



HAL
open science

Prévalence des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* en cabinet de médecine générale et acceptabilité/faisabilité d'un programme de dépistage

Stéphanie Faverjon

► To cite this version:

Stéphanie Faverjon. Prévalence des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* en cabinet de médecine générale et acceptabilité/faisabilité d'un programme de dépistage. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00618667

HAL Id: dumas-00618667

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618667v1>

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**PREVALENCE
des INFECTIONS URO-GENITALES
à CHLAMYDIA TRACHOMATIS,
en CABINET de MEDECINE GENERALE**

et ACCEPTABILITE / FAISABILITE d'un PROGRAMME
de DEPISTAGE.

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Stéphanie FAVERJON

Née le : 21 janvier 1980, à : Le Chambon-Feugerolles (42)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
le 28 juin 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : *Monsieur le Professeur J.C. PONS*

Membres : *Monsieur le Professeur B. POZZETTO*
Monsieur le Professeur G. ESTURILLO
Madame le Docteur M. AMOUDRY, directrice de thèse.

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS.....	3
ABREVIATIONS.....	5
RESUME.....	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL et METHODE.....	8
RESULTATS	10
DISCUSSION.....	13
CONCLUSION.....	16
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	17
ANNEXE N°1	20
ANNEXE N°2.....	21
ANNEXE N°3.....	22
ANNEXE N°4.....	23
ANNEXE N°5.....	24
MCU-PH AU 01/09/2010.....	25
PU-PH AU 01/09/2010.....	27
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	30

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur J.C. PONS,

Professeur des Universités de Gynéco-obstétrique du CHU de Grenoble
Qui me fait l'honneur de présider le jury, lors de ma soutenance de thèse.

A Monsieur le Professeur B. POZZETTO,

Professeur des Universités de Bactériologie du CHU de St-Etienne
Qui a accepté de venir juger mon travail, malgré la distance, représentant ma faculté « d'origine ».

A Monsieur le Professeur G. ESTURILLO,

Professeur des Universités de Médecine Générale du CHU de Grenoble
Qui a accepté de participer à l'étude et de juger mon travail.

A Madame le Docteur M. AMOUDRY,

Médecin généraliste à Montmélian
Qui a accepté d'être ma directrice de thèse, malgré sa vie trépidante entre le cabinet, le Domaine de l'Idylle et Madagascar. Merci pour ton soutien sans lequel cette thèse n'aurait pas vu le jour !

A tous les médecins généralistes (et leur secrétaire ;-),

Qui ont participé activement à ce travail de thèse. Merci pour votre accueil, votre bonne humeur tout au long de l'étude, ainsi que pour vos mails très humanistes.

A toutes les patientes (connues et inconnues),

Qui ont bien voulu participer à l'étude.

A Madame le Docteur L. PANDIANI,

Docteur en Biologie au Laboratoire B.A.R.L.A. de Nice
Qui m'a fait confiance dès le départ de l'aventure et sans qui l'étude n'aurait pu être concrétisée. Merci pour vos encouragements perpétuels. Merci à votre équipe.

A Messieurs les Docteurs G. GRAZ et J.M. KUNTZELMANN,

Docteurs en Biologie au Laboratoire Schemitick Vorlet et associés d'Albertville
Qui m'ont accompagnée pendant toute l'étude, avec un professionnalisme irréprochable. Merci à toute votre équipe.

Au laboratoire ABBOTT Diagnostic,

Qui nous a gracieusement fourni le matériel, sans quoi l'étude n'aurait pas été réalisable.

A Messieurs les Docteurs A. CAPRIOLI (médecin de Santé Publique au CH de Chambéry),

Dr J. GAILLAT (infectiologue, responsable du CIDDIST du CH d'Annecy) **et Dr F. LACOIN** (médecin généraliste à Albens, responsable de la filière Recherche au sein de MG France),
Qui m'ont énormément guidée lors de la mise en route de cette étude.

A Madame le Docteur A. EGO,

Médecin au Département Méthodologie de l'Information en Santé, du CHU de Grenoble,
Pour m'avoir aidée dans l'analyse statistique des résultats.

A Madame V. BRETAUD (sage femme à la PMI d'Albertville) **et au Docteur W. TOSINI**

(praticien attaché au CIDDIST, hôpital Bichat, Paris), *qui ont été les initiateurs de cette idée de thèse. Merci pour vos 1ers encouragements !*

A tous les professionnels de santé (en particulier des hôpitaux de St-Etienne, Aix-les-Bains, Sallanches),

Qui m'ont fait prendre conscience que j'allais exercer le plus beau métier du monde...

A mes futurs associés, les Drs Weick, Cresson, Boivin, et à mon « futur » prédécesseur, le Dr Belmont,

Pour leur patience... Ma date d'installation dépendant de ma date de thèse... Je suis impatiente de vous rejoindre.

A mes co-externes « préférées », Lulu, Marie et Evence ; je vous souhaite plein de bonheur dans votre vie.

A mes co-internes adoré(e)s, Cécile, Coco, Anne qui m'ont appris à me défendre dans ce « monde de brutes » mais à qui j'ai appris que le régime bières-chips n'était « pas bon pour leur santé » (cf DU de nutrition)

Sans oublier Xav, Philou, Kiki, Caro, Jean, Guillaume, Aubin pour leur bonne humeur perpétuelle.

A Ingrid, pour ton optimisme et ton dynamisme à toute épreuve, ta présence dans les moments difficiles mais aussi dans les plus beaux moments de ma vie !

A ma sœur et mon frère, ainsi que leur petite tribu, merci pour votre soutien, chacun à sa manière...

A ma maman, à qui je dois mon sourire, et qui m'a appris l'Amour et le respect de l'Autre,
A mon papa, qui m'a appris qu'être persévérant, consciencieux et plein d'humour étaient les clefs de la réussite,
 Merci pour votre soutien et votre confiance !

A mon cher et tendre mari, qui m'aime comme je suis malgré mes lacunes en cuisine et en géographie, qui a toujours été là pour moi, même quand il n'y avait plus de neige sur le Mont-Blanc !
 Merci pour ce quotidien si agréable à tes côtés...

ABREVIATIONS

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

ATB = antibiotique

CDAG = Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CIDDIST = Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CPEF = Centre de Planification et d'Education Familiale

CSF = Contexte de la Sexualité en France (enquête nationale auprès d'un échantillon aléatoire de la population de 18-69ans, réalisée par téléphone, en 2006 ; 12 364 individus interrogés)

Ct = Chlamydia trachomatis

DAV = Dispensaire Anti-Vénérien

FIV = Fécondation In Vitro

GPs = General Practitioners

HAS = Haute Autorité de Santé

IC = Intervalle de Confiance

InVS = Institut de Veille Sanitaire

IST = Infection Sexuellement Transmissible

LAM = Laboratoire d'Analyses Médicales

MG = Médecin Généraliste

NatChla = étude Nationale sur les Chlamydiae (dépistage de l'infection à Ct proposé à un sous-échantillon de l'étude CSF, de 18-44ans ; 5 000 individus éligibles dont 3 700 qui acceptent)

PCR = Polymerase Chain Reaction

PMI = centre de Protection Maternelle et Infantile

RENACHLA = Réseau National de surveillance des Chlamydiae, regroupant LAM privés et publics volontaires ; créé en France, en 1988; coordonné par le Réseau National de Santé Publique

STD = Sexually Transmitted Disease

RESUME

Contexte. L'infection urogénitale basse à *Chlamydia trachomatis*, Infection Sexuellement Transmissible d'origine bactérienne la plus fréquente dans les pays industrialisés, est le plus souvent asymptomatique. Elle peut causer, chez la femme, des complications chroniques urogénitales hautes, avec séquelles importantes. Néanmoins, des moyens diagnostiques et thérapeutiques performants de cette IST existent.

