



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le Dépistage anonyme et gratuit des Infections sexuellement transmissibles
intégré dans les centres de planification
Avis des patients fréquentant les centres de planification**

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2017 à 18h
Au Pôle Formation
Par Charlotte Bailleul

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie Catteau Jonard

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Madame le Docteur Anita Tilly-Dufour

Madame le Docteur Pascale Dudek

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Pascale Dudek

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

<u>I.</u>	<u>Abréviations</u>	<u>5</u>
<u>II.</u>	<u>Résumé</u>	<u>6</u>
<u>III.</u>	<u>Introduction</u>	<u>8</u>
	A. Contexte	8
	B. Les IST en France	9
	1. Les différentes IST	9
	2. Leur dépistage	13
	C. Les centres de planification et les lieux de dépistage des IST	16
	D. Le dépistage anonyme et gratuit intégré dans les centres de planification	17
	E. Objectifs	19
<u>IV.</u>	<u>Matériels et Méthodes</u>	<u>20</u>
	A. Type d'étude	20
	B. Questionnaire	21
	C. Recueil des données	23
	D. Technique statistique	23
<u>V.</u>	<u>Résultats</u>	<u>24</u>
	A. Introduction	24
	B. Population	24
	C. Résultats principaux : l'intérêt et l'incitation du dépistage intégré des IST dans les centres de planification	26
	1. Intérêt pour le dépistage anonyme et gratuit intégré	26
	2. Incitation au dépistage liée à la présence du dépistage intégré	28
	D. Résultats secondaires : habitude en matière de dépistage des patients fréquentant les CPEF	31
	1. Dépistage des IST réalisé	31
	2. Lieux de dépistage	33
	3. Connaissance du dépistage anonyme et gratuit	35
<u>VI.</u>	<u>Discussion</u>	<u>36</u>
	A. Résultats principaux	36
	B. Force et Faiblesse de l'étude	37
	C. Comparaison avec les données connues	39
	D. Perspective à la suite de cette étude	41
<u>VII.</u>	<u>Conclusion</u>	<u>44</u>
<u>VIII.</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>45</u>
<u>IX.</u>	<u>Annexe 1</u>	<u>48</u>

I. Abréviations

IST : infection sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST))

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

INVS : institut national de veille sanitaire (aujourd'hui santé publique France)

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

INSEE : L'Institut national de la statistique et des études économiques

CIDDIST : Centre d'information, dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles

HAS : Haute Autorité de Santé

II. Résumé

Contexte

Les infections sexuellement transmissibles et leurs dépistages sont un problème de santé publique dont l'ampleur est mondiale. Dans son bulletin de surveillance, Santé Publique France montre qu'en 2015 les IST (infections sexuellement transmissibles) bactériennes continuent d'augmenter en France. Le but de cette étude est de connaître l'intérêt et la valeur incitative de la présence d'un dépistage anonyme et gratuit pour les patients fréquentant les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, multicentrique réalisée dans quatre centres de planification. Des questionnaires anonymes à questions fermées ont été distribués dans chaque centre à chaque patient venant consulter, pendant une période de trois mois.

Résultats

450 questionnaires ont été récupérés. Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage anonyme et gratuit des IST est très intéressant pour la population à 57.53% IC 95% [52.89% ;62.04%], intéressant à 37.08% IC95% [32.72% ;41.66%], peu intéressant à 3,60% IC95% [2,23% ;5,76%] et inutile à 1,80% IC95% [0,91% ;3,51%]. La présence d'un dépistage anonyme et gratuit des IST à l'intérieur des centres de planification inciterait 82.92 % IC 95% [79,15% ; 86,13%] des patients à effectuer le dépistage et ne serait pas incitatif pour 17.08% IC 95% [13,87% ;20,85%] des patients. Dans les CPEF où il y a la possibilité de faire le dépistage anonyme et gratuit des IST 52,53% IC95% [46,23% ;58,77%] des patients

ont réalisé un dépistage des IST et où il n'y a pas la possibilité de faire le dépistage anonyme et gratuit des IST 34.22% IC95% [27,46% ;41,50%] des patients ont réalisé un dépistage des IST ($p=0,0000882835$). Les patients fréquentant un CPEF qui possède le dépistage anonyme et gratuit se font surtout dépister dans les CPEF : 47.76% IC95% [39.07% ;56.56%] et les patients fréquentant un CPEF qui ne possède pas le dépistage anonyme et gratuit eux se font surtout dépister dans les CDAG : 53.13% IC 95% [40.23% ;65.72%].

Conclusion

Notre étude montre qu'une très large partie de la population est favorable au dépistage intégré et que sa présence les inciterait à se faire dépister. La généralisation du dépistage intégré des IST dans les CPEF pourrait donc favoriser le dépistage des IST selon les patients.

III. Introduction

A. Contexte

Les infections sexuellement transmissibles et leur dépistage sont un problème de santé publique dont l'ampleur est mondiale.

Selon l'OMS, environ 1 million de personnes dans le monde contractent chaque jour une IST. Chaque année environ 357 millions de personnes dans le monde contractent l'une des quatre IST suivantes : chlamydie, gonorrhée, syphilis ou trichomonase.(1)

L'ensemble de ces infections pèse très lourdement sur la santé et l'économie, surtout dans les pays en développement, où elles représentent 17 % des pertes économiques dues aux problèmes de santé.(2)

Dans certains cas, les IST peuvent avoir de graves conséquences sur la santé reproductive à long terme, comme la stérilité ou la transmission des infections de la mère à l'enfant. Les infections sexuellement transmissibles sont la principale cause évitable de stérilité, surtout chez la femme. Entre 10 et 40 % des femmes chez lesquelles la chlamydie n'est pas traitée, développent une infection génitale haute symptomatique(3). Les lésions tubaires que provoque l'infection sont à l'origine de 30 à 40 % des cas de stérilité chez la femme.

Les difficultés de dépistage proviennent du fait que la plupart de ces infections sont asymptomatiques.

On connaît plus d'une trentaine de bactéries, virus et parasites qui se transmettent par voie sexuelle. La majeure partie est liée à 8 de ces agents pathogènes : 4 peuvent être guéris : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie et la trichomonase et les 4 autres sont

des infections virales qui ne peuvent être guéries : l'hépatite B, le virus de l'herpès, le VIH, et le papillomavirus humain.

B. Les IST en France

La surveillance des IST en France s'effectue depuis l'arrêt de la déclaration obligatoire par INVS (devenue en 2016 Santé Publique France). Cette surveillance s'effectue par des réseaux de cliniciens et de laboratoires avec pour le chlamydia et le gonocoque une déclaration en ligne depuis le 15 septembre 2014.

1. *Les différentes IST*

- Syphilis

Les syphilis récentes (datant de moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillées à travers le réseau RésIST des cliniciens.(4)

- Le nombre de sites participants est stable en 2015.

- Près des trois quarts des patients sont diagnostiqués dans des structures spécialisées

Le nombre de cas de syphilis récentes notifié continue d'augmenter en 2015. L'augmentation est très marquée chez les homosexuels hommes au cours des trois dernières années : plus 56 % entre 2013 et 2015(5). Les hommes homo ou bisexuels représentent plus de 80 % des patients diagnostiqués. Chez les hommes, les 20-49 ans représentent la classe d'âge la plus touchée, toute orientation sexuelle confondue, alors que la majorité des femmes ont moins de 29 ans. L'âge médian des hommes en 2015 est de 37 ans versus 29 ans chez les femmes. (5)

- Gonocoque(6)

Les gonococcies sont surveillées par 2 réseaux : le réseau RésIST (clinicien surtout en centre spécialisé) et le réseau RENAGO réseau de laboratoire travaillant surtout en ville

Une augmentation du nombre de gonococcies est observée en 2015 chez les hommes et chez les femmes. L'augmentation concerne surtout les homosexuels hommes, le nombre de cas a augmenté de près de 100 % entre 2013 et 2015 dans ce groupe.(5)

Les femmes ayant une gonococcie sont plus jeunes que les hommes, leur âge médian étant respectivement de 22 ans contre 28 ans pour les patients du réseau Rénago, et de 21 ans contre 27 ans chez les patients du réseau RésIST (4)

L'utilisation systématique du préservatif lors des fellations reste rare (<2 %), alors que la fellation est un mode de contamination très fréquent de la gonococcie.

- Chlamydia(6)

Dans les pays industrialisés, l'infection urogénitale à *Chlamydia trachomatis* est la première cause d'infections sexuellement transmissibles d'origine bactérienne chez la femme(7)

La surveillance des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* est réalisée par l'intermédiaire du réseau de laboratoires Rénachla.

Le nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia* rapporté par les sites à déclaration constante en 2015 a augmenté de 10 % par rapport à 2013, chez les hommes comme chez les femmes.(5)

En 2014, les femmes ayant une infection uro-génitale à Chlamydia restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 23 ans contre 27 ans.(8)

En 2015 les classes d'âge les plus touchées sont les 20-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes.

Les patients dépistés par le réseau Rénachla le sont surtout dans des structures spécialisées 50 % contre 15% chez les médecins généralistes.

- Le VIH

Depuis 2001, l'INVS sollicite les laboratoires de villes et hospitaliers pour recueillir le nombre de personnes testées pour le VIH et celui des confirmés positifs pour la première fois. Les sérologies réalisées dans un cadre anonyme (notamment pour une consultation de dépistage anonyme et gratuit) sont incluses dans ce recueil.(9)

Les premières estimations au niveau national ont été disponibles en 2010 et concernaient la période 2003-2008. L'incidence a été estimée à environ 7 000 personnes contaminées par le VIH en 2008, ce qui représente 17 contaminations annuelles pour 100 000 personnes. L'incidence a diminué entre 2003 et 2008, passant d'environ 9 000 contaminations à 7 000 en 2008.(10)

Près de 5,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées en 2011. 80% des sérologies environ sont réalisées dans des laboratoires de ville. Environ 10 517 (IC95% : [10 276-10 758]) sérologies ont été confirmées positives en 2011, nombre stable depuis 2007 à l'échelle nationale. En 2011, 7% des sérologies VIH étaient réalisées dans un cadre anonyme et gratuit, et la proportion de sérologies positives était plus élevée parmi les sérologies anonymes que parmi les sérologies non anonymes (3,2 versus 1,9/1 000 tests).(11)

- VHB/ VHC

En France, la prévalence de l'antigène HBs (AgHBs), marqueur sérologique de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) a été estimée à 0,65 % [IC95 % : 0,45-0,93] chez les 18-80 ans en 2004.(12)

En France métropolitaine, en 2011, la prévalence des Ac anti-VHC a été estimée à 0,75% (ICr95% : [0,62-0,92]).(13)

La surveillance du dépistage de l'hépatite B et C est coordonnée par l'Institut de veille sanitaire et repose actuellement sur :

- l'enquête nationale LaboHep, qui est renouvelée tous les 3 ans auprès d'un échantillon aléatoire de laboratoires, depuis 2010 (en remplacement du réseau de laboratoires RenaVHC/B)

- les données d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

- l'analyse des données de remboursement de l'Assurance Maladie

Les patients découvrant une positivité VHB en 2013 étaient majoritairement des hommes (52 %). L'âge médian des hommes est de 40 ans et celui des femmes est de 35 ans.

211 CDAG ont participé en continu entre 2011 et 2014 à la surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite B (Antigène (Ag) HBs). Plus de 600 000 tests Ag HBs ont été réalisés.

