

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 31 Janvier 2014 à Poitiers  
par **Hélène ESNAULT**  
née le 5 juin 1983

Un an de dépistage de l'infection sexuellement transmissible à *Chlamydia trachomatis* en médecine préventive universitaire de Poitiers.

#### **Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

**Membres** : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE  
Madame le Professeur France ROBLOT  
Madame le Docteur Marie PLUZANSKI

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



*Le Doyen,*

Année universitaire 2013 - 2014

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

**Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

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

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeur associé des disciplines médicales**

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

**Professeur associé de médecine générale**

VALETTE Thierry

**Maitres de Conférences associés de médecine générale**

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

**Enseignants d'Anglais**

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

**Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine**

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

**Professeurs émérites**

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

**Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

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

## REMERCIEMENTS :

***A Monsieur le Professeur Xavier FRITEL*** pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements respectueux.

***A Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE*** pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

***A Madame le Professeur France ROBLOT*** pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

***A Madame le Docteur Marie PLUZANSKI*** pour m'avoir permis de réaliser ce travail au sein du service de médecine préventive universitaire de Poitiers et pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

***A Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN*** pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et pour avoir dirigé ce travail. Merci de m'avoir accompagné tout au long de son élaboration. Merci pour ton enthousiasme et ton dynamisme!

***A Madame le Docteur Marie-Françoise LAHORGUE*** pour avoir permis que ce travail puisse avoir lieu. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

***A toute l'équipe du service de médecine préventive universitaire de Poitiers*** sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci de votre accueil et de votre disponibilité. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

***Aux différents médecins et équipes paramédicales que j'ai rencontré au cours de ma formation,*** chacun de vous a contribué à mon apprentissage de la médecine à sa manière.

**A mes parents**, pour m'avoir accompagné et encouragé tout au long de mes études jusqu'à cette dernière ligne droite !

**A Caroline**, ma sœur aînée, qui est déjà passée par là! Merci pour tes conseils.

**A ma petite sœur Marie**, qui en passera par là aussi ! Bon courage d'avance.

**A mes grands-parents**, pour leur affection et leurs encouragements.

**A Guillaume**, l'amour de ma vie ! Merci pour ton aide logistique et informatique. Merci pour ta patience et ton soutien dans les moments difficiles.

**A Anna**, ma fille, mon rayon de soleil !

**A ma belle-famille**, pour leurs chaleureux encouragements.

**A mes amis et mes proches** pour leur soutien et leurs encouragements.

## LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

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

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida-VIH et les hépatites virales

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSF : Contexte de la Sexualité en France

*Ct* : *Chlamydia trachomatis*

DAV : Dispensaire Antivénérien

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

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

SFU : Signes Fonctionnels Urinaires

## TABLE DES MATIERES :

1.	INTRODUCTION :	9
2.	MATERIEL ET METHODE :	12
2.1.	Schéma de l'étude :	12
2.2.	Population de l'étude :	12
2.2.1.	Critères d'inclusion :	12
2.2.2.	Critères d'exclusion :	12
2.3.	Ethique :	12
2.4.	Chronologie et durée de l'étude :	13
2.5.	L'outil d'interrogatoire standardisé:	13
2.6.	Le recueil des données:	13
2.7.	Le diagnostic de l'infection à Ct :	14
2.8.	Variable d'intérêt principal :	15
2.9.	Variables secondaires :	15
2.10.	Nombre de sujets nécessaire :	15
2.11.	Logiciel utilisé :	15
2.12.	Type d'analyse :	15
3.	RESULTATS :	16
3.1.	Nombre de patients considérés pour l'analyse :	16
3.2.	Caractéristiques de la population :	16
3.3.	Analyse descriptive en fonction des caractéristiques démographiques et comportementales :	19
3.3.1.	Selon l'âge :	19
3.3.2.	Selon la durée écoulée depuis le dernier changement de partenaire:	20
3.4.	Prévalence :	21
3.5.	Analyse descriptive selon les signes fonctionnels retrouvés à l'interrogatoire :	21
3.6.	Chiffres de l'année antérieure et du début d'année suivante :	21
4.	DISCUSSION :	22
4.1.	Rappel des résultats :	22
4.2.	Limites de notre étude :	22
4.3.	Prévalence :	23
4.4.	Facteurs de risques :	24

4.4.1.	L'âge :.....	24
4.4.2.	La durée depuis le dernier changement de partenaire :.....	24
4.5.	Les signes cliniques :.....	25
4.6.	Intérêts de l'outil d'interrogatoire standardisé et perspectives :.....	25
5.	CONCLUSION : .....	28
6.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : .....	29
7.	ANNEXES.....	32
7.1.	ANNEXE 1.....	32
7.2.	ANNEXE 2.....	33
8.	RESUME : .....	34
9.	SERMENT : .....	36

## 1. INTRODUCTION :

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus répandue chez les jeunes de moins de 25 ans dans les pays industrialisés. Contrairement à d'autres infections sexuellement transmissibles comme la *gonococcie* ou la *sypphilis* que l'on retrouve le plus souvent chez des populations pauvres et en zones urbaines, la *Chlamydie* est ubiquitaire avec une diffusion en population générale plus importante. (1)

En France, l'épidémiologie de l'infection à Ct est mal connue. En effet, il n'existe pas de dépistage systématique de la population générale contrairement à d'autres pays. Les données épidémiologiques disponibles sont en fait multicentriques et proviennent de diverses sources telles que des études ponctuelles ou des réseaux de laboratoires. L'enquête NatChla réalisée en 2006 en France a permis d'estimer sa prévalence à 1,4% chez les hommes et à 1,6% chez les femmes âgées de 18 à 44 ans. Cette prévalence apparaît plus élevée chez les 18-29 ans (hommes: 2,5%, femmes: 3,2%). (2)

C'est une IST qui passe le plus souvent inaperçue. Les études systématiques réalisées dans des populations d'origine variée montrent que 21 à 70% des femmes et 50 à 54% des hommes pour lesquels la recherche bactériologique de Ct est positive sont asymptomatiques. (3)

C'est une IST qui est responsable de morbidités non négligeables chez la femme. La bactérie est à l'origine d'une réaction inflammatoire qui entraîne ensuite une réaction fibrosante responsable de séquelles rétractiles. Ce type de lésions est favorisé par une exposition prolongée à l'infection, que ce soit par infection persistante chronique ou par réinfections fréquentes. Ainsi l'atteinte des voies génitales hautes peut se compliquer de douleurs chroniques (4% des femmes infectées), de grossesse extra-utérine (2%) et de stérilité tubaire (3%). (4)

Le coût de la prise en charge de ces complications n'est pas connu en France, faute de données suffisantes. (5) Aux États-Unis, elle a été estimée à plus de 2 milliards de dollars par an. (6)

Le dépistage de cette IST est donc un enjeu majeur de santé public.