Objectifs. Estimer la prévalence de l'infection en cabinet de médecine générale et évaluer l'acceptabilité / faisabilité d'un éventuel dépistage.

Matériel et méthode. Etude prospective sur 3mois consécutifs, incluant 494 patientes de 18-30ans, sexuellement actives, asymptomatiques sur le plan urogénital et 40 médecins généralistes de Savoie, en France. Le test utilisé est l'auto-prélèvement vaginal, avec analyse par biologie moléculaire avec amplification génique.

Résultats. La prévalence globale est de 1.7% (2.4% chez les 18-24ans; 1.2% chez les 25-29ans). 91.4% des patientes ont accepté le test, dont 99.3% sont prêtes à le refaire. Les généralistes ont accueilli favorablement ce dépistage, mais évoquent le problème du temps nécessaire pour l'information de la patiente.

Conclusion. Un dépistage de masse sur le seul critère de l'âge ne semble pas justifié, en médecine générale. La compliance des patientes et l'adhésion des médecins généralistes incitent à penser qu'un dépistage opportuniste serait réalisable, à condition de cibler et sensibiliser au préalable la population, par des campagnes d'information médiatisées.

Mots clés. *Infection Sexuellement Transmissible, Chlamydia trachomatis, cabinet de médecine générale, prévalence, programme de dépistage, auto-prélèvement vaginal.*

ABSTRACT: Prevalence of Chlamydia trachomatis infections in general practice. Acceptability/feasibility of a screening program.

Background. *Chlamydia trachomatis* is the most common bacterial Sexually Transmitted Disease in industrialized countries. This infection, asymptomatic most of the time, can lead in women to chronic complications in the upper reproductive organs, with important sequelae. Nevertheless, powerful diagnostic and therapeutic resources exist for this STD.

Objectives. To estimate the prevalence of this STD in general medicine and to evaluate the acceptability/feasibility of a screening program.

Methods. A cohort study, during 3months, with 494 patients aged from 18 to 30 years old, sexually active, without any urogenital symptom and 40 General Practitioners in department of Savoie, in France. We used the self-collected vaginal swab and molecular biology with nucleic acid amplification test.

Results. The overall prevalence is 1.7% (2.4% in women from 18 to 24 years old; 1.2% in women from 25 to 29 years old). 91.4% of patients accepted the test and 99.3% did agree to do it again if necessary. The GPs accommodated the screening program but indicate that it takes a lot of time to explain to the patients.

Conclusion. A systematic screening program only based on age is not justified, at GPs'. We have to define risk factors to target patients to screen. The patients and GPs' positive attitude in this study encourage us to think that an opportunistic screening program should be possible but with screening campaign.

Keywords. *Sexually Transmitted Disease, Chlamydia trachomatis, general practice, prevalence, screening program, self-collected vaginal swab.*

INTRODUCTION

L'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est la 1^{ère} cause d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) d'origine bactérienne, dans les pays industrialisés [1]. Hormis sa fréquence élevée, la problématique de cette infection est double. Asymptomatique la plupart du temps, cette IST se propage silencieusement. La guérison spontanée est lente et l'immunité acquise post infectieuse n'est que partielle. Les réinfections sont alors possibles et sont même à l'origine de complications très importantes [2], d'ordre médical et psychologique à l'échelle de l'individu et d'ordre économique à l'échelle de la société. En effet, chez la femme, cette infection est asymptomatique dans 7 cas sur 10. Elle peut se compliquer de maladie inflammatoire pelvienne, de salpingite et d'endométrite, sur un mode chronique et silencieux, à l'origine de séquelles irréversibles [1, 3] (douleurs pelviennes chroniques, grossesses extra-utérines, stérilité tubaire nécessitant les aides à la procréation type FIV). Par ailleurs, la femme infectée peut transmettre, dans 50 à 70% des cas, la bactérie à son enfant lors de l'accouchement par voie basse avec risque de conjonctivite, voire de pneumonie néo-natale dans 10% des cas [4].

Ainsi, le dépistage des formes asymptomatiques des infections uro-génitales basses à Ct semble indispensable, pour instaurer un traitement rapide, simple, efficace.

Au vu des résultats des études de prévalence de cette IST en France, l'ANAES recommande, dans son rapport publié en 2003 [5], un dépistage opportuniste, ciblé, des patients qui consultent dans les centres de soins à vocation de dépistage uniquement (CIDDIST, CDAG, DAV, CPEF, centre d'orthogénie, PMI). Avant d'étendre le dépistage à d'autres structures de soins, l'ANAES incite à réaliser des études pilotes en médecine libérale avec différents objectifs : d'une part, estimer la prévalence de l'infection en population générale ; ensuite, vérifier si les critères définis pour les populations à risques sont pertinents dans la population asymptomatique ambulatoire et enfin, évaluer la faisabilité d'un dépistage en médecine générale.

L'étude actuelle a pour **objectif primaire** de déterminer la prévalence des infections uro-génitales basses à Ct, chez les femmes de 18 à 30 ans, asymptomatiques, qui consultent en cabinet de médecine générale, en Savoie.

L'objectif secondaire est d'évaluer, d'une part, la faisabilité d'un tel dépistage, auprès des médecins généralistes, dans leur cabinet, et d'autre part, l'acceptabilité du dépistage par auto-prélèvement vaginal, auprès des patientes.

MATERIEL et METHODE

Médecins

Nous avons contacté (par mail et/ou par téléphone et/ou lors de Formations Médicales Continues) les 90 médecins généralistes exerçant en cabinet, répertoriés sur les « pages jaunes » en Savoie, situés dans un rayon de 35km autour d'Albertville. Ils sont situés en zone urbaine ou rurale selon la définition de la Préfecture de Savoie.

Au total, 40 médecins ont accepté de participer à l'étude. Les caractéristiques des médecins participants sont :

SEXE	17 femmes / 23 hommes
AGE	13 médecins ont entre 31-40ans 4 médecins ont entre 41-50ans 14 médecins ont entre 51-60ans 6 médecins ont entre 61-70ans 2 médecins ont plus de 71ans.
ZONE GEOGRAPHIQUE	18 exercent en zone urbaine / 22 en zone rurale
FREQUENCE ACTIVITE GYNECO	3 médecins estiment ne « jamais » faire de consultation « gynécologique » 19 médecins en font « quelques fois » 17 médecins en font « souvent »

Un « tableau de bord » et un mémento sont distribués à chacun des médecins (annexes 1 et 2).

Avant l'étude, 3 questions sont posées à chacun des médecins évaluant rapidement leur avis sur la faisabilité d'un tel dépistage. Les 3 mêmes questions leur sont reprises à la fin de l'étude pour évaluer si leurs avis ont changé.

