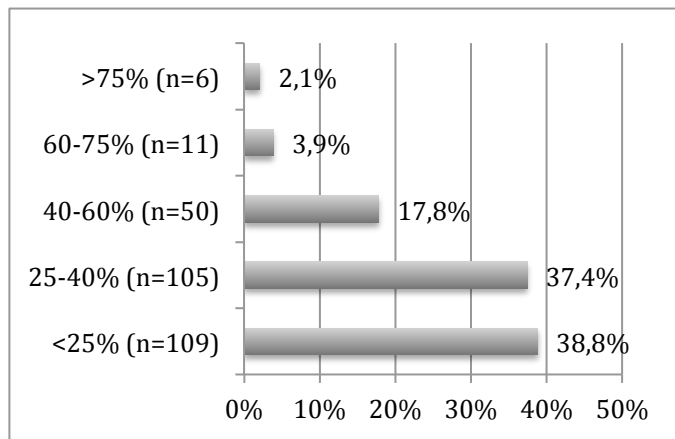


Figure 24 Estimation de la proportion de personnes ignorant leur séropositivité (20% environ)

Pour l'échantillon, les nouvelles contamination sont majoritairement le fait de la population homosexuelle (figure 25).

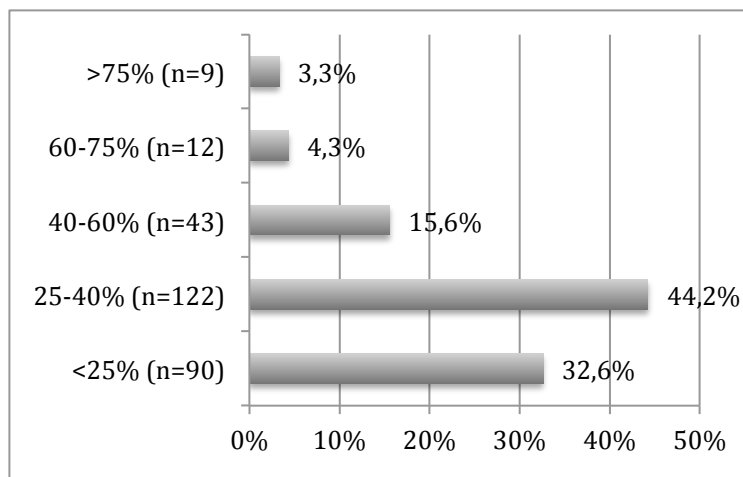


Figure 25 Proportion estimée d'hétérosexuels parmi les nouveaux contaminés par le VIH (57% selon l'INPES)

On retrouve encore certaines croyances sur les précautions à prendre envers les personnes infectées par le VIH parmi cette population, ainsi 5,9% ne toucherait pas les mêmes objets. A noter que 89,3% utiliseraient un préservatif (figure 26).

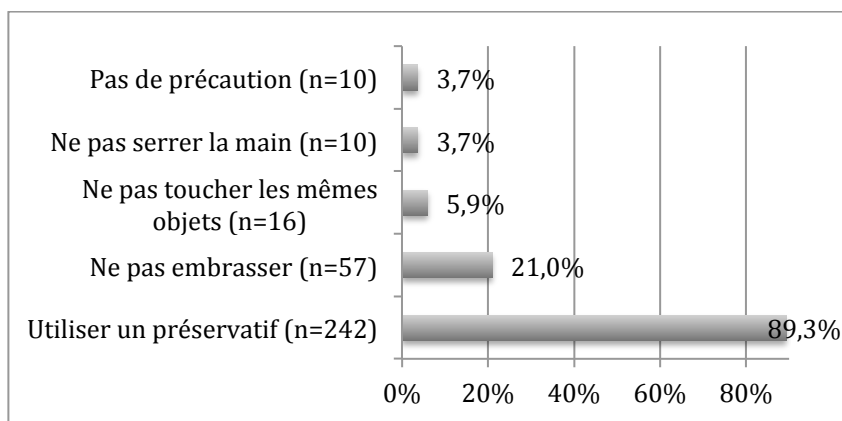


Figure 26 Précaution prise au contact de personnes contaminées par le VIH

1.6. Attitudes et conduites

1.6.1. *Nombre de partenaires et orientation sexuelle*

Quatre-vingt cinq pour cents de l'échantillon rapportent un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, dans 97,1% des cas de l'autre sexe. Les relations sexuelles avec partenaires multiples aux cours des douze derniers mois représentent 11,4% de l'échantillon.

1.6.2. *Rapports sexuels tarifés ou hors métropole*

Dix-huit pour cents de la population étudiée déclare au moins un rapport sexuel tarifé au cours de leur vie, à 98% avec une femme, et le plus souvent en métropole (figure 27).

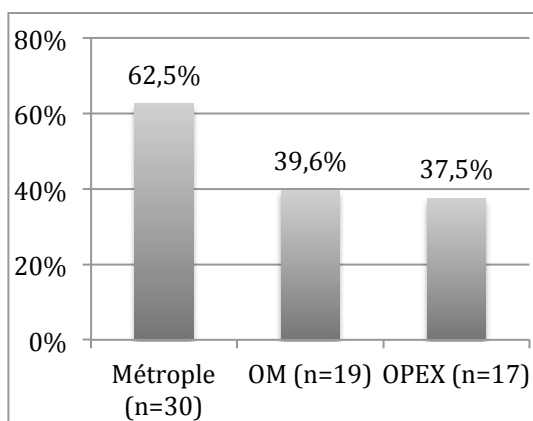


Figure 27 Lieu de recours à la prostitution

Par ailleurs, 24,1% des personnes interrogées rapportent au moins un rapport sexuel lors d'une OPEX ou une MCD.

1.6.3. Utilisation du préservatif

Parmi cette population, 54,3% des personnes rapportent ne pas utiliser de préservatif lors des rapports sexuels, et 56,6% ne jamais en avoir de disponibles sur eux.

Cependant, lors des rapports sexuels en OPEX et MCD, 93% des personnels nous disent utiliser systématiquement un préservatif.

1.6.4. Dépistage IST et antécédents d'IST

Environ 79% de la population a déjà effectué au moins un dépistage d'IST, le plus souvent à l'occasion d'un don de sang (44,9%), ou au cours d'une relation pour arrêter d'utiliser les préservatifs (38,7%) et 18,7% le font de façon systématique à intervalle régulier.

Le médecin traitant est le plus cité comme intervenant pour réaliser ce dépistage (figure 28).

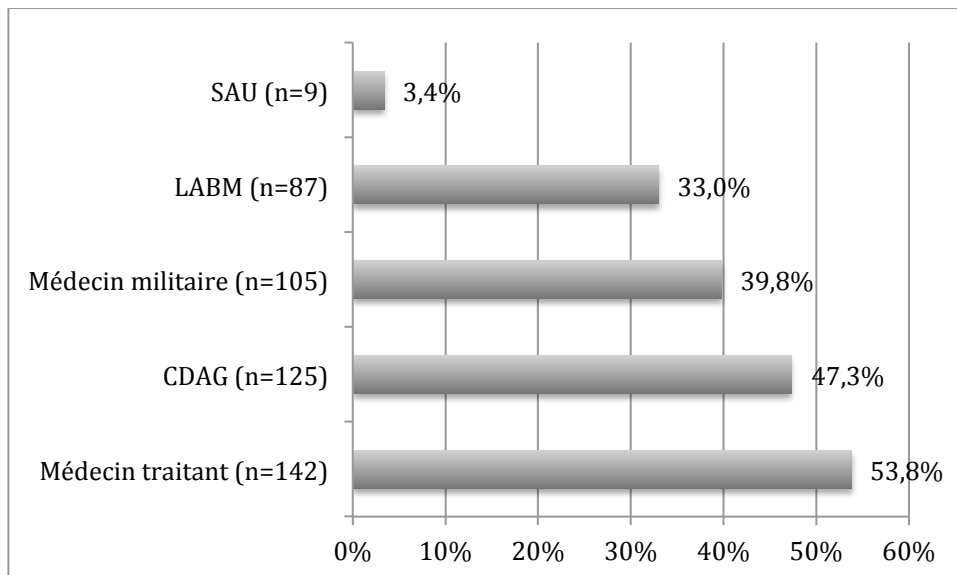


Figure 28 Lieu privilégié pour le dépistage des IST

L'échantillon reconnaît pour 4,5% un antécédent d'IST, les plus cités étant l'herpès (n=6) et la gonococcie (n=5).

Douze pour cents connaissent une personne infectée par le VIH et 6,7% par l'hépatite B.

1.6.5. Evaluation de l'application des mesures de prévention des IST dans les Armées

Environ 49% des personnes interrogées estiment que les mesures ne sont pas correctement appliquées, contre seul 31,4% estimant qu'elles le sont.

1.7. Commandement

1.7.1. *Implication des cadres dans la prévention*

Il s'agit du critère principal de cette étude. On retrouve 70,3% de la population étudiée se disant impliqués (n=201).

1.7.2. *Proposition d'implication dans la prévention des IST*

Il a été proposé dans le questionnaire deux options pour favoriser l'implication des cadres dans la prévention. La première est qu'ils réalisent une intervention auprès de leurs subordonnés, la seconde étant d'être le relais du médecin dans la prévention des IST.

Les deux options ont globalement les mêmes réponses, à savoir que les personnels sont motivés mais estiment avoir un défaut de connaissance pour réaliser cette mission, comme illustré dans la figure 29.

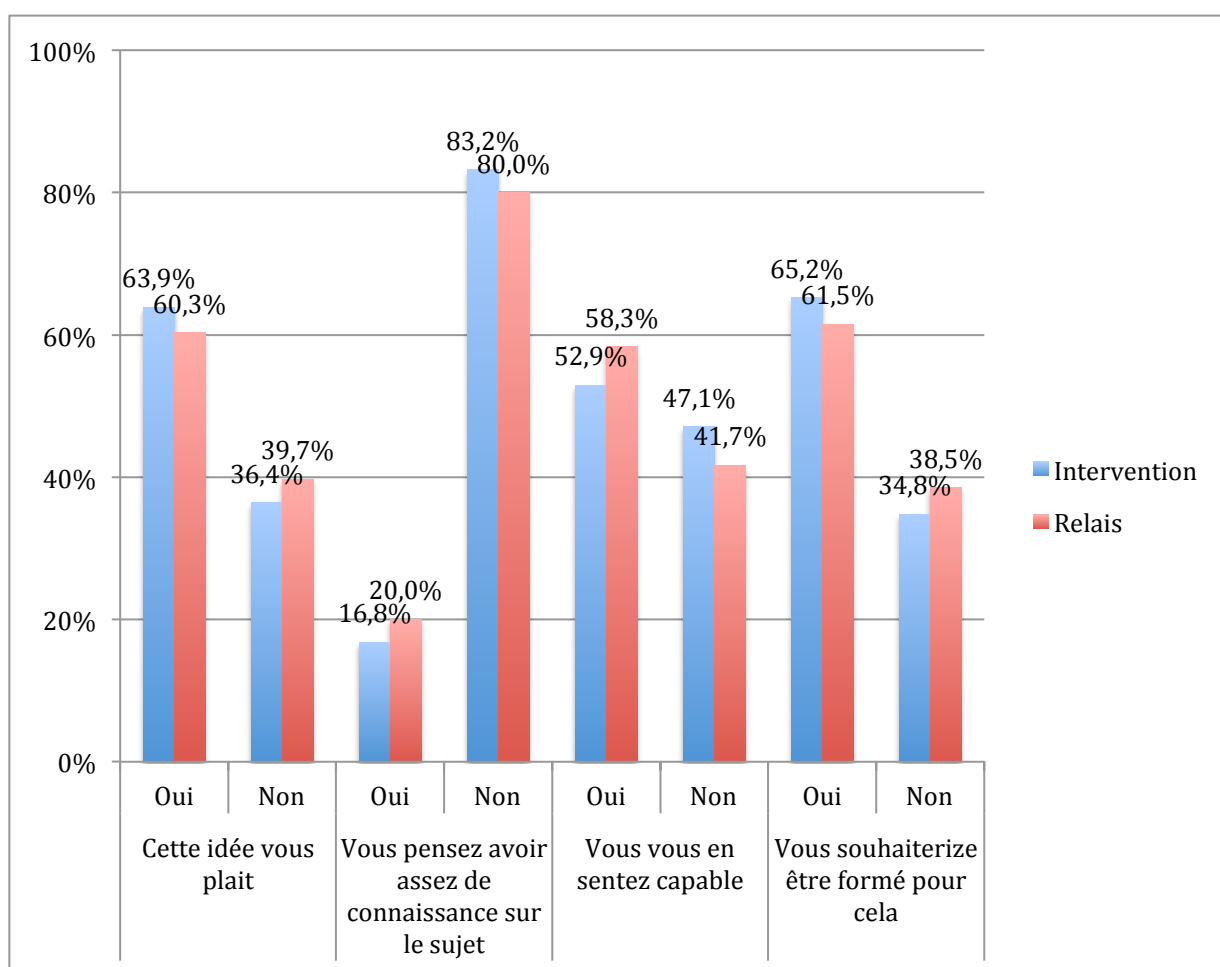


Figure 29 Opinion sur les proposition d'implication dans la prévention des IST

1.7.3. Priorisation des axes de prévention

Les cadres interrogés mettent en exergue la priorité à donner au préservatif.

