

UNIVERSITÉ DE LILLE 2
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE CONCERNANT LE DÉPISTAGE
DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS.**

Présentée et soutenue publiquement le 20 février 2019 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Fanny TRYHOEN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Boualem SENDID

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michel DELVALLEZ

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
ABREVIATIONS	2
1 INTRODUCTION	3
2 MATERIELS et METHODES	5
2.1 Type d'étude	5
2.2 Population de l'étude	5
2.3 Déroulement de l'étude.....	5
2.4 Données recueillies.....	6
2.5 Éthique.....	6
2.6 Analyses statistiques	7
3 RESULTATS.....	8
3.1 Analyse descriptive	8
3.1.1 Description de la population étudiée	8
3.1.2 Âge	8
3.1.3 Sexe	8
3.1.4 Lieu d'exercice	9
3.1.5 Structure d'exercice.....	9
3.1.6 Formation médicale.....	9
3.1.7 Activité de gynécologie.....	9

3.2	Conditions de prescription des bilans d'IST	9
3.3	Complications liées à une infection à CT	10
3.4	Concernant les recommandations	10
3.4.1	Connaissance des recommandations	10
3.4.2	Application des recommandations.....	10
3.4.3	Freins à la prescription	11
3.5	Analyses bivariées	11
3.5.1	Pratique de la gynécologie	11
3.5.2	Connaissance des recommandations	11
3.5.3	Prescription dépistage CT	12
4	DISCUSSION	13
4.1	Discussion des résultats	13
4.1.1	Une prescription insuffisante	13
4.1.2	Un manque de formation des MG	14
4.1.3	Difficultés de compréhension des recommandations	14
4.1.4	Les freins à la prescription	15
4.1.5	Dans les autres pays du monde	17
4.1.6	Les pistes d'amélioration	18
4.2	Intérêt de l'étude	20
4.3	Biais et limites de l'étude.	20
4.3.1	Biais de sélection	20
4.3.2	Biais de recrutement	21

4.3.3	Biais de mesure.....	21
4.3.4	Représentativité	21
5	CONCLUSION.....	22
	BIBLIOGRAPHIE	23
	ANNEXES.....	26

RESUME

Contexte : *Chlamydia trachomatis* est responsable de l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus répandue dans les pays industrialisés, touchant les deux sexes avec possiblement des conséquences lourdes chez les femmes. Devant une prévalence en nette augmentation, l'HAS revisite en septembre 2018 les recommandations de 2003 en élargissant la population cible et en plaçant le médecin généraliste au centre de ce dépistage.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle, quantitative, descriptive, non interventionnelle par auto-questionnaires. Les objectifs étaient d'évaluer l'application et les connaissances des médecins généralistes des hauts de France concernant ces recommandations.

Résultats : D'avril à septembre 2019, 84 réponses ont été recueillies. 52,4% des praticiens déclaraient avoir connaissance des recommandations mais seulement 26,2% des praticiens les appliquaient. Les praticiens qui avaient été confrontés à des complications connaissaient les recommandations ($p=0,004$). Ces derniers déclaraient les appliquer plus régulièrement ($p=0,001$), principalement dans les situations de changement de partenaire ($p=0,001$). Les freins évoqués à la pratique du dépistage sont par ordre croissant sont : l'absence de frein (27/84), l'oubli (10/84), la non connaissance des recommandations (16/84), les modalités de dépistage (10/84), le refus des patients (2/84), le prix (1/84), la non observance des patients (6/84), la difficulté d'abord (10/84).

Conclusion : Une connaissance et surtout une application encore trop faible du dépistage à *Chlamydia trachomatis* dans les Hauts-de-France ont été mis en évidence. Il semblerait qu'une systématisation et l'information de ce dépistage soient essentiels afin de diminuer cette prévalence toujours en augmentation.

ABREVIATIONS

CHR	Centre hospitalier régional
CIL	Correspondante Informatique et Liberté
CT	<i>Chlamydia Trachomatis</i>
FMC	Formation médicale continue
FMM	Faculté de Médecine et Maïeutique
HAS	Haute Autorités de Santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MG	Médecin Généraliste
MSU	Maitre de stage universitaire
NS	Non significatif
PSA	Antigène prostatique spécifique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 INTRODUCTION

