

La prévention des IST auprès des jeunes

Dossier de synthèse documentaire et bibliographique

Octobre 2018

SOMMAIRE

Contexte épidémiologique des principales IST chez les jeunes	2
La prévention des IST	9
La place du préservatif	
La vaccination	
La PrEP chez les mineurs à fort risque VIH	
L'éducation à la vie affective et sexuelle	
Dépistage et prise en charge des IST	16
Les structures publiques d'offre en santé sexuelle	
De l'importance de stratégies ciblées et innovantes	
L'accès des personnes mineures à l'offre de prévention, de dépistage et à la prise en charge	
La notification formalisée au(x) partenaire(s) (NFP)	
Conclusion	19
Bibliographie	20

Les années 2000 ont vu une recrudescence de la plupart des infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que la réapparition de certaines jusque-là quasiment éradiquées comme la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) dans la plupart des pays occidentaux. Cette tendance a été contemporaine de l'augmentation des comportements sexuels à risque et de la diffusion des traitements antirétroviraux pour le VIH.

Les IST peuvent avoir de profondes répercussions sur la santé alors même que certaines sont curables à l'aide d'antibiothérapies à dose unique, qu'il existe des vaccins et que l'on dispose de traitements efficaces permettant d'atténuer ou moduler les effets.

Depuis 2016 des avancées notables ont eu lieu en matière de santé sexuelle. En l'introduisant dans le code de la santé publique, la loi de 2016 est venue consacrer la notion de santé sexuelle. Cela s'est traduit par l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) qui fixe en la matière un cadre de référence national et des objectifs ambitieux à l'action publique, qui accorde une place importante à la lutte contre les IST et qui identifie clairement le public jeune comme une cible prioritaire.

Contexte épidémiologique des principales IST chez les jeunes

En France seul le VIH est une IST à déclaration obligatoire, puisque la déclaration obligatoire de la syphilis, la gonococcie et la LGV a été abandonnée en France en 2000 en raison d'un très faible taux d'exhaustivité et d'une mauvaise représentativité des cas déclarés. A l'heure actuelle, la surveillance épidémiologique des IST repose sur plusieurs réseaux sentinelles volontaires de cliniciens (RésIST pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie) et de laboratoires (Rénago pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques ; Rénachla pour la surveillance des infections à chlamydia ; réseau LGV coordonné par le centre national de référence (CNR) des Chlamydiae). L'organisation de la surveillance de ces infections ne permet pas une estimation directe exhaustive de leur prévalence mais permet de mesurer les tendances et les évolutions. En juillet 2018, l'enquête LaboIST **[31]** est venue enrichir les données épidémiologiques notamment en proposant des estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque.

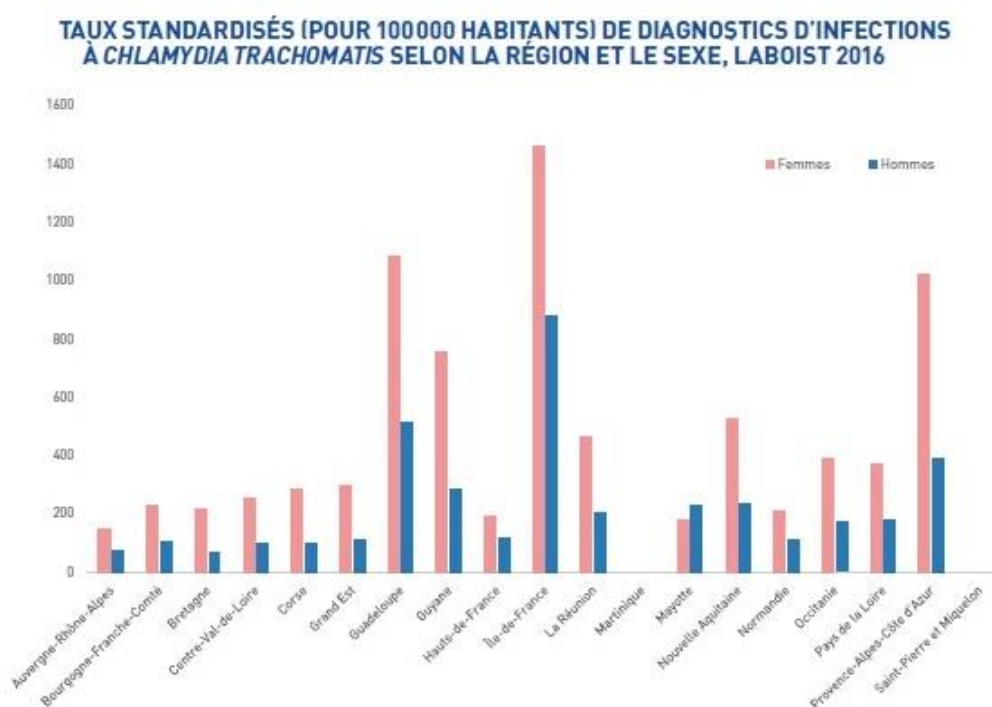
S'agissant du public jeune, il convient de distinguer deux réalités épidémiologiques bien différentes :

- les IST qui de par leur fréquence, leurs modes de contaminations et leurs transmissibilités élevées concernent potentiellement tous les jeunes (et ce dès l'entrée dans la sexualité) parmi lesquelles on trouve notamment les infections à Chlamydia et celles à Papillomavirus Humains.
- celles plus ciblées qui concernent des jeunes présentant des vulnérabilités spécifiques (usagers de produits psychoactifs, Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), migrants, jeunes en situation de précarité, en situation de prostitution, sous main de justice...) parmi lesquelles on trouve le VIH, la syphilis, la LGV, les hépatites, les gonococcies.

Les Chlamydiae

Chlamydia trachomatis est un des agents bactériens les plus fréquemment impliqués dans les IST. L'infection à Chlamydia trachomatis constitue un enjeu de santé publique en raison de ses séquelles potentielles, dont les plus fréquentes sont : douleurs pelviennes chroniques, grossesse extra-utérine, infertilité.

L'enquête LaboIST **[31]** a estimé pour l'année 2016 à 267 097 le nombre d'infections à Chlamydia diagnostiquées en France. Les données de l'enquête montrent de grandes disparités régionales. L'Île-de-France est la région qui présente le taux le plus élevé (1 481/100 000 habitants de plus de 15 ans), la région PACA étant également bien au-dessus de la moyenne nationale et en deuxième position des régions métropolitaines.

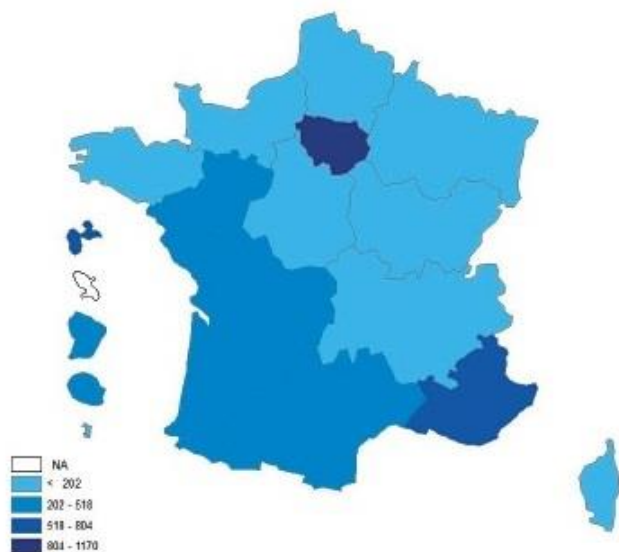


Source : Enquête LaboIST, Santé publique France, 2018

Une prédominance de l'infection à Chlamydia est constatée chez les femmes avec un taux de diagnostics de 592/100 000 contre 380/100 000 chez les hommes.

Parmi les femmes, la classe d'âge des 15-24 ans présente de très loin les taux de diagnostics les plus élevés que ce soit en Île-de-France (5 682/100 000), dans le reste de la métropole (1 357/100 000) ou dans les régions ultramarines (1 761/100 000). Pour Santé Publique France, la prédominance des infections à Chlamydia chez les jeunes femmes reflète probablement en partie les recommandations d'un dépistage systématique et gratuit des jeunes femmes dans les centres dédiés que sont les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF).

