

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 18 Novembre 2013 à Poitiers
par **Mademoiselle Murielle LIONI**
née le 1^{er} Février 1984

**Influence de l'utilisation d'un outil d'interrogatoire standardisé
et évaluation des pratiques de dépistage
des infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis*
dans les Centres de Planification et d'Education Familiale du Poitou-Charentes**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Membres : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE
Madame le Professeur France ROBLOT
Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger notre travail.
Soyez assuré, de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Vous nous avez fait le grand honneur de vous intéresser à notre travail et nous faites le grand honneur d'accepter de le juger.
Soyez assuré de notre respectueuse considération et de notre sincère gratitude.

A Madame le Professeur France ROBLOT

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.
Nous vous en remercions et vous exprimons toute notre gratitude.

A Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY

Vous avez accepté de faire partie de notre jury et de juger notre travail
Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir dirigé ce travail.
Merci pour votre soutien, la pertinence de vos conseils, votre disponibilité
et votre patience.
Soyez sûre de ma gratitude et de mon profond respect.

A toutes les équipes des CPEF du Poitou-Charentes et leurs médecins participant

Merci de votre accueil, de votre disponibilité et d'avoir permis la réalisation de ce travail. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mes maîtres de stage de médecine générale, les Drs COLLIN W et ROUFFIGNAT A, leurs collègues, les Drs ROUSSEAU P et SERVANT V, les Drs HERRERA C, LAGRANGE M, MAILLY M et leurs secrétaires,

Vous m'avez accueilli chaleureusement au sein de vos cabinets et m'avez accompagnée tant lors de mon stage de niveau I que lors de mes remplacements.

Merci pour vos enseignements et conseils ainsi que pour ces moments conviviaux passés ensemble qui ne seront pas les derniers, je l'espère.

Aux différents médecins et équipes paramédicales que j'ai rencontré au cours de ma formation

Chacun de vous a contribué à mon apprentissage de la médecine à sa manière.

A Alain N

Merci pour ta relecture et tes conseils.

A mes amis

de cœur,

Gaëlle, Julia, Cécile, Alexandra, Eng-Leng, Aurélie G, merci de votre écoute et de votre soutien en toutes circonstances.

de Toulouse,

Aurélia, Anne-Charlotte, Audrey.

rencontrés dans le Poitou-Charentes,

Nadia, ma super coloc, pour m'avoir supportée pendant la période d'écriture, les rôles vont bientôt s'inverser !

Les « copains » : Laura, Augustin, Julien, merci pour ces moments partagés depuis mon dernier semestre et qui se prolongent.

Olivia et Vincent, nos soirées de Saintes resteront toujours mémorables !

Aurélie A, Yann et Clém, Sophie, Jeanne, Mel et Laurent, Sonia, Céline, merci de votre amitié.

A ma famille de Métropole et de la Réunion

Même si nous nous voyons peu, c'est toujours un réel plaisir pour moi de vous retrouver et de passer de merveilleux moments ensemble.

A ceux qui sont partis trop tôt,

Surtout à Mamie Judith et à Pépé Rico, j'aurai tant aimé partager la joie de ce moment avec vous.

A Marraine Sabine, Michel et leurs enfants,

Vous avez toujours été là pour moi depuis mon arrivée, il y a douze ans. Merci pour tout !

A mes Parents et ma sœur, Stéphanie,

Vous avez toujours su me soutenir ces dernières années dans les moments difficiles et malgré la distance.

Je vous dédie ce travail et suis heureuse de partager enfin avec vous la concrétisation de ces longues années d'études.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDC : Center for Disease Control and Prévention (Centre pour la prévention et le contrôle des maladies)

CIDDIST : Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infection Sexuellement Transmissibles

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

Ct : *Chlamydia trachomatis*

DAV : Dispensaire Anti-Vénérien

DIU : Dispositif Intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NatChla : étude Nationale de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

Ng : *Neisseria gonorrhoeae*

NSN : Nombre de sujets nécessaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction (Réaction en chaîne par polymérisation)

Rénachla : Réseau National de surveillance de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
MATERIEL ET METHODES	14
1- Outil d'interrogatoire standardisé	14
2- Population étudiée	15
2-1. Critères d'inclusion	15
2-2. Critères d'exclusion	15
3- Déroulement de l'étude	16
3-1. Recrutement, chronologie et méthodes	16
3-2. Diagnostic et traitement de l'infection	17
3-3. Analyse statistique	18
RESULTATS	20
1- Population étudiée	20
1-1. Recrutement des centres	20
1-2. Nombre de patientes retenues pour l'analyse	21
1-3. Caractéristiques de la population étudiée	22
2- Résultats de l'étude	22
2-1. Prévalence de l'infection à <i>Ct</i>	22
2-2. Dépistage de l'infection à <i>Ct</i> pendant la phase I	23
2-3. Utilisation de l'Outil d'interrogatoire standardisé lors de la phase II	23
2-3-1. Prévalence et résultats	23
2-3-2. Signes cliniques retrouvés à l'interrogatoire	24
2-3-3. Influence de l'outil	25
<u>2-3-3-1 Nombre de sujets nécessaires</u>	25
<u>2-3-3-2. Influence sur les pratiques de dépistage</u>	26
<u>2-3-3-3. Nombre de cas positifs</u>	26
3- Pratiques du dépistage des infections à <i>Ct</i> dans les CPEF du Poitou-Charentes	27
3-1. Modalités du dépistage avant l'étude	27
3-2. Pratiques du dépistage de l'infection à <i>Ct</i> par centre	28
3-2-1. Centre n°1	28
3-2-2. Centre n°2	29

3-2-3. Centre n°3	30
3-2-4. Centre n°4	31
DISCUSSION	32
1- Rappel des principaux résultats	32
1-1. Influence de l’outil	32
1-2. Pratiques de dépistage dans les CPEF du Poitou-Charentes	32
1-3. Prévalence de l’infection à <i>Ct</i>	33
2- Forces et faiblesses de l’étude	33
2-1. Forces	33
2-2. Faiblesses	34
3- Confrontation des résultats	35
3-1. L’outil d’interrogatoire standardisé : un outil de dépistage ?	35
3-1-1. Intérêt de l’élaboration de l’outil	35
3-1-2. Un outil d’aide au dépistage	36
3-2. Le dépistage dans les Centres de Planification et d’Education Familiale du Poitou-Charentes : état des lieux	37
3-2-1. Une hétérogénéité des pratiques	37
3-2-2 Un non-respect des recommandations	38
3-2-3. Intérêt du dépistage dans certaines situations	39
3-2-3-1. <i>Le dépistage chez la femme enceinte</i>	39
3-2-3-2. <i>Le dépistage avant un geste endo-utérin</i>	40
3-3. Prévalence par rapport aux autres études	41
3-4. Les obstacles au dépistage et propositions afin de les contourner	42
4- Perspectives	44
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
ANNEXE	50
RESUME	53
SERMENT D'HIPPOCRATE	55

INTRODUCTION

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (*Ct*) est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus répandue en Europe (1).

L' Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait qu'en 2008, 105,4 millions de nouveaux cas avaient été recensés (2).

Selon l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » effectuée en 2006, cette infection est sous-dépiquée (3). L'étude NatChla (étude Nationale de l'infection à *Chlamydia trachomatis*), volet de cette enquête, réalisée en population générale par auto-prélèvement, estimait la prévalence des infections à *Ct* à 2,5 % chez les hommes de 18-29 ans et 3,2 % chez les femmes de 18-29 ans (4).

Le plus souvent asymptomatique, elle est souvent non traitée et peut être à l'origine d'infections génitales hautes (salpingite, endométrite, maladie pelvienne inflammatoire, périhépatite ou infection tubaire latente) aux conséquences secondaires non négligeables : grossesse extra-utérine, stérilité tubaire. (5)

L'infection à *Ct* et ses complications font parties des IST à l'origine des cinq premiers motifs de consultation chez l'adulte dans les pays en voie de développement (6) et parmi les dix principales causes de maladies infectieuses contributives à la charge de morbidité dans le monde. (7)

La mesure du coût et du retentissement socio-économique de l'infection à *Ct* en France n'a pas été réalisée par manque de données (8). Le coût de la prise en charge des infections à *Ct* lorsqu'elle n'est pas traitée et de ses complications était estimé à plus de deux milliards de dollars par an aux Etats-Unis (9).

Cette infection constitue ainsi un problème de santé publique en terme de conséquences et de coûts.

Le dépistage a pourtant évolué. Le diagnostic s'effectue par biologie moléculaire sur des prélèvements non invasifs (endo-cervical, vaginal ou urinaire) avec un résultat fiable et rapide (10).

La prise en charge thérapeutique est bien encadrée en France (11) ainsi que par les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (12).

En 2003, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (Haute Autorité de Santé (HAS) actuelle) établissait que le dépistage opportuniste des infections urogénitales à *Ct* était justifié dans les populations à risque identifiées dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et les Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infection Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) (appelé à l'époque Dispensaires Anti-Vénéériens (DAV)) pour les femmes de moins de 25 ans ou les hommes de moins de 30 ans ou toute personne ayant plus d'un partenaire ou ayant changé de partenaire dans les douze derniers mois dans le cadre de rapports non protégés (13).

On constate une croissance du nombre de personnes dépistées et infectées depuis quelques années en France selon les dernières données du réseau de laboratoires Rénachla (Réseau National de surveillance de l'infection à *Chlamydia*) notamment chez les personnes asymptomatiques et dans les centres de dépistage (CDAG, CIDDIST, CPEF) (14).

En l'absence d'études de prévalence comparatives, on ne peut savoir s'il existe un meilleur dépistage ou une réelle augmentation de l'incidence de l'infection en France.

Le dépistage des infections urogénitales à *Ct* présente donc un intérêt en termes de prévention primaire et secondaire. Informer la population et améliorer le dépistage des IST dont l'infection à *Ct* faisaient partis des objectifs de santé publique et du Plan National de lutte contre les IST 2010-2014 afin d'en diminuer la prévalence (15).