Chlamydia trachomatis (CT) est un agent pathogène intracellulaire à gram négatif, responsable de l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus répandue dans les pays industrialisés (1). Cette bactérie est ubiquitaire et touche les deux sexes. Chez la femme, CT peut être à l'origine de complications et d'infections telles que la grossesse extra-utérine, la salpingite, l'endométrite, l'inflammation pelvienne, les douleurs pelviennes chroniques et la stérilité tubaire. Chez l'homme, elle est responsable entre autres d'urétrites, d'ano-rectites, d'orchi-épididymites et de prostatites (2). La propagation de CT et sa gravité sont principalement le résultat de découverte souvent tardive. En effet, la contamination passe inaperçue chez 60 à 70% des femmes (3). De plus, par une guérison spontanée lente et une immunité acquise post-infectieuse partielle, les réinfections peuvent être lourdes de conséquences (4). Ainsi, l'absence de prise en charge des primo-infections est un facteur favorisant ces infections secondaires. L'approche thérapeutique de ces infections est d'autant plus complexe que ces dernières sont souvent asymptomatiques. Les infections à CT ne faisant pas partie des pathologies à déclaration obligatoire, leurs recensements ne reposent que sur des réseaux volontaires. En France, le réseau Rénachla (créé en 1989) a pour mission de suivre les infections à CT uro-génitales par l'intermédiaire de laboratoires privés et publics par saisie informatique sur site sécurisé (5). Malgré cette organisation, le nombre d'infections peut être sous-estimé. Entre 2015 et 2017, le nombre notifié d'infections génitales à CT augmente chez les femmes (+9%) et chez les hommes (+29%) (6). Ces infections restent donc très fréquentes malgré un dépistage et un traitement par antibiotique rapide et efficace.

Les études évaluant l'impact de ces programmes de dépistage suggèrent un lien entre ces programmes et une baisse de la prévalence de ces infections et de leurs complications (7). En France, dès 1999 par la Direction Générale de la Santé, puis en 2003 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANES) un avis favorable a été émis pour la mise en place d'un dépistage systématique chez les femmes âgées de 15 à 25 ans, et chez les femmes ou hommes ayant plus d'un(e) partenaire dans l'année ou un(e) pour lequel(laquelle) une infection à CT a été identifiée. Cependant, malgré la mise en place de ce dépistage, le réseau Rénachla recensait 4000 nouveaux cas d'infection à CT en 2004. Ainsi, devant le caractère exponentiel de la prévalence de ces infections, la Haute Autorité de Santé (HAS) a réévalué en septembre 2018 la stratégie de dépistage (Annexe 1), en insistant sur la place du médecin généraliste dans ce dépistage (8).

Au regard de ces données, une meilleure connaissance de la pratique des médecins généralistes (MG) est nécessaire ainsi que les freins qui limitent le dépistage décrit dans les nouvelles recommandations.

2 MATERIELS et METHODES

2.1 Type d'étude

Nous avons mené une recherche quantitative observationnelle, descriptive, non interventionnelle auprès de MG installés dans la région des Hauts de France.

2.2 Population de l'étude

Les critères d'inclusion comprenaient :

- Être MG
- Exercer dans la région des Hauts de France

Les critères de non-inclusion comprenaient :

- Médecins d'une autre spécialité
- Lieu d'exercice autre que les Hauts de France
- Médecins remplaçants
- Médecins non thésés

2.3 Déroulement de l'étude

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un auto-questionnaire (Annexe 2). Le questionnaire a été créé sur le site Sphinx®. Celui-ci est le logiciel actuellement recommandé par la Faculté de Médecine et Maïeutique (FMM) de Lille pour la réalisation de questionnaires dans le cadre de thèse ou de mémoire ; il permet le maintien de la confidentialité et l'anonymat des données. Le questionnaire comportait 15 questions à réponses obligatoires uniques ou multiples et une question à réponse ouverte. Celui-ci a été présenté au statisticien de l'étude pour correction avant sa diffusion. Il a également été dans un premier temps testé auprès de MG et d'internes afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions.

2.4 Données recueillies

L'auto-questionnaire était divisé en 3 parties et permettait de recueillir les données suivantes :

- La première partie des questions avait pour objectifs de décrire la population de MG. Ainsi, ont été recueillies les données concernant l'âge, le sexe, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), la structure d'exercice (seul ou en association avec d'autres médecins généralistes ou autres professionnels de santé), la participation à la Formation Médicale Continue (FMC), leur statut ou non de Maître de Stage Universitaire (MSU), la réalisation d'une formation complémentaire en gynécologie et la réalisation d'actes relevant de la gynécologie.
- La deuxième partie comportait des questions sur la pratique concernant le dépistage des infections à CT.
- Enfin, la troisième partie permettait d'évaluer leur niveau de connaissance concernant les recommandations et les éventuels freins à l'application de celles-ci.

2.5 Éthique

Le questionnaire, ainsi que le déroulé de l'étude, ont été approuvés par la Commission de Recherche des départements de Médecine Générale et de Maïeutique de la Faculté de la FMM. Cette commission est composée des représentants du département de médecine générale, du département de maïeutique, de la référente hospitalière du département de médecine générale.

Une déclaration a été effectuée auprès de la Correspondante Informatique et Liberté

(CIL) de l'Université Catholique de Lille.