2. Leur dépistage

- Syphilis

En France, le dépistage repose sur la réalisation dans un même temps d'un test tréponémique qualitatif (TPHA, FTA ou EIA) et d'un test non tréponémique qualitatif (VDRL). En cas de positivité d'au moins un des deux tests de dépistage, un titrage doit être pratiqué sur les deux tests.(14)

Selon l'HAS :

Le dépistage de la syphilis est recommandé chez les hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise (recommandation fondée sur des données épidémiologiques françaises).

Par prudence, quant au risque d'expansion de l'épidémie et sur avis d'experts, en l'absence de données épidémiologiques validées, un dépistage peut également être proposé :

- chez les travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise) ;
- chez les personnes fréquentant les travailleurs du sexe et ayant des rapports non protégés (fellation comprise) ;
- lors du diagnostic ou en cas d'antécédent d'IST à type de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH (existence de données épidémiologiques françaises pour cette dernière population) ;
- chez les personnes ayant des rapports non protégés avec plusieurs partenaires par an ;

- chez les migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) ;
- lors d'une incarcération ;
- après un viol.

Le dépistage de la syphilis doit aussi être effectué de manière systématique si possible lors du premier trimestre de la grossesse et doit être renforcé chez les femmes à risque par la réalisation d'un deuxième test au troisième trimestre, idéalement avant la 28^e semaine de grossesse. (14)

- Gonocoque/chlamydia

Pour les deux réseaux, les cas de gonococcie et chlamydia sont définis par la biologie: culture ou test d'amplification des acides nucléiques (TAAN-PCR) positif. Il est réalisé sur un prélèvement urinaire ou vaginal.

Le dépistage en France est appliqué actuellement selon les données de Rénachla, essentiellement chez les femmes fréquentant les consultations dédiées aux IST. L'étude NatChla montre que le dépistage devrait être élargi aux jeunes femmes sans diplômes et à celles qui ont un facteur de risque (partenaire occasionnel ou plus de deux partenaires depuis un an, relations bisexuelles). Le dépistage des hommes permettrait de réduire la contamination de leurs partenaires féminines et donc des complications sur leur fertilité. NatChla a identifié les facteurs de risque permettant de cibler les hommes de moins de 30 ans (partenaire occasionnel ou nouveau partenaire récent) à dépister.(15)

La Haute Autorité de Santé recommande un dépistage systématique des infections à Chlamydia trachomatis dans les lieux de consultation dédiés tels que les CPEF, chez

les femmes de moins de 25 ans et chez celles ayant changé de partenaire dans l'année(16)

- VIH

La technique utilisée dans le cadre de l'analyse de confirmation de l'infection par le VIH demeure le western blot (WB) ou l'immunoblot (IB). Si le résultat du WB ou de l'IB est négatif ou indéterminé, afin de ne pas méconnaître une primo-infection au stade de pré-séroconversion, il est nécessaire de procéder à un test permettant de mettre en évidence les composants du virus.(17)

Une stratégie de dépistage du VIH a été mise en place en 2010 : proposer à l'ensemble des personnes de 15 à 70 ans un test de dépistage du VIH lors d'un recours au système de soins, en dehors de prises de risque identifiées. Cela complète le dépistage ciblé des populations identifiées à fort risque d'infection à VIH. L'arrivée des autotests de diagnostic pourrait modifier la stratégie de dépistage.

- VHB/VHC

Parmi les différentes stratégies retenues par la Haute Autorité de Santé, la recherche simultanée des 3 marqueurs (AgHBs, Ac Anti-HBs et Ac Anti-HBc) est la stratégie de dépistage qui permet de déterminer, en un seul temps, le statut immunitaire exact de la personne à risque vis-à-vis du VHB.(18)

Pour le VHC, le dépistage se fait par la recherche des Ac anti-VHC (par un test EIA de 3e génération le plus souvent). En cas d'Ac anti-VHC positifs, la nécessité d'un test de contrôle n'est pas systématique dans les différentes recommandations.(19)

C. Les centres de planification et les lieux de dépistage des IST

Les centres de planification et d'éducation familiale trouvent leurs origine dans la loi Neuwirth de 1967 qui les a institués pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives(20). Aujourd'hui environ 1200 centres répartis sur le territoire national assurent une fonction irremplaçable d'information, de conseil et de prévention.

Les rôles des CPEF sont multiples : accueil, conseil et écoute individuelle sur les questions liées à la sexualité et à l'orientation sexuelle, accompagnement des personnes victimes de violence, accompagnement et suivi de la première contraception, de l'IVG, sensibilisation à la prévention des risques, consultation et prescription contraceptives, pose de dispositifs contraceptifs, tests de grossesse et délivrance de la contraception d'urgence, suivi gynécologique et, selon les centres, offre de dépistage et de traitement des IST. (21)

Les CPEF sont les seules structures qui actuellement proposent des modalités de prescription et de délivrance de la contraception assurant une totale confidentialité, à travers une dispense d'avance de frais et de ticket modérateur.

Les CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit) ont été créés en 1988 avec pour missions le dépistage et diagnostic du VIH et un accompagnement pour les soins de façon anonyme et gratuit. Cette mission s'est élargie en 2010 au dépistage des autres IST notamment les hépatites.(22)

Les CIDDIST (Centre d'information, dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles) sont créés en 2004 sur les bases de l'article 71 de la loi n° 2004 - 809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales selon laquelle : l'État est responsable de la lutte contre le VIH et les IST(23). Ils proposent l'anonymat et gratuité, des entretiens individuels, une analyse globale des risques, un

examen clinique, une prescription d'examens et remise des résultats par un médecin avec un traitement si nécessaire. Ils s'occupent de toutes les IST.

D. Le dépistage anonyme et gratuit intégré dans les centres de planification

Dans de nombreux rapports sur les dépistages des IST, le rassemblement de consultations de dépistage et de dépistage anonyme et gratuit apparaît.

« La HAS considère que les CDAG et CIDDIST doivent continuer à occuper une place importante dans le cadre de la démarche volontaire de dépistage. La nécessaire rénovation du rôle de ces structures passe par leur fusion sur le plan organisationnel, le respect de leur cahier des charges et le renforcement de leurs moyens. Les CDAG et CIDDIST devraient être intégrés dans une seule et même structure de dénomination unique, avec un seul mode de financement, un seul bilan d'activité et une mission large de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST. »(17)

C'est dans ce but que les CeGIDD (24)(Centres Gratuits d'information, de Dépistage et de Diagnostic) ont été créés en janvier 2016. Ces centres regroupent les ex CDAG et CIDDIST en reprenant leurs missions et les élargissant pour s'occuper plus complètement de la santé sexuelle(25) :

-Dépistage gratuit du VIH, des hépatites virales et des IST. En cas de test positif au VIH ou aux hépatites, le CeGIDD orientera la personne vers le service de soins approprié. Les IST quant à elles seront traitées gratuitement sur place, sauf pour les cas nécessitant une prise en charge plus spécialisée. Les tests pourront être anonymes ou nominatifs, au choix de l'utilisateur. Si celui-ci choisit l'anonymat, il sera toujours possible de le lever par la suite, notamment en cas de traitement pour une IST. Le CeGIDD est soumis au secret médical.

- Prescription, et éventuellement délivrance, de contraception et de contraception d'urgence. Ce service est gratuit mais n'est pas anonyme.

-Vaccination contre les hépatites A et B et contre le Papillomavirus responsable de cancers du col de l'utérus. Ce service est gratuit mais n'est pas anonyme.

- Prise en charge et suivi médical des accidents d'exposition au VIH ou à l'hépatite B: soit le CeGIDD assure directement cette prise en charge, soit il accueille les personnes pour les informer, voire les rassurer, mais les oriente pour le traitement,

-Consultation par un spécialiste des questions de sexualité en cas d'inquiétude importante, de difficultés liées à la sexualité ou au dépistage

-Consultation sociale par une assistante sociale,

- Distribution de matériel de prévention

Dans son rapport de 2011 sur Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale, l'inspection générale des affaires sociales recommandait de systématiser la mission de prévention des IST dans les CPEF avec la systématisation du dépistage anonyme et gratuit. Cette systématisation prend son sens sachant que la plupart des IST notamment le chlamydia et le gonocoque sont dépistées dans des structures hors de la médecine générale et que la part des sérologies positives notamment pour le VIH est plus importante lorsque le dépistage est anonyme et gratuit (voir Annexe 1)

Le CPEF de Dunkerque depuis 2014 et le CPEF d'Armentières depuis 2016 ont intégré le dépistage des IST de façon anonyme est gratuit à l'intérieur de leur structure.

Ils ont réalisé en 2016 pour celui de Dunkerque 125 dépistages anonymes et gratuits et pour celui d'Armentières 96.

Il y a environ 50 % des CPEF qui proposent le dépistage anonyme et gratuit des IST.

Dans la finalité ces CPEF pourrait intégrer le dispositif des CEGIDD en demandant leur agrément.

E. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de s'intéresser à l'avis des patients fréquentant les CPEF sur le dépistage intégré des IST à l'intérieur des CPEF. En effet, il s'agit de connaître l'intérêt et la valeur incitative de la présence d'un dépistage anonyme et gratuit pour les patients fréquentant les CPEF.

Les objectifs secondaires sont de connaître les habitudes en matière de dépistage des patients fréquentant les CPEF.

La question de Recherche était la suivante :

La possibilité de consultation médicale de prévention associée au dépistage anonyme et gratuit dans un même lieu incite-t-elle à faire le dépistage des IST selon les patients fréquentant les centres de planification ?

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle prospective par questionnaire aux patients fréquentant 4 centres de planification : Dunkerque et Armentières deux centres pratiquant le dépistage intégré et Grande Synthe et Dunkerque littoral deux ne le pratiquant pas.

IV. Matériels et Méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, multicentrique.

Elle s'articule autour d'un questionnaire qui sera remis aux patients fréquentant les 4 centres de planification participant à l'étude.

Le choix du type d'étude s'est fait en concertation avec le Dr Dudek (directrice de thèse et médecin gynécologue du centre de planification de Dunkerque) et sur la suggestion du Dr Carine Martin (médecin responsable du centre de planification d'Armentières).

Il s'agit en effet d'une première étude s'intéressant à l'intégration d'un dépistage anonyme et gratuit à l'intérieur même des centres de planification. Les médecins et personnels travaillant dans les centres de planification ont le sentiment que le fait d'avoir cette possibilité de dépistage favorise le dépistage des infections sexuellement transmissibles (justifiant la création des CEGGID), on n'y retrouve pour le moment pas d'étude le corroborant.

La difficulté liée à l'anonymat des dépistages ne nous permet pas de comparer le nombre de dépistages anonymes et gratuits proposé et fait en centre de planification avec celui des dépistages proposés mais devant être fait dans un CDAG. De plus, il nous semblait important de demander l'avis aux personnes concernées : les patients fréquentant les centres de planification.

Il nous semblait important de connaître l'intérêt des patients pour la présence de ce dépistage à l'intérieur du centre pour ceux fréquentant un CPEF le possédant et également ceux dont le CPEF n'en possède pas, le questionnaire est donc un moyen de les toucher.

B. Questionnaire

La rédaction de ce questionnaire est basée sur le travail du Docteur Maisonneuve Hubert, chef de clinique en médecine générale , UFR Strasbourg et du Docteur Fournier Jean-Pascal, chef de clinique en médecine générale, UFR Toulouse sur la rédaction de questionnaire en médecine générale(26).

La première partie du questionnaire vise à décrire la population. Les premières questions correspondent à l'âge, au sexe et à la catégorie socioprofessionnelle. Les propositions de catégorie socioprofessionnelle correspondent à la Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles - PCS 2003(27) validé par INSEE auxquelles nous avons décidé de rajouter une catégorie, afin de les distinguer des personnes sans emploi, la catégorie étudiant qui forme une grosse partie de la population des CPEF.

