

UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Les difficultés du diagnostic clinique de Chlamydia Trachomatis

Étude qualitative réalisée du
7 octobre 2014 au 23 mars 2015

Mémoire soutenu le 12 juin 2015

Par Mlle MONCOURT Julie

Née le 29/07/1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2015

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame GUINOT, directrice de l'école de sage-femme

Membres : Madame BURBAUD, sage-femme hospitalière

Madame DEPARIS, sage-femme enseignante

Directeur de mémoire : Madame le Dr GRANDCOLIN, médecin généraliste

UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Les difficultés du diagnostic clinique de Chlamydia Trachomatis

Étude qualitative réalisée du
7 octobre 2014 au 23 mars 2015

Mémoire soutenu le 12 juin 2015

Par Mlle MONCOURT Julie

Née le 29/07/1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2015

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame GUINOT, directrice de l'école de sage-femme

Membres : Madame BURBAUD, sage-femme hospitalière

Madame DEPARIS, sage-femme enseignante

Directeur de mémoire : Madame le Dr GRANDCOLIN, médecin généraliste

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, le Docteur GRANDCOLIN Stéphanie,
Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de mémoire et d'avoir dirigé cette étude.
Merci pour tout le temps que vous m'avez consacré, vous m'avez apporté une aide très précieuse lors de l'élaboration de mon étude. Merci de m'avoir accordé votre confiance.

A ma tutrice de mémoire, Madame POTTIER Annick,
Je vous remercie pour votre patience et vos conseils qui m'ont été nécessaires dans l'élaboration de mon projet.

A la directrice de l'école de sages-femmes de Poitiers, Madame GUINOT Sylvie et l'équipe enseignante, pour ces 4 années d'études.

A tous mes camarades de promotion,
Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et une spéciale dédicace « à la Famille ».

A mes parents et mes frères, pour votre présence et votre soutien tout au long de mes études. Merci pour tout le bonheur et l'amour que vous m'apportez au quotidien.
Je remercie particulièrement ma maman, d'avoir participé à la triangulation.

A mon tonton et ma tata, mes grands-parents de cœur, qui ont toujours été là pour moi.

A ma tata Eliane, de m'avoir accordé de son temps pour la correction de mon mémoire.
Je t'en suis profondément reconnaissante.

Et enfin, à Franck et Loulou, pour être entrés dans ma vie.

GLOSSAIRE

ATCD= antécédents

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP = Comité de Protection des Personnes

Ct = Chlamydia Trachomatis

E = entretien

HAS = Haute Autorité de Santé

InVS = Institut de veille sanitaire

IST = Infection sexuellement transmissible

IVG = interruption volontaire de grossesse

LCR = Ligase Chain Reaction

NatChla = Enquête nationale sur la prévalence des infections à chlamydia

PCR = Réaction en chaîne par polymérase (de l'anglais polymerase chain reaction)

PEC = prise en charge

PMA = procréation médicalement assistée

Rénachla = réseau national des chlamydiae

SFU = Signe fonctionnel urinaire

SIGN = Scottish Intercollegiate Guidelines Network

TMA = transcription mediated amplification

VIH = Virus de l'immunodéficience humaine

FHC = Fitz Hugh Curtis (=syndrome ou périhépatite est une péritonite se localisant sur l'hypocondre droit).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	5
GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	9
MÉTHODOLOGIE.....	13
I. Recherches bibliographiques.....	13
II. Type d'étude.....	14
III. Population	14
IV. Déroulement de l'enquête.....	15
1. Guide d'entretien.....	15
2. Protection des patientes.....	15
3. Recherche de lieux d'inclusions.....	16
4. Les entretiens.....	16
V. Analyse.....	17
1. Transcription.....	17
2. L'analyse qualitative des données.....	17
RÉSULTATS.....	19
I. Population interrogée et caractéristiques démographiques.....	19
II. Aperçu schématique des résultats.....	20
1. Les difficultés du diagnostic de l'infection à Ct.....	20
2. Les facilitateurs du diagnostic de l'infection à Ct.....	21
3. Vécu de la patiente.....	21
4. Professionnels concernés	22
III. Les difficultés du diagnostic de Chlamydia Trachomatis.....	22
1. Liées aux signes cliniques	22
2. Liées aux connaissances/Informations.....	23
3. Liées à la prise en charge	25

4. Liées à la perception	26
IV. Les facilitateurs du diagnostic de chlamydia trachomatis.....	27
1. Liés à la confiance.....	27
2. Liés à la connaissance.....	28
3. Liés à l'anamnèse	29
V. Vécu de la patiente.....	31
1. Au cours de l'infection	31
2. Post-infection	32
VI. Changement de mentalité	33
DISCUSSION.....	34
I. Résultats attendus.....	34
II. Résultats originaux.....	34
III. Forces et faiblesses méthodologiques de cette étude.....	34
1. Le déroulement de l'enquête.....	35
2. La recherche de validité interne et externe.....	36
IV. Discussion des résultats et confrontation à d'autres études.....	37
1. Difficultés du diagnostic de Ct	37
2. Facilitateurs du diagnostic de Ct.....	42
3. Vécu.....	43
V. La place de la sage-femme	43
VI. Propositions et ouverture suite à l'étude.....	44
CONCLUSION.....	45
ANNEXES.....	46
BIBLIOGRAPHIE.....	52
RÉSUMÉ.....	56
SUMMARY.....	57

INTRODUCTION

L'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis* [Ct] est la plus fréquente des Infections Sexuellement Transmissibles [IST] d'origine bactérienne chez la femme et la plus répandue dans les pays industriels (1). L'enquête nationale de prévalence à Ct (NatChla) réalisée en 2006, montre que cette infection concerne surtout la tranche d'âge des femmes entre 18-24 ans avec une prévalence de 3.6% et de 1.6% pour les 18-44 ans (2). Le Ct est une bactérie pathogène strictement humaine dont la présence dans les voies génitales n'est pas physiologique. Sans traitement, cette infection peut induire une atteinte inflammatoire chronique et être à l'origine de complications importantes telles que les salpingites, les endométrites, les grossesses extra-utérines et la stérilité (1). Les séquelles de l'infection sont vraiment importantes et peuvent engendrer des problèmes divers non négligeables : comme des problèmes personnels, de santé ou encore de couple. L'infertilité par exemple est difficile à accepter pour les couples et cela a comme conséquence une réelle augmentation des demandes de la Procréation Médicalement Assistée [PMA] (3) (4).

Les méthodes de diagnostic pour cette infection sont fiables et faciles (5). Le test de biologie moléculaire avec amplification génique in vitro (type PCR, LCR, TMA...) a démontré son intérêt dans la détection des infections à Ct, avec une spécificité élevée et une sensibilité supérieure à la culture cellulaire ou aux méthodes immuno-enzymatique.

Cette méthode présente des performances satisfaisantes sur les prélèvements vaginaux mais aussi sur les urines (4). D'après la Haute Autorité de Santé [HAS], Les tests de biologie moléculaire avec amplification génique doivent remplacer tous les autres (1).

Une fois le diagnostic réalisé le traitement par azithromycine monodose ou cycline pendant une semaine a une efficacité à 95% (1). Le traitement est simple et efficace, raison supplémentaire pour rechercher activement l'infection à Ct. Un diagnostic précoce de Ct permettrait une guérison immédiate du fait de l'efficacité de son traitement antibiotique et ainsi éviterait les complications (6). S'il existe un retard du diagnostic, le traitement aboutira à une guérison bactériologique mais pas fonctionnelle car les lésions engendrées sont souvent irréversibles et laisseront des séquelles à vie (4). Les conséquences de cette infection sont donc importantes d'un point de vue économique mais aussi et surtout d'un point de vue humain et social (4) (5).

De nombreuses publications se sont intéressées au dépistage de *Ct* comme les études NatChla (2) ou Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN] (7) qui ont permis de définir des facteurs de risques :

Dans les 12 derniers mois : les patientes sont à risques, si elles ont eu 3 partenaires sexuels ou plus, un partenaire sexuel occasionnel, une partenaire de même sexe, un antécédent [ATCD] d'infection *Ct* traitée ou un ATCD d'interruption volontaire de grossesse [IVG]. Si elles sont non diplômées. Et enfin si elles ont déjà réalisé une consultation pour une autre IST (2) (7).

Le dépistage de *Ct* est un sujet très présent dans les publications mais peu s'intéressent au diagnostic. Même remarque pour les publications étrangères (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni) où le diagnostic de *Ct* est un sujet plutôt rare (8) (9) (10) (11) (12).

La HAS en 2010, a établi une recommandation pour le diagnostic de *Ct* : pour les femmes symptomatiques vues en consultation gynécologique le meilleur diagnostic est le prélèvement du col (en association avec celui de l'urètre ou du vagin pour augmenter les chances de diagnostic). Aucune recommandation concernant le diagnostic est dédié aux soins primaires (1). D'après l'ANAES, les prescripteurs principaux du diagnostic de *Ct* sont les gynécologues et les médecins traitants (avec une majorité réalisé par les gynécologues) (4).

Les médecins généralistes seraient les interlocuteurs privilégiés pour aborder la sexualité et donc les mieux placés pour rechercher les signes cliniques de cette infection. Les médecins qui sont formés ont une volonté de rechercher cette infection (13). Tous doivent avoir une démarche proactive dans l'interrogatoire concernant les IST car les patientes n'expriment pas spontanément de plaintes (14) (15).

Mais ces derniers déclarent se sentir peu informés et ne pas avoir suffisamment de formations ciblées sur le sujet. Ils ont des difficultés à parler de la vie sexuelle avec leurs patientes car ils craignent de les embarrasser (16) et s'ils réalisent un interrogatoire sur ce sujet il est souvent incomplet car il est délicat d'aborder la sexualité avec elles (17).

Pour pouvoir diagnostiquer une infection, il faut identifier les signes cliniques. La HAS, le réseau national des chlamydiae [RENACHLA] et SIGN s'y sont consacré et ont listé les signes les plus fréquemment retrouvés. En 2010, la HAS mentionne comme signes cliniques les infections génitales basses (vaginite, cervicite), les infections génitales hautes (salpingite,

endométrite, maladie pelvienne inflammatoire), les algies pelviennes chroniques et les arthrites réactionnelles (1). En 2003, RENACHLA avait déjà mentionné les mêmes signes que la HAS en ajoutant les leucorrhées, les urétrites et les infections urinaires (18). L'étude SIGN, elle, mentionne les pertes vaginales, les saignements, les urétrites, les douleurs abdominales basses, les dyspareunies et la maladie inflammatoire pelvienne (7).

Mais les signes cliniques de cette infection sont peu spécifiques (5) (4) et chez les généralistes, les patientes présentent souvent des signes indifférenciés de la maladie qui est, par conséquent, difficile à diagnostiquer (13). La majorité des publications décrivent cette infection comme asymptomatique (1) (7). On constate néanmoins que les études présentant des signes restreints vont avoir un taux asymptomatique plus élevé : 75% (1) ; 70% (7). Et au contraire les études prenant une définition plus large des signes, incluant par exemple les signes urinaires, la part symptomatique devient plus importante : 66% (18) ; 70% (19). Cette discordance peut traduire les difficultés d'un diagnostic de l'infection en rapport avec une nosographie clinique variable.

Les sages-femmes sont aussi concernées par le diagnostic des IST, en effet depuis 2009, les compétences de celles-ci incluent le suivi gynécologique de prévention et par conséquent elles doivent chercher et repérer les signes cliniques des IST (20).

On a pu montrer que des techniques de diagnostic existaient et que le traitement de l'infection à *Ct* était simple et efficace. Malgré cela on observe depuis 1997, une augmentation progressive du nombre de cas de *Ct* uro-génital (18).