2.6 Analyses statistiques

Les données étaient analysées au moyen du logiciel SPSS 24.0 (IBM®).

Les variables quantitatives étaient exprimées par leurs moyennes et écart types ou par leur médiane et espace interquartiles si leur distribution ne suivait pas une loi normale.

Les variables qualitatives étaient exprimées par leur pourcentage ou leur fréquence.

Une comparaison de moyennes était effectuée par un test de Student si les conditions d'application étaient vérifiées ou un test U de Mann et Whitney dans le cas contraire.

Les comparaisons de pourcentage étaient effectuées par un test du Khi^2 , avec si nécessaire un regroupement de données, ou à défaut, un test exact de Fisher quand les conditions d'application n'étaient pas respectées.

Le risque de première espèce (risque alpha) était fixé à 5% pour l'ensemble des analyses statistiques.

3 RESULTATS

Notre étude s'est déroulée d'avril 2019 à septembre 2019 et nous a permis de recueillir 84 réponses de MG des Hauts-de-France.

3.1 Analyse descriptive

3.1.1 Description de la population étudiée

L'ensemble des données est résumé dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population générale, n=84	
Données descriptives	Données
Age, ans	
Sexe, ratio n (%)	F 35 (41,7) / H 49 (58,3)
Milieu d'exercice	
Rural, n (%)	11 (13,1)
Semi-rural, n (%)	41 (48,8)
Urbain, n (%)	32 (38,1)
Cabinet de groupe, n (%)	62 (73,8)
FMC, n (%)	76 (90,5)
Maître de stage, n (%)	35 (41,7)
Formation gynécologique, n (%)	14 (16,7)
Activité gynécologique, n (%)	41 (48,8)
Les données sont décrites en effectif et pourcentage ou moyenne et écart-type	

3.1.2 Âge

L'âge moyen de notre échantillon était de 43,3 ans \pm 11,9 ans. Le plus jeune des praticiens avait 27 ans et le doyen 63 ans.

3.1.3 Sexe

Parmi les médecins interrogés, 58,3% étaient des hommes (49 répondants), 41,7% étaient des femmes (35 répondantes).

3.1.4 Lieu d'exercice

Parmi les médecins de notre échantillon, 11 d'entre eux exerçaient en milieu rural (13,1%), 41 en milieu semi rural (48,8%), et enfin 32 en milieu urbain (38,1%).

3.1.5 Structure d'exercice

Environ deux tiers de nos praticiens ayant répondu au questionnaire (73,8%) exerçaient dans un cabinet de groupe.

3.1.6 Formation médicale

Une grande majorité des praticiens (90,5%) déclaraient participer à des formations médicales continues. De plus, 35 médecins étaient également MSU (41,7%).

Peu de médecins (16,7%) déclaraient avoir suivi une formation complémentaire en gynécologie.

3.1.7 Activité de gynécologie

Près de la moitié des MG ayant répondu (48,8%) déclaraient pratiquer de la gynécologie dans leur cabinet.

3.2 Conditions de prescription des bilans d'IST

Peu de bilan d'IST étaient prescrits au sein de notre échantillon. La médiane de prescription par mois était de 3 [IQ : 1-5] (Tableau 2).

Tableau 2 : conditions de prescription d'un dépistage		
Conditions prescriptions	Oui n (%)	Non n (%)
A l'initiative du		
Médecin	61 (72,6)	23 (27,4)
Patient	72 (85,7)	12 (14,3)
Situations		
Changement de partenaire	45 (53,6)	39 (46,4)
Grossesse	57 (67,9)	27 (32,1)
Bilan infertilité	62 (73,8)	22 (26,2)
IVG	23 (27,4)	61 (72,6)
Patient asymptomatique	81 (96,4)	3 (3,6)

3.3 Complications liées à une infection à CT

Trente-sept des 84 praticiens, soit 44%, ont déjà été confrontés à des complications cliniques liées à une infection à CT au sein de leur patientèle.

3.4 Concernant les recommandations

3.4.1 Connaissance des recommandations

Environ la moitié des MG (52,4%) déclaraient connaître les recommandations concernant le dépistage des infections à CT.

3.4.2 Application des recommandations

Moins d'un tiers des praticiens (26,2%) déclaraient appliquer les recommandations sur le dépistage des infections à CT.

Neuf praticiens (10,7%) déclaraient ne jamais appliquer les recommandations, huit (9,5%) presque jamais, et 45 (53,6%) parfois.

3.4.3 Freins à la prescription

La réponse à cette question était ouverte. Cinq grandes catégories de réponses ont été identifiées (Tableau 3).

