



**HAL**  
open science

# Impact de la campagne menée par l'Inpes en matière de dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia Trachomatis en Gironde

Pauline Loustau

► **To cite this version:**

Pauline Loustau. Impact de la campagne menée par l'Inpes en matière de dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia Trachomatis en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00955797

**HAL Id: dumas-00955797**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955797>**

Submitted on 5 Mar 2014

**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.

Université Bordeaux 2  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2013

N°150

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

LOUSTAU Pauline

Née le 12 Novembre 1984 à Nantes

Le 17 décembre 2013

**Impact de la campagne menée par l'Inpes en matière de dépistage  
des infections uro-génitales à Chlamydia Trachomatis en Gironde**

Directeur de thèse

Professeur DUCOS Gérard

Jury

Professeur Neau Didier	Président du jury
Professeur Mathieu Claudine	Membre
Professeur Joseph Jean-Philippe	Rapporteur
Docteur Petregne François	Membre

Université Bordeaux 2  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2013

N°150

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

LOUSTAU Pauline

Née le 12 Novembre 1984 à Nantes

Le 17 décembre 2013

**Impact de la campagne menée par l'Inpes en matière de dépistage  
des infections uro-génitales à Chlamydia Trachomatis en Gironde**

Directeur de thèse

Professeur DUCOS Gérard

Jury

Professeur Neau Didier	Président du jury
Professeur Mathieu Claudine	Membre
Professeur Joseph Jean-Philippe	Rapporteur
Docteur Petregne Francois	Membre



# **REMERCIEMENTS**

A mon jury,

Merci à Monsieur le Professeur Neau qui a fait l'honneur d'accepter de présider mon jury.

Merci à Madame le Professeur Mathieu de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury.

Merci à Monsieur le Professeur Joseph d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'être mon rapporteur.

Merci au Docteur Petregne François, Maître de conférence associé, d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci à Monsieur le Professeur Ducos pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je le remercie également pour son aide et son soutien dans la réalisation de ce travail.

A ma famille,

Merci à mon père qui m'a transmis sa vocation pour ce merveilleux métier, merci pour ses conseils et sa présence durant ces longues études. Merci pour son écoute dans les durs moments.

Merci à ma mère qui a toujours été à mes côtés, merci pour son soutien dans tout ce que j'ai pu entreprendre.

Merci à tous les 2 de m'avoir permis de devenir ce que je suis aujourd'hui.

Merci à ma sœur Charlotte qui depuis mes plus jeunes années m'a montré l'exemple et a été ma complice.

Merci à Philippe, mon beau frère pour son aide précieuse durant mon cursus universitaire et pour tous les conseils qu'il a pu me donner.

Merci à Louis, mon petit neveu, de me faire autant rire et de me permettre de retourner en enfance... Fière d'être sa Tatie !

Merci à Baptiste pour son aide et son soutien si précieux dans la réalisation de ce travail, merci d'être à mes côtés au quotidien, j'espère partager encore beaucoup de moments avec toi et que notre route sera sans fin.

Merci à mes grands mères, Mamie et Mam qui m'apportent tendresse et amour et à mes grands pères, Papi Oliver et Damien qui nous ont quittés trop tôt, et qui ont ouvert la voie médicale familiale.

Merci à ma Marraine Maryse, c'est un plaisir de t'avoir à mes côtés !

Merci à mon Parrain, Yves, à tous les voyages qu'on a pu partager ensemble, et aux prochains j'espère....

Merci beaucoup à Marielle pour m'avoir apporté son aide dans la version anglaise de cette thèse.

Je remercie toute ma famille, mes cousin(e)s, mes oncles et tantes qui m'amènent bonheur, soutien, avec qui je partage de bons moments et qui donnent du sens à ma vie.

A mes ami(e)s,

Merci à Elodie, ma meilleure amie, d'avoir été à mes cotés pendant toutes ces années, dans les bons et mauvais moments... merci pour tous les fous rires qu'on a pu partager, tous les pays qu'on a découvert ensemble. Que notre amitié perdure !

Merci à Mélanie et Florent, pour toutes les soirées toulousaines partagées ensemble !

Merci à Sam, qui m'a accompagné tout au long de ce cursus difficile, qui a partagé les galères de la 1<sup>ère</sup> année, et les joies, souviens-toi de notre show sur le bureau !! Et aux futures soirées toulousaines !

Merci à Marix, Nounjix, Julie, Pacou et Jujux, mes compagnons d'externat, que je regrette de ne pas voir plus souvent. A tous les fous rires qu'on a pu avoir, j'espère qu'on aura encore beaucoup de souvenirs à partager.

Merci à mes cointernes, Laura, Catherine, Marie.B, qui ont été de très belles rencontres et sont devenues des amies précieuses.

Merci à mes amis d'équitation qui me font me surpasser dans cette grande passion Audrey, Guillaume, Sandra, Laetitia, Elodie et avec qui je partage de chaleureux moments.

Merci à mes amis et compagnons de route durant toutes ces années Pierre Jean, Guigui, Nordine en espérant qu'on se retrouvera vite pour de nouvelles aventures...

Merci à Mumu, ma copine de 1<sup>ère</sup> année, que j'aimerai voir plus souvent ! Merci pour ta présence et ta gaiété ! Que la vie nous réunisse plus souvent !

Merci à tous mes amis, d'être à mes cotés, merci pour votre amitié et pour tous les bons moments partagés !





# SOMMAIRE

INTRODUCTION : .....	10
CHAPITRE I : DONNEES DE LA LITTERATURE .....	11
1. Qu'est-ce que le chlamydia ?.....	11
2. Epidémiologie des infections à chlamydia ; le point en France : .....	13
2.1. Données du réseau RENACHLA : .....	13
2.2. Données de l'étude Natchla : .....	16
2.3. Données des Bulletins Epidémiologiques Hebdomadaires (BEH) :..	17
2.4. Données de l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) : .....	18
2.5. Tendances évolutives des IST : .....	19
3. Méthodes de dépistage des infections à Ct : .....	20
3.1. Tests biologiques : .....	20
3.1.1. Diagnostic direct : .....	20
3.1.1.1. Culture cellulaire : .....	20
3.1.1.2. Immunofluorescence directe : .....	21
3.1.1.3. Méthode immuno-enzymatique : .....	21
3.1.1.4. Biologie moléculaire : .....	21
3.1.2. Diagnostic indirect : .....	22
4. Le dépistage : .....	24
4.1. Définition : .....	24
4.2. Critères de recours au dépistage : .....	24
5. Synthèse : .....	29
CHAPITRE II : ETUDE .....	30
1. Matériel et Méthodes : .....	30
1.1. Type d'étude : .....	30
1.2. Matériel : .....	30
1.3. Echantillon : .....	30
1.4. Moyens de communication : .....	31
1.5. Déroulement de l'étude : .....	31
1.6. Recueil des données : .....	31
1.7. Analyse des résultats : .....	32
2. Résultats : .....	33
2.1. Participation : .....	33
2.2. Données recueillies : .....	33
2.2.1. Laboratoires privés à Bordeaux .....	33
2.2.2. Laboratoires publics à Bordeaux .....	34
2.2.3. Laboratoires privés à Libourne .....	35
2.2.4. Laboratoires privés à Langon .....	35
2.3. Synthèse des résultats : .....	36

3. Discussion :	37
3.1. Méthodologie :	37
3.2. Résultats chiffrés :	38
3.3. Analyse des résultats :	38
3.4. Impact des campagnes de prévention :	39
3.4.1. Le Sida :	39
3.4.2. Les Antibiotiques :	43
3.4.3. Le Cancer du Sein :	44
3.4.4. Le Cancer du Colon :	46
3.5. L'abord de la sexualité :	50
3.6. Solutions et perspectives :	53
3.6.1. La formation professionnelle :	53
3.6.2. Une consultation dédiée à la prévention :	53
3.6.3. Des campagnes d'information :	54
CONCLUSION :	56
BIBLIOGRAPHIE :	57
LISTE DES ABREVIATIONS :	62
ANNEXE 1 :	64
ANNEXE 2 :	71
SERMENT MEDICAL :	72
ABSTRACT :	74
RESUME :	75



## **INTRODUCTION :**

L'infection urogénitale à Chlamydia Trachomatis (Ct) est la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente dans les pays industrialisés et la première infection sexuellement transmissible (IST) constatée chez les jeunes.

Elle est en constante augmentation depuis plusieurs années (1-3).

Cette infection, le plus souvent asymptomatique et de découverte tardive, peut être responsable de conséquences sévères chez la femme, pouvant entraîner stérilité tubaire, grossesse extra-utérine, et salpingite. Cependant, si l'infection à Ct entraîne davantage de complications chez la femme, le risque d'infection et de transmission est tout aussi important chez l'homme.

Outre l'utilisation du préservatif, qui reste l'unique moyen de prévention face aux IST, le dépistage représente à ce jour une solution efficace pour détecter et prendre en charge cette IST. Dépistage d'autant plus important qu'il existe des tests fiables et que l'infection à Ct se soigne facilement.

Cependant, cette IST reste mal connue des soignants et des soignés. C'est pour cela qu'une campagne a été lancée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) dont l'objectif est d'informer les jeunes sur l'existence de cette IST et l'importance du dépistage.

Notre travail a donc consisté à évaluer l'impact de cette campagne en étudiant l'évolution des demandes des patients, en matière de dépistage des infections urogénitales à Ct.

# **CHAPITRE I : DONNEES DE LA**

## **LITTERATURE**

### **1. Qu'est-ce que le chlamydia ?**

Le Chlamydia trachomatis est une bactérie gram négatif.

Le réservoir est l'homme. La présence de Chlamydia trachomatis chez l'homme n'est pas physiologique.

Les Chlamydia sont des bactéries à multiplication intracellulaire obligatoire.

Le cycle de multiplication dure 48 heures au cours duquel trois types de corps, correspondant aux trois formes de la bactérie, sont observés :

-Le corps élémentaire est une bactérie sphérique de petite taille constituant la forme virulente de la bactérie. Celui-ci est adapté à la survie dans le milieu extérieur, sans possibilité de multiplication mais avec l'aptitude de pénétrer par phagocytose à l'intérieur de la cellule-hôte.

-Dans la vacuole de phagocytose, le corps élémentaire se transforme en 6 à 8 heures en corps réticulé élément plus grand dont l'ADN est réticulé, qui est responsable de la multiplication des Chlamydia, il constitue la forme métaboliquement active et donc de multiplication de la bactérie.

-En 18 à 24 h, le corps réticulé augmente de volume se transforme en inclusion intra cytoplasmique contenant de nombreux corps réticulés qui vont ensuite évoluer en corps élémentaires. La cellule-hôte va ensuite éclater et libérer les corps élémentaires qui, à leur tour, vont recommencer un nouveau cycle de multiplication intracellulaire.

L'espèce *Chlamydia trachomatis* est divisée en deux biovars :

-Le biovar trachoma qui infecte les muqueuses et qui comprend les sérovars A, B, Ba et C responsables du trachome, et les sérovars D, Da, E, F, G, H, I, Ia, J et K responsables d'infections uro-génitales.

-Le biovar LVG qui infecte les ganglions lymphatiques et qui comprend les sérovars L1, L2, L2a et L3 responsables de la lymphogranulomatose vénérienne.

La bactérie Ct peut être responsable de nombreux symptômes.

En effet chez l'homme, elle représente la cause principale des urétrites non gonococciques, pouvant se compliquer d'épididymites.

Chez la femme, elle peut être à l'origine d'infections uro-génitales basses telles qu'urétrites ou endocervicites. Par diffusion ascendante, elle peut ensuite provoquer des endométrites ou salpingites.

Les principales complications sont l'abcès pelvien, la pelvipéritonite, la péri hépatite ou syndrome de Fitz Hugh Curtis et à plus long terme, stérilité tubaire et grossesse extra-utérine.

Enfin, elle peut tout aussi être présente et rester asymptomatique.

## **2. Epidémiologie des infections à chlamydia ; le point en France :**

### **2.1. Données du réseau RENACHLA :**

La prévalence en population générale de l'infection à Ct est difficile à connaître car les données sont multicentriques et il n'existe aucune étude de dépistage systématique des chlamydia chez les hommes et les femmes consultant en médecine générale, ni chez ceux échappant au système de soins, en France comme à l'étranger.