Selon les recommandations de l'ANAES de 2003, renouvelées par l'HAS en 2010, le dépistage doit être proposé aux populations consultantes en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), dispensaire antivénérien (DAV), centre d'interruption volontaire de grossesse(IVG). (3, 7)

Finalement, à ce jour, il n'y a pas de recommandation officielle concernant un dépistage systématique de l'infection en soin primaire. D'ailleurs, on observe un sous-dépistage de l'infection en France. (8) Il semblerait que ce sous-dépistage soit lié à un manque de connaissance des médecins généralistes sur l'IST à Ct. Le manque de temps et la difficulté d'aborder le thème de la sexualité avec le patient sont d'autres freins. (9, 10)

A l'inverse, il n'apparaît pas raisonnable de dépister tout le monde. Il semblerait qu'un dépistage systématique en France n'apporterait qu'un bénéfice très faible, voire nul, du fait de la faible prévalence de l'infection dans la population générale. (11) Il paraît en revanche raisonnable de proposer une recherche de l'infection de façon opportuniste.

C'est pour répondre à la nécessité de mieux cibler la population à dépister qu'a été développé un outil d'interrogatoire standardisé pour le dépistage de l'IST à Ct en soins primaires.

Notre travail s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste au sein du groupe santé-sexualité du pôle de recherche du département de médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers qui vise à développer cet outil.

La population des moins de 25 ans, population intéressante puisque la plus à risque, a la possibilité de consulter dans diverses structures de soins primaires. Aussi, il nous semblait opportun, du fait du peu d'étude réalisée en médecine préventive universitaire (MPU) en France, d'implanter notre étude et notre outil dans ce type de structure, les études existantes étant uniquement des études de prévalence. (1)

Notre étude a consisté à recueillir, par le biais d'un outil d'interrogatoire standardisé, des symptômes de l'infection à Ct. Il s'agit d'une étude pilote dans un lieu de soin primaire.

L'objectif principal de notre étude a été de préciser la prévalence de l'infection à Ct dans un service de MPU.

Les objectifs secondaires étaient :

- l'étude de 2 facteurs de risques : l'âge et la durée depuis le dernier changement de partenaire.
- l'évaluation d'un outil d'interrogatoire standardisé pour le dépistage de l'IST à Ct : performance et intérêts.
- l'observation de ce que peut apporter l'introduction de ce type d'outils sur la pratique de ce dépistage.

## **2. MATERIEL ET METHODE :**

### **2.1. Schéma de l'étude :**

Nous avons réalisé une étude descriptive analytique, observationnelle, transversale, prospective.

### **2.2. Population de l'étude :**

#### **2.2.1. Critères d'inclusion :**

Pouvaient être inclus dans l'étude tous les patients sexuellement actifs se présentant en consultation au sein du service de MPU de la faculté de Poitiers, qu'il s'agisse des consultations de médecine préventive, de gynécologie ou pour tout autre motif ainsi que tous les patients consultant au centre de dépistage anonyme et gratuit du service de MPU de la faculté de Poitiers.

Ont été inclus pour l'étude les patients acceptant de répondre au questionnaire et d'effectuer le test de dépistage par prélèvement biologique par la suite.

#### **2.2.2. Critères d'exclusion :**

Ont été exclus les patients :

- refusant de répondre au questionnaire,
- refusant la proposition du prélèvement,
- pour lesquels il n'y avait pas de résultats (résultats ininterprétables),
- pour lesquels il y avait plus de 2 données manquantes.

### **2.3. Ethique :**

Dans le centre étudié, auparavant, le dépistage était fait lors des consultations de gynécologie (en cas de doute, ou avant la pose d'un dispositif intra-utérin) par un prélèvement vaginal et plus rarement par une recherche urinaire en consultation de médecine générale. Il n'était pas proposé en CDAG puisqu'il ne fait pas partie des tests prévus en CDAG (contrairement au CIDDIST).

L'équipe médicale du service de MPU, conscient de l'importance de l'infection à *Ct*, à mis à disposition des usagers consultant en CDAG ou en consultation de gynécologie, ce dépistage. Ayant eu connaissance des travaux en cours au sein du groupe santé-sexualité du pôle de recherche du département de médecine générale de la faculté de médecine de

Poitiers, l'équipe du service de MPU est entrée en contact avec l'équipe de recherche et a accepté de communiquer les données utiles à cette recherche.

#### **2.4. Chronologie et durée de l'étude :**

L'outil d'interrogatoire standardisé a été introduit au début de l'année universitaire 2012-2013. Le recueil des données s'est effectué du 1er octobre 2012 au 28 juin 2013.

Par la suite, nous avons pu retrouver et récupérer les résultats des prélèvements vaginaux et des prélèvements urinaires réalisés chez les femmes l'année précédente.

Les résultats des prélèvements vaginaux et des prélèvements urinaires chez les hommes réalisés les 3 premiers mois de l'année suivante ont été récupéré à posteriori afin de ne pas influencer la pratique du dépistage par la suite.

#### **2.5. L'outil d'interrogatoire standardisé:**

Notre étude a consisté en l'introduction d'un outil d'interrogatoire standardisé pour le dépistage de l'IST à *Ct* au sein du service de MPU de Poitiers. Les signes cliniques recherchés lors de l'interrogatoire ont été sélectionnés selon les symptômes les plus fréquemment répertoriés dans la littérature lors d'une infection à *Ct*.

Pour les femmes, il s'agit des signes fonctionnels urinaires, des douleurs abdominales, des leucorrhées, des métrorragies et des dyspareunies. (12-14)

Pour les hommes, il s'agit des signes fonctionnels urinaires, des écoulements urétraux et des douleurs testiculaires. (12-14)

#### **2.6. Le recueil des données:**

Dans un premier temps, il a été remis à chaque patient en salle d'attente une fiche se composant de 2 parties :

- La première comprenait un paragraphe d'introduction expliquant brièvement ce qu'est l'IST à *Ct*, selon les termes de la campagne de sensibilisation sur l'infection à *Ct* de l'INPES de septembre 2012.
- La seconde était composée d'un questionnaire demandant de cocher les cases en cas de signes cliniques présents, l'âge et la date de début de la dernière relation. (Annexe 1)

Dans un deuxième temps, le médecin ou l'infirmière accueillant en premier lieu le patient effectuait le recueil des données en reprenant avec le patient ce qu'il avait noté sur sa fiche pour chacun des items. Ces données étaient retranscrites par l'intervenant via informatique, vers un fichier Excel partagé au sein du service de MPU.

Pour chaque patient inclus il a été noté :

- la date de consultation,
- la date de naissance,
- la durée écoulée depuis le dernier changement de partenaire,
- le type de consultation pour le lequel le patient s'était présenté,
- les signes cliniques éventuels des patients, rapportés par le patient sur sa fiche et recherchés à l'interrogatoire par l'intervenant,
- les résultats du test biologique effectué systématiquement chez ces patients, après leur accord oral,
- les remarques éventuelles des intervenants.
- Les données ont été rendues anonymes après recueil complet avant d'être transmises pour analyse. (Annexe 2)

### **2.7. Le diagnostic de l'infection à Ct :**

A la suite de l'interrogatoire, il était réalisé un prélèvement. Pour les femmes, il s'agissait d'un auto-prélèvement vaginal (sensibilité 100%, spécificité 100%) (15). Pour les hommes, il s'agissait d'un échantillon d'urines (sensibilité 97.6%, spécificité 99.5%) (16). Les prélèvements étaient ensuite tous analysés au laboratoire du CHU de Poitiers par biologie moléculaire avec amplification génique par PCR sur le système COBAS TAQMAN 48 (laboratoire Roche). En cas de résultat positif, le patient était prévenu et une ordonnance lui était remise pour un traitement par azithromycine ou doxycycline, conformément aux recommandations. Une ordonnance d'azithromycine était également systématiquement remise pour le traitement du partenaire avec la mention « à ne délivrer qu'en cas d'absence d'allergie aux macrolides » (3, 17).