La deuxième partie du questionnaire comprend les habitudes des patients : leur raison de venue au centre mais aussi leur connaissance sur le dépistage anonyme et gratuit et s'ils avaient déjà effectué un dépistage des IST et dans quel lieu, cela correspond aux objectifs secondaires de l'étude.

La troisième partie correspond à l'objectif principal : est ce que les patients fréquentant le centre sont intéressés par le dépistage intégré et si cela les inciterait à se faire dépister.

Les questions sont des questions fermées. Pour deux questions, il a été nécessaire de proposer la réponse « autres » avec une possibilité de texte libre pour la raison de venue et le lieu où ils ont fait un dépistage des IST afin d'éviter les non réponses dues à l'absence de propositions correspondantes. Pour la question sur l'intérêt des patients

pour le dépistage intégré, nous avons décidé d'utiliser une réponse par échelle et dans une volonté d'enquête d'opinion nous avons fait un nombre pair de proposition afin de limiter l'attrait de la médiane.

Ce questionnaire a été élaboré en discussion avec ma directrice de thèse pour être finalisé en novembre 2016. Il a été décidé afin de favoriser la réponse aux questionnaires de réaliser celui-ci de façon anonyme.

Le questionnaire a été transmis à Jean-Luc Tessier Responsable du Service de Pédagogie et d'Innovation Numériques-Correspondant Informatique et Libertés accompagné d'un formulaire descriptif de la thèse afin de réaliser si nécessaire une déclaration. Après son évaluation, le questionnaire a été jugé anonyme et ne nécessitant pas de démarche auprès de la CNIL.

Une brève présentation personnelle et de mon objectif de travail est présente au début de ce questionnaire. Elle permet au patient de connaître l'utilité de répondre à ce questionnaire, on précise le respect de leur anonymat et le temps faible nécessaire à la réponse.

Le questionnaire est disponible en Annexe 2.

C. Recueil des données

Le questionnaire a été distribué dans 4 centres de planification. Ces 4 centres ont été choisis par la proximité géographique et leur travail en lien avec le centre de planification de Dunkerque. Les Docteurs Pascale Dudek, Yann Dandoy, Claire Anastasios et Carine Martin responsables de ces centres ont accepté de participer à cette thèse.

Les questionnaires ont été distribués le 1^{er} décembre dans les centres d'Armentières et de Dunkerque Pont neuf et le 8 décembre dans les centres de Grande Synthe et de Dunkerque littoral.

La durée de l'étude a été fixée à trois mois. En effet, le trimestre est une unité de temps reconnue pour séparer l'année et correspond au renouvellement de la pilule contraceptive permettant de toucher la quasi-totalité de ce public et d'éviter de proposer le questionnaire aux mêmes personnes.

Les questionnaires étaient dans les secrétariats, les équipes des secrétariats ont accepté de les remettre à chaque patient venant au centre quelle qu'en soit la raison il n'y avait pas de critère d'exclusion. Si les patients acceptaient d'y répondre, ils le remettaient dans une boîte prévue à cet effet dans chacun des centres. Régulièrement je venais récupérer les questionnaires.

D. Technique statistique

Les données recueillies ont été rentrées dans un tableur Excel 2016® et dans le logiciel Epi info 7™. Les analyses ont été réalisées par tableau croisé Excel ou par le logiciel Epi info 7™.

V. Résultats

A. Introduction

450 questionnaires ont été récupérés sur la période de 3 mois : 230 questionnaires au centre de planification du Pont Neuf, 141 questionnaires au centre de planification du littoral, 30 questionnaires au centre de planification d'Armentières et 49 questionnaires au centre de planification de Grande Synthe ; Soit 260 questionnaires dans les centres ayant un dépistage intégré et 190 dans les centres sans dépistage.

B. Population

Sur la totalité des centres, la population est composée en majorité de femmes pour 91.98%, les hommes représentent eux 8.02%.

Dans les CPEF avec dépistage intégré, il y a 6,95% d'hommes et 93,05% de femmes.

Dans les CPEF sans dépistage intégré, il y a 9,47% d'hommes et 90,53% de femmes.

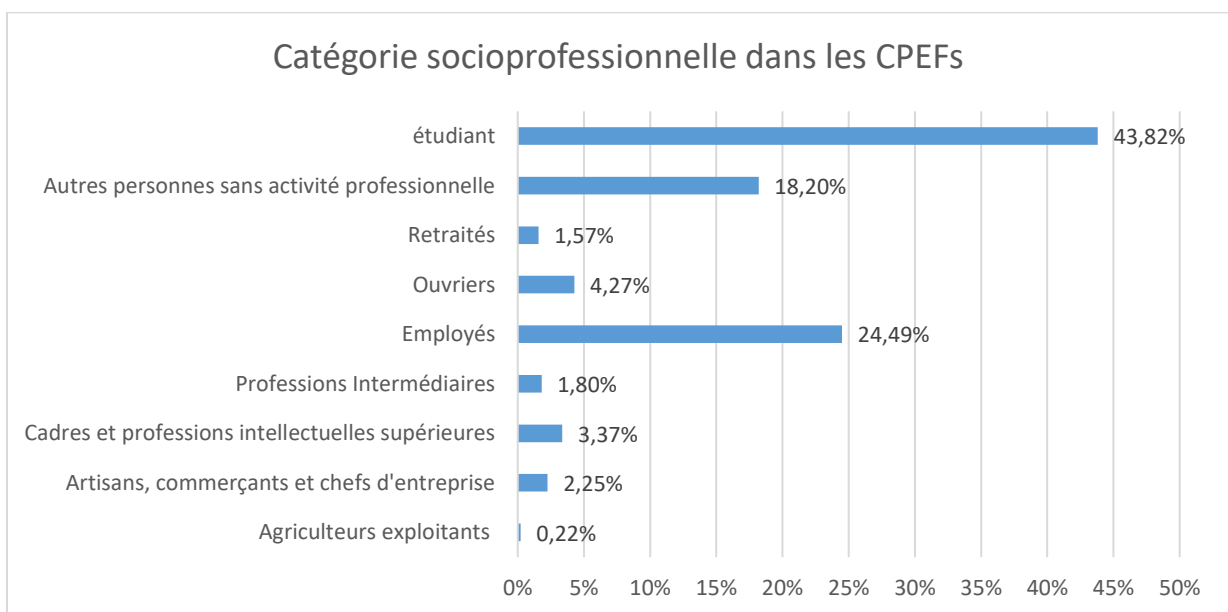
Il y a une donnée manquante pour le sexe.

En ce qui concerne l'âge des patients fréquentant les centres de planification, la moyenne d'âge est de 24,7358 ans avec un écart type de 10.4605. L'âge médian est de 20 ans, le 25eme percentile est de 17ans et le 75eme percentile est de 29 ans ; l'âge minimum est de 14ans et le maximum de 80ans. Il y a 45 données manquantes sur l'âge.

La population fréquentant les centres est composée en majorité d'étudiants à 43.82%. Elle est composée également de 24.49% d'employés, de 18.20% de personnes sans activité professionnelle, de 4.27% d'ouvriers, de 3.37% de cadres et de professions intellectuelles supérieures, de 2.25% d'artisans, de commerçants et de chefs

d'entreprises, de 1.80% de professions intermédiaires, de 1.57% de retraités et de 0.22% d'agriculteurs. Il y a 5 données manquantes sur la catégorie socioprofessionnelle.

Dans les centres avec dépistage intégré, il y a 35.66% d'étudiants, 29.07% d'employés et 17.83 % de personnes sans activité professionnelle. Dans les centres sans dépistage intégré, il y a 55.08% d'étudiants, 18.18% d'employés et 18.72 % de personnes sans activité professionnelle.



Les patients viennent au CPEF pour la contraception dans 48.11% des cas, à 17,59% pour un problème gynécologique, pour un test de grossesse à 6.46% et une IVG à 1.78%. Les autres raisons de venue concernent 18.93% des patients : elles sont en majorité l'accompagnement d'une personne, le suivi et les demandes multiples.

Le Dépistage des IST est la raison de venue de 7.13% des patients au CPEF.

Il y a 1 donnée manquante pour la raison de venue au centre de planification.

C. Résultats principaux : l'intérêt et l'incitation du dépistage intégré des IST dans les centres de planification

1. *Intérêt pour le dépistage anonyme et gratuit intégré*

Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage anonyme et gratuit des IST est très intéressant pour 57.53% IC 95% [52.89% ;62.04%] et intéressant pour 37.08% IC95% [32.72% ;41.66%] de la population fréquentant les CPEF soit au cumulé 94.61% d'opinion favorable.

Au contraire, 3,60% IC95% [2,23% ;5,76%] trouve cette possibilité peu intéressante et 1,80% IC95% [0,91% ;3,51%] la trouve inutile.

Il y a 5 données manquantes sur l'intérêt du dépistage intégré.

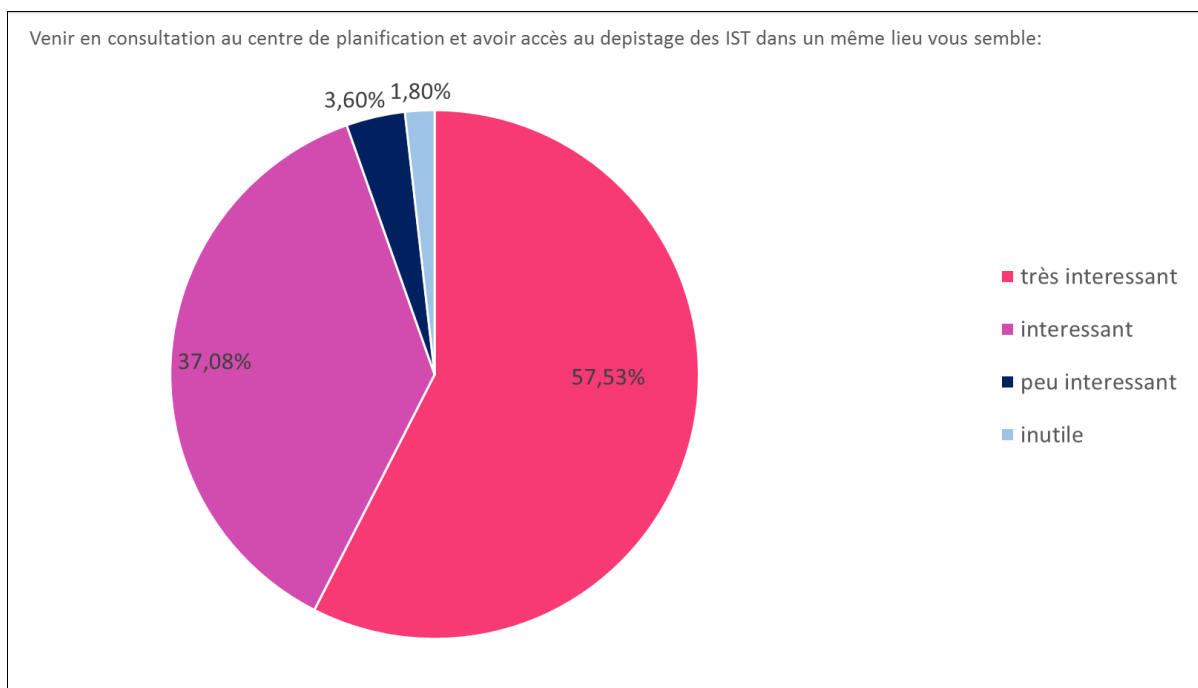


Figure 1 : intérêt du dépistage intégré des IST dans les centres de planification

Dans les centres avec dépistage intégré, il est considéré comme très intéressant pour 60,16% IC95% [53,87% ;66,20%] de la population, intéressant pour 33,20% IC95% [27,46% ;39,34%], peu intéressant pour 3,91% IC95% [1,89% ;7,07%] et inutile pour 2,73% IC95% [1,11% ;5,55%] soit 93.36% d'opinion favorable et 6.64% d'opinion défavorable.