Les données épidémiologiques disponibles proviennent de programmes nationaux à déclaration obligatoire (Etats Unis, Canada), d'études ponctuelles ou de réseaux de laboratoires. Elles rapportent des prévalences variant de 0,8 à 5,0 % dans les populations asymptomatiques et de 8 à 15 % dans les populations identifiées à risque. Les données épidémiologiques montrent que dans les populations asymptomatiques, la prévalence des infections urogénitales serait plus faible (3,4%) que dans les populations ciblées comme celles fréquentant les Centre de planification et d'éducation familial (CPEF) ou les dispensaires antivénérien (DAV) (6,2 %) (1).

L'épidémiologie des infections à Ct est suivie en France par le réseau RENACHLA.

C'est un réseau national de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés mis en place en 1989 pour suivre les tendances évolutives des chlamydioses urogénitales en France et disposer de quelques caractéristiques épidémiologiques sur les patients ayant eu un diagnostic microbiologique d'infection à Ct. De 1996 à 2003, une centaine de laboratoires répartis sur toute la France métropolitaine à l'exception de la Corse participent à ce réseau. Un tiers sont des laboratoires hospitaliers, les autres étant des laboratoires privés polyvalents. Les laboratoires volontaires, qui participent au réseau, communiquent tous les mois à l'Institut de veille sanitaire (INVS) le nombre de recherches directes de Ct.

Pour chaque cas détecté est précisé:

- l'âge,
- le sexe du patient,
- les signes cliniques observés,
- les microorganismes associés,
- les motifs de prescription de l'examen.

Un cas est un patient ayant un échantillon positif à Ct.

On constate depuis début 2000, une progression annuelle régulière du nombre de diagnostics d'infection à Ct.

De 2003 à 2006, l'augmentation du nombre d'hommes testés a été de 33 % et celle du nombre de cas diagnostiqués de 55%. Chez la femme, le nombre de diagnostics positifs a augmenté plus fortement (+62 %) que le nombre de femmes testées (+12%), ce qui se traduit par une augmentation du taux de positivité de 31 %.

De 2006 à 2009, on a observé une augmentation de tous ces indicateurs : nombre de personnes testées, nombre de diagnostics positifs et taux de positivité. L'augmentation de chacun de ces trois indicateurs est plus marquée chez les femmes (respectivement +63%, +113%, +31%) que chez les hommes (respectivement +39%, +58%, +14%).

Il est difficile d'évaluer si l'augmentation du taux de positivité est consécutive :

- à l'introduction de tests plus sensibles,
- à un dépistage plus ciblé sur des personnes à risque,
- à une augmentation de l'incidence.

L'âge moyen des personnes avec un diagnostic de chlamydie identifié par les laboratoires de Rénachla a légèrement diminué en 2009 (hommes : 26 ans en 2009 vs. 28 ans en 2006  $p < 0,001$  ; femmes : 22 ans en 2009 vs. 23 ans en 2006  $p < 0,001$ ).



Chez la femme, l'augmentation de la proportion de sujets âgés de moins de 25 ans est constante depuis 1997 (1997 : 43%, 2001 : 56%, 2006 : 61%, 2009 : 70%). Chez les hommes, la proportion des moins de 25 ans qui avait peu varié de 1997 à 2005 (28% vs. 25%) a beaucoup augmenté entre 2005 (28%) et 2009 (39%).

Les différentes études menées par le réseau RENACHLA confirme une augmentation de la proportion de diagnostic chez les sujets asymptomatiques. En effet alors que moins d'un tiers des cas étaient asymptomatiques en 1998, plus de deux tiers des cas le sont en 2009 (femmes : 64%, hommes : 68%). Chez les personnes asymptomatiques, la proportion de dépistages réalisés de façon systématique a fortement progressé puisqu'elle est passée de 10% jusqu'en 2000, à 50% en 2003, et qu'elle représente en 2009, 76% des dépistages chez les femmes et 86% chez les hommes.

De 2006 à 2009, le nombre de diagnostics d'infection à Ct a fortement progressé dans les CPEF (+175%) et les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) (+121%). Une augmentation plus limitée a été observée chez les gynécologues exerçant à l'hôpital (+55%) et chez les médecins généralistes (+43%). Le nombre de diagnostics est resté stable dans les centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) et chez les gynécologues libéraux

Il n'existe pas en France d'études de prévalence répétées au sein de la population générale permettant de donner les réelles tendances de l'incidence de l'infection à Ct. Cependant, la progression du taux de positivité (qui est un marqueur indirect de la prévalence) est en faveur d'une propagation de l'infection au sein de la population générale mais peut également témoigner que le dépistage cible mieux les personnes à risque.

## **2.2. Données de l'étude Natchla :**

Natchla est la première enquête permettant d'estimer la prévalence de l'infection à Ct au sein de la population générale en France.

C'est une enquête nationale réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de la population de 18-68 ans en 2006. Les personnes participantes à l'étude ont été sélectionnées suite à un questionnaire réalisé par téléphone. L'étude a inclus les personnes déclarants avoir eu au moins un rapport sexuel dans leur vie, parmi elles toutes les personnes de moins de 26 ans, celles âgées de 26 à 44 ans et ayant eu au moins 2 partenaires sexuels ou un nouveau partenaire dans l'année. L'enquêteur leur proposait en fin de questionnaire, de recevoir à domicile un kit de dépistage des infections à Ct.

Le kit de prélèvement, accompagné d'une notice explicative, était constitué, pour les femmes, d'un écouvillon stérile à introduire à l'entrée du vagin et, pour les hommes, d'un récipient pour recueillir les urines.

Le prélèvement réalisé devait être placé dans un dispositif hermétique, pour être envoyé par La Poste avec un triple emballage au laboratoire de bactériologie de l'Université Bordeaux 2 (Centre national de référence des Chlamydiae, CNR). L'envoi devait comporter un formulaire avec le consentement de participation signé, ainsi que la date et l'heure du prélèvement.

Le diagnostic d'infection à Ct a été réalisé au CNR par un test PCR au moyen de l'automate de laboratoire Cobas TaqMan (Laboratoire Roche Diagnostics, Meylan, France), confirmé par un contrôle interne. La spécificité de ce test est supérieure à 99,5%. Les résultats étaient transmis à chaque patient directement, avec en cas de résultat positif, la nécessité d'une consultation auprès d'un professionnel de santé.

L'enquête a permis d'estimer la prévalence à 1,4% chez les hommes et à 1,6% chez les femmes, chez les personnes âgées de 18 à 44 ans (2). Elle est notamment plus élevée chez les 18-29 ans (hommes: 2,5%, femmes: 3,2%). Ces données restent comparables avec celles du réseau Renachla.

Natchla a identifié les différents facteurs de risque potentiellement liés de l'infection à Ct chez les 18-29 ans.

Il ressort que les populations dites à risque sont :

- les femmes non diplômées (prévalence de Ct=12,5%),
- les femmes ayant eu des pratiques bisexuelles dans l'année (13,4%),
- les femmes avec plus de 2 partenaires dans l'année (13,1%) et/ou des partenaires occasionnels (11,9%)
- les hommes ayant un partenaire occasionnel ou nouveau partenaire récent.

L'enquête Natchla a donc élargi le dépistage des infections à Ct, incluant notamment les hommes, permettant ainsi de réduire la contamination de leurs partenaires.

### **2.3. Données des Bulletins Epidémiologiques Hebdomadaires (BEH) :**

Six études ont été publiées dans les bulletins épidémiologiques hebdomadaires entre 2003 et 2005, une seule incluant les hommes (4).

Des enquêtes de dépistage systématique par PCR sur urines ou par auto-prélèvement vaginal ont été réalisées dans des services de médecine préventive universitaire, des CPEF et un centre d'orthogénie.

Les prévalences de Ct observées dans les CPEF (Bordeaux, Val-de-Marne et Seine-Saint-Denis) ou centre d'orthogénie varient de 6 à 11% (4-7).

La prévalence chez les étudiantes sexuellement actives convoquées pour leur visite médicale obligatoire des universités Paris 5, Paris 10 (Nanterre) et Bordeaux y est nettement moins élevée, variant de 1 à 3% (3-6). Chez ces jeunes femmes, âgées de 18 à 20 ans pour la plupart, les marqueurs classiques de sexualité à risque semblent moins fréquents que dans la population générale : la proportion de femmes ayant eu un nouveau partenaire dans l'année était de 30 à 35% dans les universités de Paris 5 et Paris 10 Nanterre.

La très bonne acceptabilité de l'auto-prélèvement vaginal, aussi bien en médecine préventive universitaire qu'en CPEF, ressort des trois études qui y ont eu recours.

## **2.4. Données de l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) :**

L'ANAES insiste principalement, dans son rapport, sur les facteurs de risque devant inciter les professionnels de santé à dépister les IST (8).

En effet, dans les populations à risque telles qu'elles ont été identifiées dans les CPEF, les CDAG, les DAV et les centres d'interruption volontaire de grossesse, un dépistage systématique opportuniste des infections urogénitales à Ct est justifié. L'ensemble des études françaises le confirment. Ces lieux de consultation offrent en 2003 la structuration optimale pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette IST.

Plusieurs scénarii de programmes de dépistage peuvent ensuite être envisagés en France :

-Un dépistage préférentiel des femmes âgées de moins de 25 ans si l'objectif premier est la diminution des taux de complications. Ce programme doit s'accompagner d'une incitation à traiter le ou les partenaires.

-Un dépistage simultané des hommes de moins de 30 ans et des femmes de moins de 25 ans devrait être proposé si l'objectif est la diminution du portage de Ct dans ces populations. D'après les données épidémiologiques récentes, la prévalence chez l'homme serait plus élevée entre 25 et 35 ans qu'entre 18 et 24ans par rapport à la femme.

-Enfin, le dépistage (préférentiel ou simultané) pourrait être élargi, au-delà des populations sus mentionnées, aux sujets ayant eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédant le dépistage quel que soit l'âge. De plus, le fait d'avoir plusieurs partenaires était le seul facteur de risque commun, avec l'âge, identifié dans toutes les études françaises.

## **2.5.Tendance évolutive des IST :**

De nombreuses revues s'entendent à dire que les infections sexuellement transmissibles sont en constante augmentation depuis ces dernières années (9).

Les réseaux de cliniciens (RésIST) et de laboratoires (Rénago, Rénachla, LGV) permettent de suivre l'évolution des indicateurs des IST bactériennes. En 2011, les principaux constats sont les suivants :

- le nombre de syphilis récentes est en augmentation ces trois dernières années. Cette augmentation est constatée en Ile-de-France et dans le reste de la métropole, chez les homo-bisexuels masculins (83 % des cas) consultant dans les structures spécialisées (Ciddist, CDAG) ;

- le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter depuis 10 ans chez l'homme et la femme, quelle que soit la région et quelle que soit l'orientation sexuelle. Une partie de cette augmentation est liée à la montée en charge de la PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné chlamydia/gonocoque, notamment chez la femme ;

- le nombre d'infections urogénitales à Chlamydia continue d'augmenter depuis 2006 chez l'homme comme chez la femme. Ceci reflète une légère hausse de l'incidence mais surtout une augmentation des pratiques de dépistage, qui se traduit par une augmentation plus marquée des infections asymptomatiques, le nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales est relativement stable depuis 2008. La quasi-totalité des cas concerne des hommes homo-bisexuels.

- il persiste un niveau élevé de coïnfections VIH avec la LGV et la syphilis, et dans une moindre mesure avec la gonococcie.

## **3. Méthodes de dépistage des infections à Ct :**

### **3.1. Tests biologiques :**

Le diagnostic des infections urogénitales à Ct fait appel à deux types de méthodes : (10)

- Le diagnostic direct qui repose soit sur la mise en évidence des corps bactériens après culture cellulaire, soit sur celle des antigènes bactériens, soit sur la détection du génome bactérien par biologie moléculaire. En raison de caractère intracellulaire de l'agent pathogène, sa détection dépend du prélèvement qui doit contenir suffisamment de cellules infectées. Les milieux et conditions de transport du prélèvement sont adaptés à chaque technique utilisée. Le prélèvement doit être fait en dehors de toute antibiothérapie. Le diagnostic direct doit être privilégié dans les infections des muqueuses superficielles.

