



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis,
application des nouvelles recommandations en médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2020 à 18 heures
au Pôle Formation
Par Cécile HEMELSDAEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Professeur Éric SENNEVILLE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Clotilde DURAND-CHEVAL

Avertissement

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

Liste des abréviations

ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CT	Chlamydia trachomatis
DIU	Diplôme inter universitaire
GEU	Grossesse extra-utérine
HAS	Haute Autorité de Santé
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MIP	Maladie inflammatoire pelvienne
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
PMA	Procréation médicalement assistée
SSU	Service de Santé Universitaire
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Résumé	7
Introduction	8
1. Définition du dépistage.....	9
2. L'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis.....	10
2.1. Épidémiologie.....	10
2.2. Physiopathologie.....	11
2.3. Clinique.....	12
2.4. Complications.....	13
3. Le dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis.....	14
3.1. Épidémiologie.....	14
3.2. Recommandations de la HAS.....	15
Matériel et méthode	18
1. Le type d'étude.....	18
2. La population étudiée.....	18
3. Le déroulement des entretiens.....	18
4. Le recueil et l'analyse des données.....	20
Résultats	21
1. Définition du dépistage en médecine générale.....	22
2. L'abord du dépistage en médecine générale.....	26
2.1. Le dépistage en général.....	26
2.2. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles.....	28
3. Le dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis.....	34
4. Connaissances des nouvelles recommandations de la HAS par les médecins généralistes.....	35
5. Les limites à l'application des recommandations.....	37
5.1. L'abord du sujet.....	37
5.2. Manque d'information des médecins.....	40
5.3. Le temps.....	40
5.4. Le coût.....	41
5.5. Chez les HSH.....	42

5.6. Y penser.....	44
5.7. Une IST souvent inconnue des patients.....	44
5.8. Difficultés chez les hommes.....	45
5.9. Absence d'anonymat.....	46
6. Les facilitateurs à ce dépistage.....	46
6.1. Consultation en lien avec le sujet.....	46
6.2. Médecin pratiquant de la gynécologie.....	47
6.3. Patient préoccupé par le sujet.....	47
6.4. Médecin évoquant facilement le sujet.....	48
6.5. Méthodes de prélèvement.....	49
7. Les solutions proposées pour optimiser ce dépistage.....	49
7.1. Informer les patients.....	49
7.2. Informer les médecins.....	52
7.3. Favoriser l'abord du sujet.....	53
7.4. Autonomiser les patients.....	55
7.5. Favoriser l'accès au dépistage.....	55
7.6. Systématisation du dépistage.....	56
7.7. Réorienter.....	57
7.8. Agir en amont.....	57
Discussion.....	58
1. Discussion de la méthode.....	58
1.1. Le choix de la méthode.....	58
1.2. Les limites.....	58
1.3. Les forces.....	59
2. Discussion des résultats.....	59
2.1. Les connaissances des médecins généralistes concernant les nouvelles recommandations.....	59
2.2. Les limites à l'application de ces recommandations.....	60
2.3. Les solutions proposées pour optimiser ce dépistage.....	63
Conclusion.....	68
Références bibliographiques.....	69
Annexes.....	72

Résumé

Contexte : L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'infection sexuellement transmissible la plus répandue en France, touchant principalement les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Des nouvelles recommandations de dépistage ont été élaborées en 2018 par la HAS devant une augmentation de la prévalence de cette infection, plaçant le médecin généraliste au cœur de ce dépistage.

Matériel et méthode : Analyse qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les objectifs étaient d'observer l'application des nouvelles recommandations concernant le dépistage des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* en médecine générale, d'en étudier les limites et de proposer des solutions pour optimiser ce dépistage.

Résultats : Les médecins interrogés n'avaient, pour la plupart, pas connaissance des nouvelles recommandations concernant le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. Outre le manque de formation des médecins généralistes à ce sujet, la faible connaissance de cette IST par la population générale représente un frein au dépistage. Les difficultés à aborder le sujet, le manque de temps, le coût sont d'autres limites rapportées dans notre étude. Des solutions comme l'information des patients au sujet de cette IST (via les médias et les réseaux sociaux), une meilleure formation des médecins généralistes mais aussi un accès facilité au dépistage sont proposées afin d'améliorer le dépistage.

Conclusion : Une meilleure communication, auprès des médecins généralistes mais aussi des patients, semble essentielle afin d'optimiser le dépistage des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* et limiter le risque de complications liées à cette infection.

Introduction

La santé sexuelle fait partie des axes stratégiques du gouvernement avec la mise en place d'une stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (1). L'un des objectifs du gouvernement est de réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes et les plus graves.

L'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis* est l'IST la plus fréquente en France. Ces dernières années le nombre d'infections n'a cessé d'augmenter. C'est sur ce constat que la HAS a élaboré en septembre 2018 une réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (2). Les précédentes recommandations à ce sujet dataient de 2003 (3) et ne concernaient que les centres à vocation de dépistage. Ces dernières recommandations s'étendent aux cabinets de médecine générale, de gynécologie et de maïeutique.

L'objectif de notre étude est d'observer l'application des nouvelles recommandations concernant le dépistage des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* en médecine générale.

Les objectifs secondaires sont d'étudier les limites à l'application de ces recommandations et de proposer des solutions pour optimiser ce dépistage.

1. Définition du dépistage

Selon l’OMS (4), « le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l’aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d’une maladie ou d’une anomalie passée jusque-là inaperçue ». Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d’une maladie ou d’une anomalie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n’ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Il existe différents types de dépistage (5) :

- Un dépistage systématique dit « de masse » : la population recrutée est non sélectionnée. Dans le cas particulier du critère d’âge, le dépistage est considéré comme généralisé à l’ensemble de la tranche d’âge considérée.
- Un dépistage sélectif ou ciblé : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (facteurs de risque mis en évidence par des études contrôlées).
- Un dépistage organisé ou communautaire : la population est recrutée dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s’appuie sur la participation volontaire des sujets.
- Un dépistage opportuniste : la population est recrutée pour le dépistage lors d’un recours aux soins : hospitalisation, visite médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail.
- Un dépistage multiple : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par l’utilisation simultanée de plusieurs tests de dépistage.

Un test de dépistage doit être simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible, valide et acceptable par la population.

Les conditions nécessaires pour la mise en place d'un dépistage (6) sont :

- La maladie doit être détectable précocement
- Un examen de dépistage adapté doit être disponible
- Des traitements efficaces doivent pouvoir être rapidement proposés et mis en œuvre
- Les personnes les plus à risque de la maladie doivent être facilement identifiables
- Le dépistage doit diminuer la mortalité
- Le dépistage doit présenter plus d'avantages que d'inconvénients.

2. L'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis

2.1. Épidémiologie

Le suivi des IST bactériennes est basé sur des réseaux sentinelles volontaires et ne permet donc pas de connaître le nombre total de cas diagnostiqués en France. Pour les infections à Chlamydia trachomatis il s'agit du réseau Rénachla.

Les dernières données épidémiologiques, publiées dans le bulletin épidémiologique par Santé Publique France en novembre 2018 (7), estimaient à 267 000 le nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à Chlamydia trachomatis en 2016, soit un taux de 491/100 000 habitants. Une prédominance de l'infection était constatée chez les femmes (592/100 000 versus 380/100 000 chez les hommes), en particulier chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 271/100 000). Le nombre d'infections continuait

d'augmenter en 2017 (+15% entre 2015 et 2017), de façon plus marquée chez les hommes (+29% versus +9% chez les femmes), mais avec toujours une prédominance chez les femmes.

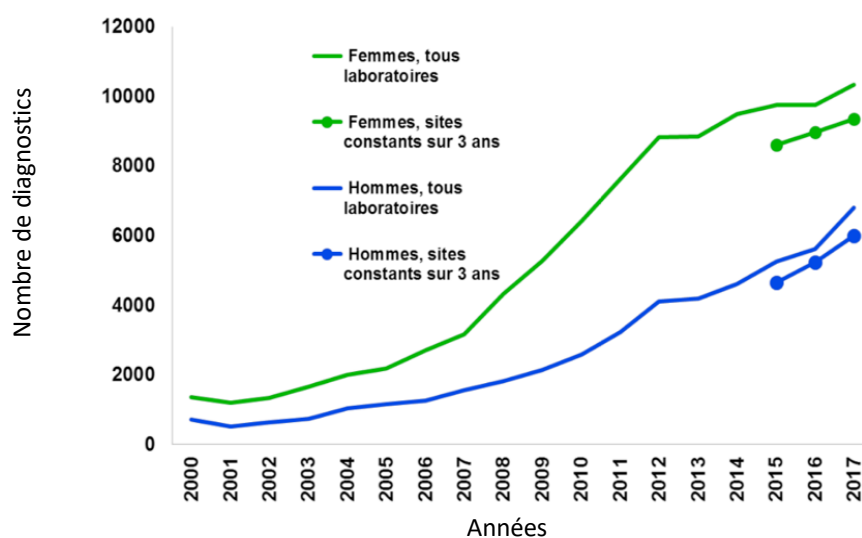


Figure 1 : Évolution du nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe en France pour la période 2000-2017 (D'après le Réseau Rénachla, Santé Publique France)

2.2. Physiopathologie

Chlamydia trachomatis fait partie du groupe des *Chlamydiae* qui sont des bactéries intracellulaires obligatoires. Elles existent sous deux formes caractéristiques : le corps élémentaire adapté au transit extracellulaire et incapable de se multiplier, il constitue la forme infectieuse, et le corps réticulé adapté au milieu intracellulaire, il constitue la forme métaboliquement active de la molécule. Le développement intra cytoplasmique s'effectue selon un cycle complexe de 48 heures. Le corps élémentaire pénètre par phagocytose à l'intérieur de la cellule hôte, quelques heures après il se transforme en corps réticulé capable de se diviser. Au début du cycle l'inclusion est formée par l'accumulation de corps réticulés dans la vacuole de phagocytose. Puis au moment du

développement les corps réticulés se transforment en corps élémentaires mais l'inclusion continue à se développer. Elle entraîne l'éclatement de la cellule avec libération de corps réticulés non infectieux et de corps élémentaires qui pourront infecter de nouvelles cellules hôtes, amorçant un nouveau cycle de développement. Il existe 19 sérovars responsables de trachome (sérovars A à C), d'infections génitales sexuellement transmissibles (sérovars D à K) et de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (sérovars L1 à L3) (8,9).

2.3. Clinique

- Chez l'homme

Chlamydia trachomatis est le principal agent des urétrites non gonococciques (entre 20 et 30%) (10).

Dans plus de 50% des cas l'infection est asymptomatique.

La présence d'un écoulement n'est retrouvée que dans moins de 50% des cas, il est le plus souvent clair, modéré et intermittent, survenant une à trois semaines après l'exposition. D'autres symptômes urétraux comme des brûlures mictionnelles ou une dysurie peuvent s'observer.

- Chez la femme

Les manifestations cliniques chez la femme sont moins spécifiques.

La cervicite est la manifestation la plus fréquente des infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis*. Elle se traduit par : des leucorrhées verdâtres, jaunes ou blanches, parfois peu différentes en aspect et quantité des pertes physiologiques, des cystalgies, un syndrome urétral, une dyspareunie, un spotting.

Dans 70 à 80 % des cas elle est totalement asymptomatique (11).

2.4. Complications

- Chez l'homme

Elles sont rares et mineures comparées à celles observées chez la femme. La complication la plus fréquente est l'orchi-épididymite aiguë.

L'implication du *Chlamydia trachomatis* (CT) dans la survenue de prostatite n'est pas démontrée.

Il n'existe pas de rôle significatif de l'infection à CT sur l'infertilité masculine.

- Chez la femme

La complication majeure est la salpingite. Elle est souvent subaiguë ou chronique, se manifestant par des douleurs abdominales, en particulier au moment des règles.

Les salpingites peuvent se compliquer d'inflammation chronique tubaire et de lésions cicatricielles à l'origine d'infertilité.

Chlamydia trachomatis est responsable de 50% des salpingites chez les femmes jeunes et de 70% des stérilités tubaires avec un risque de grossesse extra-utérine (GEU) (10).

Le risque de complications augmente en cas de réinfections (12).

Une étude de cohorte rétrospective chez des patients en soins primaires au Royaume-Uni (13) a montré que les femmes testées positivement pour le CT avaient un risque considérablement plus élevé de développer une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) (environ 135%), une GEU (environ 90%) ou une infertilité féminine (environ 70%) par rapport aux femmes testées négativement. Un nombre croissant de tests CT positifs (c'est-à-dire des tests positifs répétés) était associé à un risque de MIP plus élevé.