Dans les centres sans dépistage intégré, il est considéré comme très intéressant pour 53,97% IC95% [46,58% ;61,23%] de la population, intéressant pour 42,33% IC95% [35,19% ;49,71%], peu intéressant pour 3.17% IC95% [1,17% ;6,78%] et inutile pour 0.53% IC95% [0,01% ;2,91%] soit 96.30% d'opinion favorable et 3.7% d'opinion défavorable.

Pour les hommes, il est considéré comme très intéressant pour 63,89% IC95% [46,22% ;79,18%] de la population, intéressant pour 33,33% IC95% [18,56% ;50,97%], peu intéressant pour 2,78% IC95% [0,07% ;14,53%] et inutile pour 0% IC95% [0,00% ;9,74%] soit 97.22% d'opinion favorable et 2.78% d'opinion défavorable.

Pour les femmes, il est considéré comme très intéressant pour 57,11% IC95% [52,26% ;61,82%] de la population, intéressant pour 37,25% IC95% [32,70% ;42,04%], peu intéressant pour 3,68% IC95% [2,24% ; 5,98%] et inutile pour 1,96% IC95% [1,00% ;3,82%] soit 94.36% d'opinion favorable et 5.64% d'opinion défavorable.

2. Incitation au dépistage liée à la présence du dépistage intégré

La présence d'un dépistage anonyme et gratuit des IST à l'intérieur des centres de planification inciterait 82.92 % IC 95% [79,15% ; 86,13%] des patients à effectuer le dépistage et ne serait pas incitatif pour 17.08% IC 95% [13,87% ;20,85%] des patients.

Il y a 5 données manquantes sur l'incitation.

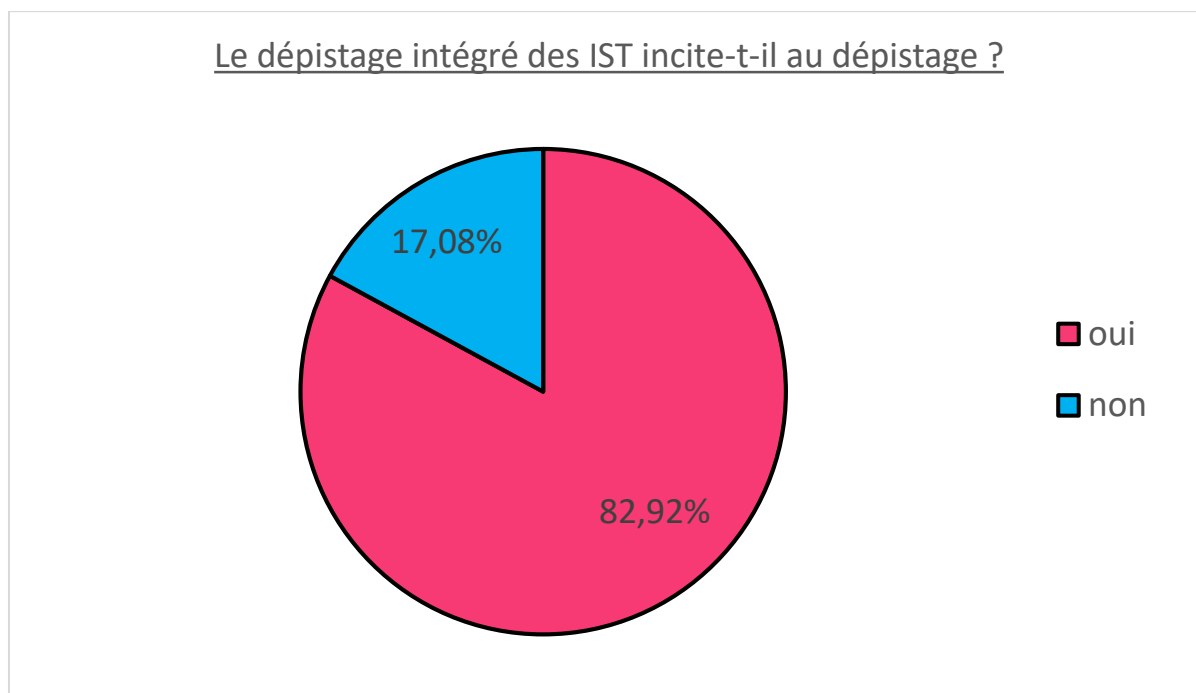


Figure 2 : Le dépistage intégré des IST incite-t-il au dépistage ?

Dans les CPEF avec dépistage intégré, il inciterait 81,78% IC95% [76,52% ;86,30%] à se faire dépister et ne serait pas incitatif pour 18,22% IC95% [13,70% ;23,48%] des patients.

Dans les CPEF sans dépistage intégré, il inciterait 84,49% IC95% [78,49% ; 89,36%] à se faire dépister et ne serait pas incitatif pour 15,51% IC95% [10,64% ;21,51%] des patients.

Il n'y a pas de différence sur l'incitation entre les type de centre $p= 0,268000955$ (Exact de Fisher)

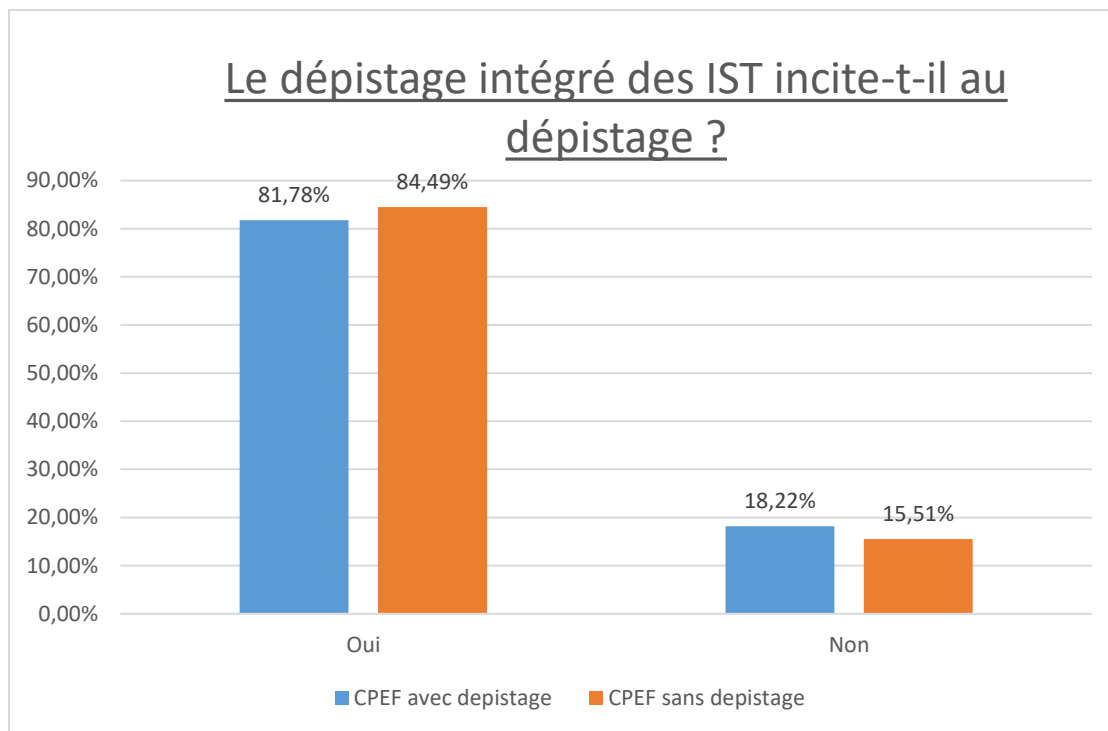


Figure 3 : Le dépistage intégré des IST incite-t-il au dépistage ? En fonction du type de centre de planification

Pour les hommes, la présence du dépistage intégré inciterait 80,56% IC95% [63,98% ;91,81%] à se dépister et 19,44% IC95% [8,19% ;36,02%] ne seraient pas incités.

Pour les femmes, la présence du dépistage intégré inciterait 83,09% IC 95% [79,15% ;86,41%] à faire le dépistage et 16,91% IC95% [13,59% ;20,85%] ne seraient pas incitées.

Il n'y a pas de différence sur l'incitation entre les sexe $p= 0,421688681$ (Exact de Fisher)

Les résultats de l'incitation selon l'intérêt pour le dépistage intégré des IST sont dans le tableau I. Il montre que même si une partie de la population trouve cette possibilité intéressante elle ne les inciterait pas au dépistage.

Tableau I : Incitation au dépistage des IST selon l'intérêt au dépistage intégré des patient fréquentant les CPEF

Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage des IST dans un même lieu vous semble : = Très Intéressant

Le dépistage anonyme et gratuit dans les centres vous incitez-t-il au dépistage ?	Fréquence	Pourcentage	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Oui	247	96,86%	93,91%	98,64%
Non	8	3,14%	1,36%	6,09%
TOTAL	255	100,00%		

Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage des IST dans un même lieu vous semble : = intéressant

Le dépistage anonyme et gratuit dans les centres vous incitez-t-il au dépistage ?	Fréquence	Pourcentage	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Oui	122	73,94%	66,54%	80,45%
Non	43	26,06%	19,55%	33,46%
TOTAL	165	100,00%		

Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage des IST dans un même lieu vous semble : = peu intéressant

Le dépistage anonyme et gratuit dans les centres vous incitez-t-il au dépistage ?	Fréquence	Pourcentage	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Oui	0	0,00%	0,00%	21,80%
Non	15	100,00%	78,20%	100,00%
TOTAL	15	100,00%		

Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage des IST dans un même lieu vous semble : = Inutile

Le dépistage anonyme et gratuit dans les centres vous incitez-t-il au dépistage ?	Fréquence	Pourcentage	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Oui	0	0,00%	0,00%	36,94%
Non	8	100,00%	63,06%	100,00%
TOTAL	8	100,00%		