- Le diagnostic indirect sérologique qui permet la mise en évidence d'anticorps circulants.

#### **3.1.1. Diagnostic direct :**

##### **3.1.1.1. Culture cellulaire :**

La culture cellulaire fait appel à des techniques de préparation cellulaire complexes. Elle nécessite un prélèvement par grattage au niveau urétral ou endocervical. Les urines ou le sperme ne sont pas utilisables pour cette technique. Elle nécessite la viabilité et l'intégrité des bactéries. Elle exige le respect de conditions strictes de transport et de conservation. Le chlamydia trachomatis est détecté par la présence d'inclusions intracellulaires.

Sa spécificité est proche de 100% mais sa sensibilité est très variable d'un laboratoire à l'autre (de 30 à 97%). Longtemps considérée comme la technique de référence, elle permet de réaliser le sérotypage et d'étudier la sensibilité aux antibiotiques de Chlamydia trachomatis.

### **3.1.1.2. Immunofluorescence directe :**

L'immunofluorescence directe est une technique reposant sur la mise en évidence d'antigènes bactériens à l'aide d'anticorps monoclonaux marqués à la fluorescéine. Ces anticorps sont spécifiques d'espèces ou spécifiques de genre.

Les prélèvements peuvent être conservés à température ambiante avant d'être analysés, et les conditions de transport ne nécessitent pas la viabilité des bactéries. Cette technique ne s'applique pas à de grandes séries d'échantillons.

La qualité des résultats dépend de la technique d'étalement sur lame, du respect des procédures techniques, de l'expérience du manipulateur lors de la lecture des lames au microscope à fluorescence. La spécificité est correcte allant de 85 à 98%, tandis que la sensibilité est très variable (40 à 95%).

### **3.1.1.3. Méthode immuno-enzymatique :**

La méthode immuno-enzymatique est une technique reposant également sur la mise en évidence d'antigènes bactériens à l'aide d'anticorps anti-*Chlamydia trachomatis* fixés sur un support solide. Un second anticorps conjugué à une enzyme servant de révélateur se lie au complexe antigène-anticorps.

Les prélèvements peuvent être conservés à température ambiante avant d'être analysés, et les conditions de transport ne nécessitent pas la viabilité des bactéries. Il est possible d'obtenir des faux positifs du fait de réactions croisées avec d'autres micro-organismes. La spécificité est correcte (de 85 à 100%), tandis que la sensibilité est très variable (de 10 à 90%).

### **3.1.1.4. Biologie moléculaire :**

La biologie moléculaire rend possible la détection de Ct dans tous les prélèvements (sperme, urines, prélèvements vulvaire ou vaginal), en particulier ceux qui sont inadaptés à la culture cellulaire. Différentes techniques de détection des acides nucléiques ont été développées telles que l'hybridation moléculaire et techniques d'amplification génique in vitro de type PCR.

Ces dernières permettent, en produisant un nombre très élevé de séquences nucléiques identiques, d'améliorer la sensibilité des tests. Elles ne requièrent pas la viabilité des bactéries.

Pour garantir la fiabilité des résultats, le respect des règles de bonne pratique liées à la biologie moléculaire nécessite un agencement particulier des laboratoires et une formation spécifique du personnel. Des règles strictes doivent être établies concernant l'organisation des locaux, le matériel et ses modalités d'organisation, le personnel, les procédures techniques, ainsi que la mise en place d'un contrôle de qualité des réactifs, des procédures et résultats obtenus. Différentes techniques ont été mises au point pour limiter les risques de contamination.

La revue de la littérature clinique montre une supériorité des tests par amplification génique in vitro par rapport à la culture cellulaire, aux méthodes immuno enzymatiques et à l'hybridation moléculaire, sur les prélèvements endocervicaux chez les femmes et les prélèvements urétraux chez les hommes, tout en gardant une spécificité élevée du même ordre que celle de la culture cellulaire (proche de 100%) Les méthodes par amplification génique in vitro présentent en outre des performances satisfaisantes sur les urines et les prélèvements vaginaux.

### **3.1.2. Diagnostic indirect :**

Il s'agit de la sérologie avec mise en évidence d'anticorps sériques spécifiques.

Elle fait appel à différentes techniques :

- la réaction de fixation du complément (elle est limitée au diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne).
- l'immunofluorescence indirecte.
- les techniques immuno-enzymatique.

Les résultats de ces différentes techniques ne sont pas toujours corrélés du fait de l'utilisation d'antigènes de spécificités différentes.



Une infection à *Chlamydia trachomatis*, guérie ou passée inaperçue, se traduit par un taux d'anticorps résiduels parfois élevé. Il est donc souhaitable de disposer de deux sérums prélevés à quinze jours d'intervalle pour permettre de visualiser une séroconversion ou une ascension significative du taux d'anticorps. Un taux d'anticorps élevé mais stable peut correspondre à une cicatrice sérologique ou à une infection en cours.

De plus, des réactions croisées entre les trois espèces de *chlamydia* présentes chez l'homme (*chlamydia trachomatis*, *chlamydia pneumoniae* et *chlamydia psittaci*) entraînent une surestimation des sérologies positives.

Dans les infections uro-génitales basses, la sérologie n'a pas d'intérêt car le taux d'anticorps est très faible.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'utilisation du diagnostic sérologique est inappropriée dans le cadre d'un dépistage.

En conclusion l'ANAES préconise donc la biologie moléculaire avec amplification génique, quel que soit la situation clinique, pour le dépistage des infections à Ct (10).

C'est la méthode de référence pour tout site de prélèvement, tout type d'échantillon, et toute forme clinique d'infection à *chlamydia trachomatis*.

Il est préconisé de ne plus utiliser la biologie moléculaire sans amplification génique, la détection directe par méthode immunologique, la sérologie. La culture cellulaire présente encore seulement 2 indications :

- réalisation dans le cadre médico-légal
- réalisation par des laboratoires spécialisés pour caractériser la bactérie.

## 4. Le dépistage :

### 4.1. Définition :

Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, 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 donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement.

Le dépistage est donc une démarche de prévention secondaire c'est-à-dire qu'il a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant l'évolution et la durée de la maladie.

### 4.2. Critères de recours au dépistage :

Le dépistage doit répondre à un certain nombre de critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) comme les 10 principes servant au choix d'un programme de dépistage (11).

- **La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas, ...).**

Comme démontrée précédemment, l'infection à Ct est un véritable problème de santé publique ; augmentation permanente des cas diagnostiqués depuis plusieurs années, possible lésions gynécologiques avec de graves conséquences chez la femme notamment (grossesse extra-utérine, stérilité tubaire, salpingite...).

➤ **Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée.**

En l'absence de complications, le traitement de première intention d'un patient chez qui une infection urogénitale basse à Ct a été identifiée, et de sa (son) partenaire, est l'azithromycine monodose efficace dans 95 % des cas ou les cyclines pendant une semaine. Ce traitement a été validé par des recommandations internationales (12).

➤ **Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.**

➤ **Il existe un examen de dépistage efficace.**

➤ **Il faut que le test de dépistage utilisé soit acceptable pour la population.**

Les techniques de dépistage et les moyens diagnostiques ont été développés antérieurement.

C'est la recherche par biologie moléculaire avec amplification génique sur le premier jet d'urine qui est le plus simple et le plus acceptable par la population, en matière de dépistage du chlamydia (10).

➤ **La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique**

➤ **Il faut connaître l'histoire naturelle de la maladie.**

Ct est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'infections génitaux urinaires, conjonctivites et infections néonatales. Les sérotypes A à C sont responsables de trachome endémique et les sérotypes L1 à L3 de la lymphogranulomatose vénérienne (Maladie de Nicolas Favre).

Suite à une infection primaire à Ct, les réponses immunes, cellulaires et humorales, ne confèrent qu'une immunité partielle contre les ré infestations. L'inflammation observée lors d'une nouvelle infection étant plus prononcée, des infections urogénitales répétées induiraient une inflammation chronique qui conduit à la stérilité tubaire chez la femme.

Ct se transmet par contact direct avec les sécrétions génitales de sujets infectés ou avec le matériel souillé par ces sécrétions. C'est une infection sexuellement transmissible.

Chez la femme comme chez l'homme, l'infection urogénitale à Ct est ascendante.

Les données rapportées dans la littérature montrent que 30 % des hommes et 25 % des femmes identifiés comme porteurs d'une infection urogénitale à Ct expriment des signes fonctionnels et/ou cliniques. Lorsque l'infection est symptomatique, elle s'exprime par des signes cliniques non spécifiques.

Bien que l'histoire naturelle des infections urogénitales à Ct ait été largement étudiée et ait permis une meilleure compréhension de la physiopathologie de l'infection, des inconnues subsistent sur la durée de l'infection des formes asymptomatiques et des formes chroniques, et la proportion des formes chroniques parmi l'ensemble des infections diagnostiquées.

- **Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.**

Toute personne dépistée positive à l'infection Ct doit être traitée par un traitement antibiotique simple et rapide.

- **Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.**
- **Il faut assurer la continuité des actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée «une fois pour toutes».**

Actuellement en France, il n'existe pas de consensus pour le dépistage de ces infections. De nombreuses études ont été menées et préconisent principalement la réalisation de celui-ci dans les populations dites à risque.

### **Plusieurs campagnes ont vu le jour ces dernières années.**

Celle qui nous a intéressé est une campagne menée par l'Inpes ; première campagne web intitulée « Connaissez-vous Chlamydia ? Nous pouvons tous être porteurs sans le savoir », diffusée du 3 septembre au 15 octobre 2012 dont l'objectif était d'informer les jeunes et tout particulièrement les 18-24 ans sur l'existence de cette IST, son absence fréquente de symptôme et l'importance du dépistage (13).

Elle s'appuyait sur la diffusion de deux films, façon « caméra cachée », avec un « invité surprise » : le chlamydia, représentée sous la forme d'une petite créature assez repoussante, lui donnant une réalité tangible, ainsi que des bannières internet illustrant par un ton humoristique la physiopathologie de cette IST.

Le principe de cette nouvelle campagne est d'interpeller des personnes sur l'existence de la chlamydie et le risque d'en être porteur sans le savoir, puis de les inviter à se faire dépister. Deux films sont en ligne sur des sites de partage de vidéos comme YouTube. Le premier se déroule dans un cinéma, le deuxième met en scène un micro-trottoir. Ils montrent des jeunes gens qui découvrent qu'un « monstre » chlamydia est perché sur leur épaule. Ces saynètes misent sur l'humour et la surprise.

Leur but est de renvoyer vers le site créé par l'Inpes « [www.info-ist.fr](http://www.info-ist.fr) » qui rassemble les informations concernant la prévention et le dépistage des principales infections sexuellement transmissibles (VIH/sida, hépatite B, syphilis, papillomavirus, mycoplasmes et trichomonase, herpès génital, chlamydia, blennorragie). Il délivre des conseils, dresse la liste des lignes d'information et d'écoute, des sites internet, propose les spots des campagnes de prévention.

Un questionnaire en ligne permet aux internautes qui le souhaitent d'obtenir des conseils personnalisés sur les modalités de dépistage. Enfin, une opération sur Facebook a été conçue dans le cadre de la campagne.

Une application est censée permettre aux internautes de savoir qui visite leur page Facebook.

Or, en réalité, celle-ci, simple à désactiver, déclenche une invasion de « créatures chlamydia », puis invite au dépistage. Ceci afin d'illustrer que cette infection peut les « visiter » en toute discrétion, comme les personnes qui se connectent et lisent les informations de leur profil Facebook à leur insu.

Tout professionnel de santé, médecins généralistes, gynécologues ou biologistes a reçu 1 mois avant la diffusion des « spots » sur internet, par courrier, une lettre explicative les informant du déroulement de cette campagne.

## 5. Synthèse :

Nous constatons, au vu de cette première partie, que le nombre de patients porteurs d'IST est en perpétuelle augmentation, toute IST concernée.

