



Promotion du dépistage opportuniste des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis par auto-prélèvement chez les patients de 18 à 24 ans en soins primaires. Mise en œuvre et évaluation en France du projet Européen CATTE (ChlAmydia Testing Training in Europe) : analyse quantitative et qualitative de l'intervention auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes

Soline Detanne

► **To cite this version:**

Soline Detanne. Promotion du dépistage opportuniste des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis par auto-prélèvement chez les patients de 18 à 24 ans en soins primaires. Mise en œuvre et évaluation en France du projet Européen CATTE (ChlAmydia Testing Training in Europe) : analyse quantitative et qualitative de l'intervention auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01294515

HAL Id: dumas-01294515

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01294515>

Submitted on 29 Mar 2016

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 SOPHIA-ANTIPOLIS DE NICE

FACULTÉ DE MEDECINE DE NICE

**Promotion du dépistage opportuniste des infections
uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* par
auto-prélèvement chez les patients de 18 à 24 ans en
soins primaires**

**Mise en œuvre et évaluation en France du projet
Européen CATTE (*ChlAmydia Testing Training in Europe*)**

Analyse quantitative et qualitative de l'intervention auprès de
Médecins Généralistes dans les Alpes-Maritimes

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le 5 Mars 2015

Par **Soline DETANNE**, née le 13 Décembre 1986

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Jury de thèse

Président : Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Assesseurs : Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON
Monsieur le Docteur Maxence DOREZ

Directeurs de thèse : Mesdames le Docteur Pia TOUBOUL et le Docteur Brigitte DUNAIS

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LAZDUNSKI Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LE BAS Pierre
M. BOURGEON André	M. LE FICHOUX Yves
M. BOUTTÉ Patrick	M. LOUBIERE Robert
M. BRUNETON Jean-Noël	M. MARIANI Roger
Mme BUSSIERE Françoise	M. MASSEYEFF René
M. CHATEL Marcel	M. MATTEI Mathieu
M. COUSSEMENT Alain	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SCHENEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. LALANNE Claude-Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. LAMBERT Jean-Claude	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
-------------------------	-----------------------

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric GRIMAUD	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	Dominique HASSEN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole LONJON	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	Michel MARQUETTE	Neurochirurgie (49.02)
M.	Charles-Hugo MARTY Pierre	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.		Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
Mme	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	CHINETTI Guilïa	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)

M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain FOSSE	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	Thierry GARRAFFO	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	Rodolphe GIOVANNINI-	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	CHAMI Lisa HINAULT	Pédiatrie (54.01)
Mme	Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie– Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mlle	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christian PRADIER, Président du jury,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury afin de juger mon travail et de m'avoir accueillie un semestre au sein du DSP. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie, soyez assuré de mes considérations les plus respectueuses.

A Monsieur le Professeur SAUTRON,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, c'est un honneur, soyez assuré de ma profonde estime et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Maxence DOREZ,

Qui a accepté de juger mon travail, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Pia TOUBOUL,

Merci infiniment de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir permis de participer à ce projet Européen. Je te remercie pour ton soutien sans faille dans la réalisation de ce travail, pour ta patience et ta gentillesse. Sois assurée de ma grande gratitude, de ma reconnaissance et de mon respect éternel.

A Madame le Docteur Brigitte DUNAIS,

Je te remercie pour ton soutien lors de la réalisation de ce projet, de ta présence même à distance, de tes pertinentes suggestions et de ton analyse mathématique. Tu as été d'une aide précieuse, sois assurée de ma sincère gratitude et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Pascale BRUNO,

Merci pour ta participation au projet CATTE, pour ton implication, tes conseils et ton aide. Sois assurée de ma reconnaissance.

Aux visiteurs,

Sans qui le projet n'aurait pu aboutir, je vous remercie infiniment pour votre participation et votre implication dans le projet CATTE.

A Madame le Docteur en Biologie Lilli PANDIANI des laboratoires Labco à Nice,
Pour son aide matériel et sans qui l'étude n'aurait pas pu se concrétiser, merci pour votre bienfaisance perpétuelle.