**TAUX STANDARDISÉS (POUR 100 000 HABITANTS)
DE DIAGNOSTICS D'INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*
SELON LA RÉGION, LABOIST 2016**



**TAUX DE DIAGNOSTICS (POUR 100 000 HABITANTS)
D'INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*
SELON LA REGION, LE SEXE ET L'ÂGE, LABOIST 2016**

Infections à <i>Chlamydia</i>	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM
Hommes 15-24 ans	329 [301 - 357]	1 867 [1 330-2 404]	485 [253-718]
Hommes 25-59 ans	167 [153-181]	1 072 [795-1349]	248 [117-378]
Hommes 60 ans et +	6 [5,4-6,7]	60 [44-76]	13 [2-24]
Femmes 15-24 ans	1 357 [1 223-1 492]	5 682 [4 155-7 208]	1 761 [885-2 637]
Femmes 25-59 ans	233 [215-252]	1 129 [802-1 456]	403 [204-601]
Femmes 60 ans et +	4,9 [4,5-5,3]	52 [40-64]	10 [5-15]

Les données de l'enquête LaboIST montrent aussi une multiplication par trois des taux de diagnostics par rapport à la précédente enquête de 2012. Si cette augmentation peut être expliquée par une possible sous-estimation en 2012, une amélioration des pratiques de dépistage et de la sensibilité des tests utilisés, elle traduit également pour Santé Publique France une possible augmentation de l'incidence elle-même (nouvelles contaminations).

Les infections à Papillomavirus Humain (HPV)

L'infection de la sphère anogénitale par les HPV est très fréquente et s'acquiert, la plupart du temps, dans les cinq années suivant les premiers rapports sexuels (40% dans les deux ans).

Au cours de leur vie, on estime à 80% le nombre de femmes qui seront exposées à ces virus. Dans la majorité des cas, l'infection s'élimine naturellement en 1 à 2 ans après la contamination. Toutefois, dans 10% des cas, cette infection persiste et peut entraîner des lésions précancéreuses au niveau des cellules du col de l'utérus. Ces lésions peuvent soit régresser, soit persister ou évoluer vers un cancer du col de l'utérus. En France, chaque année, 31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus sont dépistées, près de 3 000 femmes sont touchées par un cancer du col de l'utérus et 1 100 en décèdent [26].

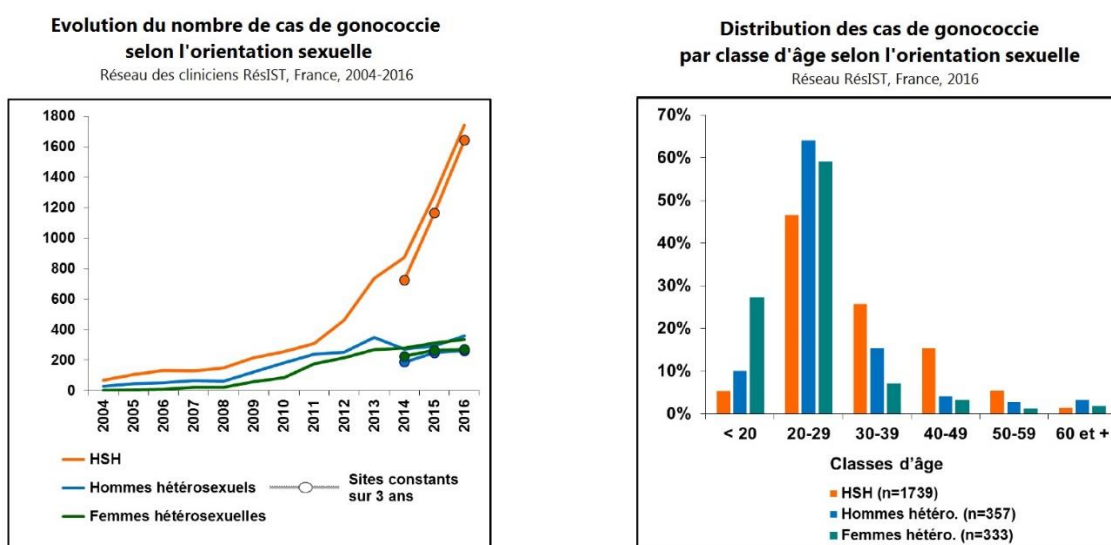
Les HPV à haut risque sont en cause dans 100% des cancers du col de l'utérus, qui représentent eux-mêmes environ 70% des cancers dus aux HPV. Ils sont également responsables d'autres cancers dont la fréquence est un peu plus rare : 88% des cancers de l'anus (soit 1100/an), 70% des cancers du vagin (soit 300/an), 50% des cancers du pénis, 43% des cancers de la vulve (soit 500/an) et selon les régions géographiques entre 13% et 56% des cancers de l'oropharynx.

Dans son avis de janvier 2017 [20], le Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) regrette que « bien que l'infection par le HPV soit fréquente et pose des problèmes de santé publique, son incidence et celle de ses complications (à l'exception du cancer du col de l'utérus) ne font pas l'objet d'une surveillance épidémiologique structurée. »

La gonococcie

L'enquête LaboIST a estimé à 49 628 le nombre d'infections à Gonocoque pour l'année 2016. Les données de l'enquête montrent une augmentation importante des taux de diagnostics par rapport à la précédente enquête de 2012 puisqu'ils ont été multipliés par 3,3 (avec les mêmes limites exposées que pour l'infection à Chlamydia).

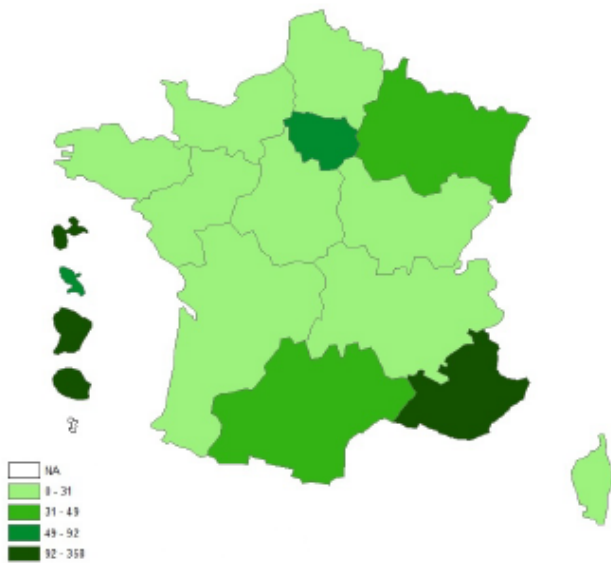
Mais là encore les données montrent de très fortes disparités en fonction de la région, du sexe et des catégories d'âge. La fréquence des infections à gonocoque est particulièrement élevée chez les hommes. Cela s'explique par l'importance de l'infection observée chez les HSH par le réseau RésIST : près de 70% des infections à gonocoque en 2016 concernent cette population avec une progression particulièrement marquée entre 2014 et 2016 (+127%) comparativement aux hommes hétérosexuels (40%) et aux femmes hétérosexuelles (20%) [33].



En termes de classes d'âges, le réseau RésIST souligne la prédominance des 20-29 ans chez les femmes (59%) et les hommes hétérosexuels (64%) et des 20-39 ans chez les HSH (72% des cas). L'âge médian au diagnostic est de 22 ans chez les femmes hétérosexuelles, de 25 ans chez les hommes hétérosexuels et de 29 ans chez les HSH. Les résultats de l'enquête LaboIST montrent également le poids particulièrement important des jeunes puisque chez les hommes comme chez les femmes, le taux de diagnostics est systématiquement plus élevé dans la catégorie des 15-24 ans, que ce soit en Île-de-France, dans le reste de la métropole ou encore dans les DOM (où la situation est la plus critique), et est conforme à ce que l'on observe au niveau de l'Europe.

A l'échelle régionale, PACA présente, avec un taux d'environ 600/100 000, les taux de diagnostics les plus élevés de la métropole chez les femmes et les plus élevés de France (DOM inclus) chez les hommes. Elle est probablement le reflet de taux de prévalence importants, d'un dépistage très efficace ainsi que du travail des acteurs de terrain en direction des publics cibles. En PACA, la Cellule d'Intervention en REgion (CIRE) de Santé Publique France [15] note qu'en 2016 la proportion de HSH est en augmentation par rapport à la période 2010-2015 (68% contre 51%) et que les caractéristiques des cas de gonococcie sont comparables à celles observées en France. Quels que soient l'orientation sexuelle et le sexe, la majorité des cas a entre 20 et 29 ans.