Dans le cadre du groupe Santé-sexualité du Pôle de Recherche du Département de Médecine Générale de la Faculté de Poitiers, nous nous sommes intéressés aux modalités de dépistage de cette infection dans les CPEF de la région Poitou-Charentes.

Les CPEF ont une mission d'information et d'éducation à la sexualité et de planification familiale (conseil conjugal et familial, abord de la contraception et délivrance de contraceptifs à titre gratuit, entretien pré et post-avortement, pratique de l'IVG médicamenteuse). Ils ont pour mission complémentaire le dépistage anonyme et le traitement des IST et notamment de l'infection à *Ct* (16).

Aucune étude n'a été retrouvée concernant les pratiques de dépistage de cette infection dans ces centres en France. Ces pratiques suivent-elles les recommandations actuelles ?

Du fait des conséquences de cette infection, un dépistage optimal serait souhaitable. Comment pourrait-on y parvenir ?

Une corrélation entre l'infection à *Ct* et la présence de symptômes recherchés à l'aide d'un outil d'interrogatoire standardisé a été établie récemment lors d'une étude au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier. Dans 52 % des cas d'infections, ces symptômes étaient présents (17).

L'utilisation de cet outil d'interrogatoire standardisé dans les CPEF pourrait-il avoir une influence sur le dépistage ?

Nous avons effectué un essai interventionnel comparatif randomisé dans les CPEF du Poitou-Charentes afin de tenter de répondre à ces interrogations.

L'objectif principal était de déterminer si l'utilisation d'un outil d'interrogatoire standardisé aurait une influence sur les pratiques du dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans la population féminine des Centres de Planification et d'Education Familiale du Poitou-Charentes inclus dans l'étude.

Les objectifs secondaires étaient :

- décrire les pratiques de dépistage dans les différents CPEF du Poitou-Charentes : sont-elles conformes aux dernières recommandations des autorités de santé ?
- évaluer ces pratiques : les pratiques recueillies lors de l'étude correspondent-elles à ce qui a été déclaré ?
- lister les freins éventuels à ce dépistage.
- établir la prévalence de l'infection dans les CPEF participant à l'étude.

MATERIEL ET METHODES

1-Outil d'interrogatoire standardisé

L'outil permettait de rechercher à l'interrogatoire par des questions simples la présence des quatre signes cliniques suivants :

- des signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie, impériosités...) (à l'exception des brûlures mictionnelles et/ou cystalgie de fin de miction qui sont plus spécifiquement évocatrices d'une cystite): avez-vous des problèmes, des gênes pour uriner ?
- des leucorrhées : avez-vous remarqué des écoulements vaginaux inhabituels ?
- des douleurs abdomino-pelviennes : avez-vous eu des douleurs « au ventre » inhabituelles ?
- une dyspareunie : avez-vous eu des douleurs « au fond » pendant les rapports ?

On cherchait à préciser si ces symptômes étaient récents (moins de 3 à 6 mois) et s'ils étaient antérieur à la grossesse, lorsque la patiente était enceinte.

Ces symptômes sont les plus fréquemment rencontrés dans la littérature lors des infections à *Ct* (9).

Malgré leur présence dans plusieurs références bibliographiques, les métrorragies n'ont pas été incluses dans les signes fonctionnels recherchés.

Nous avons estimé que les patientes atteintes de métrorragies consulteraient plutôt leur médecin généraliste, voire aux urgences gynécologiques que dans les CPEF.

Selon une étude néerlandaise, 74 % des patientes ne consulteraient que leur médecin généraliste pour un épisode de métrorragie comme motif de consultation (18).

Les patientes se présentant aux urgences pour métrorragies, ne seraient pas plus à risque d'IST que les autres n'en présentant pas, selon une étude américaine (19).

Les symptômes les moins spécifiques ne justifiant pas nécessairement une consultation médicale du point de vue de la patiente ont été ainsi ciblés.

Cet outil a été élaboré lors d'une précédente étude mise en place dans le centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers d'octobre 2010 à mars 2013 qui établissait une corrélation entre l'infection à *Ct* et la présence de symptômes recherchés à l'aide de l'outil d'interrogatoire standardisé. Dans 52 % des cas d'infections, ces symptômes étaient présents. On notera que ces symptômes ont été retrouvés à l'interrogatoire et n'étaient pas formulés spontanément par les patientes (17).

2-Population étudiée

2-1. Critères d'inclusion

Était incluse toute femme sexuellement active consultant dans un des Centres de Planification et d'Éducation Familiale participant de la région Poitou-Charentes et ayant accepté oralement de participer à l'étude qu'il y ait proposition de prélèvement à la recherche de *Ct* ou pas.

2-2. Critères d'exclusion

- * Patiente en cours d'antibiothérapie (active sur *Chlamydia trachomatis* : doxycycline, azythromycine ou ofloxacine) ou en ayant bénéficié depuis moins d'un mois.
- * Patiente refusant la proposition du prélèvement.
- * Patiente ayant reçu une prescription de prélèvement mais ne l'ayant pas fait effectuer au laboratoire par la suite.
- * Absence de résultat du prélèvement (perte ou non récupéré).
- * Plus de deux données manquantes au recueil.

3-Déroulement de l'étude

3-1. Recrutement, chronologie et méthodes

Les différents Centre de Planification et d'Education Familiale de la Région Poitou-Charentes, répertoriés dans l'annuaire des CPEF de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Poitou-Charentes (20) ont été contactés par appel téléphonique et courrier entre le 3 décembre 2012 et le 3 mars 2013.

Un pré-questionnaire (Annexe) avait été envoyé afin d'évaluer les modalités du dépistage dans chaque centre.

Etait-il effectué ? Si oui, sur quels critères? avec quel matériel ? (type de prélèvement, méthode diagnostique de détection) Si non, pourquoi ?

Dix centres ont acceptés de nous rencontrer par la suite.

Lors de chaque rencontre, les réponses au pré-questionnaire ont été récupérées et discutées.

L'étude était ensuite présentée et la proposition d'y participer était faite lors de l'entretien.

Par ailleurs, lorsque cela était possible, les données statistiques pour l'année 2012 concernant le dépistage des infections à *Ct* ont été récupérées.

Du 1^{er} avril 2013 au 31 août 2013, un essai interventionnel comparatif randomisé a été mis en place dans huit centres ayant accepté de participer à l'étude.

Une première phase a eu lieu du 1^{er} avril au 16 juin 2013.

Elle consistait en un recueil anonyme selon une grille.

Cette grille était remplie par le médecin du centre pendant la consultation permettant de renseigner l'âge de la patiente, la notion de grossesse en cours, la notion de partenaires multiple ou de changement de partenaire depuis moins d'un an et s'il y a eu réalisation d'un test de dépistage.

Une deuxième phase a commencé le 17 juin 2013 par l'introduction d'une autre grille incluant l'outil d'interrogatoire standardisé (recherche de la présence d'au moins un de ses symptômes : leucorrhées, signes fonctionnels urinaires, dyspareunie et douleurs abdomino-pelviennes) dans la moitié des centres. La présence d'un des quatre signes cliniques entraînait la proposition systématique de la réalisation d'un test de dépistage.

L'autre moitié constituant le groupe témoin et continuant le recueil initialement mis en place.

Un tirage au sort manuel avait été effectué afin de constituer les deux groupes. Le groupe exposé à l'outil a été prévenu une semaine avant le passage à la deuxième phase.

Le nombre de femmes nécessaire selon la méthode de Casagrande, Pike et Smith en formulation unilatérale pour une amélioration de la prévalence de l'infection à *Ct* attendue de 8 points (de 9 % à 17 %, 9 % correspondant à la valeur publiée dans différentes études notamment dans le BEH d'octobre 2006) (21) au risque α de 5% avec un β de 20 % est d'au moins 214 femmes par groupe, soit environ 500 femmes ayant bénéficié d'un test de dépistage de l'infection à *Ct* au total comptant les données manquantes.

3-2. Diagnostic et traitement de l'infection

Selon les différents centres et la situation clinique, le prélèvement était :

- soit un prélèvement endo-cervical
- soit un auto-prélèvement vaginal
- soit un échantillon d'urines.

Le prélèvement était effectué le jour de la consultation sur place ou prescrit à la patiente afin qu'elle l'effectue ensuite au laboratoire de son choix.

Une analyse était ensuite réalisée à la recherche de la présence d'acides nucléiques de *Ct* par biologie moléculaire avec amplification génique (Polymerase Chain Reaction (PCR) real time).

Méthode de référence avec une sensibilité : 90 à 95 % et une spécificité supérieure à 99 %, (10) elle a été utilisée sur les systèmes suivants selon les laboratoires où ont été envoyés les prélèvements :

- COBAS TAQMAN 4800 ® (laboratoire ROCHE)
- M2000 ® (laboratoire ABOTT)
- PANTHERE (TIGRIS) ® (laboratoire GEN-PROBE)

L'ensemble de ces systèmes sont équivalents. (22)

Les résultats des tests étaient ensuite pris en compte à leur réception.

Lorsque le résultat était positif, les patientes étaient contactées et pour la plupart, convoquées afin de leur prescrire une antibiothérapie adaptée selon les recommandations :

- 1- Azythromycine 2g en une prise
- 2- Doxycycline 200 mg par jour pendant 7 jours (contre-indiqué chez la femme enceinte)
- 3- Amoxicilline 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours en alternative thérapeutique (notamment si allergie) (11) (12).

Une information sur l'intérêt du traitement du partenaire était donnée, avec délivrance d'une ordonnance pour celui-ci en l'absence d'allergie aux macrolides ou conseil que celui-ci consulte son médecin traitant.

Lorsque le résultat était négatif, les patientes étaient considérées comme non infectées.