A tous les Médecins généralistes,
Pour leur participation au projet CATTE, leur accueil et leurs actions de prévention.

A l'ensemble du personnel du DSP,
Pour leur aide et leur bonne humeur.

A mes Parents (dont l'un est parti trop tôt mais à jamais dans mes pensées) et mon Frère,
Merci pour votre amour, votre soutien à toute épreuve, la transmission de vos valeurs et la passion des voyages.

A Gilles, *pour sa patience, sa présence, son soutien sans faille, son Amour.*

A Yaelle, ma douce belle sœur et Gabriel, mon neveu adoré

A mes Beaux-parents, à Chloé et Aubin, *pour leur soutien durant mes études et pour tous les bons moments partagés passés et à venir.*

A ma famille, A ma belle famille,

A tous mes amis d'ici et d'ailleurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	11
1. Contexte.....	12
2. Matériel et Méthodes.....	14
2.1 Intervention	14
2.2 Evaluation quantitative	17
2.2.1 Evaluation de la formation par les visiteurs.....	17
2.2.2 Evaluation de la visite confraternelle par les MG	17
2.2.3 Suivi des inclusions par les Médecins généralistes.....	17
2.2.4 Suivi du nombre de dépistages remboursés par l'Assurance Maladie	17
2.3 Evaluation qualitative	18
2.3.1 Evaluation qualitative post-interventionnelle auprès des visiteurs.....	18
2.3.2 Evaluation qualitative post interventionnelle auprès des MG visités.....	18
3. Résultats	19
3.1 Analyse de l'évaluation de la formation par les visiteurs.....	19
Tableau 1. Caractéristiques des visiteurs	19
Figure 1.Evaluation de la formation des visiteurs.....	20
3.2 Analyse de l'évaluation de la visite confraternelle par les MG	20
Figure 2. Recrutement des MG	21
Tableau 2. Caractéristiques des Médecins généralistes visités.....	21
3.3 Analyse des inclusions réalisées par les MG.....	22
Tableau 3. Facteurs potentiellement liés aux inclusions*	23
Figure 3. Flow chart final des inclusions	23
3.4 Analyse du nombre de dépistages remboursés par l'Assurance Maladie	24
Tableau 4. Remboursement CPAM des PCR Ct réalisées en 2013 et 2014 durant la même période de l'étude (de janvier à juin).	24
3.5 Analyse synthétique des évaluations qualitatives post interventionnelles auprès des MG (entretiens) et des visiteurs (Focus Groupe).....	25
Tableau 5. Caractéristiques des 8 MG interviewés en post interventionnel.....	25

Tableau 6. Synthèse des Facteurs facilitants, barrières et suggestions exprimés lors des entretiens post interventionnels avec les MG et du Focus group avec les visiteurs.	27
Tableau 7. Citations des MG lors des entretiens post interventionnels et des visiteurs lors du Focus Group.....	28
4. Discussion	29
4.1 Résultats comparés avec les données de la littérature.....	29
Figure 4. Facteurs influençant l'intervention menée dans le cadre du projet CATTE.....	31
4.2 Forces de l'étude	32
4.3 Limites de l'étude	34
4.4 Implications et perspectives	35
5. Conclusion.....	37
ANNEXES.....	39
Annexe 1 Poster, à disposer en salle d'attente.....	39
Annexe 2 Flyer explicatif pour le patient (recto/verso)	39
Annexe 3 Evaluation de la session d'information des MG pour promouvoir le dépistage de <i>Chlamydia</i> en soins primaires.	40
REFERENCES.....	41
 RESUME	
 ABSTRACT	
 SERMENT D'HIPPOCRATE	

LISTE DES ABREVIATIONS

BDSP:	Banque de données en Santé Publique
CATTE:	Chlamydia Testing Training in Europe
CDAG :	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDDIST :	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNR :	Centre National de Référence
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
Ct :	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DAV :	Dispensaires Antivénériens
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IST :	Infection sexuellement transmissible
MG :	Médecin généraliste
PCR :	Polymerase Chain Reaction
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience humaine Acquis
TCP :	Théorie du Comportement Planifié
VC :	Visite confraternelle
VIH :	Virus Immunodéficience Humaine

1. Contexte

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est l'infection sexuellement transmissible (IST) bactérienne la plus fréquente en France et en Europe tant chez la femme que chez l'homme. La catégorie des 18-29 ans est la plus concernée par cette infection avec une prévalence en population générale estimée maximale chez les jeunes de 18 à 24 ans de 2,4% pour les hommes et 3,6% pour les femmes¹.