3. Le dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis

3.1. Épidémiologie

Selon un article publié en novembre 2019 (14) qui étudiait le dépistage des IST bactériennes dans le secteur privé en France entre 2006 et 2018, 2,1 millions de personnes ont été testées pour une infection à CT en 2018, soit un taux de 39/1 000 habitants de 15 ans et plus. Une augmentation de 9% du taux de dépistage par rapport à 2016 était observée. Ce taux était trois fois plus élevé chez les femmes (57,3/1 000) par rapport aux hommes (18,4/1 000), et prédominait chez les femmes de moins de 25 ans (86,5/1 000).

Entre 2006 et 2018, on notait une augmentation de l'activité de dépistage qui était deux fois plus élevée chez les femmes âgées de moins de 25 ans (+14%) par rapport à celles de 25 ans et plus (+7%).

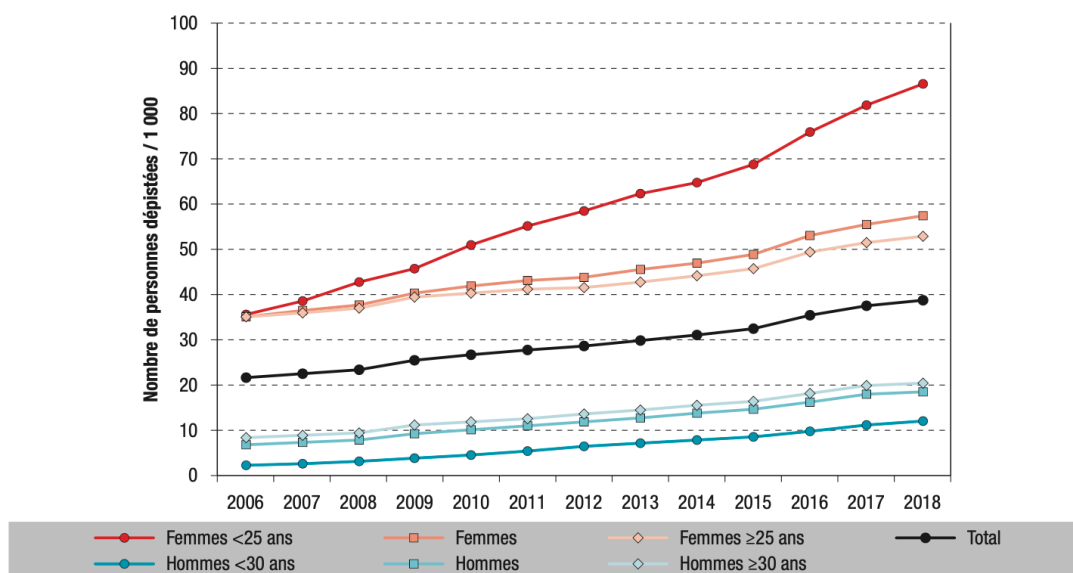


Figure 2 : Taux de dépistage des infections à CT pour 1000 habitants de 15 ans et plus par année, par sexe et par classe d'âge en France pour la période 2006-2018

(D'après le BEH, novembre 2019, Santé Publique France)

L'activité de dépistage en 2018 était variable selon les régions. Elle était supérieure à celle du niveau national dans 5 régions métropolitaines (PACA, Occitanie, Corse, Ile de France et Grand Est) et dans les DOM hors Mayotte. Dans la région des Hauts de France le taux de dépistage des infections à CT était de 25,4/1000 habitants de 15 ans et plus, soit inférieur à la moyenne nationale.

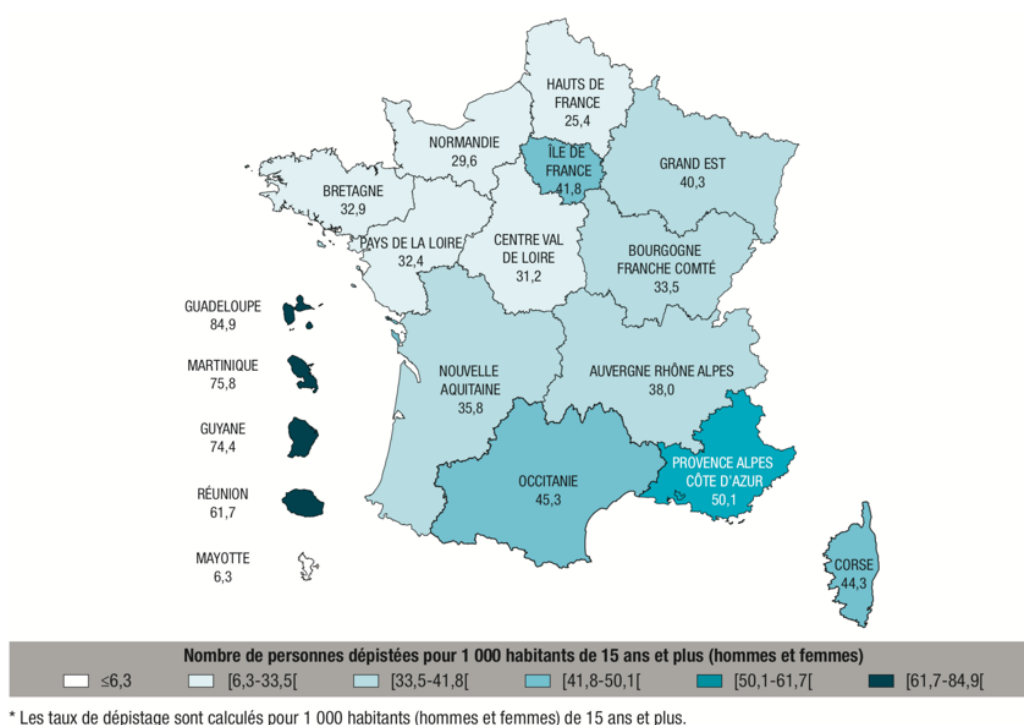


Figure 3 : Taux standardisés de dépistage des infections à CT par région pour 1000 habitants de 15 ans et plus en France en 2018

(D'après le BEH, novembre 2019, Santé Publique France)

3.2. Recommandations de la HAS

En novembre 2018 la HAS a établi de nouvelles recommandations au sujet du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Ces recommandations concernent

les cabinets de médecine générale, de gynécologie, les sages-femmes, les centres à vocations de dépistage (CeGIDD, CPEF, SSU) et les centres d'orthogénie.

Leur objectif est double : réduire le taux de complications graves (salpingite, GEU, stérilité tubaire) en identifiant les femmes infectées et en les traitant (prévention secondaire) et réduire le portage et la transmission de CT dans la population générale (prévention primaire) (15).

Ces recommandations préconisent donc :

- Un dépistage systématique chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, y compris les femmes enceintes
- Un dépistage ciblé :
 - o Des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque
 - o Des hommes sexuellement actifs, quel que soit l'âge, présentant des facteurs de risque
 - o Des femmes enceintes consultant pour une interruption volontaire de grossesse (IVG), sans limite d'âge

Les facteurs de risque sont :

- Multi partenariat (au moins deux partenaires dans l'année)
- Changement de partenaire récent
- Individus ou partenaires diagnostiqués pour une autre IST (Gonocoque, syphilis, VIH, mycoplasme)
- Antécédents d'IST
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- Personnes en situation de prostitution
- Après un viol.

Le dépistage repose sur un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Chez la femme, il s'agit d'un échantillon vaginal prélevé par un clinicien ou par auto-prélèvement (plus sensible que le prélèvement urinaire) (16), ou d'un prélèvement urinaire si impossibilité de faire un prélèvement vaginal.

Chez l'homme, il s'agit d'un échantillon urinaire, sur le premier jet d'urine.

Selon les pratiques sexuelles et en particulier chez les HSH, trois sites de prélèvements sont recommandés : ano-rectal, pharyngé, génito-urinaire.

Ce dépistage doit être répété annuellement en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire.

En cas de résultat positif, le traitement repose sur azithromycine 1g en dose unique ou doxycycline 100mg deux fois par jour pendant sept jours. S'il existe une co-infection à gonocoque, le traitement est ceftriaxone 500mg en intramusculaire et azithromycine 1g en dose unique. Un nouveau test doit être réalisé 3 à 6 mois après traitement (ou plus tôt, 3 à 5 semaines, chez la femme enceinte ou chez les HSH ayant une infection ano-rectale asymptomatique pour ne pas passer à côté d'une lymphogranulomatose vénérienne), et doit être répété trimestriellement pour les HSH à haut risque d'infection (rapport anal non protégé par un préservatif dans les 6 mois, plus de dix partenaires dans les 6 derniers mois, sexe en groupe, usage de drogues récréatives pendant les relations sexuelles, personne vivant avec le VIH, diagnostic d'une nouvelle IST).

Matériel et méthode

1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais.

La méthode qualitative a été choisie car le but de l'étude était d'observer et de comprendre les comportements et les déterminants.

2. La population étudiée

L'étude a été réalisée chez des médecins généralistes installés, ayant une activité libérale, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Le recrutement a été fait au fur et à mesure du déroulement des entretiens sur la base du volontariat. Les médecins étaient contactés par mail ou par téléphone afin de savoir s'ils étaient disponibles pour un entretien sur un sujet de médecine générale. Le sujet de l'étude n'était pas connu des médecins avant l'entretien.

Les critères d'inclusion étaient d'être un médecin généraliste, installé, exerçant une activité libérale.

3. Le déroulement des entretiens

Douze entretiens semi-dirigés ont été réalisés de novembre 2019 à juin 2020.

Les entretiens ont été réalisés en face à face, au cabinet du médecin ou à son domicile, permettant d'obtenir des réponses spontanées, directes dans un climat de confiance et d'échange, exempté de tout jugement.

Avant chaque début d'entretien, certaines caractéristiques étaient demandées : l'âge, la date d'installation en médecine générale, le lieu d'activité (rural, semi-rural, urbain), l'obtention de diplômes complémentaires (DIU, attestations).

Une grille d'entretien servait de support pour mener l'entretien (Annexe 1). Elle était constituée de questions ouvertes et de questions de relance, afin de guider l'entretien et de répondre à l'objectif de l'étude.

La première question était large, au sujet du dépistage en général, afin de déterminer la place du dépistage des IST en médecine générale.

La deuxième question ciblait le dépistage des infections sexuellement transmissibles et permettait d'évaluer les pratiques des différents médecins interrogés à ce sujet.

A l'issue de cette deuxième question une feuille explicative des nouvelles recommandations de la HAS concernant le dépistage des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* leur était distribuée et lue à voix haute (Annexe 2).

La troisième question concernait l'applicabilité de ces nouvelles recommandations dans leur pratique quotidienne en médecine générale.

La quatrième et dernière question permettait de proposer des solutions pour optimiser ce dépistage et tenter au mieux d'appliquer ces dernières recommandations.

L'arrêt des entretiens s'est fait à suffisance des données concernant l'objectif principal, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle donnée n'était obtenue.

4. Le recueil et l'analyse des données

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit manuellement mot à mot sur un fichier Word constituant des verbatim. Les rires, silences étaient indiqués entre parenthèse. L'évocation de personnes ou lieux pouvant lever l'anonymat ont été supprimés lors de la retranscription.

La durée des entretiens variait de 12 minutes à 36 minutes.

Les retranscriptions ont été anonymisées pour garantir la confidentialité. Chaque entretien était nommé par la lettre M suivie du numéro correspondant à l'ordre de déroulement de l'étude.

Le codage et l'analyse des données ont été effectués à l'aide du logiciel NVivo version 12.

Une triangulation des données, consistant à un double codage indépendant par deux chercheurs (dont celui à l'origine de l'étude), a été réalisée pour l'ensemble des entretiens.

Les enregistrements ont été détruits à la fin de l'étude.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Résultats

Au total, 12 médecins généralistes ont été interrogés, 6 femmes et 6 hommes, âgés de 28 à 64 ans. Les médecins étaient installés depuis l'année 1982 à l'année 2020. Les différents milieux d'exercice étaient représentés : urbain, semi-rural et rural. Quatre d'entre eux avaient une formation complémentaire en gynécologie avec l'obtention du DIU de gynécologie-obstétrique.

Médecin	Sexe	Age	Année d'installation	Milieu d'exercice	DIU gynécologie
M1	H	64	1982	Semi-rural	Non
M2	F	57	1989	Urbain	Non
M3	H	52	1998	Semi-rural	Non
M4	F	31	2017	Urbain	Oui
M5	F	30	2018	Semi-rural	Oui
M6	H	37	2010	Urbain	Non
M7	H	34	2014	Semi-rural	Non
M8	F	58	1990	Urbain	Non
M9	F	53	1994	Rural	Oui
M10	H	28	2020	Rural	Non
M11	F	33	2013	Semi-rural	Oui
M12	H	40	2009	Semi-rural	Non

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

1. Définition du dépistage en médecine générale

Pour la plupart des médecins généralistes interrogés le dépistage sous-entend :

- Le dépistage des pathologies cancéreuses, notamment sein, colon, col de l'utérus, qui font partie des dépistages organisés.