3-3. Analyse statistique

Une analyse statistique a ensuite été effectuée. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écart-type. Les variables qualitatives seront exprimées en effectifs, pourcentages et leurs intervalles de confiance à 95 %. Des comparaisons de pourcentages seront effectuées par test du Chi2 ou par test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieur à 5. Le seuil de significativité retenu était de 5 %.

Les analyses ont été effectuées sous Excel version 11.8404.8405 de Microsoft

Office professionnel édition 2003 ®. Les données ont été analysées par Murielle LIONI.

RESULTATS

1- Population étudiée

1-1. Recrutement des centres (Figure 1)

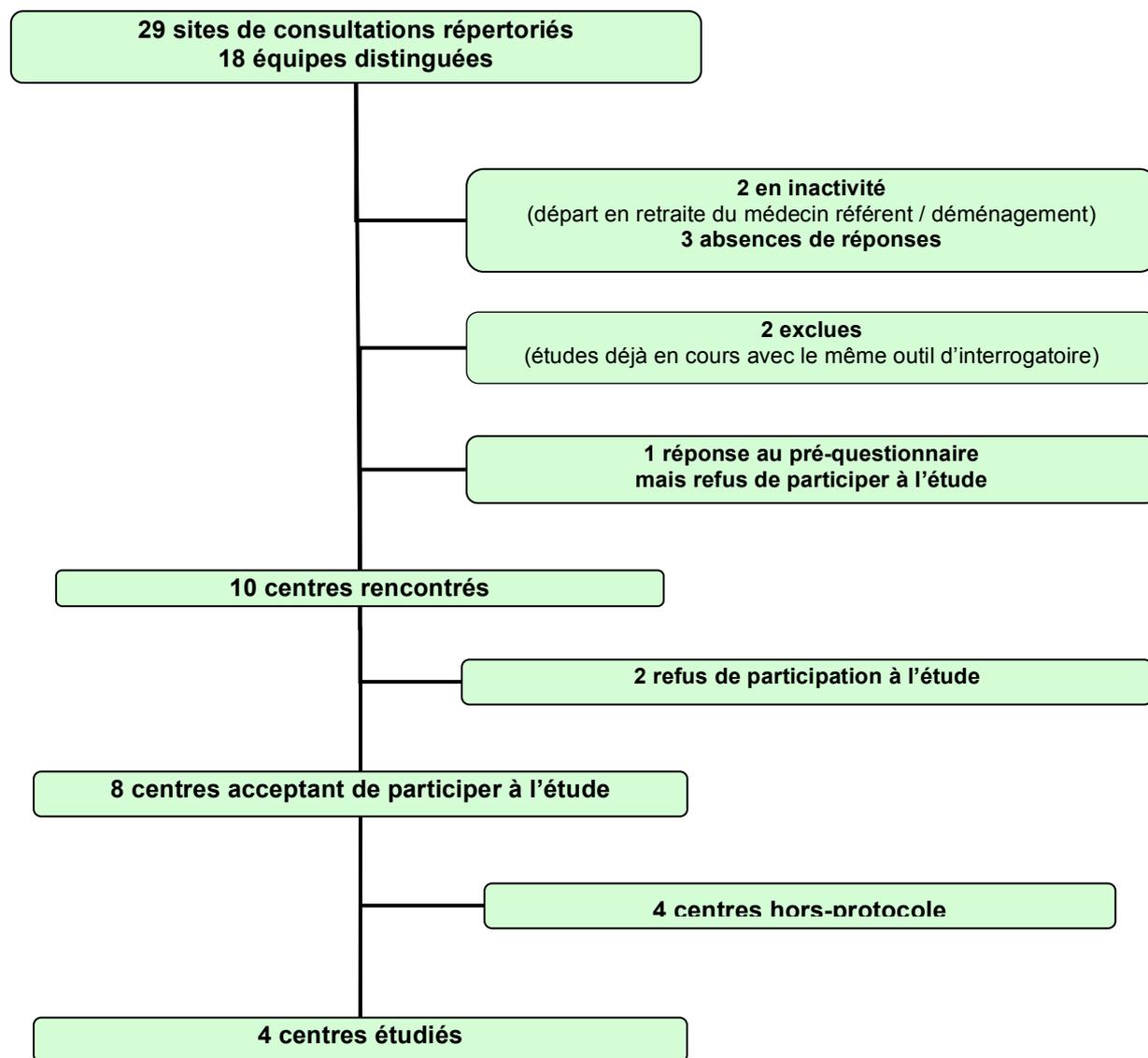


Figure 1

A la réception des données complètes, il s'est avéré que sur les 8 centres ayant accepté le protocole :

- aucun recueil n'avait été effectué dans un centre malgré des échanges téléphoniques et par courriel suite à un manque de temps du médecin ayant accepté de participer à l'étude.
- un centre n'avait effectué le recueil que sur une durée de 3 mois (arrêt de travail du médecin)
- deux autres centres n'avaient pas appliqué le protocole et n'avaient recueilli que les cas où le résultat du prélèvement effectué était positif.

Les données n'ont été prises en compte que pour les modalités du dépistage pour ces 4 centres (objectif secondaire).

L'analyse complète n'a été faite que sur les données des 4 centres restants numérotés de 1 à 4 (objectif primaire et secondaire).

1-2. Nombre de patientes retenues pour l'analyse (Figure 2)

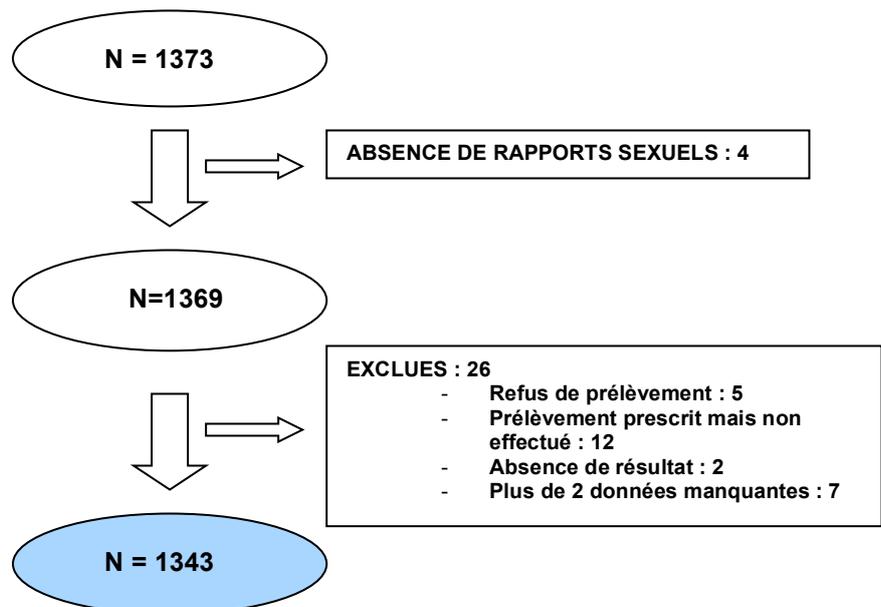


Figure 2. Nombre de patientes incluses

1-3. Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée était composée de 1343 femmes d'âge moyen 21,8 ans (écart-type 6,8 ; extrêmes : 12-55 ans).

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée

N = 1343		Effectif
Age		
< 25 ans		1036 (77,1%)
25-30 ans		146 (10,9%)
> 30 ans		161 (12%)
Grossesse		
Oui		303 (22,6%)
Non		1040 (77,4%)
Multi/Nouveau Partenaire < 12 mois		
Oui		658 (49%)
Non		650 (48,6%)
Non connu		35 (2,6%)

2- Résultats de l'étude

2.1 Prévalence de l'infection à Ct

Tableau 2. Prévalence de l'infection à Ct dans la population étudiée

	N	TEST	TEST Ct +	PREVALENCE	IC95%	
POPULATION ETUDIEE	1343	558 (41,5%)	60	4,47	[3,36 - 5,58]	
Age						p = 0,095
< 25 ans	1036	380 (28,3%)	52	3,87	[2,84 - 4,9]	
25-30 ans	146	102 (7,6%)	6	0,45	[0,09 - 0,81]	
> 30 ans	161	76 (5,6%)	2	0,15	[-0,06 - 0,36]	
Grossesse						p = 0,075
Oui	303	240 (17,8%)	17	1,27	[0,67 - 1,87]	
Non	1040	318 (23,7%)	43	3,2	[2,26 - 4,14]	
Multi/Nouveau Partenaire < 12M						p < 0,001
Oui	658	319 (23,8%)	47	3,5	[2,52 - 4,48]	
Non	650	234 (17,4%)	13	0,97	[0,45 - 1,49]	
Non Connu	35	5 (0,4%)	0	0		

2-2. Dépistage de l'infection à Ct pendant la phase I

La prévalence de l'infection était de 4,26 % (IC 95 % [2,69 - 5,83]) lors de la première phase de recueil.

Tableau 3. Résultats de la phase I

	POPULATION			EXPOSE			TEMOIN			p
	N	TEST	Ct +	N	TEST	Ct +	N	TEST	Ct +	
TOTAL	634	282 (44,5%)	27	337	145	15	297	137	12	0,953
Age										
< 25 ans	480	195 (30,8%)	23	228	101	12	252	94	11	0,806
25-30 ans	78	54 (8,5%)	4	56	34	3	22	20	1	1
> 30 ans	76	33 (5,2%)	0	53	10	0	23	23	0	/
Grossesse										
Oui	148	124 (19,5%)	9	68	49	8	80	75	4	0,230
Non	486	158 (24,9%)	18	269	96	7	217	62	8	0,672
Multi/Nveau Partenaire < 12 M										
Oui	279	156 (24,6%)	20	107	76	9	172	80	8	0,308
Non	326	122 (19,2%)	7	225	66	6	101	56	4	0,506
Non connu	29	5 (0,8%)		5	4		24	1		/

2-3. Utilisation de l'Outil d'interrogatoire standardisé lors de la phase II

2-3-1. Prévalence et résultats

L'outil d'interrogatoire a été mis en place dans la moitié des centres après tirage au sort soit dans les centres n° 1 et n° 3.