Freins	n (%)
Absence de freins	27 (32,1)
Oubli	10 (11,9)
Non connaissance des recommandations	16 (19,1)
Modalités du dépistage	10 (11,9)
Refus des patients	2(2,38)
Prix	1(1,19)
Non observance des patients	6(7,14)
Sujet difficile à aborder	10 (11,9)

3.5 Analyses bivariées

3.5.1 Pratique de la gynécologie

Les praticiens de sexe féminin réalisaient plus d'actes de gynécologie que les praticiens de sexe masculin avec une différence significative (31 femmes versus 10 hommes, $p=0,002$). En revanche, nous n'avons pas mis en évidence qu'un exercice en milieu rural était associé à une activité plus importante de gynécologie.

3.5.2 Connaissance des recommandations

Les praticiens qui connaissaient les recommandations avaient été plus fréquemment confrontés à des complications sévères d'une infection à CT (26 versus 18, $p=0,004$). De plus, les médecins déclarant connaître les recommandations étaient ceux qui déclaraient les appliquer le plus régulièrement (54,5% parfois versus 45,5% toujours $p= 0,0001$).

Cependant, on constate que les MG qui déclaraient connaître les recommandations les appliquaient uniquement dans les situations de changement de partenaire

($p=0,001$) et pas en cas de grossesse, d'infertilité, d'IVG, de visite de routine et chez des patients asymptomatiques ($p=NS$).

3.5.3 Prescription dépistage CT

Dans notre échantillon, les praticiens féminins prescrivaient en moyenne 4 bilans contre 3 pour les praticiens masculins, sans différence statistiquement significative.

De plus, le lieu d'exercice des médecins n'influçait pas de manière significative sur le nombre de bilan prescrits, avec des médianes respectives de 2 pour le milieu rural, 3 pour le milieu semi rural et 4,5 pour le milieu urbain ($p=NS$).

Enfin, notre étude révèle que les praticiens qui connaissaient les recommandations sur le dépistage de CT ont plus tendance à les appliquer mais ne prescrivaient pas plus de bilans que les praticiens qui déclaraient ne pas les connaître ($P=NS$).

4 DISCUSSION

Dans notre étude, évaluant la pratique de 84 MG pratiquant dans les Hauts de France, la moitié des praticiens déclaraient avoir connaissances des recommandations et moins d'un tiers d'entre eux (26,2%) déclaraient les appliquer. Le changement de partenaire semble être la situation la plus fréquente au dépistage. Nous avons mis en évidence que les praticiens ayant été confrontés à des complications sévères d'infections à CT étaient ceux qui appliquaient le plus le dépistage. Le premier frein identifié par les MG de notre étude était l'absence de connaissance de ces recommandations.

4.1 Discussion des résultats

4.1.1 Une prescription insuffisante

Notre étude a montré que la prescription du dépistage des infections à CT était insuffisante chez un tiers de nos praticiens. Une étude réalisée en 2013, évaluant la conformité des pratiques aux recommandations dans des centres de planifications, montrait que seulement 43% des femmes répondant aux critères de dépistage avaient été dépistées (9). Nous pourrions aussi expliquer cette faible prescription par le nombre de gynécologue en diminution dans notre région. En effet, d'après l'atlas de la démographie des praticiens publié en 2017 par le conseil de l'ordre des médecins, seulement 86 gynécologues obstétriciens et 118 gynécologues médicaux exerceraient dans les Hauts-de-France (10).

Cette notion d'une faible prescription du dépistage des infections à CT pourrait être nuancée. En effet, le réseau Rénachla a mis en évidence une nette augmentation de la prévalence des infections à CT (5). Celle-ci pourrait être expliquée par une augmentation du dépistage systématique.

4.1.2 Un manque de formation des MG

Selon les dernières recommandations de l'HAS, le MG a un rôle central dans ce programme de dépistage. En effet, selon ces dernières, il faudrait développer le dépistage des infections dans tous les cabinets de MG. En citant mot à mot les recommandations de l'HAS, « une formation complémentaire des professionnels de santé devrait être mise en place ». Nous n'avons pas interrogé les médecins sur une formation spécifique au dépistage de CT complémentaire. Dans les cours dispensés aux internes de MG de la FMM de 2015 à 2018, ce dépistage n'aurait pas été évoqué. Les recommandations de l'HAS nous expliquent les modalités de dépistage des infections à CT. Chez la femme, celui-ci doit être réalisé sur des prélèvements endocervicaux et urinaires et chez l'homme sur des prélèvements urétraux et urinaires. L'analyse doit être réalisée par technique de biologie moléculaire et amplification. Un travail de thèse, réalisé en 2013, montrait que dans le cadre de dépistage systématique d'infections à CT, seulement 40,9% des ordonnances étaient conformes aux prescriptions. Les sites de prélèvements étaient multiples ainsi que les méthodes d'analyse (PCR, antigénurie, sérologie); et 49% des prescriptions précisaient uniquement le site de prélèvement (11).