« J'appelle dépistage c'est cancer du côlon, dépistage cancer du sein » (M1)

« Dépistage cancer du sein, col de l'utérus » (M3)

« Cancers : cancer colorectal, cancer du sein, frottis » (M4)

« Après « de quand date votre dernier frottis ? votre mammographie ? », euh j'avoue que j'aborde pas souvent le cancer colorectal mais pour le coup c'est elles qui m'en parlent » (M5)

« Des différents dépistages que ce soit, alors si c'est par exemple tout ce qui est cancéro j'ai des rappels sur les mammo, les Hémocult etc. » (M6)

« Hémocult après 50 ans, mammographie, frottis, PSA » (M7)

« De faire attention par exemple au niveau du cancer du sein, par rapport au cancer colorectal, préconisations aussi par rapport à la prostate » (M10)

« La mammographie savoir si elles ont reçu l'invitation, savoir si elles ont des antécédents, pareil frottis où est-ce qu'on en est, l'Hémocult » (M11)

« Ça dépend en termes de dépistage en général ça va être tout ce qui est Hémocult, mammographie, euh... pour les classes d'âge au-delà de 50 ans » (M12)

Mais également pour certains médecins le dépistage en fonction des antécédents familiaux de pathologies cancéreuses. Ceux-là ne rentrent plus dans le cadre du dépistage organisé.

« Après dans d'autres dépistages selon les antécédents des personnes, par exemple le cancer colique (...) les lignées à cancer du sein » (M2)

« Par exemple pour le dépistage de tout ce qui est cancer avec les notions d'antécédents familiaux » (M8)

« Au vu des antécédents, si on reprend les antécédents c'est peut-être comme je te dis éventuellement je les incite plus vite que la normale à dépister le cancer du sein, colique » (M9)

- Le dépistage des maladies cardio-vasculaires, avec notamment l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie. Concernant les deux derniers, il s'agit de bilans sanguins proposés de façon régulière.

« Après il y a le dépistage des maladies cardio-vasculaires » (M1)

« Diabète, les gens qui ont aussi la possibilité de faire une prise de sang quand ils ont des antécédents de diabète dans la famille » (M2)

« On dépiste les hypertensions artérielles (...) dépistage du diabète, fin voilà sur point d'appel et puis ben voilà tous les 5 ans on fait une prise de sang pour les hommes, tous les 3 ans pour les femmes sous pilule » (M4)

« Alors le diabète, le diabète par exemple, mais ça en général j'essaie de faire un bilan sanguin annuel » (M8)

« Tout ce qui est maladies cardio-vasculaires » (M10)

« Dépistage cardiovasculaire » (M11)

- Les dépistages en pédiatrie sont également évoqués par certains médecins, lors des examens systématiques, en particuliers les troubles visuels, auditifs, le surpoids, les troubles du développement.

« Après t'as dépistage chez les enfants des troubles visuels, fin bref, troubles auditifs » (M1)

« Après les dépistages chez l'enfant » (M6)

« Dépistage du coup chez l'enfant, obésité, trouble de la vue » (M7)

« Après il y a dépistage en pédiatrie, bon les examens systématiques c'est relativement balisé » (M10)

« Que ce soit pédiatrie, tout petit, dépistage visuel, dépistage auditif, la vaccination, même si c'est pas vraiment du dépistage mais euh... voilà, 11-13 ans pour les vaccinations Gardasil, du coup je parle du dépistage frottis déjà à ce moment-là » (M11)

- Le dépistage des addictions.

« Dépistage des addictions » (M1)

« Pareil pour ce qui est alcool, tabac » (M6)

« Après il y a tout ce qui est dépistage des addictions » (M12)

- Le dépistage des troubles posturaux.

« Moi c'est beaucoup aussi tout ce qui est rhumato, posture, troubles euh, troubles du rachis » (M3)

« Dépistage des troubles rachidiens » (M7)

« Tout ce qui est pathologie rachidienne ça c'est souvent à l'occasion d'un examen pour le sport » (M8)

- Le dépistage des infections sexuellement transmissibles. Pour certains d'entre eux ce dépistage est évoqué en première ligne.

« Les maladies sexuellement transmissibles » (M2)

« Le dépistage chez les gens jeunes ça va être beaucoup de dépistages d'infections sexuellement transmises et ça c'est notre dada ici parce qu'on a énormément de gens qui ont des rapports à risque dans notre population » (M4)

« Que ce soit le dépistage IST, après la première question c'est « êtes-vous en couple ? », si oui « depuis combien de temps ? » et puis après je dis « avez-vous fait les tests de dépistage ? » » (M5)

« Si tu parles de dépistage, par exemple des maladies sexuellement transmises » (M9)

2. L'abord du dépistage en médecine générale

2.1. Le dépistage en général

La notion de dépistage est abordée différemment selon les médecins, à des circonstances variables, en fonction des indications mais aussi en fonction des patients.

- A chaque consultation

Pour certains le dépistage est une notion qui s'intègre dans chacune de leurs consultations ou presque.

« Je fais ça à toutes mes consultations, c'est systématique, ça fait partie de mes questions » (M5)

« J'en parle assez facilement, quasiment à chaque consultation » (M11)

Les logiciels médicaux permettent aux médecins d'y penser et de s'assurer que les patients effectuent les dépistages recommandés.

« À chaque consultation du coup moi j'ai notion de dépistage, j'ai mon logiciel avec du coup un encadrement dépistage (...) je fais une fiche par patient avec le dépistage, donc ça revient régulièrement » (M7)

- A chaque nouveau patient

L'arrivée d'un nouveau patient est l'occasion pour certains médecins de refaire le point sur les différents dépistages.

« C'est particulièrement aussi quand on ouvre un nouveau dossier avec un nouveau patient » M2

« Alors souvent quand je prends un nouveau patient j'essaye de savoir un peu justement où il en est et j'essaye tout de suite de mettre des axes » (M6)

« Des patients que j'apprends à connaître, que je vois pour la première fois je leur pose la question d'où est-ce qu'ils en sont dans leurs dépistages au sens large » (M11)

- Selon l'âge du patient

L'abord du dépistage se fait également selon l'âge des patients.

« Selon l'âge » (M3)

« En fonction de l'âge dans des bilans systématiques » (M7)

« Comment je l'aborde ben déjà en fonction de la classe d'âge » (M12)

L'âge de 50 ans est retenu principalement car il est l'âge où débute le dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer mammaire. Les patients reçoivent une invitation au dépistage. Pour le cancer colorectal ils doivent se mettre en lien avec leur médecin afin qu'il leur délivre le kit de prélèvement. C'est souvent l'occasion pour les médecins de voir certains patients qui consultent rarement et de réaliser un bilan de santé.

« À certains âges un peu clés, 50 ans » (M6)

« Quand ils ont 50 ans, qu'ils ont reçu le courrier c'est quelque fois eux qui l'abordent » (M9)

« Aux âges un peu décisifs, voilà 50 ans » (M10)

« C'est du systématique après 50 ans » (M12)

- Selon le motif de la consultation

L'abord du dépistage est aussi orienté selon le motif de la consultation.

« En fonction du contexte de la consultation » (M2)

« Voilà en fonction de la consultation » (M11)

- De façon régulière

Pour certains médecins le dépistage est une question qui revient régulièrement.

« Sinon les femmes habituellement une visite annuelle pendant laquelle je vérifie si elles ont bien fait les examens que je leur ai proposé de faire, type mammographie etc. » (M1)

« J'essaye de faire sur 2-3 mois, souvent d'y penser (...) tous les patients au moins je quadrille tout le monde » (M3)

« J'essaye d'être exhaustif quand je fais une consultation, ce qui n'est pas évident, mais c'est ce que je dis toujours avec les étudiants qui sont là, c'est que justement on dit toujours « ah ben c'est un renouvellement », je dis « justement c'est l'occasion de faire le point sur pas mal de problèmes » » (M6)

2.2. Le dépistage des infections sexuellement transmissibles

- A la demande du patient

La majorité des médecins admettent que l'abord du dépistage des IST se fait la plupart du temps suite à une demande du patient.

« Si le patient est en demande » (M1)

« C'est une jeune fille qui a déjà une contraception et qui me dit comme ça « ah ben j'aimerais bien euh », c'est elle qui vient vers moi, « j'aimerais bien ne plus utiliser de préservatifs » par exemple (...) Alors quand ils me demandent maintenant systématiquement » (M2)

« Quand ils viennent et qu'ils disent « je pourrais faire mon HIV ? » ou « faire un prélèvement ? » » (M3)

« Le dépistage des IST j'en parle quand ils font aussi, souvent on a des demandes de sérologies pour savoir s'ils peuvent arrêter les préservatifs donc je refais un petit laïus à ce moment-là » (M6)

« C'est le patient qui l'aborde, voilà » (M8)

« Après ben quand il y a un patient qui lui-même pose la question, qui me demande un bilan sanguin parce qu'il a été voir ailleurs, ben j'aborde la question quoi » (M9)

« Alors soit ils en parlent spontanément » (M10)

« C'est plutôt quand même dans la patientèle jeune ou alors à leur demande » (M11)

- A la prescription d'une contraception

La prescription d'un moyen de contraception est souvent l'occasion pour les médecins d'aborder la question de la sexualité, et amène à parler du dépistage des IST.

« Si on revient sur les maladies sexuellement transmissibles la plupart du temps une jeune fille qui vient pour une première contraception ou qui évoque la possibilité des contraceptions (...) j'en parle aussi par exemple euh, voilà, quand les jeunes filles ont une contraception » (M2)

« Ça c'est quelque chose que j'aborde facilement quand on parle de contraception » (M4)

« Pareil pour tout ce qui est au moment des prescriptions de contraception, je dis « ben voilà ça défend pas contre les IST, tu sais ce que c'est les IST ? » j'essaye de détailler un petit peu avec elle » (M6)

« C'est plus facile chez la femme par rapport au bilan de contraception, de proposer du coup des sérologies dans les bilans de suivi de contraception en plus » (M7)

« En général pour la jeune fille qui demande une première contraception c'est facile » (M9)

« Alors chez les jeunes filles qui viennent pour la contraception ça vient assez facilement aussi, forcément on en parle. Oubli de pilule ou quoi que ce soit, on en discute, savoir si elles ont un moyen de protection ou pas » (M11)

« Lors d'un renouvellement de pilule pour les filles » (M12)

- Chez les adolescents

La période de l'adolescence est l'occasion aussi pour certains d'entre eux d'évoquer la question de la sexualité.

« Les jeunes qui commencent dans la sexualité, on en parle » (M4)

« J'essaye de les aborder rapidement chez les ados » (M6)

« Lors d'une question, ne serait-ce qu'un examen sportif chez les jeunes qui sont en activité sexuelle, à partir de 15-16 ans, je pose systématiquement la question, parce qu'on les voit une fois par an, pour savoir si dans l'année il y a eu des rapports à risque, s'ils ont besoin eux de faire un bilan sanguin » (M12)

- Chez les populations à risque

En fonction des patients, notamment ceux connus par le médecin pour avoir des partenaires multiples ou des pratiques sexuelles à risque, le dépistage des IST est plus facilement abordé.

« Quand c'est des patients que je connais à risque parce que à partenaires multiples je sais que je vais leur reproposer tous les 6 mois de faire un dépistage des infections sexuellement transmises (...) Après mes patients que je connais avec des pratiques plutôt ouvertes, eux clairement tous les 6 mois on en reparle » (M4)

« On en parle beaucoup plus facilement chez les sujets plus jeunes quand même, avec des partenaires multiples, chez des patients qui divorcent et qui changent de partenaires, et puis bon parfois on a des surprises on a des personnes mariées depuis longtemps et avec des relations extra-conjugales (...) quand on connaît un peu le mode de vie des patients on s'adapte un peu en fonction (...) il y a les populations un peu plus à risque quand même, bon les partenaires multiples, sur le plan psychologique le patient un peu borderline on essaye aussi de suivre, et puis les homosexuels » (M7)

« Après c'est un peu au feeling, voir comment ils sont par rapport à leur couple, s'ils sont plus, ben un petit peu nomade on va dire ça comme ça (...) Après c'est bien de

leur préciser à une occasion lambda qu'éventuellement un dépistage ça peut être intéressant s'il y a un nouveau partenaire sexuel » (M10)

« Après c'est au profil du patient, que je sais qu'il va dans des maisons closes en Belgique forcément je vais lui proposer plus volontiers (...) s'il y a des changements de conjoint, des fois c'est souvent quand il y a un nouveau couple ils aiment bien avoir chacun leur bilan sanguin, s'il y a eu des « cocueries » ou des suspicions de, on peut faire un dépistage des IST » (M12)

- Lors d'une consultation gynécologique

Une consultation gynécologique est souvent l'occasion pour les médecins de proposer un dépistage et de réaliser certains prélèvements lors d'un examen gynécologique.