La prévalence de l'infection à Ct était plus élevée que dans la première phase soit de 4,65 % (IC 95 % [3,02 -6,04]).

Tableau 4. Résultats de la phase II

	POPULATION			EXPOSE			TEMOIN			p
	N	TEST	Ct +	N	TEST	Ct +	N	TEST	Ct +	
TOTAL	709	276 (38,9%)	33	272	116	10	437	160	23	0,428
Age										
< 25 ans	556	185 (26,1%)	29	169	71	7	387	114	22	0,586
25-30 ans	68	48 (6,8%)	2	40	23	1	28	25	1	1
> 25 ans	85	43 (6,1%)	2	63	22	2	22	21	0	1
Grossesse										
Oui	155	116 (16,3%)	8	64	38	3	91	78	5	1
Non	554	160 (22,5%)	25	208	78	7	346	82	18	0,425
Multi/Nveau Partenaire < 12 M										
Oui	379	163 (23%)	27	92	65	7	287	98	20	0,980
Non	324	112 (15,8%)	6	168	51	3	147	61	3	1
Non connu	6	1 (0,001 %)		12			3	1	1	/

2-3-2. Signes cliniques retrouvés à l'interrogatoire

A l'interrogatoire, 58 patientes (21,3 %) présentaient au moins un des 4 signes cliniques recherchés parmi les 272 patientes des centres exposés à l'outil.

La douleur abdomino-pelvienne a été retrouvée en majorité et de manière significative ($p = 0,031$; OR : 4,498, IC 95 % [0,936 ; 21,732]).

Tableau 5. Signes cliniques retrouvés à l'aide de l'outil d'interrogatoire

	N	Ct +	Ct -	NE	p
Signes Fonctionnels Urinaires	7			1	
Oui		1	5		0,425
Non		9	101		
Leucorrhées	14			1	
Oui		1	12		1
Non		9	94		
Dyspareunie	11			1	
Oui		0	10		0,597
Non		10	96		
Douleur abdomino-pelvienne	26			2	
Oui		5	19		0,031
Non		5	87		

NE : Test Ct non effectué

Le prélèvement n'a pas été effectué dans 5 cas :

- dans un cas, le médecin a précisé que la patiente avait effectué un test 6 mois avant qui était négatif et n'avait pas changé de partenaire.
- dans les quatre autres cas, nous n'avons pas de raison invoquée.

2-3-3. Influence de l'outil sur les pratiques de dépistage

2-3-3-1. Nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires (NSN) ayant eu un prélèvement dans chaque groupe au total comptant les données manquantes, n'a pas été atteint (Tableau 6)

Tableau 6. Nombre de test effectués dans la population totale

	EXPOSES			TEMOINS			<i>p</i>
	N	TEST	T/N (%)	N	TEST	T/N (%)	
PHASE I	343	147	42,9	304	142	46,1	0,325
PHASE II	284	120	42,3	442	163	36,8	0,147

2-3-3-2. Influence sur les pratiques de dépistage

Il n'existait pas de différence statistiquement significative de pourcentage de dépistage entre les 2 groupes en phase I ($p = 0,325$) ni en phase II ($p = 0,147$) (Tableau 6)

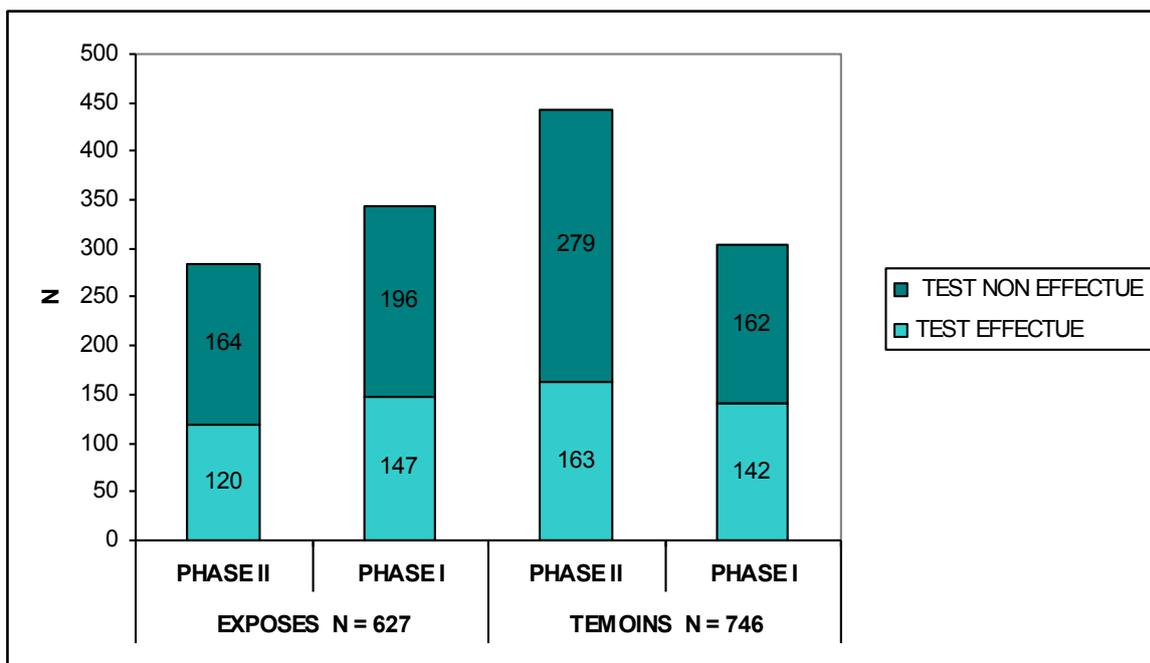


Figure 3. Dépistage de l'infection à Ct pendant la phase II

On a constaté une diminution du taux de dépistage de moins de 1 % chez le groupe exposé à l'outil ($p = 0,935$) contre une diminution de presque 10 % chez le groupe témoin ($p = 0,008$) entre la phase I et la phase II.

2-3-3-3. Nombre de cas positifs

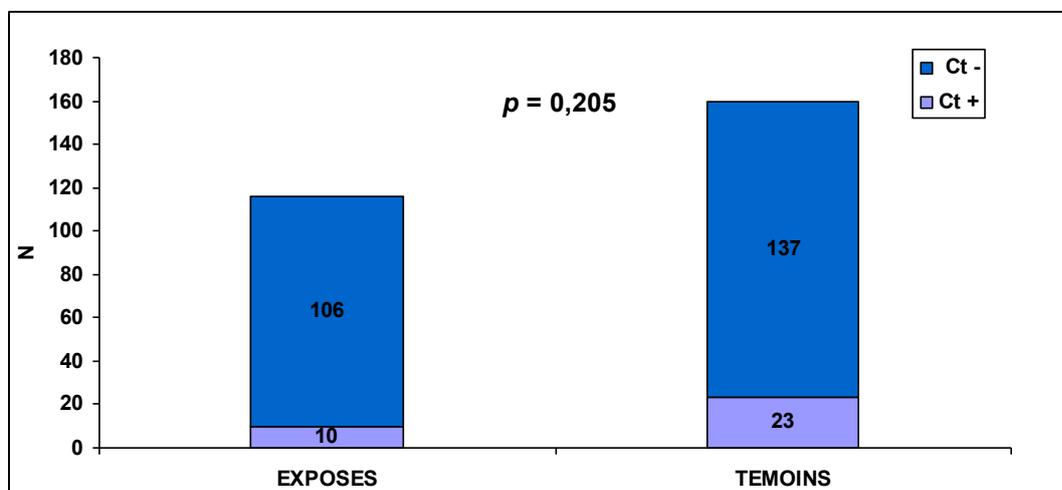


Figure 4. Résultats des prélèvements effectués pendant la phase II dans la population étudiée

3- Pratiques du dépistage des infections à Ct dans les CPEF

du Poitou-Charentes

3-1. Modalités du dépistage avant l'étude

11 équipes ont répondu au pré-questionnaire dont les réponses sont présentées dans les tableaux 7, 8 et 9.

Tableau 7. Caractéristiques des centres interrogés.

CPEF	Structure hospitalière	Structure extra-hospitalière	Autre activité	Test Ct	
				Oui	Non
1		X	CDAG	X	
2		X		X	
3	X		Orthogénie	X	
4	X		Orthogénie	X	
5	X		Orthogénie	X	
6	X		Orthogénie	X	
7		X		X	
8		X		X	
9		X		X	
10	X		Orthogénie	X	
11	X		Orthogénie		X
%	54,5	45,5		90,9	9,1

90,9 % des centres interrogés déclaraient effectuer le dépistage hormis le centre n° 11 qui ne l'effectuait pas pour des raisons financières et renvoyait les patientes en consultation au CDAG voisin ou vers leur médecin traitant.

Les prélèvements étaient effectués au laboratoire après prescription dans les centres n° 8 et n° 9.

Tableau 8. Modalités du dépistage déclarées

CPEF	CRITERES									
	Age < 25 ans	Faible niveau socio-culturel	Rapports non protégés	Multi-partenaires	Atcd d'IST	Partenaire infecté	S.cliniques évocateurs infection à Ct	Avant IVG	Avant pose DIU	Autres
1	X		X	X	X	tt d'emblée	X		X*	nouveau partenaire
2	X		X	X	X	X	X	X*	X*	nouveau partenaire
3	X		X	X	X	X	X	X*	X*	
4	X		X	X	X	X	X	X*	X	
5	X						X			
6			X	X						
7			X	X		X				
8	X		X	X	X	X	X	X†	X†	
9			X	X	X	X	X	X†	X†	
10			X	X	X	X	X	X		
%	60	0	90	90	70	70	80	60	60	20

* Dépistage systématique

† Dépistage systématique si âge < 25 ans

Tableau 9. Type de prélèvement effectué

CPEF	Prélèvement		
	urines	cervico-vaginal	auto-prélèvement
1	X ‡		X
2	X ‡	X	X
3	X	X §	X
4	X	X	
5	X		
6	X		
7		X	X
8	X		
9	X		
10	X	X	
%	90	50	40

‡ chez l'homme ou si refus PCV chez la femme

§ si examen gynécologique

La méthode diagnostique utilisée était l'amplification génique par PCR dans tous les centres.