	AVANT étude	APRES étude
Le mode de prélèvement (écouvillon) vous semble-t-il acceptable par les patientes ?	oui / moyen / non	oui / moyen / non
Cette étude vous semble-t-elle réalisable, au cours de votre consultation? (les patientes vont-elles accepter le protocole ?)	oui / moyen / non	oui / moyen / non
Pensez-vous que la généralisation de ce dépistage serait possible, en médecine générale ?	oui / moyen / non	oui / moyen / non

Patientes

Les critères d'inclusion sont l'âge (entre 18 ans révolus et 30ans + 364j) et le fait d'avoir déjà eu au moins un rapport sexuel. Les critères d'exclusion sont les infections uro-génitales en cours et la prise d'antibiotique dans le mois précédent. Les patientes incluses sont les patientes qui consultent pour elles et/ou pour leurs enfants. Des fiches d'explication de l'infection et du mode de prélèvement sont distribuées aux patientes par les médecins qui le souhaitent (annexes 3 et 4).

Test de dépistage

Les kits utilisés, « Abbott multi-Collect Specimen Collection Kit » contiennent chacun un écouvillon stérile sec (servant pour l'auto-prélèvement vaginal) et un tube avec milieu de conservation (et une pipette utile pour les prélèvements d'urines). Après prélèvement, l'écouvillon est mis dans le tube, conservé et transporté entre 2 et 30°C, pour 14jours maximum. L'analyse se fait par biologie moléculaire avec amplification génique par PCR (PCR Real Time sur M2000 Abbott).

Déroulement

Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique et descriptive s'étendant sur 3mois consécutifs. A partir du 07/02/2011, en fin de consultation (quelque soit le motif de la consultation), le médecin doit proposer et expliquer le test de dépistage à TOUTES les patientes répondant aux critères d'inclusion. Si le test n'est pas proposé, le médecin doit indiquer sur le « tableau de bord » fourni, le motif. Si le test est proposé mais que la patiente refuse de le faire, elle doit en donner la raison (annexe 5). Si le test est proposé et que la patiente accepte le principe, elle fait l'auto-prélèvement dans le cabinet et le redonne aussitôt au médecin, qui l'étiquette (NOM Prénom, date de naissance, date de prélèvement) et le conserve à température ambiante. La patiente donne son avis sur l'auto-prélèvement (annexe 5). Les écouvillons sont récupérés dans chaque cabinet, 1 fois par semaine, et acheminés dans un triple emballage au Laboratoire d'Analyses Médicales d'Albertville, puis envoyés dans les 48h, au LAM de Nice qui assure l'analyse dans la journée. Par conséquent, le délai maximum entre le prélèvement et l'analyse est de 10j. Les résultats écrits sont envoyés à chaque médecin, au fur et à mesure. Les patientes reprennent contact avec leur médecin, qui, en cas de résultat positif, la revoit pour la traiter et lui donner les informations nécessaires (traitement du partenaire). L'étude se termine lorsque 400 tests (402 exactement) ont été réalisés, soit le 12/05/2011.

Analyse statistique

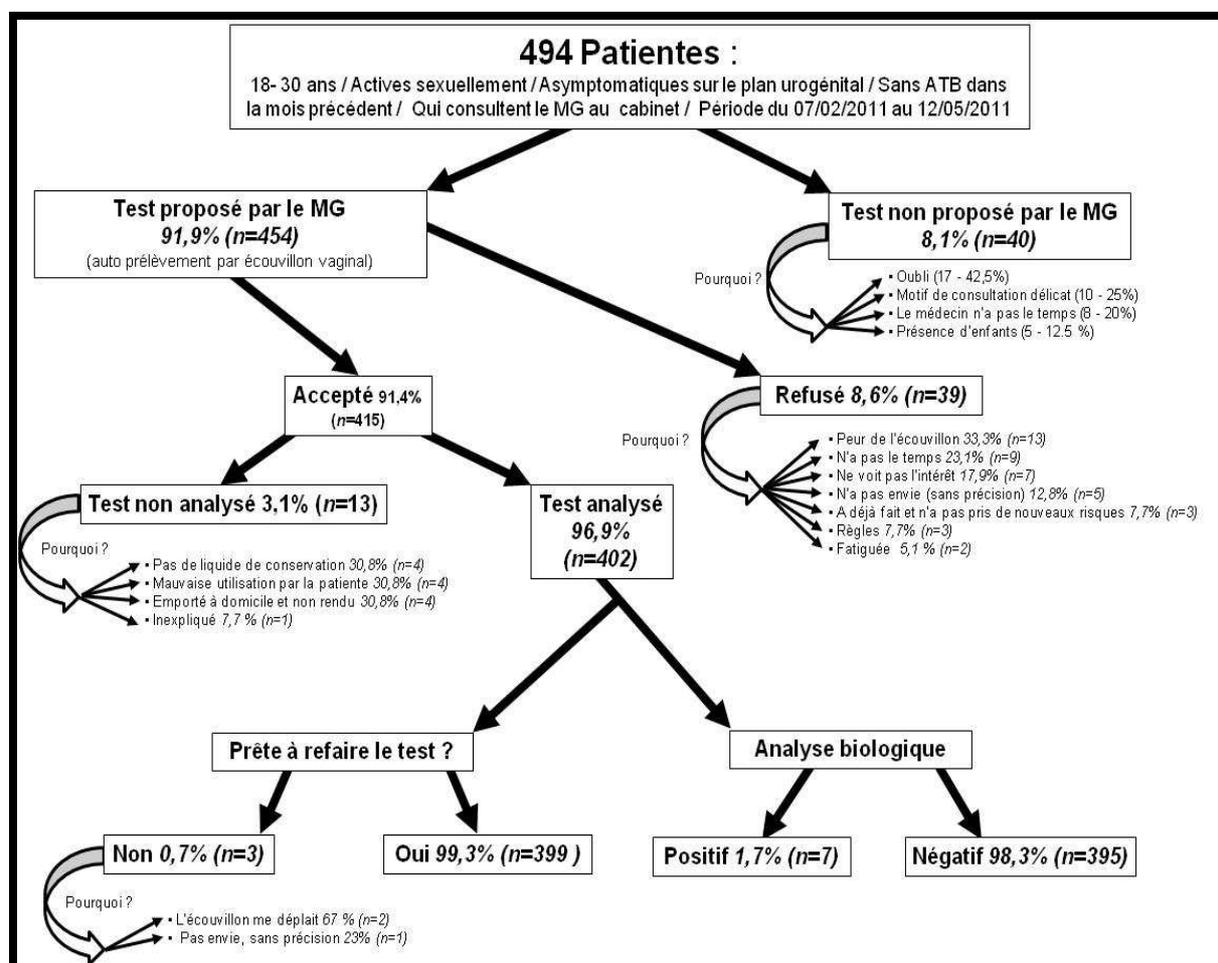
La saisie de données et l'analyse statistique sont effectuées grâce aux logiciels SphinxPlus²® et Excel®. Les variables quantitatives sont décrites en moyenne et écart-type. Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage avec un intervalle de confiance à 95%.

Financement

Les kits de prélèvement ont été gracieusement fournis par le laboratoire ABBOTT Diagnostic. Le travail administratif d'enregistrement et l'analyse biologique ont été gracieusement réalisés par les LAM d'Albertville et de Nice, respectivement. Le dépistage a donc été gratuit pour les patientes (pas de participation financière personnelle ni de la part de leurs organismes de couverture sociale ou de complémentaire santé).

RESULTATS

Diagramme de flux de l'étude



Au total, 494 femmes correspondant aux critères d'inclusion ont été répertoriées. Les médecins ont proposé le test dans 91,9% (n=454) des cas. Le test a été accepté chez 91,4% (n=415) des femmes sollicitées et 96,9% (n=402) des tests acceptés ont pu être analysés. La moyenne d'âge est de 24ans +/- 3,6ans. La médiane d'âge est de 24ans. Parmi les 402 femmes analysées, 52,5% (n=211) ont entre 18 et 24ans, 42,8% (n=172) ont entre 25 et 29ans et 4,7% ont 30ans.