La facilitation des communications avec la famille durant les séjours OM/OPEX n'est pas définie comme étant un axe de priorité.

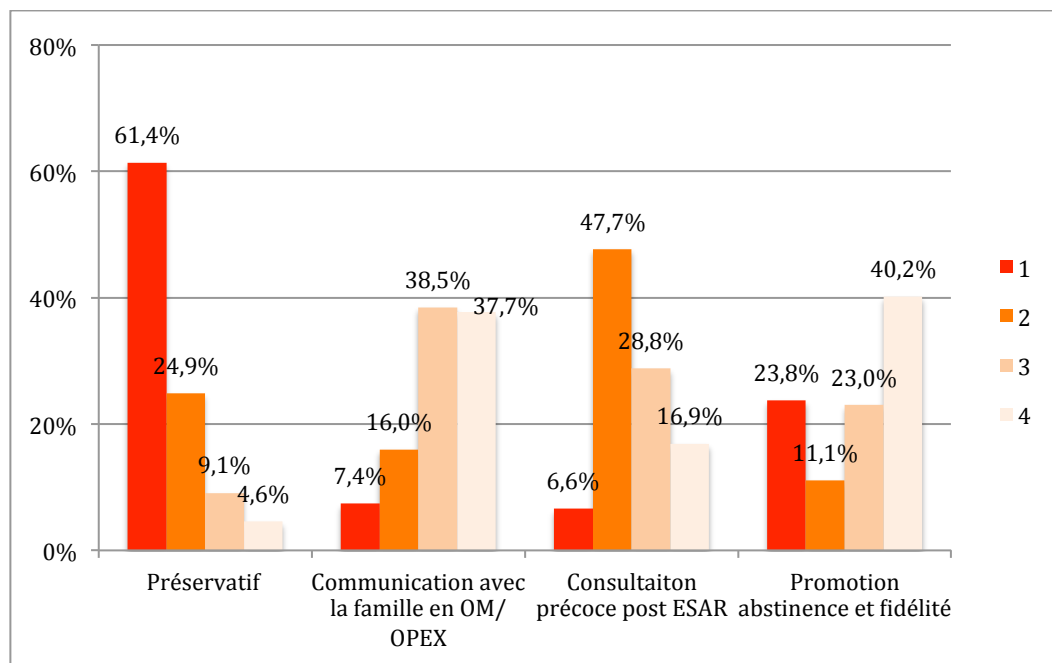


Figure 30 Priorisation des axes de prévention des IST par les cadres (côté de 1 pour le plus prioritaire à 4 pour le moins prioritaire)

1.7.4. Préservatif et commandement

La mise à disposition facilitée de préservatif est bénéfique pour 82,3% de l'échantillon. Il faut cependant noter que 8% estiment que « c'est une incitation à des rapports plus fréquents, avec plus de partenaires ».

Cette mise à disposition facilitée est observée à 63,7% en OPEX contre 16,7% en métropole. Les cadres souhaiteraient globalement des préservatifs disponibles gratuitement (73,2%), en OPEX comme en métropole (86,7%) comme montré dans la figure 31.

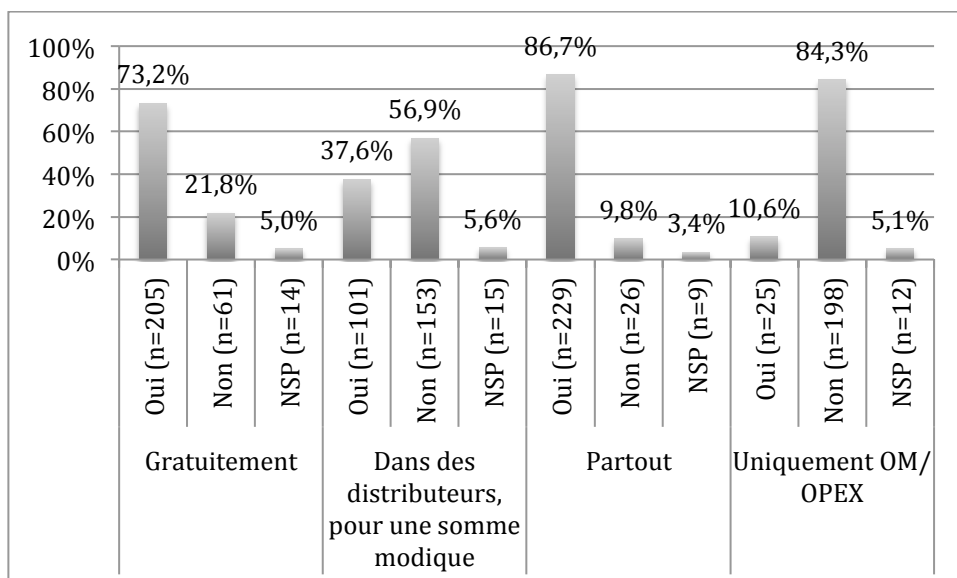


Figure 31 Opinion des cadres sur la mise à disposition des préservatifs

1.7.5. Confrontation aux IST dans le cadre des fonctions de commandement

Trente-deux pourcent des cadres y ont déjà été confrontés, majoritairement en OPEX (62,9%) et pour des ESAR (98,6%)

Si 62,9% déclarent que leur comportement envers un subordonné ne serait pas modifié en cas de contamination par le VIH, ce chiffre passe à 73,1% en excluant les contaminations par le VIH ou l'hépatite B (figure 32).

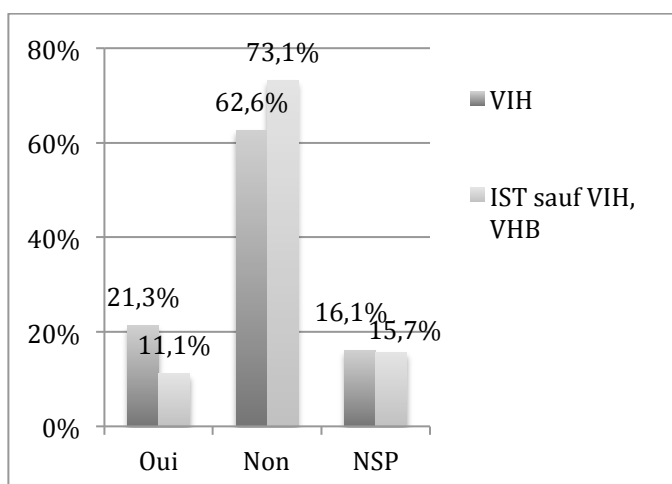


Figure 32 Modification du comportement envers les subordonnés infectés par une IST

Pour le VIH, 66,2% estiment que ce devrait être une cause d'inaptitude OM/OPEX et 26,8% de réforme. Le changement le plus fréquemment cité dans l'attitude envers un subordonné contaminé par le VIH est la problématique du risque de transmission en contexte de combat (figure 33).

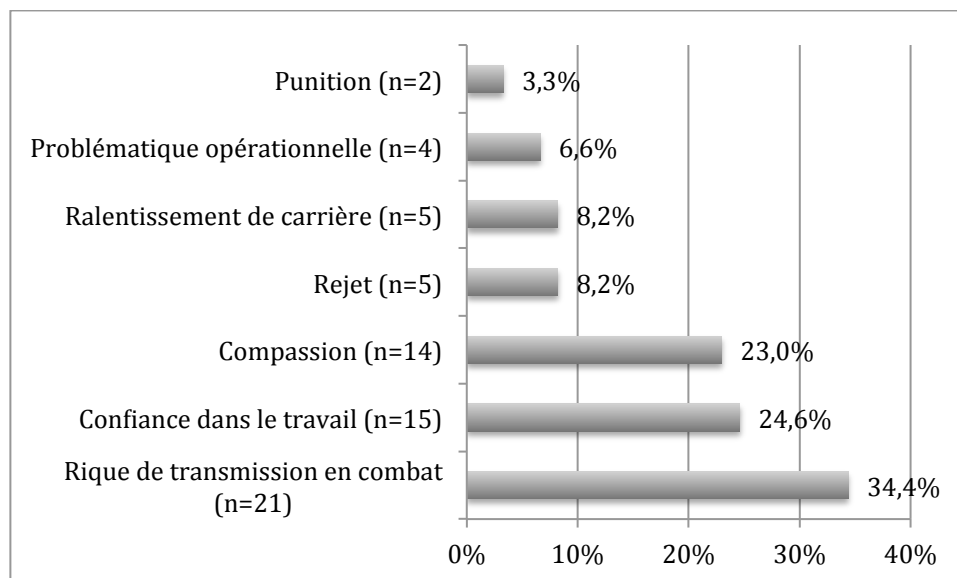


Figure 33 Nature de la modification du comportement en cas d'infection par une IST d'un subordonné

Cependant si la maladie est contrôlée, ils sont prêts à partir avec un de leur subordonné contaminé par le VIH en tant que combattant à 47,2%.

1.7.6. Institutionnalisation de l'organisation du recours aux relations sexuelles tarifées

Seul 37,2% de l'échantillon s'oppose à un système similaire aux anciens « Bordel de Campagne » sur certains territoires d'opérations (figure 34).

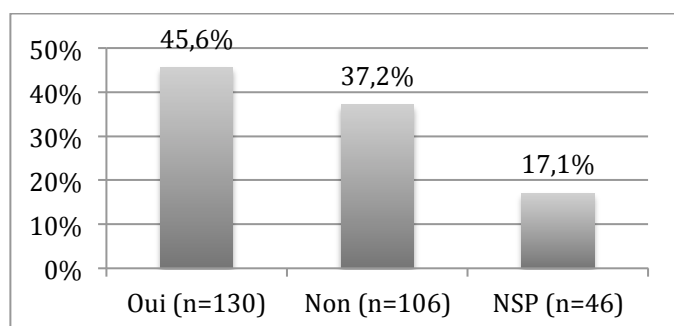


Figure 34 Opinion sur le recours à une prostitution encadrée sur certains territoires d'opérations

2. Analyse du critère principal de l'implication des cadres dans la prévention des IST

2.1. Univariée

2.1.1. Critères sociodémographiques

Après l'analyse univariée (Tableau XI), on observe que les cadres les plus jeunes (20-29 ans) se sentent significativement moins impliqués ($p < 0,05$) dans la prévention des IST, avec un facteur 2,16 (IC95% [1,04-4,5]), par rapport aux cadres les plus anciens.

La situation maritale, le sexe et les études n'apparaissent pas comme des facteurs influençant l'implication des cadres (différences non significatives dans cette analyse).

Les sous-officiers semblent être moins impliqués dans cette prévention que les officiers d'un facteur 2,22 (IC95% [1,23-4]), cependant le facteur de significativité est légèrement supérieur à 0,05.

On ne retrouve pas cette tendance pour ce qui est de la fonction avec une absence totale de significativité ($p = 0,85$).

Tableau XI Facteur de risques de non implication des cadres dans la prévention des IST par rapport aux caractéristiques sociodémographiques, analyse univariée

Variable		OR	IC à 95%	p
selon l'âge	> 40	1		
	20-29	2,16	1,04 à 4,5	0,04
	30-39	1,69	0,91 à 3,11	0,09
selon le sexe	homme	1		
	femme	1,85	0,84 à 4,1	0,13
selon le grade	officier	1		
	sous-officier	2,22	1,23 à 4	0,08
selon la situation maritale	en couple	1		
	célibataire	1,55	0,82 à 2,94	0,18
selon les études	> Bac			
	< Bac	0,88	0,45 à 1,73	0,72
	Bac	1,37	0,72 à 2,6	0,37

2.1.2. Formation et connaissance

Il apparaît qu'une formation à la prévention des IST dans le cadre régimentaire n'est pas associée à l'implication des cadres dans la prévention des IST ($p=0,58$), de même que l'antériorité d'une formation spécialement dédiée à la problématique des IST dans le cadre de fonction de commandement ($p=0,17$).

Les connaissances ne sont également pas associées avec l'implication, tant au niveau de la note globale ($p=0,84$), qu'au niveau des connaissances relatives aux conduites ($p=0,99$), à la thérapeutique ($p=0,48$), et à la prévention ($p=0,8$).

2.1.3. Départ en OPEX

Un départ en OPEX n'influe pas sur leur implication ($p=0,76$), de même de leur destination ($p=0,95$).

2.1.4. Expériences personnelles et professionnelles

L'antécédent personnel d'une infection par une IST ou la confrontation à ces problématiques dans le cadre de leur travail n'influent pas sur leur implication ($p=0,61$ et $0,28$).

2.2. Multivariée

A l'issue de l'analyse multivariée (Tableau XII), l'âge, le grade et le départ en OPEX apparaissent comme étant corrélés à l'implication des chefs dans la prévention des IST.

Les jeunes cadres sont 2,59 fois moins impliqués que les 40 ans et plus (IC95% [1,02-6,6]).

Les sous-officiers sont 2,06 fois moins impliqués que les officiers (IC95% [1,02-4,15]).

Les cadres étant partis en OPEX après 2010 sont 2 fois moins impliqués (IC95% [1,03-3,87]).