Récemment, l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et le CNR (Centre National de Référence) des infections à *Chlamydiae* ont organisé, via internet (étude Chlamyweb), une campagne de dépistage de Ct chez les jeunes de moins de 25 ans par auto-prélèvement montrant des taux de prévalence plus élevés : 8,3 % chez les filles et 4,4 % chez les garçons².

Outre l'âge, en France, différentes études^{1,3} ont identifié comme facteur de risque l'existence d'un nouveau partenaire ou de multipartenaires au cours des 12 derniers mois. De plus, les populations consultant les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les dispensaires antivénériens (DAV), les CIDDIST (Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST) sont considérées comme étant plus à risque que la population générale car le dépistage y est ciblé^{3,4,5}.

Souvent asymptomatique (jusqu'à 70% des cas chez la femme et 50% chez l'homme⁶), l'infection uro-génitale basse à Ct peut être à l'origine de complications rares mais graves, parfois irréversibles : salpingite, grossesse extra-utérine, endométrite et inflammation pelvienne ; et chez l'homme orchépididymite, rectite et arthrite réactionnelle. C'est la première cause d'infertilité tubaire⁶. Une réinfection entre partenaires sexuels contribue à entretenir une prévalence persistante de Ct⁷ et semble engendrer un risque plus élevé de complications^{8,9,10}. La réponse immunitaire, encore mal élucidée, semble n'offrir qu'une protection partielle, d'où la possibilité de réinfection, alors que son rôle dans la survenue de complications n'est pas exclu du fait des mécanismes inflammatoires qu'elle entraîne^{11,12}.

Pourtant, il existe un traitement antibiotique simple et bien codifié des infections uro-génitales basses à Ct afin de prévenir la transmission et la survenue de complications¹³.

Ainsi, la propagation de Ct et sa gravité proviennent de sa découverte tardive. Il s'agit donc d'un problème de santé publique qui soulève la question d'un dépistage au stade précoce.

En France, aucune recommandation spécifique à la Médecine générale n'a, à notre connaissance, été pour le moment publiée.

Le plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST (2010-2014) préconise de favoriser le dépistage de Ct parmi les populations à fort taux de prévalence telles que celles fréquentant divers centres (CDAG/CIDIST/CPEF) proposant un dépistage ; d'élargir le dépistage de Ct aux femmes jeunes et aux multi-partenaires pour limiter les complications ; de favoriser la proposition de dépistage d'IST par les médecins généralistes (MG) ^{14,5}.

L'auto-prélèvement a une bonne acceptabilité, rapide, fiable et peu contraignant, il paraît être le moyen le plus adapté au dépistage opportuniste ^{15,16}.

Les adolescents français se rendent chez leur MG au moins une fois par an ¹⁷ et le considèrent comme un interlocuteur privilégié. Il élargit la consultation dans la moitié des cas, pour évoquer notamment la santé sexuelle, et constitue donc un pivot en matière de prévention et de prise en charge de ces patients ¹⁸.

A noter que la définition d'un dépistage opportuniste d'après la BDSP est un dépistage adressé à des personnes consultant un service de santé pour un autre motif que la maladie ou le problème de santé, objet du dépistage.

Ainsi, cette thèse a pour principal objectif de mettre en œuvre et d'évaluer une intervention complexe visant à informer et à inciter des MG des Alpes Maritimes (06) à promouvoir le dépistage opportuniste de l'infection uro-génitale basse à *Chlamydia trachomatis* par auto-prélèvement chez les patients de 18 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédente.