N'y aurait-il pas alors des difficultés au diagnostic de *Ct* ?

Pour répondre à cette question, nous avons mené une étude qualitative s'intéressant exclusivement au diagnostic de *Ct*.

Ainsi suite à nos recherches bibliographiques, nous avançons les hypothèses suivantes :

- Il existe un manque de recommandation et de formation pour les professionnels de premier recours (médecins traitants et/ou sages-femmes).
- Les professionnels ont des difficultés à parler de sexualité.
- Les symptômes de l'infection sont peu spécifiques.
- Il existe un retard dans le diagnostic de *Ct*.

L'objectif principal de l'étude est d'explorer les éléments du parcours de soins de la patiente ayant contribué à la lenteur du diagnostic de *Ct*.

Les objectifs secondaires sont d'explorer les éléments du parcours de soins de la patiente ayant contribué à la rapidité du diagnostic de *Ct*, de relever les symptômes initiaux de l'infection *Ct* et de recueillir le vécu, le ressenti et les opinions de la patiente.

MÉTHODOLOGIE

I. Recherches bibliographiques

La recherche des références bibliographiques a été effectuée à partir :

- de bases de données :
 - PUBMED (US national Library of medicine)
 - CISMEF (www.cismef.org)
 - SUDOC (www.sudoc.abes.fr)
 - Les revues en ligne via le Service Commun de Documentation de l'Université de Poitiers.
- de sites officiels :
 - Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (www.cngof.asso.fr)
 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (www.inserm.fr)
 - Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr)
- de mémoires et thèses réalisés sous la direction du Dr GRANCOLIN
- du moteur de recherche GOOGLE

Les recherches concernant la littérature française ont été effectuées principalement avec les mots « chlamydia trachomatis » « diagnostic de chlamydia trachomatis » « les infections sexuellement transmissibles » et « méthode de diagnostic de chlamydia trachomatis ».

Les recherches sur la littérature anglo-saxonne ont été effectuées principalement à l'aide des mots-clés « diagnostic of chlamydia trachomatis » « screening » et « prevalence ».

II. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative transversale par entretiens individuels semi-directifs auprès de patientes sélectionnées au sein de la population générale avec antécédents d'infection à *Ct* avec ou sans séquelles (21).

III. Population

→ Critères d'inclusion

Patientes de plus de 18 ans, de toutes origines et professions avec un antécédent d'infection à *Ct* et ayant donné leur consentement.

→ Critères de non-inclusion

Patiente mineure, sous tutelle ou curatelle.

Patiente ne connaissant pas le nom du germe en cause.

Barrière linguistique et/ou refus de la patiente.

→ Critères d'exclusions

Toutes personnes souhaitant sortir de l'étude à tout moment.

→ Stratégie d'échantillonnage

Une stratégie d'échantillonnage en « variation maximale », encore appelée « raisonnée » ou « théorique » a été utilisée pour la sélection des participants (22) (23). Pour cela, l'enquêtrice a sélectionné les personnes jugées intéressantes pour l'enquête et pour certaines caractéristiques permettant la diversité de l'échantillon et non la représentativité (23) (24).

Le nombre de patientes sélectionnées fut déterminé à saturation des données (22) (24). L'inclusion de nouvelles participantes a cessé lorsqu'il n'apparaissait plus aucune nouvelle donnée pertinente dans les entretiens.

La saturation des données a été confirmée par trois entretiens complémentaires avant d'arrêter le recueil.

IV. Déroulement de l'enquête

Le mode de recueil de données qualitatives le plus adapté pour répondre à la question de recherche était l'entretien individuel, semi-directif. Le principe était de s'entretenir en face à face avec la participante et de la laisser s'exprimer sur un certain nombre de thèmes proposés par l'enquêtrice à partir de son guide d'entretien (25) (26).

1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien (ANNEXE 1) fut élaboré avant l'enquête, sur la base des premières recherches bibliographiques et des objectifs de l'étude. Ce guide constitue une trame souple de questions traduisant la problématique et les hypothèses en questions concrètes.

Il est structuré en 4 thèmes :

I = 5 questions fermées décrivant la personne interrogée.

II = 11 questions ouvertes portant sur les manifestations cliniques de chlamydia trachomatis

III= 4 questions ouvertes sur la prise en charge

IV= 5 questions ouvertes sur le vécu de la patiente

Une partie libre est consacrée aux remarques et thèmes abordés après l'entretien.

Les questions n'étaient pas obligatoirement posées dans le même ordre ni de façon systématique. Elles servaient uniquement de trame à l'entretien et de relance si les participantes n'apportaient pas spontanément leur point de vue sur les principaux thèmes.

2. Protection des patientes

→ CPP

Un dossier au Comité de Protection des Personnes a été soumis à la commission ; aucun avis sur l'étude n'a été donné car d'après l'article R 1123-21 du code de la santé publique les études qualitatives ne font pas partie des champs de compétences du CPP.

→ CNIL

En raison des données personnelles recueillies au cours des entretiens une déclaration du guide d'entretien a été envoyée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Conformément à la CNIL les patientes avaient un droit de regard sur les données fournies, en matière d'accès et de rectification par l'intermédiaire d'une fiche d'information remise au moment de l'inclusion (ANNEXE 2).

Cette démarche suivait les principes de finalité (usage exclusif pour le mémoire), de transparence, et de sécurité (informations limitées aux personnes autorisées).

3. Recherche de lieux d'inclusions

Une information sur le travail de recherche ainsi qu'une demande de participation ont été envoyées au cabinet d'un médecin généraliste de Poitiers et aux cabinets libéraux de sages-femmes (Poitiers, Saint-Maixent- l'Ecole, Neuville, Mignaloux-Beauvoir et Saintes).

Des fiches d'informations ont été envoyées aux professionnels ayant accepté l'étude.

La fiche d'information (ANNEXE 2) était donnée à la patiente par le professionnel de santé accompagnée d'une information orale expliquant l'étude.

Une autre fiche (ANNEXE 3) était délivrée le même jour et remplie par la patiente avec son identité et son numéro de téléphone. La signature de la patiente attestait de son accord afin de convenir d'un rendez-vous ultérieurement, par téléphone. Cette fiche était remise à l'étudiante responsable du mémoire.

4. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés soit au moment de l'inclusion si l'étudiante était présente, soit au cours d'un rendez-vous ultérieur. Ils ont ensuite été réalisés seule avec la patiente, au cabinet où elle a été recrutée afin de garantir la confidentialité.

Chaque entretien faisait l'objet d'une information orale itérative sur les objectifs de l'étude, du déroulement de l'entretien, des règles de confidentialité et du droit de refus et de retrait de l'étude. Il était précisé qu'il ne s'agissait pas d'un questionnaire de connaissance mais d'une discussion sur leur prise en charge et leur vécu par rapport à l'infection.

Un consentement oral était demandé à la patiente pour enregistrer l'échange par magnétophone et valider son inclusion.

Les entretiens étaient ensuite réalisés à partir du guide d'entretien.

L'échange débutait par les questions fermées permettant de recueillir certaines caractéristiques sociodémographiques des participants avec leur accord: l'âge, le lieu d'habitation, la profession, le statut matrimonial (célibataire, mariée, pacsée) et l'année de l'infection. Ces données personnelles ont permis la description précise de l'échantillon sélectionné.

Les questions ouvertes permettaient à la patiente de s'exprimer et de donner son opinion. Des reformulations ont été faites pour affiner les réponses de la patiente.

Un temps, à la fin de l'entretien, permettait d'expliquer à la patiente que l'ensemble des questions avaient été abordées et de lui laisser le soin de clore l'entretien en apportant un dernier commentaire.

Après l'échange, une prise de notes immédiate a été effectuée afin de noter les expressions, le lieu et les premières révélations importantes.

L'anonymisation a été possible grâce à un numéro d'identification par ordre chronologique.

V. Analyse

1. Transcription

Tous les échanges ont été retranscrits intégralement sur un support informatique, sous le logiciel Word® mot à mot sans changer le texte et sans interprétation par l'enquêtrice. Les attitudes et les réactions ont été notées entre parenthèses.

Chaque transcription a fait l'objet d'une autocritique pour affiner la pertinence des interventions ultérieures et se familiariser avec les données.

2. L'analyse qualitative des données

L'analyse a été un processus évolutif et continu qui a démarré dès le premier entretien (27). Elle a été effectuée au fur et à mesure du recueil des données, afin de pouvoir réajuster le guide d'entretien en cours d'étude et repérer la saturation des données. L'analyse qualitative a été constituée de trois phases.

→ Première phase : analyse thématique transversale (21).

L'analyse du contenu de l'ensemble des données collectées. On établit ainsi une grille de thèmes communs permettant de coder puis de classer les données transversalement. Le guide d'entretien regroupant 4 thèmes a pu ainsi être enrichi par les réponses apportées lors des entretiens.

→ Deuxième phase : analyse descriptive.

Cette phase n'est plus une simple énonciation des éléments entre eux, elle sert à établir des relations et des interactions entre les différents thèmes

→ Troisième phase : triangulation.

Il s'agit d'une analyse effectuée par une tierce personne.

Grâce à l'utilisation du logiciel NVIVO 8, les analyses de chaque situation ont pu être mises en commun et comparées.

Cette phase permet de renforcer la validité de l'analyse et de limiter la subjectivité de l'enquêteur et ainsi mettre en évidence des thèmes passés inaperçus auparavant

RÉSULTATS

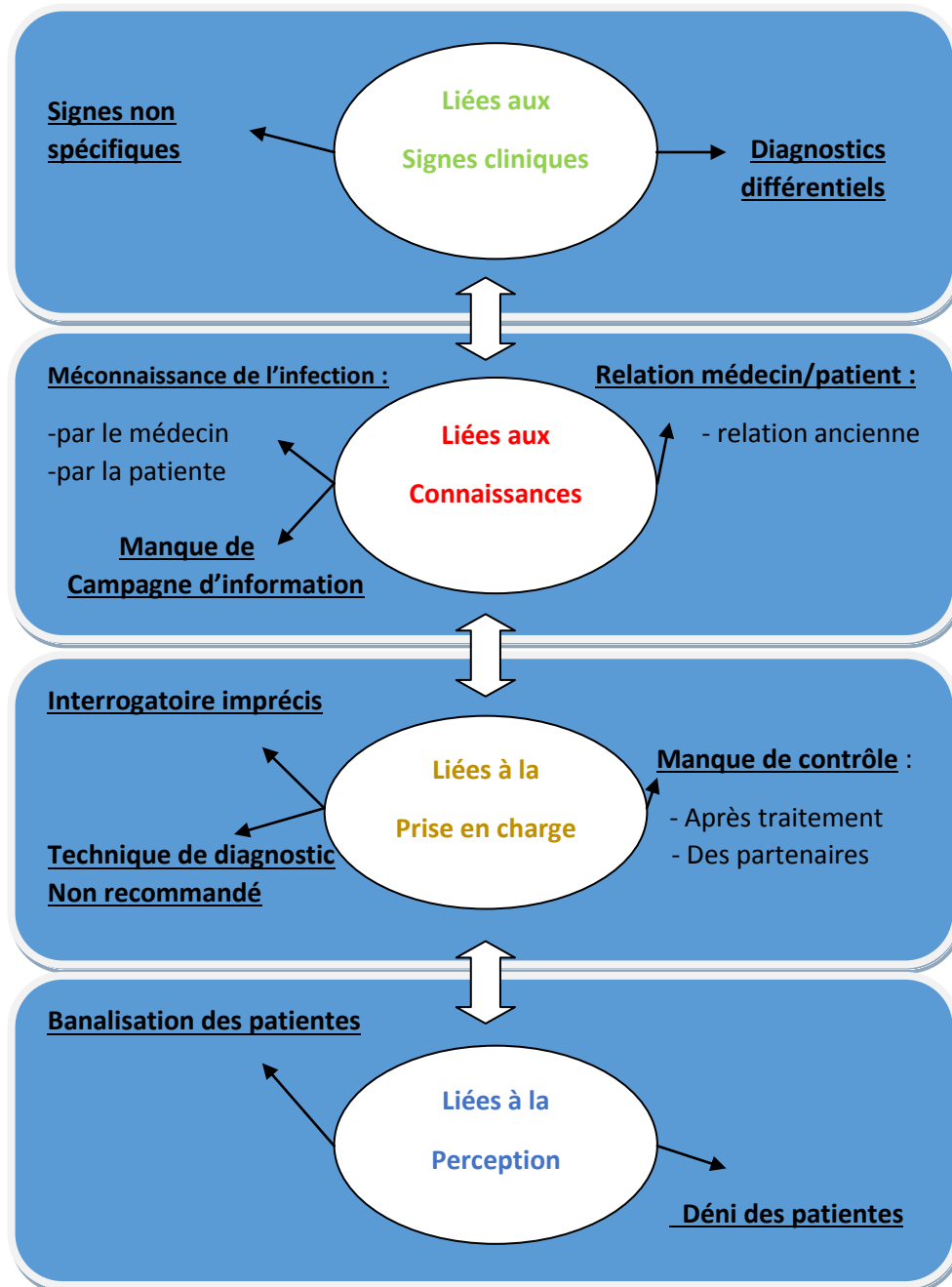
I. Population interrogée et caractéristiques démographiques

→ 12 entretiens de patientes ont été réalisés d'octobre 2014 à mars 2015.