« En tout cas en consultation de gynéco c'est une question que je vais poser à tous les coups, de « est-ce que vous avez changé de partenaire ? est-ce qu'on fait le bilan des infections sexuellement transmises ? » (...) les patientes avec un stérilet elles y ont droit à chaque fois que je les vois du « est-ce qu'il faut faire un test des infections sexuellement transmises aujourd'hui ? est-ce que vous avez changé de partenaire ? est-ce que vous avez un partenaire à risque ? » etc. » (M4)

« Systématiquement, chaque patiente qui vient, à chaque consultation [gynécologique] euh, sauf si elle revient pour autre chose, mais de façon systématique » (M5)

- Si antécédent d'IST

Les patients qui ont déjà eu une infection sexuellement transmissible sont plus facilement dépistés, mais également ceux dont le conjoint est porteur d'une IST.

« Pour les patients avec lesquels il y a déjà eu une infection sexuellement transmise, ben pareil tous les 6 mois on en reparle » (M4)

« S'il y a un couple avec l'un des 2 qui a une IST j'essaye de dépister chez le conjoint, fin de dire de dépister le conjoint ce qui est pas toujours évident non plus » (M6)

Certains médecins interrogés citent également lorsque le patient est symptomatique, notamment lors d'urétrites chez l'homme ou de douleurs pelviennes chez la femme. Cependant cette situation ne rentre plus dans le cadre du dépistage, mais plutôt du diagnostic.

« Ça sera un dépistage individuel s'il y a une pathologie particulière qui vient se greffer chez les patients qui vient pour, euh..., une pathologie, une urérite, etc., je vais effectivement faire un dépistage global (...) pour les MST c'est s'ils sont symptomatiques » (M1)

« Après aussi le dépistage, alors ça de plus en plus fréquemment quand même, des jeunes filles qui viennent avec des douleurs abdominales, euh et donc des signes d'infections gynécologiques mais à bas bruit, des méno-métrorragies inexplicables, pas forcément des douleurs atroces, et chez qui on trouve quand-même très régulièrement du Chlamydia » (M2)

« Quand il y a un doute, symptôme, j'envoie faire un prélèvement urétral, par exemple un prélèvement vaginal directement au labo » (M3)

« Après les gens qui ont des symptômes urinaires ou gynéco des choses comme ça, bon on amène la question beaucoup plus facilement » (M7)

3. Le dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis

Les méthodes de dépistage ne sont pas forcément connues des médecins généralistes interrogés.

Les sérologies qui étaient auparavant la méthode de dépistage utilisée, sont encore évoquées par certains d'entre eux.

« Sérologie Chlamydia, sérologie Mycoplasme » (M10)

Certains effectuent le dépistage uniquement sur les urines, que ce soit chez l'homme mais aussi chez la femme.

« Sur les urines Chlamydia et Gonocoque » (M9)

« En urinaire, en endo-vaginal j'ai jamais prescrit » (M12)

Mais pour la majorité des médecins interrogés les méthodes de dépistage sont connues : par PCR sur les urines chez l'homme ou sur prélèvement vaginal chez la femme.

« Par exemple la jeune fille qui me dit « est-ce que je pourrais faire les prises de sang ? » je lui parle systématiquement du Chlamydia et je lui fais faire un auto prélèvement en laboratoire en même temps que sa prise de sang, d'accord ? et si c'est un jeune homme un petit prélèvement sur les premières urines sur le premier jet » (M2)

« Et puis après recherche par PCR sur auto prélèvement vaginal ou sur 1er jet d'urines Chlamydia et Gonocoque » (M4)

« Le Chlamydia la plupart du temps je leur fais, quand elles sont là, sinon je prescris Chlamydia PCR en auto prélèvement » (M5)

« Après les PCR urinaires 1er jet Chlamydia et Gonocoque et puis les prélèvements : écouvillon urétral chez l'homme ou écouvillon vaginal chez la femme » (M7)

« En PCR, soit sur les urines soit en prélèvement vaginal chez la femme » (M11)

4. Connaissances des nouvelles recommandations de la HAS par les médecins généralistes

Une minorité des médecins interrogés étaient au courant des nouvelles recommandations. Ceux qui en avaient connaissance ont été informé notamment via des formations (congrès, DIU) mais également par les étudiants qu'ils reçoivent en stage dans leur cabinet.

« Oui, c'est un de mes internes qui m'en a parlé » (M9)

« On en parle en DIU de gynéco aussi » (M11)

Certains en ont vaguement entendu parler mais n'y ont pas prêté attention.

« C'est le dépistage plus tôt c'est ça ? Je sais pas, je sais pas si c'est celles-là » (M4)

« Alors les recommandations ? euh je les ai vues passer (...) Alors fin si j'avais lu tout ça mais justement je m'étais dit que j'avais rarement ces cas-là notamment. Alors peut-être que je les dépiste pas assez » (M6)

La plupart des médecins interrogés n'étaient pas au courant des nouvelles recommandations.

« Non ... » (M1)

« Non pas spécialement (...) par contre voilà je suis pas dans ces recommandations là c'est-à-dire, je le fais pas assez souvent, et vraiment euh, voilà j'avais ma population ciblée de peut-être jeunes filles avec partenaire » (M2)

« Non je ne suis pas au courant de ça » (M7)

« Non je ne connais pas du tout. Absolument pas au courant. Alors soit parce que ça nous est passé au-dessus, parce que ça arrive tu sais, on reçoit des piles de courriers et on lit pas tout » (M8)

« Alors entendu parlé, non » (M10)

5. Les limites à l'application des recommandations

5.1. L'abord du sujet

- Sujet tabou

La question de la sexualité est encore un sujet tabou pour bon nombre de médecins et ne facilite donc pas l'abord du sujet. Elle peut rendre mal à l'aise le patient mais aussi le médecin.

« C'est quelque chose d'un peu flou, aussi un peu tabou, de dire à la patiente « vous êtes en couple ? toujours avec machin ? » c'est un peu gênant, mais je comprends que ça soit gênant » (M5)

« Et c'est vrai que nous tout de suite on a ce côté sexuel qui est un peu tabou en France et je trouve ça dommage » (M6)

« C'est un sujet délicat, un peu tabou, donc c'est très très compliqué moi je trouve » (M8)

- Entrer dans la vie intime du patient

Cela nécessite de connaître la vie personnelle et intime du patient et représente donc un frein pour certains médecins.

« C'est peut-être pas moi qui vais aller fouiller dans sa vie privée pour dire « vous êtes sûr que tout va bien ? vous avez pas trompé votre femme ? » Je ne suis pas forcément légitime pour demander ça quoi (...) je ne vais pas aller m'immiscer non plus dans leur vie privée en demandant s'ils ont été voir ailleurs quoi » (M9)

« Parce que déjà le nombre de partenaires ça ne nous regarde pas spécialement, comme le changement de partenaire » (M10)

« C'est vrai que les relations extra-conjugales il peut y en avoir mais c'est pas des sujets qui sont abordés de mon plein gré » (M11)

- Poser la question

Afin de rechercher certains facteurs de risque le médecin doit interroger son patient, notamment sur ses pratiques sexuelles.

« C'est pas évident de savoir est-ce que vous avez des multipartenaires, à part quand ils viennent parce qu'ils ont une chaude-pisse ou un truc comme ça c'est plus facile » (M1)

« En fait il faut poser la question. Si tu poses pas la question tu peux pas... (...) si on pose pas la question eh ben on peut pas cibler notre ... euh, et le but c'est de cibler » (M5)

« Déjà c'est pas toujours évident à poser comme question « bon alors c'est quoi vos orientations sexuelles ? » » (M6)

- Pas de lien avec le motif de la consultation

L'abord du sujet est parfois compliqué notamment quand le motif de la consultation n'a pas du tout de rapport avec le thème de la sexualité.

« C'est de se mettre à le faire et c'est sûr que je me vois mal en plein milieu d'une consultation qui n'a rien à voir avec ce sujet-là, leur dire « au fait est-ce que vous avez fait un dépistage ? je sais que vous avez changé de partenaire » » (M2)

« Quand ils viennent pour une grippe commencer à aborder un peu ces problèmes là c'est pas évident » (M6)

« S'ils viennent pour une fracture du coude ... (rires) ça va quand même être compliqué d'entrer dans le vif du sujet » (M8)

« Ouais je trouve que c'est pas des plus facile à aborder en tout cas, ou alors il faut se dédier une consultation, les patients viennent pas forcément pour ça ou alors ils ont déjà des symptômes et dans ces cas-là on en parle, mais sur du dépistage je trouve que c'est pas simple » (M11)

- Relation médecin-patient

En fonction de la relation entre le médecin et son patient, la question est parfois difficile à poser. Notamment pour les médecins hommes vis-à-vis d'une patiente jeune fille. Ils se trouvent dans une situation parfois délicate où le moindre propos peut être interprété d'une autre façon par la patiente.

« J'imagine mal comme je fais pas ou très peu de gynéco, j'imagine mal à une gamine de 17 ans dire « tiens je vais faire un prélèvement », ça c'est clair je le ferais pas, je le ferais faire » (M1)

« C'est pas évident du tout je trouve, alors surtout étant un homme, quand c'est une jeune fille c'est pas évident (...) alors déjà les femmes sexuellement actives euh... c'est pas toujours évident à poser comme question, alors à 25 ans un peu plus qu'à 15 quoi je trouve. Encore une fois peut-être parce que j'ai cette relation masculine je pense à la patiente, même si voilà j'essaye d'être le plus professionnel mais il y a toujours un peu cette connotation, fin je veux dire la jeune fille qui vient pas pour ça et commencer à dire, ça fait un peu euh, le médecin même si je suis jeune et que j'essaye de prendre ça à la cool, bon ça reste, et pareil pour les jeunes hommes d'ailleurs (...) Je pense que les moins évidents c'est quand même la jeune fille en systématique, bien

qu'en expliquant les choses pourquoi pas, mais est-ce qu'elles vont aller faire, bon déjà sexuellement actives c'est une chose, mais le prélèvement vaginal c'est quand même pas évident » (M6)

« Dépistage ciblé oui ça ça pose pas de soucis, c'est plus le dépistage en systématique du coup qui est ... ça je fais pas forcément, mais moi je fais très peu de gynéco (...) en systématique c'est vrai que c'est pas forcément moi qu'elles verraient du coup » (M7)

5.2. Manque d'information des médecins

Le manque de communication des nouvelles recommandations est un frein à leur application pour certains médecins.

« Tu vois que ce papier-là, moi je suis allée à plusieurs congrès et je vais qu'à des congrès de gynéco, ce truc-là on l'a vraiment lu et étudié dans le service d'IVG il y a 2 mois, c'est aberrant, c'est aberrant puisque c'est sorti en septembre 2018 » (M5)

« Globalement j'étais pas forcément au courant du dépistage systématique donc déjà j'allais pas forcément le mettre en place mais là en sachant bien sûr qu'il y a des choses à verrouiller un peu plus, il y aura une question supplémentaire à poser à chaque fois » (M7)

« Mais tu vois on n'est pas trop au courant de ça » (M8)

5.3. Le temps

En consultation de médecine générale tout ne peut pas être abordé en une seule consultation qui dure souvent 15 à 20 minutes.

« Ce qui est difficile c'est le temps passé pour aller chercher les facteurs de risque » (M1)

« Si on le voit le soir, en fin de journée, on est crevé, il y a un problème, on va pas commencer à ... » (M3)

« C'est vrai qu'il faut avoir un dialogue par rapport aux changements de partenaire, au multi partenariat, mais c'est compliqué dans une consultation qui dure déjà 15 minutes chez la majorité des médecins généralistes, voire 20 (...) Après il faut avoir le temps et la faisabilité dans la consultation » (M10)

5.4. Le coût

Pour certains patients n'ayant pas de couverture sociale ou de complémentaire santé, le coût de la réalisation de ce dépistage peut être un frein, notamment pour les HSH dont le test revient positif et qui doivent renouveler régulièrement ce dépistage.