**2.8. Variable d'intérêt principal :**

Le taux de positivité des tests biologiques effectués.

**2.9. Variables secondaires :**

Les résultats de l'outil d'interrogatoire standardisé : âge, durée de la dernière relation, nombre et type de signes fonctionnels trouvés.

**2.10. Nombre de sujets nécessaire :**

Concernant les objectifs secondaires, s'agissant d'une étude pilote, il n'a pas été possible d'effectuer de calcul de population nécessaire, la prévalence de la maladie étant mal connue dans ce type de population.

**2.11. Logiciel utilisé :**

Excel 2010

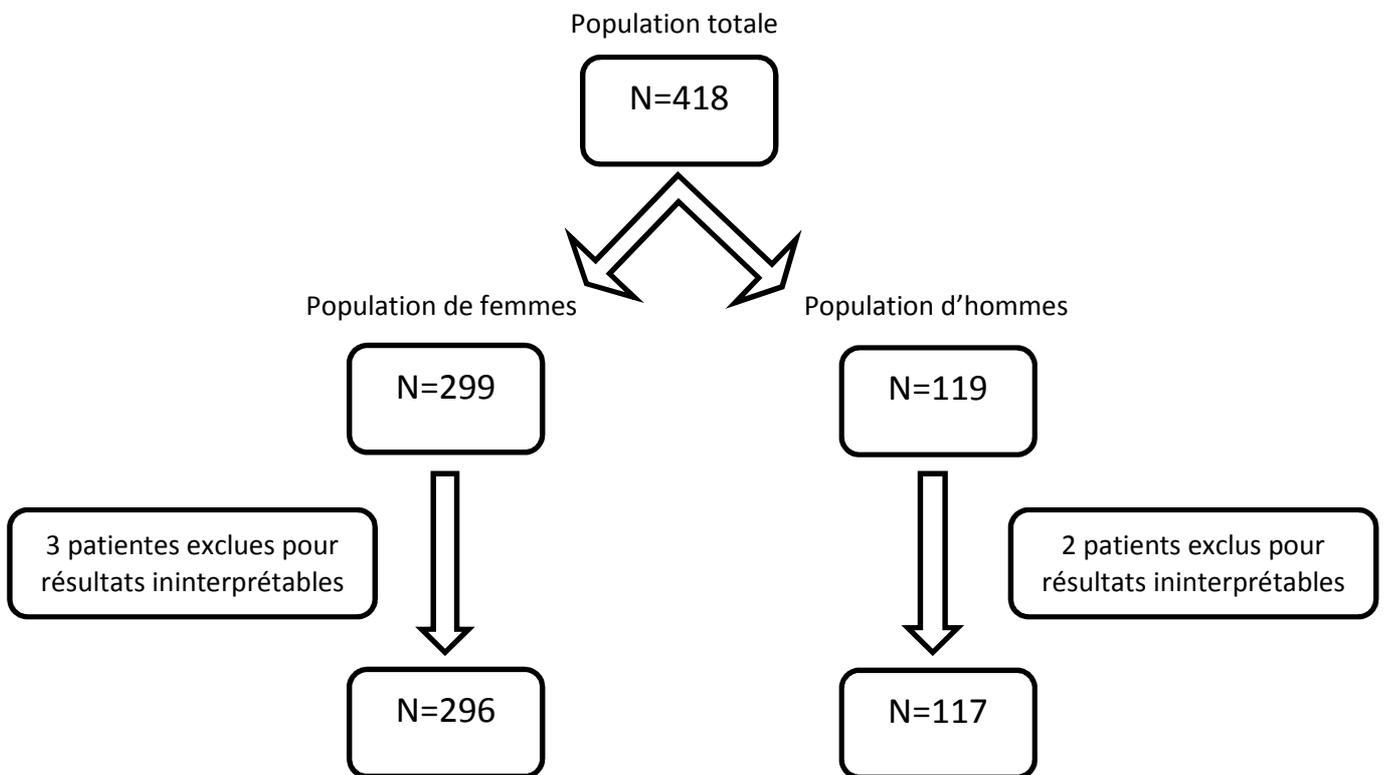
**2.12. Type d'analyse :**

Les variables quantitatives ont été résumées par les moyennes et les écart-types et les variables qualitatives ont été présentées en effectifs et en pourcentages.

Des analyses comparatives ont été menées: comparaison de pourcentages par test du Chi deux ou de Fischer en cas d'effectif théorique < 5. Les données ont été analysées par Hélène ESNAULT.

### 3. RESULTATS :

#### 3.1. Nombre de patients considérés pour l'analyse :



Pour 27 femmes et 7 hommes il manquait la durée depuis le dernier changement de partenaire. Dans la mesure où cette donnée n'interférait pas pour les principaux calculs, ces patients n'ont pas été exclus.

#### 3.2. Caractéristiques de la population :

La population étudiée était composée de 296 femmes et de 117 hommes.

Tableau I : Caractéristiques de la population féminine étudiée.

Caractéristiques de la population étudiée		Fréquence	Pourcentage
<b>Age</b>			
<25 ans		258	87.16
≥25 ans		38	12.84
<b>Durée de la dernière relation en mois</b>			
≤12 mois		235	79.39
>12 mois		34	11.49
Donnée manquante		27	9.12
<b>Type de consultation</b>			
CDAG		214	72.30
Gynécologie		62	20.95
Autre		20	6.76
<b>Présence de signes fonctionnels</b>			
Douleurs abdominales	Oui	44	14.86
	Non	252	85.14
Signes fonctionnels urinaires	Oui	53	17.91
	Non	243	82.09
Métrorragies	Oui	18	6.08
	Non	278	93.92
Leucorrhées	Oui	43	14.53
	Non	253	85.47
Dyspareunie profondes	Oui	42	14.19
	Non	254	85.81
<b>Nombres de signes fonctionnels présents</b>			
0		170	57.43
1		31	10.47
2		74	25
3		19	6.41
4		2	0.67
5		0	0
<b>Infection à Chlamydia trachomatis</b>			
Négatif		270	91.22
Positif		26	8.78

Tableau II : Caractéristiques de la population masculine étudiée.