Tableau XII Facteur de risque de non implication des cadres dans la prévention des IST, analyse multivariée

Variable		OR	IC à 95%	p
selon l'âge	sup 40 ans	1		
	18-29	2,59	1,02 à 6,6	0,046
	30-39	1,7	0,84 à 3,44	0,14
sexe	homme	1		
	femme	2,3	0,75 à 7	0,15
grade	officier	1		
	sous-officier	2,06	1,02 à 4,15	0,043
situation maritale	en couple	1		
	célibataire	2,1	0,94 à 4,7	0,07
Départ OPEX post 2010	oui	1		
	non	2	1,03 à 3,87	0,039

3. Analyse univariée de critères secondaires

3.1. Connaissance des IST

Nous n'avons pas retrouvé de facteur influençant le niveau de connaissances.

L'autoévaluation des connaissances n'a pas d'impact sur les connaissances réelles des cadres ($p=0,103$), et ce quelle que soit la sous-catégorie des connaissances.

L'antériorité d'une éducation sanitaire aux IST n'a pas d'influence sur les connaissances ($p=0,9$), tout comme le niveau d'études ($p=0,77$).

3.2. Connaissance du TPE

La connaissance du TPE n'est pas influencée par l'antériorité d'un départ en OPEX ($p=0,65$), ni par une séance d'éducation sanitaire aux IST ($p=0,8$).

3.3. Application des mesures de prévention

Les cadres sont significativement plus nombreux à penser que les mesures de prévention des IST sont correctement appliqués s'ils sont déjà partis en OPEX ($p=0,03$).

3.4. Questions concernant la surveillance et le contrôle des activités sexuelles tarifés en OPEX

Il n'a pas été retrouvé de facteurs significatifs influant sur cette question au niveau de l'âge, du grade et de la fonction, des connaissances, de l'antériorité d'un départ en OPEX, de l'implication dans la prévention des IST.

IV. Discussion

1. Commentaire des résultats

1.1. Taux de réponses

Cette étude a connu un taux de réponse compris entre 39 et 60 %, ce qui est notablement élevé en comparaison des taux de réponses retrouvés au cours des études du même type. Le caractère institutionnel de l'étude, malgré l'absence de caractère obligatoire, concourt probablement à expliquer ce résultat.

1.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population

Les caractéristiques de l'échantillon de cette étude sont proches de la population militaire globale comme illustrés par le tableau XII pour ce qui est de la répartition par grade et de la féminisation.

L'ancienneté en service et l'âge moyen varie plus par rapport à la population générale, cependant, les valeurs données comme étant de la population générale n'excluent pas les militaires du rang, pouvant expliquer ces différences au moins partiellement.

Tableau XIII Comparaison des militaires de l'échantillon avec la population générale de l'Armée de Terre(14, 38)

	Sous-officiers	Officiers	Femme	Age moyen	Ancienneté moyenne
Thèse	68,20%	31,80%	9,70%	36,5 ans	22,5 ans
Population militaire globale	72,70%	27,30%	10,9%	31 ans (Militaires du rang compris)	11,8 ans (toutes armes et grades confondus)

1.3. Sexualité

Des études KABP (connaissances, attitudes, croyances et comportements) sont réalisées de façons régulières depuis 1992 en France sur des échantillons représentatifs de la population de 18 à 54 ans à intervalle régulier. La dernière étude remonte à 2010 (39).

Notre population montre un multi partenariat au cours des 12 derniers mois à hauteur de 11,4%, moindre que celui observé dans la population générale (18% pour les hommes et 7,8% pour les femmes), de façon surprenante pour une population jeune et mobile. Leur population retrouve 65% de personnes en couple contre 82% dans notre échantillon.

L'antécédent d'au moins une IST au cours de la vie est déclaré chez 4,5% de notre population contre 20% chez les femmes et 15% chez les hommes dans l'étude de BELTZER. Ce chiffre peut faire supposer une probable sous-déclaration des IST dans notre population. Le gonocoque est dans notre étude le 2^{ème} germe le plus déclaré après l'herpès, résultats en accord avec les précédentes études réalisées auprès de militaires et de voyageurs (25, 28, 40). La proportion d'homosexuels déclarés dans notre enquête est de 1,8%, ainsi que 1,1% de personnes se déclarant bisexuelles. En France, on estime que cette proportion est comprise entre 1,5 et 4,1%(41). Il ne semble donc pas y avoir eu de sous-déclaration notable.

Le recours à la prostitution dans notre population est de 18%, à comparer à l'étude réalisée en 2004 via internet, auprès d'un échantillon de 6000 personnes, montre un taux de recours à 12,7% chez les hommes(42).

1.4. Connaissances

Les notes de connaissance ont été établies en comptabilisant le nombre de bonnes réponses, avec un malus pour certaines questions concernant le VIH et considérées comme essentielles. Ainsi la croyance que le VIH peut être guéri entraînait une perte de 2 points.

Les connaissances apparaissent comme insuffisantes, principalement au niveau thérapeutique et prévention.

Certaines notions semblent cependant acquises comme le risque de contamination par une IST dès le premier rapport, connu de 100% de l'échantillon. Le risque de contamination par voie vaginale est connu de plus de 99% de notre échantillon, valeur similaire à celle retrouvée dans l'enquête KABP de BELTZER. Ces valeurs sont également retrouvées dans des études concernant des adolescents européens. Ces données sont probablement expliquées par l'existence de messages nationaux depuis plusieurs années sur ces questions spécifiques, sans que la formation interne à l'armée n'ait d'impact significatif supplémentaire (43).

Les croyances pour se protéger des IST retrouvées dans notre enquête sont à comparer avec l'étude de BELTZER, comme illustré dans le tableau XIV. On observe des différences pour plusieurs variables dont le coït interrompu, où la population militaire a plus conscience des risques de cette méthode. D'autres croyances sont partagées comme le fait de se laver après un rapport.

Le traitement post exposition est plus connu de la population militaire que de la population civile. Au sein de la population militaire, on retrouve les valeurs mesurées par A-S PITEL (44) en 2011 sur le TPE, à l'exception de la consultation post ESAR qui est connue dans une plus forte proportion dans notre population de cadre comparativement à sa population comportant l'ensemble des militaires.

Tableau XIV Comparaison des connaissances autour du VIH

	Thèse	Thèse PITEL A-S 2011(44)	Etude KABP 2010(39)
Méthodes de protection contre le VIH			
Utiliser un préservatif masculin	98,6%	98,9%	94%
Se laver après un rapport sexuel	12,1%	2,2%	13,7%
Demander un test de dépistage à ses partenaires	85,6%		83,8%
Choisir correctement ses partenaires	63,2%		50,3%
Avoir des rapports sexuels avec peu de personnes différentes	62,1%		43,3%
Coït interrompu	3,7%	3,7%	10,4%
Traitements du VIH			
Les trithérapies guérissent du VIH	12,7%		3,9%
Un patient traité par trithérapie ne transmet pas le VIH	6,9%		4,4%
Existence du TPE	68,9%	58,7%	21,8%
Importance de consulter dans les 48h après une ESAR	94,4%	66,3%	

1.5. Impact des séances d'éducation sanitaire

Dans notre étude, les séances d'éducation sanitaire n'ont pas montré d'impact au niveau des connaissances de notre échantillon, tout comme au niveau de l'évaluation de l'implication des

cadres dans la prévention des IST. Ceci malgré la satisfaction affichée par 65% des interrogés vis à vis de ces séances.

Le travail d'A-S PITEL montre quant à lui une influence significative de cette information pour la connaissance du TPE.

De même, l'article de ROTHERAM-BORUS montre une influence de séance d'éducation sanitaire réalisées par des pairs, à intervalle régulier, et associées à la mise en place facilitée de préservatif(45). Une étude réalisée auprès de soldats nigérian montre également l'efficacité de séance d'éducation sanitaire rapprochée, adaptée à une situation de risque augmenté dans la prévention de contamination par des IST(46).

L'absence d'effet significatif des séances d'éducation sanitaire sur la connaissance des cadres vis à vis des IST peut avoir plusieurs explications :

- les caractéristiques de notre échantillon, à savoir les fonctions de commandements et l'âge plus élevé, peuvent jouer un rôle. Il est possible que ces personnels, habitués à commander soient moins réceptifs que la population militaire en général. Les discours habituels ne semblent donc pas adaptés, ce qui nécessite une modification de l'approche ;
- la connaissance relativement bonne des cadres vis à vis des IST par rapport aux hommes du rang fait que l'effet des séances d'éducation sanitaire sur l'amélioration des connaissances est moindre ;
- la taille de l'échantillon peut être à l'origine d'un manque de puissance statistique conduisant à une non significativité du facteur éducation sanitaire.

1.6. Implication des cadres dans la prévention des IST

Pour mesurer cette variable, nous avons choisi d'utiliser les questions 59 à 61 du questionnaire, où nous leur demandons le rôle à jouer dans la prévention des IST du commandement en général, puis à leur niveau. L'objectif de cette valeur composite était d'améliorer la finesse de cette variable.

L'implication des cadres est forte avec plus de 70% des personnels se déclarant impliqués. Cependant, cette implication est à pondérer, en effet, la plupart des personnes interrogées continuent à citer le SSA comme 1^{er} interlocuteur de cette prévention. Cette implication est donc à caractériser et surtout à guider.

Ils se déclarent en effet prêt à s'y impliquer pour plus de 6 personnes sur 10 pour les 2 différentes options qui leurs ont été proposées, cependant 8 personnes sur 10 pensent ne pas avoir assez de connaissance sur le sujet pour réaliser le rôle d'intermédiaire que nous leur proposons.

Ainsi, il apparaît important de redéfinir les rôles respectifs de chacun dans la mise en place des mesures de prévention vis à vis des IST. Les cadres doivent être le relais de l'information donnée par les personnels médicaux et non pas se substituer à eux. Avec une formation spécifique qui leur serait dédiée, tant du point de vue des connaissances que du point de vue de la transmission par la pédagogie, ils constitueraient un relais efficace et complémentaire au Service de Santé des Armées.

Les analyses des résultats ont montrées des résultats inattendus. En effet, nous avions supposés que les personnels étant partis en OPEX récemment, donc ayant théoriquement bénéficiés d'une formation et potentiellement ayant pu être confrontés à ce genre de problématique seraient plus impliqués. Or nous avons observé que les cadres étant partis en OPEX après 2010 se sentaient deux fois moins impliqués que les autres.

Aucune explication formelle ne permet d'expliquer ce résultat mais plusieurs hypothèses peuvent être émises :

- le fait d'être parti en OPEX peut avoir confronté les cadres de contact à la réalité du terrain et à la difficulté de faire appliquer les mesures de prévention par les personnels militaires sur le terrain, d'où un phénomène de découragement et d'implication moindre.
- les contraintes nombreuses en OPEX et les risques liés au conflit lui-même peuvent avoir tendance à reléguer la problématique des IST à un second plan, ce risque ne se mesurant qu'à moyen terme et à l'échelle d'une population, comparativement au risque du combat, permanent, immédiat et ressenti à l'échelon individuel.

Le profil du cadre s'impliquant peu dans la prévention se dégage comme étant un militaire jeune, célibataire, sous-officier et étant parti en OPEX récemment.

Les cadres sont en accord global avec les axes de prévention proposés actuellement par le Service de Santé des Armées et par le plan de prévention national, à savoir la promotion du préservatif et l'intérêt d'une consultation précoce après une ESAR.

Le message semble être connu de la population militaire pour le préservatif, comme démontré dans l'étude de A-S PITEL et la notre, avec des niveaux de connaissance supérieurs à 90%. La connaissance de l'intérêt de la consultation précoce est elle aussi plutôt bonne, tout du moins meilleure que dans la population générale, si l'on en croit la connaissance du TPE.

Le principal problème est l'application de ces connaissances. Le rapport sur les IST dans les Armées publié en 2009, démontre une utilisation du préservatif à 22,8% en 2008 relevé lors des consultations pour IST. La médiane de consultation pour une IST dans les armées est évalué en 2008 à 98 jours(20, 21), cependant la consultation pour ESAR spécifiquement survient dans 78% des cas dans les 48 premières heures (11, 12). Ces chiffres laissent penser que de nombreuses victimes d'ESAR ne consulte qu'au stade des symptômes, et après un délai souvent important.

2. Avantages et limites de l'étude

2.1. Limites

Notre étude présente plusieurs biais.

Tout d'abord un biais de sélection. Les questionnaires étant remplis à la discrétion des personnels et n'ayant pas de caractère obligatoire, on peut penser que nous surévaluons l'implication des cadres. En effet, il est possible que les personnels ayant un intérêt pour le sujet soient surreprésentés.

L'anonymat n'a également pas pu être garanti de façon certaine dans 3 des 8 régiments, ce qui a pu influencer sur les réponses.

La sélection des régiments n'a pas été réalisée par tirage au sort mais par volonté de représenter les différentes armes, et en privilégiant la proximité géographique. De plus nous avons choisi de nous limiter à l'Armée de Terre, or les rapports hiérarchiques ne sont pas les mêmes dans les différentes Armées. Ainsi, les données trouvées ne sont pas forcément extrapolables aux autres armées.

Malgré un taux de réponse très bon, la taille de l'échantillon est restreinte, avec une population générale d'environ 55 000 personnes.