Parmi les 402 patientes testées, 50,7% (n=204) ont consulté dans une zone rurale et 49,3% (n=198) ont consulté dans une zone urbaine.

Prévalence

- **Patientes**

Une « patiente positive » est une patiente chez qui il a été détecté la présence de Ct, sur son auto-prélèvement vaginal.

Sur les 402 tests analysés (tout âge confondu de 18 à 30ans), 7 patientes sont positives soit une prévalence de 1.7% (IC : 0.5% à 3.0%). La prévalence est de 2.4% (IC : 0.3% à 4.4%) chez les femmes de 18-24ans et de 1.2% (IC : 0 à 2.8%) chez les 25-29ans. Dans cette étude, aucune patiente de 30ans n'est retrouvée positive. Il n'existe pas de différence significative entre les classes d'âge (les intervalles de confiance n'étant pas distincts les uns des autres).

Les caractéristiques des patientes positives sont :

	ÂGE	ZONE GEOGRAPHIQUE DE CONSULTATION
1	18 ans	Urbaine
2	18 ans	Urbaine
3	19 ans	Rurale
4	20 ans	Urbaine
5	24 ans	Rurale
6	26 ans	Urbaine
7	28 ans	Urbaine

La moyenne d'âge est de 21.9ans +/- 4.1ans. La médiane d'âge est de 20ans. Parmi les 7 femmes positives, 71.4% (n=5) ont entre 18 et 24ans et 28.6% (n=2) ont entre 25 et 29ans.

- **Médecins**

Les caractéristiques des médecins qui ont eu des patientes positives sont :

NOM	Nbre test +	SEXE	ÂGE	ZONE D'EXERCICE	FREQUENCE ACTIVITE GYNECO
Dr JBB	1	M	31-40 ans	rural	quelquefois
Dr OF	1	M	41-50 ans	urbain	quelquefois
Dr MA	1	F	51-60 ans	urbain	quelquefois
Dr SGJ	2	F	51-60 ans	urbain	souvent
Dr SL	1	M	51-60 ans	rural	quelquefois
Dr JLL	1	M	61-70 ans	urbain	souvent

Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, aucune autre analyse concernant les patientes positives et leur médecin n'est possible.

Acceptabilité / Faisabilité du dépistage

• Patientes

Sur les 454 femmes sollicitées par les médecins, le test a donc été accepté chez 91.4% (n=415) des femmes. Sur les 402 femmes analysées, 99.3% (n=399) sont prêtes à refaire le test. Le test a donc été refusé chez 8.6% (n=39) des femmes. Le motif principal de leur refus est la « peur de l'écouvillon » dans 33.3% (n=13) des cas. De même, la majorité des femmes qui ont déclaré qu'elles refuseraient de refaire le test, si cela était nécessaire, ont énoncé comme motif dissuasif le mode de prélèvement.

• Médecins

Dans 8.1% (n=40) des cas, le médecin n'a pas proposé à la patiente de réaliser le test, avec comme principal motif, l'oubli de le faire.

Les médecins ont tous répondu aux 3 questions AVANT et APRES étude, concernant la faisabilité du test en cabinet de médecine générale.

- A la question « *Pensez-vous que le mode de prélèvement (écouvillon) va être accepté par les patientes* », 87.5% (n=35) des médecins ont répondu « oui » et 12.5% (n=5) ont répondu « moyen », AVANT l'étude. Alors que 100% (n=40) des médecins ont répondu positivement à cette question APRES l'étude.

- A la question « *Pensez-vous que cette étude est réalisable, au cours de votre consultation? (les patientes vont-elles accepter le protocole ?)* », 72.5% (n=29) des médecins ont répondu « oui », 27.5% (n=11) ont répondu « moyen », AVANT l'étude. APRES l'étude, 75% (n=30) des médecins ont répondu « oui », 25% (n=10) ont répondu « moyen ».

- A la question « *pensez-vous que la généralisation de ce dépistage serait possible, en médecine générale ?* », 85% (n=34) des médecins ont répondu « oui », 12.5% (n=5) ont répondu « moyen » et 2.5% (n=1) ont répondu « non », AVANT l'étude. APRES l'étude, 87.5% (n=35) des médecins ont répondu « oui », 10% (n=4) ont répondu « moyen » et 2.5% (n=1) ont répondu « non ». Cette question a suscité différents commentaires.

Perdus de vue

Le nombre total de patientes perdues de vue est difficile à estimer. En effet, le nombre de tests non proposés, par les médecins, aux patientes correspondant aux critères d'inclusion, est largement sous-estimé notamment par l'oubli des médecins de noter « les oublis d'inclure » ! Dans l'étude, le test n'est pas proposé par oubli dans 42.5 % (n=17) des cas, dans un contexte de consultation délicat dans 25% (n=10) des cas, par manque de temps lors de la consultation dans 20% (n=8) des cas et enfin, à cause de la présence des enfants dans 12.5% (n=5) des cas.

Par ailleurs, parmi les 415 tests réalisés, 3.1% (n=13) n'ont pu être analysés (mauvais conditionnement, emportés à domicile sans être ramenés). Ces 13 femmes correspondaient aux critères d'inclusion, elles n'ont pu être recontactées, elles font donc partie des « perdus de vue ».

DISCUSSION

La comparaison des différentes études, françaises et internationales, est difficile compte tenu de l'hétérogénéité des protocoles : inclusion des hommes et/ou des femmes, classes d'âge variées, facteurs de risque connus ou non, mode de prélèvement différent, entretien individuel physique ou téléphonique ou postal ou électronique.

Prévalence

La prévalence des infections uro-génitales basses à Ct, chez les femmes asymptomatiques, consultant en cabinet de médecine générale, dans cette étude, est de 1.7% chez les 18-30ans ; avec une prévalence de 2.4% chez les 18-24ans, 1.2% chez les 25-29ans et aucune femme de 30ans n'a été détectée positive dans cette étude.

La tendance globale est la même que celle décrite dans les études françaises faites en CIDDIST, CPEF, en universités et en population générale, avec une majorité des cas positifs dans la tranche 18-24ans.

Comme attendu, le cabinet de médecine générale n'est pas un lieu à haut risque d'infection à Ct. La prévalence retrouvée dans l'étude est nettement inférieure à celle retrouvée en CIDDIST/CDAG (7.6 à 9.5% à Grenoble [6], Paris [7]), en CPEF (7.1 à 11.2% à Bordeaux [9], Paris [8, 10]), en centre d'orthogénie (5.2% à Bordeaux [9]), probablement par biais de recrutement (population à haut risque d'IST) et par dépistage plus ciblé au niveau de ces structures. Pour une comparaison plus juste, il aurait fallu réaliser l'étude en respectant les mêmes critères de dépistage que ceux utilisés au niveau de ces centres [5] (<25 ans ou changement de partenaire dans les 3 derniers mois ou >1 partenaire dans l'année écoulée). Mais, une pré-étude nous a poussés à élargir les critères d'inclusion (femmes 18-30 ans, ayant eu au moins 1 rapport sexuel). Nous n'avons pas interrogé les patientes sur leurs facteurs de risques sexuels. En effet, un questionnaire a été établi et testé, avant l'étude, auprès de 4 patientes et 3 médecins. La majorité d'entre eux a répondu que les questions étaient trop intimes, voire gênantes dans leur relation actuelle médecin généraliste-jeune patiente et pourrait être un motif de refus de participation. Par ailleurs, les médecins ont évoqué le problème du faible nombre de femmes de 18-25 ans qui consultent (surtout si le motif d'infection uro-génitale est un facteur d'exclusion pour l'étude) ; garder cette tranche d'âge aurait prolongé l'étude de façon importante et « démotivante » pour les médecins participants.