Elle s'inscrit dans le cadre du projet Européen CATTE (ChlAmydia Testing Training in Europe) basé sur une étude pilote ¹⁹ menée au Royaume Uni utilisant la Théorie du Comportement Planifié ²⁰ (TCP). En effet, les mécanismes de changement de pratique des professionnels de santé sont multiples et complexes. Des interventions basées sur une théorie cognitive telle que la TCP ont prouvé leur efficacité ²⁰. Il s'agit d'un modèle psychologique largement utilisé pour expliquer le comportement humain. Cette théorie suggère que l'intention de faire quelque chose ou non provient de la combinaison de trois catégories de facteurs : les attitudes personnelles (par exemple penser que les infections à Ct sont importantes et entraînent des séquelles, que l'augmentation du dépistage aura une incidence sur le taux d'infections, la transmission et les séquelles), les normes subjectives (opinions des pairs sur le dépistage, pressions sociales ou des éventuelles recommandations nationales), la perception du contrôle comportemental (confiance dans sa capacité de proposer le dépistage de Ct, l'existence de barrières). Ainsi la combinaison de ces 3 groupes de facteurs conduit à l'intention de dépister ou pas. L'objectif du projet CATTE était de proposer, après avoir établi

un état des lieux²¹ contrasté des pratiques de dépistage de Ct au sein des 4 pays participants que sont l'Angleterre, l'Estonie, la Suède et la France, une intervention destinée aux cabinets de médecine générale. Le département des Alpes Maritimes (06) est pilote du projet en France.

Il est financé par le programme européen Leonardo²² qui subventionne des projets de formation continue et de formation de formateurs.

Chaque pays a adapté l'intervention au contexte local de soins primaires et de pratique de dépistage suivant une étude qualitative pré interventionnelle²³. En France, des entretiens préalables avec des MG sur le terrain, des experts et les visiteurs ont permis d'optimiser les outils et ressources disponibles visant à informer les MG et, d'orienter la conception du projet. Ainsi le projet CATTE en France incitait les MG à promouvoir le dépistage de Ct dans une démarche globale de dialogue autour de la santé sexuelle.

2. Matériel et Méthodes

2.1 Intervention

En France, la méthode des visites confraternelles a été choisie pour diffuser des informations épidémiologiques et connaissances médicales aux MG libéraux. Cette méthode avait été utilisée au préalable par l'équipe lors de la campagne « Antibios quand il faut »²⁴ menée dans le 06 et avait été bien acceptée par les médecins.

Les contraintes liées à une homogénéité souhaitée des pays participants, au budget alloué et à l'absence de données préalables sur le taux de dépistage de Ct aux conditions réelles de soins primaires au moment où le protocole a été mis en place, ont conduit au choix d'un échantillon de 100 MG, avec pour objectif de les inciter à dépister chacun 10 personnes dans la tranche d'âge concernée au cours des 6 mois de l'étude.

Ainsi, même si ce n'était pas l'objectif de ce travail, sur la base d'un taux de prévalence estimé à 4% selon les enquêtes précédentes¹, la réalisation de 600 tests pouvait permettre de le confirmer au sein de la population cible avec une précision de 1% et un intervalle de confiance à 95%.

Afin d'obtenir un échantillon de 100 MG, nous avons randomisé 311 MG dans les Alpes Maritimes sur la base de l'annuaire téléphonique 2013/2014, parmi les 1061 MG référencés en tant que tels, en estimant qu'un MG sur 3 refuserait de participer. C'est donc avec un pas de

sondage de trois en débutant par un médecin tiré au sort dans l'annuaire que la liste de 311 médecins a été établie.

Cinq médecins visiteurs ont été recrutés pour réaliser les visites confraternelles.

La session de formation a eu lieu en décembre 2013 au département de santé publique du CHU de Nice et a duré une journée. Elle était effectuée par les coordinateurs du projet CATTE en France.