2.2. Avantages

L'anonymat a été respecté de façon certaine dans 5 régiments sur 8. Il n'a pas été trouvé de différences significatives dans les réponses aux questionnaires entre les différents régiments, ce qui laisse penser que cet anonymat incertain n'a pas eu d'impact dans les réponses.

Le bon taux de réponse allant jusqu'à 60% montre un intérêt certain pour cette étude, et donc le biais qui a pu être introduit par ce mécanisme est d'importance relativement faible.

3. Perspectives

La formation sous sa forme actuelle semble inefficace ou du moins non optimale auprès des cadres de l'Armée de Terre. Une modification des méthodes d'éducation à la santé est donc nécessaire.

La thèse de V. POMMIER DE SANTI dressait déjà en 2003 un tableau similaire au niveau des conduites(33).

Nous proposons d'impliquer en amont des séances d'éducation sanitaire les cadres de l'Armée de Terre, en leur proposant d'être partie intégrante de l'éducation à la santé.

La section nous semble être une bonne base de travail pour réaliser ses instructions avec des groupes relativement restreint (20-25 personnes), sans pour autant devenir trop chronophage tant pour le médecin que pour les forces. Un effectif plus réduit nécessiterait en effet de scinder la section, qui est l'unité élémentaire des forces de l'armée de Terre, situation de combat exclue.

Il s'agirait de définir au préalable les besoins spécifiques des subordonnées du cadre.

Une fois ces besoins définis, les bases de l'information seraient définies par le médecin qui fournirait au cadre une base de travail pour la séance d'information, que celui-ci pourrait adapter pour une meilleure compréhension de ces personnels, avant de la faire valider par le médecin. Ce fonctionnement peut s'inspirer de l'apprentissage du secourisme au combat, réaliser au sein des unités par des moniteurs formés, non médecins, à l'aide d'une base documentaire solide, et dont l'enseignement est validé par un médecin.

La formation en elle-même serait réalisée par le chef de section ou un de ses adjoints, avec dans la mesure du possible, une période réservée aux questions techniques où le médecin serait présent.

Concernant la formation initial des cadres, les messages de prévention à visée sanitaire et notamment la problématique des IST devraient être inclus durant leur cursus. La formation à la problématique des IST devrait porter sur :

- les connaissances théoriques simples mais indispensables pour leur permettre de répondre aux questions qui leur seront posées ou aux situations qu'ils seront amenés à rencontrer ;
- un apprentissage de la pédagogie axé sur la façon de faire passer un message sur un thème où l'échange est de fait difficile spontanément ;
- les outils disponibles et le rôle des services médicaux d'unités dans la mise en place des mesures de prévention.

Conclusion

Le thème des IST est un sujet suscitant l'intérêt des cadres de l'Armée de Terre. Ceux-ci déclarent un bon niveau d'implication dans la prévention des IST, implication cependant dépendante d'éléments inattendus. Ainsi les personnes parties récemment en OPEX se déclarent moins impliquées dans cette prévention.

Leurs connaissances demeurent perfectibles, principalement au niveau des moyens de prévention et des possibilités thérapeutiques.

Notre étude montre en outre la limite des actions d'éducation sanitaire et de prévention, auprès des cadres, dans leur forme actuelle.

Ce constat doit conduire à une modification de l'approche de la problématique de la prévention des IST auprès des cadres.

Nous proposons une intégration des cadres dans notre politique de prévention en leur déléguant de façon encadrées celle-ci, sur le modèle de l'instruction aux premiers secours au combat. Leur place au sein des unités de l'armée en fait un relai essentiel des messages et actions de prévention menés par le Service de Santé des Armées.

L'objectif de ces mesures serait d'avoir des cadres aux connaissances améliorées pour mener à bien cette prévention, et restant au plus prêt de leurs hommes pour la diffusion des messages de prévention adaptés aux hommes qu'ils commandent.

Bibliographie

1. JANIER M. Les maladies sexuellement transmissibles. Abrégés ed2009.
2. CMIT. E. PILLY Maladies Infectieuses et Tropicales2010.
3. InVS. Bulletin des réseaux de surveillance des IST 2013. Available from: <http://www.invs.sante.fr>.
4. DE BARBEYRAC B. Infection à C.trachomatis et mycoplasmes uro-génitaux en 2011: recommandations diagnostiques et thérapeutiques. COREVIH – Santé sexuelle et infection à VIH- Lyon 2011.
5. ONUSIDA. 2013. Disponible sur: <http://www.unaids.org>.
6. InVS. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST 1er Décembre 2011. Institut de veille sanitaire, 2011.
7. SUPERVIE V, COSTAGLIOLA D. Undiagnosed HIV prevalence in France: no evidence against universal HIV screening. Aids. 2012 Nov 28;26(18):2419; author reply -21. PubMed PMID: 23151498.
8. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE Circulaire interministérielle n°DGS/R12/DHOS/DGT/DSS n°2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine 2008.
9. DEPARTEMENT MALADIES INFECTIEUSES DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. Dernières données épidémiologiques sur les hépatites B et C en France. BEH. 2012;29-30:354.
10. SPIEGEL A, VERRET, C. Evaluation de la couverture vaccinale des les Armées en 2005. Ministère de la Défense; 2005.
11. POMMIER DE SANTI V. Rapport sur la surveillance épidémiologique des expositions sexuelles à risque période 2007-2008. In: Ministère de la Défense, editor. 2009.
12. POMMIER DE SANTI V, OLLIVIER L, TEXIER G; HAUS-CHEYMOL R, MORAND J-J, BOUTIN J-P, DEPARIS X. Expositions sexuelles au VIH dans les armées françaises de 2005 à 2007. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 2009;136:775-82.
13. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010.

14. SECRETARIAT GENERAL DES ARMEES Annuaire statistique de la défense 2011-2012. In: Ministère de la Défense, editor. 2012.
15. MALLET J-C. Défense et Sécurité nationale le Livre Blanc. La documentation française ed2008.
16. MINISTERE DE LA DEFENSE Instruction ministérielle N° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir. 2008.
17. MINISTERE DE LA DEFENSE Instrucution N°812/DEF/EMAT/PRH/EG/SO/MDR relative aux normes médicales d'aptitudes applicables au personnel militaire de l'armée de Terre. 2011.
18. MINISTERE DE LA DEFENSE Expositions sexuelles à risque non déclarées à la surveillance épidémiologique des Armées. 2009.
19. COSTA EDE O, GERMANO RM. [Asymmetrical relationships: sexuality, health, and power in the military]. Revista brasileira de enfermagem. 2004 Jan-Feb;57(1):48-52. PubMed PMID: 15473430. Relacoes assimetricas: sexualidade, saude e poder em militares.
20. DE LAVAL F, POMMIER DE SANTI, V. Rapport sur la surveillance épidémiologique des Infections sexuellement transmissibles Infection à VIH et SIDA dans les armées période 2007-2009 (avec propositions de recommandations). In: Ministère de la Défense, editor. 2011.
21. OLLIVIER L, POMMIER DE SANTI V, MORAND J-J, RAMOND O, DESJEUX G, MRABET A, VERRET C, MAYET A, TODESCO A, MIGLIANI R, BOUTIN J-P. Infections sexuellement transmissibles et contaminations sexuelles par le virus de l'immunodéficience humaine dans les armées françaises en 2006. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 2009;136:412-8.
22. OLLIVIER L. Remplacement du Combivir par le Truvada dans le traitement post exposition au virus de l'immunodéficience huamine. In: DCSSA, editor. 2011.
23. ELBE D. Sida, un enjeu globale de sécurité. Politique étrangère n°1. 2005;70e année:163-75.
24. BOND MM, YATES SW. Sexually transmitted disease screening and reporting practices in a military medical center. Military medicine. 2000 Jun;165(6):470-2. PubMed PMID: 10870366.

25. KORZENIOWSKI K, KIERZNIKOWICZ B, OLSZANSKI R. Sexually transmitted diseases among Polish soldiers serving in the U.N. peace missions in Lebanon and Cambodia. *International maritime health*. 2003;54(1-4):101-7. PubMed PMID: 14974783.
26. CONSEL DE SECURITE DE L'ONU Résolution 1308. 2000.
27. HAROUEL-BURELOUP V. Le rôle de la presse pendant la guerre de Crimée (1854-1856) 2012 [17/02/2013]. Disponible sur: <http://www.grotius.fr/le-role-de-la-presse-pendant-la-guerre-de-crimee-1854-1856/>.
28. WRIGHT J, ALBRIGHT TS, GEHRICH AP, DUNLOW SG, LETTIERI CF, BULLER JL. Sexually transmitted diseases in Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom. *Military medicine*. 2006 Oct;171(10):1024-6. PubMed PMID: 17076459.
29. ALBRIGHT TS, GEHRICH AP, WRIGHT J, Jr., LETTIERI CF, DUNLOW SG, BULLER JL. Pregnancy during Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom. *Military medicine*. 2007 May;172(5):511-4. PubMed PMID: 17521100.
30. MILLELIRI J-M. Le sida transforme le paysage des conflits armés en Afrique. *Transcriptases*. 2003;110.
31. Loi dite Marthe Richard tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, (1946).
32. Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme(1949).
33. POMMIER DE SANTI V. Evaluation de l'Education pour la Santé dans la prévention des Infections Sexuellement transmissibles au sein de l'Armée de Terre (Région Terre Sud-Est): Claude Bernard, Lyon I; 2003.
34. RAMON A. Les orientations stratégiques du CFES. *La santé de l'Homme*. 2001;352: 38-9.
35. CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION Guidelines for Health Education and Risk Reduction activities. In: CDC National Centre for Prevention Services, editor. 1995.
36. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. 2010.

37. INPES. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - Inpes Facebook2013. Disponible sur: <http://www.facebook.com/pages/Institut-National-de-Pr%C3%A9vention-et-dEducation-pour-la-Sant%C3%A9-Inpes/122800947800684>.
38. SECRETARIAT GENERAL DES ARMEES Bilan Social 2011. In: Ministère de la Défense,editor. 2011.
39. BELTZER N, SABONI, L., SAUVAGE, C., SOMMEN C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en Ile-de-france en 2010. 2011.
40. HYNES NA. Sexually Transmitted Diseases in Travelers. Current infectious disease reports. 2005 Mar;7(2):132-7. PubMed PMID: 15727741.
41. PILLONEL J, HERAUD-BOUSQUET, V., PELLETIER, B., SEMAILLE, C., VELTER, A., SAURA, C., DESENCLOS, J-C., DANIC, B. Blood Donor Epidemiological Surveillance Study Group Deferral from donating blood of men who have sex with men: impact on the risk of HIV transmission by transfusion in France. Vox Sang. 2012;102(1):13-21.
42. MOUVEMENT DU NID Les clients en question Enquête d'opinion publique. 2004.
43. N SAMKANGE-ZEEB F, SPALLEK, L., ZEEB, H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. BMC Public Health. 2011;11:727.
44. PITEL A-S. Connaissances, attitudes et pratiques des militaires français face aux expositions sexuelles à risque de VIH: Paris Val-de-Marne; 2011.
45. ROTHERAM-BORUS MJ, LI L, LIANG LJ, WEN Y, WU Z, GROUP NCHSPT. Attitudinal, behavioral, and biological outcomes of a community popular opinion leader intervention in China. AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education. 2011 Oct;23(5):448-56. PubMed PMID: 22010808.
46. ROSS MW, ESSIEN EJ, EKONG E, JAMES TM, AMOS C, OGUNGBADE GO, et al. The impact of a situationally focused individual human immunodeficiency virus/sexually transmitted disease risk-reduction intervention on risk behavior in a 1-year cohort of Nigerian military personnel. Military medicine. 2006 Oct;171(10):970-5. PubMed PMID: 17076449.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire diffusé



Connaissances, attitudes et pratiques des cadres de contacts de l'armée de Terre face aux Infections Sexuellement Transmissibles.

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale ayant pour objectif d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des cadres de contacts de l'armée de terre face aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

L'objectif de cette enquête est de **mieux cerner les connaissances, attitudes et pratiques** des cadres de contacts de l'armée de Terre, ayant des fonctions de commandement, face aux IST **et notamment la perception de leur rôle dans la prévention des IST** afin d'aider le Service de Santé des Armées à en améliorer la prévention dans les Armées.

Nous vous assurons de l'ANONYMAT TOTAL des données récoltées, qui seront exclusivement utilisées dans le cadre du travail de thèse.

Il n'y a pas de mauvaise réponse, nous vous demandons simplement de cocher celles qui vous semblent les plus appropriées selon **votre** opinion et **vos** habitudes personnelles.

Au sein de chaque unité interrogée, des cadres ayant des fonctions de commandement tirés au sort seront également interviewés de manière anonyme sur ce sujet.

Si vous souhaitez être interviewé, vous pouvez laisser vos coordonnées à la fin du questionnaire ou me contacter par téléphone.

En vous remerciant de votre participation.

Médecin Lieutenant GRAU Martin, Interne des Hôpitaux des Armées

Tél : 06 86 92 80 08

Mail : martin.grau0403@gmail.com

Caractéristiques sociodémographiques

1/ Quel est votre année de naissance ? / _____ /

Num / ____ / ____ / ____

2/ Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

Ne pas compléter

3/ Vous êtes : ☐ Sous-officier ☐ Officier ☐ Officier supérieur

4/ Vous êtes : ☐ Marié/Pacsé ☐ Célibataire ☐ En couple stable ☐ Autre

5/ Quel est votre niveau d'étude ?