Les motifs de non réalisation de prélèvement déclarés étaient :

* dues à la patiente :

- refus de la patiente (30 %)

- lorsque le prélèvement était prescrit pour être effectué au laboratoire, il pouvait être non réalisé par incompréhension ou difficultés financières ou difficulté de déplacement (en milieu rural) (40 %)

* dues au médecin : difficultés budgétaires (20 %)

3-2. Pratiques du dépistage de l'infection à Ct par centre

3-2-1. Centre n°1

Le centre n°1 est un CPEF extra-hospitalier qui a aussi une activité de CDAG.

La prévalence de l'infection à Ct a été de 2,06 % (IC 95 % [0,55 - 3,57]) sur la période de l'étude, soit 4,87 % estimé sur un an.

Elle était de 2,06 % sur l'année 2012 entière selon les données du centre (156 prélèvements dont 20 Ct + sur 972 consultations).

Tableau 10. Dépistage de l'infection à Ct dans le centre n°1

	Nombre de consultantes	TEST	p
N	366	95 (25,9%)	/
Age			0,097
< 25 ans	295	83 (22,7%)	
25-30 ans	39	9 (2,5%)	
> 30 ans	31	3 (0,8%)	
Non Connu	1		
Grossesse			0,010
Oui	20	11 (3%)	
Non	344	84 (23%)	
Non Connu	2		
Multi/Nouveau Partenaire < 12M			< 0,001
Oui	102	50 (13,7)	
Non	253	43 (11,7)	
Non Connu	11	2 (0,5)	

3-2-2. Centre n° 2

Le centre n° 2 est un CPEF extra-hospitalier accueillant les jeunes de moins de 25 ans.

La prévalence de l'infection à Ct a été de 5,21 % (IC 95 % [3,22 - 7,2]) sur la période de l'étude.

Tableau 11. Dépistage de l'infection à Ct dans le centre n° 2

	Nombre de consultant	TEST	p
N	485	140 (28,9%)	/
Age			1
< 25 ans	481	139 (28,7%)	
25-30 ans	4	1 (0,2%)	
> 30 ans	0	0	
Grossesse			0,865
Oui	22	7 (1,4%)	
Non	462	133 (27,4%)	
Non Connu	1		
Multi/Nouveau Partenaire < 12M			0,135
Oui	375	115 (23,7%)	
Non	110	25 (5,2%)	

3-2-3. Centre n° 3

Le centre n°3 est un CPEF hospitalier et a une activité d'orthogénie.

La prévalence de l'infection à Ct a été de 7,23 % (IC 95 % [4,01 -10,45]) sur la période de l'étude.

Tableau 12. Dépistage de l'infection à Ct dans le centre n° 3

	Nombre de consultant	TEST	p
N	261	171(65,5%)	/
Age			< 0,001
< 25 ans	115	92 (35,2%)	
25-30 ans	57	48 (18,4%)	
> 30 ans	87	31 (11,9%)	
Non Connu	2	0	
Grossesse			0,149
Oui	116	82 (31,4%)	
Non	145	89 (34,1%)	
Multi/Nouveau Partenaire < 12M			< 0,001
Oui	102	95 (36,4%)	
Non	157	75 (28,7%)	
Non Connu	2	0	

3-3-4. Centre n°4

Le centre n° 4 est une CPEF hospitalier et pratique une activité d'orthogénie.

La prévalence de l'infection à Ct a été de 3,95 % (IC 95 % [1,55 – 6,33]) sur la période de l'étude.

En 2012, le taux de positivité était de 9,59 % dans ce centre (26 Ct + sur 271 prélèvements),

Dans notre étude, il était de 6,06 % sur 22 semaines soit 14,32 % estimé sur un an.

Tableau 13. Dépistage de l'infection à Ct dans le centre n°4

	Nombre de consultant	TEST	<i>p</i>
N	261	165 (63,2%)	/
Age			< 0,001
< 25 ans	169	76 (29,1%)	
25-30 ans	47	45 (17,2%)	
> 30 ans	45	44 (16,8%)	
Grossesse			< 0,001
Oui	151	147 (56,3%)	
Non	110	18 (6,9%)	
Multi/Nouveau Partenaire < 12M			< 0,001
Oui	90	61 (23,4%)	
Non	143	102 (39,1%)	
Non Connu	28	2 (0,8%)	

Au total :

- dans la population initiale de 1373 patientes, 571 tests ont été proposés.
- le dépistage de la population, considérée comme à risques selon les recommandations, a été effectué :
 - chez 28,4 % des femmes consultantées âgées de moins de 25 ans
 - chez 23,3 % des femmes ayant un nouveau ou plus d'un partenaire depuis moins de douze mois.

DISCUSSION

1-Rappel des principaux résultats

1-1. Influence de l'outil

On a remarqué une stabilité du taux de dépistage avant et après intervention chez les centres utilisant l'outil, alors qu'il existait une diminution significative de ce taux dans les centres témoins.

Notre outil n'a pas amélioré le dépistage dans le groupe exposé mais il a permis la non-diminution du taux de dépistage dans ce groupe comparé au groupe témoin et cela de façon significative ($p = 0,008$).

Notre étude n'a cependant pas été assez puissante ($NSN < 214$).

1-2. Pratiques de dépistage dans les CPEF du Poitou-Charentes

Le dépistage de l'infection à *Ct* s'effectuait dans 90 % des centres interrogés.

Parmi les critères de dépistage déclarés, on trouvait : l'âge inférieur à 25 ans, les situations de rapport sexuel à risque, des antécédents d'IST, la présence de signes cliniques évocateurs d'une infection à *Ct*, avant la pose de Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou avant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

Les modalités du dépistage étaient donc hétérogènes selon les centres.

Dans les 4 centres étudiés, seulement 28,4 % des femmes consultantes âgées de moins de 25 ans et 23,3 % des femmes ayant un nouveau ou plus d'un partenaire depuis moins de douze mois ont été dépistés. Les recommandations actuelles de dépistage n'ont pas été suivies.

1-3. Prévalence de l'infection à Ct

La prévalence de l'infection à *Ct* dans la population étudiée était de 4,47 % (IC 95% [3,36 - 5,58]).

La prévalence de l'infection à *Ct* variait de 2,06 à 7,23 % dans les centres étudiés.

L'infection touchait en majorité les femmes âgées de moins de 25 ans (28,3 %) et ayant un nouveau ou plus d'un partenaire depuis moins de douze mois (23,8 %).

2- Forces et faiblesses de l'étude

2-1. Forces

La population de notre étude ne représentait pas la population générale puisqu'elle était exclusivement féminine chez une population à risque. Cela constitue un biais de sélection. Cependant notre étude a recueilli un large échantillon en matière d'âge (extrêmes : 12-55 ans) ainsi que plusieurs catégories chez les femmes (enceintes ou non, ayant bénéficié de consultation d'orthogénie ou de planification familiale (éducation, information, contraception))

Par ailleurs, les résultats sont plus facilement généralisables à la population d'où est issu l'échantillon par la méthode de randomisation.

Le fait d'avoir des lieux différents d'interrogatoire et des praticiens différents permettaient aussi de réduire ce biais d'exclusion.

Afin de limiter un biais d'observation, aucun centre ne savait initialement s'il allait tester l'outil ou pas. Ils ne l'ont su qu'en milieu de phase. Par ailleurs, chaque centre a été contacté par mail et par courrier aux mêmes périodes que ce soit dans le groupe témoin que le groupe exposé lors du passage à la phase II.

Les patientes interrogées pouvaient ne pas se souvenir des symptômes. Nous avons essayé d'atténuer ce biais en posant des questions simples lors de l'interrogatoire en tentant de faire préciser la période où les signes cliniques avaient été ressentis.

2-2. Faiblesses

La perte de données des 4 centres finalement exclus (hors protocole) a eu pour conséquence de ne pas pouvoir atteindre le nombre de sujets nécessaires ayant effectué un prélèvement dans chaque groupe. Notre étude n'a donc pas été assez puissante.

Cette perte de données aurait pu être évitée par un suivi plus régulier des centres avec un recueil mensuel des données. Mais cela aurait pu constituer un biais d'observation.

Le pré-questionnaire, rempli avant le début de l'étude et rappelant les recommandations ainsi que les facteurs de risques, a pu influencer les pratiques du dépistage du prescripteur. Le taux de dépistage était stable lors de l'utilisation de l'outil alors qu'il diminuait dans les centres ne l'utilisant pas. Notre intervention a eu un effet dit « hawthorne » dans les centres non exposés. Ce phénomène est un biais de mesure universel et résulte du fait que les praticiens, se sachant évalués, ont mieux suivis initialement les recommandations. Puis, ce comportement s'est atténué à distance de l'intervention (23).

Une partie de l'étude a eu lieu pendant les vacances d'été, certains médecins ont été absents, une perte de données supplémentaire a pu survenir.

3- Confrontation des résultats

3-1. L'outil d'interrogatoire standardisé : un outil de dépistage ?

3-1-1. Intérêt de l'élaboration de l'outil

L'infection à *Ct* était asymptomatique dans 2/3 des cas en 2010 selon les données Rénachla, (14) ce qui rend difficile son dépistage.

En mettant en place cette étude, nous cherchions à montrer une amélioration du dépistage par l'utilisation de cet outil d'interrogatoire dans une population élargie (âge, femmes non enceintes) mais ciblée, car les plus à risques de contracter cette infection. Notre hypothèse était qu'en améliorant le dépistage, nous pourrions diagnostiquer plus de personnes infectées et donc leur proposer un traitement.