En ce qui concerne les infections uro-génitales à Ct, des tests de dépistage fiables et simples existent. Retenons que chez la femme symptomatique d'infection génitale basse, le meilleur prélèvement est l'association d'un écouvillonnage du col utérin et urétral. Chez l'homme, c'est l'écouvillonnage urétral.

Pour un dépistage, le premier jet d'urine est le prélèvement le plus adapté et le plus simple à réaliser chez l'homme, comme chez la femme.

La campagne menée par l'Inpes, a quant à elle, permis d'apporter davantage d'informations, aux professionnels de santé et aux patients sur cette infection.

Cependant, a-t-elle permis une prise de conscience ? Notre question de recherche est d'évaluer si cette campagne d'information a induit une augmentation des demandes de dépistage des infections à Ct.

Notre hypothèse est qu'elle n'a pas eu les répercussions espérées sur les demandes des patients et sur l'implication des médecins.

L'objectif de cette étude est l'évaluation d'une campagne de dépistage par l'intermédiaire de la mesure du nombre de tests de dépistage de Ct réalisés en Gironde avant et après la campagne.

# **CHAPITRE II : ETUDE**

## **1. Matériel et Méthodes :**

### **1.1. Type d'étude :**

C'est une étude :

- Observationnelle
- Comparative
- Quantitative
- Rétrospective.

### **1.2. Matériel :**

Il correspond au nombre de dépistage comptabilisé à partir des données des laboratoires d'analyses médicales et de la CPAM sur le département de Gironde sur le mois de novembre 2011 et novembre 2012.

### **1.3. Echantillon :**

25 laboratoires ont été contactés pour participer à mon enquête :

- 18 laboratoires à Bordeaux,
- 1 laboratoire à Langon,
- 2 à Libourne,
- L'hôpital Pellegrin à Bordeaux,
- L'hôpital Robert Boulin à Libourne,
- Le centre hospitalier sud Garonne à Langon,
- Les correspondants du centre de dépistage anonyme et gratuit de Bordeaux.

La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Gironde a participé également.



Pour plus d'exhaustivité, nous avons choisi d'inclure dans notre enquête tous les laboratoires d'analyses médicales privés recensés sur Bordeaux, Libourne, Langon ainsi que les laboratoires publics (hôpitaux et CDAG).

Les coordonnées de chacun se trouvent en annexe.

#### **1.4.Moyens de communication :**

Le téléphone a été le premier outil utilisé pour effectuer cette enquête. Les coordonnées des laboratoires d'analyses médicales et de la CPAM ont été recherchées sur Internet (via les pages jaunes). Chaque laboratoire et la CPAM ont été contactés, par téléphone, et informés de mon étude. Suite à une recherche dans leurs bases de données, ils m'ont transmis par mail les chiffres correspondants aux demandes de dépistage des infections à Ct, sur le mois de Novembre 2011 et Novembre 2012.

#### **1.5.Déroulement de l'étude :**

L'étude consistait à comparer le nombre de demandes de dépistage de Ct, sur le mois de novembre 2011 (soit un an avant la campagne) et sur le mois de novembre 2012 (soit un mois après la fin de celle-ci).

Le recueil des données s'est déroulé sur le département de Gironde de Janvier à Mai 2013.

Des laboratoires d'analyses médicales, laboratoires publics, privés et correspondants des centres de dépistage anonyme et gratuit ainsi que la caisse primaire d'assurance maladie de Gironde ont été sollicités.

#### **1.6.Recueil des données :**

Une première prise de contact a été réalisée par téléphone au mois de Janvier 2013 puis un second appel de relance au mois de mars 2013, et enfin un dernier début mai 2013 pour les retardataires.

Chaque laboratoire ainsi que la CPAM a effectué une recherche dans sa base de données pour répertorier le nombre de demandes de dépistage de Ct sur le mois de novembre 2011 et celui de novembre 2012.

Suite à cette recherche, ils devaient communiquer par mail, le nombre de demandes de dépistage de Ct, toute méthode confondue (sérologie Ct, PCR Ct) réalisées sur ces 2 mois.

### **1.7. Analyse des résultats :**

L'enregistrement et l'exploitation des données ont été réalisés via le logiciel Microsoft Word 2007. Les résultats sont exprimés en effectifs et en pourcentages. La significativité des résultats a été appréciée par le test de Student (avec pour référence  $p < 0,05$ ). Il nous a permis de comparer les moyennes de 2 groupes, chaque groupe comportant un petit nombre de données (<30).

## 2. Résultats :

### 2.1. Participation :

Sur le panel des 25 laboratoires contactés, 16 d'entre eux ont répondu.

La CPAM a transmis ses données également, qui ne peuvent concerner que les examens effectués en laboratoires privés.

### 2.2. Données recueillies :

#### 2.2.1. Laboratoires privés à Bordeaux

	NOMBRE DE DEPISTAGES REALISES		
	Nov 2011	Nov 2012	Evolution constatée
<b>LABORATOIRES PRIVES BORDEAUX</b>			
<b>Accolab Sud-Ouest</b>	2	37	+1750% (x18)
<b>AnalaboPhVermandel</b>	74	120	+62%
<b>Analyses médicales des Deux Rives</b>	61	93	+52%
<b>Lapoujade</b>	12	17	+42%
<b>Laboratoire Biopole 33</b>	86	124	+44%
<b>Laboratoire d'analyse médicale de Gambetta</b>	25	39	+56%
<b>Laboratoire des Allées Tourny</b>	26	63	+142% (x2,5)
<b>Raspaud Marsan Chabrol Naour</b>			
Laboratoire cours saint Louis	9	22	+144% (x 2,5)
Laboratoire Cauderan	4	23	+475% (x6)
Laboratoire avenue Libération Buscat	103	138	+34%
Laboratoire Rue Mandron	100	141	+41%
<b>Total</b>	<b>502</b>	<b>817</b>	<b>+63%</b>

- Réalisation du test de Student

D'après les données ci-dessus, le test de Student avec un degré de liberté égal à 2 nous donne :  $t=1,489$

D'après la table de Student pour un seuil de risque  $\alpha = 0,05$  on obtient :  $t=2,086$

Donc « t » dans notre étude est inférieur à la valeur de « t » dans la table de Student. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes de Novembre 2011 et Novembre 2012 pour les laboratoires privés.

	<b>NOMBRE DE DEPISTAGES REALISES</b>		
	<b>Nov 2011</b>	<b>Nov 2012</b>	<b>Evolution constatée</b>
<b>Données de la CPAM Laboratoires privés</b>			
Sérologie Ct	1056	1127	+6.7%
ADN Ct par amplification génique in vitro	866	1109	+27,8%
<b>Total</b>	<b>1922</b>	<b>2236</b>	<b>+16,3%</b>

Ces résultats ne tiennent compte que des actes ciblés et réalisés par les laboratoires privés, remboursés par la CPAM de Gironde sur ces 2 mois.

### 2.2.2. Laboratoires publics à Bordeaux

	<b>NOMBRE DE DEPISTAGES REALISES</b>		
	<b>Nov 2011</b>	<b>Nov 2012</b>	<b>Evolution constatée</b>
<b>LABORATOIRES PUBLICS BORDEAUX</b>			
<b>CHU Pellegrin</b>	627	541	-14%
<b>Centre de dépistage anonyme et gratuit</b>	378	301	-20%
<b>Total</b>	<b>1005</b>	<b>842</b>	<b>-16%</b>

- Réalisation du test de Student

D'après les données ci-dessus, le test de Test de Student avec un degré de liberté égal à 2 nous donne :  $t = 0,47$

D'après la table de Student pour un seuil de risque  $\alpha = 0,05$  on obtient :  $t = 4,302$

Donc « t » dans notre étude est inférieur à la valeur de « t » dans la table de Student. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes de Novembre 2011 et Novembre 2012 dans les laboratoires publics.

### 2.2.3. Laboratoires privés à Libourne

	NOMBRE DE DEPISTAGES REALISES		
	Nov 2011	Nov 2012	Evolution constatée
<b>LABORATOIRE PRIVE LIBOURNE</b>			
<b>Laboratoire Arriudarre</b>	40	37	-8%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>37</b>	<b>-8%</b>

Le test de Student n'est pas réalisable pour ce laboratoire car nous n'avons pas assez de données.

### 2.2.4. Laboratoires privés à Langon

L'absence d'enregistrement des données au mois de novembre 2011 ne permet pas de prendre en considération ces laboratoires dans notre étude.

## **2.3.Synthèse des résultats :**

Ressort de cette étude une nette augmentation des demandes de dépistage dans les laboratoires d'analyses médicales privés mais une diminution des demandes du côté des laboratoires publics, sur Bordeaux.

A Libourne, une diminution des demandes dans les laboratoires d'analyses privés est constatée. Nous n'avons pas de données du côté des laboratoires publics ainsi que sur la région de Langon.

Les résultats obtenus suite à la réalisation du test du Student ne sont pas significatifs car l'écart type est trop grand.

## **3. Discussion :**

### **3.1.Méthodologie :**

Il s'agissait d'évaluer l'impact d'une campagne, le recueil des données auprès des laboratoires était le plus adapté pour obtenir un maximum de résultats.

Les données de la CPAM ont permis de renforcer les résultats obtenus auprès des laboratoires d'analyses médicales privés.

Quelques difficultés ont été rencontrées.

L'étude s'est déroulée pendant la période de grève des biologistes. L'ensemble des biologistes en France faisaient grève du 4 au 8 février 2013.

Elle comporte quelques biais qui rendent difficile l'évaluation de l'impact de cette campagne.

De nombreux laboratoires ont été contactés, privés ou publics, certains ont opté pour un nouveau logiciel au cours de l'année 2012, les données du mois de Novembre 2011, n'avaient pas été archivées. D'autres laboratoires n'ont pas souhaité communiquer leurs résultats ou participer à cette campagne. Et enfin, quelques-uns, malgré les mails de relances, n'ont pas répondu. Il y a un manque de données au sein de cette étude.

Le petit nombre de laboratoires répondants explique aussi la non significativité des résultats.

L'étude aurait pu être davantage significative si les données des laboratoires avaient été recueillies sur les 3 mois faisant suite à la fin de la campagne. Malgré tout, sur une période de seulement 1 mois, une nette tendance à l'augmentation des demandes de dépistage dans les laboratoires privés a été constatée.

### **3.2. Résultats chiffrés :**

Concernant les résultats obtenus auprès du centre de dépistage anonyme et gratuit, ils peuvent être biaisés puisque le médecin correspondant de ce centre signale qu'il existait tout au long de l'année des campagnes internes, basées principalement sur la prévention des IST.

L'impact d'une campagne ne peut pas être ramené à cette seule campagne.

Il est impossible d'extrapoler l'ensemble des résultats.

On note une augmentation importante des demandes de dépistage des infections à Ct du côté des laboratoires privés. Mais si l'on compare ces chiffres à ceux d'examens biologiques, largement généralisés au cabinet, tel que la prescription de bilan lipidique, il ressort que les demandes de dépistage des Ct restent insuffisantes. Prenons comme exemple, le laboratoire Lapoujade, demandes de 1122 bilan lipidique sur le mois de Novembre 2012 contre 17 demandes de Ct, le laboratoire Accolab Sud Ouest 500 demandes de bilan lipidique pour 37 demandes de Ct.

### **3.3. Analyse des résultats :**

Un programme de dépistage s'adresse par définition à des individus asymptomatiques ou apparemment en bonne santé. Il convient donc toujours de vérifier par une évaluation a priori (c'est-à-dire avant mise en application dans la population) que les avantages du programme l'emportent sur ses inconvénients. Ceux-ci doivent être connus :

-des décideurs afin de nourrir la réflexion qui accompagne la mise en place d'un programme ;

-des citoyens afin d'éclairer leur participation à un programme.



L'efficacité de ces campagnes implique toutefois que les individus auxquels elles s'adressent soient dotés de certaines «disponibilités».

En premier lieu, les messages préventifs supposent que nous accordons une grande importance à notre santé et que sa préservation constitue une priorité pour chacun. Ils supposent également que nous estimons que notre santé est entre nos mains et que ce sont donc avant tout nos comportements qui la déterminent. En outre, la prévention mise sur notre capacité à nous projeter dans l'avenir, à prendre des décisions et à faire des sacrifices aujourd'hui pour vivre mieux demain, et plus longtemps.