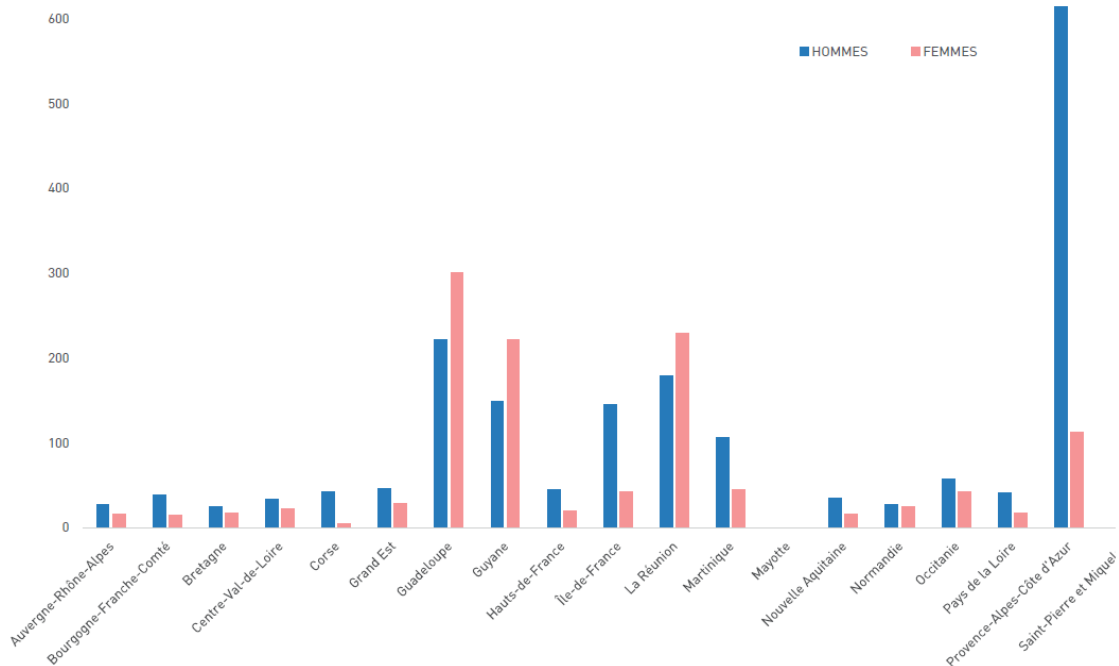
**TAUX STANDARDISÉS (POUR 100 000 HABITANTS)
DE DIAGNOSTICS D'INFECTION À GONOCOQUE PAR RÉGION,
LABOIST 2016**



**TAUX DE DIAGNOSTICS (POUR 100000 HABITANTS)
D'INFECTIONS À GONOCOQUE SELON LA RÉGION, LE SEXE ET L'ÂGE,
LABOIST 2016**

Gonococcies	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM
Hommes 15-24 ans	196 [159-233]	277 [217-337]	385 [172-599]
Hommes 25-59 ans	87 [70-104]	184 [140-228]	160 [70-250]
Hommes 60 ans et +	3 [3,5-4,4]	11 [8-15]	20 [5-47]
Femmes 15-24 ans	107 [93-122]	180 [128-232]	500 [304-696]
Femmes 25-59 ans	25 [22-28]	26 [21-32]	194 [22-366]
Femmes 60 ans et +	1,4 [1,07-1,76]	2 [1-3]	10 [8-12]

**TAUX STANDARDISÉS (POUR 100 000 HABITANTS) DE DIAGNOSTICS D'INFECTIONS
À GONOCOQUE SELON LA RÉGION ET LE SEXE, LABOIST 2016**

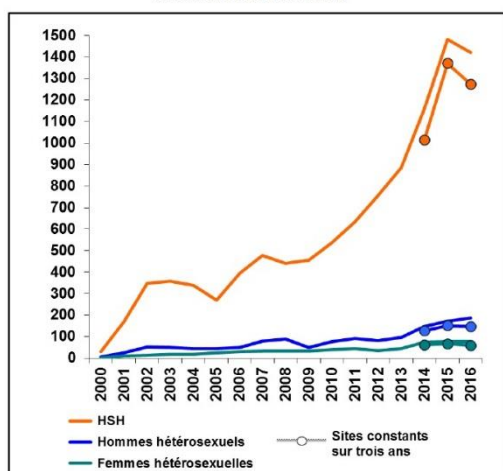


La syphilis

Après plusieurs années de hausse, les données du réseau RésIST **[33]** montre qu'en 2016 le nombre de cas de syphilis diagnostiqués est à la stabilisation. Parmi les patients déclarés pour une syphilis récente, 81% étaient des HSH, les femmes ne représentant que 5% des cas rapportés. Les données épidémiologiques montrent une épidémie très concentrée chez les HSH.

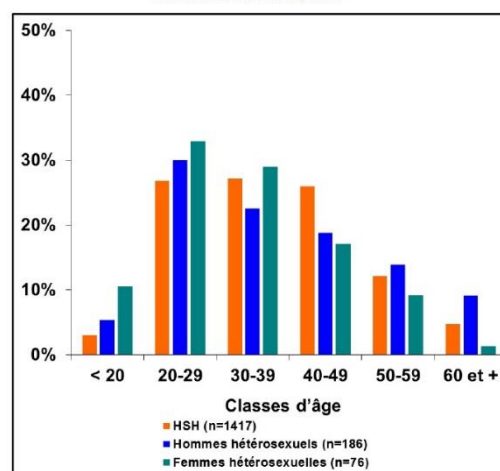
Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle

Réseau RésiST, France, 2016



Distribution des cas de syphilis récente par classes d'âge selon l'orientation sexuelle

Réseau Résist, France, 2016



Chez les HSH et les hommes hétérosexuels, les 20-49 ans représentent la classe d'âge la plus touchée (respectivement 80% et 71% de l'ensemble des cas), tandis que la majorité des femmes ont moins de 39 ans (72%). Le niveau de co-infection par le VIH reste très élevé puisque près d'un tiers des patients diagnostiqués pour une syphilis récente (32%) en 2016 étaient co-infectés par le VIH.

En PACA, la proportion de HSH est en augmentation en 2016 par rapport à la période 2010-2015 (88,5% contre 83%), proportion un peu plus élevée que celle au niveau national [15].

Les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC)

L'exposition sexuelle constitue le principal facteur de contamination par le VHB. Si la transmission du virus de l'hépatite C se fait essentiellement par voie sanguine, on sait depuis une dizaine d'année, que bien que rare le risque de transmission lors des rapports sexuels existe en cas de présence de sang (rapports sexuels pouvant provoquer des saignements ou des traumatismes, rapport sexuel non protégé pendant les règles) [25].

Depuis 2010, la surveillance épidémiologique des hépatites B et C s'appuie sur l'enquête LaboHep [35] menée par Santé Publique France. Cette enquête qui a lieu de façon triennale permet de suivre, au niveau national et régional, l'évolution de l'activité de dépistage des hépatites B et C ainsi que l'évolution des caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées positives.

Concernant le VHB, le nombre de sérologies Ag HBs confirmées positives en 2016 a été estimé à 51/100 000 habitants, en hausse depuis 2010. Le taux de positivité de l'Ag HBs a été estimé à 0,8% en 2016 en France, taux stable par rapport à 2013.

Le nombre de tests anti-VHC confirmés positifs (45/100 000 habitants) et le taux de positivité des Ac anti-VHC (0,7%) étaient quant à eux en baisse par rapport à 2013 (49/100 000 habitants et 0,9% respectivement). Cette diminution est cohérente avec la diminution annuelle du nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) pour une hépatite chronique C depuis 2013. Elle pourrait être liée en partie à l'impact des antiviraux à action directe (AAD) de seconde génération, qui permettent la guérison de 90% des patients et sont disponibles depuis 2014.

Bien que le dépistage des hépatites virales en laboratoires reste la méthode classique de référence, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) complètent désormais l'offre de dépistage.

Réalisés dans un cadre non médicalisé, en milieu associatif ou médico-social, les TROD permettent de toucher des populations exposées insuffisamment dépistées. Ils sont désormais disponibles en France pour dépister le VHC et le seront bientôt pour le VHB. L'étude BaroTest 2016 menée par Santé Publique France dont les résultats sont attendus pour fin 2018 permettra de mesurer l'acceptabilité d'un dépistage des hépatites B et C et de l'infection à VIH par auto-prélèvement à domicile en population générale. Elle devrait également fournir à l'échelle de la population générale (15-75 ans) des données récentes notamment sur la prévalence des infections par le VHB, le VHC, et le VIH ainsi que sur la connaissance de son infection par la population atteinte.