La prévalence de l'infection dans cette étude est comparable à celle retrouvée dans les universités, lieu de faible risque d'infection à Ct (1.2 à 2.9% à Paris [11, 13] et Bordeaux [12]). Le niveau faible d'instruction (pas de diplôme) est un facteur de risque de l'infection identifié dans l'étude NatChla [14] et dans une étude en CDAG à Paris [7]. Les médecins généralistes participants de notre étude, ont-ils sélectionné, consciemment ou non, les patientes de niveau scolaire plus élevé, pour une meilleure compréhension du but et du déroulement de l'étude ?

Peu d'études françaises ont été réalisées sur la *population* générale. Contrairement à ce que l'on attendait, la prévalence retrouvée dans notre étude en cabinet de *médecine* générale est inférieure à celle retrouvée en *population* générale dans l'étude Natchla (3.6% chez les femmes de 18-24 ans ; 2.7% chez les 25-29 ans [14]). Cette étude intéresse un sous-groupe de l'étude CSF, enquête nationale française réalisée en 2006. Les patients sont inclus aléatoirement parmi la population générale. Ils sont interrogés par téléphone à leur domicile. Cette étude de grande ampleur a donc inclus des patients qui échappent aux soins

habituellement. Peut-on alors supposer que cette tranche de population est à risque de l'infection ?

Il existe en France, le RENACHLA [15], un réseau de laboratoires d'analyses médicales volontaires, privés et publics, qui analysent l'évolution des chlamydioses et les caractéristiques épidémiologiques des patients infectés. L'analyse des résultats par catégorie de prescripteurs en 2001, a retrouvé une prévalence de 1.1% d'infections à Ct parmi les femmes envoyées par leur médecin généraliste. Aucune autre analyse n'a été possible compte tenu du faible nombre de patients prélevés sur prescription des généralistes.

Tous les pays industrialisés se sont intéressés à la question du dépistage des formes asymptomatiques de l'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis*. Les études réalisées en cabinet de médecine générale retrouvent une prévalence similaire chez les 18-24ans (2.8% en Suisse [31] et aux Pays-Bas [18]). Mais souvent les prévalences retrouvées chez les 18-24ans sont plus élevées que dans notre étude (5% en Australie, [16] ; 3.4% au Canada [17]). Plusieurs études [7, 8, 19] ont identifié un facteur de risque indépendant, pour l'infection à Ct, qui est l'origine ethnique des femmes testées, avec une prépondérance de l'infection dans la population africaine par rapport à la population européenne. En Savoie, et particulièrement dans les villes incluses dans notre étude, la population africaine semble peu représentée, par rapport aux capitales européennes. Il serait intéressant de réaliser le même type d'étude en Savoie en incluant Chambéry et dans d'autres régions françaises, plus cosmopolites.

Au total, la prévalence retrouvée dans notre étude, en cabinet de médecine générale, est faible. La mise en place d'un dépistage de masse sur le seul critère de l'âge n'est pas justifiée. Il est nécessaire de définir des facteurs de risque pour cibler la population à dépister, en médecine générale.

Acceptabilité / faisabilité du dépistage

Dans cette étude, nous avons choisi le test par auto-prélèvement vaginal avec analyse par PCR. En effet, d'après les études françaises et internationales, l'auto-prélèvement vaginal est préféré par les patientes par rapport au prélèvement urinaire [9, 12] et au prélèvement de l'endocol sous speculum, par le médecin [17], surtout lorsqu'il s'agit du dépistage des formes asymptomatiques de l'infection. La biologie moléculaire avec amplification génique (PCR) est actuellement la méthode biologique de référence [20, 21, 22]. Les sensibilités et spécificités de cette méthode biologique faite sur auto-prélèvement vaginal ou sur endocol par le médecin sont comparables [23]. Les conditions de prélèvement, conservation, transport sont peu contraignants [24, 25].

La grande majorité des patientes (91.4%) a approuvé le test par auto-prélèvement vaginal. Contrairement à leur pressentiment plutôt réservé quant à la compliance des patientes pour le test, les médecins confirment à l'unanimité, après l'étude, l'acceptation globale des patientes. Les médecins pensent que le fait que le dépistage ait été réalisé dans le cadre d'une étude n'a pas influencé le choix de participation des patientes, notamment pour les refus. Le fait de proposer le test au cabinet, à réaliser immédiatement, est plus efficace que lorsque la patiente doit réaliser le prélèvement à domicile [5, 14, 26].

Le taux de refus des patientes est de 8.6%. Il est évidemment plus élevé que dans les centres à visée de dépistage des IST (1.2% à 6% à Bordeaux ([9], Paris [10])). Ce taux de refus est néanmoins plus faible que dans l'étude menée en université de Bordeaux (15% [12]), situation plus comparable où les patientes consultent pour tout autre motif.

Les patientes sont prêtes à refaire le test dans 99.3% des cas, ce taux est supérieur à celui retrouvé dans l'étude en CPEF et centre d'orthogénie de Bordeaux.

Les raisons principales de refus de faire le test de dépistage, énoncées par les patientes, sont « la peur de l'écouvillon » (33.3%), le manque de temps (23.1%), le désintérêt (17.9%), l'absence de prise de nouveau risque depuis le dernier dépistage (7.7%). Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans d'autres études (Paris [7], Canada [17]). Les quelques patientes qui ont refusé le test par « peur de l'écouvillon », pourraient être testées sur le 1^{er} jet urinaire (encore moins invasif mais nécessité de garder la vessie pleine pendant 2h avant prélèvement ; la sensibilité et spécificité de la PCR sont légèrement inférieures lors du prélèvement urinaire par rapport au prélèvement vaginal [10]). L'étude NatChla propose un auto-prélèvement vaginal en 1^{er} lieu et si la patiente ne donne pas réponse, il lui est ensuite envoyé un prélèvement urinaire. Le taux de réponses n'est que peu augmenté [14].

L'idéal (quasi utopique) serait d'étudier plus précisément les femmes qui ont refusé le test en cabinet (quelle est la prévalence de l'infection dans cette population ? correspondent-elles à une population à risque ? quelles sont leurs caractéristiques sociales et comportementales ? comment adapter le dépistage pour diminuer ce nombre de refus ? Le prélèvement urinaire diminue-t-il significativement ce nombre de refus ?).

La majorité des médecins pensent qu'un dépistage ciblé, opportuniste, serait intéressant, en définissant bien les critères d'inclusion (plus restreints que dans l'étude) et la fréquence du test de dépistage. Les médecins ont proposé le test à 91.9% des patientes à inclure théoriquement. Ce taux est probablement surestimé, si l'on considère que les médecins ont omis de comptabiliser certaines patientes qu'ils avaient oublié d'inclure. Ce taux est toutefois très important, ce qui montre la faisabilité du test en consultation de médecine générale. Les médecins confirment que ce test est faisable en cabinet même s'ils insistent sur le fait que le motif de consultation peut être une barrière (il est nettement plus aisé de parler de cette IST lors d'un dépistage systématique après rapports sexuels à risques ou lors d'une consultation à visée « gynécologique »). Certains médecins restent prudents quant à la mise en place d'un tel dépistage, évoquant le problème du temps nécessaire pour l'information de la patiente. Il est évident qu'une campagne de dépistage médiatisée aiderait les professionnels de santé dans ce sens.