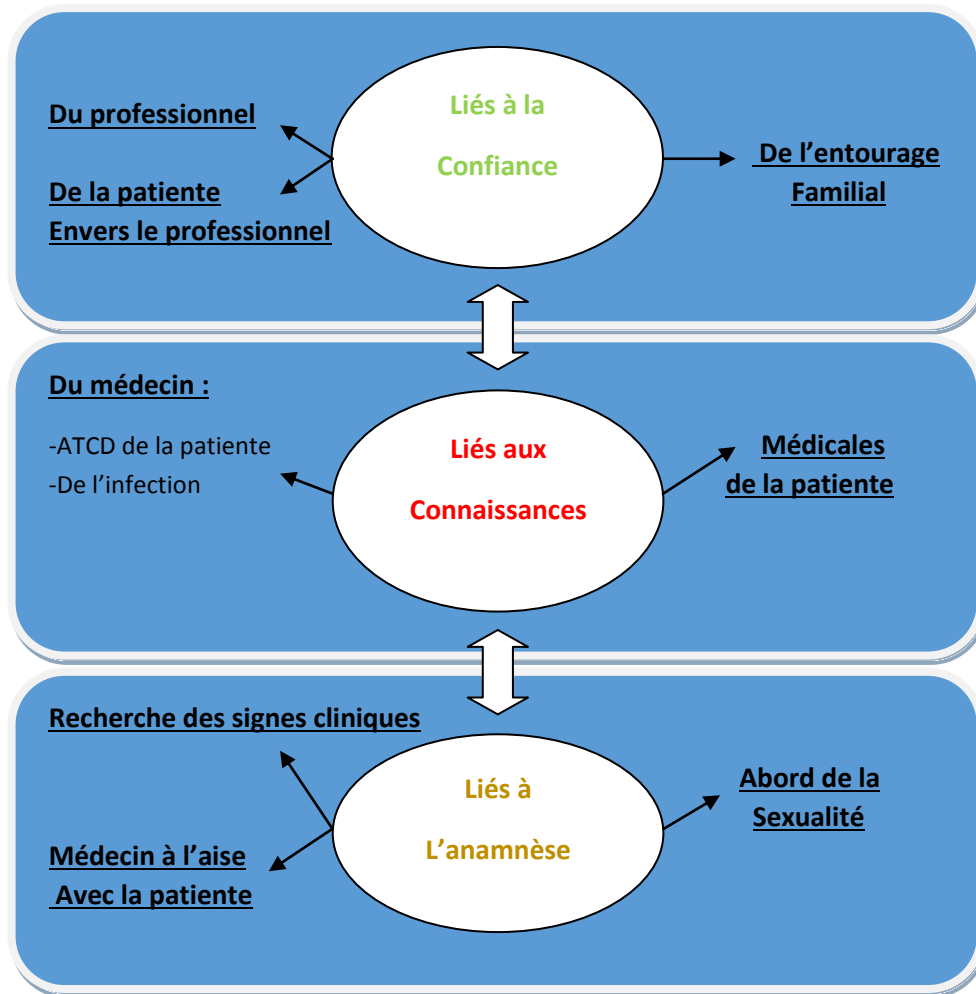
	Age (années)	Domiciliation	Profession	Statut matrimonial	Durée entretien (minutes)
E1	23	POITIERS	Etudiante SF	Célibataire	4
E2	31	MONTAMISE	Assistante de direction	Couple	5
E3	23	NEUVILLE	Assistante dentaire	Couple	10
E4	28	BUXEROLLES	Serveuse	Couple	19
E5	22	POITIERS	Sans emploi	Célibataire	3
E6	21	POITIERS	Etudiante droit	Célibataire	9
E7	22	POITIERS	Etudiante médecine	Célibataire	5
E8	23	SAINT- MAIXENT	Infirmière	Couple	8
E9	22	POITIERS	Sans emploi	Célibataire	6
E10	23	SAINTES	Etudiante SF	Couple	8
E11	26	SAINTES	Secrétaire	Couple	4
E12	35	POITIERS	Aide-soignante	Célibataire	4

II. Aperçu schématique des résultats

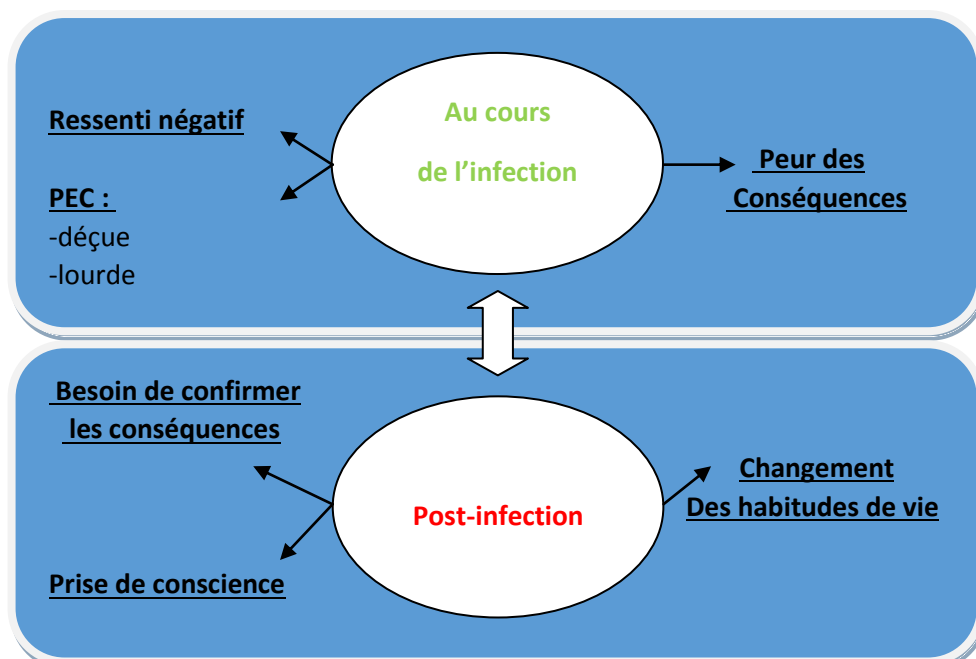
1. Les difficultés du diagnostic de l'infection à Ct



2. Les facilitateurs du diagnostic de l'infection à Ct



3. Vécu de la patiente



4. Professionnels concernés

Les professionnels cités dans les entretiens pour le diagnostic de Ct sont les médecins traitants, les gynécologues et les sages-femmes.

Dans les 12 entretiens, il y a eu 16 diagnostics de l'infection (dont 4 récidives).

La majorité des diagnostics ont été réalisés par les médecins traitants avec 12 diagnostics sur 16.

Temps de diagnostic du plus long au plus court :

-Médecins généralistes : de la première consultation à 2 ans

-Gynécologues : de la première consultation à 5 mois

-Sages-femmes : une seule concernée dans cette étude : diagnostic immédiat

Objectif principal

III. Les difficultés du diagnostic de Chlamydia Trachomatis

1. Liées aux signes cliniques

Symptômes courants (entretiens E1, 2, 3, 5, 6, 7, 10,12).

« Des saignements » « des démangeaisons » « maux de ventre » « brûlures urinaires »

E1 : « on était un peu dans le flou ».

E6 : « J'avais du sang dans mes urines et euh bah ça me brûlait je n'arrivais plus euh en fait ça me brûlait pendant que j'urinais ».

Diagnostics différentiels (entretiens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11,12).

E1 : « Donc on avait traité une mycose plutôt ».

« Une allergie euh parce qu'on avait, oui c'était du Monazol donc on a pensé que c'était peut-être une allergie au produit ».

« On m'a traité pour une infection urinaire et donc c'était pas ça ».

E2 : « Elle m'a dit, alors en gros, je me souviens juste que c'était, soit vous faites une fausse couche vous pouvez perdre du sang, soit vous avez une infection ».

E3 : « elle a cru que j'étais enceinte donc ça m'a un petit peu inquiétée je me sentais pas très bien euh donc elle m'a fait faire une prise de sang pour euh bah pour voir si c'était vraiment le cas et après donc elle s'est rendu compte que non, je n'étais pas enceinte (rire) ».

E7 : « une infection urinaire euh que du coup j'ai eu qu'on m'a soignée comme, infection urinaire et que bé du coup, que j'ai reçu à répétition après ».

E8 : « ça a duré un an avec une infection vaginale tous les mois ».

E11 : « Ils m'ont dit que ça venait de mes intestins (rire) ».

2. Liées aux connaissances/Informations

Défaut de connaissance sur l'infection par le médecin (entretiens 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11).

E3 : « elle m'a expliqué que ça pouvait se développer euh enfin euh que ça pouvait venir que de moi euh, avec, parce que c'était pendant la période de mes examens donc j'étais assez stressée donc elle m'a expliqué que avec le stress ça pouvait se euh se euh développer ».

E8 : « pour lui enfin le gynéco enfin voilà l'avait pris en charge il m'a donné des antibio c'était traité enfin je pense qu'il ne s'est pas inquiété plus que ça ».

E9 : « J'ai été suivie au X et il me disait tout le temps y'a rien ».

Défaut de connaissance de l'infection par la patiente

4 patientes (E1, 6, 7, 10) connaissaient l'infection seulement de nom, aucune ne connaissait les signes, les conséquences ou la gravité de l'infection.

E2 : « elle m'a expliqué ce que c'était car je ne savais pas que c'était une ...voilà, que non ça ne pouvait pas s'attraper à la piscine (rire) car moi naïve à l'époque je pensais ».

E2 : « oh lala le VIH mon dieu et avoir regardé du coup et avoir un peu flippé donc, non non, j'ai dû les recevoir et je suis allée la voir dès que je les ai reçus. ».

E3 : « *je ne savais pas du tout ce que c'était donc euh... ».*

E8 : « *je n'avais pas du tout entendu parler de cette infection ».*

E12 : « *Oh lala la catastrophe ouais ouais beaucoup de pleurs mais bon en fait y'avait beaucoup de mots que je connaissais pas ».*

« J'étais incapable de le prononcer déjà j'étais mal sortie de ma pathologie ».