L'OMS préconise depuis les années 1980, l'approche syndromique dans la prise en charge des cas d'IST. Cette approche se compose de l'identification du syndrome (diagnostic syndromique) et du traitement de tous les germes pouvant causer ce syndrome (traitement syndromique). Le but est de combattre et de prévenir les IST notamment dans les pays en voie de développement, par des méthodes peu onéreuses et fiable devant l'émergence de l'épidémie des IST et du Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA) (6) (24).

Plusieurs algorithmes ont ainsi été créés, notamment celui de l'écoulement vaginal, de l'ulcération génitale ou encore celui de l'écoulement urétral. Leurs efficacités diffèrent selon les études. L'algorithme de l'écoulement vaginal ne semble pas assez efficace pour contrôler la transmission des IST (25) (26). Mais le point de départ de ces algorithmes reste un seul symptôme.

En nous inspirant de cette approche, on a identifié grâce à l'outil, moyen simple et peu chronophage, un syndrome composé de quatre symptômes et non pas d'un seul symptôme. On recherchait la présence de l'infection à *Ct* localisée dans deux sphères : génitale (leucorrhées, dyspareunie et douleurs abdomino-pelviennes) et urinaire (signes fonctionnels urinaires et douleurs abdomino-pelviennes).

Ces quatre symptômes avaient été retrouvés à l'interrogatoire même s'ils n'étaient pas formulés spontanément par les patientes consultant en centre d'orthogénie dans 52 % des cas positifs dans une étude précédente (17).

Malheureusement, il n'a pas été constaté d'augmentation du dépistage et donc par proportionnalité, pas d'élévation du nombre de cas positifs lors de l'utilisation de l'outil dans le groupe exposé ($p = 0,205$).

On ne peut affirmer si ce défaut de significativité est lié au manque de puissance de l'étude ou si notre hypothèse première était fausse.

D'autres études sont nécessaires afin de conforter cette dernière.

3-1-2. Un outil de dépistage

Le taux de dépistage était stable lors de l'utilisation de l'outil alors qu'il diminuait dans les centres ne l'utilisant pas et ce, de manière significative.

Cela peut, certes, résulter de l'effet dit « hawthorne » mais on peut supposer que notre outil a pu avoir un effet rappel ou « reminder ».

Ce type d'intervention a été utilisé dans le dépistage post-partum du diabète gestationnel dans une clinique canadienne avec une majoration du taux de dépistage de 62 % ($p < 0,0001$) (27).

L'élaboration d'une intervention de ce type incluant notre outil d'interrogatoire pourrait être une alternative à un meilleur dépistage.

3-2. Le dépistage dans les Centres de Planification et d'Education Familiale

du Poitou-Charentes : état des lieux

3-2-1. Une hétérogénéité des pratiques

Diminuer la prévalence des infections à *Ct* en proposant un dépistage systématique à 100 % des femmes à risques était un des objectifs du plan national de lutte contre le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et les IST 2005 – 2008 (28) reconduit pour le plan 2010 – 2014 (15).

Les rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2010 (29) et 2011 (16) soulignaient qu'aucune nouvelle politique ni de nouvelle organisation de dépistage n'a été préconisée, ni de dispositif d'évaluation mis en place malgré la recentralisation des activités de prévention et de lutte contre certaines maladies.

Les centres interrogés lors de notre étude avaient des organisations et des fonctionnements multiples avec des financements différents. Certains centres se trouvaient au sein d'un centre hospitalier, d'autres en ville avec des moyens différents (absence de budget pour avoir les kits de prélèvements nécessaires sur place et renvoi des consultantes vers le CDAG voisin ou leur médecin généraliste pour certains centres, dépistage prescrit pour être effectué en laboratoire de ville donc à la charge de la patiente et non anonyme avec le risque que le prélèvement ne soit pas effectué).

Les 4 centres de notre étude n'avaient pas ces difficultés. Pourtant le dépistage était hétérogène, notamment dans les centres d'orthogénie (non prise en compte de l'âge comme critères de dépistage dans 2 centres) malgré leur déclaration.

3-2-2 Un non-respect des recommandations

Le dépistage n'était effectué que chez 28,4 % des femmes consultantes âgées de moins de 25 ans et 23,3 % des femmes ayant un nouveau ou plus d'un partenaire depuis moins de 12 mois dans les 4 centres étudiés. Les recommandations actuelles n'ont donc pas été suivies contrairement aux déclarations initiales.

Il en est de même aux États-Unis où le dépistage de l'infection à Ct ne se ferait que chez le tiers de femmes jeunes selon les données du Center for Disease Control and Prévention (CDC) (30).

Les recommandations professionnelles sont définies comme « *des propositions développées avec une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé selon l'ANAES (31) .

G. Bobrie et al. (32) invoque plusieurs raisons dans le non-suivi des recommandations de prise en charge de l'hypertension artérielle : des recommandations méconnues, probablement trop nombreuses et mal diffusées ainsi qu'une inertie clinique du praticien.

Dans notre étude, les recommandations semblent connues d'après les déclarations des centres. De plus, les recommandations sont loin d'être nombreuses concernant le dépistage de l'infection à Ct. Concernant, l'inertie clinique du praticien, cela peut-être une explication du non suivi puisque de manière significative il existait une diminution du taux de dépistage dans les centres témoins. Une autre raison peut être la difficulté de diffusion des recommandations.

Les interventions d'efficacité démontrée selon l'ANAES sont, entre autres, les interventions type « reminder ». Comme nous l'avons abordé précédemment, l'élaboration d'une intervention de ce type incluant notre outil d'interrogatoire pourrait être une alternative à un meilleur dépistage et donc à un meilleur suivi des recommandations.

3-2-3. Intérêt du dépistage dans certaines situations

3-2-3-1. Le dépistage chez la femme enceinte

La prévalence de l'infection était de 1,27 % chez les 303 femmes enceintes de notre étude. Selon les résultats préliminaires d'une étude en attente de publication, elle serait de 3,2 % dans une population de 462 femmes enceintes suivies au CHU de Bordeaux et de 10,2 % chez les patientes âgées de 18 – 24 ans (33).

Elle serait de 3,5 % selon une étude de cohorte nationale américaine de 3 ans et de 6,6 % chez les 16-24 ans (34).

La question d'un dépistage peut donc se poser dans cette population.

Aucune recommandation n'est préconisée pour les femmes enceintes en France, contrairement à certains pays comme les Etats-Unis où le dépistage des infections à *Ct* est recommandé dans le bilan du 1^{er} trimestre chez toutes les femmes par le CDC et chez les femmes enceintes de moins de 25 ans et/ou à risques (antécédent d'IST, nouveau ou multipartenaire, utilisation inconstante de préservatifs, relations sexuelles en échanges de stupéfiants ou d'argent) par l' US Preventive Services Task Force (USPDSTF), l'American Academy of Family Physicians (AAFP), l'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) (35).

En effet, les infections à Ct chez la femme enceinte peuvent entraîner une fausse couche, une rupture prématurée des membranes, un faible poids à la naissance pour le nouveau-né (avec un risque de transmission materno-fœtale avec complications pulmonaire et oculaire) et une endométrite en post-partum (9).

Un dépistage pourrait être proposé systématiquement dans le suivi des femmes enceintes au premier trimestre lorsqu'elles sont à risques (moins de 25ans et/ou ayant des rapports à risques) ou présentant un ou des signes cliniques recherchés par l'outil d'interrogatoire.

3-2-2-2. Le dépistage avant un geste endo-utérin

Six centres effectuaient le dépistage de manière systématique avant une IVG ou la pose de DIU, attitude exercée aussi dans les centres de planning familial belges avant une IVG (36).

Les intérêts de ce dépistage seraient la prévention des autres IST, la prévention d'une infection post-geste endo-utérin et des complications secondaires, un suivi notamment au niveau thérapeutique puisque la patiente sera revue en consultation par la suite.

Cette systématisation du dépistage reste controversée et sans recommandation.

Selon l'OMS (24) et l'HAS (37), la recherche de facteur de risque d'IST ainsi qu'un examen pelvien associé ou non à un examen au speculum est un préalable avant la pose d'un DIU ou en consultation pré-IVG (médicamenteuse ou chirurgicale).

L'HAS recommande en cas d'IVG chirurgicale :

- une antibioprophylaxie préalable en cas d'antécédents d'infections génitales hautes.
- un prélèvement à la recherche de Ct si facteur de risques ou clinique évocatrice
- en l'absence de situation à risque : aucun prélèvement, ni antibioprophylaxie ne sont justifiés.

Cette politique de dépistage systématique de l'infection à *Ct* n'est donc pas justifiée d'autant plus que cela peut entraîner un dépistage ne suivant pas les recommandations concernant l'âge et le partenaire.

3-3. Prévalence par rapport aux autres études

La prévalence globale (4,27 %) était moins importante que celles d'autres études françaises dans les CPEF (21). L'étude, en 2005, dans un CPEF et un centre d'orthogénie de Bordeaux chez des femmes d'âge comparable (âge médian : entre 22 et 23 ans, extrêmes 14-54 ans) mais de population moitié moins importante (N =502) retrouvait une prévalence de 6,4 % (38). Elle était de 11, 2 % dans les CPEF de Seine-Saint-Denis dans une population plus jeune de moins de 26 ans (39) et 7,1 % dans les CPEF du Val de Marne chez des jeunes femmes de 18-25 ans (40). La différence de prévalence peut s'expliquer par le fait que le dépistage était systématique dans ces trois études et que la population des deux dernières études était âgée de moins de 25 ans, population chez qui la prévalence de l'infection est plus importante.

La prévalence de notre étude reste cependant élevée et plus importante que celle estimée en population générale selon l'enquête NATCHLA (4) en 2006 (1,6 % chez les 18-44 ans), cela justifie le dépistage de l'infection à *Ct* dans cette population consultant en CPEF afin de prévenir des complications non négligeables.

Dans les centres n° 2 et n° 4, il existerait une augmentation du taux de positivité par rapport à 2012. On ne peut cependant affirmer si cela provient d'un meilleur dépistage ou d'une véritable augmentation de l'incidence de la maladie, n'ayant pas de données des années précédentes.