Il ressort de l'étude que la campagne de l'Inpes a eu un fort impact sur les laboratoires privés. En effet, entre Novembre 2011 et Novembre 2012, les demandes de dépistage du Chlamydia ont doublé. Les données de la CPAM retrouvent une augmentation de 16% des demandes dans les laboratoires privés.

Cependant, on observe l'effet inverse sur les laboratoires publics. Entre Novembre 2011 et Novembre 2012, les demandes de dépistage ont diminué de 16%.

Ceci permet de rejoindre la définition précédemment citée concernant un programme de dépistage. Les campagnes de prévention s'adressent, essentiellement, à des personnes saines.

## **3.4. Impact des campagnes de prévention**

### **3.4.1. Le Sida**

Les campagnes de communication mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre le sida constituent un élément majeur de la politique de lutte contre le sida telle qu'elle a été menée en France. La première campagne nationale date de 1987, et affichait le slogan suivant: «Le sida ne passera pas par moi».

Les exemples d'évaluation de campagnes qui suivent concernent la promotion des piliers de la prévention en matière d'IST: le préservatif et le dépistage.

Le dispositif de communication mis en place en 2003 intitulé «Et si le préservatif était un produit comme les autres?» est assez emblématique de ces approches. Cette action s'inscrivait dans un contexte de dégradation de l'image du préservatif et de baisse de son utilisation déclarée à la fois dans la population générale et chez les homosexuels masculins.

La campagne visait à changer le regard sur le préservatif en cherchant à l'assimiler à un produit de consommation courante. Cette stratégie devait contribuer à dédramatiser l'acte d'achat et à en banaliser l'usage.

Le dispositif était composé d'une campagne télévisée (trois films, 890 GRP) et d'une action événementielle en grandes et moyennes surfaces à l'aide de «stop rayon» et «d'affichariots». Un exemple de campagne de promotion de l'utilisation du préservatif qui fonctionne.

L'évaluation visait à mesurer l'impact de la campagne Affichariot sur les ventes de préservatifs. Pour cela, une comparaison des ventes a été réalisée entre les supermarchés participants et des supermarchés non participants pendant trois périodes (avant, pendant et après la campagne). Les résultats montrent que le volume des ventes de préservatifs a augmenté dans les deux groupes de magasins pendant la campagne mais aussi dans les quatre semaines qui ont suivi la campagne.

Cependant, on constate que le marché des préservatifs a été plus dynamique dans les supermarchés qui avaient participé à l'action Affichariot.

La place du dépistage dans la prévention a connu des évolutions très importantes. Ce thème ne s'est imposé qu'en 1995-1996. Dans un premier temps, la communication visait principalement à donner des informations sur les lieux de dépistage et à orienter les personnes qui souhaitaient effectuer un test vers le centre de dépistage anonyme et gratuit le plus proche de chez eux.

En 1998, le thème est abordé pour la première fois à la télévision suite aux avancées thérapeutiques qui motivent la mise en place d'un large dispositif d'information, sensibilisant à l'importance d'une prise en charge précoce en cas d'exposition au risque.

En 2002, la campagne «Le test, c'est important de savoir» aborde les résultats du test de dépistage comme une information à échanger entre partenaires et présente le dépistage comme un élément du comportement préventif, qui était jusque-là uniquement basé sur le préservatif.

Quant à la campagne de 2010, elle s'inscrit dans le cadre de la nouvelle politique de dépistage et vise à trouver les 50000 personnes en France qui ignorent leur séropositivité.

L'évaluation de ces campagnes repose sur plusieurs éléments:

- les post-tests,
- l'impact des campagnes sur l'activité de Sida Info Service,
- l'évolution de l'activité des CDAG et les données de l'Assurance Maladie depuis 2011.

L'étude des appels reçus par Sida Info Service et des connexions à leur site Internet montre qu'il y a eu un report progressif des appels vers le site Internet. Par ailleurs, la diffusion d'une campagne d'incitation au dépistage provoque systématiquement un surplus de sollicitations.

Ces données concernent les laboratoires de ville qui font des tests de dépistage mais pas les hôpitaux et les CDAG.

Les caractéristiques des appels, lors de la campagne de 2005, nous confortent dans le fait que le surplus d'activité est lié à la campagne de dépistage. On note, en effet, pendant la période de la campagne de 2005, un fort pourcentage de nouveaux appelants, qui déclarent majoritairement avoir connu le numéro par la télévision.

En outre, 62% des entretiens ont porté sur le dépistage lors de cette période, alors que ce chiffre était de 42% lors de la même période en 2004.

En conclusion, les campagnes ont sans doute contribué à faire augmenter le recours au dépistage. Le nombre de sérologies a fortement augmenté depuis le début des années 2000, avec un maximum observé en 2005.

Cette augmentation du dépistage ne s'est ensuite pas poursuivie, bien qu'elle soit restée à un niveau élevé.

Dans le contexte actuel, les campagnes peuvent utilement accompagner les nouvelles recommandations et contribuer à la banalisation du test de dépistage. Elles peuvent également favoriser l'acceptation du test lorsqu'il est proposé par un professionnel de santé, celui-ci ayant été remis au cœur des stratégies de dépistage.

De nombreuses avancées ont été faites concernant le dépistage du VIH. En Octobre 2008, l'HAS publie des recommandations quant à l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Ils correspondent à des tests unitaires, à lecture subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) lorsqu'ils sont pratiqués auprès du patient. Ils peuvent être réalisés sur sang total, salive, plasma ou sérum en fonction de la (les) matrice(s) revendiquée(s) par le fabricant pour son produit. Ils permettent la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2) (14).

Au vu de leurs performances, de leur acceptabilité et de leurs bénéfices potentiels, les TROD disponibles en 2008 sur le marché français constituent un outil complémentaire intéressant au modèle classique de dépistage reposant sur l'utilisation des tests ELISA, permettant de répondre à deux objectifs principaux :

- obtenir un diagnostic rapide dans certaines situations d'urgence afin de pouvoir mettre en œuvre une prise en charge adaptée (accident professionnel d'exposition au sang, accident d'exposition sexuelle, urgence diagnostique devant la survenue d'une pathologie évocatrice du stade sida, accouchement d'une femme enceinte dont le statut sérologique du VIH n'est pas connu.)
- faciliter l'accès à la connaissance du statut sérologique et aux possibilités de prise en charge préventive et thérapeutique de l'infection par le VIH pour certaines populations qui ne recourent pas ou insuffisamment au dispositif classique de dépistage.

Depuis Novembre 2010, le recours au TROD s'est généralisé à toute personne souhaitant se faire dépister.

### 3.4.2. Les Antibiotiques

Depuis le lancement du Plan national « Pour préserver l'efficacité des antibiotiques », marqué par la campagne "Les antibiotiques, c'est pas automatique", des chercheurs de l'Institut Pasteur et de l'Inserm collaborent avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour évaluer l'impact du plan sur la consommation d'antibiotiques des Français.

Après avoir analysé près d'un demi-milliard de données collectées sur cinq ans (2002-2007), ils publient aujourd'hui leurs résultats dans la revue PlosMedicine : c'est la plus vaste étude d'analyse des retombées d'un plan national d'optimisation de la consommation d'antibiotiques jamais réalisée à ce jour.

Dans le cadre du plan national « Pour préserver l'efficacité des antibiotiques » à l'initiative du ministère de la Santé, la campagne autour du thème "Les antibiotiques, c'est pas automatique" menée de 2002 à 2007 par l'Assurance Maladie avait pour objectif de réduire de 25 % en cinq ans l'utilisation d'antibiotiques dans la population française ; elle ciblait particulièrement les infections respiratoires virales chez les jeunes enfants, chez lesquels plus de 50% de prescriptions d'antibiotiques était jugées inutiles devant les origines souvent virales de leurs infections.

L'impact de la campagne nationale a été analysé dans l'unité de Pharmacoépidémiologie et maladies infectieuses dirigée par Didier Guillemot à l'Institut Pasteur (Inserm U657). Ce travail s'est basé sur les données individuelles des patients, informatisées et anonymes, provenant des remboursements des frais de santé de caisses d'assurance maladie (l'Assurance Maladie et le Réseau Social des Indépendants). Ces données individuelles comprennent les informations relatives au médicament (toujours délivré accompagné d'un code-barre qui permet l'identification du produit particulier, son dosage spécifique, sa formulation, son fabricant), la date de prescription, le sexe du patient, sa date de naissance et sa région de résidence.

Au total, sur la période 2002-2007, plus de 450 millions de prescriptions individuelles d'antibiotiques ont fait l'objet de remboursements et chacune a été analysée par les chercheurs. Ils ont ainsi pu, semaine par semaine, région par région, et suivant les tranches d'âge, mesurer les variations de la consommation d'antibiotiques en France au cours de la campagne nationale.

Ils ont observé entre 2002 et 2007 une baisse de 26,5 % de la consommation hivernale d'antibiotiques, baisse atteignant 30,1 % chez les enfants de moins de 6 ans et surtout une diminution de plus de 40% du lien entre syndromes grippaux et prescription d'antibiotiques (15).

Dans un rapport publié par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (AFSSAPS) en Juin 2013, on note une réascension de la prescription d'antibiotiques de 3% ces 5 dernières années (16).

Cette évolution conduit à se demander si la dynamique induite par la campagne ne s'est pas essoufflée. Les premiers résultats 2012 montrent que la consommation se situe aujourd'hui à un niveau légèrement supérieur à celui atteint en 2005.

### 3.4.3. Le Cancer du Sein

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004, après avoir fait l'objet d'une expérimentation dès la fin des années 1980 puis d'une extension progressive sur l'ensemble du territoire.

En 2008, le taux de cancers détectés dans le cadre de ce programme a été de 6,8‰ dépistages, selon l'InVS (17). Le dépistage organisé, ajouté aux progrès thérapeutiques réalisés ces dernières années et à une meilleure organisation de la prise en charge des cancers du sein, contribue ainsi à sauver de nombreuses vies.

Une analyse publiée en 2008 dans *The Lancet Oncology* a porté sur 1,9 million de cas de cancers du sein dans 31 pays (101 registres) diagnostiqués entre 1990 et 1994. La France était alors classée au septième rang mondial, avec un taux de survie à cinq ans estimé à 79,8%. Depuis, ce taux a dépassé les 85%.

Par ailleurs, selon l'étude Eurocare-44, publiée en 2007, qui s'intéresse à la survie des cas diagnostiqués entre 1995 et 1999 dans 23 pays européens (83 registres, 2,7 millions de cas de cancer inclus), la France affiche un taux de survie relative à 5 ans de 82,7%, au-dessus de la moyenne européenne (79,5%) (18).

De plus, les lésions détectées à un stade précoce de leur développement autorisent, en général, des traitements moins lourds et moins mutilants que lorsqu'elles sont diagnostiquées à un stade plus avancé.

Le dépistage permet donc aux femmes de bénéficier d'une meilleure qualité de vie pendant et après la maladie.

La question de l'impact du dépistage organisé en termes de mortalité est régulièrement examinée. Les recommandations d'un dépistage systématique par mammographie des femmes de 50 à 69 ans et au-delà s'appuient sur l'avis de groupes d'experts internationaux qui ont, pour une grande majorité, conclu qu'il permet de réduire la mortalité par cancer du sein. En 2002, dans une vaste méta-analyse, le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) avait estimé la baisse de la mortalité à environ 35% parmi les femmes participant à ces programmes, à raison d'une fois tous les deux ans (19).

Plusieurs études ont, depuis, cherché à évaluer l'impact des programmes de dépistage organisé du cancer du sein dans les pays où ils ont été mis en place. Une majorité d'entre elles concluent que le dépistage contribue à réduire la mortalité.

Dans un numéro du BEH consacré au dépistage organisé du cancer du sein, paru en septembre 2012, l'InVS publie des résultats concernant la mortalité dans 10 essais randomisés portant sur plus de 500.000 femmes. Ces résultats montrent une réduction combinée de la mortalité par cancer du sein de 21%.