4.1.3 Difficultés de compréhension des recommandations

Dans la publication de 2018, l'HAS recommande un dépistage systématique d'infection à CT chez les femmes enceintes, cependant dans le bilan préconisé par l'HAS depuis 2016 pour ces dernières ce dépistage n'est pas mentionné (12). Ces recommandations n'ont pas été mises à jour après la réévaluation de celles du dépistage des infections à CT. Il en est de même pour les recommandations sur la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (13). Dans ce contexte,

nous pouvons comprendre que les MG oublient de prescrire ce dépistage. Se pose donc le problème de la multiplicité des recommandations qui peuvent entraîner des confusions, mais surtout une perte d'information. Il semblerait qu'une mise à jour de l'ensemble des recommandations soit nécessaire. Les recommandations de 2018 permettent d'unifier le dépistage à tous ces cas cliniques.

4.1.4 Les freins à la prescription

Un des freins identifiés pour la mise en pratique du dépistage par les MG était l'ignorance des modalités de ce dernier. Même si la plupart de nos praticiens déclaraient participer à des FMC (90,5%), seulement la moitié des MG (50,4%) avait connaissance du mode d'emploi de ce dépistage (11). Notre étude montre tout de même que les MG ayant une activité de gynécologie prescrivaient plus de bilan de dépistage que les autres. (5 bilans par mois versus 3 bilans par mois, $p=0,008$)

Nous pourrions nous interroger sur un manque de formation des MG. En effet seulement 19% des MG déclarent savoir que la recherche d'une infection à CT doit être réalisée chez des patients asymptomatiques. En revanche, nous pourrions penser que les situations cliniques telles qu'un changement de partenaire, ou encore une grossesse soient des opportunités à la prescription du bilan. Pour autant, la moitié des MG le prescrivait dans ces situations.

L'un des autres freins évoqué par notre échantillon de MG était le problème du prix pour le patient. Mais que représente le prix d'un dépistage réalisé en laboratoire de manière simple par rapport à une hospitalisation ou de la souffrance physique ou psychologique ? Pour information le prix de la réalisation en laboratoire d'une PCR CT est de 22,95 euros (14), le forfait à la journée d'une hospitalisation en médecine et maternité est de 1183,30 euros (15). L'HAS propose dans ses nouvelles directives un

système de remboursement plus simple, non dépendant du lieu de réalisation de ce dépistage (16).

L'acceptabilité du dépistage est aussi évoquée par notre panel de praticiens. Le problème semble moins important chez l'homme, pour lequel un simple prélèvement urinaire suffit. A contrario, il est facile d'imaginer l'inquiétude des jeunes femmes à subir un examen gynécologique pour un simple prélèvement, surtout lorsqu'elles ne sont pas symptomatiques. Chez les femmes, l'examen endovaginal semble être la méthode la plus fiable (que ce soit par auto prélèvement ou prélèvement réalisé par un professionnel de santé). Une étude réalisée en Savoie en 2011 montrait que 91,4% des patientes ont accepté le test dont 99,3% sont prêtes à le refaire si besoin (16). Il semblerait donc qu'une meilleure information des patientes réduirait ce frein de manière significative.

Un autre frein déclaré était l'oubli. En effet, la médecine générale permet de prendre en charge le patient dans sa globalité. Elle peut donc relever de divers motifs de consultation plus variés les uns que les autres, dans un temps très restreint, dans un contexte de charge de travail importante (17). Les sujets de prévention abordés lors d'une consultation sont le plus souvent en lien avec le motif de la consultation.

Se pose également le problème de changement des habitudes des pratiques des MG. Une étude dont le but était de promouvoir le dépistage de CT a été réalisée entre janvier et juin 2014 par l'équipe du département de santé publique du CHR de Nice. Pour pallier au manque d'information des MG, des médecins formés ont réalisé des visites confraternelles afin de former les MG participant à l'étude. Une étude qualitative a été menée dans un second temps afin de définir les freins possibles à la réalisation de ce dépistage. Les auteurs mentionnaient alors les difficultés d'aborder le sujet de la sexualité lors d'une consultation non dédiée initialement à cette problématique,

l'aspect chronophage des consultations de prévention, le manque de connaissance concernant les recommandations, et la peur d'être intrusif en abordant cette problématique (18).

4.1.5 Dans les autres pays du monde

Dans son rapport de septembre 2018, l'HAS fait le point sur les différentes modalités de dépistage de CT (15).

Au Royaume-Uni, le dépistage est systématique à partir de l'âge de 16 ans pour les deux sexes, sans précision pour les femmes enceintes. Dans le reste de l'Europe, les modalités de dépistage sont identiques à celle de la France.