« Ça va couter une fortune ça » (M1)

« Et puis après c'est le prix quoi (*rires*). Le reste à charge du patient il est quand même important, donc c'est un petit peu compliqué de leur dire « fin si faut le faire... » fin, là je me dis dire à ma patientèle homosexuelle masculine « ben c'est tous les 3 mois et en plus c'est méga cher » c'est compliqué (...) je pense que le problème d'accessibilité c'est le problème du coût quoi » (M4)

« Si tu veux à priori ça coûte moins cher en urinaire qu'en auto prélèvement donc pour l'hôpital ça coûte moins cher de le faire en urinaire (...) c'est pas remboursé, ben non, donc qui va accepter de le faire ? Déjà tu fais ça en anonyme et en plus (...) ça coûte trop cher » (M5)

5.5. Chez les HSH

Certains médecins interrogés relèvent la difficulté à proposer un dépistage de l'infection à CT chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment par le côté stigmatisant, mais également par la difficulté à demander à son patient s'il est homosexuel.

« Le pire tu vois c'est les hommes avec des relations avec des hommes ça risque d'être plus compliqué » (M9)

« Après en ce qui concerne les homosexuels c'est pas toujours évident hein, d'aborder le sujet » (M8)

« Non à part un peu le côté, j'avais envie de dire, stigmatisation des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » (M12)

- Prélèvement multisite

La réalisation d'un prélèvement au niveau de 3 sites (pharyngé, uro-génital et ano-rectal) chez les HSH peut être un frein chez certains patients qui n'ont pas forcément l'envie de divulguer leur orientation sexuelle, notamment auprès du laboratoire où ils effectuent le dépistage.

« Ça fait pas très discret quoi, à la limite avec nous, euh, faire pipi dans le petit pot ben c'est tout il y a que quand ils donnent leur ordonnance, mais après ano-rectal bon ben déjà le laboratoire il comprend que c'est forcément un homosexuel, alors ils affichent pas forcément leur homosexualité quoi, ils ont pas forcément envie d'en parler, en tout cas pas au laboratoire, même si nous on le connaît » (M2)

« Les 3 sites chez les hommes, fin voilà il y a des jeunes hommes avec qui on en parle, le fait de parler de prélèvement ano-rectal c'est quand même compliqué (...) Je

trouve que l'homosexualité reste quelque chose d'assez tabou quand même, donc aller au labo en disant « ben j'ai une prescription pour ces 3 prélèvements » tout de suite ça colle l'étiquette homosexuel et je pense que le rapport au professionnel en termes de secret médical c'est pas toujours très simple » (M11)

« Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes... oui s'il y a pas de risque de transmettre la Chlamydia à une femme je trouve ça fait un peu lourd de faire ano-rectal, pharyngé, génito-urinaire. S'ils sont juste homos et qu'ils font pas d'urétrites à répétition je trouve ça un peu violent quoi, 3 sites de prélèvement tout ça parce qu'il a des rapports sexuels avec des hommes, à part s'il a une femme, et que occasionnellement il a des rapports sexuels avec des hommes, qui est en âge de procréer, mais je trouve ça un peu lourd » (M12)

- Dépistage trimestriel

Le dépistage trimestriel chez les HSH ayant été testés positifs au CT et à haut risque d'infection semble difficile à mettre en place par certains médecins. En effet il nécessite de revoir régulièrement le patient et peut être ressenti par certains patients comme stigmatisant.

« Tous les 3 mois ! ah ouais ça je savais pas du tout tu vois (...) c'est énorme ouais, on fait jamais ça (...) c'est un peu stigmatiser les gens ! » (M2)

« C'est lourd ! il faut le voir tous les 3 mois, fin après faut faire à renouveler 3 fois du coup » (M3)

« Je veux dire si à la limite il a le même partenaire et que, allez à 6 mois, si on lui fait 2 fois, on est sûr » (M5)

« Je trouve de dire si c'est des relations homosexuelles faut faire tous les 3 mois ça catalogue vachement l'homosexuel comme un homme qui va voir un peu partout (...)

et va lui dire « bon tous les 3 mois », fin voilà c'est si c'est positif mais je trouve quand même que c'est pas évident (...) je trouve que c'est pas évident parce qu'effectivement déjà qu'ils sont un peu catalogués donc si en plus on dit « ah oui vous êtes homo, oulah, bon ben tous les 3 mois... » » (M6)

5.6. Y penser

La médecine générale nécessite la prise en charge du patient dans sa globalité. L'abord du sujet sexualité fait partie d'un des rôles du médecin généraliste parmi tant d'autres. L'une des limites est donc de penser aborder le sujet avec les patients.

« C'est pas si compliqué que ça d'en parler, c'est pas si compliqué que ça de les mettre en place, le tout c'est d'y penser » (M2)

« C'est qu'au milieu de tout le reste il faudra qu'on y pense » (M6)

5.7. Une IST souvent inconnue des patients

L'infection à CT est peu connue de la population générale. Cette méconnaissance est un frein au dépistage, les patients ne se sentant pas concernés et n'ayant pas conscience des conséquences d'une telle infection, pouvant pourtant être prise en charge facilement si elle est dépistée tôt.

« Il y en a la moitié qui ne connaissent pas » (M5)

« Et je pense aussi que, comme tu dis, VIH ça fait peur mais tout le reste ne fait pas peur » (M8)

« Je pense que le Chlamydia on n'est pas du tout au courant, ils sont pas du tout conscients » (M11)

5.8. Difficultés chez les hommes

La patientèle masculine parle moins de sexualité avec son médecin traitant et celui-ci aborde ce sujet moins facilement qu'avec la patientèle féminine.

« Ça me paraît très difficile chez les hommes » (M1)

« Et pour les hommes ils en parlent quand même, c'est plus difficile, des fois quand on aborde ils mettent un certain temps mais 3-4 consultations des fois ils reviennent et ils en parlent. Sur le coup ils se ferment mais on a lancé le sujet et ils reviennent » (M3)

« Malheureusement chez l'homme ben du coup moins, c'est ça qui est un peu dommage » (M6)

« Je dirai que le plus compliqué ça sera quand même les hommes à mon avis » (M8)

« Je pense que peut-être parler du dépistage avec eux ça va être plus compliqué. Euh ... après il y en a qui sont demandeurs et ça ne me gêne pas, mais euh... je crois que je serai un peu plus coincée pour en parler, moins à l'aise pour en parler » (M9)

« C'est plutôt eux qui demandent. Ils ont eu des doutes, c'est plus vraiment du dépistage non plus. Ils ont eu des doutes, ils ont eu un rapport à risque ou ils ont une inquiétude, on en parle (...) hommes sexuellement actifs avec au moins 2 partenaires dans l'année, c'est vrai que c'est pas un sujet qui vient facilement. Alors peut être aussi du coup en tant que femme vis-à-vis d'hommes » (M11)

5.9. Absence d'anonymat

Pour les jeunes filles mineures consultant en médecine générale et souhaitant garder l'anonymat cela peut être un frein au dépistage.

« C'est par rapport à la jeune mineure et au fait que ben en fait on les envoie dans les CIDDIST parce que nous on n'arrive pas forcément à bien avoir l'anonymat vis-à-vis des labos (...) quand c'est des mineures qui viennent et qu'il faut que ça soit secret pour les parents » (M4)

6. Les facilitateurs à ce dépistage

6.1. Consultation en lien avec le sujet

Lorsque le patient consulte pour un motif en lien avec la sexualité, notamment chez les femmes pour leur suivi gynécologique et le renouvellement de contraception, mais également en cas de symptômes génito-urinaires (ce qui ne rentre plus dans le cadre du dépistage).

« C'est plus facile chez la femme par rapport au bilan de contraception, de proposer du coup des sérologies dans les bilans de suivi de contraception en plus (...) chez la patiente jeune avec la vaccination contre le papillomavirus ça aide beaucoup à enclencher une discussion sur la sexualité » (M7)

« Mais peut-être faire du dépistage avec des points d'appel, des accroches (...) c'est sûr que quand ils viennent pour une urétrite ou un truc comme ça c'est facile de l'aborder » (M10)

6.2. Médecin pratiquant de la gynécologie

L'application de ces recommandations est facilitée pour les médecins effectuant des suivis gynécologiques.

« Je pense que c'est pas évident à ... ah peut-être pour une femme dans la mesure où elles ont plus de ... elles font plus de gynéco que les hommes (...) je pense que pour une dame qui fait de la gynéco et de la pédià ça va être assez simple » (M1)

« Si t'es sensibilisée à ça, si tu fais plein de gynéco forcément ça va être beaucoup plus simple » (M6)

6.3. Patient préoccupé par le sujet

L'inquiétude des patients vis-à-vis des IST, notamment ceux ayant des pratiques à risque, favorise l'observance.

« Après les hommes, je trouve que ben moi les hommes homosexuels que j'ai, ben on en a déjà pas des centaines dans nos patientèles, mais je trouve qu'ils sont assez au fait de, fin c'est des gens, les miens hein, les patients que j'ai, plutôt au fait de faire attention à leur santé, d'accord hein ? Donc je suis persuadée qu'ils ont peut-être déjà été, bien plus fréquemment que je leur ai proposé, dans des centres de dépistage » (M2)

« Ceux qui ont plusieurs partenaires ils en parlent facilement. C'est un sujet pour eux, c'est une inquiétude pour eux ils en parlent facilement » (M3)

« Alors ce qu'on a quelque fois aussi quand même c'est des gens qui viennent en disant ça, en disant qu'ils ont eu un changement de partenaire et ils arrivent carrément inquiets, alors là tu fais tout ce que tu veux » (M8)

6.4. Médecin évoquant facilement le sujet

Certains médecins se sentent à l'aise pour aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients.

« Ça me pose pas de problème. Bon alors des fois il y en a qui sont choqués, il y a des patients avec qui je me suis fâchée car je leur ai demandé s'ils étaient homosexuels mais bon... c'est tout, des fois on demande parce qu'on sait pas. J'ai des patients hétérosexuels avec qui je me suis fâchée « ben non pourquoi vous me demandez si je suis homosexuel ? » ben parce que je pose la question à tout le monde en fait, c'est pas écrit sur leur front » (M4)

« On en parle assez facilement et je pense que c'est pas un sujet trop tabou maintenant, les jeunes filles sont assez ouvertes à parler de tout ça » (M7)

« Aborder la question de la sexualité, oui c'est même quelque chose que j'aborde facilement dans l'anxio-dépression (...) parler de sexualité ça ne me pose pas de soucis du tout en fait » (M12)

Les médecins sensibilisés à l'intérêt du dépistage des infections à CT vont plus facilement penser proposer un dépistage à leurs patients.

« On trouve quand-même très régulièrement du Chlamydia, d'accord ? et donc auto prélèvement etc. et je suis assez systématique car je suis affolée du nombre de fois où on en trouve, où c'est positif » (M2)

« C'est vrai que ça me paraît intéressant parce qu'on sait un peu les ravages et notamment chez la jeune fille de stérilité » (M6)

« C'est à la radio j'ai entendu qu'une étude belge, j'ai pas lu l'étude en soit, mais qui avait montré qu'il y avait une recrudescence des IST, notamment les Chlamydia » (M12)

6.5 Méthodes de prélèvement

La facilité des méthodes de prélèvement, que ce soit urinaire ou vaginal (notamment par auto prélèvement) rend plus facile la mise en place de ce dépistage.

« Après le prélèvement ça c'est rien ça va vite à faire (...) s'ils veulent vraiment faire eux-mêmes c'est facile (M1) »

7. Les solutions proposées pour optimiser ce dépistage

7.1. Informer les patients

La principale solution évoquée par les médecins interrogés est d'informer les patients sur l'infection à CT, ses conséquences et son traitement.

« Mais je pense qu'il faut que les patients soient au courant avant je pense que c'est important, d'avoir des campagnes » (M6)

« Et il faut lancer des messages parce qu'avant que le message ne prenne il se passe quand même quelque temps, je dirais pas des années mais presque » (M8)

« Je pense que ça peut être bien que, fin simplement que les gens en entendent parler de toute façon » (M11)

« Je pense que ça serait bien de diffuser « à la belge », de dire : ben voilà il y a de plus en plus de Chlamydia, il n'y a pas que le SIDA dans les infections sexuellement transmissibles » (M12)

- Via les médias (TV, radio)

L'utilisation des médias, notamment par des campagnes publicitaires à la télévision et à la radio, est un des moyens pour sensibiliser la population.