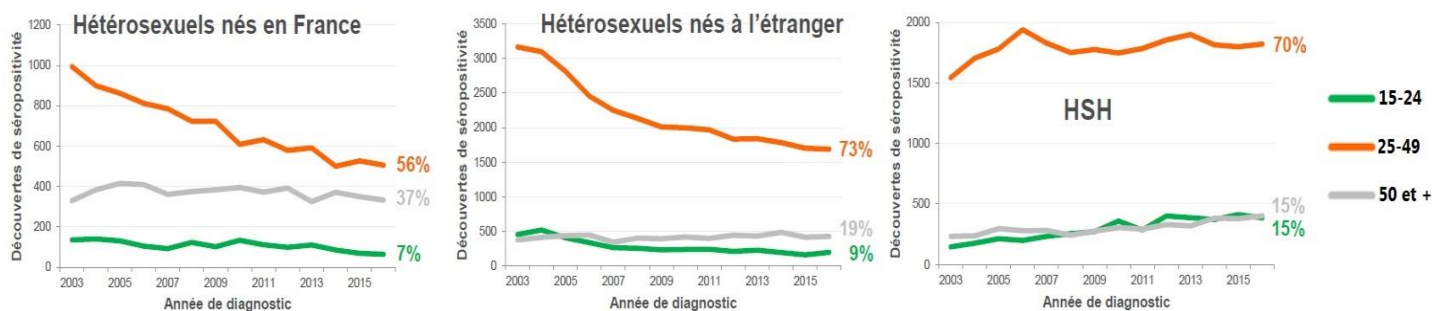
Le VIH

En 2016, environ 6 000 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH. A l'heure actuelle, la transmission par voie sexuelle est le mode de contamination quasi exclusif. Les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les ¾ nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) qui représentent respectivement 44% et 39% des découvertes restent les deux groupes les plus touchés. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables représentent respectivement 15% et 1%. En PACA, les HSH constitue le public le plus largement concerné avec 60% des nouvelles découvertes.

En France, en 2016, les moins de 25 ans représentaient 11% des découvertes de séropositivité, proportion qui n'a pas évolué de façon significative par rapport à 2003 [23] mais avec des disparités selon l'orientation sexuelle. En PACA, la tendance est similaire avec des moins de 25 ans qui représentent, en 2016, 12% des découvertes [17]. L'épidémie du VIH est aussi préoccupante avec une épidémie cachée (c'est à dire le nombre de personnes infectées non diagnostiquées) qui était estimée en 2013 à 1 700 personnes, dont environ 900 HSH.

Evolution de la répartition des découvertes de séropositivité par tranches d'âges en fonction de l'orientation sexuelle

Santé Publique France, 2003-2016, données au 20/06/2017



La proportion de découvertes de séropositivité chez les hétérosexuels de 15-24 ans a tendance à diminuer depuis 2013, passant de 11% en 2013 à 7% en 2016. En revanche, la tranche 15-24 ans représente en 2016 15% des découvertes de séropositivité chez les HSH. En effet, entre 2003 et 2012, le nombre de découvertes de séropositivité VIH avait presque triplé (x 2,7) chez les jeunes HSH (contre x 1,3 chez ceux âgés de plus de 25 ans). Ce sont ainsi 400 HSH adolescents ou jeunes adultes qui découvrent chaque année leur infection au VIH.

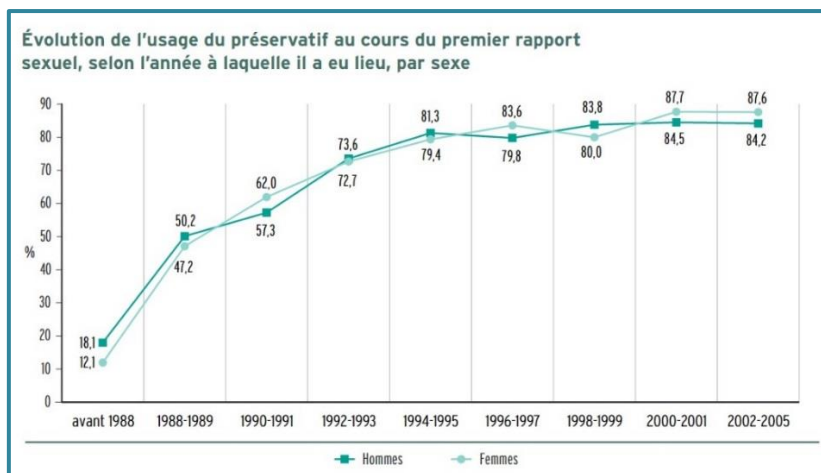
Les données épidémiologiques montrent que si le VIH n'est pas un problème de santé publique chez les jeunes de manière globale, une attention toute particulière doit être portée aux jeunes HSH, comme le rappelle la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle qui leur consacre plusieurs recommandations.

La prévention des IST

La place du préservatif

Perception et recours au préservatif chez les jeunes

Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a régulièrement et très fortement augmenté depuis 30 ans, pour concerner, au début des années 2010, 9 jeunes sur 10 (contre 14% en 1985). Le préservatif apparaît donc aujourd'hui comme un code d'entrée dans la sexualité, témoignant de l'impact des campagnes et actions de prévention.



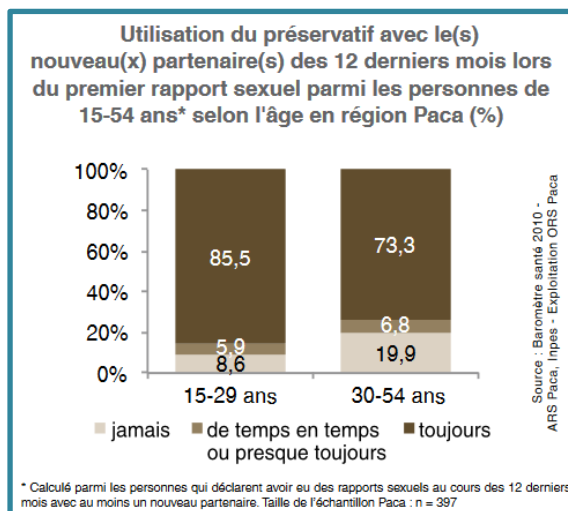
Usage du préservatif au premier rapport sexuel en 2010

Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant avoir utilisé un préservatif	2010
Lors du premier rapport sexuel qu'ils ont eu au cours de leur vie	90%
Lors de leur premier rapport sexuel avec le nouveau partenaire qu'ils ont eu dans l'année	88%

Source : Baromètre santé 2010

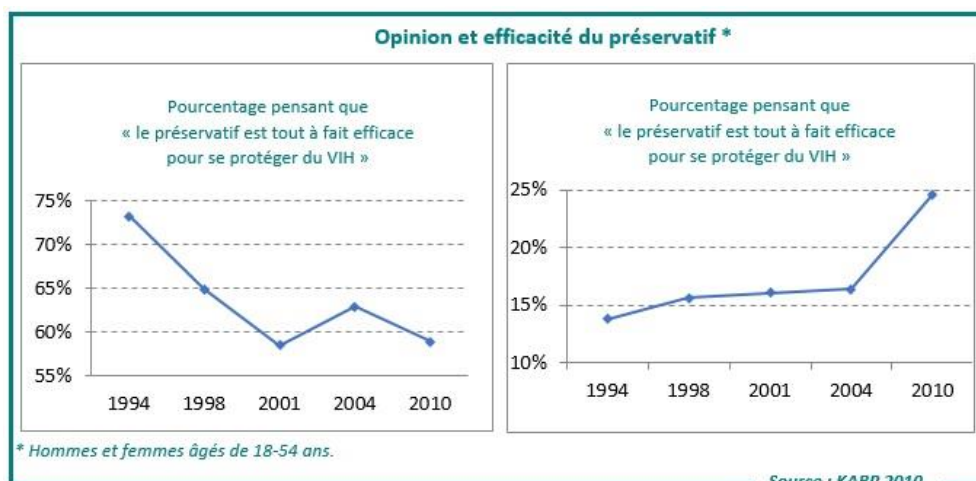
Cependant, les enquêtes montrent que la probabilité d'utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel augmente avec le niveau d'études et qu'à contrario, elle baisse avec la précocité de ce premier rapport. Par ailleurs, si l'utilisation du préservatif est élevée lors des premiers rapports avec un nouveau partenaire, elle est beaucoup moins constante dans le temps.