Aux États-Unis, c'est un dépistage systématique selon le critère d'âge ciblé sur les facteurs de risques. Ils ne dépistent pas les hommes mais le dépistage est recommandé chez les femmes enceintes.

Au Canada, le dépistage a lieu de manière opportuniste chez les hommes et les femmes de moins de 25 ans. Une recherche de CT s'intègre également dans le bilan de grossesse lors de la première visite prénatale +/- au 3ème trimestre.

En Australie, seul le critère d'âge qui diffère ; ils dépistent de manière systématique les femmes et les hommes de 15 à 29 ans, sans oublier les femmes enceintes.

Les tests par amplification des acides nucléiques sont devenus une référence mondiale en termes de diagnostic avec une sensibilité (>90%) et une spécificité (proche de 100%) très satisfaisante (14).

Au regard de toutes ces recommandations, nous pouvons identifier une différence de pratique concernant le dépistage des femmes enceintes. Pourtant, une étude récente publiée le 13 décembre 2019 aux États-Unis démontrait l'importance du dépistage de

CT chez la femme enceinte devant les complications observées telles que la mortalité, des troubles de la fertilité et des avortements spontanés (18).

4.1.6 Les pistes d'amélioration

Suite à notre étude, l'une des principales pistes d'amélioration qui pourrait être évoquée est une généralisation et donc une appropriation systématique du dépistage de CT pour les MG mais également pour les patients.

4.1.6.1 Amélioration du point de vue des médecins généralistes

Les pistes d'améliorations pour les MG pourraient être une amélioration de la pédagogie et de l'appropriation des recommandations. En effet, au vue du nombre de recommandations publiées chaque année, du rythme effréné des consultations et des habitudes des MG difficiles à modifier, une simple recommandation publiée sur le site de l'HAS ne paraît pas suffisante. Une éducation « pratico-pratique » pourrait être envisagée à l'échelle nationale comme dans l'étude de LUNGREN (18). Dans cette étude, des pistes d'amélioration ont été évoquées. Elles sont les suivantes : gratuité des tests, le fait de remettre le test de dépistage sous la même forme que les hémocult (soit sous forme d'une enveloppe remise aux patients), une coordination simplifiée avec les laboratoires et un support visuel informatif pour les patients. Des outils tels que les rappels sur les logiciels médicaux, des aides au dépistage tels qu'une case « PCR chlamydia » sur la prescription des ECBU pourraient être des pistes d'amélioration. Il serait également intéressant de réaliser un calendrier de dépistage (pour les IST ou pour toute autre pathologie) sur le modèle des calendriers de vaccinations qui rendrait ces dépistages obligatoires et donc mieux acceptés par la population générale.

Les infections à CT représentent actuellement un problème de santé publique et donc son dépistage devrait faire partie des bilans biologiques prescrits régulièrement par les MG au même titre par exemple que la recherche d'hypercholestérolémie ou le dosage du PSA chez les hommes de plus de 50 ans. Cela démocratiserait ce dépistage, le rendrait plus acceptable par les patients et entraînerait moins d'oubli de prescription de la part des MG.

Une formation des infirmières scolaires pourrait être envisagée sachant qu'elles sont en contact avec la population adolescente. Cette dernière représente une proportion importante des patients contaminés par le CT (19).

Une formation des sages-femmes semble aussi essentielle. Elles sont par leur profession, les professionnels de santé les plus au contact de femmes et/ou de femmes enceintes.

4.1.6.2 Améliorations du point de vue des patients

Afin de rendre le dépistage de CT obligatoire et accepté dans les mœurs des patients, des campagnes de publicité pourraient être plus dirigées vers le CT, comme elles le sont actuellement pour le VIH.

Le rôle des pharmaciens est aussi essentiel en rappelant l'intérêt du dépistage lors de la délivrance de moyens de contraception.

Le site de référence accessible par tous concernant la contraception (choisir sa contraception.fr)(20) n'évoque pas le sujet du dépistage des infections sexuellement transmissibles, y compris du CT.

Cette infection est dans la plupart des cas asymptomatique chez l'homme et chez la femme, mais cette dernière présente plus de complications graves à long terme. Connaissant le mode de transmission de cet agent pathogène, une éducation des

hommes semble essentielle et indispensable pour réduire le nombre de patients atteints de cette pathologie. Une étude réalisée en 2016 semblait en faveur de cet argument montrant une prévalence importante de l'infection à CT chez l'homme (21). Enfin chez les patients infectés, il pourrait être proposé une alerte par SMS auprès des patients pour contrôler les surinfections 3 à 6 mois après le traitement a été testée dans une étude menée en 2019 (22). Elle a permis de démontrer l'efficacité de cette technique avec une multiplication par deux du nombre de bilans de contrôle réalisés suite à la réception de ce sms par rapport à un groupe sans rappel.