D. Résultats secondaires : habitude en matière de dépistage des patients fréquentant les CPEF

1. *Dépistage des IST réalisé*

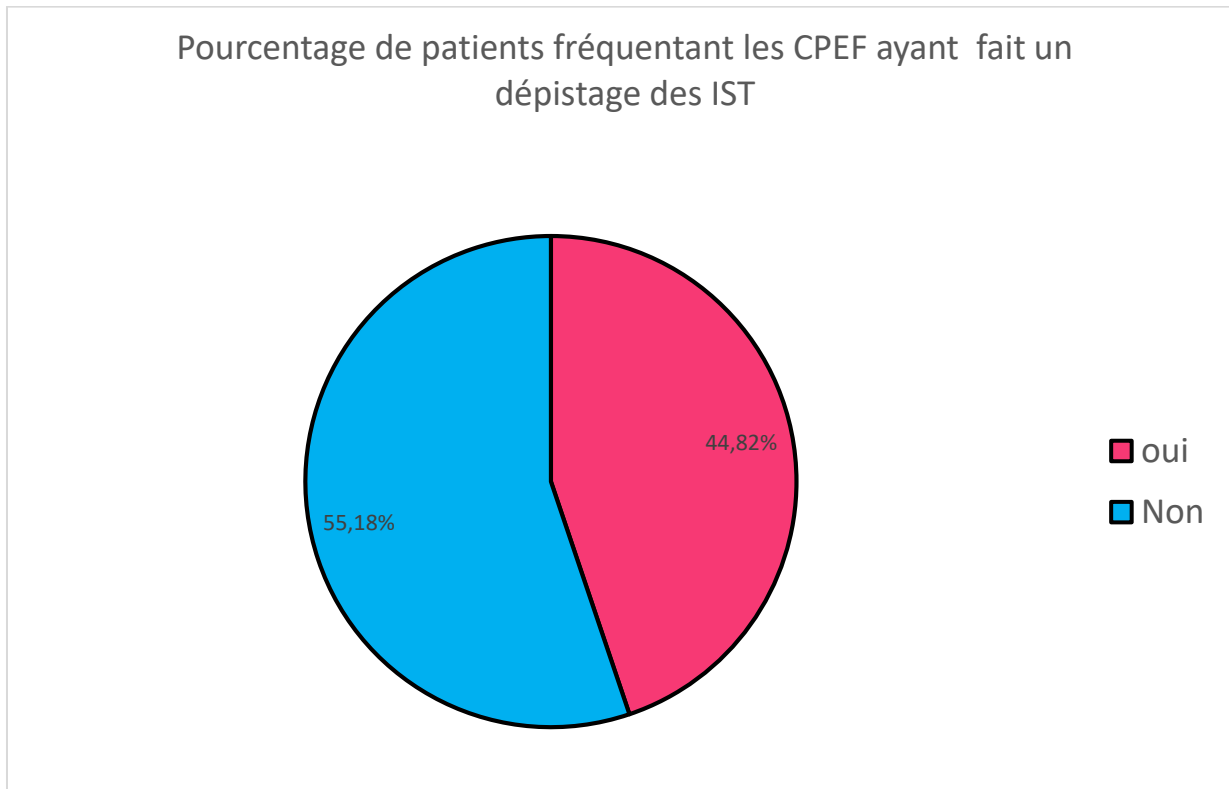


Figure 4 : réalisation des dépistages chez les patients fréquentant les CPEF

444 personnes ont répondu à cette question.

44.82% IC95% [40,26% ;49,47%] ont déjà effectué un dépistage des IST et 55,18% IC95% [50,53% ;59,74%] n'en ont jamais réalisé.

Si l'on s'intéresse aux différents types de CPEF (figure 5) :

-dans les CPEF où il y a la possibilité de faire le dépistage anonyme et gratuit des IST 52,53% IC95% [46,23% ;58,77%] ont réalisé un dépistage des IST et 47,47% IC95% [41,23% ;53,77%] n'en ont jamais réalisé.

- dans les CPEF où il n'y a pas la possibilité de faire le dépistage anonyme et gratuit des IST 34.22% IC95% [27,46% 41,50%] ont réalisé un dépistage des IST et 65.78% IC95% [58,50% ;72,54%] n'en ont jamais réalisé.

Il y a une différence statistiquement significative du nombre de dépistage effectué selon les types de CPEF $p=0,0000882835$ (Exact de Fisher)

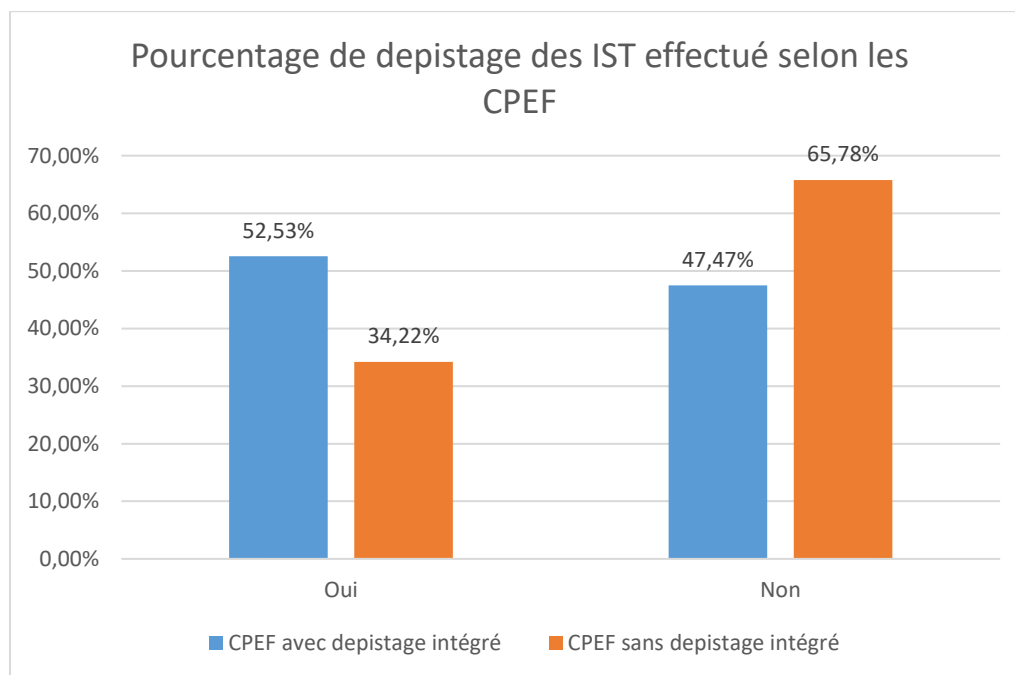


Figure 5 : Dépistage des IST effectué selon type de CPEF

Le Tableau II montre la réalisation d'un dépistage des IST en fonction de la catégorie d'âge : plus de la moitié des 20- 40 ans ont réalisé un dépistage des IST contrairement au moins de 20 ans. Il y a 52 données manquantes.

Tableau II : Dépistage des IST en fonction de la catégorie d'âge

Avez-vous déjà effectué un dépistage des IST ?	< 20 ans	20-40 ans	40-60 ans	>60 ans
Oui	30,41% IC95% [23,62%;37,89%]	57,45% IC95% [50,04%;64,61%]	41,67% IC95% [25,51%;59,24%]	66,67% IC95% [9,43%;99,16%]
Non	69,59% IC95% [62,11%;76,38%]	42,55% IC95% [35,39%;49,96%]	58,33% IC95% [40,76%;74,49%]	33,33% IC95% [0,84%;90,57%]

La figure 6 nous donne les résultats en fonction du sexe, chez les hommes comme les femmes, le taux de dépistage réalisé ne dépasse pas les 50%, il n'y a pas de différence entre les deux $p=0,409222687$ (Exact de Fisher)

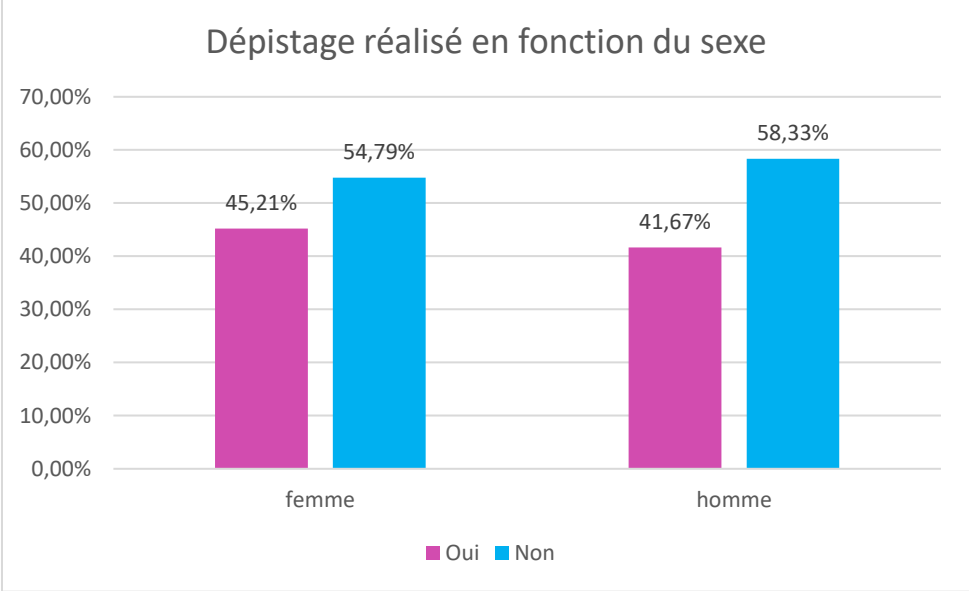


Figure 6 Taux de dépistage des IST en fonction du sexe

2. *Lieux de dépistage*

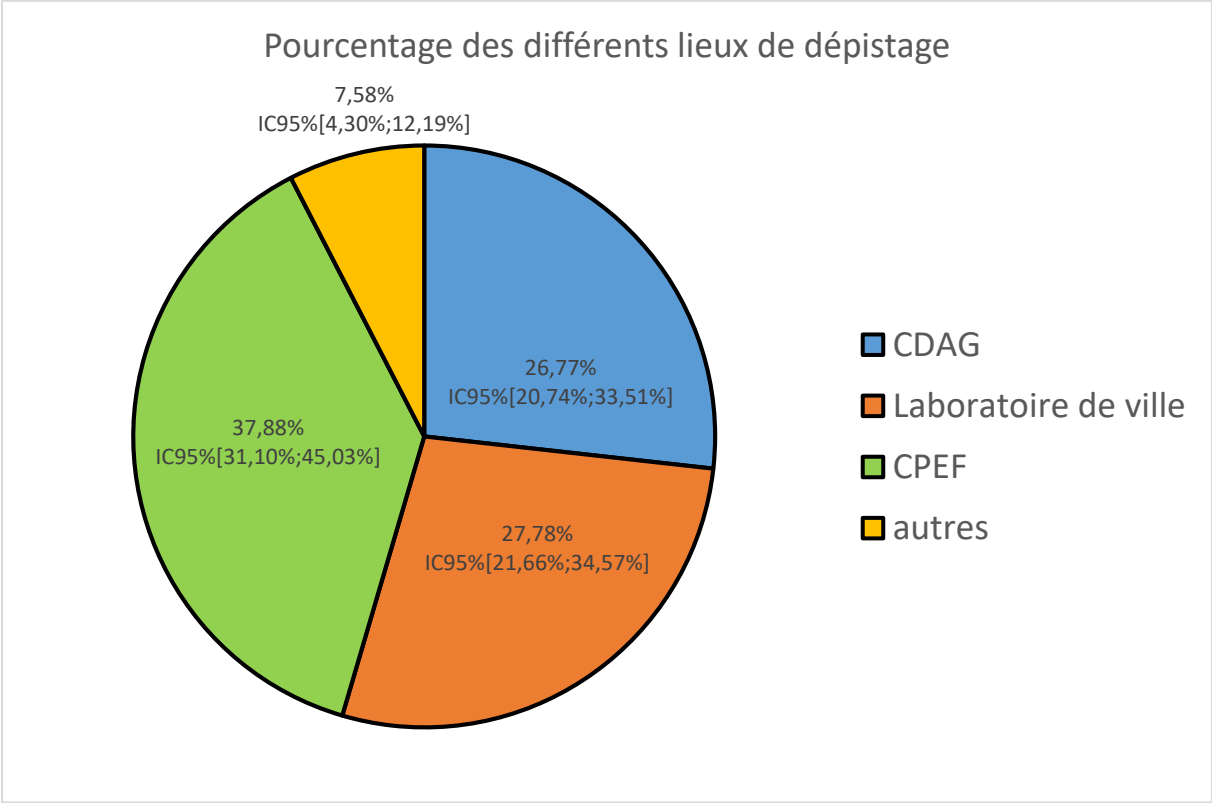


Figure 7 : différents lieux de dépistage des IST des patients fréquentant les CPEF

Il y a une donnée manquante sur les lieux de dépistage des IST.