Au niveau national, les mêmes interrogations se posent. Seul le réseau de surveillance de laboratoires Rénachla existe en tant que source de données. Cependant ce réseau n'est composé que d'un certain nombre de laboratoires volontaires et donc ne couvre pas l'ensemble de la France.

Il n'existe pas de recueil de données national systématisé tels ceux mis en place dans certains pays nordiques et au Royaume-Uni. (41)

L'impact du dépistage au niveau épidémiologique reste donc difficile à établir en France.

3-4. Les obstacles au dépistage et propositions afin de les contourner

Dans notre étude, les freins énumérés étaient le refus d'examen de la patiente et des difficultés financières pour la patiente comme le praticien.

En médecine générale, la difficulté d'évoquer une IST en consultation lorsque ce n'est pas le motif initial, le coût du prélèvement, le manque d'impact d'un tel dépistage et le manque de temps étaient les principales causes citées lors d'une étude descriptive des pratiques professionnelles dans 3 régions françaises. (42)

Ces causes sont aussi citées dans deux études américaines évaluant les pratiques professionnelles d'un panel de gynéco-obstétriciens, pédiatres, médecins internistes et généralistes (43) (44). Une autre cause évoquée est la difficulté de proposer le prélèvement lorsqu'un examen gynécologique n'est pas effectué.

- En ce qui concerne les CPEF, la difficulté d'évoquer l'IST, ne devrait pas être un frein puisque c'est un lieu de consultation dédié de par ses missions.
- Le refus de la patiente (30 % des CPEF interrogés) ainsi que la difficulté à proposer le dépistage lorsque l'examen gynécologique n'était pas effectué et le manque de temps du praticien ont été aussi mentionnés.

La possibilité d'effectuer des prélèvements non invasifs, simples et rapides de réalisation tel un échantillon d'urines et surtout l'auto-prélèvement vaginal permettrait de contourner ce problème.

L'enquête Natchla (4) s'est effectuée par dépistage aléatoire de personnes contacté par téléphone sur auto-prélèvement au domicile avec un taux de participation de 76 %.

Lors de l'étude bordelaise citée précédemment (38), 92 à 98 % des femmes ont trouvé l'auto-prélèvement vaginal facile à faire et non douloureux. De même, lors d'un programme de dépistage via internet, 91 % des participantes à une étude américaine se déclaraient favorables à l'auto-prélèvement. Plus de 94 % trouvaient ce moyen de prélèvement sur et 96,8 % ont déclaré qu'il était facile voir très facile à utiliser. (45)

- Les difficultés financières du point de vue de la patiente et du praticien ont été citées.

Les rapports de l'IGAS (16) (29) préconisaient un accès confidentiel, sans avance de frais et sans limite d'âge aux CPEF ainsi que la mobilisation des ressources afin de fournir une offre de soins optimale avec éventuellement l'expérimentation de concentration d'équipes (CPEF, CDAG/CICCDIST, centre de santé en un lieu unique et de collaboration mutuelle.

Cela pourrait pallier ces obstacles.

- Un dernier point évoqué est le manque d'impact de ce dépistage.

L'ensemble des recommandations citées précédemment vise un dépistage optimal de l'infection à Ct afin de prévenir ces complications. De nombreuses études tendent à démontrer cet impact. Dans l'étude POPI de 2010, l'incidence des maladies inflammatoires pelviennes était moins importante dans le groupe dépisté-traité (1,3 %) que dans le groupe témoin (1,9 %) certes, de manière non significative ($p = 0,19$) (46). Greta and al. retrouvait une corrélation entre un dépistage à grande échelle des infections à *Ct* et *Neisseria Gonorrhoeae* (*Ng*) dans une population à haut risque et la réduction de survenue de maladies inflammatoires pelviennes hospitalisées, de grossesses extra-utérines et de diagnostic d'infections à *Ct/Ng* dans les services d'urgences après analyse de dix années de données.

(47). D'autres études semblent nécessaires pour affirmer cet impact, mais une information régulière et une mise à jour de la revue de la littérature chez les médecins lors de session de formation continue par exemple, pourrait être une solution.

4- Perspectives

Une autre étude observationnelle utilisant l'outil d'interrogatoire standardisé a été effectuée en consultation de médecine préventive et ses résultats sont attendus.

Notre étude n'étant pas assez puissante, une autre pourrait s'effectuer dans d'autres centres dédiés au dépistage tels que des CDAG ou CIDDIST par exemple afin de conforter nos hypothèses. Un suivi plus régulier des centres en dehors de la période des grandes vacances scolaires serait à préconiser afin d'atteindre un nombre de sujets nécessaires.

CONCLUSION

Les infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* sont un problème de santé publique du fait de ses conséquences graves notamment en terme de fertilité chez la femme.

Améliorer leur dépistage fait partie des objectifs de santé publique afin d'en diminuer la prévalence.

Notre étude a montré que les pratiques de dépistage ne semblaient pas homogènes dans les CPEF du Poitou-Charentes interrogés et que malgré leur déclaration, les recommandations actuelles n'étaient pas suivies dans les 4 centres étudiés. Le dépistage n'était donc pas optimal.

Les raisons invoquées de ce non respect des pratiques sont multiples mais peuvent être évitées.

Notre outil d'interrogatoire standardisé n'a pas amélioré le dépistage dans le groupe exposé mais il a permis la non-diminution du taux de dépistage dans ce groupe comparé au groupe témoin et cela de façon significative ($p = 0,008$).

Il pourrait être un moyen de l'améliorer par son approche syndromique et comme aide au rappel des recommandations.

D'autres études semblent nécessaires afin de confirmer cette hypothèse sur un échantillon de population plus important dans les centres dédiés au dépistage puis éventuellement en soins primaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. European Center for Disease Prevention and Control Guidance, Chlamydia control in Europe. Report. Stockholm. 2009 June. Disponible sur : http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0906_GUI_Chlamydia_Control_in_Europe.pdf (consulté le 24 juillet 2013)
2. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. Publication. 2008. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/index.html> (consulté le 24 juillet 2013)
3. Bajos N, Beltzen N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. La Découverte. 2008
4. Goulet V, De Barbeyrac B, Rahérison S et al. Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (Volet NatChla de l'enquête CSF 2006). A quelles personnes proposer le dépistage ? BEH 2011 Avr;12:160-4
5. Bohbot J-M. *Chlamydia trachomatis* : l'ennemi de la trompe. Gynecol Obstet Fertil 2011 Nov ;39(11):636-9
6. World Health Organization. Infections sexuellement transmissibles. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/> (consulté le 2 juin 2013)
7. World Health Organization. Rapport sur les maladies infectieuses. Disponible sur : <http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-french/pages/textonly.html> (consulté le 2 juin 2013)
8. ANAES. Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infection urogénitales basses à *Chlamydia Trachomatis*. Tome 1. 2003 Fév. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome1_rap.pdf (consulté le 15 décembre 2012)
9. Peipert JF. Clinical practice. Genital Chlamydial infections. N Engl J Med 2003 Dec 18;349(25):2424–30.
10. HAS. Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydiae trachomatis*, avis sur les actes. 2010 Juil. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_-_document_davis.pdf (consulté le 15 décembre 2012)
11. AFSSAPS. Mise au point. Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation. 2008 Oct. Disponible sur : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/cbe108d870b0b9e38f3b40cdfde1d46.pdf (consulté le 15 décembre 2012)
12. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases guidelines treatment. Morb Mortal Wkly Rep 2010;59:45-7
13. ANAES. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France. Tome 2. 2003 Fév. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_rap.pdf (consulté le 15 décembre 2012)

14. Goulet V, Laurent E, Semaille C, et les biologistes du réseau RENACHLA. Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* en France: analyse des données RENACHLA (2007-2009). BEH 2011 Juil ;26-27-28:316-20
15. Ministère de la Santé et des Sports. Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf (consulté le 9 février 2013)
16. IGAS. Les organismes de planification familiale, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Rapport. 2011 Juin. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405/0000.pdf> (consulté le 9 février 2013)
17. LAFOSCADE A., Le portage du *Chlamydia trachomatis*, une infection asymptomatique ? Etude prospective sur 386 patientes consultant en orthogénie. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine] Poitiers, Université de Poitiers, Faculté de Médecine. 2013 Sept.
18. De Vries C JH, Wieringa-de Waard M, Vervoort C-L AG, Ankum W M and Bindels P JE. Abnormal vaginal bleeding in women of reproductive age: a descriptive study of initial management in general practice. BMC Womens Health 2008 Apr 15;8:7.
19. Berwald N, Zehtabchi S, Cheng S and al. The rate of sexually transmitted infections in ED patients with vaginal bleeding. Am J Emerg Med 2009;27:563-9.
20. Liste des CPEF du Poitou-Charentes par Département, Annuaire de l'ARS du Poitou-Charentes. Actualisation. 2012 Fév. Disponible sur : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/prevenir_les_risques/Contraception_IVG/201202_CPEF_Poitou-Charentes.pdf (consulté le 1er Décembre 2012)
21. *Chlamydia trachomatis* : études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive. Numéro thématique. BEH 2006 Oct 6;37-38. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/beh_37_38_2006.pdf (consulté le 12 janvier 2013)
22. Bertholom C. Quelles pratiques professionnelles pour diagnostiquer les infections à *Chlamydia trachomatis* et faire face à la recrudescence de la syphilis? Option Bio 2012 Janv 19;23(465):14-5.
23. Berthelot J-M, Le Goff B, Maugars Y, The Hawthorne effect: Stronger than the placebo effect? Joint Bone Spine 2011 July;78(4):335-6
24. Organisation mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur .Guide de pratiques essentielles. Genève. 2005.
25. Pettifor A, Walsh J, Wilkins V, Raghunathan P. How Effective Is Syndromic Management of STDs? A Review of Currents Studies. STD 2000 Août;371-85.
26. Waxmann S W, Morey A F. Syndromic approach fro treatment of STIs : time for a change. Lancet 2006 Avr 19;367:1380-1.
27. Lega I C, McLaughlin H, Coroneos M, Handley-Derry F, Donovan N, Lipscombe L L. A physician reminder to improve postpartum diabetes screening in women with gestational diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract 2012 Mars;95(3):352-7.