Parmi les jeunes de 15 à 29 ans de la région PACA qui ont eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois, 42,6% l'ont eu avec un nouveau partenaire (cela concerne plus d'un garçon sur deux et une fille sur trois) et parmi eux, 14,5% n'ont pas utilisé le préservatif de manière systématique avec ce nouveau partenaire lors du premier rapport (versus 26,7% chez les 30-54 ans) [32]. S'il reste des efforts à faire pour promouvoir l'usage du préservatif chez les jeunes, ceux-ci constituent toutefois la classe d'âge qui y a le plus recours, y compris lors d'une relation occasionnelle ou nouvelle.



Toutefois, les données concernant l'utilisation et la perception de l'efficacité du préservatif et notamment celles fournies par la dernière enquête KABP [14] montrent que si le préservatif reste une norme préventive pour les jeunes, chez l'ensemble des personnes interrogées son intérêt et son

efficacité semblent de moins en moins compris et la confiance dans l'outil apparaît en baisse. Dans son avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes publié en 2017 [20], le Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) note ainsi que « son utilisation semble déconnectée par rapport à une réflexion globale de prévention. »



Ces éléments montrent l'importance de disposer de données nouvelles sur le rapport actuel des jeunes à la prévention, et d'adapter et redynamiser les messages de promotion du préservatif auprès de ce public.

Réaffirmer la place centrale du préservatif dans la santé sexuelle auprès des jeunes

Avec l'évolution des thérapeutiques, à l'heure actuelle, la lutte contre le VIH repose sur un ensemble d'outils venus au fil des années compléter le recours au préservatif et consacrer la stratégie de prévention dite combinée ou diversifiée auprès des publics cibles fortement exposés au risque de contamination. Néanmoins, en matière de prévention des IST, les préservatifs restent le socle préventif notamment en population générale.

Dans son axe II, objectif 1, la SNSS insiste sur la nécessité de continuer à promouvoir comme outils de base de prévention des risques liés à la sexualité les préservatifs (interne et externe) et recommande de :

- rendre accessible pour tous l'usage des préservatifs en associant sa promotion à des actions ciblées d'éducation, de dépistage ou de prise en charge psychosociale ;
- développer et diversifier le « marketing social » des préservatifs dans des approches spécifiques à chaque population clé ;
- développer leur accessibilité et la diversification de l'offre avec des modèles plus qualitatifs et donc plus attractifs ;
- assurer leur mise à disposition effective dans les collèges et les lycées, les universités (distributeurs, infirmerie) dans de bonnes conditions.

Accès au sein de l'Education Nationale

Depuis 2006, l'Education Nationale s'est engagée à renforcer l'accès des élèves aux moyens de protection notamment au travers de la circulaire n°2006-204 du 2 décembre 2006 « Installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels » [3] adressée aux recteurs d'académie à l'occasion du 1er décembre 2006 et des différentes circulaires venues compléter le dispositif initial. A l'heure actuelle, il est ainsi

prévu la présence dans chaque lycée de deux distributeurs de préservatifs à 20 centimes dont la maintenance et l'approvisionnement doivent être assurés par l'établissement.

Les différentes circulaires insistent sur le fait que « *parallèlement, la mise à disposition de préservatifs dans les infirmeries sera poursuivie* » mais sans fournir de cadre précis. En pratique, la disponibilité de préservatifs de façon gratuite dans les infirmeries scolaires est largement assurée dans les lycées. Néanmoins, faute de cadre précis, les modalités de mise à disposition sont très variables d'un établissement à l'autre (en libre accès à l'entrée de l'infirmerie, dans le bureau de l'infirmier-ère, uniquement sur demande, ...) avec des choix opérés qui peuvent avoir un impact fort sur l'accessibilité effective.

En revanche dans les collèges, la mise à disposition de préservatifs est laissée à l'appréciation des personnels infirmiers et apparaît dans la pratique aléatoire et limitée à une distribution sur demande. Le CNS considère que l'absence de positionnement et de directives claires de la part de l'institution est préoccupante au regard de la proportion non négligeable d'élèves qui entrent dans la sexualité durant leur scolarité au collège. Les données HBSC 2014 [24] montrent en effet que 18,2% des élèves de 3ème déclarent avoir des relations sexuelles et que parmi eux l'usage du préservatif est en recul (85,4% des collégiens sexuellement actifs déclaraient utiliser un préservatif en 2010 contre 78,5% en 2014).

La vaccination

Dans le cadre de son axe II, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle se fixe comme objectif d'augmenter la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale notamment contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et contre l'hépatite B (VHB).

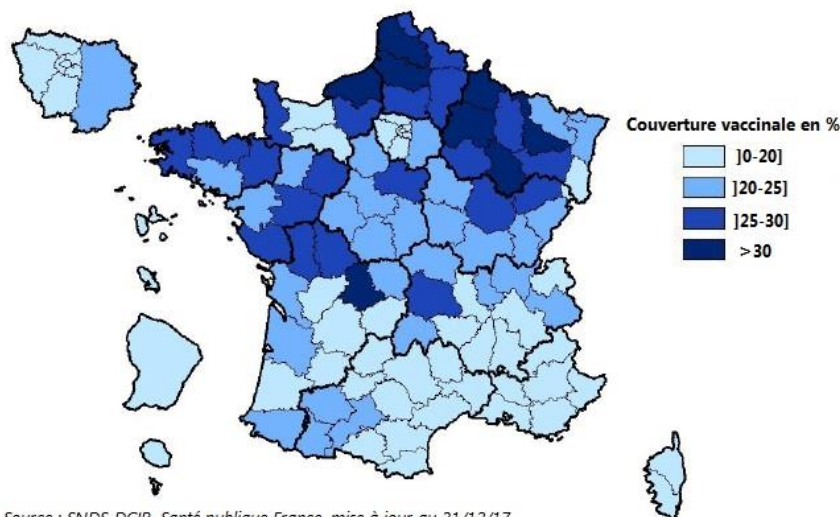
Contre les infections à papillomavirus humains

En France, la vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV) est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans et dans le cadre du rattrapage vaccinal, pour les jeunes filles entre 15 et 19 ans. Dans la population masculine, la vaccination HPV est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans chez les HSH pour réduire leur risque de condylomes et de lésions précancéreuses et de cancers anaux. A noter que certains pays ont fait le choix de vacciner tous les adolescents, quels que soient leur sexe et leur orientation sexuelle. C'est d'ailleurs aujourd'hui ce que préconise la SNSS et un sujet de réflexion pour la Commission Technique des Vaccinations (CTV) rattachée à la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2017.

La vaccination ne protégeant pas contre tous les HPV liés au cancer du col de l'utérus, le dépistage par frottis qui identifie les lésions précancéreuses doit être réalisé tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 ans à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non.

En France, malgré l'efficacité prouvée du vaccin dans la lutte contre les infections à HPV, la couverture vaccinale est très mauvaise notamment en raison de la forte défiance à l'égard de cette vaccination et de l'organisation générale de l'activité vaccinale.

Couvertures vaccinales départementales contre les papillomavirus humains
 "schéma complet à 2 doses à 16 ans", France, cohorte 2001



Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

Là encore, on observe de fortes disparités régionales, avec en région PACA une des couvertures les plus faibles de France.

Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles

(« schéma complet » : 3 doses pour les jeunes filles nées avant 2000 et 2 doses ensuite)

Année de naissance	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
France	25,3	22,4	17	15,7	13,2	19,5	21,4
Paca	22,4	19,8	14	12,6	9,8	14,4	15,5
Alpes-de-Haute-Provence	18	17	12	9,8	8,1	9,6	11,9
Hautes-Alpes	22	18,4	12	10,8	5,5	9,3	10,4
Alpes-Maritimes	22,8	22,8	16,6	15,9	13,4	18,6	18
Bouches-du-Rhône	23,2	19,7	13,9	12,1	9,2	14	16
Var	23,2	19,7	14,7	13,6	9,5	14,6	15,4
Vaucluse	18,5	15,9	10	8,3	7,6	10,8	11,8

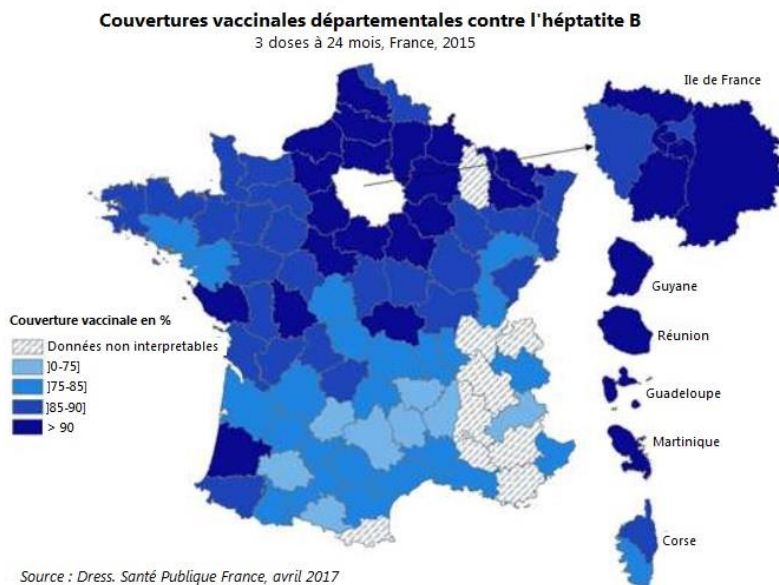
Source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

C'est dans ce contexte que la SNSS recommande l'adoption d'une stratégie de vaccination anti-HPV universelle des jeunes filles et jeunes garçons de 11 à 13 ans, mais aussi de redéfinir les outils et le discours de la communication en direction des professionnels de santé et de l'éducation, des jeunes et des parents notamment en améliorant l'information sur le rapport bénéfices/risques de la vaccination. Elle fixe un objectif de 60% de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 et de 80% en 2030.