« Ben la télé c'est vrai que ça marche bien, en efficacité, ça sensibilise. Ils ont l'impression que c'est une vérité (...) la télé c'est quand même un bon vecteur je pense » (M3)

« Ils ont fait de la pub à la télé sur le Chlamydia, ils en ont fait (...) mais ça n'a pas duré longtemps, c'était pas sur toutes les chaînes, c'était que le soir » (M5)

« Est-ce qu'il faut pas faire des campagnes effectivement télé ou des choses comme ça ? » (M6)

« La télévision c'est plus pour les personnes plus âgées je pense. Mais euh quand on voit des spots et tout ça les gens en parlent de temps en temps, ils reviennent en disant « j'ai vu ça », donc quelque fois ça marque quand même » (M8)

« C'est sûr, campagne de pub à la télé je pense que ça va alerter (...) et puis à la télé parce qu'en général pour qu'eux en parlent c'est souvent la télé qui est le premier vecteur » (M9)

« Ah ben déjà qu'ils en parlent, peut-être qu'il y ait des communications médias, comme ça ils en parlent plus facilement. Et comme ça on arrive à avoir une accroche plus facile avec eux puisque déjà ils ont été sensibilisés, donc ça permet déjà de dérouler la consultation par rapport à ça » (M10)

« Je pense que même les spots qu'on peut entendre à la télé ou à la radio » (M11)

« Plus en parler déjà dans les médias il y a pas que dans le huis clos de la consultation médicale » (M12)

Ces messages d'information doivent rappeler que l'infection à CT ne concerne pas que les femmes, même si les conséquences sont plutôt retrouvées chez elles, l'homme en est le principal vecteur.

« Il y a quelques spots publicitaires qui ont été bien faits sur les Chlamydia là, fin sur les infections sexuellement transmissibles (...) on a l'impression que ça ne concerne que la femme quoi, et donc il faut faire le même spot avec un homme et puis voilà que les 2 se soignent (...) il faut faire un spot où on voit un monsieur, une dame, pour bien faire comprendre que l'un peut être porteur il aura peut-être moins d'ennuis mais qu'il peut contaminer 10 personnes ou plus (...) l'INPES quand ils font des messages de prévention etc. eh ben il faut pas qu'ils fassent tout seul dans leur coin, faut vraiment qu'ils prennent ben les gens des sociétés savantes » (M2)

- Via internet

La diffusion d'informations via internet et les réseaux sociaux est essentielle, notamment chez les jeunes. L'envoi de mails, notamment via les sites de prise de rendez-vous, peut être un autre moyen pour sensibiliser les patients.

« Est-ce qu'ils en parlent typiquement dans les sites type « macontraception.fr » ou des choses comme ça ? (...) je pense typiquement on n'est pas bons là-dessus, encore une fois, il faut les mettre sur Facebook, sur Instagram, il faut que les gamins ils aillent le voir quoi » (M6)

« Après on travaille beaucoup par internet, par mail, même au niveau des prises de rendez-vous, donc pourquoi pas après orienter avec des mails automatiques dépistage ? Par rapport au logiciel de prise de rendez-vous ça peut être pas mal aussi ça » (M7)

« Donc si on veut cibler les 15-25 ans ou les plus de 25 ans on arrive à des générations quand même très internet donc c'est vrai qu'internet ça doit être un bon moyen » (M8)

« Ou sur les réseaux sociaux » (M9)

- À l'école

L'école est également un moyen d'informer les jeunes ados qui entrent dans la sexualité.

« Ils font des cours d'éducation sexuelle dans les écoles, à un âge où les enfants sont très réceptifs, eh bien pourquoi pas commencer à parler de ça ? en fait euh je pense que maintenant dans les écoles ils ouvrent à quand même beaucoup de choses, et puis ben ça fait partie de ces choses qui pourraient être tout à fait expliquées par des mots simples, euh avec un dessin d'appareil génital, des trompes etc. (...) ouvrir ça dès qu'ils commencent à parler un peu sexualité » (M2)

« Chez les sujets jeunes à partir de 15 ans pourquoi pas un travail au collège ou au lycée qui soit fait aussi » (M7)

- Via le carnet de santé

Les informations que l'on trouve dans le carnet de santé pourraient être développées vers l'âge de l'adolescence sur les questions de la sexualité.

« Un changement des carnets de santé ça serait hyper important aussi (...) Là on commence tout doucement à voir les nouveaux qui sont beaucoup mieux fait mais qui restent pas sur l'adolescence, qui s'orientent plus sur l'enfant avant 10 ans et après ils s'orientent pas sur l'adolescence » (M7)

7.2. Informer les médecins

Certains médecins se disent peu informés des nouvelles recommandations de la HAS et proposent une meilleure communication à ce sujet.

« Il faudrait qu'ils fassent comme l'ANSM là, qui nous envoie les trucs d'alerte là et tout ça, ben on les reçoit en papier et en mail, t'es sûre de pas pouvoir y échapper à ce courrier-là. Donc il faudrait qu'ils fassent pareil dans ces cas-là. S'ils sortent une vraie bonne reco, un truc intéressant quoi, fin je veux dire, là il y avait un changement par rapport à ce qui avait avant, donc là c'était intéressant (...) je pense que dans ces cas-là c'est informer le médecin via une lettre et un mail, fin comme ils font pour les sécurités fin l'agence de sécurité du médicament, il faudrait exactement la même chose (...) il faut avoir envie de se renseigner mais quand t'as pas envie de te renseigner il faut qu'on te le mette devant toi, et c'est par un courrier ou un mail » (M5)

« Il faut aussi agir sur les thérapeutes, on n'est pas forcément au courant. Moi je t'avoue que la lecture de la presse on n'a pas le temps » (M8)

« Et après oui, c'est au médecin généraliste de faire attention, d'être sensibilisé à ça, pour y penser » (M10)

7.3. Favoriser l'abord du sujet

L'application des recommandations nécessite d'aborder le sujet de la sexualité et des IST. Une meilleure communication à ce sujet favoriserait la discussion au cours de la consultation.

« Il y a peut-être besoin déjà qu'il y ait une campagne de communication qui soit faite autour de ça, qui amène déjà au moins à en parler » (M11)

- Via des affiches en salle d'attente

Les messages affichés en salle d'attente pourraient permettre au patient de se sentir plus libre pour en parler.

« Affiches dans la salle d'attente mais c'est seulement ceux qui viennent » (M3)

« Nous c'est pareil les salles d'attente elles sont remplies de messages, alors à un moment les gens ils ne lisent plus de tout façon, est-ce que c'est pas comme ça qu'on peut essayer de toucher un petit peu la patiente ? » (M6)

« Pourquoi pas du coup des campagnes d'affichage ? (...) des campagnes d'affichage que ça soit en pharmacie, ici ou en cabinet de gynéco » (M7)

« Une affiche dans la salle d'attente, je pense que c'est déjà un bon moyen d'alerter, en général les gens se retournent et puis c'est eux aussi qui m'interpellent plus facilement (...) je pense que le fait de mettre une affiche du coup je me sens légitime pour en parler, il y a déjà une première alerte, donc je suis susceptible d'en parler » (M9)

« Bon après je pourrais toujours mettre une affiche dans la salle d'attente, ça ça pourrait être pas mal pour en discuter » (M10)

- Via des supports

Les livrets d'information laissés à disposition des patients seraient également une aide à la discussion.

« Il y a un moment on avait des petits livrets sur les IST, sur les pratiques et tout ça. Des fois on avait des petits livres pour les adolescentes et on distribuait (...) ça favorise la discussion » (M3)

« Est-ce que ça serait pas intéressant d'avoir des petits outils justement ? alors moi j'avais ce truc-là [*en montrant le livret « questions d'ados (amour-sexualité), la brochure d'information du site onsexprime.fr* »], je trouvais ça pas mal (...) après effectivement des petits outils comme ce truc-là ou un dépliant à donner (...) nous il faut qu'on ait des outils, pourquoi pas avoir un petit dépliant et dire « on en reparle si tu veux » » (M6)

« Quelque fois ce qui est intéressant c'est de laisser une petite plaquette dans la salle d'attente, avec un questionnaire ou bien euh... ça ça peut générer après pendant la consultation un questionnaire justement » (M8)

7.4. Autonomiser les patients

Responsabiliser les patients est également un moyen proposé par certains médecins.

« Il faut que les femmes soient autonomes, il faut apprendre aux femmes à être autonomes. Et à nous utiliser nous pour pouvoir accéder à leur demande (...) il faut que les patientes soient autonomes quoi, il faut qu'elles apprennent à prendre soin d'elles, qu'on leur apprenne dès le départ à être autonomes, à savoir quoi demander » (M5)

« C'est toujours pareil c'est qu'on met toujours le médecin face à ça mais est-ce qu'il faut pas mettre le patient face à ça ? » (M6)

« J'ai l'impression sûrement de mieux appliquer les recos puisque je les alerte, après la balle peut être dans leur camp aussi » (M9)

7.5. Favoriser l'accès au dépistage

Un meilleur accès au dépistage notamment par la prise en charge à 100% par l'assurance maladie mais également la possibilité d'anonymiser les prélèvements pour les patients mineurs souhaitant garder le secret médical.

« Prise en charge à 100% par la sécurité sociale, fin pas d'AMC juste l'AMO prend l'entièreté du dépistage à son compte » (M4)

« Possibilité de l'anonymisation » (M4)

7.6. Systématisation du dépistage

Le dépistage pourrait également être proposé de façon systématique lors de certaines situations.

- Systématique à la prescription d'une contraception

« Que ça soit systématique à la prescription de pilule » (M1)

« Mais quand tu prescrites une pilule, si tu lui prescrites et qu'elle vient pour un renouvellement ça doit être posé, ça devrait faire partie, comme la tension fait partie des examens obligatoires » (M5)

« Ça pourrait être proposé au moment de la pilule, alors soit à l'instauration de la pilule, je dirais que ça rentrerait bien parce qu'on propose un bilan sanguin » (M8)

« Après c'est vrai que le dépistage systématique à l'occasion d'une consultation pour un renouvellement de pilule, ça pourrait être intégré là-dedans également » (M10)

- Systématique lors d'une grossesse

Dans le cadre du bilan du premier trimestre de la grossesse, pourquoi ne pas inclure l'auto-prélèvement à la recherche du CT.

« Mais c'est vrai que pour les femmes enceintes par exemple on a le bilan type, de prescription, fin de bilan qu'on doit faire au 1er trimestre, il n'a pas le Chlamydia (...) ça devrait être systématique. La femme enceinte elle vient, elle a une toxo, une rubéole, un groupe sanguin, des RAI, un Chlamydia » (M5)

7.7. Réorienter

Certains médecins ne se sentent pas à l'aise, notamment pour le suivi gynécologique de la femme, et proposent que le suivi soit assuré par un autre professionnel de santé (gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste).

« C'est bien aussi quand tu sous-traites (...) c'est plus facile d'aller dire vous allez le faire par quelqu'un d'autre » (M1)

« Donc là-dessus c'est pas forcément moi qui ferait l'examen par exemple chez la femme sur le plan gynéco mais je verrouille que ça soit fait quoi » (M7)

7.8. Agir en amont

Il faut également agir en amont et mieux prévenir, notamment sur les méthodes de protection contre les IST.

« Et puis après qu'il y ait des grands messages de protection qui soient mis en place mais bon ça c'est pas trop le délire actuel mais... fin l'utilisation du préservatif chez les jeunes on sait que c'est quand même en recul donc c'est quand même embêtant, donc c'est ré insister là-dessus (...) Renforcer tout ce qui est prévention aussi des IST chez les femmes qui ont des rapports avec des femmes parce qu'encore une fois là on parle des hommes qui ont des rapports avec des hommes mais des femmes qui ont des rapports avec des femmes à priori elles peuvent pas avoir d'infections sexuellement transmises vu ce qu'on dit dans les médias, fin j'ai l'impression, c'est complètement bizarre fin voilà, comme si le Chlamydia était pas pour les femmes qui ont des rapports avec des femmes » (M4)

Discussion

1. Discussion de la méthode

1.1. Le choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie afin d'étudier les comportements des médecins généralistes dans le cadre du dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis*. Les entretiens semi-dirigés ont permis de recueillir des données verbales en mettant à l'aise les participants afin qu'ils puissent parler de leurs expériences professionnelles et donner leur avis sur le sujet. Les entretiens étaient réalisés en face à face ce qui a permis d'obtenir des réponses spontanées et de recueillir parfois des données inattendues.

1.2. Les limites

Il existe un biais d'investigation par manque d'expérience de l'investigatrice. L'attitude et les relances ont pu orienter les réponses des participants.

Lors de l'analyse des résultats, même si ceux-ci ont été retranscrits dans leur intégralité, l'auteur a pu mal les interpréter ce qui a pu induire un biais d'interprétation.

L'investigatrice étant de la même profession que les participants, il existe donc un biais d'information, les médecins pouvant avoir peur d'être jugés.

1.3. Les forces

L'échantillon était diversifié avec des médecins d'âges différents, composé d'autant de femmes que d'hommes. Leur expérience professionnelle était variable, avec des médecins installés depuis plus de 30 ans et d'autres récemment.