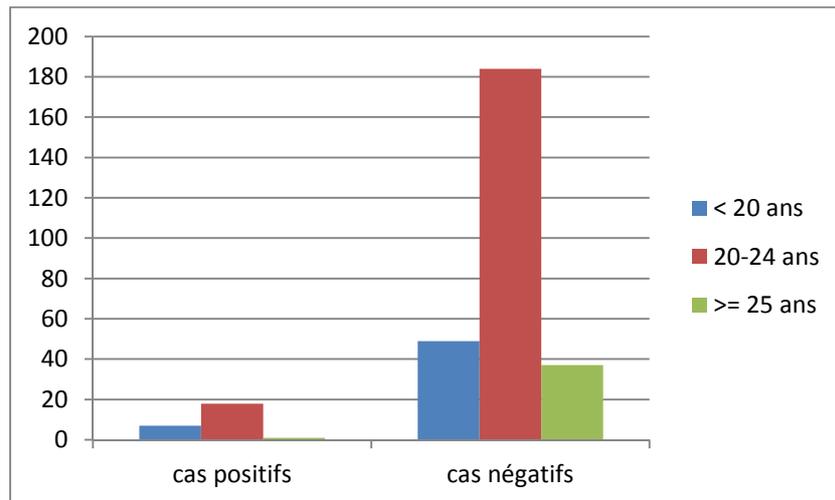
Caractéristiques de la population étudiée		Fréquence	Pourcentage
<b>Age</b>			
<25 ans		84	71.79
≥25 ans		33	28.21
<b>Durée de la dernière relation en mois</b>			
≤12 mois		101	86.32
>12 mois		9	7.69
Donnée manquante		7	5.98
<b>Type de consultation</b>			
CDAG		112	95.73
Autre		5	4.27
<b>Présence de signes fonctionnels</b>			
Signes fonctionnels urinaires	Oui	10	8.55
	Non	107	91.45
Ecoulement urétral	Oui	4	3.42
	Non	113	96.58
Douleurs testiculaires	Oui	9	7.69
	Non	108	92.31
<b>Nombres de signes fonctionnels présents</b>			
0		98	83.76
1		15	12.82
2		4	3.42
3		0	0
<b>Infection à Chlamydia trachomatis</b>			
Négatifs		112	95.73
Positifs		5	4.27

### 3.3. Analyse descriptive en fonction des caractéristiques démographiques et comportementales :

#### 3.3.1. Selon l'âge :

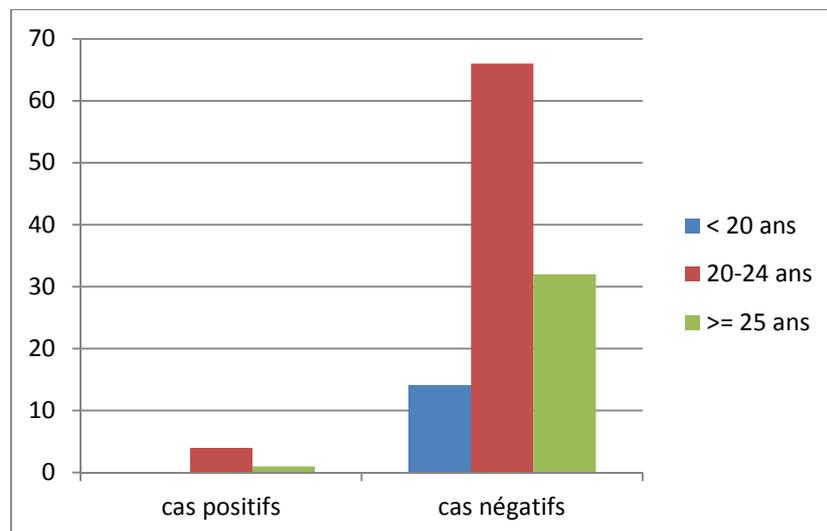
La moyenne d'âge était de 21,8 ans pour les femmes (écart type à 3) avec des âges extrêmes de 17 et 39 ans.

Figure 1 : Nombre de cas positifs et de cas négatifs en fonction de l'âge des femmes



La moyenne d'âge était de 22,9 ans pour les hommes (écart type à 3) avec des âges extrêmes de 18 et 32 ans.

Figure 2: Nombre de cas positifs et de cas négatifs en fonction de l'âge des hommes

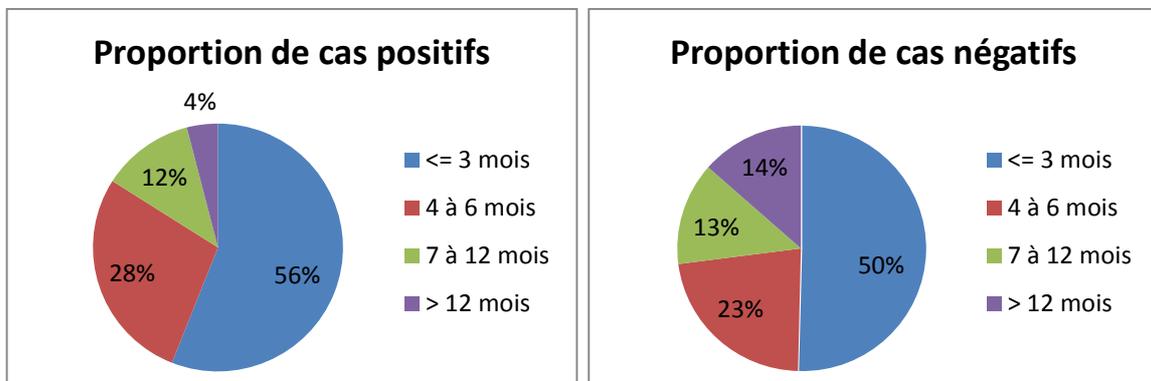


### 3.3.2. Selon la durée écoulée depuis le dernier changement de partenaire:

Concernant les femmes, la durée moyenne depuis le dernier changement de partenaire était de 6,6 mois (écart type à 9).

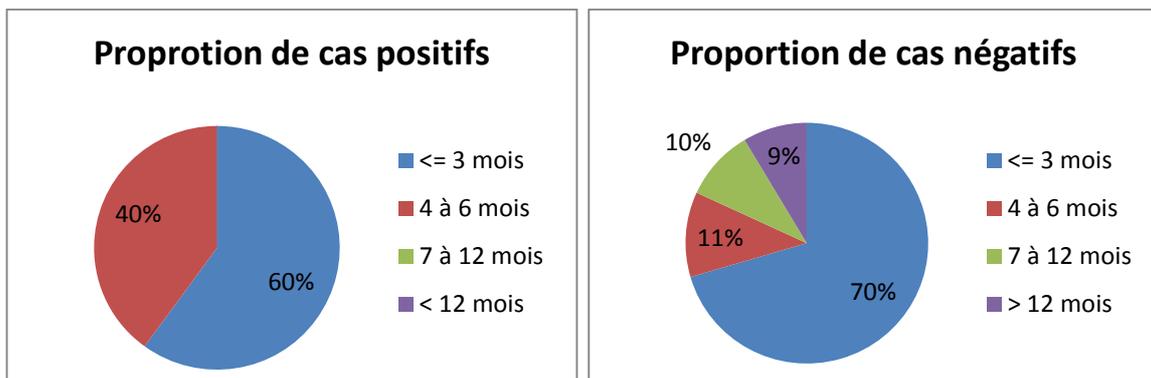
La proportion de femmes ayant une relation inférieure ou égale à 12 mois était plus importante pour le groupe positif mais cette différence avec le groupe négatif n'était pas statistiquement significative ( $p=0.221$ ). Il en était de même pour la proportion de femmes ayant une relation inférieure ou égale à 3 mois ( $p=0.537$ ).