Contre le virus de l'hépatite B

En France, la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire, pour tous les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018, et recommandée chez les enfants et les adolescents dans le cadre du rattrapage vaccinal jusqu'à l'âge de 15 ans.

Avec l'arrivée en 2008 d'un vaccin hexavalent, la couverture vaccinale anti-VHB française chez les moins de 24 mois a fortement progressé, passant de 27,6% en 2003 à 68,6% en 2010 et 90% en 2016. Mais elle est très insuffisante et sans progression chez les adolescents, puisque moins de la moitié sont vaccinés. Par ailleurs entre 2012 et 2014, près de 80% des cas d'hépatites aiguës B déclarés en France relevaient d'une indication vaccinale et auraient donc pu être évités par la vaccination [35]. Bien qu'en amélioration, la couverture vaccinale des adolescents et des adultes continue d'être influencée par l'impact fort qu'ont eu les polémiques survenues entre 1998 et 2008 sur les risques d'effets indésirables. Depuis plusieurs études ont permis de montrer l'absence de lien entre la vaccination contre le virus de l'hépatite B et des effets indésirables graves, que ce soit en termes d'atteintes neurologiques de type sclérose en plaques, ou d'autres maladies auto-immunes.



A l'échelle locale, on observe là encore une forte hétérogénéité interdépartementale avec un gradient Nord Sud marqué et une région PACA qui se situe en dessous de la moyenne nationale (pour les départements dont on dispose de données exploitables).

Couverture vaccinale (%) par le vaccin VHB
(3 doses à 24 mois)

Année	2014	2015	2016
France	83	88	90
Alpes-Maritimes	79	83	ND
Bouches-du-Rhône	77	83	87
Hautes-Alpes	52	55	65

Source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/17

La SNSS recommande donc d'améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du rattrapage de la vaccination anti-VHB notamment en renforçant la promotion du rattrapage, en redéfinissant les outils et le discours de la communication sur la vaccination anti-VHB et en mobilisant les structures de prise en charge que sont les CeGIDD, les CPEF et les centres de santé. Elle fixe un objectif de 75% de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents en 2023 et de 95% en 2030 afin de répondre à la préconisation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'une couverture vaccinale de 3 doses à 90% permettant d'imaginer une éradication de l'hépatite B.

La Prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez les mineurs à fort risque VIH

La prophylaxie pré-exposition (PrEP), consiste en une utilisation préventive de traitements antirétroviraux chez des personnes non infectées afin de réduire le risque de contamination par le VIH dans le cadre d'une exposition sexuelle. Bénéficiant en France d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) depuis le 1^{er} mars 2017, elle est également autorisée depuis mai 2018 chez les personnes mineures fortement exposées au risque VIH qui peuvent donc au même titre que les adultes concernés accéder à ce nouvel outil préventif.

Pour l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), l'utilisation de la PrEP chez l'adolescent doit néanmoins être étudiée avec attention et au cas par cas, en considérant l'aptitude, la compréhension de l'individu quant à la nécessité de l'observance au traitement pour qu'il soit efficace, et quant au risque d'être contaminé par d'autres infections sexuellement transmissibles. En effet, l'observance au traitement s'est révélée plus faible chez les adolescents et jeunes adultes que chez les adultes plus âgés, et il n'existe pas de données concernant l'utilisation de la PrEP chez les filles adolescentes à haut risque de contamination au VIH.

L'éducation à la sexualité

En France, il existe depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception **[1]** un cadre légal clair et ambitieux concernant l'éducation à la sexualité. En effet cette loi, complétée par plusieurs décrets, confère à l'Education Nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées par groupe d'âge homogène ».

Les apports de cette loi se résument en 3 points :

- d'une information sexuelle, on passe à une éducation à la sexualité. Ainsi, la définition de la sexualité dépasse une approche scientifique pour retenir une approche plus globale ;
- l'éducation à la sexualité devient une obligation légale, alors qu'elle n'était auparavant que réglementaire ;
- les séances d'éducation à la sexualité sont systématisées. Auparavant centrées sur l'adolescence, elles doivent désormais bénéficier à tous les élèves de l'école au lycée.

Depuis 2003, l'éducation à la sexualité constitue l'un des axes prioritaires du partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la Santé et de l'Education Nationale. Son développement permet une approche éducative qui tient compte des enjeux de santé publique : prévention du sida, des IST, des grossesses non désirées, des violences sexuelles.

Alors qu'un cadre législatif précis existe donc depuis 15 ans et a été plusieurs fois renforcé, rapports et enquêtes se suivent et dressent le même constat d'une mise en œuvre parcellaire et très largement perfectible. Rapport IGAS sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 **[10]** réalisé en 2009, rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur la santé sexuelle et reproductive publié en mars 2016 **[27]**, baromètre « Education à la sexualité en milieu scolaire » du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) portant sur l'année scolaire 2014/2015 dont les résultats ont été publiés en juin 2016, avis du CNS **[11]**, tous pointent un besoin urgent d'offrir à tous les jeunes dans et hors cursus scolaire une éducation à la sexualité de qualité qui leur permette de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle.

C'est d'ailleurs la vision que propose la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle dès son premier axe « Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une

approche globale et positive ». Son objectif est qu'en 2023, 100% des jeunes aient reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire. Pour ce faire, elle définit trois priorités :

➤ éduquer dès le plus jeune âge à la vie relationnelle et sexuelle dans le respect des droits humains

Elle recommande de s'appuyer sur des cadres en santé publique pour déployer l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle dans l'ensemble des établissements éducatifs. Dans l'Education Nationale, l'éducation à la sexualité doit être développée à travers tous les enseignements et est désormais intégrée dans les objectifs prioritaires du parcours éducatif en santé (PES). Mis en place par la circulaire n° 2016-008 [8], il vise à structurer les actions relatives à la promotion de la santé en milieu scolaire, prenant en compte les dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires.

Elle reprend également les différents rapports qui recommandaient de développer l'éducation en santé sexuelle en direction des jeunes en dehors d'un cursus scolaire ou universitaire. L'objectif est de multiplier les occasions d'éducation à la sexualité et de toucher les jeunes qui ne bénéficient pas des dispositions de l'Education Nationale et figurent parmi les plus vulnérables : jeunes pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les missions locales ou en institutions, ainsi que les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT).

➤ améliorer l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes

L'information en santé sexuelle est complémentaire de l'éducation à la sexualité et doit permettre d'agir sur les déterminants de la santé sexuelle. Elle s'appuie sur le respect des droits humains et des valeurs qu'ils légitiment. Les contenus doivent s'attacher à améliorer le niveau de connaissances des jeunes notamment en intégrant les informations sur les moyens biomédicaux qui permettent de se protéger, d'être dépisté ou d'être traité mais vise également à faire évoluer les attitudes, les comportements et les compétences pour permettre aux jeunes de prendre des décisions éclairées et favorables quant à leur santé sexuelle. Ils devront également permettre l'identification des services d'aide à distance, des structures et des professionnels ressources adaptées à leurs besoins, au plus près des territoires.

➤ renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire

La SNSS insiste sur la nécessité d'améliorer les pratiques des professionnels de santé dans la prévention et la prise en charge des IST, en particulier les professionnels de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, ...) et des professionnels du secteur médico-social notamment en renforçant la formation en santé sexuelle. Il s'agit de permettre à ces professionnels de disposer d'un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques mais aussi d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité. C'est pour répondre à cet objectif qu'a été créé le service sanitaire. Mis en place dès la rentrée 2018 [9], il vise à former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires et notamment les jeunes au sein des établissements scolaires.