- ☐ Pas de diplôme ☐ Brevet, BEPC ☐ BEP/CAP ☐ Baccalauréat
☐ Bac +3 (licence, DUT, ..) ☐ Bac +5 ou plus

6/ En quelle année vous êtes vous engagé(e) dans l'armée ? / _____ /

7/ Etes-vous déjà parti(e) en OPEX ?

- ☐ Oui ☐ Non (*passer à la question 9*)

8/ Si oui, quelle est l'année et le pays de votre dernière OPEX ?

Année / _____ / Pays / _____ /

Connaissances et perceptions du risque

9/ Pensez-vous être informé(e) sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et leurs risques ?

- ☐ Pas du tout informé(e) ☐ Plutôt pas informé(e)
☐ Plutôt bien informé(e) ☐ Très informé(e)

10/ Avez-vous déjà eu, à l'unité, une ou plusieurs information(s) sur les IST ?

- ☐ Oui ☐ Non (*passer à la question 14*)

11/ Si oui, sous quelle(s) forme(s) (*plusieurs réponses possibles*) ?

- ☐ Cours ☐ Entretien personnalisé
☐ Entretien en petit groupe ☐ Plaquettes d'information
☐ Autre, préciser : / _____ /

12/ Si oui, à quel(s) moment(s) (*plusieurs réponses possibles*) ?

- ☐ Pendant les classes ☐ Avant départ outre-mer / OPEX
☐ Autre, préciser : / _____ /

13/ Qui l'a réalisé (*plusieurs réponses possibles*) ?

- ☐ Le médecin d'unité ☐ Un autre membre de l'infirmerie
☐ Un membre de votre compagnie, préciser : / _____ /
☐ Autre, préciser : / _____ /

14/ Selon vous, laquelle ou lesquelles de ces situations est (sont) à risque de contamination par une IST ?

- ☐ Rapport oral (fellation, cunnilingus) sans préservatif ☐ Rapport oral avec préservatif
☐ Un baiser ☐ Rapport vaginal sans préservatif
☐ Rapport vaginal avec préservatif ☐ Rapport anal sans préservatif
☐ Rapport anal avec préservatif

15/ Selon vous, le risque d'attraper une IST existe après combien de rapports sexuels avec la même personne ?

- ☐ Un seul rapport sexuel suffit ☐ A partir du 2^{ème} rapport sexuel
☐ A partir du 5^{ème} rapport sexuel ☐ Il faut des rapports réguliers sur une longue période

16/ Selon vous, parmi les maladies suivantes, lesquelles peuvent être guéries ?

- ☐ Gonococcie (chaude-pisse) ☐ Syphilis ☐ Chlamydiae
☐ Hépatite B ☐ VIH ☐ Herpès ☐ Ne sait pas

17/ Selon vous, parmi les maladies suivantes, lesquelles nécessitent un traitement au long cours (plusieurs mois ou années)?

- ☐ Gonococcie (chaude-pisse) ☐ Syphilis ☐ Chlamydiae
☐ Hépatite B ☐ VIH ☐ Herpès ☐ Ne sait pas

18/ Répondez aux questions suivantes en entourant la bonne réponse (Vrai ou Faux) :

Une rupture de préservatif durant le rapport revient à un rapport sans préservatif	Vrai	Faux
Mettre 2 préservatifs protège mieux qu'un seul préservatif	Vrai	Faux
Un rapport oral (cunnilingus, fellation) peut suffire pour être contaminé par une IST	Vrai	Faux
Je peux être contaminé pendant un rapport sans préservatif même si il n'y a pas d'éjaculation	Vrai	Faux
Un seul rapport non protégé avec une personne contaminée par le VIH suffit pour être contaminé	Vrai	Faux
Je ne risque pas d'être contaminé si mon (ma) partenaire n'est ni homosexuel(le), ni toxicomane	Vrai	Faux
La pilule protège contre les IST	Vrai	Faux

19/ Selon vous, l'infection par le VIH est une maladie grave ?

- ☐ Oui ☐ Non

20/ Répondez aux questions suivantes en entourant la bonne réponse (Vrai ou Faux) :

L'infection par le VIH et le SIDA correspondent exactement à la même chose	Vrai	Faux
Les trithérapies permettent de guérir du VIH	Vrai	Faux
Un traitement peut être donné en urgence après un rapport sexuel à risque pour limiter le risque de contamination	Vrai	Faux
Grâce aux trithérapies contre le VIH, on peut guérir définitivement du VIH	Vrai	Faux
Grâce aux trithérapies contre le VIH, les malades du SIDA vivent plus longtemps	Vrai	Faux
Grâce aux trithérapies contre le VIH, les séropositifs traités ne transmettent plus le VIH	Vrai	Faux

21/ Selon vous, on peut diminuer le risque d'être contaminé par le VIH par les mesures suivantes (entourez la bonne réponse) :

En utilisant un préservatif masculin	Vrai	Faux
En se lavant après un rapport sexuel	Vrai	Faux
En demandant un test de dépistage à ses partenaires	Vrai	Faux
En choisissant correctement ses partenaires	Vrai	Faux
En faisant régulièrement un test du dépistage du VIH	Vrai	Faux
En utilisant des spermicides	Vrai	Faux
En utilisant un préservatif féminin	Vrai	Faux
En ayant des rapports sexuels avec peu de personnes différentes	Vrai	Faux
En faisant un coït interrompu (on se retire avant l'éjaculation)	Vrai	Faux

22/ Selon vous, quelle est la proportion de personnes atteintes du VIH en France ?

- ☐ Moins de 1% ☐ Entre 1 et 5% ☐ Entre 5 et 10%
☐ Entre 10 et 15% ☐ Entre 15 et 20% ☐ Plus de 20%

23/ Selon vous, parmi les personnes infectées par le VIH en France, quelle est la proportion de celles qui ne le savent pas ?

- ☐ Moins de 25% ☐ Entre 25 et 40% ☐ Entre 40 et 60%
☐ Entre 60 et 75% ☐ Plus de 75%

24/ Selon vous, la proportion d'hétérosexuels parmi les nouvelles personnes contaminées actuellement en France par le VIH est de :

- ☐ Moins de 25% ☐ Entre 25 et 40% ☐ Entre 40 et 60%
☐ Entre 60 et 75% ☐ Plus de 75%

Moyens de prévention

25/ Lors d'un rapport sexuel, vous utilisez un préservatif :

- ☐ Systématiquement ☐ Le plus souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

26/ Vous avez des préservatifs disponibles sur vous :

- ☐ Systématiquement ☐ Le plus souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais

27/ Selon vous, dans les suites d'un rapport sexuel à risque, y-a-t-il un intérêt à consulter un médecin ?

- ☐ Oui ☐ Non (*passer à la question 29*) ☐ Peut-être (*passer à la question 30*)

28/ Si oui, dans quel délai maximum ?

- ☐ 4h ☐ 12h ☐ 24h ☐ 48h ☐ 5j ☐ Peu importe

29/ Selon vous, existe-t-il un traitement d'urgence qui permet de diminuer le risque d'être contaminé par le VIH après un rapport à risque ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

30/ Selon vous, ce traitement d'urgence est-il disponible en OPEX ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

31/ Avez-vous déjà effectué au moins une fois un test de dépistage des IST (prise de sang) au cours de votre vie ?

- ☐ Oui ☐ Non (*passer à la question 33*)

32/ Si oui, à quelle occasion ?

- ☐ Dans les suites d'un rapport à risque
☐ Parce que vous le faites systématiquement à intervalle régulier (tous les 6 mois, tous les ans, ...)
☐ Au cours d'une relation stable avec le ou la même partenaire pour arrêter les préservatifs
☐ Après la découverte d'une IST
☐ Autre, préciser : _____ /

33/ Selon vous, un test de dépistage est-il nécessaire avant d'arrêter le préservatif dans une relation stable et prolongée avec le ou la même partenaire sexuel(le) ?

- ☐ Oui ☐ Non (*passer à la question 36*) ☐ Ne sait pas (*passer à la question 36*)

34/ Si oui, à partir de combien de temps minimum faut-il le faire ?

- ☐ Dès le début de la relation ☐ Après un mois ☐ Après 3 mois ☐ Après 6 mois

35/ Si vous souhaitiez réaliser un test de dépistage du VIH, où iriez-vous le demander (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Dans un centre de dépistage anonyme et gratuit ☐ A votre médecin traitant
☐ Au médecin militaire de votre régiment ☐ Aux urgences
☐ Directement dans un laboratoire de biologie médicale proche de chez vous
☐ Autre lieu, préciser : / _____ / ☐ Ne sait pas

36/ A l'occasion de votre Visite Systématique Annuelle (VSA), si le médecin vous le propose, seriez-vous d'accord pour effectuer un test de dépistage du VIH ?

- ☐ Oui ☐ Non

37/ A votre avis, existe-t-il une vaccination contre l'hépatite B ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

38/ Si oui, pour un militaire, s'agit-il d'une vaccination :

- ☐ Obligatoire ☐ Recommandée ☐ Réglementaire ☐ Ne sait pas

39/ Au contact de personnes atteintes de VIH, prendriez-vous des précautions ?

- ☐ Vous n'embrasseriez pas la personne
☐ Vous ne serreriez pas la main de la personne
☐ Vous ne toucheriez pas les mêmes objets (tasses, couverts...)
☐ Vous ne prendriez aucune précaution
☐ Vous utiliseriez un préservatif

Conduites, pratiques, expérience personnelle

40/ Au cours des 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels avez-vous eu ?

- ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2 ou 3 ☐ 4 ou 5 ☐ Plus de 5

41/ Vous avez des relations sexuelles avec :

- ☐ Des partenaires du même sexe ☐ Des partenaires du sexe opposé ☐ Les deux

42/ Avez-vous déjà eu au cours de votre vie, un (ou des) rapport sexuel avec un (ou une) partenaire du même sexe ?

- ☐ Oui ☐ Non

43/ Au cours de votre vie, avez-vous déjà payé une personne pour avoir des rapports sexuels ?

- ☐ Oui ☐ Non (passer à la question 45)

44/ Si oui, Avec : ☐ Un homme ☐ Une femme

Où : ☐ En France métropolitaine ☐ En outre-mer ☐ En OPEX

45/ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels lors de vos missions de courte durée ou en OPEX ?

- ☐ Oui ☐ Non

46/ Si oui, avez-vous utilisé des préservatifs ?

- ☐ Systématiquement ☐ Jamais ☐ Parfois

47/ Avez-vous déjà eu une ou plusieurs IST ?

- ☐ Oui ☐ Non (passer à la question 49)

48/ Si oui, laquelle ou lesquelles ?

- ☐ Gonococcie (chaude-pisse) ☐ Chlamydiae ☐ Syphilis ☐ Hépatite B
☐ Herpes ☐ VIH
☐ Autres, préciser : / _____ / ☐ Ne sait pas

49/ Connaissez-vous une personne infectée par le VIH (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Oui ☐ Non
50/ Si oui, ☐ Parmi vos amis ☐ Parmi votre famille ☐ Dans votre entourage
☐ Autre, préciser : / _____ /

51/ Connaissez-vous une personne infectée par l'hépatite B (plusieurs réponses possibles)?

- ☐ Oui ☐ Non
52/ Si oui, ☐ Parmi vos amis ☐ Parmi votre famille ☐ Dans votre entourage
☐ Autre, préciser : / _____ /

Aspect commandement

53/ Vous êtes :

- ☐ Chef de section ☐ Adjoint au commandant de compagnie
☐ Commandant de compagnie ☐ Chef de service ou de bureau
☐ Autre, préciser : / _____ /

54/ Pensez-vous que les militaires français appliquent correctement les mesures de prévention des IST ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

55/ Selon vous, par qui doit être assurée l'éducation sur les IST (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Médecin militaire ☐ Infirmier ☐ Brancardier secouriste/auxiliaire sanitaire
☐ Chef de section ☐ Commandant de compagnie ☐ Etat-major

56/ Etes vous satisfait de la forme actuelle de la prévention des IST au sein de votre unité ?

- ☐ Oui ☐ Non

57/ Si non, pourquoi ? Préciser :

/ _____

 _____ /

58/ Selon vous (entourez votre avis) :

L'information sur la prévention des IST dispensée dans les armées est nécessaire	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
L'information sur la prévention des IST dispensée dans les armées est suffisante	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
L'information sur la prévention des risques d'IST en métropole dispensée à vos personnels est suffisante ?	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
L'information sur la prévention des risques d'IST en OPEX dispensée à vos personnels est suffisante ?	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord

59/ Dans la prévention des IST en général, vous pensez que le commandement :

- ☐ N'a pas de rôle à jouer ☐ A un rôle mineur ☐ A un rôle important

60/ En tant que chef, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la prévention des IST auprès de vos subordonnés ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

61/ Si oui, vous estimez ce rôle :

- ☐ Négligeable ☐ Peu important ☐ Important ☐ Très important

62/ Avez vous déjà été formé(e) à la problématique des IST dans les armées dans le cadre de vos fonctions de commandement ?