Au programme de cette journée, il y avait une présentation générale concernant l'infection uro-génitale basse à Ct, le projet Européen CATTE et le protocole de dépistage, la remise des outils à proposer aux MG lors de la visite confraternelle ainsi que le diaporama nécessaire à celle-ci. Ensuite, des jeux de rôle étaient organisés pour la prise de rendez-vous avec le MG suivant un scénario-type élaboré par les visiteurs et la mise en pratique de la visite confraternelle. Au terme de cette formation, chaque visiteur s'est vu remettre des pochettes à distribuer aux MG visités.

Chaque pochette contenait des documents INPES²⁵ destinés aux professionnels de santé et aux patients abordant la santé sexuelle (concernant le dialogue avec l'adolescent, les IST et la contraception), ainsi que deux documents de communication spécifiquement élaborés dans le cadre du projet CATTE : un poster (*annexe 1*) à disposer en salle d'attente et des flyers (*annexe 2*) informatifs pour aider le MG à sensibiliser ses patients à l'infection à Ct. De plus, les pochettes contenaient des préservatifs, la liste des CPEF du Conseil Général, 15 kits d'auto-prélèvement urinaire ou vaginal (Abbott multi-Collect Specimen Collection Kit®) fournis par les laboratoires Barla, un ordonnancier pré-imprimé afin de prescrire la PCR *Chlamydia trachomatis* réalisée sur le kit dédié, la liste des laboratoires Barla dans le 06 avec au verso le guide de l'auto-prélèvement urinaire et vaginal.

Les « visiteurs » appelaient les MG randomisés pour prendre rendez-vous et effectuaient la visite confraternelle au cabinet du MG intéressé par l'étude.

Un bref diaporama²⁶ avait été conçu expliquant le contexte actuel de l'infection à Ct, pourquoi et qui dépister ainsi que la conduite à tenir en cas de résultat positif suivant les recommandations en vigueur^{5,27}. Le support utilisé était une tablette tactile ou un ordinateur portable.

Il était demandé aux MG de proposer un dépistage à au moins 10 patients âgés de 18 à 24 ans et multipartenaires (>1 partenaire sexuel au cours de l'année écoulée) entre janvier et fin juin 2014. Les MG n'étaient pas rémunérés pour mener l'étude.

Les visites confraternelles se sont déroulées du 20 décembre 2013 au 20 février 2014.

Les patients inclus réalisaient l'autotest au cabinet du MG ou à domicile et devaient l'apporter au laboratoire de leur choix (parmi les laboratoires Barla ou autre laboratoire ayant fourni un kit d'auto prélèvement) sous 7 jours en le maintenant à température ambiante.

Le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* était effectué par biologie moléculaire avec amplification génique par PCR²⁸ sur un échantillon de premier jet d'urine ou sur un auto-prélèvement vaginal. Ces tests sont peu coûteux²⁹, ont une bonne sensibilité et une bonne spécificité (respectivement > 92% et ≥ 98%⁶) mais ils ne sont pas disponibles dans tous les laboratoires en France. A défaut, le test pouvait être réalisé sur écouvillonnage du col utérin (ou sur échantillon d'urine) prélevé au laboratoire, ou bien les patients pouvaient se rendre dans un centre de dépistage.

La PCR Chlamydia est remboursée à 60% par l'Assurance maladie³⁰, avec éventuellement une prise en charge complémentaire par une mutuelle. Pour les personnes couvertes par l'assurance de leurs parents, le type de test n'est pas précisé sur les détails de remboursement, ce qui garantit une confidentialité relative.

Les résultats étaient obtenus sous 24h. A noter que le kit permettait également de dépister une infection à gonocoque par PCR si le praticien le prescrivait.

En cas de résultat négatif, un nouveau test était préconisé en cas de changement de partenaire. Si le test était positif, le patient devait être traité et le(s) partenaire(s) averti(s).

Le traitement de référence de l'infection uro-génitale basse à Ct était azithromycine 1g en dose unique, ou doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 7 jours^{31,32}.

Un dépistage plus large des IST pouvait alors être proposé par le MG ou par le centre de dépistage¹⁴. Il n'y a pas de recommandation spécifique concernant le contrôle de la guérison, des guides de bonne pratique dans certains pays Européens préconisent de répéter le test 3 à 6 mois après la fin du traitement²⁷.