Rôle des Campagnes d'information (entretiens 2, 3, 11, 12).

E2 : « *Il y avait un gros manque d'information sur exactement ce que c'était, que c'était pas non plus une IST où vous allez mourir enfin voilà je pense qu'il faut dédramatiser ça ».*

« Il y a un manque d'information sur le après et le savoir comment est-ce que du coup il peut y avoir un impact sur la vie derrière quoi, je trouve que ça c'est assez limité par contre ».

E3 : « *on parle souvent du SIDA enfin des... mais les petites maladies enfin les petites c'est pas vraiment petit mais les petites choses à côté, c'est vrai qu'on en parle pas du tout et c'est dommage parce que ça pourrait être dépisté plus tôt je pense. ».*

E12 : « *On parle vraiment que du sida tout ce qui est MST on en parle pas quoi, on parle juste de l'infection du papillomavirus euh mais toutes ces choses-là avec toutes les conséquences et ce que ça peut donner avec les symptômes bah ouais ce serait bien qu'on soit mis plus au courant ».*

Relation médecin/patiente ancienne (entretiens 7, 8, 10)

E7 : « *Bah non vu qu'on avait dépisté une première fois et qu'on l'avait traitée je pense qu'elle a juste assumé que c'était bon enfin c'est vrai que j'étais avec le même copain je ne suis pas quelqu'un qui va voir partout entre guillemets donc je pense qu'elle s'est dit bah je lui fais confiance je ne vais pas plus loin infection urinaire, infection urinaire ce qui est dommage (rire) ».*

E8 : « *Ah bah oui c'est mon médecin traitant qui me suit depuis toute petite donc euh mais pour lui enfin le gynéco enfin voilà l'avait pris en charge il m'a donné des antibio c'était traité enfin je pense qu'il ne s'est pas inquiété plus que ça, oué ».*

E10 : « à cette époque j'avais un peu des conduites à risques mais je ne lui en ai pas parlé, puis je pense qu'elle n'a pas osé le demander ou je sais pas on se voit à l'extérieur c'est peut être plus difficile d'aborder le sujet, quoi ».

3. Liées à la prise en charge

Interrogatoire imprécis (entretiens 2, 3, 7, 8, 9,10)

E3 : « elle m'a posé plusieurs questions euh savoir si j'avais des douleurs euh autre part euh après euh elle, sur le coup, elle a cru que j'étais enceinte ».

E7 : « c'était direct infection urinaire enfin j'ai dit euh je pense qui y'a pas... il s'est pas posé... il a pas été parmi 4 chemins enfin ».

E8 : « il m'a demandé par rapport à mes rapports sexuels à mon ami enfin, si si il s'est intéressé par rapport à ça mais après par rapport au chlamydia il n'en a pas fait de cas hein il n'a pas remis ça sur le tapis ».

Techniques de diagnostic non recommandées (entretiens 2, 8, 10,11).

E2 : « soit vous avez une infection euh et auquel cas je vais vous faire faire une analyse de sang ».

E11 : « ils m'on fait...faire des prises de sang ».

Traitement (entretiens 9,11)

-méconnu :

E9 : « à l'époque c'est lui que j'avais vu et du coup il m'a dit que en gros si je l'avais encore peut être que il m'avait pas donné les bons traitements donc il a préféré m'envoyer vers ce médecin ».

-Mal adapté :

E11 : « Non dès que je l'arrêtais ça revenait ».

**Manque de contrôle après traitement et/ou manque de traitement du
conjoint (entretiens 1,7, 8, 9, 10)**

E1 : « j'ai redemandé un prélèvement de contrôle ».

E8 : « c'était uniquement une consultation pour le traitement en fait quoi pour mettre le traitement en place ouais ouais ouais, je n'ai pas eu d'ordonnance pour un contrôle ».

E9 : « Donc elle m'a appelée en me disant qu'elle me prescrivait un traitement pour le chlamydia et c'est tout ».

4. Liées à la perception

Banalisation (entretiens 1, 3, 5, 7, 12).

E1 : « c'est pas comme le VIH ça fait un peu moins peur ».

E3 : « les petites maladies enfin les petites c'est pas vraiment petit mais les petites choses à côté ».

E5 : « Je trouve pas que ce soit quelque chose de super grave ».

E7 : « ça me paraît un peu une banalité ».

Déni (entretiens 3, 5, 6, 7,11).

E3 : « je ne comprenais pas pourquoi ça arrivait à moi, alors que je suis avec mon copain depuis 6 ans que lui, enfin, il est clean enfin je sais très bien, je lui fais confiance et euh moi de mon côté c'est la même chose ».

E6 : « je fais très attention en principe ».

E7 : « je trouvais ça bizarre euh de me retrouver avec une MST entre guillemets alors que je n'avais pas été avec des 100 et 10 000 ».

E11 : « en gros on m'a dit que c'était que sexuellement transmissible sachant que mon compagnon et moi on avait fait tous les IST ».

Objectifs secondaires

IV. Les facilitateurs du diagnostic de chlamydia trachomatis

1. Liés à la confiance

Du professionnel (entretiens 1, 4, 5, 9, 11)

E1 : « j'avais un stérilet miréna elle pensait que c'était plus judicieux de traiter enfin de faire un long traitement de trois semaines ».

E4 : « elle a plutôt émis un diagnostic elle avait l'air sûre d'elle ».

E9 : « je ne sais plus par rapport à quoi mais elle m'a dit que en gros c'était ses signes ».

E10 : « Euh non elle a mis un spéculum elle a regardé et tout de suite elle m'a dit bon pour moi c'est la chlamydia ».

De la patiente envers le professionnel (entretiens 4, 8, 12).

E4 : « Ouais elle était vraiment ... elle avait l'air très sûre d'elle euh je lui fais confiance ».

E8 : « quand je suis retournée chez la sage-femme et qu'elle a retrouvé cette infection-là et que j'ai vu que j'étais beaucoup mieux prise en charge à ce niveau-là que mon médecin traitant déjà je me suis sentie réassurée ».

« J'ai eu espoir entre guillemets et je l'ai mieux pris en fait que la première fois enfin ça m'a pas assommée ».

E12 : « j'ai été vite rassurée par le docteur et l'interne j'ai été vite entourée ».

De l'entourage familial (entretien 7, 8).

E7 : « ma mère m'en avait parlé euh en mode négatif négatif ».

E8 : « j'en ai parlé donc voilà un peu à ma mère avec qui je suis proche donc euh là dessus il n'y avait pas de problème et du coup elle m'a emmenée chez le gynécologue ».

« Au bout d'un moment enfin j'en ai parlé un peu dans ma famille du coup ma belle-sœur m'a conseillé une sage femme donc je suis allée la voir donc elle a repris mon dossier tout à zéro et elle m'a refait les examens enfin euh comment dire le frottis enfin tout et en recevant les examens il s'avère que le virus du chlamydia était toujours présent ».

2. Liés à la connaissance

Médicale de la patiente (entretiens 1,3, 5, 6, 7, 9, 10, 12).

E1 : « je crois que j'ai pas pris le traitement parce que ça euh ... (rire) je savais que c'était pas ça et donc après je suis retournée la voir une semaine après »

« J'ai redemandé un prélèvement de contrôle deux semaines après l'arrêt du traitement »

E10 : « je lui ai demandé un dépistage pour les IST ».

E12 : « j'ai été voir mon médecin traitant auquel je me suis vraiment bah très inquiétée car on connaît son corps et là je me suis dit qu'il y a quelque chose que ça ne va pas du tout donc de là je lui ai réclamé un frottis il m'a dit on va faire ça en premier lieu et en fait bah le frottis c'est là qu'il s'est révélé positif »

Du médecin (entretiens 1,2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12).

E1 : « j'avais un stérilet miréna elle pensait que c'était plus judicieux de traiter enfin de faire un long traitement de trois semaines ».

E3 : « elle a demandé aussi si bah euh, vu que j'étais avec mon conjoint euh si lui avait des signes ou pas, parce que en fait elle m'a expliqué que c'était bah que c'était transmis par voie sexuelle donc euh, du coup, bah moi je ne savais pas du tout si ça pouvait venir de lui donc lui il a fait un prélèvement aussi de son côté euh qui était négatif ».

E6 : « vu que j'ai refait des tests je sais plus trop comment ça s'est passé et du coup là en fait ils se sont rendu compte que le traitement n'était pas adapté ».

E8 : « à chaque fois j'ai eu des frottis pendant un moment avec elle parce qu'elle m'a dit que ça mettait énormément de temps à partir le virus du coup j'ai eu des frottis jusqu'à ce que le test revienne négatif ».

Des antécédents de la patiente (entretien 5 et 8).

E5 : « j'ai appris qu'il y avait eu infidélité et juste derrière j'ai commencé à avoir des signes assez euh, assez euh assez euh bah voilà qui me rappelaient quelque chose ».

E8 : « Bah oui parce qu'elle m'a posé énormément de questions en fait sur tous mes antécédents ».

3. Liés à l'anamnèse

Signes cliniques

→ Les plus fréquemment retrouvés :

- brûlures urinaires (E1, 6, 7,12).
- saignements anormaux (E2, 3, 5,11).
- douleurs ventre, côtes (E4, 8, 9, 10).
- pertes anormales (jaunâtres ou leucorrhées) (E8, 9, 12,10).
- prurit (E1, 5, 11).

→ Cités dans un entretien :

- brûlure vulvaire E1
- dyspareunies E10
- douleurs seins, sensation de masse E12

Complications

E4 : « Fitz Hugh Curtis » (ref glossaire p6).

E11 : « j'ai eu une coelioscopie pour libération des adhérences parce que effectivement l'infection a fait des dégâts l'infection était haute c'était en 2012 ».

Connaissance des signes cliniques par le médecin (entretiens 4, 8, 12).

E8 : « il m'a demandé tous les symptômes que j'avais et puis après il m'a examiné hein et voilà et puis euh du coup euh donc lui il était parti donc sur euh sur le chlamydia ».

E12 : « *l'interne m'avait examinée en fait qui remplaçait le docteur X qui m'avait vu la première fois m'a dit qu'il y avait pas de kyste, qu'il y avait rien j'étais arrivée à un stade où il était temps de prendre euh ... faire vite une prise en charge en fait une prise en charge médicamenteuse très rapide* ».

Abord de la sexualité (entretiens 2,6 ,8 11, 12).

E2 : « *Oui elle m'a posé des questions, elle savait que j'étais en couple qu'avec qu'une seule personne que ça faisait longtemps que j'étais avec cette même personne* ».

E6 : « *elle m'a demandé si j'avais couché avec d'autres partenaires euh après euh mon copain si je m'étais protégée pendant ces actes* ».

E8 : « *Bah il m'a posé toutes les questions, si j'avais eu des rapports euh, après par rapport à mes règles et puis bah après il m'a demandé tous les symptômes que j'avais* ».

Médecin plutôt à l'aise avec la patiente (entretiens 1, 2, 4, 5,12)

E1 : « *Ah oui oui, (rire) très à l'aise* ».

E3 : « *Oui très à l'aise, très à l'aise* ».

E5 : « *le médecin a plutôt été à l'aise pour parler de sexualité ?*

Ouais, ouais, ouais ».

V. Vécu de la patiente

1. Au cours de l'infection

Par rapport à soi (entretiens 1, 3, 8, 9,12)

E1 : « *C'était vraiment très... très très handicapant et ça fait vraiment très mal* ».

E3 : « *c'est pas vraiment un bon souvenir* ».

E8 : « *j'en ai pleuré de tout à force depuis un an* ».

E9 : « *je me sens pas saine quoi* ».

E12 : « *Hmmm comment je l'ai vécu bah pourvu que ça revienne pas (rire) ouais voilà pas très bien personnellement* ».