- ☐ Jamais ☐ Uniquement lors de la formation initiale ☐ Occasionnellement
☐ Régulièrement

63/ En tant que chef, on vous propose d'élaborer et de mettre en œuvre une intervention sur les IST auprès de vos subordonnés :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Cette idée vous plaît | ☐ Oui | ☐ Non |
| Vous pensez avoir assez de connaissance sur le sujet | ☐ Oui | ☐ Non |
| Vous vous en sentez capable | ☐ Oui | ☐ Non |
| Vous souhaiteriez être formé pour cela | ☐ Oui | ☐ Non |

64/ En tant que chef, on vous propose d'être le relai du médecin de votre unité concernant la prévention des IST. Cela consiste à adapter le discours du médecin auprès de vos subordonnés et de les mettre en relation avec le service médical si cela vous paraît nécessaire.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Cette idée vous plaît | ☐ Oui | ☐ Non |
| Vous pensez avoir assez de connaissance sur le sujet | ☐ Oui | ☐ Non |
| Vous vous en sentez capables | ☐ Oui | ☐ Non |
| Vous souhaiteriez être formé pour cela | ☐ Oui | ☐ Non |

65/ Avez vous déjà été confronté à des problèmes d'IST parmi vos personnels dans vos fonctions de commandement ?

- ☐ Non ☐ Oui, occasionnellement ☐ Oui, régulièrement

66/ Si oui, précisez :

- Où : ☐ En France métropolitaine ☐ En outre-mer ☐ En OPEX
- Quels étaient ces problèmes :

/ _____

67/ Des préservatifs sont-ils à disposition facilement au sein de votre unité en métropole ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

68/ Des préservatifs sont-ils à disposition facilement au sein de votre unité en OPEX ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

69/ Selon vous, les préservatifs devraient-ils être mis à disposition dans le régiment :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Gratuitement | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sait pas |
| Dans des distributeurs payants, pour une somme modique | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sait pas |
| Partout (en métropole, OM, OPEX) | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sait pas |
| Uniquement en OM/OPEX | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sait pas |

70/ Que pensez-vous de la mise à disposition facilitée de préservatifs ?

- ☐ C'est une bonne chose ☐ C'est inutile
☐ C'est une incitation à des rapports plus fréquents, avec plus de partenaires
☐ Pourquoi pas
☐ Autre avis, préciser : / _____

71/ Selon vous, sur quels axes la prévention des IST devrait-elle s'appuyer, par ordre de priorité (du + prioritaire (noté 1) au - prioritaire (noté 4))?

	Ordre (1 à 4)
L'utilisation systématique de préservatif	
La mise en place facilitée et fréquente de moyens de communication avec la famille durant les séjours hors garnison (webcam, ...)	
L'information sur la consultation précoce d'un médecin après un rapport sexuel à risque	
La promotion de l'abstinence et de la fidélité conjugale	
Autre axe à développer, préciser :	

72/ Pensez-vous que le recours de certains militaires à la prostitution devrait être soumis à un encadrement officiel du commandement sur certains théâtres d'opérations extérieures ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

73/ Si vous appreniez qu'un de vos personnels a été contaminé par le VIH, pensez vous que votre comportement vis à vis de lui changerait ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

74/ Si oui, en quoi ?

- ☐ Confiance dans son travail ☐ Puniton pour ce motif (tours de consignes, ...)
☐ Ralentissement de carrière (avancements, stages, ...)
☐ Autre, précisez : / _____ /

75/ Selon vous, la contamination par le virus du VIH devrait-elle être une cause de :

- d'inaptitude OM/OPEX ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- de réforme ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

76/ Seriez-vous prêt à partir en OPEX avec un de vos combattant contaminé par le VIH si la maladie est contrôlée ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

77/ Si vous appreniez qu'un de vos personnels a été contaminé par une IST (en dehors du VIH ou de l'hépatite B), pensez vous que votre comportement vis à vis de lui changerait ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

78/ Remarques :

Merci beaucoup de votre participation

Si vous acceptez de répondre à un entretien téléphonique anonyme, merci de laisser vos coordonnées téléphoniques afin que je puisse vous rappeler :

___ / ___ / ___ / ___ / ___

Annexe 2 : résultats descriptifs du questionnaire

Caractéristiques sociodémographiques

Régiment

-3 RH (Metz)	29 réponses, soit taux de réponse de 38,6%
-40 RT (Thionville)	41 réponses, soit taux de réponse de 45,45%
-8 RPIMa (Castres)	32 réponses
-1 RI (Strasbourg)	57 réponses, soit taux de réponse de 56%
-8 RA (Commercy)	19 réponses, soit taux de réponse de 60%
-13 RG (Valdahon)	21 réponses
-511 RT (Auxonne)	41 réponses, soit taux de réponse de 47%
-8 RMA (Mourmelon)	51 réponses

1/ Quel est votre année de naissance ?

Extrêmes : 1952 à 1992

Moyenne : 1976 soit 36,48 ans

Médiane : 1977 soit 35 ans

Classe d'âge	n	fréquence
18-29	56	19,44%
30-39	139	48,26%
40 et plus	93	32,29%

2/ Vous êtes : 290 réponses

- ☐ Un homme 262 soit 90,3%
- ☐ Une femme 28 soit 9,7%

3/ Vous êtes : 290 réponses

- ☐ Sous-officier 198 soit 68,28%
- ☐ Officier 84 soit 28,97%
- ☐ Officier supérieur 8 soit 2,76%

4/ Vous êtes : 277 réponses

- ☐ Marié/Pacsé 203 soit 73,29%
- ☐ Célibataire 46 soit 16,61%
- ☐ En couple stable 24 soit 8,66%
- ☐ Autre 4 soit 1,44%

En couple	n	fréquence
Oui	227	81,95%
Non	50	18,05%

5/ Quel est votre niveau d'étude ? 288 réponses

- ☐ Pas de diplôme 5 soit 1,74%
- ☐ Brevet, BEPC 33 soit 11,46%
- ☐ BEP/CAP 68 soit 23,61%
- ☐ Baccalauréat 108 soit 37,5%
- ☐ Bac +3 (licence, DUT, ..) 35 soit 12,15%
- ☐ Bac +5 ou plus 39 soit 13,54%

Niveau d'études	n	fréquence
Bac	108	37,5%
Inférieure au bac	106	36,81%

Supérieure au bac	74	25,69%
-------------------	----	--------

6/ En quelle année vous êtes vous engagé(e) dans l'armée ?

Extrêmes : 1968 à 2011 (44 à 1 ans)

Moyenne : 1989,5 (22,5 ans)

Médiane : 1989,5

7/ Etes-vous déjà parti(e) en OPEX ? 291 réponses

☐ Oui 257 soit 88,32%

☐ Non 34 soit 11,68%

8/ Si oui, quelle est l'année et le pays de votre dernière OPEX ?

Année

Extrêmes : 1983 à 2012

Moyenne : 1998

Médiane : 1998

Départ OPEX	n	fréquence
Avant 2010	103	40,55%
2010 ou après	151	59,45%

Pays

-Afghanistan	63
-Tchad	20
-Sénégal	5
-RCI	35
-RCA	8
-Djibouti	4
-Gabon	13
-Kosovo	50
-Liban	22
-Péninsule Arabique	7
-Europe de l'Est	5
-DOM/TOM	16
-Autres	3

s

Région de la dernière OPEX	n	fréquence
Amérique du Sud et Département Français d'Amérique	9	3,59%
Afrique	86	34,26%
Balkans	56	22,31%
Moyen-Orient	94	37,45%
Océanie	6	2,39%

Connaissances et perceptions du risque

9/ Pensez-vous être informé(e) sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et leurs risques ?

289 réponses

☐ Pas du tout informé(e) 1 soit 0,35%

☐ Plutôt pas informé(e) 32 soit 11,07%

- ☐ Plutôt bien informé(e) 187 soit 64,71%
- ☐ Très informé(e) 69 soit 23,88%

10/ Avez-vous déjà eu, à l'unité, une ou plusieurs information(s) sur les IST ? 289 réponses

- ☐ Oui 165 soit 57,09%
- ☐ Non 124 soit 42,91%

11/ Si oui, sous quelle(s) forme(s) (plusieurs réponses possibles) ? 208 réponses

- ☐ Cours 128 soit 61%
- ☐ Entretien personnalisé 1 soit 0,5%
- ☐ Entretien en petit groupe 26 soit 12,5%
- ☐ Plaquettes d'information 47 soit 22,6%
- ☐ Autre 7 soit 3,4%

12/ Si oui, à quel(s) moment(s) (plusieurs réponses possibles) ? 198 réponses

- ☐ Pendant les classes 27 soit 13,6%
- ☐ Avant départ outre-mer / OPEX 153 soit 78,3%
- ☐ Autre, préciser 16 soit 8%

13/ Qui l'a réalisé (plusieurs réponses possibles) ? 183 réponses

- ☐ Le médecin d'unité 139 soit 75,9%
- ☐ Un autre membre de l'infirmerie 37 soit 20,2%
- ☐ Un membre de votre compagnie 4 soit 2,2%
- ☐ Autre, préciser 3 soit 1,6%

14/ Selon vous, laquelle ou lesquelles de ces situations est (sont) à risque de contamination par une IST ? 291 réponses

- ☐ Rapport oral (fellation, cunnilingus) sans préservatif 238 soit 81,8%
- ☐ Rapport oral avec préservatif 19 soit 6,5%
- ☐ Un baiser 44 soit 15,1%
- ☐ Rapport vaginal sans préservatif 289 soit 99,3%
- ☐ Rapport vaginal avec préservatif 24 soit 8,2%
- ☐ Rapport anal sans préservatif 275 soit 94,5%
- ☐ Rapport anal avec préservatif 30 soit 10,3%

15/ Selon vous, le risque d'attraper une IST existe après combien de rapports sexuels avec la même personne ? 290 réponses

- ☐ Un seul rapport sexuel suffit 290 soit 100%
- ☐ A partir du 2^{ème} rapport sexuel
- ☐ A partir du 5^{ème} rapport sexuel
- ☐ Il faut des rapports réguliers sur une longue période

16/ Selon vous, parmi les maladies suivantes, lesquelles peuvent être guéries ? 284 réponses

- ☐ Gonococcie (chaude-pisse) 244 soit 86,2%
- ☐ Syphilis 181 soit 63,7%
- ☐ Chlamydiae 79 soit 27,8%
- ☐ Hépatite B 79 soit 27,8%
- ☐ VIH 5 soit 1,8%
- ☐ Herpès 181 soit 64%
- ☐ Ne sait pas 34 soit 12%

17/ Selon vous, parmi les maladies suivantes, lesquelles nécessitent un traitement au long cours (plusieurs mois ou années)? 278 réponses

☐ Gonococcie (chaude-pisse)	37	soit 13,3%
☐ Syphilis	108	soit 38,8%
☐ Chlamydiae	39	soit 14,4%
☐ Hépatite B	181	soit 65,1%
☐ VIH	220	soit 79,1%
☐ Herpès	46	soit 16,5%
☐ Ne sait pas	37	soit 13,3%

18/ Répondez aux questions suivantes en entourant la bonne réponse (Vrai ou Faux) :

Une rupture de préservatif durant le rapport revient à un rapport sans préservatif 288 réponses	Vrai 283 98,2%	Faux 5 1,7%
Mettre 2 préservatifs protège mieux qu'un seul préservatif 283 réponses	Vrai 19 6,71%	Faux 264 93,29%
Un rapport oral (cunnilingus, fellation) peut suffire pour être contaminé par une IST 275 réponses	Vrai 242 88%	Faux 33 12%
Je peux être contaminé pendant un rapport sans préservatif même si il n'y a pas d'éjaculation 284 réponses	Vrai 280 98,6%	Faux 4 1,4%
Un seul rapport non protégé avec une personne contaminée par le VIH suffit pour être contaminé 288 Réponses	Vrai 275 95,49%	Faux 13 4,51%
Je ne risque pas d'être contaminé si mon (ma) partenaire n'est ni homosexuel(le), ni toxicomane 285 réponses	Vrai 9 3,16%	Faux 276 96,84%
La pilule protège contre les IST 288 réponses	Vrai 5 1,74%	Faux 283 98,26%

19/ Selon vous, l'infection par le VIH est une maladie grave ? 285 réponses

☐ Oui	276	soit 96,84%
☐ Non	9	soit 3,16%

20/ Répondez aux questions suivantes en entourant la bonne réponse (Vrai ou Faux) :

L'infection par le VIH et le SIDA correspondent exactement à la même chose 279 réponses	Vrai 178 63,8%	Faux 101 36,2%
Les trithérapies permettent de guérir du VIH 283 réponses	Vrai 36 12,72%	Faux 247 87,28%
Un traitement peut être donné en urgence après un rapport sexuel à risque pour limiter le risque de contamination 284 réponses	Vrai 239 84,2%	Faux 45 15,8%

Grâce aux trithérapies contre le VIH, on peut guérir définitivement du VIH 284 réponses	Vrai 11 3,87%	Faux 273 96,13%
Grâce aux trithérapies contre le VIH, les malades du SIDA vivent plus longtemps 282 réponses	Vrai 255 90,43%	Faux 27 9,57%
Grâce aux trithérapies contre le VIH, les séropositifs traités ne transmettent plus le VIH 277 réponses	Vrai 19 6,86%	Faux 258 93,14%