Figure 3: Nombre de cas positifs et de cas négatifs en fonction de la durée depuis le dernier changement de partenaire pour les femmes



Concernant les hommes, la durée moyenne depuis le dernier changement de partenaire était de 4 mois (écart type à 5). A l'inverse des femmes, la proportion d'homme ayant une relation inférieure ou égale à 3 mois était plus importante pour le groupe négatif mais cette différence avec le groupe positif n'était pas statistiquement significative ( $p=0.635$ ).

Figure 4 : Nombre de cas positifs et de cas négatifs en fonction de la durée depuis le dernier changement de partenaire pour les hommes



### **3.4. Prévalence :**

La prévalence de l'infection dans toute la population étudiée était de 7.5%.  
Elle était de 8,8% pour les femmes et 4,3% pour les hommes.

La prévalence globale en CDAG était de 7.7%.  
Elle était de 9,8% pour les femmes et 3,6% pour les hommes.

### **3.5. Analyse descriptive selon les signes fonctionnels retrouvés à l'interrogatoire :**

Soixante-cinq pourcents des femmes infectées étaient asymptomatiques.

Sur les 5 hommes infectés, 4 étaient asymptomatiques.

Un seul homme se plaignait de signes fonctionnels urinaires et écoulement urétral.

Aucun des signes fonctionnels recherchés, qu'ils soient isolés ou associés, n'était lié à l'infection de manière significative.

Le nombre de cas positifs en association avec un ou plusieurs signes fonctionnels étant restreint, il n'a pas été possible d'effectuer les calculs de valeur prédictive positive, valeur prédictive négative, sensibilité et spécificité pour évaluer la performance de l'outil d'interrogatoire standardisé.

### **3.6. Chiffres de l'année antérieure et du début d'année suivante :**

L'année universitaire précédente, il avait été réalisé 98 prélèvements vaginaux et 24 prélèvements urinaires chez les femmes. Les données concernant les hommes n'ont pas pu être récupérées.

Les 3 premiers mois de l'année suivante, il avait été réalisé 175 prélèvements vaginaux et 101 prélèvements urinaires.

La prévalence globale de l'infection était de 7%.

La prévalence pour les femmes était de 7,9% et pour les hommes 5,6%.

## 4. DISCUSSION :

### 4.1. Rappel des résultats :

La prévalence de l'infection dans la population consultant au service de MPU de Poitiers était de 7.5%.

La moyenne d'âge était de 21.8 ans pour les femmes et de 22.9 ans pour les hommes. La durée moyenne depuis le dernier changement de partenaire était de 6.6 mois pour les femmes et de 4 mois pour les hommes.

La proportion de femmes infectées asymptomatiques était de 65%.

### 4.2. Limites de notre étude :

Au début de notre étude, nous avons assimilé le service de MPU de Poitiers à un lieu de consultation en soin primaire. Effectivement, nous avons considéré qu'il s'agissait d'un lieu de consultation de premier recours pour des étudiants parfois loin de chez eux et donc de leur médecin généraliste habituel. Cela nous permettait de préférentiellement cibler les jeunes de moins de 30 ans qui sont justement les plus touchés par l'infection à *Ct*. Cependant, nous avons observé un biais de sélection: la majorité des données recueillies concernait des patients ayant consultés en CDAG (72.30% des femmes et 95.73% des hommes).

Ce biais est cependant à nuancer :

- ce CDAG a la particularité d'être au sein du service de MPU et d'être quasi exclusivement fréquenté par les étudiants.
- notre prévalence était moins élevée que ce qui a pu être observé par les réseaux de laboratoire RENACHLA qui travaillaient avec des CDAG (9.4% contre 7.7% pour notre étude). (18)

Il y avait moins de la moitié d'hommes comparé au nombre de femmes. Nous avons constaté un autre biais de sélection qui s'explique par le fait que :

- les femmes étaient plus nombreuses à consulter au CDAG (44% d'hommes 56% de femmes)
- pour les femmes, il y avait en plus les consultations de gynécologie.

En conséquence, concernant les hommes, nous avons pris le parti de ne pas discuter les résultats car notre échantillon ne nous permettait aucune analyse pertinente.

La taille de notre population était relativement faible comparé au nombre de patients ayant consulté au CDAG (909 consultants pour l'année scolaire) ou en gynécologie (806 consultantes pour l'année scolaire). Une explication à cela est le fait que le test était nominatif et facturé par le CHU de Poitiers qui réalisait l'analyse des prélèvements. Ces éléments ont pu freiner un certain nombre d'étudiants notamment dans le cadre du CDAG où le dépistage de l'infection à *Ct* n'était pas gratuit et nécessitait une levée de l'anonymat contrairement au dépistage des autres IST.

La taille de notre population était insuffisante. Elle ne nous a pas permis de recueillir assez de cas positif pour pouvoir effectuer tous les calculs nécessaires à l'évaluation de notre outil d'interrogatoire standardisé. Mais il s'agissait d'une étude pilote pour laquelle la population nécessaire ne pouvait pas être calculée faute de données suffisantes sur celle-ci.

### **4.3. Prévalence :**

En France, il existe peu d'étude sur le dépistage de l'infection à *Ct* en MPU. Entre 2003 et 2005, il y a eu trois enquêtes de dépistage systématique par PCR sur urines ou par auto-prélèvement vaginal réalisées dans des services de médecine préventive universitaire à Paris 5, Paris 10 et Bordeaux. Les prévalences de l'infection à *Ct* observées chez les étudiantes sexuellement actives convoquées pour leur visite médicale obligatoire variaient de 1 à 3%. (1) Dans notre étude, la prévalence de l'infection était plus importante. Il y a cinq explications possibles à cette différence :

- Pour ces études, il était précisé que les marqueurs classiques de sexualité à risque semblaient moins fréquents chez ces jeunes femmes que dans la population générale. Le nombre de jeunes femmes ayant eu un nouveau partenaire dans l'année était de 30 à 35 % alors qu'il était de 54% chez les 18-24 ans dans l'enquête KABP 2004. (1) Il était de 79% pour notre population.
- Depuis quelques années, le parcours sexuel des femmes a tendance à se diversifier : le nombre des partenaires déclarés est en hausse, les rapports avec des personnes du même sexe également ainsi que le répertoire des pratiques sexuelles. (19)
- De 2006 à 2009, il a été observé une augmentation de tous les indicateurs: nombre de personnes testées, nombre de diagnostics positifs et taux de positivité. (18)
- La faiblesse de notre effectif nous donne peut-être des résultats discordants comparés aux précédentes études.