Par rapport à la prise en charge (entretiens 7, 10,11).

E7 : « *je suis déçue de la prise en charge* ».

«*La prise en charge clairement n'est pas ... n'est pas suffisante et clairement l'accompagnement est catastrophique* ».

E10 : « *je suis allée voir le proctologue puis j'ai fait deux échographies ensuite une prise de sang puis le prélèvement au labo donc ça m'a pris du temps pour les rendez-vous et surtout avancer l'argent à chaque fois en tant qu'étudiante c'est un peu compliqué* ».

E11 : « *Au deuxième hôpital parce que du coup j'avais plus confiance au premier comme il m'avait relâché en disant non non vous avez rien...* ».

Par rapport aux conséquences (entretiens 1, 4, 5, 6, 7, 11,12).

E1 : « *quand on sait les conséquences que ça a on a forcément un peu peur* ».

E4 : « *j'ai eu un peu peur quand même sur euh bah les conséquences sur ce que ça allait entraîner* ».

E8 : « j'avais juste peur des conséquences ».

2. Post-infection

Besoin de confirmation des conséquences (entretiens 7, 9,11).

E7 : « ce qui m'embête le plus maintenant c'est que ça fait trois ans que je l'ai et que personne s'en rend compte et que même maintenant quand j'en parle aux médecins ou que je leur dis que je l'ai y'a personne qui m'a proposé de ... un test pour vérifier par exemple il y a des possibles stérilités ».

E9 : « ça peu rendre stérile on m'a dit enfin ça m'angoisse un peu quoi, on se demande toujours si ça a attaqué enfin si c'est trop tard ou quoi enfin voilà ».

E11 : « Bah ce qui m'inquiète c'est la stérilité ».

Changement (entretiens 3,11).

E3 : « Je me sentais mal même vis-à-vis de mon conjoint, c'était pas facile à gérer ».

E11 : « J'ai toujours actuellement des douleurs pendant les rapports, toujours une fragilité avec des saignements pendant les rapports ».

« Au niveau de l'intimité avec mon conjoint sachant que ça a duré des mois et des mois il a fallu déjà prendre son mal en patience on va dire ça comme ça et puis même à l'heure actuelle on est obligé d'avoir des relations différentes qu'on avait avant pour éviter les douleurs et tout ça quoi ».

Prise de conscience (entretiens 1, 5,6).

E1 : « ça me force à être plus vigilante (rire) ».

E5 : « je me suis juste dit que après qu'il fallait quand même faire attention car au final ça traine pas mal, parce que voilà ».

E6 : « ça faisait quatre mois qu'on était ensemble il y avait une confiance qui s'était installée, j'me suis dit au bout de quatre mois c'est bon finalement c'était pas une bonne idée ».

VI. Changement de mentalité

Dans la perception qu'une IST n'est plus un tabou (entretiens 1,8).

E1 : *« finalement c'est assez banal chez beaucoup de femme donc euh donc voilà ce qui compte c'est d'être traitée et de ne plus avoir mal (rire) ».*

E8 : *« j'ai jamais par contre eu honte d'avoir ça ».*

Pas dans le comportement (entretiens 4,5, 6, 10)

E4 : *« Bah comment j'ai réagi euuuh bon c'est, c'est de ma faute je... voilà ».*

E5 : *« je l'ai avancé moi-même du fait que oui (rire) effectivement j'ai eu un rapport à risques euuuh » c'est moi qui ai un petit peu fait la folle en soirée donc voilà j'ai croisé quelqu'un j'ai pas fait attention avec l'alcool ».*

E6 : *« très libertaire et du coup y'avait une fille qui avait eu la chlamydia qui l'a passée un peu à tout le monde et moi heureusement que j'y ai échappé parce que j'avais pas de relation avec ma collègue ».*

« J'ai déjà fait deux trois fois des tests car je considère que même si on met des préservatifs il faut quand même vérifier de temps à autre puis j'avais fait des tests juste avant d'être avec lui j'avais rien du tout ».

E10 : *« à cette époque j'avais un peu des conduites à risques ».*

DISCUSSION

I. Résultats attendus

Nous nous attendions à retrouver des résultats déjà décrits dans la littérature lors de

Notre étude recherchant les difficultés au diagnostic de *Ct* concernant :

- Les signes cliniques peu spécifiques
- Le manque de recommandation pour les soins primaires
- La difficulté pour les médecins d'aborder la sexualité
- Le manque de connaissance de l'infection par les patientes

II. Résultats originaux

Notre étude a aussi permis de mettre en avant des résultats originaux

Pour les difficultés

- Le manque de contrôle et/ou traitement des partenaires sexuels
- Le manque de connaissance de l'infection par les professionnels
- Une relation médecin/patient ancienne favorisant le retard de diagnostic

Pour les facilités

- Implication et connaissances médicales des patientes

Pour le vécu

- Banalisation de l'infection à *Ct*
- IST non taboue

III. Forces et faiblesses méthodologiques de cette étude

Les méthodes qualitatives permettent d'explorer les opinions, les croyances et les pensées de la population (21). Notre question de recherche devait montrer en partie les ressentis des personnes, ce qui est tout à fait adapté avec une approche qualitative.

La recherche qualitative est appropriée quand les facteurs sont subjectifs et donc difficiles à mesurer et s'intéressent plus à la diversité des comportements qu'à leur fréquence (21).

Pour le recrutement des patientes, la modalité de prise de rendez-vous n'était pas toujours facile. Avant la prise de rendez-vous, un appel téléphonique permettait de se présenter puis de répondre aux questions sur le déroulement de l'enquête. Il n'était pas toujours évident de joindre les patientes qui travaillaient. Malgré leurs accords et des messages laissés sur répondeur, si les patientes ne donnaient pas suite, cela signifiait peut être un changement d'avis et donc un refus de participation à l'étude. Ainsi deux entretiens n'ont pas pu être réalisés pour ces raisons.

1. Le déroulement de l'enquête

Biais interne

L'enquêtrice s'est présentée comme étudiante sage-femme, le fait d'être du même genre a pu faciliter la discussion pour parler de la sexualité de la patiente.

A l'inverse, le fait d'appartenir à une profession médicale a pu développer une réticence à se confier de la part des patientes et à juger leur médecin (28) (29).

Biais externe

L'enregistrement vocal est un frein au recueil de données. Cet outil est très important en entretien afin de pouvoir retranscrire l'interview au mieux par informatique (21) (25).

La présence du dictaphone a toujours été acceptée. Néanmoins, certaines enquêtées étaient visiblement gênées par sa présence. La gêne disparaissait le plus souvent au bout de la deuxième ou troisième question.

Biais de sélection

Peu de personnes de la tranche d'âge de plus de 35 ans ont été interrogées, d'autres résultats auraient peut-être été mis en évidence mais cela s'explique par une fréquence plus élevée de l'infection entre 18-24 ans.

La population provient essentiellement du Poitou-Charentes, d'autres résultats auraient peut-être été mis en évidence si d'autres régions étaient concernées.

Biais d'information :

→ Biais d'investigation

Les réponses étaient parfois constituées d'onomatopées ou de signes de tête, l'enquêtrice s'efforçait alors de les faire reformuler. Il y a donc des interventions de l'enquêtrice au cours des entretiens, ce qui majore le risque de biais d'investigation (21) (29).

→ Biais de mémorisation

Quand l'infection était ancienne certaines patientes avaient oublié certain détail de leur prise en charge globale. Nous avons essayé d'atténuer ce biais en posant des questions simples lors de l'interrogatoire.

2. La recherche de validité interne et externe

Validité interne

La crédibilité des résultats découle de la subjectivité du chercheur (30). En effet, pour que les observations restent fidèles à la réalité il faut les confronter à la triangulation. Pour cette étude, une triangulation par codage par une tierce personne et une confrontation des 2 analyses ont été choisies afin de développer une réflexion, de diminuer la subjectivité en discutant des divergences et de découvrir de nouveaux thèmes (21) (25). La personne qui était impliquée dans la triangulation faisait partie du domaine médical mais en tant qu'employée et non en tant que professionnelle médicale ce qui a apporté une facilité de compréhension dans le langage médical et en même temps une objectivité différente à l'analyse et ainsi, a permis de diminuer les biais d'interprétation.

Validité externe

La recherche de la validité externe pose le problème de reproductibilité des résultats. Cela implique d'avoir interrogé suffisamment de patientes pour que les données soient représentatives d'un groupe plus général. Cela s'évalue par la saturation des données. Elle s'obtient lorsqu'aucune donnée nouvelle n'est relevée lors des derniers entretiens (21) (31). Ce qui était le cas pour les trois derniers entretiens réalisés dans cette étude.

IV. Discussion des résultats et confrontation à d'autres études

1. Difficultés du diagnostic de Ct

→ Liées aux connaissances

Le manque de connaissances des médecins entraînent un retard de diagnostic

On constatait que le caractère récidivant, les signes cliniques et les traitements de l'infection à Ct n'étaient pas connus par tous les professionnels.

Dans l'entretien 8 et 9, quelque temps après le traitement de leur première infection à Ct, les patientes présentaient une récurrence avec à nouveau des signes cliniques. Les professionnels de santé n'avaient pas reconnu ces signes et malgré la connaissance de l'ATCD de leurs patientes ils n'avaient pas réalisé à nouveau le diagnostic. Ce qui a entraîné un retard de diagnostic d'un an pour l'une et de quatre mois pour l'autre. E8 : *« Ah ça a duré un an avec une infection vaginale tous les mois »*. E9 : *« J'ai été suivie au X et il me disait tout le temps y'a rien »*.

Certains médecins avaient envoyé les patientes à un confrère par manque de connaissance sur les traitements. E9 : *« à l'époque c'est lui que j'avais vu et du coup il m'a dit que en gros si je l'avais encore peut être que il m'avait pas donné les bons traitements donc il a préféré m'envoyer vers ce médecin »*. L'infection à Ct semble être un cas à part, elle est moins connue et souvent oubliée par les médecins généralistes par rapport aux hépatites virales, à la syphilis et au VIH (32).

Le manque de connaissance des patientes

La méconnaissance de l'infection des patientes favorise aussi le retard du diagnostic de Ct. Par exemple, certaines ne connaissaient pas le mode de transmission, donc elles n'allaient pas spontanément dire aux médecins qu'elles avaient eu des rapports à risques.

E2 : « *non ça ne pouvait pas s'attraper à la piscine (rire) car moi naïve à l'époque je pensais* ». Une grande majorité, ne connaissait ni les signes, ni le nom de l'infection donc n'allait pas consulter. En effet, la majorité connaissait les IST surtout le VIH mais peu connaissaient l'infection à Ct (33). Cette méconnaissance des IST représente ainsi un facteur de risque d'infection (34).

On remarquait une banalisation de l'infection en lien avec le manque de connaissance. Dans la plupart des entretiens on retrouvait une peur importante et dominante du SIDA, par contre les autres IST étaient moins redoutées. E1: « *c'est pas comme le VIH ça fait un peu moins peur* », Ct est considérée comme « *petite infection* » (E3) à côté du VIH.

Ces banalisations associées à un manque de connaissance favorisent la hausse des conduites à risques et ainsi augmentent les transmissions de l'infection à Ct. D'après l'InVS, les IST hors VIH, sont en progression. Depuis 2000, le nombre d'infections à Ct, la plus fréquente des IST, continuent d'augmenter, « *Cette augmentation reflète à la fois un accroissement des pratiques de dépistage et, dans une moindre mesure, une hausse des contaminations* » (35).

Les connaissances médicales des usagers se font en grande partie par les campagnes d'informations. Dans l'étude, les campagnes d'informations ont souvent été citées. Les patientes parlent d'un manque d'information médiatique en ce qui concerne toutes les IST sauf le VIH.