21/ Selon vous, on peut diminuer le risque d'être contaminé par le VIH par les mesures suivantes (entourez la bonne réponse) :

En utilisant un préservatif masculin 289 réponses	Vrai 285 98,6%	Faux 4 1,4%
En se lavant après un rapport sexuel 280 réponses	Vrai 34 12,14%	Faux 246 87,86%
En demandant un test de dépistage à ses partenaires 284 réponses	Vrai 243 85,56%	Faux 41 14,44%
En choisissant correctement ses partenaires 285 réponses	Vrai 180 63,16%	Faux 105 36,84%
En faisant régulièrement un test du dépistage du VIH 282 réponses	Vrai 192 68,09%	Faux 90 31,91%
En utilisant des spermicides 271 réponses	Vrai 15 5,54%	Faux 256 94,46%
En utilisant un préservatif féminin 281 réponses	Vrai 193 68,68%	Faux 88 31,32%
En ayant des rapports sexuels avec peu de personnes différentes 282 réponses	Vrai 175 62,06%	Faux 107 37,94%
En faisant un coït interrompu (on se retire avant l'éjaculation) 217 réponses	Vrai 8 3,69%	Faux 209 96,31%

22/ Selon vous, quelle est la proportion de personnes atteintes du VIH en France ? 281 réponses

- ☐ Moins de 1% 27 soit 9,6%
- ☐ Entre 1 et 5% 114 soit 40,6%
- ☐ Entre 5 et 10% 85 soit 30,2%
- ☐ Entre 10 et 15% 24 soit 8,5%
- ☐ Entre 15 et 20% 21 soit 7,5%
- ☐ Plus de 20% 10 soit 3,6%

23/ Selon vous, parmi les personnes infectées par le VIH en France, quelle est la proportion de celles qui ne le savent pas ? 281 réponses

- ☐ Moins de 25% 109 soit 38,8%
- ☐ Entre 25 et 40% 105 soit 37,4%

- | | | |
|--|----|------------|
| ☐ Entre 40 et 60% | 50 | soit 17,8% |
| ☐ Entre 60 et 75% | 11 | soit 3,9% |
| ☐ Plus de 75% | 6 | soit 2,1% |

24/ Selon vous, la proportion d'hétérosexuels parmi les nouvelles personnes contaminées actuellement en France par le VIH est de : 276 réponses

- | | | |
|--|-----|------------|
| ☐ Moins de 25% | 90 | soit 32,6% |
| ☐ Entre 25 et 40% | 122 | soit 44,2% |
| ☐ Entre 40 et 60% | 43 | soit 15,6% |
| ☐ Entre 60 et 75% | 12 | soit 4,3% |
| ☐ Plus de 75% | 9 | soit 3,3% |

Moyens de prévention

25/ Lors d'un rapport sexuel, vous utilisez un préservatif : 282 réponses

- | | | |
|---|-----|------------|
| ☐ Systématiquement | 67 | soit 23,8% |
| ☐ Le plus souvent | 25 | soit 8,9% |
| ☐ Parfois | 17 | soit 6% |
| ☐ Rarement | 20 | soit 7,1% |
| ☐ Jamais | 153 | soit 54,3% |

26/ Vous avez des préservatifs disponibles sur vous : 281 réponses

- | | | |
|---|-----|------------|
| ☐ Systématiquement | 39 | soit 13,9% |
| ☐ Le plus souvent | 27 | soit 9,6% |
| ☐ Parfois | 31 | soit 11% |
| ☐ Rarement | 25 | soit 8,9% |
| ☐ Jamais | 159 | soit 56,6% |

27/ Selon vous, dans les suites d'un rapport sexuel à risque, y-a-t-il un intérêt à consulter un médecin ? 288 réponses

- | | | |
|------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 269 | soit 93,4% |
| ☐ Non | 11 | soit 3,8% |
| ☐ Peut-être | 8 | soit 2,8% |

28/ Si oui, dans quel délai maximum ? 269 réponses

- | | | |
|--------------------------------------|----|------------|
| ☐ 4h | 68 | soit 25,3% |
| ☐ 12h | 75 | soit 27,9% |
| ☐ 24h | 85 | soit 31,6% |
| ☐ 48h | 26 | soit 9,7% |
| ☐ 5j | 3 | soit 1,1% |
| ☐ Peu importe | 12 | soit 4,5% |

29/ Selon vous, existe-t-il un traitement d'urgence qui permet de diminuer le risque d'être contaminé par le VIH après un rapport à risque ? 283 réponses

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 195 | soit 68,9% |
| ☐ Non | 41 | soit 14,5% |
| ☐ Ne sait pas | 47 | soit 16,6% |

30/ Selon vous, ce traitement d'urgence est-il disponible en OPEX ? 285 réponses

- | | | |
|------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 182 | soit 63,9% |
| ☐ Non | 27 | soit 9,5% |

☐ Ne sait pas 76 soit 26,7%

31/ Avez-vous déjà effectué au moins une fois un test de dépistage des IST (prise de sang) au cours de votre vie ? 290 réponses

☐ Oui 230 soit 79,3%
☐ Non 60 soit 20,7%

32/ Si oui, à quelle occasion ? 225 réponses

Dans les suites d'un rapport à risque	18	8%
Parce que vous le faites systématiquement à intervalle régulier	42	18,7%
Au cours d'une relation stable avec le/la même partenaire pour arrêter les préservatifs	87	38,7%
Après la découverte d'une IST	4	1,8%
Autre	101	44,9%
-don du sang	19	8,4%
-VSA	11	4,9%
-retour OPEX	32	14,2%
-bilan de santé	9	4%
-mariage	25	11,1%
-autres	5	2,2%

33/ Selon vous, un test de dépistage est-il nécessaire avant d'arrêter le préservatif dans une relation stable et prolongée avec le ou la même partenaire sexuel(le) ? 287 réponses

☐ Oui 251 soit 87,4%
☐ Non 32 soit 11,1%
☐ Ne sait pas 4 soit 1,4%

34/ Si oui, à partir de combien de temps minimum faut-il le faire ? 237 réponses

☐ Dès le début de la relation 112 soit 47,3%
☐ Après un mois 25 soit 10,6%
☐ Après 3 mois 68 soit 28,7%
☐ Après 6 mois 32 soit 13,5%

35/ Si vous souhaitiez réaliser un test de dépistage du VIH, où iriez-vous le demander (plusieurs réponses possibles) ? 264 réponses

☐ Dans un centre de dépistage anonyme et gratuit	125	soit 47,3%
☐ A votre médecin traitant	142	soit 53,8%
☐ Au médecin militaire de votre régiment	105	soit 39,8%
☐ Aux urgences	9	soit 3,4%
☐ Directement dans un LABM proche de chez vous	87	soit 33%
☐ Autre lieu, préciser : / _____ /	3	soit 1,1%
☐ Ne sait pas	5	soit 1,9%

36/ A l'occasion de votre Visite Systématique Annuelle (VSA), si le médecin vous le propose, seriez-vous d'accord pour effectuer un test de dépistage du VIH ? 290 réponses

☐ Oui 252 86,9%
☐ Non 38 13,1%

37/ A votre avis, existe t-il une vaccination contre l'hépatite B ? 288 réponses

☐ Oui 204 soit 70,8%
☐ Non 42 soit 14,6%
☐ Ne sait pas 42 soit 14,6%

38/ Si oui, pour un militaire, s'agit t'il d'une vaccination : 249 réponses

- | | | |
|--|-----|------------|
| ☐ Obligatoire | 143 | soit 57,4% |
| ☐ Recommandée | 38 | soit 15,3% |
| ☐ Réglementaire | 24 | soit 9,6% |
| ☐ Ne sait pas | 44 | soit 17,7% |

39/ Au contact de personnes atteintes de VIH, prendriez vous des précautions ? 271 réponses

- | | | |
|--|-----|------------|
| ☐ Vous n'embrasseriez pas la personne | 57 | soit 21% |
| ☐ Vous ne serreriez pas la main de la personne | 10 | soit 3,7% |
| ☐ Vous ne toucheriez pas les mêmes objets (tasses, couverts...) | 16 | soit 5,9% |
| ☐ Vous ne prendriez aucune précaution | 10 | soit 3,7% |
| ☐ Vous utiliseriez un préservatif | 242 | soit 89,3% |

Conduites, pratiques, expérience personnelle

40/ Au cours des 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels avez-vous eu ? 288 réponses

- | | | |
|------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Aucun | 10 | soit 3,5% |
| ☐ 1 | 245 | soit 85,1% |
| ☐ 2 ou 3 | 24 | soit 8,3% |
| ☐ 4 ou 5 | 3 | soit 1% |
| ☐ Plus de 5 | 6 | soit 2,1% |

41/ Vous avez des relations sexuels avec : 276 réponses

- | | | |
|---|-----|------------|
| ☐ Des partenaires du même sexe | 5 | soit 1,8% |
| ☐ Des partenaires du sexe opposé | 268 | soit 97,1% |
| ☐ Les deux | 3 | soit 1,1% |

42/ Avez-vous déjà eu au cours de votre vie, un (ou des) rapport sexuel avec un (ou une) partenaire du même sexe ? 282 réponses

- | | | |
|------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 10 | soit 3,5% |
| ☐ Non | 272 | soit 96,5% |

43/ Au cours de votre vie, avez-vous déjà payé une personne pour avoir des rapports sexuels ? 286 rép.

- | | | |
|------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 52 | soit 18,2% |
| ☐ Non | 234 | soit 81,8% |

44/ Si oui, Avec : 50 réponses

- | | | |
|------------------------------------|----|----------|
| ☐ Un homme | 1 | soit 2% |
| ☐ Une femme | 49 | soit 98% |

Où : 48 réponses

- | | | |
|---|----|------------|
| ☐ En France métropolitaine | 30 | soit 62,5% |
| ☐ En outre-mer | 19 | soit 39,6% |
| ☐ En OPEX | 17 | soit 37,5% |

45/ Avez vous déjà eu des rapports sexuels lors de vos missions de courte durée ou en OPEX ? 286 rép.

- | | | |
|------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 69 | soit 24,1% |
| ☐ Non | 217 | soit 75,9% |

46/ Si oui, avez vous utilisé des préservatifs ? 71 réponses

☐ Systématiquement	66	soit 93%
☐ Jamais	3	soit 4,2%
☐ Parfois	2	soit 2,8%

47/ Avez-vous déjà eu une ou plusieurs IST ? 287 réponses

☐ Oui	13	soit 4,5%
☐ Non	274	soit 95,5%

48/ Si oui, laquelle ou lesquelles ? 13 réponses

☐ Gonococcie (chaude-pisse)	5	soit 38,5%
☐ Chlamydiae	1	soit 7,7%
☐ Syphilis	0	
☐ Hépatite B	0	
☐ Herpes	6	soit 46,1%
☐ VIH	0	
☐ Autres	1 (Trichomonas)	soit 7,7%
☐ Ne sait pas	0	

49/ Connaissez-vous une personne infectée par le VIH (plusieurs réponses possibles)? 282 réponses

☐ Oui	35	soit 12,4%
☐ Non	247	soit 87,6%

50/ Si oui, 39 réponses

☐ Parmi vos amis	14	soit 35,9%
☐ Parmi votre famille	3	soit 7,7%
☐ Dans votre entourage	13	soit 33,3%
☐ Autre	9	soit 23,1%
-conjoint	1	soit 2,6%
-travail	7	soit 17,9%
-connaissance vague	1	soit 2,6%

51/ Connaissez-vous une personne infectée par l'hépatite B (plusieurs réponses possibles)? 285 réponses

☐ Oui	19	soit 6,7%
☐ Non	266	soit 93,3%

52/ Si oui, 21 réponses

☐ Parmi vos amis	1	soit 4,8%
☐ Parmi votre famille	8	soit 38,1%
☐ Dans votre entourage	11	soit 52,4%
☐ Autre	1 (conjoint)	soit 4,8%

Aspect commandement

53/ Vous êtes : 282 réponses

☐ Chef de section	80	soit 28,6%
☐ Adjoint au commandant de compagnie	17	soit 6,1%
☐ Commandant de compagnie	17	soit 6,1%
☐ Chef de service ou de bureau	71	soit 25,4%

☐ SOA ou assimilé	66	soit 23,2%
☐ Autre	31	soit 10,7%
-EM/BOI	11	soit 3,4%
-Traitant	5	soit 1,8%
-NSP	7	soit 2,5%
-Autres	7	soit 2,5%

54/ Pensez-vous que les militaires français appliquent correctement les mesures de prévention des IST ? 280 réponses

☐ Oui	88	soit 31,4%
☐ Non	137	soit 49%
☐ Ne sait pas	55	soit 19,6%

55/ Selon vous, par qui doit être assurée l'éducation sur les IST (plusieurs réponses possibles) ? 289 rép

☐ Médecin militaire	264	soit 91,3%
☐ Infirmier	165	soit 57,8%
☐ Brancardier secouriste/auxiliaire sanitaire	105	soit 36,3%
☐ Chef de section	113	soit 39,1%
☐ Commandant de compagnie	67	soit 23,2%
☐ Etat-major	38	soit 13,1%