De la même manière, dans le champ de l'éducation et du travail social, la formation apparaît encore insuffisante et doit être renforcée pour permettre la constitution d'équipes aux compétences partagées, susceptibles d'analyser les besoins des jeunes et de construire une démarche globale progressive et adaptée d'éducation à la vie affective et sexuelle.

Dépistage et prise en charge des IST

L'augmentation importante de l'incidence des IST, leur transmissibilité élevée et leur caractère souvent asymptomatique, l'existence de traitements efficaces et les risques à long terme que certaines font courir sur la santé militent pour une amélioration du dépistage. Les nombreux avis et recommandations allant dans ce sens, la consécration du dépistage comme outil de prévention, ainsi que la réforme ayant créé en 2016 les CeGIDD dans le cadre d'une prise en charge globale de la santé sexuelle ont posé les bases d'une stratégie plus offensive, plus efficiente en matière de dépistage des IST.

Les structures publiques d'offre en santé sexuelle

Dans le domaine de l'offre en santé sexuelle, les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) sont les deux opérateurs publics qui jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les IST.

Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD)

Issus de la fusion des CDAG et des CIDDIST, ils centralisent leurs anciennes missions en les élargissant à la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle et de prévention combinée. Leurs missions regroupent donc aujourd'hui : la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et les hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ; la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ; la prescription et la délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence ainsi que la vaccination (VHA, VHB et HPV), la prise en charge et le suivi du traitement post-exposition (en milieu hospitalier), la prévention des autres risques liés à la sexualité (violences ou dysfonctions sexuelles etc).

La création des CeGIDD a permis de conjuguer l'efficacité des moyens de prévention, du dépistage et des antirétroviraux, en valorisant ainsi la diversité et la complémentarité des outils et des usages. Pensée pour favoriser l'autonomie des personnes vers une pratique ajustée, maîtrisée et responsable de leur prévention, elle contribue à un déploiement plus efficient et facilitant des parcours de santé des personnes. Mais la véritable nouveauté est de proposer une offre globale en santé sexuelle qui dépasse le seul cadre du dépistage. Néanmoins, dans son avis du 19 janvier 2017 [20], le CNS alertait sur l'absence de moyens complémentaires spécifiques à ces nouvelles missions qui conduisent certains établissements à renoncer à la mise en œuvre de certaines d'entre elles.

Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Les CPEF sont des lieux d'écoute et de parole, d'information et de prévention, de consultation et de suivi médical pour toute question ou besoin ayant un lien avec la vie sexuelle et relationnelle. Ils constituent un opérateur public essentiel de la lutte contre les IST, tout particulièrement pour les jeunes.

Au fur et à mesure, les missions initiales rattachées à la planification familiale ont été renforcées et élargies dans une approche globale de santé sexuelle. A l'heure actuelle, les missions des CPEF concernent : la réalisation de tests de grossesses ; la prescription et délivrance de la contraception ; la délivrance de préservatifs ; la délivrance de la contraception d'urgence ; l'accompagnement et l'orientation des demandes d'IVG ; la réalisation de dépistage du VIH/sida et des IST ; la prise en

charge et le traitement de certaines IST et depuis peu la vaccination (VHB, HPV). Néanmoins le CNS [20] constate que de fortes disparités existent sur le territoire, entre départements d'une même région et souvent au sein même d'un département. En effet, le fonctionnement et l'effectivité des missions en santé sexuelle des CPEF diffèrent considérablement d'un département à l'autre mais aussi d'un CPEF à l'autre.

De l'importance de stratégies ciblées et innovantes

Le dépistage des personnes infectées par une IST, en permettant le diagnostic précoce et la mise en route rapide d'un traitement, apporte à la fois un bénéfice individuel aux personnes diagnostiquées (diminution de la morbidité et de la mortalité) et un bénéfice collectif (diminution de l'incidence).

Les principaux enjeux de santé publique dans la lutte contre les IST en France sont actuellement le retard au diagnostic et donc à la prise en charge médicale, ainsi que l'incidence qui reste élevée dans certains groupes de population, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les migrants originaires d'Afrique subsaharienne. C'est pourquoi la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle recommande de favoriser le dépistage répété des populations les plus exposées au VIH. Elle appelle à un renforcement de l'offre de dépistage et à la mobilisation de l'ensemble des acteurs afin notamment d'agir sur les « occasions manquées » de dépistage dans le parcours de soin. Chez les jeunes, il est recommandé de procéder à des dépistages associés notamment pour la recherche de Chlamydia et gonocoque (en raison de la prévalence importante).

Pour ce faire, elle recommande de développer toutes les nouvelles approches qui peuvent favoriser la proximité et l'atteinte des populations clés. Outre le développement des actions par Smartphones ou autres moyens de communication, elle encourage de poursuivre et intensifier les actions d'« aller vers », dans les lieux de vie, de sociabilisation ou de formation où se trouvent les publics identifiés. Ce mode opératoire développé depuis longtemps chez les acteurs de terrain notamment associatifs et/ou communautaires s'est étendu à des acteurs plus institutionnels. C'est ainsi que les CeGIDD ont fait évoluer leur pratique à travers l'obligation de développer des activités « hors les murs » et des approches innovantes en s'associant notamment l'expertise des acteurs de terrain, en direction des publics les plus vulnérables : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, travailleur(se)s du sexe, usager(e)s de drogues, migrant(e)s d'Afrique sub-saharienne.

Pour cibler les jeunes, la SNSS recommande aux structures de prévention (CeGIDD, CPEF...) de développer des actions « d'aller vers » dans les écoles mais aussi sur les lieux de vie et lieux informels. Plus largement, elle encourage le développement de stratégies innovantes. Elle recommande notamment de promouvoir la recherche interventionnelle et communautaire et la place de l'éducation populaire dans l'appropriation des informations mais aussi de repérer et mutualiser les expériences locales prometteuses, de les évaluer, les partager et les déployer sur le territoire.

L'accès des personnes mineures à l'offre de prévention, de dépistage et à la prise en charge

Par dérogation au principe de l'autorité parentale et pour un nombre limité d'actes médicaux, le législateur a supprimé l'exigence de consentement des titulaires de l'autorité parentale et a introduit un droit au secret ou à l'anonymat au bénéfice des personnes mineures, sans référence à un âge civil. Limité à certains actes et dans certaines conditions, cela s'applique notamment pour l'accès à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse, à la prise en charge des usagers de drogues ou encore au dépistage et au traitement des IST.

Néanmoins dans un avis du 15 janvier 2015 [19] sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale, le CNS avait alerté sur l'absence de garantie effective du droit au secret pour la personne mineure. En effet, contrairement au dispositif d'anonymisation mis en œuvre dans le champ de la contraception et de l'IVG, les pouvoirs publics n'ont ni prévu ni organisé le secret de la prise en charge financière par l'assurance maladie des traitements et interventions des personnes mineures ayant sollicité le secret sur leur état de santé concernant les IST.

Concernant le principe de dérogation de l'autorité parentale dans le cadre de la prise en charge des IST, la loi du 26 janvier 2016 [6] est venue renforcer cette possibilité en permettant aux médecins et aux infirmiers de s'affranchir de l'autorisation parentale pour effectuer une action de prévention, un dépistage et pour traiter une IST. Les professionnels peuvent aujourd'hui se référer à l'article. L. 1111-5-1. qui stipule que « *Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.* »

Par ailleurs, la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle recommande que soient étudiées l'opportunité et la faisabilité d'une levée de l'obligation d'accompagnement par un adulte du mineur dans le cadre de la prévention, des dépistages des IST et de leur traitement. Le CNS recommande quant à lui de conforter et d'organiser la participation des médecins généralistes à la lutte contre les IST chez les jeunes notamment en offrant aux mineurs un accès gratuit et confidentiel au dépistage et au traitement en consultation de médecine de ville.

Il propose également cette levée d'obligation d'accompagnement dans le cas des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par des CeGIDD, des structures associatives et des dispositifs de prévention habilités. Le CNS souscrit notamment à l'idée de permettre aux infirmières scolaires de proposer et de réaliser des TROD au cas par cas.