Toutefois, dans notre pays, plusieurs critères rendent difficile et probablement prématurée l'analyse précise de la contribution du dépistage organisé dans l'impact sur la mortalité. Il s'agit du bon pronostic de la maladie, de l'efficacité des traitements, de la facilité de l'accès aux thérapeutiques et de la modification des facteurs de risque dans le temps, données auxquelles s'ajoute une participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein insuffisante au regard des besoins statistiques.

La médiatisation des programmes de dépistage favorise également une amélioration de la connaissance de la maladie dans la population et chez les professionnels de santé.

L'existence du dépistage organisé du cancer du sein est ainsi largement connue du grand public (98% des 25 ans et plus, 99% des femmes de 50 à 74 ans).

C'est aussi celui pour lequel les femmes identifient le mieux l'examen : entre 50 et 74 ans, 87% d'entre elles citent la mammographie (20). Les femmes connaissent bien les moyens d'agir face à cette maladie qu'elles redoutent, et sont plus vigilantes face à l'apparition de certains symptômes.

#### 3.4.4. Le Cancer du Colon

Le dépistage organisé du cancer colorectal s'est généralisé en 2009 sur l'ensemble du territoire, il s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans. 17 millions de personnes sont invitées tous les deux ans par les structures de gestion des dépistages organisés à se faire remettre un test de dépistage par leur médecin traitant.

Le test de dépistage (Hemoccult®) consiste en un prélèvement de selles à faire chez soi (6 prélèvements au total) et à envoyer au laboratoire. Le test et sa lecture sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

La mortalité par cancer colorectal pourrait être réduite de 15 à 20 % si 50 % de la population concernée participait au programme de dépistage organisé (21).

Globalement, le post-test des campagnes télévisées (TV) et radio fait état d'une bonne compréhension des messages :

- Le message incitatif « Le dépistage du cancer colorectal est important, nécessaire » a été compris : 79 % pour la TV, 78 % pour la radio ;
- Les modalités du dépistage « Le dépistage est à faire à partir de 50 ans » ressort naturellement : 18 % en TV et 29 % en radio ;
- La nécessité d'en parler avec son médecin traitant est également spontanément restituée comme un des messages principaux de la campagne : 13 % en TV et 23 % en radio.



L'évaluation de la campagne indique un fort impact des annonces presse auprès des lecteurs de la presse quotidienne régionale avec 74 % des personnes interrogées déclarant avoir vu ou lu la campagne, dont 79 % des plus de 50 ans.

La campagne presse a également suscité une forte implication de la part des lecteurs avec, au total, 86 % des personnes interrogées qui se sentent concernées par la campagne.

Enfin, la campagne presse bénéficie d'une bonne compréhension et surtout d'un bon niveau d'incitation avec 53 % des personnes interrogées qui se déclarent incitées par la campagne à parler du dépistage du cancer colorectal (63 % pour les plus de 50 ans) soit avec des personnes de leur entourage soit avec un professionnel de santé.

Le site internet de l'Institut national du cancer (INCa) ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)), et plus particulièrement la page dédiée au dépistage du cancer colorectal ont connu une forte hausse de fréquentation durant la campagne. Ainsi, on compte plus de 79 000 vues de la page dédiée lors du mois de mars et plus de 71 000 au mois d'avril, contre 2 000 vues par mois en moyenne hors période de campagne.

On peut noter que 54 % des médecins généralistes interrogés déclarent avoir eu écho de la campagne via leurs patients. La campagne d'information destinée au grand public a donc incité les patients à aborder le sujet du dépistage du cancer colorectal lors d'une consultation.

Les structures de gestion de 9 départements participent à un groupe de travail piloté par l'INCa sur l'élaboration des campagnes d'information sur le dépistage du cancer colorectal et leur transmettent chaque année leurs données pour suivre notamment l'évolution de la participation durant les temps forts des campagnes d'information.

On note une augmentation du nombre de tests lus pendant la période des mois de mars et avril dans la plupart des départements « tests ».

En conclusion, on constate que l'ensemble des campagnes de prévention ont atteint leur principal objectif, celui de sensibiliser la population ainsi que les professionnels de santé à un message de santé publique (se faire dépister, adopter de nouveaux comportements nutritionnels, réduire la prescription de médicaments...).

Une étude publiée dans « Evolution » en Juillet 2009, a cherché à évaluer l'impact des ces campagnes de prévention auprès de 2000 personnes, âgées de 18 à 75 ans et choisies de manière aléatoire (22).

Elle montrait qu'il existe 5 profils de récepteurs aux campagnes de prévention : le réceptif, l'indifférent, l'hostile, le méfiant et l'anxieux.

Il ressort de celle-ci que le récepteur idéal de la prévention est un « oiseau » rare, en effet seul 1 français sur 8 estime à la fois que sa santé est l'une des 2 choses les plus importantes dans son existence, que celle-ci dépend d'abord de ses propres conduites et se dit prêt à « suivre ces messages » pour gagner plusieurs années de vie. Par ailleurs, si la prévention est censée s'adresser en premier lieu aux personnes encore jeunes et bien portantes soucieuses de préserver leur capital santé, ceux qui placent leur propre santé en tête de leurs préoccupations ont souvent dépassé la cinquantaine et estiment plus fréquemment que leur santé n'est pas bonne.

Les résultats suggèrent que la fiabilité perçue des campagnes apparaît très forte. Elle est une condition nécessaire mais pas suffisante à leur efficacité.

L'étude montre aussi que l'aspect moralisateur des campagnes n'est pas un obstacle à cette efficacité, mais que l'angoisse n'est pas toujours un bon moyen incitateur à changer de comportements.

L'ensemble des participants à l'étude déclare qu'en dehors de l'impact de ces campagnes sur leurs conduites, les messages de prévention envisagés suscitent la discussion, que cela soit avec un professionnel de santé ou avec un proche jugé concerné. Cette proportion varie de 58% parmi les méfiants à 80% parmi les réceptifs. Ces derniers constituent donc potentiellement de puissants relais des messages préventifs.

Il est considéré que pour obtenir une participation volontaire massive à ces campagnes de prévention, il est nécessaire de fournir à la population concernée une information compréhensible et pertinente sur les bénéfices attendus et les contraintes et nocivités éventuelles de cette action. Il est important d'obtenir une coordination de tous les partenaires autour d'un message unique, simple mais complet et honnête, c'est-à-dire sans « sur-promesse ». Il faut aussi réussir à normaliser l'acte, se faire dépister n'implique pas qu'on est porteur de la maladie.

Un colloque scientifique, proposé par l'Inpes en 2011, intitulé : « Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention » a permis de rappeler que celles-ci ne sont qu'un des éléments des programmes de prévention (23). Ces derniers sont dans la plupart des cas des programmes composites au niveau national et au niveau local et comportent des actions extrêmement diverses (actions sur les taxes ou les prix, intervention sur l'environnement, actions d'éducation pour la santé...).

Les campagnes constituent cependant un élément stratégique des programmes et un élément d'identification et d'intelligibilité des programmes. Il est très important de pouvoir mesurer les processus par lesquels les campagnes fonctionnent au sein de la société et au sein des différents publics cibles. Pour cela, il est essentiel de mener des évaluations dans chacune des phases successives des campagnes: conception, préparation, délivrance....

Par ailleurs, il faut se rappeler qu'une campagne n'est pas isolée.

Elle vient s'inscrire dans un univers de messages sur la santé. Un même public est en effet souvent concerné par plusieurs messages (lutte contre le VIH, lutte anti-tabagisme, campagne de vaccination...).

Il serait nécessaire de comprendre comment ces campagnes résonnent entre elles et quels sont leurs impacts conjoints sur les conduites et les prises de responsabilité des personnes, alors qu'elles sont encore le plus souvent envisagées de façon isolée.

Certains thèmes de campagnes sont traités par la communication préventive depuis 20 ou 25 ans. La difficulté, pour ces campagnes, est d'assurer une certaine continuité mais aussi le renouvellement des messages, qui doivent constamment être en adéquation avec les données nouvelles.

L'exemple du dépistage du VIH est en cela emblématique. A l'origine, les pouvoirs publics ne souhaitaient pas que le dépistage soit utilisé dans un cadre préventif. La façon dont les populations ont réagi les a, par la suite, amenés à changer le message délivré sur le dépistage. Aujourd'hui ce sont des nouvelles données scientifiques qui nous conduisent à adopter une nouvelle stratégie. Les populations ne constituent pas un public captif qui réagit de façon automatique, elles ont de multiples repères, construisent des représentations et c'est pourquoi il est essentiel d'observer avec attention ce qui est reçu, compris et retenu des messages.

Les campagnes de communication sont nécessaires, utiles et indispensables. Néanmoins, elles ne suffisent pas à changer les comportements.

Leur caractère « one shot » est en particulier parfois regrettable (on est sensibilisé au dépistage, on se fait dépister, puis on oublie). En revanche, les campagnes ont l'avantage de «préparer le terrain» en créant un environnement favorable. Le «bruit de fond» des campagnes permet de faire en sorte que la cause qui nous préoccupe demeure une question de santé publique.

L'ensemble des campagnes de prévention utilise les médias (télévision, radio, presse, internet) pour faire passer leur message. Ceci a été le cas pour la campagne de l'Inpes sur le dépistage des infections à chlamydia trachomatis ainsi que pour celles décrites précédemment. Le mode de diffusion des messages de prévention reste un élément important pour tenter de sensibiliser la population. Les messages seront plus vus et assimilés par certaines classes d'âge selon les moyens de communication utilisés :

- Les moins de 35 ans par Internet
- Les 35-50 ans, par télévision
- Au-delà de 50 ans, par la presse et la radio.

L'impact de la campagne de l'Inpes sur le dépistage des infections urogénitales à chlamydia trachomatis n'a pas été évalué dans d'autres départements. Les seuls travaux effectués consistaient à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un protocole de dépistage.

### **3.5.L'abord de la sexualité :**

Pour proposer un dépistage des IST, il faudrait d'abord rechercher les facteurs de risque des différentes IST. Cela amène le médecin à aborder avec ses patients leurs comportements sexuels (nombre de partenaires, sexe des partenaires, type de relation sexuelle, usage des préservatifs), et leurs antécédents d'IST. Cet exercice n'est pas évident à mettre en pratique en consultation par le soignant d'une part et par le patient d'autre part.

Une étude menée auprès de jeunes internes, publiée dans la revue « Exercer » en 2008, permet de constater qu'il existe un malaise chez les futurs généralistes dans la prise en charge d'une plainte sexuelle.

Ce malaise paraît davantage lié à une absence de formation initiale qu'au registre tabou de la plainte (24).

Il semble par ailleurs qu'il faille proposer naturellement aux patients de parler de leur sexualité pour qu'ils puissent plus facilement exprimer leurs éventuelles difficultés.

Plusieurs études ont mis en évidence les difficultés rencontrées, d'une part par les médecins généralistes et d'autre part par les patients, pour aborder le thème de la sexualité.

Un travail de thèse mené par Maud Poirier sur « Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? », a montré que les médecins généralistes de Franche Comté, étaient plus en difficulté pour parler de la sexualité avec des patients de sexe différent. Le discours s'avère le même pour les patients (25).

La différence de génération entre le médecin et son patient peut faire que leurs représentations de la sexualité soient différentes.

En effet les représentations du médecin influencent l'abord de ce sujet tant dans le fait de l'aborder que dans la manière. Il ne traite le sujet que dans un contexte particulier et souvent en rapport avec une problématique précise.

Ce qui ressort d'une formation médicale continue (FMC) menée par le Docteur Freydt, dans un article « Le Généraliste », le médecin est là pour aider les adolescents à se reconnaître eux même, donner des réponses à leur questions, les rassurer sur leur normalité ou leur apporter des informations qu'ils n'ont pas (26). Pourquoi aborder la sexualité en consultation ?

- Pour permettre à l'adolescent de s'exprimer sur lui-même, son corps, sa physiologie, ses émotions, ce qu'il ressent, et répondre à ses interrogations, l'aider à se situer et à réfléchir à son développement.

- Cet intérêt manifesté à son jeune patient, pour la sexualité comme pour le reste, le valorise et l'incite à prendre soin de lui et à développer son estime de soi, particulièrement fragile à l'adolescence.