E12 : « *On parle vraiment que du sida tout ce qui est MST on en parle pas quoi* ».

Certaines auraient aimé être informées des signes et des conséquences de l'infection à Ct. Si les patientes se sentent si peu informées (33), une nouvelle campagne serait-elle nécessaire ?

Lors des dernières campagnes, le média choisi était Internet, des vidéos ont été diffusées (du 3 septembre au 15 octobre 2012). Leur but était de renvoyer vers le site créé par l'Inpes (36), qui rassemble les informations concernant la prévention et le dépistage des principales IST. Des bannières Web et une opération sur Facebook ont aussi été créées, le but était de toucher au maximum les jeunes qui sont le plus concernés par cette infection. Cette campagne avait pour objectif d'informer sur la maladie, ses conséquences pour la santé et l'absence de symptômes. Il s'agit aussi de banaliser son dépistage et de souligner l'efficacité

des traitements existants. Une campagne plus récente de 2014, passait par des affiches où seulement les noms des IST étaient cités. Elle insistait surtout sur l'utilisation du préservatif.

Une nouvelle campagne axée sur les mêmes objectifs que celle de 2012, serait sûrement nécessaire. La répétition des informations par l'intermédiaire des campagnes d'informations est nécessaire et jugée efficace sur les usagers (37).

Relation médecin/patiente ancienne

On remarquait dans certains entretiens que lorsque la relation médecin/patiente était ancienne il y avait parfois un retard au diagnostic.

Deux suppositions en ressortaient :

Les médecins de famille allaient plus facilement faire confiance à leur patiente à tort. E 7 « *je pense qu'elle s'est dit bah je lui fais confiance je ne vais pas plus loin infection urinaire, infection urinaire ce qui est dommage (rire) »*

Les médecins de famille avaient plus de difficultés pour aborder la sexualité avec leur patiente. E10 : « *à cette époque j'avais un peu des conduites à risques mais je ne lui en ai pas parlé, puis je pense qu'elle n'a pas osé le demander ou je sais pas on se voit à l'extérieur c'est peut être plus difficile d'aborder le sujet, quoi* ». Une étude australienne (38) (39) montre une relation significative entre l'embarras et la probabilité d'évaluer le mode de vie sexuelle. En effet, quand la relation médecin/patient est nouvelle les médecins se sentent détachés de leur nouveau patient et sont sans a priori sur leurs possibles comportements à risques, cela semble alors le moment idéal pour aborder les IST (37). Selon une étude américaine (1990), seuls 11% des médecins questionnent leurs patients sur leurs comportements à risques. Les médecins hésitent à aborder le thème. Ils avancent le fait qu'ils n'aient pas le temps ni la formation adéquate pour le faire. Certains se sentent incompetents à ce sujet (40). Cette difficulté peut favoriser un retard de diagnostic, l'ancienneté de la relation pourrait augmenter les difficultés de communication en rapport avec l'intimité.

→ Liés à la PEC

Des signes peu spécifiques

Dans la majorité des cas un autre diagnostic était proposé avant celui de l'infection à *Ct*. La difficulté pour le médecin était le peu de spécificité des signes d'une infection à *Ct*, notamment les signes fonctionnels urinaires (SFU) qui peuvent orienter à tort vers une infection urinaire (E1, 6, 7,12), le prurit qui faisait penser à des mycoses (E1, 5,11) ou encore des saignements anormaux qui menaient vers une fausse couche (E2, 3,5). Les signes cliniques étaient peu intenses, les douleurs pelviennes avaient des caractéristiques très variables avec ou sans cervicite (4) (5).

Les signes fonctionnels urinaires(SFU) faisaient partie des signes les plus fréquemment retrouvés dans les entretiens. On a vu que lorsque l'on prend en compte ces signes, le taux symptomatique des patientes pour l'infection à *Ct* devenait plus important (19). Dans l'entretien 7, la patiente avait fait pendant 2 ans des infections urinaires à répétition, une fois le diagnostic réalisé et le traitement pris elle ne présentait plus de SFU. Une étude réalisée sur 154 femmes âgées de 14 à 22 ans, concluait que les adolescentes présentant des signes urinaires devraient être testées à la fois pour rechercher une infection urinaire et une infection sexuellement transmissible, dont la *Ct* (41).

Défaut de l'anamnèse

Les patientes ne pensaient pas que des éléments de leurs vies étaient importants donc elles n'avaient pas exprimé spontanément de plainte au médecin. Comme pour l'entretien 10 : « *je ne lui en ai pas parlé, puis je pense qu'elle n'a pas osé le demander* ». Il faut que ce soit le professionnel qui fasse une recherche active pour avoir tous les renseignements. Si la recherche n'est pas faite un retard peut avoir lieu, l'entretien cité présentait un retard de deux ans en partie expliqué par la non recherche des signes par le médecin au début de l'infection. On retrouve cette notion dans une étude de 2014, qui a étudié la place de l'interrogatoire standardisé dans le cadre du dépistage. Elle montre que lorsque les signes fonctionnels sont recherchés ils sont présents chez la majorité des femmes infectées à *Ct* (42).

L'interrogatoire standardisé serait peut-être une solution pour avoir une anamnèse plus précise dans le cadre du diagnostic. C'est cette technique qui, dans l'étude, a permis de

décélérer la plupart des signes, il concluait même que cet outil serait plus adapté pour une situation de diagnostic plutôt qu'une situation de dépistage (42). L'interrogatoire standardisé permettrait à la fois d'augmenter le diagnostic précoce et ainsi éviterait les complications (19) (43). D'un point de vue économique cela diminuerait le coût des complications. D'autant plus que cet outil est simple à mettre en place et peu coûteux (44).

Technique de diagnostic non recommandée

Certains professionnels ont utilisés la sérologie en première intention pour faire le diagnostic de Ct. Pour la HAS, le sérodiagnostic de chlamydia est à réaliser en deuxième intention (1), car il ne distingue pas le type de chlamydia présent et surtout, ne permet pas de différencier une infection active d'une infection ancienne (44). La sérologie est réservée pour des indications précises : à la PMA et pour les infections hautes. C'est le prélèvement vaginal qui est recommandé en première intention, il est plus sensible et plus spécifique (1). Dans l'entretien 10, le médecin avait prescrit une sérologie qui revenait positive, ce qui conduisait à une autre consultation où elle prescrivait à la patiente un prélèvement vaginal qu'elle devait aller faire au laboratoire. Le prélèvement vaginal aurait permis un diagnostic plus rapide dès la première consultation. D'un point de vue économique, il aurait évité une consultation et une prise de sang. Les recommandations de la HAS concernent essentiellement les gynécologues (1). Serait-il nécessaire d'avoir une recommandation pour les médecins généralistes et des sages-femmes ?

Absence de contrôle et/ou traitement des partenaires

Certaines patientes ont fait des récurrences de l'infection à Ct et n'avaient pas bénéficié de contrôle après traitement. Dans l'entretien 8, la patiente n'a pas eu de contrôle et son conjoint était négatif. Elle a fait une infection vaginale par mois pendant 1 an avec à chaque fois des antibiotiques. Un contrôle aurait sûrement repéré que l'infection était toujours présente après le traitement et un simple changement thérapeutique aurait pu éviter 1 an de douleurs et d'antibiotiques à la patiente. E8 « *j'en ai pleuré de tout à force depuis un an enfin quand ça dure encore une ou deux je veux bien mais quand c'est tout le temps* ». Dans l'entretien 7, elle se fait traiter pour une première infection et quitte son copain. Lorsqu'elle retrouve un nouveau partenaire, après la période d'incubation, il présente les signes de

l'infection. Sans contrôle et avec des signes non spécifiques, elle ne savait pas qu'elle avait toujours l'infection et l'a transmise.

Y aurait-il un manque de contrôle après traitement ? On a vu que le traitement de première intention, c'est-à-dire l'azithromycine monodose a une efficacité à 95% des cas (4) ce qui justifie l'avis de la HAS en 2010, qui ne recommande pas de contrôle systématique après le traitement (1). La difficulté retrouvée ici ne serait donc pas due à un manque de contrôle après traitement mais plutôt un manque de contrôle en lien avec l'observance de la patiente et/ou au traitement du partenaire. En effet, on recommande plutôt le traitement du ou des partenaires sexuels (5). L'OMS en 2005, recommande activement de traiter tous les partenaires : « Les partenaires sexuels des patients atteints d'IST sont probablement eux aussi infectés et un traitement doit leur être proposé. La propagation des IST et la réinfection sont évitées si les partenaires sexuels consultent pour connaître le diagnostic et recevoir un traitement » (45). De plus, des infections répétées entraînent une inflammation chronique et donc des complications telles que la stérilité tubaire (46). Le traitement du partenaire a donc pour objectif de diminuer la propagation de la bactérie et d'éviter la réinfection et ainsi de diminuer les complications (1).

L'échec thérapeutique est dû soit au choix de l'antibiotique, soit à une recontamination de la patiente par le partenaire non traité, soit à une inobservance et/ou abandon du traitement par la patiente ou son partenaire (47) (48).

Un contrôle à distance de l'infection serait peut être nécessaire afin de diagnostiquer une éventuelle réinfection. A l'étranger, il existe des recommandations sur les contrôles, par exemple aux USA, on préconise deux contrôles : un post traitement à 5 semaines de l'arrêt de celui-ci et un contrôle pour une éventuelle réinfection à 3-6 mois car 10 à 15 % des infections persistent après le traitement (49). Au Canada, un contrôle après traitement est réalisé 3 semaines après l'arrêt de celui-ci. (50).

2. Facilitateurs du diagnostic de Ct

→ La confiance

La confiance accordée aux professionnels par les patientes est importante, c'est une des bases de la relation médecin/patient. Dans les entretiens, on constatait que les patientes

qui avaient confiance en leurs professionnels de santé, se confiaient plus facilement et ont mieux vécu le diagnostic de l'infection (51).

Autre confiance abordée avec les patientes celle de l'entourage familial. Quand les patientes étaient incertaines sur leurs signes, elles demandaient l'avis, soit à leurs parents, soit pendant un repas familial. La famille lui recommandait soit de consulter, soit de changer de professionnel, cela a permis le diagnostic de l'infection à Ct. On retrouve cette notion dans une étude où la mère est considérée comme la source d'information principale en termes de santé et facilite la rencontre avec le praticien de santé (37).

→ Anamnèse

Dans les difficultés au diagnostic on a vu que le médecin n'était pas à l'aise pour aborder la sexualité. Pourtant du côté patient c'est l'inverse. Les patientes avaient toutes trouvé les professionnels à l'aise pour parler de ce thème. Une étude Suisse, montre que la majorité des personnes trouvaient normal qu'un médecin leur pose des questions sur leurs vies sexuelles et l'abord de la sexualité apparaît possible côté patient en médecine générale (52). Si les patientes trouvent le professionnel à l'aise l'anamnèse devrait être réalisée plus facilement et toutes les informations nécessaires au diagnostic seraient présentes.

3. Vécu

La plupart des patientes avaient assez mal vécu l'infection à Ct. Les signes cliniques étaient contraignants et douloureux. Certaines s'étaient senties mal accompagnées, avec une prise en charge trop superficielle. Les patientes avaient une réelle peur des conséquences de l'infection. On ne retrouve pas d'étude sur le ressenti des patientes par rapport à cette infection.