La notification formalisée au(x) partenaire(s) (NFP)

Le caractère asymptomatique de la plupart des IST du moins pendant certains stades de l'infection et donc la méconnaissance de son statut sérologique chez une part importante des personnes ayant acquis une IST est un des facteurs qui expliquent la dynamique des épidémies. Se crée alors un phénomène qui est appelé épidémie « cachée » pour désigner les personnes qui sont infectées sans le savoir, ne bénéficient pas de traitements et ignorent les stratégies pour éviter les contaminations.

Dans le cadre d'une approche ciblée vers les personnes les plus exposées au risque d'IST, le dépistage des partenaires sexuels des personnes chez qui un diagnostic d'IST a été porté représente une stratégie efficace, car elle permet de leur proposer une prise en charge précoce si nécessaire et d'interrompre la chaîne de transmission. C'est pourquoi la structuration d'une stratégie de notification au(x) partenaire(s), déjà mise en place dans plusieurs pays, est actuellement en cours de réflexion et de formalisation en France, conformément à la recommandation 27 de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle.

La notification formalisée au(x) partenaire(s) (NFP) désigne l'ensemble des démarches qui, à la suite d'un diagnostic d'IST chez une personne, visent à informer son ou ses partenaire(s) sexuel(s) du fait qu'ils ont été exposés à un risque de transmission et de les inciter à consulter pour bénéficier d'un dépistage, de conseils et le cas échéant d'une prise en charge médicale appropriée. L'objectif est de réduire le nombre de personnes qui ignorent leur statut sérologique.

Dans son avis du 15 février 2018 [22], le Conseil National du Sida et des hépatites virales recommande de formaliser l'aide qui peut être apportée aux patients atteints d'une IST pour mieux les inciter à en informer leur(s) partenaire(s) et les accompagner dans cette démarche. Il propose que des services d'accompagnement à la notification soient organisés et systématiquement proposés. Pour le CNS, si la NFP soulève encore des questions d'éthique, de cadre légal et réglementaire, elle fournit à la fois un outil de diagnostic utile à la santé des patients et un outil de prévention coût-efficace qu'il est temps d'envisager en France.

Conclusion

Si la prévalence importante et en augmentation de certaines IST chez les jeunes est à mettre sur le compte de politiques de dépistage plus efficaces et plus systématiques, elle témoigne également d'une moindre perception des risques dans la jeune génération et de connaissances plus limitées quant aux moyens de se prémunir des IST. L'intérêt et la confiance des jeunes dans le préservatif connaît une certaine régression, quand par ailleurs, les jeunes témoignent d'un recours important et en augmentation au dépistage, qui est perçu à juste titre comme une véritable stratégie préventive. Dans ce contexte, il est important que les professionnels travaillent à réhabiliter le socle préventif qu'est toujours le préservatif tout en continuant de promouvoir des démarches individuelles ou en co-responsabilité de connaissance de son statut sérologique. Approches comportementales, information, vaccination, promotion du dépistage et traitement des IST sont autant d'outils qui doivent aujourd'hui soutenir les actions de prévention des IST auprès des jeunes, de manière non exclusive et donc articulée, pour une réponse la plus adaptée possible aux vécus, parcours et caractéristiques variées de ce public.

Les dernières années ont été marquées par des avancées importantes en matière de prévention, de dépistage et de traitement des IST : création des CeGIDD, consécration de la notion de santé sexuelle et de l'approche globale, création du parcours éducatif en santé, levée de nombreux freins législatifs pour les mineurs, ... L'instauration d'une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle qui accorde une place importante aux jeunes constitue un cadre de référence et fixe des objectifs ambitieux qu'il convient maintenant de déployer pour rendre la lutte contre les IST encore plus efficiente et répondre à cet enjeu de santé publique particulièrement prégnant pour les jeunes.

Bibliographie

Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres ressources du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

[1] Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

MINISTERE DE LA SANTE - MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Journal Officiel de la République Française, 2001, n°156, pp. 10823-10827

[2] Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES
Journal Officiel de la République Française, 2015, n°0151, p. 11155

[3] Circulaire n°2006-204 : Installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2006, n°46, pp. 2562-2563

[4] Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES
Journal Officiel de la République Française, 2015, n°0151, p. 11153

[5] Décret n° 2015-1621 du 9 décembre 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic mentionnés à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, PREMIER MINISTRE, MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
Journal Officiel de la République Française, 2015, n°0287, p. 22842

[6] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Journal Officiel de la République Française, 2016, n°0022

[7] Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
Journal Officiel de la République Française, 2017, n°0102, 2 p.

[8] Circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016 : Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

MINISTERE DEL'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Bulletin Officiel de l'Education nationale, 2016, n°5, pp. 33-36

[9] Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DES ARMEES, MINISTERE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Journal Officiel de la République Française, 2018, n°0134, texte n° 10

[10] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, CHAMBAUD L, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse

Paris : IGAS, 2009, 93 p.

[11] BOUSQUET D, LAURANT F, COLLET M

Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes

Paris : HCE, 2016, 134 p.

[12] BECK F dir., RICHARD J-B dir.

Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010

Saint-Denis : INPES, 2013, 337 p.

[13] BOURDILLON, F

Infection par le VIH et les IST bactériennes

Saint-Maurice : Santé publique, France, 2016, 8 p.

[14] BELTZER N, SABONI L, SAUVAGE C, SOMMEN C

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 : situation en 2010 et 18 ans d'évolution

Paris : ORS Ile-de-France, 2011, 153 p.

[15] CIRE PACA - SANTE PUBLIQUE FRANCE

Infections sexuellement transmissibles

Bulletin de Santé publique, 2018, 8 p.

[16] CIRE PACA - SANTE PUBLIQUE FRANCE

Hépatites B et C

Bulletin de Veille Sanitaire, n°24, 2017, 21 p.

[17] CIRE PACA - SANTE PUBLIQUE FRANCE

Journée mondiale de lutte contre le sida

Bulletin de Veille Sanitaire, n°25, 2017, 8 p.

[18] CIRE PACA - SANTE PUBLIQUE FRANCE

Vaccination

Bulletin de Santé Publique, 2018, 11 p.

[19] CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES

Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge

Paris : CNS, 2015, 14 p.

[20] CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES

Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes

Paris : CNS, 2017, 81 p.

[21] CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES

Note valant avis sur les conditions de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles

Paris : CNS, 2017, 9 p.

- [22] CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES
Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires
Paris : CNS, 2018, 39 p.
- [23] DURAND J, CAZEIN F, LUCAS E, SAILLANT J, CHE D, LOT F
Journée mondiale du sida, 1er décembre 2017
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2017, n° 29-30 - 28 novembre 2017, pp. 593-631
- [24] EHLINGER V, MAILLOCHON F, GODEAU E
Relations amoureuses et sexualité
In : La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, 5 p.
- [25] GHOSN J
Transmission sexuelle du virus de l'hépatite C : mythe ou réalité ?
La lettre de l'Infectiologue, 2008, vol.23, n° 6, pp. 206-207
- [26] HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE
Avis relatif à la place du vaccin GARDASIL 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains
Paris : HCSP, 2017, 17 p.
- [27] HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE
Santé sexuelle et reproductive
Paris : HCSP, 2016, 90 p.
- [28] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018
Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 71 p.
- [29] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020
Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 50 p.
- [30] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030
Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017, 73 p.
- [31] NSEIKOUNDAM NGANGRO N, BOUVET DE LA MAISONNEUVE P, LE STRAT Y, FOUQUET A, VIRIOT D et al.
Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016
Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 6 p.
- [32] ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur
Activité sexuelle, contraception et dépistages en région PACA
Marseille : ORS PACA, 2013, 15 p.
- [33] SANTE PUBLIQUE FRANCE
Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) - Rénago, Rénachla et RésIST : données au 31 décembre 2016
Saint-Maurice : InVS, 2018, 12 p.

[34] SANTE PUBLIQUE FRANCE

Données épidémiologiques VIH/sida 2009-2016 : France entière et par Corevih

Saint-Maurice : Santé publique, 2018, 52 diapositives

[35] VAUX S, PIOCHE C, BROUARD C., PILLONEL J., BOUSQUET V, et Al.

Surveillance des hépatites B et C

Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 28 p.



Provence - Alpes - Côte d'Azur

Pôle de Marseille

5, rue Saint Jacques

13006 Marseille

Tél : 04 91 59 83 83

Fax : 04 91 59 83 99

eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Pôle de Nice

6, rue de Suisse

06000 Nice

Tél : 04 92 14 41 20

Fax : 04 92 14 41 22

eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Site Internet

<http://paca.lecrips.net>

Centres ressource :

ouverts sur RDV du lundi au vendredi

9h-13h / 14h-18h sauf vendredi 17h