- Cela est probablement lié aussi aux biais de sélection dont nous avons déjà parlé. Notre population est peut-être plus une population de type CDAG qu'une population de type MPU. Notre prévalence n'était peut-être pas si différente de celle qui avait pu être observée dans les laboratoires qui travaillaient avec des CDAG. (18)

#### **4.4. Facteurs de risques :**

Comme facteur de risque, nous nous sommes limités à faire recueillir l'âge et la durée de la relation depuis le dernier changement de partenaire. Ils font partie des facteurs de risques le plus souvent retrouvés avec le nombre de partenaire supérieur ou égal à 3 dans les 12 derniers mois. (11) Nous ne souhaitons pas trop alourdir la charge de travail de l'équipe et risquer de diminuer leur participation à l'étude.

##### **4.4.1. L'âge :**

Conformément à ce qui est le plus souvent observé, la prévalence de l'infection dans notre étude était plus importante chez les moins de 25 ans (9.6% contre 2.6% pour les femmes de 25 ans ou plus). (2)

Le critère de l'âge semble pertinent puisque dans notre étude 25 femmes positives pour l'infection sur les 26 avaient moins de 25 ans.

##### **4.4.2. La durée depuis le dernier changement de partenaire :**

Un facteur de risque commun aux hommes et aux femmes est d'avoir eu un changement de partenaire récemment. (2) On retrouvait également un changement de partenaire dans les 3 derniers mois pour les hommes. (11) Dans notre étude, on retrouvait effectivement un pourcentage important de femmes infectées ayant changé de partenaire dans les 12 derniers mois (96%) et même dans les 3 derniers mois (58%). Mais il n'y avait pas de différence statistiquement significative avec le groupe non infecté.

Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature puisque 24 femmes infectées sur 25 avaient un nouveau partenaire depuis moins d'un an. La durée écoulée depuis le dernier changement de partenaire semble être un critère de sélection de la population à dépister pertinent dans le lieu de notre étude.

#### **4.5. Les signes cliniques :**

Dans notre étude, chez la femme, nous avons recherché 5 signes cliniques. Les résultats montrent que les patientes se plaignaient moins souvent de métrorragies que des autres symptômes. Même si les métrorragies sont classiquement décrites comme faisant partie des signes cliniques d'une infection à *Ct*, notre étude n'est pas la seule à en décrire peu. Les métrorragies n'étaient pas répertoriées dans les signes cliniques les plus fréquents chez les patientes symptomatiques dans le rapport sur les infections à *Ct* de 2003 basé sur les données du réseau de laboratoires Rénachla. (20)

En revanche, dans notre étude, les signes fonctionnels urinaires (SFU) étaient les plus fréquemment retrouvés. En cas d'infection à *Ct*, il peut y avoir une urétrite donnant des symptômes similaires à ceux observés lors d'une infection urinaire basse banale. Cependant en cas d'infection à *Ct* l'examen cytbactériologique des urines (ECBU) est négatif. Il peut donc arriver qu'une infection à *Ct* passe inaperçue. Certaines études préconisent en conséquence la prescription concomitante d'un ECBU et d'un prélèvement vaginal à la recherche d'IST à *Ct* et *Neisseria gonorrhoeae* en cas de SFU chez une femme jeune car les SFU sont fréquemment des signes cliniques d'infection à *Ct*. (21)

L'infection à *Ct* est reconnue comme asymptomatique. (11, 18) Dans une étude récente menée en Angleterre, le taux de femme asymptomatique était de 47%. (22)

Notre étude retrouvait une proportion de patientes asymptomatiques similaire à ce qui a été relevé par le réseau de laboratoires Renachla en 2009 (femmes : 64%, hommes : 68%).

Nos chiffres correspondent bien à une population de CDAG. En effet, il s'agit d'une population consciente des risques qu'elle prend et de la nécessité du dépistage. Elle n'attend pas d'avoir des symptômes pour consulter.

#### **4.6. Intérêts de l'outil d'interrogatoire standardisé et perspectives :**

Dans le cadre particulier du CDAG, l'outil ne semble pas utile puisque 96% de la population est dépistée sur les critères de l'âge et de la durée écoulée depuis le dernier changement de partenaire. Mais il pourrait avoir un intérêt dans le cadre des consultations de gynécologie ou de médecine générale.

En effet, dans ces situations de soins, deux problèmes se posent :

L'un est la problématique de freins au dépistage. Il y a le manque de connaissance des praticiens concernant l'infection. (9-10) L'introduction d'un interrogatoire standardisé comme notre outil a été l'occasion de rappeler à toute l'équipe soignante quelles étaient les indications du dépistage de l'IST à Ct. L'utilisation de l'outil par le consultant a également permis de sensibiliser l'ensemble de l'équipe soignante aux signes de l'infection. L'interrogatoire standardisé a permis de renforcer une dynamique de proposition de dépistage systématique dans ce centre. Effectivement, l'année précédente, chez les femmes, il avait été réalisé 98 prélèvements vaginaux et 25 prélèvements urinaires. La première année de mise en place du dépistage, il avait été réalisé 296 prélèvements vaginaux et 117 prélèvements urinaires pour les hommes. L'année suivante, 3 mois après la rentrée, il avait déjà été réalisé 175 prélèvements vaginaux et 101 prélèvements urinaires.

Notre outil a eu un effet de « reminder ». Avec les visites au cabinet, les « reminders » sont les seules interventions ayant démontré un effet jugé cliniquement important. (23)

Par ailleurs, un autre frein au dépistage est la difficulté d'aborder le thème de la sexualité avec le patient. (9-10) Les patients les plus à risques étant ceux qui ont changé de partenaire, il faut pour déterminer si le patient est à risque, aborder le thème de la sexualité. Les professionnels de santé abordent avec plus ou moins d'aisance ce sujet. (24) Pour les plus réticents, les freins les plus fréquemment rencontrés sont :

- La crainte d'être trop intrusif. (25)
- La différence de genre entre le praticien et le patient. (26)
- Les différences culturelles : Les difficultés pour parler de sexualité résultent des différences de représentations culturelles ou religieuses de la sexualité entre médecins et patients. (25)
- Le manque et l'hétérogénéité de formation : certains médecins se sentent incompetents dans ce domaine. (26-28)
- Le manque de temps pour aborder la question est également cité. (25)

Toutefois les patients restent eux-mêmes demandeurs. Ils estiment que c'est le rôle du médecin généraliste de les interroger sur ce thème. Ils n'osent pas le faire eux-mêmes et souhaitent que le médecin le fasse. (29-30) Les patients accepteraient que leur médecin leurs pose des questions concernant leur histoire sexuelle dans le but de recevoir des conseils de prévention. (31) L'intérêt de l'outil d'interrogatoire standardisé dans ce contexte

serait de pouvoir être facilement intégré à la consultation et de servir d'amorce pour aborder le thème de la santé sexuelle.