Avant de généraliser un tel dépistage en cabinet de médecine générale, il faut définir une population cible pour laquelle la prévalence est importante pour que le rapport coût/efficacité soit bénéfique, comme cela a été fait en Norvège [27]. En effet, l'engouement ressenti dans les études, pour un tel dépistage, de la part des patientes et des médecins, ne doit pas nous faire oublier que le coût est actuellement élevé pour toute analyse par biologie moléculaire avec amplification génique (l'acte est côté B100 soit 27 euros) [28]. Une revue de la littérature anglo-saxonne [29, 30] a mis en évidence que le dépistage des sujets asymptomatiques sur le seul critère d'âge, avec une analyse par PCR sur urine, est coût/efficace quand la prévalence de l'infection à Ct est supérieure ou égale à 3%. Ce dépistage permet d'épargner des dépenses dues aux complications, par rapport au dépistage des sujets symptomatiques, dès que la prévalence dépasse 1%.

Remerciements :

Nous remercions tout particulièrement nos 40 confrères et les 415 patientes qui ont accepté de participer à ce travail de thèse.

Nous remercions également le laboratoire ABBOTT Diagnostic ; Dr L. PANDIANI et son équipe du LAM de Nice et Dr J.M. KUNTZELMANN, Dr G. GRAZ et toute leur équipe du LAM d'Albertville.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Melle Stéphanie FAVERJON

TITRE :

PREVALENCE des INFECTIONS URO-GENITALES BASSES à CHLAMYDIA TRACHOMATIS, en CABINET de MEDECINE GENERALE

et ACCEPTABILITE / FAISABILITE d'un PROGRAMME de
DEPISTAGE.

CONCLUSION :

La faible prévalence des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis, retrouvée dans cette étude réalisée en cabinet de médecine générale auprès des femmes, en Savoie, incite à penser que la mise en place d'un dépistage de masse sur le seul critère de l'âge n'est pas justifiée. Il est nécessaire de définir des facteurs de risque pour cibler la population à dépister.

La compliance des patientes et l'adhésion des médecins généralistes, mises en évidence dans cette étude, poussent à croire qu'un dépistage opportuniste serait réalisable. Les médecins généralistes restent néanmoins prudents quant à la mise en place d'un tel dépistage, évoquant le problème du temps nécessaire pour l'information de la patiente. Il semble indispensable de sensibiliser au préalable la population par des campagnes d'information médiatisées, si un programme de dépistage devait se généraliser.

Ces hypothèses sont à préciser grâce à la réalisation d'études du même type, à différentes échelles (départementale, régionale, nationale) et grâce à la réalisation d'études évaluant le rapport coût/efficacité de tels programmes.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Grenoble, le 7 juin 2011

LE DOYEN
M. le Professeur JP. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE
M. le Professeur J.C. PONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. F. VAN DEN BRÛLE, A. FREYENS, U. GASPARD; *Prise en charge d'une infection pelvienne à Chlamydia trachomatis* ; Rev Med Liege 2006; 61 : 5-6 : 433-441
- [2]. D. ROYNET ; Centre de Planning Familial, Rochefort ; GACEPHPA (Groupe d'Action de Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement); *Les attitudes pratiques des médecins de Planning Familial pratiquant des IVG face au Chlamydia et au Gonocoque*; Rev Med Brux – 2005; 26: S 382-5
- [3]. J. WARSZAWSKI, V. GOULET ; *Dépistage systématique des infections à Chlamydia trachomatis : il est temps d'agir* ; BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006 ; 275-6
- [4]. C. BEBEAR, B. de BARBEYRAC ; *Genital Chlamydia trachomatis infections* ; Clinical Microbiology and Infection, Volume 15 Number 1, January 2009; 4-10
- [5]. ANAES / Service évaluation des technologies – Service évaluation économique / Février 2003; *Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France (Tome 2)* ; <http://www.has-sante.fr>
- [6]. CDAG Grenoble ; *Dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis* ; rapport 1^{er} semestre 2009
- [7]. W. TOSINI, F. BOUSCARAT et al.; *Prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les femmes de moins de 25ans consultant en CDAG (Hôpital Bichat)* ; www.infectiologie.com/.../Chlamydia_CDAG-prevention0409-Bouvet.ppt - 2008
- [8]. M. PRUDHOMME, J. BOUCHER, Y. PERRIOT, E. FLEUR, M.C. LEROUX ; *Prévalence des infections génitales basses à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant les Centres de planification familiale du Val-de-Marne, France, 1999* ; BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006 ; 279-282
- [9]. B. de BARBEYRAC et al. ; *Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un Centre de planification familiale et un Centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005* ; BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006 ; 277-9
- [10]. A. BIANCHI et al. ; *Dépistage des infections à Chlamydia trachomatis dans les Centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis et intérêt de l'auto-prélèvement, France, 2005* ; BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006 ; 282-3
- [11]. B. DOURY et al. ; *Prévalence de Chlamydia trachomatis chez des étudiants de l'Université, Paris 5, France, 2003-2005* ; BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006 ; 284-5
- [12]. B. de BARBEYRAC et al. ; *Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans la population d'étudiantes des universités de Bordeaux, France, 2004* ; BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006 ; 288-290
- [13]. N. BOO et al. ; *Enquête de prévalence de l'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis dans une population d'étudiantes de l'Université Paris 10, Nanterre, France, 2004-2005* ; BEH thématique 37-38 / 3 octobre 2006 ; 286-8