On remarquait une prise de conscience mais seulement après l'infection à Ct. E1 : *« ça me force à être plus vigilante (rire) »* ; E5 : *« je me suis juste dit que après qu'il fallait quand même faire attention car au final ça traîne pas mal, parce que voilà »*. La majorité des jeunes pensent que le risque d'avoir une infection à Ct est très faible même si elles s'engagent dans des comportements à risques (37). Il faudrait réussir à faire en sorte que cette prise de conscience se fasse avant d'avoir une IST. Les campagnes d'informations ou les interventions dans les collèges seraient-elles insuffisantes ? Ou faudrait-il faire des groupes de paroles de jeunes avec des intervenants de même âge qu'eux ayant eu une IST.

V. La place de la sage-femme

Les sages-femmes peuvent être confrontées au diagnostic de l'infection à *Ct* comme nous le montre notre étude (E8).

En effet, l'article L.4151-1 du Code de la santé publique dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit désormais que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique »(20).

Ainsi dans le suivi gynécologique, la sage-femme est en contact avec des jeunes femmes. Elle assure la mise en place et le suivi de la contraception et peut donc évaluer les conduites à risques des jeunes femmes et dans tous les cas leur proposer un diagnostic lors des consultations gynécologiques si des signes ou des conduites à risques lui sont révélés.

VI. Propositions et ouverture suite à l'étude

→ Une campagne d'information

Une nouvelle campagne pourrait être intéressante pour renouveler les connaissances de la population au sujet des IST. En essayant d'y introduire les signes cliniques les plus fréquents, les conséquences des infections, ainsi que les méthodes de diagnostic.

→ Des études quantitatives

Les études qualitatives sont très intéressantes pour obtenir tout le panel de réponses possibles. Si nous souhaitons évaluer les difficultés du diagnostic de l'infection à *Ct* en recherchant la proportion des divers freins mis en avant, il faudrait réaliser une étude quantitative en s'appuyant sur nos données avec un échantillon plus grand.

Il serait aussi intéressant d'évaluer les connaissances de l'infection par les professionnels de santé. L'étude ferait suite à des interventions auprès de professionnels de santé sur la Chlamydia (dans le cadre de la formation médicale continue).

CONCLUSION

Notre étude avait pour but de déterminer les difficultés et les facilitateurs du diagnostic de *Ct* exprimés par des femmes ayant eu cette infection. Nous souhaitons également relever les signes cliniques de l'infection et recueillir le ressenti ainsi que le vécu de ces patientes.

Nous avons pu mettre en évidence des difficultés liés à la prise en charge, en effet on avait relevé un manque de contrôle et/ou traitement du partenaire sexuel. Il existait aussi une difficulté en lien avec une relation médecin/patient trop ancienne. Enfin, le manque de connaissance de l'infection et le manque de spécificité des signes entraînent un réel retard de diagnostic.

L'un des premiers facilitateurs du diagnostic exprimé, était la confiance ; envers le professionnel et envers l'entourage familial de la patiente. L'attitude du professionnel était aussi importante, en effet quand les patientes le trouvaient à l'aise pour aborder leur sexualité, le dialogue était favorisé.

Une majorité des interrogées avaient un mauvais vécu de l'infection et une prise de conscience chez certaine était faite après la guérison de celle-ci.

Le nombre de cas à *Ct* ne cessant pas de progresser ces dernières années, il est essentiel de diagnostiquer les cas symptomatiques et de dépister leurs partenaires afin de limiter les transmissions et les réinfections.

Compte tenu des difficultés exprimées par les interrogées, nous proposons de mettre en place une nouvelle campagne publicitaire basée sur les signes cliniques, les méthodes de diagnostics simples et les conséquences de l'infection. Nous proposons également une nouvelle formation médicale continue pour les professionnels afin de pallier au défaut de connaissances de cette infection.

ANNEXES

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Les difficultés du diagnostic clinique

Chlamydia trachomatis

NUMERO D'IDENTIFICATION de la patiente :

Phrase en italique = aide pour l'enquêteur.

A. Questions fermées

- Age : ans
- Profession :
- Lieu d'habitation :
- Situation : Couple ☐ Célibataire ☐
- Année de l'infection :

B. Manifestation de Chlamydia trachomatis

1. Avez-vous déjà entendu parler de l'infection à Ct avant d'être concernée ?
2. Lors de la première consultation, pour quel(s) signe(s) avez- vous consulté ?
Symptômes? Durée entre le premier symptôme et la 1ère consultation ?
3. Quel médecin êtes-vous allé voir ?
4. En début de consultation, comment s'est déroulé l'interrogatoire avec le médecin ?
(quelles questions vous a-t-il posées ? Qu'a-t-il cherché à savoir ?)
A- t-il parlé de sexualité ? Y a-t-il eu des notions d'IST ?
Le professionnel était-il à l'aise ?
5. Comment s'est déroulé l'examen clinique ensuite ?
6. Y a t-il eu des actes médicaux au cours de la consultation ?

Passer à la question **10** si aucun prélèvement effectué

7. Si il y a eu prélèvement, lequel :
8. Avez-vous été appelée par votre médecin pour les résultats ?
9. Que vous a prescrit le médecin suite à ce résultat ?

Passer à la question **14** si on a diagnostiqué Ct à ce moment

10. A la fin de la consultation, votre médecin a t-il émis un diagnostic ?
Si oui, lequel :
11. Que vous a-t-on prescrit sur l'ordonnance ?
Précisez les traitements, les examens secondaires ...
12. Avez- vous été adressée à un confrère ?

[illegible]

ANNEXE 2**Formulaire d'information****Les difficultés du diagnostic clinique de
Chlamydia trachomatis****Introduction**

« Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme, vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Cette fiche d'information décrit le but du projet de recherche, les procédures, les avantages et inconvénients, les risques et les précautions qui seront prises pour les éviter. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles, de même qu'il précise votre droit de mettre fin à votre participation à tout moment. Le présent document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à contacter le responsable du projet de recherche pour obtenir des explications supplémentaires. »

Nom du responsable de l'étude : Docteur GRANDCOLIN

Coordonnées téléphoniques : service gynécologie du CHU de Poitiers : 05 49 44 48 31

Nom de l'expérimentateur : MONCOURT Julie, étudiante sage-femme.

Adresse email de l'expérimentateur : julie.moncourt@etu.univ-poitiers.fr

Objectifs de la recherche

Cette étude consiste à évaluer la prise en charge que vous avez eue, en lien avec l'infection à Chlamydia trachomatis (Bilans, examens complémentaires, traitements...) ainsi que votre vécu. Elle permettra aussi de rechercher les signes de l'infection avant son diagnostic.

Implications pratiques de la participation à la recherche

Cette recherche se déroulera par entretien oral d'environ une heure, qui sera enregistré par magnétophone. Vous signerez un formulaire de consentement pour donner votre accord à l'enregistrement. Les données relevées feront l'objet d'un traitement informatique et seront rendues anonymes. Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente étude a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Liberté ». Vous ne retirerez aucun avantage à participer à ce projet de recherche si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir ni à motiver votre décision ni à subir de

préjudice de quelque nature que ce soit. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts. En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Confidentialité des données de recherche

Les renseignements personnels vous concernant seront gardés confidentiels dans les limites prévues par la loi. Ils seront codifiés (numéro de code et/ou vos initiales) et gardés par le chercheur responsable. Seuls les responsables du projet de recherche auront accès à vos données qui seront conservées pendant 30 ans et détruites à la fin de ce délai. Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. Conformément aux dispositions de la CNIL (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer. »

En signant, sur la fiche d'information récupérée par le soignant vous avez confirmé avoir été informée de cette étude et vous avez autorisé que l'étudiante qui dirige cette étude vous appelle pour prendre un rendez-vous au lieu où le recrutement a été réalisé afin de réaliser l'entretien.

L'expérimentateur atteste qu'il a expliqué à la participante toutes les incidences de sa participation au projet de recherche.

« Par la présente, je certifie que la participante pressentie à ce projet de recherche a été informée de la nature du projet de recherche et de son déroulement.

Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semble l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche. »

Nom du recruteur :

Fonction :

Date : / / signature

ANNEXE 3 :Fiche pour l'étudiante
**Les difficultés du diagnostic clinique de
Chlamydia trachomatis**

NUMERO D'IDENTIFICATION de la patiente :

Introduction

« Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme, vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Cette fiche d'information décrit le but du projet de recherche, les procédures, les avantages et inconvénients, les risques et les précautions qui seront prises pour les éviter. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles, de même qu'il précise votre droit de mettre fin à votre participation à tout moment. Le présent document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à contacter le responsable du projet de recherche pour obtenir des explications supplémentaires. »

Nom du responsable de l'étude : Docteur GRANDCOLIN

Coordonnées téléphoniques : service gynécologie du CHU de Poitiers : 05 49 44 48 31

Nom de l'expérimentateur : MONCOURT Julie, étudiante sage-femme.

Adresse email de l'expérimentateur : julie.moncourt@etu.univ-poitiers.fr

Objectifs de la recherche

Cette étude consiste à évaluer la prise en charge que vous avez eue, en lien avec l'infection à Chlamydia trachomatis (Bilans, examens complémentaires, traitements...) ainsi que votre vécu. Elle permettra aussi de rechercher les signes de l'infection avant son diagnostic.

Implications pratiques de la participation à la recherche

Cette recherche se déroulera par entretien oral d'environ une heure, qui sera enregistré par magnétophone. Vous signerez un formulaire de consentement pour donner votre accord à l'enregistrement. Les données relevées feront l'objet d'un traitement informatique et seront rendues anonymes. Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente étude a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Liberté ». Vous ne retirerez aucun avantage à participer à ce projet de recherche si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques. Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir ni à motiver votre décision ni à subir de

préjudice de quelque nature que ce soit. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts. En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Confidentialité des données de recherche

Les renseignements personnels vous concernant seront gardés confidentiels dans les limites prévues par la loi. Ils seront codifiés (numéro de code et/ou vos initiales) et gardés par le chercheur responsable. Seuls les responsables du projet de recherche auront accès à vos données qui seront conservées pendant 30 ans et détruites à la fin de ce délai. Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. Conformément aux dispositions de la CNIL (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer. »

En signant, vous confirmez avoir été informée de cette étude et vous autorisez que l'étudiante qui dirige cette étude vous appelle pour prendre un rendez-vous au lieu où le recrutement a été réalisé afin de réaliser l'entretien.

Nom :

Numéros : Fixe :..... Portable :.....

Signature de la participante :

L'expérimentateur atteste qu'il a expliqué à la participante toutes les incidences de sa participation au projet de recherche. « Par la présente, je certifie que la participante pressentie à ce projet de recherche a été informée de la nature du projet de recherche et de son déroulement. » Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semble l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche. »

Nom du recruteur : Fonction :

Date : / / signature

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis. Document d'avis. juillet 2010 [consulté le 05/04/2015] ; 1(79). Disponible sur : [http : /www.hassante.fr/portail/upload /docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_document_davis.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_document_davis.pdf).

2. Goulet V, Barbeyrac B, Raherison S, C et al. Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). BEH 2011 ; 12p160-64.

3. Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec. L'épidémie silencieuse. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population au Québec. 2010 ; (4) : 76p. Disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>

4. ANAES. Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à Chlamydia Trachomatis. [Consulté le 05/04/2015]. Février 2003 ; tome 1 : 104p. Disponible sur : [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs /application/pdf/ Chlamydia_tome1_rap.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome1_rap.pdf).

5. CNGOF. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. Chlamydiae et mycoplasmes, dépistage... Et après ? Décembre 2007 ; (2007) : 64p.

6. Bernard P. Les infections génitales. Décembre 2002/Mise à jour 2005 ; 32p. Disponible sur : [http://www-sante.ujf-grenoble.fr/ SANTE/corpus/disciplines/gyneco /gyneco/88 /lecon88.htm](http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/gyneco/gyneco/88 /lecon88.htm)

7. SIGN. Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline [consulté le 05/04/2015]. March 2009 ; (109) : 42p. Disponible sur : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign109.pdf>.