L'autre étant qu'il n'existe pas de recommandation claire pour le dépistage de l'IST à Ct pour la population générale et il n'apparaît pas raisonnable de tester toute la population. (11) Les critères de l'âge et de la durée depuis la dernière relation ne semblent pas suffisants. D'ailleurs dans notre étude ces critères conduisent à dépister 70% de la population se rendant en consultation ce qui, en termes de coûts, est important. C'est pourquoi nous pensons que l'outil d'interrogatoire standardisé pourrait s'inscrire dans un axe de repérage plus ciblé des patients à tester. Il s'inscrit dans une dynamique de rationalisation des coûts de soins dans une population où il n'y a pas de recommandation concernant le dépistage. Il s'inscrit également dans une dynamique d'approche syndromique de la prise en charge des IST. L'OMS recommande depuis 1990 une approche syndromique du diagnostic et du traitement des IST. Mais il semblerait que les algorithmes actuellement utilisés fonctionnent mal avec certains syndromes. (32-33) Ils ne sont pas adaptés aux IST apparemment asymptomatiques. Ils ne sont pas tout à fait appropriés à la situation de soin en France. C'est suite à ces constatations que nous avons testé une autre voie de l'approche syndromique, non pas à partir d'un symptôme mais d'un syndrome composé de 5 symptômes comme outil de repérage des patients symptomatiques.

## **5. CONCLUSION :**

Du fait de ses morbidités et de son expression peu symptomatique, l'IST à Ct est un problème de santé publique. Il n'y a pas de recommandation pour un dépistage de la population générale en France. Un dépistage systématique ne paraît pas raisonnable. En revanche un dépistage opportuniste semble souhaitable. C'est dans ce contexte que notre outil pourrait trouver sa place.

Toutefois notre étude ne nous a pas permis d'évaluer la performance de l'outil du fait de son manque de puissance. D'autres études sont donc nécessaires pour évaluer ses performances en soins primaires.

Notre étude au sein du service de MPU de Poitiers avec son contexte particulier de CDAG implanté au cœur du service, a montré une prévalence élevée de l'infection. L'IST à Ct est donc une infection fréquente chez la population consultant dans ce service et la poursuite de son dépistage de façon systématique pleinement justifiée.

Il semblerait que notre outil ne soit pas nécessaire pour les jeunes consultants en CDAG puisqu'ils ont conscience des risques qu'ils prennent et de la nécessité du dépistage. En revanche, l'outil pourrait avoir un intérêt en consultation de gynécologie ou de médecine générale pour repérer les patients symptomatiques.

## 6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Warszawski J, Goulet V. *Chlamydia trachomatis*: études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive. BEH. 2006 Oct 3;37-38:275-90.
2. Goulet V, De Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C. Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). A quelles personnes proposer le dépistage?. BEH. 2011 Avr 5;12:160-64.
3. ANAES. Evaluation du dépistage des infections urogénitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France (tome 2). 2003 Fév. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia\\_tome2\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_rap.pdf) (Consulté le 18 Octobre 2013)
4. Paavonen J, Eggert-Kruse W. *Chlamydia trachomatis*: impact on human reproduction. Hum Reprod Update. 1999 Sep-Oct;5(5):433-47.
5. ANAES. Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis* (tome 1). 2003 Fév. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia\\_tome1\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome1_rap.pdf) (Consulté le 18 Octobre 2013)
6. Peipert JF. Genital Chlamydial infections. Clinical practice. N Engl J Med. 2003 Dec 18; 349(25):2424-30.
7. Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. 2010 Nov. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf) (Consulté le 5 Décembre 2013)
8. INSERM, INED, ANRS. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » [Dossier de presse]. 2007 Mar 13. Disponible sur : <http://www.ancic.asso.fr/documents/rapportinsermsexualite.pdf> (Consulté le 5 décembre 2013)
9. Hocking JS, Parker RM, Pavlin N, Fairley CK, Gunn JM. What needs to change to increase chlamydia screening in general practice in Australia? The views of general practitioners. BMC Public Health. 2008 Dec 30;8:425.
10. McNulty CA, Freeman E, Bowen J, Shefras J, Fenton KA. Barriers to opportunistic chlamydia testing in primary care. Br J Gen Pract. 2004 Jul;54(504):508-14.
11. Infection génitales par *Chlamydia trachomatis*, deuxième partie, A dépister comme les autres infections sexuellement transmissibles, chez les personnes à risque. La revue prescrire. 2011 Juil;314(333):524-529.
12. Choroszy-Król I, Frej-Mądrzak M, Jama-Kmiecik A, Bober T, Sarowska J. Characteristics of the *Chlamydia trachomatis* species - immunopathology and infections. Adv Clin Exp Med. 2012;21(6):799-808.

13. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. 2010. Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php> (consulté le 20 Novembre 2013)
14. Agency for Healthcare Research and Quality. Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. 2009. Disponible sur: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14442&search=chlamydia+trachomatis> (consulté le 20 novembre 2013)
15. De Barbeyrac B, Raheison S, Clerc M, Mathieu C, Frantz-blancpain S, Hocke C. Evaluation de l'automate Cobas Taqman (roche diagnostics) pour la détection de *Chlamydia trachomatis* dans l'auto-prélèvement vaginal. Revue francophone des laboratoires. 2007 Avr;391:87-90.
16. Taylor SN, Liesenfeld O, Lillis RA, Body BA, Nye M, Williams J. Evaluation of the Roche cobas CT/NG test for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in male urine. Sex Transm Dis. 2012 Jul;39(7):543-9.
17. AFSSAPS. Mise au point: Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. 2008. Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/site/medias/ documents/consensus/2008-uretrites-afssaps.pdf> (consulté le 20 Novembre 2013)
18. Goulet V, Laurent E, Semaille C et les biologistes du réseau Rénachla . Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données Rénachla (2007-2009). BEH. 2011 Jul 5;26-27-28:316-20.
19. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en france: pratique,genre et santé. La découverte. 2008.
20. Goulet V, Laurent E, De Barbeyrac B. Les infections à *Chlamydia trachomatis* en france en 2003: données du réseau Rénachla. 2003. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/chlamydia\\_trachomatis.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/chlamydia_trachomatis.pdf) (consulté le 29 Décembre 2013)
21. Huppert JS, Biro F, Lan D, Mortensen JE, Reed J, Slap GB. Urinary Symptoms in Adolescent Females: STI or UTI? The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2007 May;40(5):418-24.
22. 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;345:e8013.
23. Durieux P, Ravaud P, Dosquet P, Durocher A. Mise en oeuvre des recommandations médicales : revue systématique des revues systématiques. In: Gastroentérologie clinique & biologique. Paris: Masson; 2000. 24(11). p. 1018-25.
24. GIAMI A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Dans: Bloy G, Schweye FX. Singuliers généralistes. Sociologie des Médecins Généralistes. Presses de l'EHESP; 2010 Fev 18. p. 147-167.