Les patients fréquentant un CPEF qui possède le dépistage anonyme et gratuit se font surtout dépister dans les CPEF : 47.76% IC95% [39.07% ;56.56%] et les patients fréquentant un CPEF qui ne possède pas le dépistage anonyme et gratuit se font surtout dépister dans les CDAG : 53.13% IC 95% [40.23% ;65.72%].

Tableau III Les différents lieux de dépistage des IST en fonction de la présence ou non du dépistage anonyme et gratuit des IST dans les CPEF

Lieu de dépistage des IST	CPEF avec dépistage intégré	CPEF sans dépistage intégré
CDAG	14,18% IC95% [8,76 ;21,25]	53,13% IC95% [40,23 ;65,72]
Laboratoire de ville	30,6% IC95% [22,93 ;39,14]	21,88% IC95% [12,51 ;33,97]
CPEF	47,76% IC95% [39,07 ;56,56]	17,19% IC95% [8,90 ;28,68]
Autres	7,46% IC95% [3,64 ;13,30]	7,81% IC95% [2,59 ;17,30]

Les autres lieux de dépistage des IST sont en majorité représentés par l'hôpital (Tableau IV).

Tableau IV : Autres lieux de dépistage des IST

Autres Lieux de Dépistage	Fréquence	Pourcentage
Centre de santé	1	7,14%
CSAPA	1	7,14%
École	1	7,14%
Hôpital	10	71,43%
Université	1	7,14%

3. *Connaissance du dépistage anonyme et gratuit*

Dans les patients fréquentant les CPEF 73.38% IC95% [69.09% ;77.26%] sont informés de la possibilité d'un dépistage anonyme et gratuit des IST contre 26.62% IC95% [22.74% ;30.91%] qui ne le sont pas.

Les chiffres sont similaires en fonction de la présence ou non du dépistage intégré des IST :73,26% IC95% [67,41% ;78,56%] sont informés dans les centres avec dépistage intégré et 73,54% IC95% [66,65% ;79,68%] sont informés dans les centres sans dépistage intégré.

VI. Discussion

A. Résultats principaux

Il s'agit de la première étude sur le dépistage intégré dans les CPEF.

Notre étude montre que la population fréquentant les centres de planification est favorable à la présence des dépistages intégrés à l'intérieur des centres de planification. En effet, 94.61 % y trouve un intérêt (57.53% trouve cela très intéressant et 37.08% intéressant).

Notre étude montre que la présence du dépistage anonyme et gratuit dans le CPEF incite au dépistage pour 82.92% des patients fréquentant les centres de planification.

Elle répond donc à notre objectif principal, les patients fréquentant les CPEF éprouvent de l'intérêt pour le dépistage intégré dans les centres de planification, et y ajoutent une valeur incitative au dépistage des IST.

De plus dans les résultats secondaires, on constate qu'il y a statistiquement plus de patients ayant eu un dépistage dans les centres de planification avec dépistage intégré que dans les centres sans dépistage (52.3% versus 34.22% $p < 0.05$).

B. Force et Faiblesse de l'étude

Les forces de l'étude sont multiples :

- L'étude s'est déroulée dans quatre centres de planification qui, s'ils sont dans la même zone géographique pour trois d'entre eux, ont permis de toucher un plus grand nombre de personnes fréquentant les centres de planification.
- De plus ces centres proposent différents services : consultation de sexologie, conseillères conjugales, atelier de sensibilisation, action avec des lycéens. Les accompagnants et les personnes venant en demande d'information ont aussi pu participer à l'étude. Cela nous a permis de toucher un public large.
- La taille du questionnaire volontairement courte avec des questions principalement fermées permet une réponse rapide et facilite donc l'acceptation à répondre à ce questionnaire profitant notamment du temps en salle d'attente avant la consultation.
- 450 questionnaires ont été récupérés ce qui est conséquent. La taille de l'échantillon nécessaire, pour une population fréquentant les centres estimée à plus de 100 000 patients avec une marge d'erreur de 5%, est de 400 réponses.
- L'anonymat du questionnaire avec remise dans une boîte permet de maximiser le nombre de réponses sur ce sujet délicat qu'est le dépistage des IST, les patients ne se sentant pas jugés.
- La population de l'étude conforme à la population cible du dépistage.

Les faiblesses de l'études sont :

- Un biais de sélection car ne répondaient au questionnaire que les patients qui le voulaient avec une influence de la secrétaire qui leur remettait.
- Une différence dans le nombre de questionnaires selon les centres : 230 au Pont Neuf, 141 au Littoral, 30 à Armentières et 49 à Grande Synthe. Cette différence s'explique en partie par l'amplitude horaire de certains centres. Les centres de planification du pont neuf et du littoral sont ouverts 5 jours sur 7 de 9h à 17h tandis que le centre de Grande Synthe n'est ouvert que l'après-midi avec une fermeture d'une semaine durant les vacances de Noel et celui d'Armentières 2 jours par semaine.
- Le faible nombre d'hommes répondant au questionnaire mais lié au fait que les CPEF sont en majorité fréquentés par les femmes du fait de leur objectif primaire de création qu'est la contraception.
- Le manque de certaines données notamment 45 données manquantes sur l'âge. Le nombre de données manquantes sur l'âge s'explique probablement car il s'agit de la première question et sa visibilité n'a pas été assez bonne. Pour le reste, l'utilisation de questions fermées peut être une hypothèse à la non réponse.

C. Comparaison avec les données connues

- La population de notre étude correspond à la population cible du dépistage, elle est donc concernée par le dépistage intégré.

De par l'âge tout d'abord, en effet la moyenne d'âge dans notre étude est de 24,74 ans avec une médiane à 20 ans ce qui correspond pour le Gonocoque et le Chlamydiae à l'âge médian du dépistage. Les femmes ayant une gonococcie ont un âge médian de 22 ans pour les patients du réseau Rénago, et de 21 ans chez les patients du réseau RésIST(28), en 2015 les classes d'âge les plus touchées sont les 20-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes(5). En 2014, les femmes ayant une infection uro-génitale à Chlamydia ont un âge médian de 23 ans, les tranches d'âge les plus touchées sont les 15-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes(6). Pour la syphilis , l'hépatite B et le VIH l'âge de dépistage est plus tardif : pour la syphilis l'âge médian des hommes en 2015 est de 37 ans et de 29 ans chez les femmes ; pour l'hépatite B l'âge médian des hommes est de 40 ans et celui des femmes est de 35 ans(12) ; pour le VIH ,en 2013, l'âge médian au diagnostic était de 36,6 ans(29).

De plus, les recommandations sur la stratégie de dépistage des infections à chlamydiae trachomatis établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en 2003 préconisaient un dépistage systématique de ces infections préférentiellement chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans dans les centres à vocation de dépistage et les CPEF(16). Comme le confirment plusieurs études, les prévalences dans les populations fréquentant ces centres sont élevées, de l'ordre de 7.5 %(30). Ce qui correspond à notre population de par le lieu mais aussi sur la catégorie d'âge.

La population de notre étude présente les caractéristiques spécifiques d'une population qu'il est nécessaire de dépister puisqu'elle appartient à un groupe qui présente des freins à l'accès au dépistage des IST.

Dans une étude de 2010 (31) , les freins au dépistage du VIH ont été étudiés, parmi ceux-ci on retrouve pour l'homme : l'inactivité professionnelle (OR = 3,3), une couverture maladie incomplète (OR = 2,5) et pour la femme : un faible niveau d'éducation (OR = 2,6), une CSP intermédiaire (OR = 1,8), une couverture maladie incomplète (OR = 2,1). Notre population est en grande partie faite d'étudiants (43.82%) de personnes sans activité professionnelle (18.20%) qui rentre dans cette catégorie.

- En ce qui concerne le taux de dépistage notre étude reste similaire aux autres études récentes.

Le taux de dépistage dans notre étude est de 44.82% ce qui est supérieur aux résultats d'une étude de l'INSEE de 2002-2003 où 38% de la population avait effectué un dépistage mais il s'agissait de la population totale(32).

Dans notre étude, 45.21% des femmes ont déjà eu un dépistage des IST. Dans une étude de 2013, sur le dépistage des chlamydias selon les recommandations de l'HAS, parmi les femmes qui répondaient aux critères de dépistage, 43 % ont été dépistées et parmi les femmes hors critères, 51.7% l'ont été(33) : soit sur la totalité des femmes répondant ou non aux critères 44.3% de dépistées. Ce taux est similaire à notre étude même si nous n'avons pas pour notre part vérifié les critères de dépistage.

- Les lieux de dépistage de notre étude sont cohérents avec les données du réseau RésIST.

Dans notre étude, 64.65% des patients se font dépister dans des structures spécialisées CDAG ou CPEF.

Dans les réseaux(5) :

- Pour le gonocoque dans le réseau de cliniciens RésIST, les patients sont diagnostiqués quasi exclusivement dans des structures spécialisés Ciddist et CDAG : (98% en 2015) et dans le réseau de laboratoires Rénago, les patients sont diagnostiqués majoritairement en médecine de ville (58 % en 2015).

-Pour le chlamydia les patients du réseau Rénachla sont diagnostiqués dans des structures spécialisées : CeGIDD ou centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), dans 46% des cas en 2015.

-Pour les syphilis récentes, à travers le réseau de cliniciens RésIST près des trois quarts des patients déclarés à travers ce réseau sont diagnostiqués dans des structures spécialisées.

D. Perspective à la suite de cette étude

Cette étude est la première qui s'intéresse au dépistage intégré anonyme et gratuit des IST dans les CPEF. A l'heure actuelle environ 50% des CPEF proposent le dépistage anonyme et gratuit. La création des CEGGID s'est surtout fait en lieu et place des CDAG et CIDDist. Il s'agit surtout de structures spécialisées dans le dépistage et ne bénéficiaient pas de consultation en ce qui concerne la contraception par exemple. Alors que les CPEF bénéficient de ces compétences avec des lieux de consultation. De plus, dans notre étude on remarque que le dépistage n'est pas le motif principal de venue dans les CPEF (7.13% des raisons de venue). Néanmoins

près de 45% de notre population a déjà effectué un dépistage dont près de 38% (de la population dépistée) dans les CPEF. Dans le chapitre précédent, nous avons vu que les patients fréquentant les CPEF sont plus à risque d'IST de par leurs caractéristiques (âge, catégorie socioprofessionnelle) et par le fait que diverses études montre que le taux d'IST est supérieur chez ces patients (30,34,35).

La population fréquentant les CPEF est donc une population qu'il est nécessaire de dépister car plus à risque de IST mais qui ne vient pas en premier lieu dans les CPEF pour le dépistage.

Les patients sont favorables à l'intégration d'un dépistage anonyme et gratuit proposé à l'intérieur des CPEF, cela les inciterait à se faire dépister. On voit aussi dans notre étude que la population se fait surtout dépister dans des structures spécialisées avec un accès à l'anonyme et gratuit (CDAG et CPEF). On observe que les patients dont le CPEF ne possède pas de dépistage intégré se tournent vers le CDAG probablement incités par les professionnels des CPEF. Néanmoins, on note dans notre étude une différence entre le taux de dépistage des différents types de centres. On pourrait donc en penser que le regroupement dans un même lieu favorise le dépistage des IST. Il semble cependant important de réaliser de plus amples études sur les facteurs favorisant le dépistage en s'intéressant de près au dépistage intégré trop peu étudié afin de justifier la généralisation de ce dispositif.