- Faciliter «le passage de la notion de connaissance à celle de compétence» grâce à des conseils et des informations concrètes: connaître les moyens de contraception adaptés et savoir les utiliser correctement, savoir se procurer une contraception d'urgence, savoir penser aux IST, connaître les

numéros verts et sites internet dédiés à la sexualité et à la contraception. Ces informations doivent être adaptées aux besoins et aux choix de l'adolescent en matière de sexualité.

La thèse menée par Hélène Ceglarec sur « L'abord de la sexualité chez les adolescents en médecine générale » a montré que les médecins n'abordent pas systématiquement la sexualité avec leurs patients adolescents, qu'ils ont besoin d'un prétexte purement médical pour le faire. La sexualité est surtout envisagée par ses risques, le discours médical est susceptible de leur faire peur. La complexité de la relation médecin-patient réside dans la nécessité de garder « une bonne distance » avec le patient adolescent, généralement connu depuis l'enfance. Mais il faut instaurer une relation de confiance permettant à l'adolescent de se livrer. De cette étude ressort que les médecins généralistes ont conscience de cette difficulté d'aborder la sexualité avec les patients adolescents, mais que cela reste nécessaire. Ils doivent tenter de surmonter leurs appréhensions (27).

Un guide d'intervention pour les professionnels de santé a été publié par l'Inpes « Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé de l'adolescent ». Il en ressort que le professionnel de santé doit dans un premier temps signifier sa disponibilité à l'adolescent, créer et maintenir un lien avec celui-ci, ne pas rester à la demande initiale. Il doit gagner la confiance des adolescents, décoder leurs attitudes, construire ses réponses avec eux, en explorant leurs représentations de la santé. Enfin il doit travailler en lien avec d'autres adultes et professionnels (28).

La proposition d'une consultation annuelle de prévention à tous les adolescents de 16 à 25 ans a été faite en 2008, dans le cadre du plan Santé-Jeunes par le ministère de la santé. Il est souligné qu'à l'occasion de ces consultations, il est important de susciter l'intérêt de l'adolescent en ce qui concerne sa santé et d'établir une relation de confiance permettant un dialogue ouvert et un suivi.

Ce sont les médecins généralistes que les adolescents consultent en priorité pour des motifs variés, de la demande de certificat de sport aux problèmes personnels en passant par les affections somatiques diverses. Ouvrir ces consultations à la prévention et au dépistage des conduites à risque et du mal-être fait alors partie de notre travail.

Cependant, la proposition faite par le ministère de la santé a été difficile à mettre en place, et n'est à ce jour plus d'actualité.

Des études étrangères telles que l'étude Mc Nulty en 2004, note que les médecins anglais sont assimilés à des « pervers » par leurs patients, si l'abord de la sexualité se fait au cours d'une consultation non motivée (29).

L'étude australienne Hocking de 2008, retrouvent également l'inconfort des médecins pour parler de sexualité, le sentiment que les patients pourraient se sentir insultés (30).

En conclusion, parler de la sexualité en consultation reste encore une des barrières au dépistage des IST.

## **3.6.Solutions et perspectives :**

### 3.6.1. La formation professionnelle

Il serait judicieux d'envisager de mettre en place un enseignement qui permette aux futurs médecins généralistes, de mieux aborder la sexualité en consultation de médecine générale.

Le médecin généraliste étant un intervenant de première ligne dans la prévention, la santé de ses patients, il devrait être sensibilisé aux problématiques sexuelles, pour répondre aux attentes de ses patients.

### 3.6.2. Une consultation dédiée à la prévention

La création d'une consultation dédiée à la prévention en médecine générale pourrait grandement faciliter ce type de dépistage. La consultation pourrait être annuelle et prise en charge entièrement par la sécurité sociale.

Le contenu dépendra de l'âge du patient, de ses antécédents et de ses facteurs de risque.

Cette consultation permettra d'aborder la question du dépistage, de manière naturelle, le thème de la sexualité. Il faudra bien sûr que le patient joue le jeu et ne fasse pas intervenir d'autres motifs de consultation.

Elle permettrait également de continuer à véhiculer les « messages de prévention », concernant les IST.

La mise en place de cette consultation aurait un coût mais permettrait probablement une meilleure prévention.

La loi de santé publique de 2004 prévoit des consultations périodiques de prévention et des examens de dépistage. Mais actuellement aucune étude ne permet d'évaluer le bénéfice à attendre d'une telle fréquence. Une consultation périodique individualisée en fonction des risques personnels semble plus raisonnable (31).

### 3.6.3. Des campagnes d'information

Les infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* sont des IST très peu connues par le public. Il est donc important de développer des campagnes d'information, via Internet, les revues, la télévision, l'éducation par les infirmières scolaires ou celles des CPEF, et bien sûr par les professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue).





## **CONCLUSION**

Le dépistage des infections uro-génitales à Ct est un véritable objectif de santé publique. Elle est l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus répandue dans les deux sexes. Les complications de cette infection chez la femme en font un sujet important de prévention.

Ce travail a mis en évidence une augmentation des demandes de dépistage des infections uro-génitales à Ct dans les laboratoires privés, suite à la campagne menée par l'Inpes. Par contre, on note une diminution du côté des laboratoires publics. Malgré cela, les résultats de notre étude ne sont pas significatifs, et les demandes de dépistages du Ct restent bien insuffisantes à côté de certains examens largement généralisés au cabinet.

Cette campagne s'est tout de même avérée efficace, sensibilisant les patients et les professionnels de santé au dépistage des IST, au moins dans le cadre de la population étudiée dans ce travail.

Il persiste des barrières au dépistage des IST. L'abord de la sexualité en consultation de médecine générale en est une. Une meilleure formation des futurs médecins généralistes dans ce domaine permettrait de faciliter les échanges avec leurs patients sur le thème de la sexualité et des IST. Une consultation spécifiquement dédiée à la prévention serait une solution pour renforcer l'action des campagnes.

La sexualité est un sujet qui touche des adolescents de plus en plus jeunes, il serait nécessaire d'améliorer les campagnes d'information dès le collège.

Même si on note une meilleure prise en charge des infections uro-génitales à Ct, il reste encore de nombreux points à étudier.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. Goulet V, Laurent E et les biologistes du réseau Rénachla. Augmentation des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données de Rénachla de 2003 à 2006. BEH, 5 Février 2008. n°5-6. p 42-46
2. Goulet V, De Barbeyrac B, Raheison S et al, Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? BEH, 5 avril 2011. n°12. p 160-164
3. Gallay A, Magid H, Goulet V et al. Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH). Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance 1996-20005. p 72-76. (En ligne) [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans\\_VIH/rapport\\_vih\\_sida\\_10ans-5-Epidemiologie.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_VIH/rapport_vih_sida_10ans-5-Epidemiologie.pdf), consulté le 30juillet
4. Warszawski J, Goulet V. Dépistage systématique des infections à Chlamydia trachomatis : il est temps d'agir. Chlamydia Trachomatis : études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive. BEH, 3 Octobre 2006. n°37-38. p 275-276
5. Bianchi A, De Moegen F, Creuzy MJ. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un centre de planification familiale de Seine-Saint-Denis et intérêt de l'auto-prélèvement, 2005. BEH du 3 octobre 2006, n° 37-38, p. 282-3.
6. Doury B, Leurent B, Bianchi A. Prévalence de Chlamydia trachomatis chez des étudiants de l'Université Paris 5, 2003-2005. BEH du 3 octobre 2006, n° 37-38, p.284-5.

7. De Barbeyrac B, Raheison S, Bernabeu A. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans la population d'étudiantes des universités de Bordeaux, 2004. BEH du 3 octobre 2006, n° 37-38, p. 288-90
8. ANAES. Evaluation du dépistage des infections urogénitales basses à chlamydia trachomatis en France. Février 2003, Tome 2, p 95, (En ligne)  
[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia\\_tome2\\_synth.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf), consulté le 30 juillet 2013.
9. InVs. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles. Décembre 2011. (En ligne) :  
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>, consulté le 20 aout 2013.
10. ANAES. Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections urogénitales basses à chlamydia trachomatis. Février 2003. Tome 1 : p104
11. Arnaud C, Evaluation des procédures de dépistage, Module 1: Apprentissage de l'exercice médical, p 64, (En ligne) :  
[www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/.../011\\_depistage\\_CA\\_SA.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/.../011_depistage_CA_SA.pdf)
12. CMIT. Maladies Infectieuses et Tropicales. Guide de traitement 2009. In POPI : Vivactis Plus Ed. 424 p. p150-155
13. Infection sexuelle à Chlamydia : chacun peut être concerné sans le savoir, Inpes , 6 septembre 2012. (En ligne)  
<http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/12/cp120906-chlamydia.asp>, consulté le 15 mars 2013.
14. HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France, stratégies et dispositif de dépistage. Octobre 2009. p 20-24

15. Les antibiotiques sont-ils encore « automatiques » en France? Bulletin de l'organisation mondiale de la santé. Janvier 2011. vol. 89. p. 1-80, (En ligne) :  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/11-030111/fr/index.html>
16. Cavalié P, Evolution de la consommation d'antibiotiques en France de 2000 à 2012. ANSM. Juin 2013. (En ligne) :  
[ansm.sante.fr/.../Rapport\\_Antibiotiques-+2012.pdf](http://ansm.sante.fr/.../Rapport_Antibiotiques-+2012.pdf)
17. Duffy S, Paci. Bénéfices et Risque du dépistage du cancer du sein par mammographie. BEH. Septembre 2012. n°35, 36, 37 page 407-408, (En ligne) :  
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-35-36-37-2012>
18. Sant. M, Allemani C, Santaquilani M et al, Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. Eurocare-4, 2009, p 931-988, (En ligne) :  
[http://www.nicer.org/assets/files/p\\_EUROCARE-4\\_Survival\\_of\\_cancer\\_patients\\_diagnosed.pdf](http://www.nicer.org/assets/files/p_EUROCARE-4_Survival_of_cancer_patients_diagnosed.pdf)
19. Blum-Boisgard C, Bremond A, Cuchera M et al, Dépistage du cancer du sein par mammographie : Evaluation de la méta-analyse de Olsen et Gotzsche. ANAES. Janvier 2002. p 8-13, (En ligne) :  
<http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cancer.sein.mammo.pdf>
20. Bilan de la campagne d'information Octobre rose 2012 pour le dépistage organisé du cancer du sein. Institut national du cancer. Juillet 2013. p1-13. Bilan d'activité et d'évaluation. (En ligne) :  
<http://www.e-cancer.fr/publications/58-information/691-bilan-de-la-campagne-dinformation-octobre-rose-2012-pour-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein>

21. Bilan de la campagne d'information Mars 2011 pour le dépistage organisé du cancer colorectal. Institut national du cancer. 2013. p1-18. Rapport et synthèse. (En ligne) : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
22. Peretti-Watel, Seror, Du Roscoat et al. La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes. Evolution. Juillet 2009. n°18. pages 1-6
23. Inpes, Colloque scientifique : Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ? Décembre 2011, p 46-55
24. Vallée J, Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Exercer 2008. Volume 19 n°81. pages 49-51, (En ligne) : [http://www.campusumvf.cnge.fr/materiel/plainte\\_sexuelle.pdf](http://www.campusumvf.cnge.fr/materiel/plainte_sexuelle.pdf)
25. Poirier Maud. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? Thèse doctorat de médecine .Université de Nantes. Année 2010 n°5.
26. Freydt C. Comment aborder la sexualité avec un adolescent. Le généraliste n°2431, 13 mars 2009. (En ligne) : [http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub\\_FMC.cfm?espace=FMC&id\\_etiquette=M25&id\\_article=22229](http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub_FMC.cfm?espace=FMC&id_etiquette=M25&id_article=22229)
27. Ceglarec M. L'abord de la sexualité chez l'adolescent en médecine générale. Thèse de doctorat de médecine. Université Bordeaux II Victor Segalen. Mai 2010.
28. Inpes. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent. Entre nous. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009. (En ligne) : [www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/.../entrenous](http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/.../entrenous)
29. McNulty CAM, Freeman E, Bowen J. et al. Barriers to opportunistic Chlamydia testing in primary care. British J GenPract 2004. 54. 508-514.