25. Imbert-trapier N. Enquête sur les pratiques d'un groupe de médecins généralistes des Hauts-de-Seine (92) et sur les obstacles au dépistage de l'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis*. [ Thèse pour le doctorat en médecine]. PARIS 7. Faculté de médecine Xavier Bichat; 2010.
26. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations-a qualitative study. Eur J Gen Pract. 2004 Jun;10(2):56-60.
27. VALLEE J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Exercer. 2008; 81:49-51.
28. Shindel AW, Parish SJ. Sexuality Education in North American Medical Schools: Current Status and Future Directions . J Sex Med. 2013 Jan;10(1):3-17.
29. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, De Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. Urology. 2004 Dec;64(6):1196-201.
30. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Family Practice. 2003 Dec;20(6):690-5.
31. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?. Swiss Med Wkly. 2011 Mar 8;141:w13178.
32. Pettifor A, Walsh J, Wilkins V, Raghunathan P. How effective is syndromic management of STDs?: A review of current studies. Sex Transm Dis. 2000 Aug;27(7):371-85.
33. Trollope-Kumara K, Guyatt G. Syndromic approach for treatment of STIs: time for a change. The lancet. 2006 Apr 29-May 5;367(9520):1380-81.

## 7. ANNEXES

### 7.1. ANNEXE 1



**LE CHLAMYDIA** est une bactérie qui provoque l'Infection Sexuellement Transmissible (IST) la plus courante **chez les moins de 30 ans. L'infection ne donne pas toujours de signes** mais elle se soigne très bien en cas de dépistage positif. En l'absence de traitement, le risque principal est la **stérilité**.

**PENSEZ A DEMANDER UN DEPISTAGE EN CAS DE** : changement de partenaire dans l'année, d'un nombre élevé de partenaires,... OU si vous avez-vous eu récemment ou encore actuellement les symptômes suivants (**même en l'absence de signes le dépistage reste recommandé**).

**Si vous êtes une femme** : cocher le(s) signes présents

- Douleurs abdominales, en dehors de vos règles
- Gêne pour uriner
- Écoulement vaginal de sang inhabituel, en dehors de vos règles
- Écoulement vaginal inhabituel autre
- Douleurs profondes lors des rapports sexuels

**Si vous êtes un homme** : cocher le(s) signes présents

- Gêne pour uriner
- Écoulement urétral
- Douleurs testiculaires

**Quel est votre âge ?** ..... ans

**Avez-vous eu un (ou des) nouveau(x) partenaire(s) au cours des 12 derniers mois ?**

Oui

Non

**De quand date le début de votre dernière relation ?** ..... mois

*Il s'agit d'un auto prélèvement (vaginal ou urinaire) réalisé dans le service.*

*Le coût de l'analyse (27,80 €) est pris en charge à 100 % par sécurité sociale + complémentaire*

## 7.2. ANNEXE 2

### PROCOLE DEPISTAGE CHLAMYDIA AU SIUMPPS

---

**PUBLIC CONCERNE** : tous les jeunes de **moins de 30 ans**

**CRITERES D'INCLUSION** : l'un ou l'autre des cas suivants repérés en salle de soins infirmiers, en consultation médicale, ou lors du dépistage CDAG (proposé hors gratuité et avec levée de l'anonymat).

1. **Changement de partenaire dans l'année** : faire ou refaire un dépistage
2. **Signes cliniques évocateurs** :

Chez la femme :

- gêne pour uriner
- BU + sans signes urinaires (Leuco+)
- leucorrhées
- métrorragies
- dyspareunie profonde
- douleurs abdominales (y compris hautes)

*Si 4 signes sont +, même sans plainte spontanée, le résultat est positif dans près de 100 % des cas : on peut donc traiter sans attendre les résultats.*

Chez l'homme :

- douleurs testiculaires
- écoulement
- douleurs à la miction

**PENSER A REMPLIR LA FICHE EXCEL CHLAMYDIA** (sur Partage)

Renseigner les différentes colonnes (le fichier sera anonymisé par la suite)

#### **DOCUMENTS ASSOCIES:**

1. Consignes d'auto-prélèvement pour les professionnels
2. Fiche administrative pour la facturation du CHU
3. Ordonnance type
4. Explications à remettre aux femmes

#### **PERSONNES RESSOURCES :**

- Dr Stéphanie Grandcolin, Pôle Recherche du Département de Médecine Générale (Faculté de Médecine), chargée de la santé sexuelle. Email : stephaniegrandcolin@aliceadsl.fr

- Hélène Esnault : interne, qui fait sa thèse sur le chlamydia. Email : Inesnault@hotmail.fr

## 8. RESUME :

### CONTEXTE :

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus répandue chez les moins de 25 ans. Du fait de ses morbidités et de son expression peu symptomatique, l'IST à Ct est un problème de santé publique. En France, il n'existe pas de recommandation pour un dépistage systématique en population générale. D'ailleurs un tel dépistage n'apparaît pas raisonnable en termes de coûts. C'est dans ce contexte qu'a été développé un outil d'interrogatoire standardisé. Il nous semblait intéressant de tester cet outil en médecine préventive universitaire (MPU), lieu fréquenté par une population jeune donc a priori à risque.

### OBJECTIFS :

Estimer la prévalence de l'infection en MPU. Etudier les facteurs de risques que sont l'âge et la durée écoulée depuis le dernier changement de partenaire. Etudier la performance de l'outil d'interrogatoire standardisé. Observer ce que peut apporter l'introduction de ce type d'outil sur la pratique de ce dépistage.

### METHODE :

Nous avons réalisé une étude descriptive analytique, observationnelle et transversale, au sein du service de MPU de la faculté de Poitiers, du 1er octobre 2012 au 28 juin 2013. Nous avons recueilli 2 facteurs de risque que sont l'âge et la durée de la dernière relation, le taux de positivité et la présence ou non des principaux symptômes de l'infection.

### RESULTATS :

Deux cent quatre-vingt-seize femmes et 117 hommes ont été inclus. La moyenne d'âge était de 21.8 ans pour les femmes et 22.9 ans pour les hommes. La moyenne de la durée depuis le dernier changement de partenaire était de 6.6 mois pour les femmes et 4 mois pour les hommes. La prévalence de l'infection était de 7.5%. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le groupe positif et le groupe négatif concernant la présence de symptômes en association avec l'infection. La petite taille de notre échantillon

ne nous a pas permis d'effectuer tous les calculs nécessaires à l'étude de la performance de notre outil.

#### CONCLUSION :

Nous avons observé un biais de sélection : notre population était majoritairement une population ayant consulté au sein du CDAG de ce MPU et elle en avait les caractéristiques. Dans ce contexte, les critères de l'âge et de la durée depuis le dernier changement de partenaire étaient pertinents puisque 96% des patientes étaient dépistées. Cependant, en termes de coûts, ces critères posent problème puisqu'ils conduiraient à proposer une PCR à 70% de la population consultant en MPU. Notre outil pourrait trouver son utilité dans une démarche de rationalisation des coûts de soins. Il pourrait également trouver une utilité pour son effet « reminder ». Son intérêt comme outil d'amorce à l'abord de la sexualité doit être testé. D'autres études sont nécessaires pour évaluer la performance de l'outil en soins primaires.

MOTS CLES : *Chlamydia trachomatis*, dépistage, médecine préventive universitaire, facteurs de risque, prévalence, outil d'interrogatoire standardisé.

## 9. SERMENT :



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

### SERMENT



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

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