56/ Etes vous satisfait de la forme actuelle de la prévention des IST au sein de votre unité ? 269 rép

☐ Oui	177	soit 65,8%
☐ Non	92	soit 34,2%

57/ Si non, pourquoi ? Préciser : 84 réponses

-manque info	73	soit 87%
-trop axé sur les OPEX	9	soit 10,7%
-trop théorique	4	soit 4,8%
-problème de communication avec le CMA	2	soit 2,4%

58/ Selon vous (entourez votre avis) :

L'information sur la prévention des IST dispensée <u>dans les armées</u> est nécessaire 289 réponses	Tout à fait d'accord 249 86,2%	Plutôt d'accord 35 12,1%	Plutôt pas d'accord 2 0,7%	Pas du tout d'accord 3 1%
L'information sur la prévention des IST dispensée <u>dans les armées</u> est suffisante 286 réponses	Tout à fait d'accord 33 11,5%	Plutôt d'accord 140 49%	Plutôt pas d'accord 89 31,1%	Pas du tout d'accord 24 8,4%
L'information sur la prévention des risques d'IST en <u>métropole</u> dispensée à <u>vos personnels</u> est suffisante ? 285 réponses	Tout à fait d'accord 30 10,5%	Plutôt d'accord 105 36,8%	Plutôt pas d'accord 112 39,3%	Pas du tout d'accord 38 13,3%
L'information sur la prévention des risques d'IST en <u>OPEX</u> dispensée à <u>vos personnels</u> est suffisante ? 282 réponses	Tout à fait d'accord 92 32,6%	Plutôt d'accord 125 44,3%	Plutôt pas d'accord 44 15,6%	Pas du tout d'accord 21 7,5%

59/ Dans la prévention des IST en général, vous pensez que le commandement : 289 réponses

- | | | |
|--|-----|------------|
| ☐ N'a pas de rôle à jouer | 8 | soit 2,8% |
| ☐ A un rôle mineur | 72 | soit 24,9% |
| ☐ A un rôle important | 209 | soit 72,3% |

60/ En tant que chef, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la prévention des IST auprès de vos subordonnés ? 289 réponses

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 251 | soit 86,9% |
| ☐ Non | 27 | soit 9,3% |
| ☐ Ne sait pas | 11 | soit 3,8% |

61/ Si oui, vous estimez ce rôle : 252 réponses

- | | | |
|---|-----|------------|
| ☐ Négligeable | 1 | soit 0,4% |
| ☐ Peu important | 31 | soit 12,3% |
| ☐ Important | 136 | soit 54% |
| ☐ Très important | 84 | soit 33,3% |

62/ Avez vous déjà été formé(e) à la problématique des IST dans les armées dans le cadre de vos fonctions de commandement ? 287 réponses

- | | | |
|---|-----|------------|
| ☐ Jamais | 147 | soit 51,2% |
| ☐ Uniquement lors de la formation initiale | 31 | soit 10,8% |
| ☐ Occasionnellement | 109 | soit 38% |
| ☐ Régulièrement | 0 | |

63/ En tant que chef, on vous propose d'élaborer et de mettre en œuvre une intervention sur les IST auprès de vos subordonnés :

- | | |
|--|----------------|
| Cette idée vous plaît | 275 réponses |
| ☐ Oui | 175 soit 63,6% |
| ☐ Non | 100 soit 36,4% |
| Vous pensez avoir assez de connaissance sur le sujet | 262 réponses |
| ☐ Oui | 44 soit 16,8% |
| ☐ Non | 218 soit 83,2% |
| Vous vous en sentez capable | 261 réponses |
| ☐ Oui | 138 soit 52,9% |
| ☐ Non | 123 soit 47,1% |
| Vous souhaiteriez être formé pour cela | 273 réponses |
| ☐ Oui | 178 soit 65,2% |
| ☐ Non | 95 soit 34,8% |

64/ En tant que chef, on vous propose d'être le relai du médecin de votre unité concernant la prévention des IST. Cela consiste à adapter le discours du médecin auprès de vos subordonnés et de les mettre en relation avec le service médical si cela vous paraît nécessaire.

- | | |
|--|----------------|
| Cette idée vous plaît | 272 réponses |
| ☐ Oui | 164 soit 60,3% |
| ☐ Non | 108 soit 39,7% |
| Vous pensez avoir assez de connaissance sur le sujet | 255 réponses |
| ☐ Oui | 51 soit 20% |
| ☐ Non | 204 soit 80% |
| Vous vous en sentez capable | 264 réponses |
| ☐ Oui | 154 soit 58,3% |

- ☐ Non 110 soit 41,7%
- Vous souhaiteriez être formé pour cela 265 réponses
- ☐ Oui 163 soit 61,5%
- ☐ Non 102 soit 38,5%

65/ Avez vous déjà été confronté à des problèmes d'IST parmi vos personnels dans vos fonctions de commandement ? 285 réponses

- ☐ Non 193 soit 67,8%
- ☐ Oui, occasionnellement 88 soit 30,9%
- ☐ Oui, régulièrement 4 soit 1,4%

66/ Si oui, précisez :

- Où : 70 réponses
- ☐ En France métropolitaine 22 soit 31,4%
- ☐ En outre-mer 24 soit 34,3%
- ☐ En OPEX 44 soit 62,9%
- Quels étaient ces problèmes : 70 réponses
- ESAR 69 98,6%
- VIH/trithérapie d'urgence 15 21,4%
- autres 8 11,4%

67/ Des préservatifs sont-ils à disposition facilement au sein de votre unité en métropole ? 288 réponses

- ☐ Oui 48 soit 16,7%
- ☐ Non 155 soit 53,8%
- ☐ Ne sait pas 85 soit 29,5%

68/ Des préservatifs sont-ils à disposition facilement au sein de votre unité en OPEX ? 284 réponses

- ☐ Oui 181 soit 63,7%
- ☐ Non 42 soit 14,8%
- ☐ Ne sait pas 61 soit 21,5%

69/ Selon vous, les préservatifs devraient-ils être mis à disposition dans le régiment :

Gratuitement 280 réponses

- ☐ Oui 205 soit 73,2%
- ☐ Non 61 soit 21,8%
- ☐ Ne sait pas 14 soit 5%

Dans des distributeurs payants, pour une somme modique 269 réponses

- ☐ Oui 101 soit 37,6%
- ☐ Non 153 soit 56,9%
- ☐ Ne sait pas 15 soit 5,6%

Partout (en métropole, OM, OPEX) 264 réponses

- ☐ Oui 229 soit 86,7%
- ☐ Non 26 soit 9,8%
- ☐ Ne sait pas 9 soit 3,4%

Uniquement en OM/OPEX 235 réponses

- ☐ Oui 25 soit 10,6%
- ☐ Non 198 soit 84,3%
- ☐ Ne sait pas 12 soit 5,1%

70/ Que pensez-vous de la mise à disposition facilitée de préservatifs ? 274 réponses

☐ C'est une bonne chose	227	soit 82,3%
☐ C'est inutile	4	soit 1,5%
☐ C'est une incitation à des rapports plus fréquents, avec plus de partenaires	22	soit 8%
☐ Pourquoi pas	19	soit 6,9%
☐ Autre avis	2	soit 0,7%

71/ Selon vous, sur quels axes la prévention des IST devrait-elle s'appuyer, par ordre de priorité (du + prioritaire (noté 1) au - prioritaire (noté 4)) ? 244 réponses

	Ordre (1 à 4)
L'utilisation systématique de préservatif	1 : 148 soit 61,4% 2 : 60 soit 24,9% 3 : 22 soit 9,1% 4 : 11 soit 4,6%
La mise en place facilitée et fréquente de moyens de communication avec la famille durant les séjours hors garnison (webcam, ...)	1 : 18 soit 7,4% 2 : 39 soit 16% 3 : 94 soit 38,5% 4 : 92 soit 37,7% 5 : 1 soit 0,4%
L'information sur la consultation précoce d'un médecin après un rapport sexuel à risque	1 : 16 soit 6,6% 2 : 116 soit 47,7% 3 : 70 soit 28,8% 4 : 41 soit 16,9%
La promotion de l'abstinence et de la fidélité conjugale	1 : 58 soit 23,8% 2 : 27 soit 11,1% 3 : 56 soit 23% 4 : 98 soit 40,2% 5 : 2 soit 0,8%
Autre axe à développer, préciser :	7 réponses

72/ Pensez-vous que le recours de certains militaires à la prostitution devrait être soumis à un encadrement officiel du commandement sur certains théâtres d'opérations extérieures ? 285 réponses

☐ Oui	130	soit 45,6%
☐ Non	106	soit 37,2%
☐ Ne sait pas	49	soit 17,1%

73/ Si vous appreniez qu'un de vos personnels a été contaminé par le VIH, pensez vous que votre comportement vis à vis de lui changerait ? 286 réponses

☐ Oui	61	soit 21,3%
☐ Non	179	soit 62,6%
☐ Ne sait pas	46	soit 16,1%

74/ Si oui, en quoi ? 61 réponses

☐ Confiance dans son travail	15	soit 24,6%
☐ Punition pour ce motif (tours de consignes, ...)	2	soit 3,3%
☐ Ralentissement de carrière (avancements, stages, ...)	5	soit 8,2%
☐ Autre	45	soit 73,8%
-risques de transmission par le sang	21	soit 34,4%
-attention, compassion,...	14	soit 23%
-rejet, changement de regard	5	soit 8,2%
-problème dans le travail (chgt de spé, non opérationnel,...)	4	soit 6,6%

75/ Selon vous, la contamination par le virus du VIH devrait-elle être une cause de :

-d'incapacité OM/OPEX ? 287 réponses

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 190 | soit 66,2% |
| ☐ Non | 63 | soit 22% |
| ☐ Ne sait pas | 34 | soit 11,9% |

-de réforme ? 287 réponses

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 77 | soit 26,8% |
| ☐ Non | 169 | soit 58,9% |
| ☐ Ne sait pas | 41 | soit 14,3% |

76/ Seriez-vous prêt à partir en OPEX avec un de vos combattant contaminé par le VIH si la maladie est contrôlée ? 286 réponses

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 135 | soit 47,2% |
| ☐ Non | 112 | soit 39,2% |
| ☐ Ne sait pas | 39 | soit 13,6% |

77/ Si vous appreniez qu'un de vos personnels a été contaminé par une IST (en dehors du VIH ou de l'hépatite B), pensez vous que votre comportement vis à vis de lui changerait ? 287 réponses

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ☐ Oui | 32 | soit 11,1% |
| ☐ Non | 210 | soit 73,1% |
| ☐ Ne sait pas | 45 | soit 15,7% |

78/ Remarques :

Risques de transmissions au combat : 7

Perte de chance pour la réussite de la mission : 3

Autres :

- associer la prévention des IST à la prévention de l'alcool et des drogues
- le commandement éduque et le SSA prévient et traite
- peur du médecin et du compte-rendu
- retour du dépistage obligatoire au retour d'OPEX
- partage d'expérience lors des interventions
- problème des chefs prônant l'abstinence sans distribuer de préservatifs

RESUME DE LA THESE

La prévention des Infections Sexuellement Transmissibles est une nécessité de santé publique et opérationnelle dans les armées. Les cadres de l'Armée de Terre représentent une proportion importante de cette population, et leur comportement a rôle d'exemple envers leurs subordonnées.

Objectif : Evaluer l'implication des cadres dans la prévention des IST ainsi que leurs connaissances, attitudes et croyances envers celle-ci. Ceci afin de perfectionner la politique de prévention des IST au sein des Armées.

Méthodes : Analyse observationnelle transversale réalisée à partir d'un questionnaire anonyme auto-administré, au sein de 8 régiments de l'Armée de Terre.

Résultats : Le taux de réponse est compris selon les régiments entre 38,6 et 60%. La population est majoritairement masculine (90,3%), avec une médiane d'âge à 35 ans, en couple dans 82% des cas. Les personnes interrogées se déclarent impliquées dans les IST dans 70,3% des cas, chiffre influencé de manière négative par le fait d'être parti récemment en OPEX(OR= 2 IC95% [1,03-3,87]), d'être un sous-officier (OR=2,06 IC95% [1,02-4,15]), jeune (OR=2,59 IC95% [1,02-6,6]).

Leurs connaissances apparaissent comme satisfaisantes au niveau des conduites à risques (18,5/20), mais moindres au niveau thérapeutique (14,7/20) et prévention (12,8/20).

Les connaissances, comme l'implication, ne sont pas modifiées par les mesures d'éducation sanitaire entreprises au sein des Armées.

Conclusion : Une modification de la politique de prévention des IST auprès des cadres est nécessaire. Nous proposons une plus grande implication de ceux-ci, sur le modèle de l'instruction au secourisme au combat. Les méthodes d'éducation sanitaire mériteraient d'être précisées.

TITRE EN ANGLAIS

Knowledge, attitudes, beliefs and practices among Land Forces chiefs in France about Sexually Transmitted Diseases

DISCIPLINE

MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS CLEFS :

- IST
- Armées
- cadres de contact
- prévention
- connaissances, attitudes et pratiques

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NACY Cedex