30. Hocking J S, Parker RM, Pavlin N et al. What need to change to increase Chlamydia screening in general practice in Australia? The view of general practitioners. BMC Public Health 2008.
31. Collectif UNAFORMEC. Consultation spécifique de prévention : oui, mais pas sans suivi...Bibliomed n°491. 31 Janvier 2008 consultable sur le site : <http://www.unaformec.org/Bibliomed-No491-du-31-janvier-2008.html>
32. Cebollada J. Les infections urogénitales basses à chlamydia trachomatis : enquête sur les savoirs et connaissances des médecins généralistes ainsi que leurs opinions sur un dépistage organisé en cabinet. Thèse de doctorat de médecine. Université Paris Descartes.7 Janvier 2011
33. Moryoussef A. Existe-t-il aujourd'hui des arguments scientifiques pour mettre en place un dépistage systématique des infections urogénitales basses à chlamydia trachomatis en soins primaire en France. Thèse de doctorat de médecine. Université Paris 7. 20 Septembre 2011
34. Imbert N. Enquête sur les pratiques d'un groupe de médecins généralistes des Hauts de Seine et sur les obstacles au dépistage de l'infection uro-génitale à Clamychia Trachomatis. Thèse de doctorat de médecine. Université Paris 7. Année 2010. n°49.
35. Lebrun T, OLIVIER-KOEHRET M, Le généraliste face à l'adolescent. Le forum des médecins généralistes. Décembre 2007. n°20.

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

Ct : Chlamydia trachomatis

IST : Infection sexuellement transmissible

Inpes : Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé

ADN : Acide désoxyribonucléique

LGV : Lymphogranulamatose vénérienne

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DAV : Dispensaire anti vénérien

InVs : Institut national de veille sanitaire

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

PCR : Polymérase chain reaction

OMS : Organisation mondiale de la santé

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

TV : télévision

InCa : Institut national du cancer

FMC : Formation médicale continue

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

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

HAS : Haute autorité de santé



ELISA : Enzyme-linked immunosorbent assay

PCR : Polymerase chain reaction

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CNR : Centre national de référence des chlamydia

# **ANNEXE 1**

## **Bordeaux :**

### **LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES :**

-Accolab Sud ouest

0556461616

[florence.chaleat@accolab.com](mailto:florence.chaleat@accolab.com)

45 cours Mar Galliéni 33000 Bordeaux

-AnalaboPhVermandel

0556989923

[vservant@analabo.fr](mailto:vservant@analabo.fr)

14 place Amélie Raba Léon 33000 Bordeaux

-Analyses médicales des 2 rives

0556487000

[analysesmedicales@gmail.com](mailto:analysesmedicales@gmail.com)

39 cours Victor Hugo 33000 Bordeaux

-Lapoujade

0556500463

labolapoujade@orange.fr

Centre commerciale Gd Parc 33000 Bordeaux

- Laboratoire Parker Serres

0556919090

anarevdormoy@wanadoo.fr

9 place Pierre Jacques Dormoy 33800 Bordeaux

-Exalab

0556465059

d.boraud@exalab.fr

-Lesthelle Sophie

0556915475

biologistes.victoire@orange.fr

31 place Victoire 33000 Bordeaux

-Laboratoire Biopole 33/Barriere de Toulouse

0556854600

20 rue Armand Lamarque 33800 Bordeaux

-Laboratoire médical des Chartrons

0556430500

125 rue Balguerie Stuttenberg 33000 Bordeaux

-Laboratoire d'analyses médicales Gambetta

0556006970

[biogam.jpbouvet@wanadoo.fr](mailto:biogam.jpbouvet@wanadoo.fr)

30 place Gambetta 33000 Bordeaux

-Analyse médicale Chatelier Peronneau

0557876565

14 cours BalguerieStuttenberg 33000 Bordeaux

-Busquet-Maury Anne

0556291125

71 boulevard Albert Brandunberg 33000 Bordeaux

-Laboratoire d'analyses médicales Bionor

0556111919

18 rue Henry Guillemin 33000 Bordeaux

-Laboratoire des Allées Tourny

0556794500

[helene.valade@biossice.fr](mailto:helene.valade@biossice.fr)

17 allée Tourny 33000 Bordeaux

- Raspaud Marsan Chabrol Naour

0557191900

Laboratoire cours saint Louis 33000 Bordeaux

Laboratoire Cauderan

05 56 08 77 88

113 avenue du General Leclerc 33000 Bordeaux:

Laboratoire avenue de la LibérationBuscat 33000 Bordeaux

Laboratoire 218 rue mandron 33000 bordeaux

05 56 69 63 69

## **CHU :**

-Pellegrin Service de Bactériologie

0556795667

[bertille.de.barbeyrac@u-bordeaux2.fr](mailto:bertille.de.barbeyrac@u-bordeaux2.fr)

Place Amélie Raba Léon 33000 Bordeaux

### **Centre de dépistage anonyme et gratuit**

(Docteur Lehaine)

0557224666

2 rue du Moulin Rouge 33000 Bordeaux Cauderan

### **Caisse primaire d'assurance maladie de Gironde :**

3646

232 rue Pelleport

33000 Bordeaux

### **Langon :**

### **Laboratoire d'analyses médicales :**

-Laboratoire du Val de Garonne

0557980606

Zi dumes33210 Langon

**Centre Hospitalier sud gironde Service de Bactériologie**  
(Docteur Roche)

0556765752

Rue Langevin33210 Langon

## **Libourne :**

### **Laboratoire d'analyses médicales**

-Laboratoire Chassagnoux Perrin Eymas

0557553848

[m.eymas@biolib.fr](mailto:m.eymas@biolib.fr)

11 avenue Galliéni 33500 Libourne

-LaboratoireArriudarre

0557511089

[laboratoire.rialto@gmail.com](mailto:laboratoire.rialto@gmail.com)

9 allée robert boulin 33500 Libourne

**Hopital Robert Boulin Service de Bactériologie** (Docteur El  
Arhi)

05 57 55 34 34

112 rue de la marne 33500 Libourne



# ANNEXE 2

## Dépistage du Chlamydiae

### OBJECTIF

Une campagne a été menée en 2012 auprès des adolescents, des groupes à risque et des médecins. Aussi, pour évaluer l'impact de cette campagne, le Dr Ducos souhaiterait connaître le nombre de dépistages réalisés par les laboratoires en novembre 2011 (avant la campagne) et en novembre 2012 (après la campagne).

### METHODOLOGIE DE REQUETAGE

#### Source :

ERASME V0.7 régime général (hors SLM)

#### Période de recueil :

Situation de la BDO au : 04/10/2013

Remboursements : du 01/11/2011 au 08/10/2013

Actes réalisés en novembre 2011 et novembre 2012

#### Autres critères :

Laboratoires d'analyses médicales et laboratoires permanents (spécialité 30 et 39)

Code acte de biologie :

- 1308 : Sérologie bactérienne pour les infections pulmonaires à Chlamydia Pneumonia

- 3308 : Examen précédent + examen itératif

- 1309 : Sérologie bactérienne pour les infections à Chlamydia Psittaci

- 3309 : Examen précédent + examen itératif

- 5257 : Recherche d'ADN ou d'ARN de Chlamydia Trachomatis pour amplification génique in vitro sur tout type d'échantillons

- 1307 : sérologie de Chlamydia Trachomatis

#### Recueil des informations :

- 1) Création d'une table listant l'ensemble des actes ciblés de biologies des bénéficiaires girondins réalisés par des laboratoires privés sur les 2 mois d'études.
- 2) Edition des résultats.

### RESULTATS

Code acte de Biologie	novembre-11		novembre-12		évolution	
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'actes	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'actes	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'actes
1308	37	37	54	56	45,9%	51,4%
3308	5	6	0	0	-100,0%	-100,0%
1309	7	7	8	8	14,3%	14,3%
3309	0	0	0	0	-	-
5257	866	876	1 108	1 121	27,9%	28,0%
1307	1 056	1 061	1 127	1 132	6,7%	6,7%
<b>Total</b>	<b>1 831</b>	<b>1 987</b>	<b>2 080</b>	<b>2 317</b>	<b>13,6%</b>	<b>16,6%</b>

Entre le mois de novembre 2011 et le mois de novembre 2012, le nombre de bénéficiaires girondins ayant eu recours à un dépistage du Chlamydiae a progressé de près de 14%.

### OBSERVATIONS

Ces résultats ne tiennent compte que des actes ciblés et réalisés par des laboratoires privés en novembre 2011 et novembre 2012, remboursés par la CPAM de Gironde depuis novembre 2011.

# **SERMENT MEDICAL**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



## **ABSTRACT**

The urogenital infection by *Chlamydia trachomatis* is a sexual transmissible disease which is widely spread all over developed countries. It is in perennial increase. Asymptomatic or responsible for diverse urogenital disorders, it may be the origin of serious complications, more particularly for women. Those complications could be avoided with simple and reliable tests as well as with the prescription of an efficient antibiotic treatment.

They aim at valuing the impact of the campaign conducted by the National Institute for Health Education in Gironde. This campaign entitled on the Internet-"Do you Know Chlamydia? We can all be carriers unknowingly."- was led from the 3rd of September to the 15 th of October 2012. Out of 25 contacted laboratories ,16 have transmitted a large number of Chlamydia detections carried out in November 2011 and in November 2012.

Requests for detection have doubled in private laboratories and diminished by 16% in public laboratories. Requests have increased of 16% in private laboratories according to the CPAM. The campaigns are being essentially meant for asymptomatic persons or apparently healthy persons.

Most prevention campaigns have had the expected impact. In addition to changes in behaviours, they give rise to a discussion either with a health professional or with the closest persons who might be concerned. A pertinent and compréhensible information about the expected profits must be delivered for a massive participation to the programme of detection and requires a coordination of all the partners around a sole message,both clear and honest. The difficulty lies in the continuity and the renewal of this message which must fit the new data. A consultation dedicated to prevention could be examined. It would permit to deal with the difficult matter of sexuality,to identify the persons with risks and to propose a detection. The training of health professionals as well as the campaigns of information are the essential measures to take to achieve an objective of public health.

## **RESUME**

L'infection uro-génitale à *Chlamydia Trachomatis* est une IST très répandue. Elle est en constante augmentation. Asymptomatique ou responsable de troubles uro-génitaux divers, elle est à l'origine de graves complications, notamment chez la femme. Celles-ci pourraient être évitées, du fait de l'existence de tests de dépistage fiables et simples à réaliser et par l'instauration d'un traitement antibiotique efficace.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact de la campagne menée par l'Inpes en Gironde ; campagne web intitulée : « Connaissez-vous Chlamydia ? Nous pouvons tous être porteurs sans le savoir » menée du 3 septembre au 15 octobre 2012. Sur les 25 laboratoires contactés, 16 ont communiqué le nombre de dépistages des chlamydia réalisé sur le mois de Novembre 2011 et sur Novembre 2012. Les demandes de dépistage ont doublé dans les laboratoires privés et diminué de 16% du côté des laboratoires publiques. Les données de la CPAM retrouvent une augmentation de 16% des demandes dans les laboratoires privés. Les campagnes s'adressent essentiellement à des personnes asymptomatiques ou en bonne santé apparente.

Les campagnes de prévention ont eu l'impact souhaité auprès de la population. En dehors d'un changement des conduites, elles suscitent une discussion soit avec un professionnel de santé soit avec un proche jugé concerné. Une information simple et compréhensible des bénéfices attendus doit être délivrée pour une participation massive au programme de dépistage et nécessite une coordination de tous les partenaires autour d'un message unique et honnête. La difficulté réside dans la continuité et le renouvellement de ces messages, qui doivent être en adéquation avec les données nouvelles. Une consultation dédiée à la prévention serait une des solutions à étudier, elle permettrait d'aborder le thème de la sexualité, d'identifier les personnes dites à risque, et de proposer un dépistage des IST. La formation des professionnels de santé ainsi que les campagnes d'informations sont les mesures essentielles pour la réussite d'un objectif de santé publique.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS CLES : Chlamydia, Dépistage, Campagne d'informations, Inpes, Médecine générale

Université Victor Segalen Bordeaux II, 146 rue Léo Saignat Bordeaux