Lors d'une inclusion, le MG remplissait un tableau en anonymisant les patients, renseignant si le test avait été réclamé/proposé ou refusé, précisant l'âge, le sexe, le dépistage éventuel d'autres IST et les résultats des PCR réalisées.

A mi-étude, du 7 mars au 30 avril 2014, des rappels téléphoniques aux MG participants ont été effectués, le but étant de réaliser un « reminder » et d'obtenir une approximation du nombre d'inclusions et des obstacles rencontrés.

2.2 Evaluation quantitative

2.2.1 Evaluation de la formation par les visiteurs

Au décours de la journée de formation, les visiteurs devaient remplir un formulaire afin d'évaluer et d'améliorer le partage des connaissances. Il y avait 6 items concernant la capacité à délivrer l'information et à mener des visites confraternelles. Ils étaient notés de 1 (en désaccord total) à 5 (complètement d'accord).

Le visiteur pouvait faire des commentaires concernant la formation.

Des informations personnelles étaient également recueillies via ce formulaire telles que la profession, l'expérience préalable en tant que visiteur et en cabinet de Médecine Générale ainsi qu'une éventuelle formation en santé sexuelle.

2.2.2 Evaluation de la visite confraternelle par les MG

A la fin de la visite confraternelle, une fiche d'évaluation quantitative anonyme concernant l'information délivrée et les attentes par rapport à l'étude à venir était remplie par le MG en présence du visiteur.

Les 105 MG visités évaluaient sur une échelle de 1 (pas satisfaisant) à 5 (très satisfaisant) l'utilité de l'information délivrée concernant le dépistage du Ct en soins primaires via 10 items (*annexe 3*) et remettaient la fiche au visiteur. Elle contenait également des informations personnelles telles que le sexe, le nombre d'années d'exercice, l'activité en Haut et Moyen pays ou littoral.

2.2.3 Suivi des inclusions par les Médecins généralistes

Durant les 6 mois d'inclusion dans l'étude, chaque MG remplissait le tableau anonyme de suivi des inclusions.

2.2.4 Suivi du nombre de dépistages remboursés par l'Assurance Maladie

Afin d'évaluer l'efficacité de notre intervention via les visites confraternelles ayant pour but d'inciter les MG à promouvoir le dépistage auprès de leurs jeunes patients, le nombre de consultations réalisées et le nombre de tests de dépistage de Ct pour la tranche d'âge concernée et par sexe remboursés par l'assurance maladie étaient comparés entre les périodes de janvier à juin pour les années 2013 et 2014 ainsi qu'entre le groupe de MG participants et le groupe de MG non participants suivant une convention établie entre le Département de Santé Publique du CHU de Nice et la Direction Régionale du Service Médical PACA-Corse de l'Assurance Maladie.

Les MG participant à l'étude acceptaient de nous communiquer leur N° ADELI de manière anonyme. Le code de l'acte, établi selon la Table Nationale du codage en Biologie était 5257 (B85), désignant la recherche du génome de *Chlamydia trachomatis* (ADN, ARN) par hybridation moléculaire avec amplification génique.

La saisie des données a respecté l'anonymat en accord avec les exigences en vigueur de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les différentes analyses statistiques ont été réalisées avec Epi-info 7 et sous Excel. Le nombre de tests réalisés sur chaque période a été rapporté au nombre de consultations réalisées sur les mêmes périodes, pour les MG participants, ainsi que pour les non participants.

Le test du χ^2 ou le test exact de Fisher pour les variables qualitatives ont été utilisés au risque α de 5%.

2.3 Evaluation qualitative

2.3.1 Evaluation qualitative post-interventionnelle auprès des visiteurs

La méthode des focus groupes³³ (groupes focalisés) a été utilisée. Celle-ci est issue de techniques de marketing de l'après-guerre. Au début des années quatre-vingt, la recherche universitaire a mis cette méthode au service de la santé. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons et de plus en plus en France pour les travaux de recherche en soins primaires.

Ainsi en avril 2014, durant une demi-journée, les visiteurs ont participé à un focus group permettant de recueillir les expériences de leur participation au projet CATTE.