4.2 Intérêt de l'étude

Notre étude a permis de faire un état des lieux des pratiques et des connaissances des MG des Hauts de France concernant les recommandations du dépistage de CT. Elle a permis d'informer et de susciter l'intérêt des interrogés concernant ce problème de santé publique. Sous forme d'un questionnaire rapide et bref, ce travail n'était pas contraignant pour les participants et leur permettait de faire également un état des lieux de leurs pratiques personnelles. Sauf erreur de notre part, aucune étude ne relatait de ce sujet chez les MG des Hauts-de-France. Il ne semble pas utile de préciser que ces derniers sont en première ligne concernant la mission de dépistage et donc les principaux prescripteurs.

4.3 Biais et limites de l'étude.

4.3.1 Biais de sélection

Le premier biais à relever dans notre étude est le biais de sélection. En effet, il s'est avéré difficile de récupérer les coordonnées de tous les MG des Hauts de France. Nous avons demandé à la Faculté de Médecine de Lille Henri Warembourg ainsi qu'à

la FMM de Lille de nous communiquer les adresses mails des praticiens reliés à ces facultés afin de leur transmettre notre questionnaire. Les MG n'étant pas reliés à ces dernières étaient difficilement sollicitables. Nous avons également demandé aux MG de notre entourage de transmettre le lien de notre étude sans pouvoir savoir exactement combien de liens ont été communiqués.

4.3.2 Biais de recrutement

Nous pouvons aisément noter un biais de recrutement devant le nombre important de participants à la formation médicale continue (90,5%).

4.3.3 Biais de mesure

Il existe un biais de mesure lié au caractère déclaratif des données obtenues par le questionnaire transmis aux praticiens.

4.3.4 Représentativité

Les participants n'ont pas été tirés au sort n'assurant pas un réel reflet de la population des MG des Hauts de France.

5 CONCLUSION

La prévalence des infections à CT semble être en progression ce qui constitue un problème de santé publique en France. Un dépistage rapide et un traitement simple et efficace sont disponibles. Son dépistage a fait l'objet de nouvelles recommandations par l'HAS de 2018.

Notre étude a montré un défaut de connaissance et d'application de ces dernières. Plus exactement moins d'un tiers, soit 26,2% des praticiens participant à notre étude déclaraient les appliquer.

32,1% de nos praticiens n'évoquaient pas de frein à la réalisation de ce dépistage. Cependant de nombreux autres freins ont été mis en évidence tels que la non connaissance des recommandations, l'oubli, les modalités du dépistage non connues, la difficulté d'aborder, le prix, le refus des patients et enfin la non observance des patients. Plusieurs pistes d'amélioration pourraient être évoquées mais la principale serait la systématisation de ce dépistage par une meilleure intégration à leurs pratiques, en insistant sur le rôle prépondérant du médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Van den Brûle F, Freyens A, Gaspard U. [Management of Chlamydia trachomatis pelvic infection]. Rev Med Liege. juin 2006;61(5-6):433-41.
2. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. ECN PILLY: maladies infectieuses et et tropicales. Place of publication not identified: MED-LINE EDITIONS - EDUC; 2017.
3. Warszawski J, Goulet V. Dépistage systématique des infections à Chlamydia trachomatis : il est temps d'agir. 3 oct 2006;(37-38):2.
4. Roynet D. Les attitudes pratiques des médecins de Planning Familial pratiquant des IVG face au Chlamydia et au Gonocoque. Rev Med Brux. 2005;4.
5. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr,/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
6. Surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles Bactériennes, Données 2017. 2019 oct.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation du Dépistage des Infections Uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France. 2003.
8. Haute Autorité de Santé. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes

9. 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 D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 déc 2016;64(6):397-403.
10. Bouet DP. Atlas de la Démographie Médicale en France. Situation au 1er janvier 2017. :323.
11. Malaval LT, Mérillon C. Recherche du *Chlamydia trachomatis* dans les cabinets de médecine générale: techniques biologiques et sites de prélèvement prescrits. 2017.
12. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *Rev Sage-Femme*. déc 2007;6(4):216-8.
13. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthore médicamenteuse. 2010 déc.
14. Tarif dépistage IST [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.institutfournier.org/articlesprevention/61-preventionarticle2/147>
15. Tarifs Hospitalisation - Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble [Internet]. Disponible sur: <https://www.ghm-grenoble.fr/Tarifs.29.0.html>
16. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. 2018 sept.
17. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : les emplois du temps des médecins généralistes. 2012 mars p. 8. Report No.: 797.
18. Tang W, Mao J, Li KT, Walker JS, Chou R, Fu R, et al. Pregnancy and fertility-related adverse outcomes associated with *Chlamydia trachomatis* infection: a global systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 13 déc 2019;