- [14]. V. GOULET, B. de BARBEYRAC, S. RAHERISON, M. PRUDHOMME, A. VELTER, C. SEMAILLE, J. WARSZAWSKI et le groupe CSF ; *Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). A quelles personnes proposer un dépistage ?*; BEH 12 / 5 avril 2011 ; 160-4
- [15]. S. GEORGES, E. LAURENT, V. GOULET ; *Enquête sur les lieux de consultation et les caractéristiques des personnes prélevées pour recherche de Chlamydia trachomatis dans les laboratoires appartenant au réseau Renachla* ; www.invs.sante.fr; 2001
- [16]. C. HEAL and al.; *Screening for Chlamydia in general practice*; Australian Family Physician Vol. 31, No. 8, August 2002
- [17]. E. RICHARDSON; J. W. SELLORS; S.MACKINNON; V. WOODCOX; M. HOWARD, D. JANG; T. KARWALAJTYS AND M. A. CHERNESKY; *Prevalence of Chlamydia trachomatis Infections and Specimen Collection Preference Among Women, Using Self-Collected Vaginal Swabs in Community Settings*; Sexually Transmitted Diseases, December 2003, Vol. 30, No. 12, p.880–5
- [18]. I. VAN VALKENGOED and al.; *Low diagnostic accuracy of selective screening criteria for asymptomatic Chlamydia trachomatis infections in the general population*; Sex Transm Inf 2000; 76: 375-380
- [19]. A. BRITO de SA and al.; *Genital infection by Chlamydia trachomatis in Lisbon: prevalence and risk markers* Family Practice Vol.19, N°4; 362-4
- [20]. Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français ; *Maladies sexuellement transmises* ; <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique>; 2004
- [21]. ANAES / *Service évaluation des technologies – Service évaluation économique / Février 2003 ; Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis (Tome 1)* ; <http://www.has-sante.fr>
- [22]. *Infections génitales par Chlamydia trachomatis / 1^{ère} partie : Moindre fertilité et grossesses extra-utérines en cas d'infections répétées* ; La Revue PRESCRIRE Juin 2011/Tome 31 N°332; 445-50
- [23]. L.J. OSTERGAARD and al; *Self-collected and mailed samples for diagnostics of urogenital Chlamydia trachomatis infection in women*; Danemark; Ugeskr Laeger. 1997 Aug 18; 159(34): 5089-92
- [24]. C. BEBEAR, B. de BARBEYRAC ; Centre National de Référence des infections à Chlamydiae, Université V. Sagalen, Bordeaux 2, CHU de Bordeaux, France ; *Chlamydiae et mycoplasmes en pathologie urogénitale : données actuelles* ; www.collegebv.org/juin2009/bebear.pdf
- [25]. F. HAMDAD, J. ORFILA, CHU Amiens, France ; *Diagnostic d'une infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis. Apport des techniques d'amplification génique* ; Progrès en urologie (2005), 15, 598-601
- [26]. I.G. Van VALKENGOED and al; *Systematic home screening for Chlamydia trachomatis infections of asymptomatic men and women in family practice by means of mail-in urine samples*; Pays-Bas; Ned Tijdschr Geneesk. 1999 Mar 27;143(13):672-6
- [27]. H. BUHAUG and al. ; *Should asymptomatic patients be tested for Chlamydia trachomatis in general practice?*; British Journal of General Practice, 1990, 40, 142-5

- [28]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ; *Biologie Médicale; Nomenclature des Actes* ; www.codage.ext.cnamts.fr; Sept 2010
- [29]. E. HONEY C. AUGOOD, A. TEMPLETON and al; *Cost effectiveness of screening for Chlamydia trachomatis: a review of published studies*; *Sex Transm Infect* 2002; 78: 406-412
- [30]. T.E. ROBERTS, S. ROBINSON, P. BARTON, S. BRYAN, N.LOW, E.J. ADAMS, K. TURNER; *Screening for Chlamydia trachomatis: a systematic review of the economic evaluations and modeling*; *Sex Transm Infect* 2006 jun; 82: 193-200
- [31]. W.J. PAGET et al.; *National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland* ; *Sex Transm Dis* 2002 ; 29 : 715-720.

ANNEXE N°1

Tableau de bord donné aux médecins participants (recto-verso)

Prévalence des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis*

chez les femmes de 18-30ans, asymptomatiques,

consultant en médecine générale, en Savoie

et l'acceptabilité/faisabilité de l'auto prélèvement...

Thèse de Doctorat en Médecine Générale
Février 2011

Stéphanie FAVERJON : 06-85-26-04-36 / stephanie_faverjon@yahoo.fr
Directrice de thèse : Dr Michèle AMOUDRY (Montmélián)

EN PRATIQUE...

1. Vérifiez les critères d'INCLUSION :

- Femme
- 18 ans révolus à 30 ans inclus
- a déjà eu 1 ou des rapports sexuels

2. Vérifiez les critères d'EXCLUSION :

- consulte pour infection vulvo-vaginale ou urinaire symptomatiques
- a été traitée par antibiotique dans le mois précédent (quel que soit la classe et la raison).

3. A chaque patiente vérifiant les critères ci-dessus, qu'elle accepte ou non l'étude, remplissez le tableau au dos et donnez-lui le questionnaire correspondant à son numéro d'anonymat. Si elle accepte l'étude, donnez-lui l'écouvillon et le tube étiqueté (NOM, Prénom, date de naissance, date de prélèvement).

4. L'étude se termine pour vous quand vous avez fait réaliser minimum 10 auto-prélèvements.

☺ Merci pour votre participation.

Stéphanie

NOM	Prénom	Numéro d'anonymat	Auto-prélèvement donné : O / N <small>(si VOUS décidez de ne PAS lui donner le test, notez la raison en quelques mots ; si ELLE refuse le test, donnez bien le questionnaire)</small>	Auto-prélèvement fait : O / N	Résultat : + / -
		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
		11			
		12			
		13			
		14			
		15			
		16			
		17			
		18			
		19			
		20			
		21			
		22			
		23			
		24			
		25			
		26			

NOM et Prénom du médecin :

Age (entourez la réponse exacte) : 20 – 30 ans / 31 – 40 ans / 41 – 50 ans / 51 – 60 ans / 61 – 70 ans / > 71 ans

Activité gynécologique (entourez la réponse exacte) : jamais / quelques fois / souvent

Vos remarques sur l'étude :

ANNEXE N°2

Complément d'information donné aux médecins

FOIRE AUX QUESTIONS...

- 1. Y a-t-il besoin de faire signer un consentement écrit à la patiente ?** *NON.*
- 2. Si la patiente a ses règles, peut-on réaliser le test ?** *Oui, pas de problème pour l'analyse biologique.*
- 3. Si la patiente est enceinte, peut-on réaliser le test ?** *Oui.*
- 4. Quelles sont les recommandations au niveau thérapeutique ?** *Azithromycine 250mg : 4 cp en dose unique OU Doxycycline 100mg X 2/j pdt 7j min.*
- 5. C'est à qui de prévenir le(s) partenaire(s) si le prélèvement est positif ?** *C'est bien sûr à la patiente de prévenir son(ses) partenaire(s). Au Centre de Planification et Education Familiale, le médecin conseille de remonter jusque 6 mois en arrière. Il est absolument nécessaire que le ou les partenaires soient traités simultanément et que les rapports sexuels soient protégés jusqu'à 7j après la prise du traitement.*

ANNEXE N°3

Fiche présentant l'infection sexuellement transmissible à *Chlamydia trachomatis*, destinée aux patientes

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Bonjour,

Actuellement médecin généraliste remplaçante dans la région d'Albertville, je prépare ma thèse de doctorat en médecine. Le sujet porte sur une **Infection Sexuellement Transmissible** : « l'infection à *Chlamydia trachomatis* » qui touche hommes et femmes, à n'importe quel âge, mais principalement la jeune femme de 18 à 30 ans.

Pourquoi ce sujet m'intéresse ?

- **Infection fréquente** : 1^{ère} cause des infections sexuellement transmissibles d'origine bactérienne dans les pays industrialisés.
 - **Transmission importante**: Le chlamydia se transmet par les **activités sexuelles** non protégées par préservatif. Il se transmet également **de la mère à son bébé** lors de l'accouchement !
 - **Symptômes lors de l'infection** : **PAS** de symptôme dans 60 à 80% des cas ! donc passe inaperçue !
 - **Conséquences importantes à terme**: augmentation du risque d'être **infectée par le virus du SIDA**, **infections** bactériennes (endométrite = infection de l'utérus ; salpingite = infection des trompes), **grossesse extra utérine** (= grossesse en dehors de l'utérus, à l'origine de fausses couches), ET SURTOUT **STERILITE** (= impossibilité d'avoir des enfants). Quand la mère est atteinte, **infections dans le 1^{er} mois de vie du nouveau-né** (pneumonie, conjonctivite) par transmission mère/bébé, lors de l'accouchement.
- **Problématique** : La plupart des personnes porteuses de cette bactérie ignorent qu'elles sont infectées puisqu'elles ne présentent pas de signe. Elles transmettent donc la bactérie sans le savoir... et de plus, elles sont à risque de développer des conséquences graves à long terme.
- **Solution** : il existe un dépistage facilement réalisable, sans aucune douleur, réalisé par vous-même. Le traitement est simple et de courte durée (1 seule prise, pendant 1 seul jour, par voie orale).