28. Ministère de la Santé et des Sports. Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sida/AP2006/programme_sida_DGS_2005-2008.pdf (consulté le 9 février 2013)
29. IGAS. Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les IST. Rapport. 2010 Août. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000044/0000.pdf> (consulté le 9 février 2013)
30. Scholes D, Grothaus L, McClure J and al. A randomized trial of strategies to increase chlamydia screening in young women. *Prev Med* 2006 Juin 9;43:343-50
31. ANAES. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. 2000 Jan. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/effimeth.pdf> (consulté le 15 décembre 2012)
32. Bobrie G, Durieux P, Postel-Vinay N, Plouin P-F. De l'observation clinique à l'évaluation des pratiques : les recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. *Néphrol Ther* 2009;5 Supp 4:S240-5
33. Peuchant O, Desveaux C, Paris A and al. Étude de la prévalence et des facteurs de risque des infections à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium* chez les femmes enceintes suivies au CHU de Bordeaux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012 Oct;41(6):591-2.
34. Blat A J, Lieberman J M, Hoover D R, Kaufman H W. Chlamydial and gonococcal testing during pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:55.e1-8.
35. Meyers D, Wolff T, Gregory K and al. USPSTF Recommendations for STI Screening. *Am Fam Physician* 2008 Mar 15;77(6):819-24.
36. Roynet D. les attitudes pratiques des médecins de Planning Familial pratiquant des IVG face aux Chlamydia et au Gonocoque. *Rev Med Brux* 2005;26:S382-5.
37. ANAES. Prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse jusqu'à 14 semaines. Version modifiée. 2010 Déc. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf (Consulté le 18 mai 2013)
38. De Barbeyrac B, Tillati K, Raherison S et al. Dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans un centre de planification familiale et un centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005. *BEH* 2006 Oct;(37-38):277-9.
39. Bianchi A, De Moegen F, Creusy MJ, Goureau R, Debonne E, Piet E. Dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* dans les centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis et intérêt de l'auto-prélèvement, 2005. *BEH* 2006 Oct;(37-38):282-3.
40. Prudhomme M, Boucher J, Perriot Y, Feur E, Leroux M-C. Prévalence des infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes consultant les Centres de planification familiale du Val-de-Marne, France, 1999. *BEH* 2006 Oct;(37-38):279-82.

41. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe, 2009. Stockholm. 2009 Oct. Disponible sur : http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0910_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf (consulté le 24 juillet 2013)
42. CEBOLLADA J, Les infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis*: enquête sur les savoirs et connaissances des médecins généralistes ainsi que leur opinion sur un dépistage organisé en cabinet. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine] Université Paris Descartes 5, Faculté de médecine. 2011 Janv.
43. Cook R L, Wiesenfeld H C, Ashton M R, Krohn MA, Zamborsky T, Scholle S H. Barriers to Screening Sexually Active Adolescent Women for Chlamydia: a Survey of Primary Care Physicians. *J Adolesc Health* 2001;28(3):204-10.
44. McClure J B, Scholes D, Grothaus L and al. Chlamydia screening in at-risk adolescent females: An evaluation of screening practices and modifiable screening correlates. *J Adolesc Health* 2006 June;38(6):726-33.
45. GAYDOS and al. *Chlamydia trachomatis* Age-Specific Prevalence in Women Who Used an Internet-Based Self-screening Program Compared to Women Who Were Screened in Family Planning Clinics. *STD* 2011 Feb;38(2):74-8.
46. Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, and al. Randomised controlled trial of screening for *Chlamydia trachomatis* to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ* 2010 Janv 1;340:c1642
47. Anshuetz G., Asbel L., Spain V. , Salmon M., Lewis F and al, Association Between Enhanced Screening for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* and Reductions in Sequelae Among Women, *J Adolesc Health* 2012;51:80-85

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

1 - Effectuez-vous le dépistage des infections cervico-vaginales à *Chlamydia trachomatis* dans votre centre?

OUI NON

(Si OUI, répondez à la question 2 ; si NON, répondez à la question 3)

2 – Si OUI,

A – ce dépistage est-il effectué systématiquement ?

Oui Non

B – S’il n’est pas effectué systématiquement, selon quels critères l’effectuez-vous?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Age jeune (< 25 ans) | <input type="checkbox"/> Faible niveau socio-culturel |
| <input type="checkbox"/> Rapports à risque | <input type="checkbox"/> Partenaires multiples |
| <input type="checkbox"/> ATCD d’IST | <input type="checkbox"/> Partenaire infecté |
| <input type="checkbox"/> Signes cliniques évocateurs (Douleurs abdominales, dyspareunie, leucorrhées, signes fonctionnels urinaires, métrorragies ...) | |
| <input type="checkbox"/> Avant IVG | <input type="checkbox"/> Avant pose de DIU |
| <input type="checkbox"/> Autre : (<i>à préciser, svp</i>) | |

C – Quel type de prélèvement et quelle méthode utilisez-vous ?
(Réponses multiples possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prélèvement cervico-vaginal | <input type="checkbox"/> Urine du premier jet |
| PCR | PCR |
| ELISA | ELISA |
| Culture | Culture |

Utilisez-vous les kits d’auto-prélèvement vaginal? Oui Non

Précisions éventuelles :

Nom du laboratoire où sont envoyés les prélèvements :

D- Quelles sont les circonstances où ce dépistage n'est pas effectué ? (*à préciser svp*)

Difficultés techniques ?

Patient ?

Manque de communication

Refus de l'abord de la sexualité

Refus du prélèvement

Traitement par macrolides ou tétracyclines dans les 2-3 semaines précédant le prélèvement ?

Autre ?

3- Si NON, pourquoi le dépistage des infections à *Chlamydia Trachomatis* n'est-il pas effectué dans votre centre ? (*à préciser svp*)

Manque de temps ?

Difficultés techniques ou financières ?

Absence de recommandations récentes ?

Autre ? (*à préciser svp*)

RESUME

CONTEXTE :

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est l'IST la plus répandue en Europe. Elle est souvent non traitée et peut être à l'origine d'infections génitales hautes aux conséquences secondaires non négligeables en terme de santé publique. La population dépistée et infectée est en augmentation selon le réseau de surveillance RENACHLA en France. L'HAS recommande un dépistage systématique des infections uro-génitales à Ct dans les lieux de consultation dédiés (CDAG, CIDDIST et CPEF).

Les pratiques de dépistage sont-elles conformes dans les CPEF du Poitou-Charentes ? L'utilisation d'un outil d'interrogatoire standardisé dans les CPEF pourrait-elle avoir une influence sur le dépistage ?

OBJECTIFS :

Déterminer si l'utilisation d'un outil d'interrogatoire standardisé aurait une influence sur les pratiques du dépistage de l'infection à Ct dans la population féminine des CPEF du Poitou-Charentes ; décrire et évaluer les pratiques de dépistage de ces différents CPEF et lister les freins éventuels à ce dépistage ; estimer la prévalence de l'infection dans les centres participant.

METHODE :

Un essai interventionnel comparatif randomisé a eu lieu du 1^{er} avril 2013 au 31 août 2013 dans 8 CPEF. Il a été précédé d'un recueil des pratiques de dépistage via un pré-questionnaire dans 11 CPEF. Le médecin recueillait les données et s'il y avait réalisation d'un test de dépistage ou non chez les femmes y consultant pendant une première phase. L'outil d'interrogatoire standardisé a été introduit dans la moitié des centres (groupe exposé) après randomisation dans une deuxième phase. La présence d'un des 4 signes cliniques recherchés entraînait la proposition systématique de la réalisation d'un test de dépistage. Le groupe des centres restant constituait le groupe témoin.

RESULTATS :

Nous avons inclus 1343 femmes et 558 d'entre elles ont bénéficié d'un test de dépistage.

La prévalence de l'infection à *Ct* dans la population étudiée était de 4,47 % (IC 95 % [3,36 - 5,58]).

L'infection touchait en majorité les femmes âgées de moins de 25 ans et ayant un nouveau ou plus d'un partenaire depuis moins de 12 mois

Seules les données de 4 centres ont été prises en compte, suite à un recueil hors protocole des 4 autres centres. L'étude n'a pas été assez puissante. Notre outil n'a pas amélioré le dépistage dans le groupe exposé mais il a permis la non-diminution du taux de dépistage dans ce groupe comparé au groupe témoin et cela de façon significative ($p = 0,008$).

Le dépistage de l'infection à *Ct* s'effectuait dans 90 % des centres interrogés. Parmi les critères de dépistage déclarés, on trouvait : l'âge inférieur à 25 ans, les situations de rapports à risque, les antécédents d'IST, la présence de signes cliniques évocateurs d'une infection à *Ct*, la pose de DIU et avant une IVG. Les modalités du dépistage étaient hétérogènes. Seulement 28,4 % des femmes consultantes âgées de moins de 25 ans et 23,3 % des femmes ayant un nouveau/multi-partenaire depuis moins de 12 mois ont été dépistés dans les 4 centres étudiés. Les recommandations actuelles de dépistage n'ont pas été suivies.

CONCLUSION :

Le dépistage des infections uro-génitales à *Ct* ne semble pas optimal dans les CPEF du Poitou-Charentes. L'outil d'interrogatoire standardisé pourrait être un moyen de l'améliorer par son approche syndromique et comme aide au rappel des recommandations. D'autres études semblent nécessaires afin de confirmer cette hypothèse du fait du manque de puissance de notre étude.

MOTS CLES : Dépistage, *Chlamydia trachomatis*, CPEF, évaluation des pratiques, outil d'interrogatoire

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