19. Sedlecki K, Markovic M, Rajic G. [Risk factors for Clamydia infections of the genital organs in adolescent females]. *Srp Arh Celok Lek.* août 2001;129(7-8):169-74.
20. Choisir Sa Contraception [Internet]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandations HAS 2018

Dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, y compris chez les femmes enceintes*
Dépistage opportuniste ciblé : Des hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque quelque soit l'âge Des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs Des femmes enceintes consultant pour une IVG sans limite d'âge
Facteurs de risque Multi partenariat (au moins deux partenaires dans l'année), Changement de partenaire récent, Individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (Neisseria gonorrhoeae, syphilis, VIH, Mycoplasma genitalium), Antécédents d'IST, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), Personnes en situation de prostitution, après un viol
*En cas de dépistage négatif et de changement de partenaire, le dépistage est répété chaque année Si le test est positif, traitement adapté, renouvellement du dépistage à 3-6 mois

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux MG

1. Quel est votre age ?
2. Quel est votre sexe ? masculin/féminin
3. Quel est votre lieu d'exercice ? rural/semi rural/urbain
4. Avez-vous une activité en cabinet de groupe ? oui/non
5. Participez-vous a des FMC (formation médicale continue) ou DPC (développement professionnel continu) ? oui/non
6. Êtes-vous maitre de stage ? oui/non
7. Avez-vous suivi une formation supplémentaire en gynécologie ? oui/non
8. Avez-vous une activité gynécologique au sein de votre cabinet ? oui/non
9. En moyenne, combien de bilan IST (infections sexuellement transmissibles) prescrivez-vous par mois ?
10. En général, qui est à l'initiative de la prescription des bilans IST ? (plusieurs réponses possibles) les patients ou leur entourage/vous-même
11. Prescrivez-vous un bilan systématique pour les situations suivantes ? (plusieurs réponses possibles) changement de partenaire/grossesse/bilan infertilité/interruption volontaire de grossesse/visite médicale de routine/patient symptomatique/demande du patient.

En 2018 L'HAS a publié de nouvelles recommandations concernant le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis, et recommande :

- Un dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, y compris les femmes enceintes.

- Un dépistage opportuniste ciblé : des hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge. Des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque.
- Des femmes enceintes consultant pour une IVG sans limite d'âge.
- Les facteurs de risque identifiés sont : multi partenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST , antécédents d'IST , personnes en situation de prostitution , après un viol.

12. Concernant ces recommandations : en aviez-vous connaissance ? oui/non

13. Les appliquez-vous ? toujours/parfois/presque jamais/jamais

14. Avez-vous déjà eu dans votre patientèle des infections compliquées dues a une infection par chlamydia trachomatis ? oui/non

15. Quels sont les freins ou les limites que vous rencontrez devant ce dépistage ?
(Question ouverte).

AUTEUR : Nom : TRYHOEN

Prénom : Fanny

Date de soutenance : 20 février 2020

Titre de la thèse : Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant le dépistage de *Chlamydia trachomatis*.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : *Chlamydia trachomatis* – Médecin généraliste – Dépistage – Connaissance

Résumé :

Contexte : *Chlamydia trachomatis* est responsable de l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus répandue dans les pays industrialisés, touchant les deux sexes avec possiblement des conséquences lourdes chez les femmes. Devant une prévalence en nette augmentation, l'HAS revisite en septembre 2018 les recommandations de 2003 en élargissant la population cible et en plaçant le médecin généraliste au centre de ce dépistage.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle, quantitative, descriptive, non interventionnelle par auto-questionnaires. Les objectifs étaient d'évaluer l'application et les connaissances des médecins généralistes des hauts de France concernant ces recommandations.

Résultats : D'avril à septembre 2019, 84 réponses ont été recueillies. 52,4% des praticiens déclaraient avoir connaissance des recommandations mais seulement 26,2% des praticiens les appliquaient. Les praticiens qui avaient été confrontés à des complications connaissaient les recommandations ($p=0,004$). Ces derniers déclaraient les appliquer plus régulièrement ($p=0,001$), principalement dans les situations de changement de partenaire ($p=0,001$). Les freins évoqués à la pratique du dépistage sont par ordre croissant sont : l'absence de frein (27/84), l'oubli (10/84), la non connaissance des recommandations (16/84), les modalités de dépistage (10/84), le refus des patients (2/84), le prix (1/84), la non observance des patients (6/84), la difficulté d'abord (10/84).

Conclusion : Une connaissance et surtout une application encore trop faible du dépistage à *Chlamydia trachomatis* dans les Hauts-de-France ont été mis en évidence. Il semblerait qu'une systématisation et l'information de ce dépistage soient essentiels afin de diminuer cette prévalence toujours en augmentation.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Boualem SENDID

Assesseurs : Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD, Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michel DELVALLEZ