Le but de ma thèse est de quantifier le nombre de jeunes femmes porteuses de cette bactérie (de les traiter si nécessaire) pour évaluer ensuite si un **dépistage systématique** serait nécessaire en consultation chez le médecin généraliste.

En pratique, si vous êtes une femme, entre 18 et 30ans, ayant déjà eu des rapports sexuels, votre médecin va vous proposer le test, que vous réalisez vous-même, sans douleur. C'est très simple !

ANNEXE N°4

Notice explicative sur le mode de prélèvement, destinée aux patientes

1. Il s'agit d'un prélèvement que vous réalisez vous-même (dans le cabinet de votre médecin généraliste ou dans les toilettes), à l'aide d'un écouvillon (sorte de grand coton tige). Le geste est le même que lorsque vous mettez un tampon, lors des règles.

* Retirer délicatement l'écouvillon de son étui papier, en prenant soin de ne pas toucher le bout en coton avec les doigts.

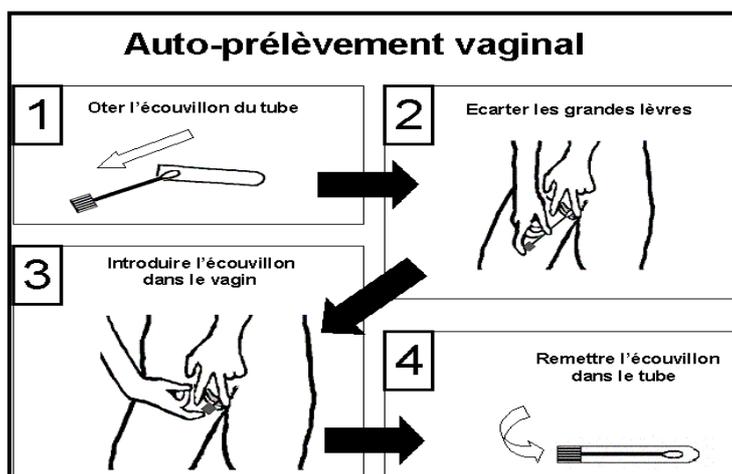
* Ecarter les grandes lèvres avec l'autre main.

* Insérer environ la moitié de l'écouvillon dans le vagin. Faire tourner l'écouvillon de façon à frotter l'ensemble de la paroi vaginale.

* Retirer l'écouvillon et le placer dans le tube (le bout en coton doit tremper dans le liquide transparent du tube).

* Casser le bâtonnet au niveau de l'encoche et refermer le tube.

* Remettre le tube à votre médecin, ainsi que le petit questionnaire.



2. Les prélèvements sont envoyés au laboratoire d'Albertville puis analysés au laboratoire de Nice. Les résultats sont transmis à votre médecin généraliste environ 1 semaine après le prélèvement.

3. Vous reprendrez contact à ce moment-là avec votre médecin généraliste qui vous donnera les résultats, un traitement si nécessaire et toutes les explications que vous désirez.

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude. J'espère vous avoir sensibilisée sur cette infection dont on ne parle pas assez, actuellement ! Parlez-en autour de vous !

La prévention la plus efficace reste l'utilisation du préservatif ! Pensez-y !

En cas de nouveau partenaire, pensez à faire le dépistage (lui et vous-même) avant d'arrêter l'utilisation des préservatifs.

Pour plus d'informations ou pour le dépistage, n'hésitez pas à contacter:

- votre médecin généraliste ou votre gynécologue

- le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles :

Docteur Patrice Ferrand (31 Bis rue Gambetta-73200 Albertville - Tél : 04 79 32 82 16) ou hôpital de Chambéry

- le Centre de Planification et d'Education Familiale : 45 av Jean Jaurès-73200 Albertville – Tél : 04 79 89 57 23 ou hôpital de Chambéry.

ANNEXE N°5**Questionnaire d'acceptabilité du test, destiné aux patientes****QUESTIONNAIRE ANONYME à RENDRE**

N° d'anonymat :

*(cochez la ou les mention(s) correcte(s))***1. Vous avez accepté de réaliser le test**

En cas de nouvelle prise de risque, vous referez ce test (auto-prélèvement vaginal) qui vous paraît simple :

oui non (précisez pourquoi)

2. Vous avez refusé de réaliser le test, pourquoi ?

- Je ne vois pas l'intérêt de le faire
- Je n'ai pas le temps
- Le prélèvement par écouvillon me fait peur
- Autre raison (précisez).....

MCU-PH AU 01/09/2010

NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE		ADRESSE 1	ADRESSE 2
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884	BP 53 38041 GRENOBLE CEDEX 9
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie	CHU
BRENIER- PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie	CHU
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU	Pôle Urgence SAMU	CHU
CALLANAN- WILSON	Mary	Génétique	IAB	Génétique	IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie- Virologie	CHU	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE	GIN Equipe 9	Bâtiment E. SAFRA
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Clinique de Neurologie	CHU
DUMESTRE- PERARD	Chantal	Immunologie SUD	CHU	Immunologie	Bâtiment J.ROGET
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU
FAURE	Anne- Karen	Département de génétique et procréation	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
FAURE	Julien			Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations	CHU

LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	CHU	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique	CHU
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie - 6 ème étage	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie	CHU
LAUNOIS- ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
MALLARET	Marie- Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E	CHU
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU
MOREAU- GAUDRY	Alexandre		CHU	Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
PACLET	Marie- Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice	CHU
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	CHU	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU	Centre d'innovation biologique	CHU
PAYSANT	François			Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU
RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	La Tronche
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
STANKE- LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie- Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique	CHU

PU-PH AU 01/09/2010

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET InFORMATIQUE MEDICALE SANTÉ PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTÉ PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTÉ PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTÉ DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTÉ PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE

FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	
GAUDIN	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE
HOMMEL	Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
JUVIN	Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
KAHANE	Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRACK	Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LANTUEJOUL	Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PÔLE 14 BIOLOGIE
LE BAS	Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE
LEBEAU	Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
LECCIA	Marie-Thérèse	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENERELOGIE- PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
LEROUX	Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
LETOUBLON	Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE POLE 6 DIGIDUNE
LEVERVE	Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF BP 53X
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN- POLE 9 COUPLE/ENFANT
MACHECOURT	Jacques	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAGNE	Jean-Luc	CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE - POLE 14 BIOLOGIE
MASSOT	Christian	CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
MORAND	Patrice	DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE BUREAU HD11
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX

		PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERENNOU	Dominique	CLINIQUE MPR POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- POLE PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE - POLE 8
PIOLAT	Christian	Clinique de chirurgie infantile
PISON	Christophe	CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
POLACK	Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
REYT	Emile	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
RIGHINI	Christian	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
ROMANET	J. Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT
SCHMERBER	Sébastien	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE
SEIGNEURIN	Daniel	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE
SELE	Bernard	DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
STAHL	Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE
VANZETTO	Gérald	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE
BLIN	Dominique	
BOLLA	Michel	
GARNIER	Philippe	
MOREL	Françoise	
SEIGNEURIN	Jean-Marie	

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.