La suffisance des données a pu être obtenue avec la taille de notre échantillon, ce qui améliore la validité externe de l'étude.

Le sujet de l'étude n'était pas connu par les médecins avant le début de l'entretien. Ils le découvraient au fil de l'entretien ce qui a permis d'éviter un biais de recrutement. En effet les participants n'avaient pas d'intérêt particulier pour le sujet.

Concernant l'analyse des résultats, une triangulation des données a été réalisée pour l'ensemble des entretiens ce qui a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

2. Discussion des résultats

2.1. Les connaissances des médecins généralistes concernant les nouvelles recommandations

Dans notre étude, le dépistage des IST en médecine générale n'est pas une priorité pour la plupart des médecins interrogés. En premier lieu ils évoquent les pathologies cancéreuses, puis les maladies cardio-vasculaires et les dépistages chez les enfants.

Certains d'entre eux, notamment ceux qui y sont sensibilisés, de par leur formation (DIU en gynécologie-obstétrique, participations à des congrès) ou par leur intérêt pour les sujets en lien avec la sexualité, abordent plus facilement la notion de dépistage des IST au cours de leurs consultations.

Le dépistage des IST est plus facilement abordé lors d'une prescription de contraception, lors du suivi gynécologique, chez les adolescents à un âge où ils découvrent la sexualité, chez certaines populations à risque (multi partenariat, prostitution), chez les patients ayant des antécédents d'IST, mais aussi à la demande du patient.

Les nouvelles recommandations de la HAS concernant le dépistage des infections urogénitales à *Chlamydia trachomatis* sont peu connues des médecins interrogés. Ceux qui en avaient connaissance l'étaient soit par leur formation complémentaire en gynécologie soit par des étudiants venant en stage chez eux, peut-être plus au fait des nouvelles recommandations dans le cadre de leurs études. D'autres en avaient vaguement entendu parler, sans trop s'y intéresser.

Dans cette étude on relève donc un manque d'information des médecins, d'une part concernant les méthodes de dépistage mais aussi leurs indications.

Un travail de thèse réalisé en 2019 dans les Hauts de France a montré que seulement 52,4% des médecins généralistes interrogés avaient connaissance des recommandations et seulement 26,2% les appliquaient.

2.2. Les limites à l'application de ces recommandations

Le manque d'information des médecins est l'une des principales limites à l'application des recommandations. Le dépistage est un rôle important du médecin généraliste qui est le premier interlocuteur des patients et le principal prescripteur.

D'autre part, l'infection à *Chlamydia trachomatis*, qui pour rappel est la principale IST en France et dont le traitement simple permet d'éviter certaines complications

notamment chez la femme, est peu connue de la population générale. En effet il existe peu de communication au sujet de cette IST dont les conséquences peuvent engendrer un coût financier supplémentaire, notamment dans le cadre des procédures de procréation médicalement assistée (PMA). Le dépistage de l'infection à CT n'est donc pas optimal puisque le dépistage des IST se fait généralement à la demande des patients qui sont peu sensibilisés à cette infection sexuellement transmissible.

L'abord du sujet de la sexualité, qui reste encore un sujet tabou de nos jours, n'est pas forcément une chose aisée pour certains médecins généralistes. La recherche des facteurs de risque conduisant à proposer un dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* nécessite de poser des questions sur la vie intime des patients, notamment sur leur orientation et pratiques sexuelles. De plus, le motif de la consultation n'a parfois aucun lien et il peut donc être difficile pour le médecin d'aborder ce sujet. La relation médecin-patient a également un impact, en fonction de l'âge et du sexe du médecin et du patient, les médecins hommes se sentant généralement moins à l'aise pour aborder le sujet de la sexualité avec des jeunes filles, leurs propos pouvant être mal interprétés rendant la situation délicate.

Chez certains patients l'application de ces recommandations semble plus compliquée, notamment chez les hommes qui consultent plus rarement que les femmes. En effet dans le cadre du suivi gynécologique, avec notamment le renouvellement de leur contraception, les femmes consultent plus régulièrement leur médecin. De plus, concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la réalisation de prélèvements multi sites peut être un frein au dépistage, certains patients préférant taire leur orientation sexuelle, d'emblée dévoilée au laboratoire lorsqu'ils réalisent ces

tests. Le dépistage trimestriel chez les HSH en cas de résultat positif peut également être perçu comme stigmatisant aux yeux de certains patients.

Le manque de temps est également un frein, les consultations en médecine générale durant en moyenne 15 à 20 minutes et nécessitant une prise en charge globale du patient, il est souvent impossible de tout aborder en une seule consultation. Cela nécessite parfois de revoir le patient, avec un risque qu'il ne reconsulte pas.

D'autre part, le coût de la réalisation des prélèvements peut être une limite notamment pour les patients n'ayant pas de complémentaire santé, le dépistage n'étant actuellement pas pris en charge à 100%, le reste à charge du patient peut être important. Pour information, le prélèvement d'un seul site coûte 22,95€ (pris en charge à 60% par la sécurité sociale, soit un reste à charge de 9,18€ pour les patients n'ayant pas de mutuelle) et le prélèvement de 3 sites coûte 35,10€ (17). De plus, l'absence d'anonymisation des résultats peut freiner certains patients mineurs souhaitant garder le secret médical aux yeux de leurs parents. Pour cela il existe des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) où les prélèvements peuvent être réalisés dans l'anonymat et sans avance de frais. L'existence de ces structures de soins reste encore peu connue des patients mais aussi des médecins.

Une revue systématique de la littérature anglaise (18) a étudié les obstacles et facilitateurs du dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* en médecine générale chez les jeunes, selon le modèle COM-B. Le modèle COM-B est un modèle psychosocial qui consiste à analyser les comportements en fonction des capacités, des opportunités et de la motivation.

Du point de vue des médecins, les obstacles relevés étaient : le manque de formation et de compétences, l'oubli, les hypothèses et perceptions des patients, les croyances

sur les conséquences de l'offre (elle peut offenser les patients en supposant une activité sexuelle ou une promiscuité), les difficultés à discuter de la santé sexuelle, la relation médecin-patient. Les facilitateurs étaient pour les médecins : une formation axée sur les compétences (les médecins généralistes formés aux IST étaient plus susceptibles de proposer le test), les connaissances (formation post-universitaire sur les IST), la sensibilisation et l'éducation, le mode de test (auto-prélèvement, non invasif), le contexte social de la consultation (consultation en lien avec la santé sexuelle).

Du point de vue des patients, les obstacles soulevés étaient : le manque d'éducation, de connaissance et de sensibilisation des patients, l'oubli (de retourner les échantillons), les croyances concernant le risque perçu (croyance de la faible prévalence du chlamydia, nature asymptomatique), l'embarras et la honte, la peur (liée à la réception d'un résultat positif, à la révélation à des partenaires antérieurs, à la découverte par les parents, au jugement des autres), la stigmatisation. Les facilitateurs étaient pour les patients : une meilleure connaissance sur l'infection à CT, une meilleure éducation et sensibilisation, la croyance que le dépistage est responsable, mature et sain, l'infection asymptomatique inquiète, un médecin proposant le test, le mode de test (kit d'auto-échantillonnage).

2.3. Les solutions proposées pour optimiser le dépistage

Afin de faciliter l'application des recommandations concernant le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* plusieurs axes sont proposés dans notre étude.

D'une part une meilleure formation des médecins généralistes au sujet des IST ainsi qu'une meilleure communication des nouvelles recommandations. Une étude réalisée en France dans les Alpes Maritimes et publiée en 2016 (19), avait pour but d'évaluer

si une intervention complexe auprès des médecins généralistes (visant à informer et inciter les médecins généralistes à dépister l'infection à CT) permettait de promouvoir le dépistage de l'infection à CT chez leurs patients asymptomatiques. Une augmentation significative de 73% du nombre de tests effectués a été observée après l'intervention chez ces médecins généralistes, comparativement à l'année précédente. Une formation des médecins généralistes notamment dans le cadre de la formation médicale continue sur la santé sexuelle pourrait donc être bénéfique pour sensibiliser les médecins à ce dépistage.

D'autre part une meilleure sensibilisation de la population à ce sujet est nécessaire. En effet l'infection à CT est la plus fréquente des IST en France mais est peu connue de la population générale. Des campagnes publicitaires, comme cela existe déjà en Belgique (20), pourraient permettre de faire connaître cette IST et ses conséquences. Ces messages pourraient être diffusés à la télévision, à la radio, mais également sur les réseaux sociaux ou des sites de rencontre afin de sensibiliser les jeunes qui sont les plus touchés par cette IST. L'éducation des jeunes à ce sujet est également possible via des sites internet dédiés, comme le site « Onsexprime » créé par Santé Publique France, qui aborde les sujets de sexualité pour les jeunes (sous forme de vidéos interactives, quizz, témoignages). Les cours d'éducation sexuelle dispensés au collège sont un autre moyen de sensibiliser les jeunes au sujet de cette IST. Une communication est également possible dans les cabinets de médecine générale avec des affiches ou vidéos diffusées sur des écrans, mais également la mise à disposition de flyers ou petits livrets. Nous avons, dans ce cadre, élaboré un exemple de dépliant qui pourrait être mis à disposition des patients dans les lieux de consultations (Annexe 3). Ce mode d'information pourrait permettre d'initier l'abord du sujet lors de la consultation avec le médecin.

Le dépistage pourrait également être optimisé en facilitant son accès, notamment via l'envoi de tests de dépistage à domicile. Cela permettrait de se faire dépister sans avoir à consulter son médecin, en effet cela peut être un frein pour certains patients qui n'osent pas aborder ce sujet avec leur médecin. L'étude Chlamyweb, réalisée en France et publiée en 2017 (21,22), est un élément en faveur de cette pratique. Son objectif était d'évaluer si l'offre de tests à domicile par internet augmentait le nombre de jeunes de 15 à 24 ans testés pour le Chlamydia. Celle-ci a montré que la fréquence de dépistage était trois fois plus élevée chez les personnes ayant reçu un kit d'échantillonnage par rapport à celles ayant eu une recommandation personnalisée de dépistage (29,2% versus 8,7%). Le taux de dépistage était plus bas chez les hommes que chez les femmes (23,9% versus 33,9%) mais l'effet de l'intervention était plus important chez les hommes (ratios de risque ajustés = 4,55 versus 2,94). Le taux de positivité du CT était dans cette étude de 6,8% en moyenne, 8,3% chez les femmes et 4,4% chez les hommes.

Un autre axe proposé est d'améliorer le dépistage chez les HSH pour lesquels la réalisation de prélèvements sur 3 sites et la répétition des prélèvements tous les 3 mois en cas de test positif paraissent difficiles à appliquer. Une étude s'est intéressée à cette population : l'étude MémoDépistages réalisée en 2018 par Santé Publique France (23) dont l'objectif était de construire un programme d'incitation au dépistage trimestriel chez les HSH. Il s'agissait d'une étude chez les HSH ayant eu au moins 2 partenaires dans l'année, proposant une offre de dépistage gratuite par auto-prélèvement à domicile, tous les 3 mois, durant 18 mois. Les participants de l'étude étaient recrutés via les réseaux sociaux et les applications de rencontre. Ils recevaient chez eux un kit de prélèvement (sanguin pour VIH, syphilis, hépatites B et C ; écouvillonnage multi sites pour gonocoque et CT) qui était à renvoyer par voie postale.

Parmi les 7158 hommes auxquels un kit a été proposé, 3428 ont accepté de le recevoir (47,9%) et 1948 (27,2%) l'ont utilisé pour réaliser au moins l'un des 4 prélèvements demandés (sanguin, urinaire, oral ou anal). La grande majorité des kits adressés aux laboratoires (97,7%) comprenait le prélèvement sanguin ainsi que les 3 prélèvements locaux. L'âge médian des utilisateurs était de 30 ans. Il s'agissait principalement d'homme citadins, avec un niveau d'étude supérieur au bac, familiers des lieux de convivialité gays.

Une systématisation du dépistage notamment à la prescription d'une contraception pourrait permettre de dépister un plus grand nombre de personnes. Il existe en effet une consultation longue dédiée à la première consultation de contraception (cotation CCP, tarif à 46€ en médecine générale) pour les jeunes filles âgées de 15 à 18 ans et prise en charge à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais. Cette consultation a pour but d'informer la patiente sur les méthodes contraceptives mais aussi sur les infections sexuellement transmissibles. Le dépistage de l'infection à CT pourrait donc être réalisé dans le cadre de cette consultation longue. Concernant les femmes enceintes, un dépistage systématique est indiqué chez les femmes âgées de moins de 25 ans y compris chez les femmes enceintes, or ce dépistage ne figure pas dans le bilan à réaliser au cours du premier trimestre de la grossesse, les dernières recommandations à ce sujet datant de 2016 (24), il n'y pas eu d'actualisation depuis. Il pourrait donc être intéressant de réévaluer les recommandations du bilan du premier trimestre en incluant le dépistage du CT.