Le dépistage fait aussi partie intégrante de la prévention. Il correspond à la prévention secondaire qui selon l'OMS : est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque(36). Les IST sont parfois asymptomatiques, proposer le dépistage permet donc de les diagnostiquer, de les traiter et d'en éviter la

propagation. La consultation qui précède le dépistage et celle de l'annonce des résultats sont également des moments d'échange avec le patient qui permettent d'expliquer les modes de transmission des IST et comment les éviter.

A l'heure actuelle, dans le Nord il est demandé au centre de planification souhaitant avoir le dépistage intégré dans leur CPEF d'avoir un médecin présent à chaque période d'ouverture ce qui reste une contrainte pour les CPEF et peut créer des inégalités sur les territoires. Est-ce que la présence d'un médecin à chaque heure d'ouverture est nécessaire au dépistage intégré ?

Quand on parle « dépistage », il faut aussi s'intéresser au rapport bénéfice/coût. Dans ce cadre, il faudrait évaluer le coût d'une telle généralisation du dépistage intégré anonyme et gratuit dans les CPEF. Si le bénéfice est réel car il est nécessaire de dépister les patients fréquentant les CPEF, il faut aussi éviter le surdépistage ou le non-respect des recommandations en terme de dépistage comme dans l'étude de 2016 sur les CPEF de Poitou Charente (33) afin de justifier l'impact financier. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que le taux de dépistage des IST reste encore insuffisant et qu'il est nécessaire de trouver des solutions incitatives, et cette étude montre que le dépistage intégré anonyme et gratuit dans les CPEF en est une.

VII. Conclusion

Le Dépistage des IST est un enjeu majeur de Santé Publique. Les IST ont encore progressé en France entre 2013 et 2015. S'il est important de mettre l'accent sur les campagnes de prévention, il est aussi important d'améliorer l'accès au dépistage en France en particulier à la population la plus touchée. Les moyens de favoriser l'accès au dépistage sont multiples et le dépistage intégré anonyme et gratuit des IST dans les CPEF en est un. Néanmoins aucune étude n'avait étudié son intérêt et sa valeur incitative pour les patients fréquentant les centres.

Notre étude montre qu'une très large partie de la population est favorable au dépistage intégré : 57.53% trouve cela très intéressant et 37.08% intéressant. Elle montre aussi que la présence de ce dépistage les inciterait à se faire dépister pour 82.92% des patients.

En pratique, 44.82% des patients se sont fait dépister dans notre étude mais on remarque un gros contraste entre les centres avec dépistage intégré 52.53% de patients de l'étude dépistés et les centres sans dépistage intégré 34.22%. Cela renforce l'idée que la présence d'un dépistage anonyme et gratuit dans les CPEF favorise le dépistage des IST.

Cette étude a aussi confirmé le fait que pour cette population, le dépistage s'effectue surtout dans des structures spécialisées type CDAG ou CPEF. Pour cette population, il semble donc important de favoriser ces structures pour le dépistage.

La généralisation du dépistage intégré des IST dans les CPEF pourrait donc favoriser le dépistage selon les patients. Il semble nécessaire d'explorer encore plus cette possibilité afin d'essayer d'enrayer l'augmentation des IST en France.

VIII. Bibliographie

1. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *PloS One*. 2015;10(12):e0143304.
2. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sex Transm Infect*. juin 2004;80(3):174-82.
3. Simms I, Stephenson J. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sex Transm Infect*. avr 2000;76(2):80-7.
4. Bulletin_IST_N4.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/98227/354438/version/2/file/Bulletin_IST_N4.pdf
5. Bulletin_IST_N5.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/98227/354438/version/3/file/Bulletin_IST_N5.pdf
6. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles (IST) / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
7. Veronique Goulet, Laurent Edith, Semaille Caroline, les biologistes du reseau Rénachla. Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* en France : analyse des données Rénachla (2007-2009). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2008;5:42-6.
8. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles (IST) / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
9. Dépistage du VIH / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>
10. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. oct 2010;10(10):682-7.
11. BEH n°46-47/2012 / 2012 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-46-47-2012>
12. Enquête sur l'activité de dépistage des hépatites B et C, LaboHep, France, 2013 / Enquête nationale LaboHep / Surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite B / Hépatite B / Hépatites virales / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Surveillance-de-l-activite-de-depistage-de-l-hepatite-B/Enquete-nationale-LaboHep/Enquete-sur-l-activite-de-depistage-des-hepatites-B-et-C-LaboHep-France-2013>
13. PIOCHE C, PELAT C, LARSEN C, DESENCLOS JC, JAUFFRET-ROUSTIDE M, LOT F, et al. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidémiologique Hebd*. 17 mai 2016;(n°13-14):224-9.

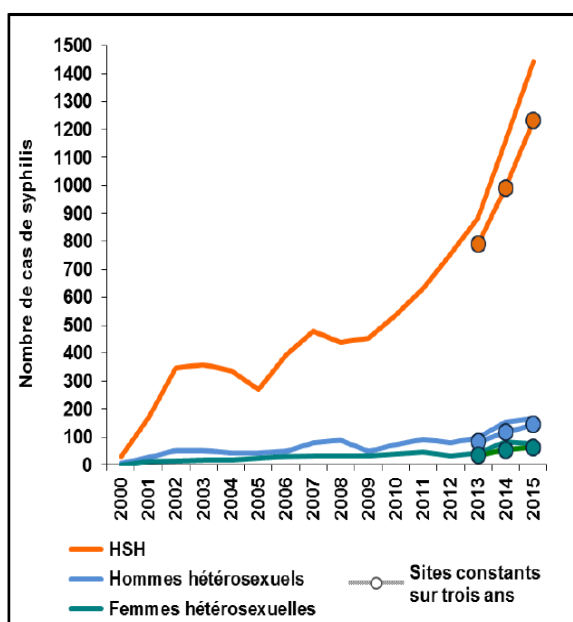
14. Synthèse_Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France - [synthese_evaluation_a_priori杜_depistage_de_la_syphilis_en_france_2007_07_02__12_22_51_493.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_evaluation_a_priori杜_depistage_de_la_syphilis_en_france_2007_07_02__12_22_51_493.pdf) [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_evaluation_a_priori杜_depistage_de_la_syphilis_en_france_2007_07_02__12_22_51_493.pdf
15. Goulet V, De Barbeyrac B, Raherison S. Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage? Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=6966
16. Synthèse et perspectives.doc - Chlamydia_tome2_synth.pdf [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf
17. SYNTHESE_DEPISTAGE_VIH_VOLET_2_VFV - [synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf) [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf
18. Dépistage de l'hépatite B - Repères pour votre pratique - février 2014 - 1497.pdf [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1497.pdf>
19. - [strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf) [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf
20. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754&dateTexte=20130913>
21. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article213>
22. Code de la santé publique - Article L3121-2. Code de la santé publique.
23. LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. 2004-809 août 13, 2004.
24. Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.
25. [Sida Info Service] 2016 : les CeGIDD entrent en piste [Internet]. [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/?2016-les-CeGIDD-entrent-en-piste>
26. Maisonneuve Hubert, chef de clinique en MG, UFR Strasbourg, Fournier Jean-Pascal, chef de clinique en MG, UFR Toulouse. Construire une enquête et un questionnaire – DMG Strasbourg. *erespect* [Internet]. nov 2012 [cité 17 janv 2017];n°2. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
27. pcs2003-1-Agriculteurs exploitants | Insee [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1>
28. SYNTHESE_GONOCOQUE_VF - [synthese_gonocoque_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf) [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/synthese_gonocoque_vf.pdf
29. Françoise Cazein1 (francoise.cazein@santepubliquefrance.fr), Yann Le Strat1, Aminata Sarr2, Charly Ramus1, Nadine Bouche2, Josiane Pillonel1, Florence Lot1. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015 Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. *Bull Epidémiologique Hebd* [Internet]. [cité 16 mai 2017]; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_2.html

30. Bertille de Barbeyrac, (bertille.de.barbeyrac@labbebear.u-bordeaux2.fr), 1, , Karine Tilatti, 2, , Sophie Raherison, et al. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un Centre de planification familiale et un Centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005 [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2006/37_38/beh_37_38_2006.pdf
31. Massari V, Lapostolle A, Gruposso M-C, Dray-Spira R, Costagliola D, Chauvin P. Les freins au dépistage du VIH dans l'agglomération parisienne en 2010 : une analyse transversale multiniveaux de la cohorte SIRS. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62, Supplement 5:S174-5.
32. Source - Enquête Santé en 2002-2003 | Insee [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1264#consulter>
33. Grandcolin S, Lioni M, Jourdain M, Albouy-Llaty M. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes, une pratique qui ne suit pas les recommandations – une étude dans les centres de planification de Poitou-Charentes. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. déc 2016;64(6):397-403.
34. Thomas Girard, (thomas.girard@htd.aphp.fr), , Stéphane Mercier, , Vivian Viallon, , Hélène Poupet, , Sophie Raherison, et al. Étude de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis et des facteurs clinico-biologiques associés dans une population d'adolescents en rupture, 2006-2007. BEH [Internet]. 8 sept 2009 [cité 29 mai 2017];33. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=646
35. Anne Bianchi, France de Moegen, Marie Josée Creuzy, Régine Goureau, Emmanuelle Debonne, Emmanuelle Piet. Dépistage des infections à Chlamydia trachomatis dans les Centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis et intérêt de l'auto-prélèvement, France, 2005. BEH Thématique [Internet]. 3 oct 2006 [cité 29 mai 2017];37-38. Disponible sur: file:///C:/Users/deepe/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/s8bajzn0.default/zotero/storage/3NSEJASJ/doc_num.pdf
36. André Flajolet. Mission au profit du gouvernement relative aux disparité territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. 2001 mai [cité 2 juin 2017] p. Annexe1. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

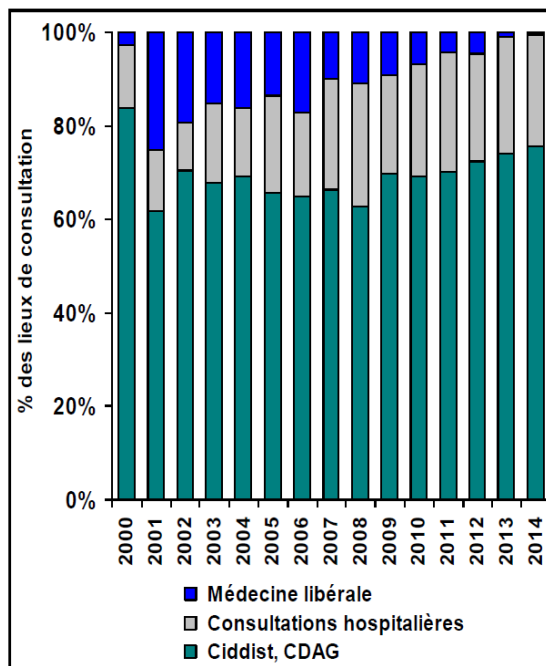
IX. Annexe 1

A partir du bulletin RésIST 2014,2015 et du bulletin épidémiologique hebdomadaire
Figure représentant l'évolution des IST en France (4,5,11)