8. INSPQ. Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec. Septembre 2014 ; (1) : 170p.

9. Machalek K, Hanley B, Kajiwarra J, Pasquali P, Stannard C. Chlamydia screening practices among physicians and community nurses in Yukon. Canada. Infectious disease. 2013 ; 11p.

10. Keegan M, Diedrich J, MD, Peiper J. Chlamydia trachomatis Infection: Screening and Management. NIH Public Acces. United States. December 2014 ; 13p.

11. MMWR. Use of Selected Clinical Preventive Services to Improve the Health of Infants, Children, and Adolescents. United States. 1999–2011 ; volume 63 (2) : 109p.

12. Svenstrup H, Dave S, Carder C, Grant P et al. A cross-sectional study of Mycoplasma genitalium infection and correlates in women undergoing population-based screening or clinic-based testing for Chlamydia infection . BMJ .Open London. 2013 ; 8p.

13. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine en cabinet générale [Thèse]. Paris : université Paris Descartes ; 2012. 47p.
14. Tassy F. Consultation pour motif gynécologique : perceptions d'adolescentes et de médecins généralistes, en région parisienne [Thèse]. Paris : université Paris Diderot ; 2012. 131p.
15. Lafoscade A. le portage de Chlamydia une infection asymptomatique ? [Thèse]. Poitiers : université de médecine et pharmacie ; 2013. 32p.
16. Verhoeven V, Avonts D, Vermeire E, Debaene L, Van Roye P. a short educational intervention on communication skills improve the quality of screening for Chlamydia in Gps .a cluster randomised controlled trial. Belgium. december [article dans le PEC] 2003 ; p101–05. Disponible sur : [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(04\)00145-4/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(04)00145-4/abstract).
17. N.Ssi Yan Kai. Acceptabilité de l'abord de la sexualité dans les cadre de la prévention des IST en médecine générale [Thèse]. Paris : université Paris Descartes ; 2010. 138p.
18. Goulet V, Laurent E et al. Augmentation des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données Rénachla. BEH 2003-2006. [Cité en 2008] ; p42-5. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3418.
19. Moustrou P. Le portage de Chlamydia trachomatis, une infection asymptomatique ? [Thèse]. Poitiers : université de médecine et pharmacie ; 2012. 64p.
20. LégiFrance. réforme de l'hôpital et relative aux patientes, à la santé et aux territoires. 2009 ; loi n°2009-879, article 86. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_86.
21. Alami S, Desjeux D, Garabuaou-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. 2e édition. Paris: PUF; 2013.
22. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Paris : GM Santé ; CNGE; 2011.
23. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. 3^{ème} édition. Paris: Armand Colin; 2009.
24. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002; p81-90.
25. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2^{ème} édition. Paris: Armand Colin; 2010.
26. Lessard-Hébert M, Boutin G, Goyette G. La recherche qualitative: fondements et pratiques. Bruxelles : De Boeck Supérieur; 1997.

27. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012.
28. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Paris: 4ème édition La découverte ; 2012 : 356 p.
29. Frappé P. Initiation à la recherche GMSanté, Neuilly, Gmsanté, 2011 ; 216p.
30. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000;numéro (320) ; p 50-2.
31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; numero (84): p 142-45.
32. Imbert N. Enquête sur les pratiques d'un groupe de médecins généralistes des Hauts-de-Seine et sur les obstacles au dépistage de l'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis [Thèse]. Paris : université Paris Diderot ; 2010. 162p.
33. Ballan S. Les infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis [Thèse]. Paris : université Paris XI ; 2008. 98p.
34. Fromiont-Folliot G. Dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes de moins de 25 ans consultant au centre d'orthogénie du CHU de Nantes [Thèse]. Nantes : université de médecine ; 2005. 93p.
35. INVS. Journée mondiale de lutte contre le sida : données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST en France. 2012.
36. INPES. Les IST. 2012 ; Disponible sur : www.info-ist.fr
37. Academy for Educational Development. Summary of a Review of the Literature: Programs to Promote Chlamydia Screening. article de cdc . 2007 ; 35p. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/std/healthcomm/chlamydiaLitreview2008.pdf>
38. Temple-Smith, M., et al. Barriers to sexual history taking in general practice. 1996 sep ; 25(suppl 2) : p71-4.
39. Temple-Smith, M.J., G. Mulvey, and L. Keogh. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia, 1999 Mar ; 75 : p41-4.
40. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations-a qualitative study. 2004 Jun ; p56-60.
41. Hupper JS, Biro F, Lan D, et al. Urinary symptoms in adolescent females: STI or UTI? J Adolesc Health. [article de NIH public access]. 2007 ; p 418-24. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1976261/pdf/nihms22080.pdf>

42. Lapouge A. Un outil d'interrogatoire standardisé est-il performant pour améliorer le diagnostic de l'infection à *Chlamydia trachomatis* ? [Thèse].Poitiers : Université médecine et pharmacie ; 2014.28p.
43. Schoeman SA, Stewart CMW, Booth RA, Smith SD, Wilcox MH, Wilson JD. Assessment of best single sample for finding chlamydia in women with and without symptoms: a diagnostic test study. *BMJ*. 2012 Dec ; 345p.
44. Bonnetblanc JM.Maladies sexuellement transmissibles : infections urogénitales à gonocoque et *Chlamydia trachomatis*.Elsevier Masson.2012 ; 5p.Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2011.12.002>.
45. OMS. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissible.2005 ; 105p.
46. ANAES. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis en France. Tome 2 .2003 [Consulté le 05/04/2015] ; 9p. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf.
47. Agence de la santé publique du Canada. Infections à *Chlamydia*. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.2013 [consulté le 05/04/2015] ; Section 5 ; Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcdcits/section-5-2-fra.php>.
48. BakirKhodja-Chorfa L.50 ordonnances à la loupe.2^{ème} édition. Tome 2.France : Broché ; 2009, p103-07.
49. MMWR. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.2010 ; 116p.
50. Université Pierre et Marie Curie.gynécologie.2003 [mise à jours 2006] ; 394p. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/gyneco.pdf>.
51. Meystre-Agustonia G, Jeannina A, Hellerb K, Pécoudc A, Bodenmannc P, Dubois-Arbera F.Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?.2011.6p. Disponible sur : <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13178/>.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

L'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis* (*Ct*) est la plus fréquente des Infections Sexuellement Transmissibles d'origine bactérienne chez la femme et la plus répandue dans les pays industriels, elle peut causer des complications chroniques avec des séquelles importantes. Elle est fréquemment décrite comme asymptomatique or il existe des signes fonctionnels associés qui ont souvent une expression clinique insidieuse. Des moyens diagnostiques et thérapeutiques performants de cette IST existent.

OBJECTIFS

Notre objectif était d'explorer les éléments du parcours du soin de la patiente qui entraînait un retard dans le diagnostic de l'infection à *Ct*. L'étude avait pour but également d'explorer les éléments qui faciliteraient ce diagnostic mais aussi recueillir les symptômes initiaux et le vécu des patientes.

POPULATION ET MÉTHODE

Étude qualitative transversale, réalisée d'octobre 2014 à mars 2015, par entretiens individuels semi-directifs auprès de 12 patientes sélectionnées au sein de la population générale avec antécédents d'infection à *Ct*. Une analyse thématique et descriptive des entretiens semi-directifs a été réalisée jusqu'à saturation des données puis triangulée.

RÉSULTATS

Les difficultés mises en avant par l'étude étaient liées à un manque de connaissance de l'infection par le professionnel et la patiente, à un manque de contrôle en cas de recontamination et à un manque de spécificité des signes cliniques. Une relation médecin/patient trop ancienne entraînait également un retard de diagnostic. Le diagnostic était favorisé quand la patiente faisait confiance au professionnel. La plupart des interrogées ont un mauvais vécu de l'infection, ce qui leur a fait prendre conscience, après la guérison, qu'il fallait se protéger.

CONCLUSION

Les difficultés relevées permettent de proposer des actions qui favoriseraient le diagnostic de *Ct* et une étude quantitative compléterait notre enquête en recherchant les proportions de celles-ci.

MOTS-CLÉS

Chlamydia trachomatis, Infection Sexuellement Transmissible, diagnostic, signes fonctionnels, vécu.

SUMMARY

INTRODUCTION

Urogenital Chlamydia trachomatis (*Ct*) is the most common bacterial sexually transmitted infection in women and the most widespread in industrialized countries; it can cause chronic complications with significant after-effects. It is often described as asymptomatic; however there are associated functional signs that are often clinically insidious. Efficient diagnosis and treatment for this STI exist.

OBJECTIVES

Our goal was to explore the elements of patient's care that caused delay in diagnosis of a *Ct* infection. The study also aimed to explore the elements that facilitate diagnosis, to identify initial symptoms and patient's experience.

POPULATION AND METHOD

Cross-sectional qualitative study with individual semi-structured interviews of 12 patients selected in the general population with a *Ct* infection background, carried out from October 2014 to March 2015. A thematic and descriptive analysis of the semi-structured interviews was conducted until data saturation was achieved, then the data was triangulated.

RESULTS

Problems highlighted in this study were related to healthcare professionals and patient's lack of knowledge about this infection, to insufficient re-testing in the event of re-contamination and lack of specificity in clinical signs. An old doctor/patient relationship also caused a delay in diagnosis. Diagnosis was facilitated when the patients trusted the professional. Most respondents had a very bad experience of the infection, which made them more aware, after recovery, of the need for protection.

CONCLUSION

The difficulties highlighted in this study allow us to suggest actions that would favor *Ct* diagnosis and a quantitative study would complement our survey by seeking the frequency of these difficulties.

KEYWORDS

Chlamydia trachomatis, sexually transmitted infection, diagnosis, functional signs, experience.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

L'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis* (*Ct*) est la plus fréquente des Infections Sexuellement Transmissibles d'origine bactérienne chez la femme et la plus répandue dans les pays industriels, elle peut causer des complications chroniques avec des séquelles importantes. Elle est fréquemment décrite comme asymptomatique or il existe des signes fonctionnels associés qui ont souvent une expression clinique insidieuse. Des moyens diagnostiques et thérapeutiques performants de cette IST existent.

OBJECTIFS

Notre objectif était d'explorer les éléments du parcours du soin de la patiente qui entraînait un retard dans le diagnostic de l'infection à *Ct*. L'étude avait pour but également d'explorer les éléments qui faciliteraient ce diagnostic mais aussi recueillir les symptômes initiaux et le vécu des patientes.

POPULATION ET MÉTHODE

Étude qualitative transversale, réalisée d'octobre 2014 à mars 2015, par entretiens individuels semi-directifs auprès de 12 patientes sélectionnées au sein de la population générale avec antécédents d'infection à *Ct*. Une analyse thématique et descriptive des entretiens semi-directifs a été réalisée jusqu'à saturation des données puis triangulée.

RÉSULTATS

Les difficultés mises en avant par l'étude étaient liées à un manque de connaissance de l'infection par le professionnel et la patiente, à un manque de contrôle en cas de recontamination et à un manque de spécificité des signes cliniques. Une relation médecin/patient trop ancienne entraînait également un retard de diagnostic. Le diagnostic était favorisé quand la patiente faisait confiance au professionnel. La plupart des interrogées ont un mauvais vécu de l'infection, ce qui leur a fait prendre conscience, après la guérison, qu'il fallait se protéger.

CONCLUSION

Les difficultés relevées permettent de proposer des actions qui favoriseraient le diagnostic de *Ct* et une étude quantitative compléterait notre enquête en recherchant les proportions de celles-ci.

MOTS-CLÉS

Chlamydia trachomatis, Infection Sexuellement Transmissible, diagnostic, signes fonctionnels, vécu.