Afin d'améliorer le dépistage systématique chez les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 25 ans, une étude est actuellement en cours en France. Il s'agit de

l'étude i-Predict (25) dont l'objectif est d'évaluer si un dépistage systématique (par exemple tous les ans) et le traitement des infections génitales à Chlamydia chez les jeunes femmes permettent de réduire le risque de complications de cette infection. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé sur 24 mois, chez des jeunes femmes étudiantes, sexuellement actives âgées de 18 à 24 ans. Les participantes de l'étude ont été sélectionnées parmi la cohorte i-Share (26), qui est la plus importante cohorte française (à l'heure actuelle plus de 20 000 participants) visant à recruter des étudiants qui seront suivis pendant au moins 10 ans afin d'évaluer leur santé. Un dépistage par prélèvement vaginal leur est proposé tous les 6 mois et elles sont traitées si nécessaire. Le critère de jugement principal est l'incidence de maladie inflammatoire pelvienne sur 24 mois. Les résultats de cette étude sont attendus pour 2021 et pourraient modifier les recommandations actuelles.

Conclusion

Le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, qui est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente en France et qui touche principalement les femmes âgées de 15 à 24 ans, a fait l'objet de nouvelles recommandations de la HAS en 2018. Un faible nombre de médecins généralistes a connaissance de ces nouvelles recommandations. Ceci s'explique principalement par le manque d'information des médecins à ce sujet. L'une des autres limites à l'application de ces recommandations est le manque de connaissance de la population au sujet de cette IST. De nombreuses solutions pourraient permettre d'optimiser ce dépistage et d'éviter les complications liées à cette infection avec notamment une meilleure communication par l'utilisation des réseaux sociaux et l'envoi de tests à domicile. Ces techniques sont actuellement en cours d'étude, leur coût restant à définir. Il paraît également nécessaire que les médecins généralistes soient plus facilement informés de l'évolution des méthodes et indications de dépistage.

Références bibliographiques

1. Ministère des affaires sociales et de la santé - Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
2. Haute Autorité de Santé - Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis
3. Haute Autorité de Santé - Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France - 2003. [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_464119/fr/evaluation-du-depistage-des-infections-uro-genitales-basses-a-chlamydia-trachomatis-en-france-2003
4. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1970 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41503>
5. ANAES - Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage. Mai 2004. [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
6. Haute Autorité de Santé - Dépistage : objectif et conditions [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
7. Santé publique France - Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 26 novembre 2018. [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes>
8. de Barbeyrac B, Bébéar C. Histoire naturelle des infections à Chlamydia, physiopathologie des infections à Chlamydia : Conséquences diagnostiques et thérapeutiques. Archives de Pédiatrie. 1 avr 2005;12:S26-31.
9. Polycopié national - Gynécologie - Niveau DCEM2. [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.6.5.2.html>
10. Annales de Dermatologie et de Vénérologie - Infections uro-génitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre). /data/revues/01519638/0130SUP10/64/. [Internet]. 29 avr 2008 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/154399>

11. Jaton K, Greub G. Chlamydia : signes d'appel, diagnostic et traitement. [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-13/30280>
12. Hillis SD, Owens LM, Marchbanks PA, Amsterdam LF, Mac Kenzie WR. Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. janv 1997;176(1 Pt 1):103-7.
13. den Heijer CDJ, Hoebe CJPA, Driessen JHM, Wolffs P, van den Broek IVF, Hoenderboom BM, et al. Chlamydia trachomatis and the Risk of Pelvic Inflammatory Disease, Ectopic Pregnancy, and Female Infertility: A Retrospective Cohort Study Among Primary Care Patients. *Clin Infect Dis*. 1 nov 2019;69(9):1517-25.
14. Viriot D, Ndeikoundam Ngangro N, Lucas E, Dupin N, De Barbeyrac B, Bertolotti A, et al. Dépistage des IST bactériennes dans le secteur privé en France, 2006-2018. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(31-32):634-41.
15. Haute Autorité de Santé - Stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis - Feuille de route. [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2658976/fr/strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis-feuille-de-route
16. Korownyk C, Kraut RY, Kolber MR. Auto-prélèvement vaginal pour la détection de la chlamydia et de la gonorrhée. *Can Fam Physician*. juin 2018;64(6):e272-3.
17. Assurance maladie - Table Nationale de codage de biologie. [Internet]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/nabm/index_presentation.php?p_site=AMELI
18. McDonagh LK, Saunders JM, Cassell J, Curtis T, Bastaki H, Hartney T, et al. Application of the COM-B model to barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice for young people and primary care practitioners: a systematic review. *Implement Sci*. 22 2018;13(1):130.
19. Lundgren PT, Detanne S, Dunais B, Bruno P, Bentz L, Khouri P, et al. Promotion du dépistage d'infection à Chlamydia trachomatis en soins primaires. *Sante Publique*. 12 août 2016;Vol. 28(3):299-308.
20. LA CHLAMYDIA - Petites annonces des IST. [Internet]. 2017 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=WdJ_IdUgA_w&list=PLoP11-0OMG3N91xRGuBJKSUaHWYj9xQe6&index=4
21. Lydié N, de Barbeyrac B, Bluzat L, Le Roy C, Kersaudy-Rahib D. Chlamyweb Study I: rationale, design and acceptability of an internet-based chlamydia testing intervention. *Sex Transm Infect*. 2017;93(3):179-87.
22. Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Leroy C, March L, Bébéar C, Arwidson P, et al. Chlamyweb Study II: a randomised controlled trial (RCT) of an online offer of

- home-based Chlamydia trachomatis sampling in France. *Sex Transm Infect.* 2017;93(3):188-95.
23. ANRS - Nouvelle offre de dépistage des IST à domicile : premiers résultats. S [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.anrs.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/585/nouvelle-offre-de-dépistage-des-ist-domicile-premiers-résultats>
 24. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [Internet]. [cité 7 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
 25. Tamarelle J, Thiébaud ACM, Sabin B, Bébéar C, Judlin P, Fauconnier A, et al. Early screening for Chlamydia trachomatis in young women for primary prevention of pelvic inflammatory disease (i-Predict): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 13 nov 2017 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5683219/>
 26. i-Share - La plus grande étude jamais réalisée sur la santé des étudiants. [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.i-share.fr/>

Annexes

ANNEXE 1 : La grille d'entretien

- 1) Comment abordez-vous la notion de dépistage avec vos patients ?
 - A quelle occasion ?
 - Pour qui ?
 - Pour quoi ?
- 2) Comment abordez-vous le dépistage des infections sexuellement transmissibles ?
 - Quand ?
 - Qui ?
 - Comment ?
 - Pourquoi ?

Présentation et explication des recommandations de 2018 de la HAS concernant le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis (Annexe 2)

- 3) Que pensez-vous de l'applicabilité de ces recommandations ?
 - Comment les appliquez-vous dans votre pratique ?
 - Y-a-t-il des limites à l'application de ces recommandations ?
Lesquelles ?
- 4) Quelles solutions proposeriez-vous pour permettre un dépistage optimal des infections à Chlamydia trachomatis ?

ANNEXE 2 : Fiche remise aux médecins

Recommandations concernant le dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis (Source : HAS, septembre 2018)

- **QUI ?**

Dépistage systématique

Des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes

Dépistage ciblé

- Des femmes sexuellement actives âgées de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque*
- Des hommes sexuellement actifs, quel que soit l'âge, présentant des facteurs de risque*
- Des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge

**Facteurs de risque :*

Multipartenariat (au moins 2 partenaires dans l'année)

Changement de partenaire récent

Individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, Mycoplasma genitalium)

Antécédents d'IST

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Personnes en situation de prostitution

Après un viol

- **COMMENT ?**

Chez la femme : échantillon vaginal de préférence (prélèvement par un professionnel de santé ou auto-prélèvement), sinon urinaire

Chez l'homme : prélèvement urinaire (1^{er} jet)

Selon les pratiques sexuelles et en particulier chez les HSH : 3 sites de prélèvement (ano-rectal, pharyngé, génito-urinaire)

- Si test négatif : A répéter annuellement en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire
- Si test positif : à répéter à 3-6 mois, et tous les 3 mois chez les HSH

ANNEXE 3 : Exemple de dépliant à destination des patients

Le dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis est recommandé chez les femmes ayant des rapports sexuels et âgées de 15 à 25 ans.

Il s'adresse également aux femmes de plus de 25 ans et aux hommes quel que soit leur âge, en cas de : changement de partenaire, antécédent d'IST, partenaire diagnostiqué pour une autre IST, interruption volontaire de grossesse et pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Le test doit être réalisé à chaque changement de partenaire.

**Pour en savoir plus,
Parlez-en à votre
médecin ou votre
sage-femme**

**DÉPISTAGE DE
L'INFECTION À
CHLAMYDIA
TRACHOMATIS**

La plus fréquente des IST

Coordonnées du médecin ou de la sage-femme

L'INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS, C'EST QUOI ?

Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible, la plus fréquente en France. Elle touche principalement les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

Elle se transmet lors des rapports sexuels, avec ou sans pénétration.

Elle est le plus souvent asymptomatique et passe donc totalement inaperçue. Dans certains cas elle peut entraîner un écoulement urétral chez l'homme ou des pertes vaginales anormales chez la femme.

Chez la femme cette infection peut remonter au niveau des trompes et entraîner des troubles de la fertilité.

**Hommes, femmes
Nous sommes tous concernés !**

EN PRATIQUE

1) Le rendez-vous

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- D'un gynécologue
- D'un médecin généraliste
- D'une sage-femme
- D'un centre de dépistage (CeGIDD) ou un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)

2) Le test de dépistage

Il se fait sur prescription médicale, dans un laboratoire ou par le professionnel de santé directement.

- Pour les femmes :

Il s'agit d'un prélèvement vaginal (à l'aide d'un écouvillon) à faire soi-même ou réalisé par le professionnel de santé. C'est simple et rapide, quelques secondes suffisent.

- Pour les hommes :

Il s'agit d'un prélèvement d'urines, avec le recueil du premier jet urinaire.

3) Le traitement

Si le résultat revient positif, vous devrez être traité par un antibiotique (en prise unique ou durant 7 jours) ainsi que votre partenaire.

4) Le contrôle

En cas de test positif, vous devrez effectuer un nouveau prélèvement 3 à 6 mois après le traitement afin de contrôler la bonne éradication de la bactérie.

SYSTÉMATIQUE CHEZ LES FEMMES DE 15 À 25 ANS

L'objectif de ce dépistage est de diminuer le nombre d'infections à Chlamydia trachomatis et notamment chez les jeunes femmes en âge de procréer pour lesquelles il existe un risque d'infertilité en cas d'infection non traitée.

**Le préservatif
est un moyen de
protection contre
les IST**

AUTEUR : Nom : HEMELSDAEL

Prénom : Cécile

Date de soutenance : 23 septembre 2020

Titre de la thèse : Dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis, application des nouvelles recommandations en médecine générale.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : dépistage, IST, Chlamydia trachomatis, médecine générale

Résumé :

Contexte : L'infection à Chlamydia trachomatis est l'infection sexuellement transmissible la plus répandue en France, touchant principalement les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Des nouvelles recommandations de dépistage ont été élaborées en 2018 par la HAS devant une augmentation de la prévalence de cette infection, plaçant le médecin généraliste au cœur de ce dépistage.

Matériel et méthode : Analyse qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les objectifs étaient d'observer l'application des nouvelles recommandations concernant le dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis en médecine générale, d'en étudier les limites et de proposer des solutions pour optimiser ce dépistage.

Résultats : Les médecins interrogés n'avaient, pour la plupart, pas connaissance des nouvelles recommandations concernant le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Outre le manque de formation des médecins généralistes à ce sujet, la faible connaissance de cette IST par la population générale représente un frein au dépistage. Les difficultés à aborder le sujet, le manque de temps, le coût sont d'autres limites rapportées dans notre étude. Des solutions comme l'information des patients au sujet de cette IST (via les médias et les réseaux sociaux), une meilleure formation des médecins généralistes mais aussi un accès facilité au dépistage sont proposées afin d'améliorer le dépistage.

Conclusion : Une meilleure communication, auprès des médecins généralistes mais aussi des patients, semble essentielle afin d'optimiser le dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis et limiter le risque de complications liées à cette infection.

Composition du Jury :

Président : Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs : Professeur Christophe BERKHOUT, Professeur Éric SENNEVILLE

Directeur de thèse : Docteur Clotilde DURAND-CHEVAL