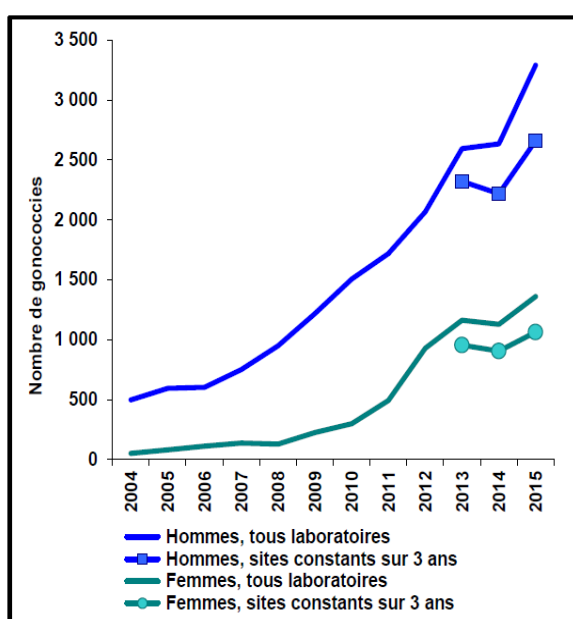
Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2015



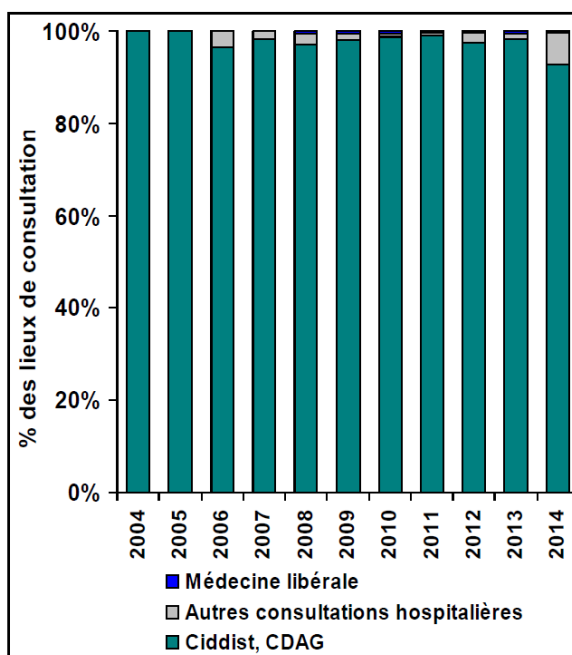
Évolution des lieux de consultation des patients avec syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2014



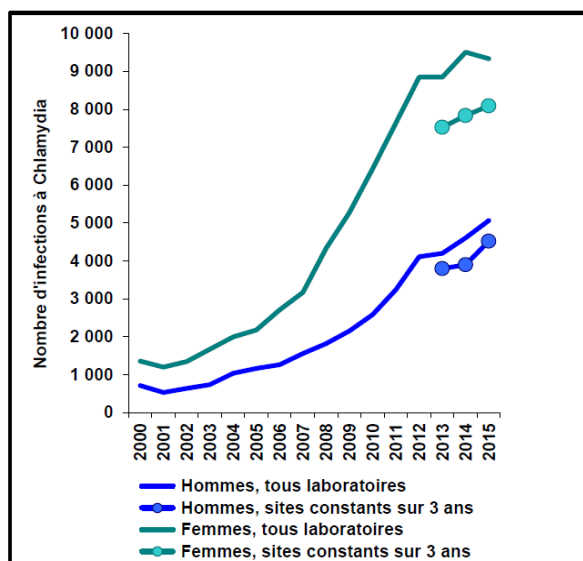
Évolution du nombre de gonococcies selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2004-2015



Évolution des lieux de consultation des patients avec gonocoocie, réseau RésIST, France, 2004-2014



Évolution du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia*, réseau Rénachla, France, 2000-2015



Évolution des lieux de consultation des patients avec infection uro-génitales à *Chlamydia*, réseau Rénachla, France, 2004-2014

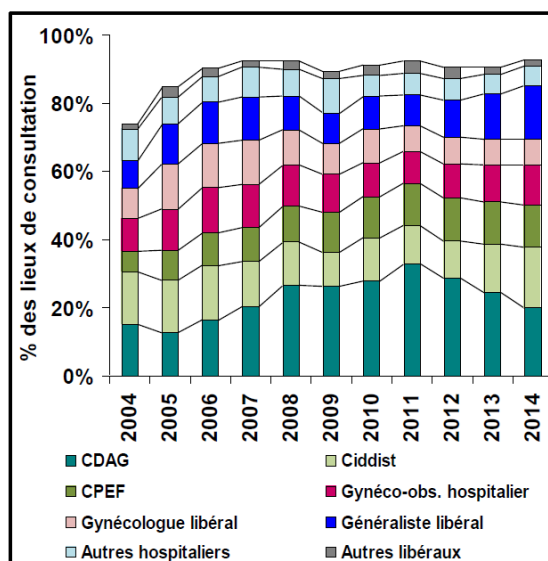
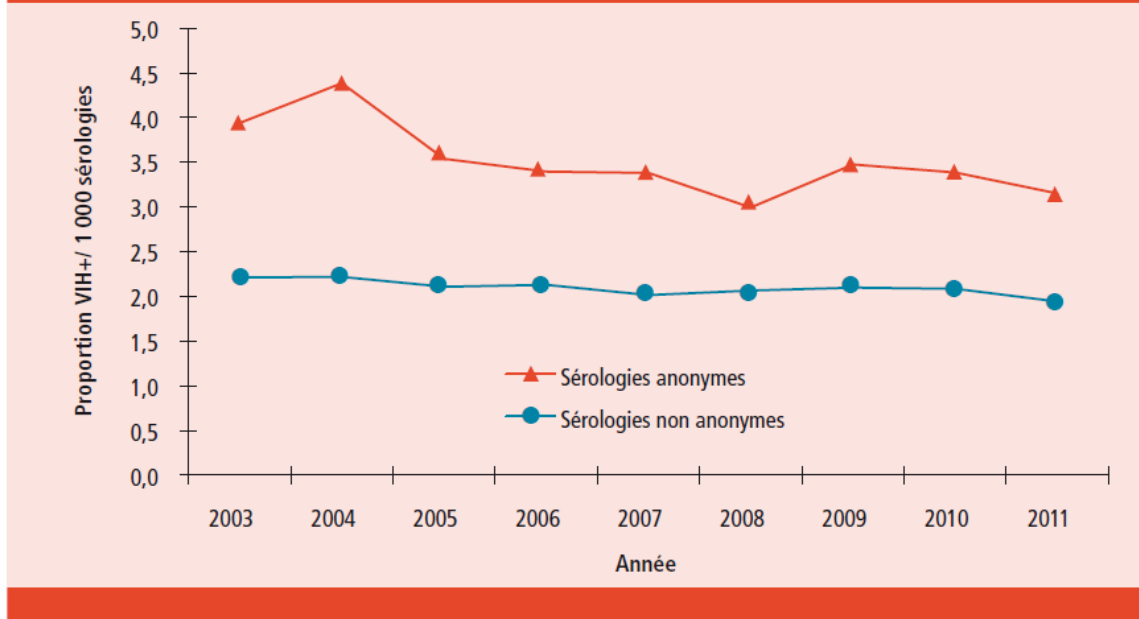


Figure 4 Sérologies VIH confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées, LaboVIH, France, 2003-2011 /
Figure 4 HIV positive tests per 1,000 HIV tests performed, LaboVIH, France, 2003-2011



X. Annexe 2 : Questionnaire

Bonjour,

Actuellement Médecin généraliste remplaçante, je réalise ma thèse sur le Dépistage des Infections sexuellement transmissibles (IST appelée avant MST) intégré dans les centres de planification. Dans ce cadre je m'intéresse à l'avis des patient(e)s fréquentant les centres de planification.

C'est pourquoi je vous remercie de répondre à ce questionnaire anonyme qui devrait prendre 2-3 minutes et de le remettre à l'accueil du centre.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Bailleul Charlotte

1/**Age** :

2/**Sexe** : Masculin Féminin

3/ **Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?**

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle
- 9 Etudiants

4/**Pour quelle raison venez-vous au centre de planification ? :**

- Interruption Volontaire de grossesses / Avortement
- Contraception
- Problème gynécologique
- Test de grossesse
- Dépistage
- Autres :

5/ Avez-vous déjà effectué un dépistage des IST (infections sexuellement transmissibles) ?

- Oui
- Non

6 /Si oui, dans quel lieu ?

- Centre De Dépistage Anonyme et Gratuit
- Laboratoire de Ville prescrit par votre médecin
- Centre de planification
- Autres :

7/Etes-vous informé de la possibilité de faire un dépistage des IST de façon anonyme et gratuit ?

- Oui
- Non

8 / Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage des IST dans un même lieu vous semble-t-il ?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Très intéressant | Intéressant | Peu Intéressant | Inutile |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9/ Le fait d'avoir accès à un dépistage anonyme et gratuit des IST à l'intérieur du centre de planification vous inciterait-il à vous faire dépister ?

- Oui
- Non

AUTEUR : Nom : Bailleul

Prénom : Charlotte

Date de Soutenance : Le 28 septembre 2017

Titre de la Thèse : Le Dépistage anonyme et gratuit des Infections sexuellement transmissibles intégré dans les centres de planification. Avis des patients fréquentant les centres de planification

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : dépistage anonyme ; infections sexuellement transmissibles ; Centres de planification ou d'éducation familiale

Résumé : Contexte : Les infections sexuellement transmissibles et leurs dépistages sont un problème de santé publique dont l'ampleur est mondiale. Dans son bulletin de surveillance, Santé Publique France montre qu'en 2015 les IST (infections sexuellement transmissibles) bactériennes continuent d'augmenter en France. Le but de cette étude est de connaître l'intérêt et la valeur incitative de la présence d'un dépistage anonyme et gratuit pour les patients fréquentant les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, multicentrique réalisée dans quatre centres de planification. Des questionnaires anonymes à questions fermées ont été distribués dans chaque centre à chaque patient venant consulter, pendant une période de trois mois.

Résultats : 450 questionnaires ont été récupérés. Venir en consultation au centre de planification et avoir accès au dépistage anonyme et gratuit des IST est très intéressant pour la population à 57.53% IC 95% [52.89% ;62.04%], intéressant à 37.08% IC95% [32.72% ;41.66%], peu intéressant à 3,60% IC95% [2,23% ;5,76%] et inutile à 1,80% IC95% [0,91% ;3,51%]. La présence d'un dépistage anonyme et gratuit des IST à l'intérieur des centres de planification inciterait 82.92 % IC 95% [79,15% ; 86,13%] des patients à effectuer le dépistage et ne serait pas incitatif pour 17.08% IC 95% [13,87% ;20,85%] des patients. Dans les CPEF où il y a la possibilité de faire le dépistage anonyme et gratuit des IST 52,53% IC95% [46,23% ;58,77%] des patients ont réalisé un dépistage des IST et où il n'y a pas la possibilité de faire le dépistage anonyme et gratuit des IST 34.22% IC95% [27,46% ;41,50%] des patients ont réalisé un dépistage des IST ($p=0,0000882835$). Les patients fréquentant un CPEF qui possède le dépistage anonyme et gratuit se font surtout dépister dans les CPEF : 47.76% IC95% [39.07% ;56.56%] et les patients fréquentant un CPEF qui ne possède pas le dépistage anonyme et gratuit eux se font surtout dépister dans les CDAG : 53.13% IC 95% [40.23% ;65.72%].

Conclusion : Notre étude montre qu'une très large partie de la population est favorable au dépistage intégré et que sa présence les inciterait à se faire dépister. La généralisation du dépistage intégré des IST dans les CPEF pourrait donc favoriser le dépistage des IST selon les patients.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie Catteau Jonard

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Madame le Docteur Anita Tilly-Dufour

Madame le Docteur Pascale Dudek