2.3.2 Evaluation qualitative post interventionnelle auprès des MG visités

Une évaluation qualitative post-interventionnelle a été menée auprès des MG visités ayant pour objectif de mettre en lumière les facteurs facilitants et les obstacles de l'étude et ensuite permettre une adaptation finale des outils aux spécificités du terrain. Ainsi des entretiens individuels semi-structurés³⁴ ont été jugés réalisables auprès des MG souvent surchargés professionnellement. Ces entretiens ont été menés face à face ou par téléphone, suivant les possibilités du MG, auprès d'un échantillon théorique (basé sur le nombre d'inclusions déclaré en milieu d'étude, le sexe, le nombre d'années d'exercice et le secteur géographique d'activité, l'obtention d'un DIU de gynécologie). Ils ont été réalisés jusqu'à saturation d'idées.

Les questions étaient posées en suivant un guide d'entretien préétabli par le protocole européen.

L'ensemble des données qualitatives a été enregistré et retranscrit verbatim en respectant l'anonymat en accord avec les exigences en vigueur de la CNIL, puis a fait l'objet d'une analyse thématique³⁵ et synthétique réalisée à l'aide du logiciel NVivo9.

3. Résultats

3.1 Analyse de l'évaluation de la formation par les visiteurs

Les caractéristiques des visiteurs sont décrites dans le *tableau 1*.

Tableau 1. Caractéristiques des visiteurs

	V1	V2	V3	V4	V5
Sexe	F	F	F	F	F
Statut	MG remplaçant	Médecin de SP	Médecin de SP	Interne en MG	Interne de SP
Expérience en cabinet de Médecine générale	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Expérience de formation aux MG	Non	Oui	Oui	Non	Non
Expérience de formation en santé sexuelle	Oui	Oui	Non	Non	Non
Nombre de VC	10	10	37	40	8

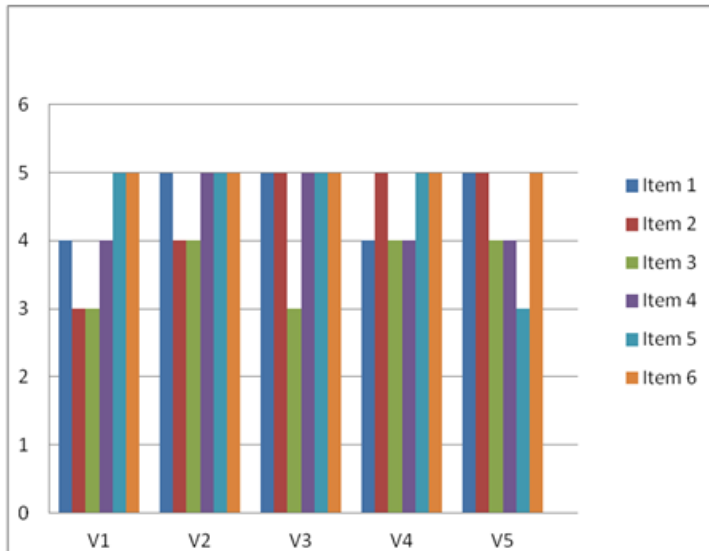
VC=visite confraternelle, SP=Santé Publique

A l'issue de la formation, nous avons pu recueillir l'avis des visiteurs concernant l'information délivrée. La majorité des visiteurs était d'accord voire totalement d'accord avec le fait d'être capable de justifier auprès des MG la pertinence du dépistage de Ct en soins primaires et l'importance de celui-ci au cabinet de MG. Ils ont jugé l'information claire sur le projet CATTE, ils étaient d'accord avec le fait que la formation leur a permis d'acquérir la confiance nécessaire pour mener l'intervention auprès des MG et qu'elle leur a fourni une vue d'ensemble du projet et de la réalisation pratique des visites confraternelles.

Schématiquement, cela est résumé par la *figure 1*.

Un seul visiteur a trouvé la session de formation trop courte, alors que la durée a été jugée suffisante par les autres visiteurs.

Figure 1. Evaluation de la formation des visiteurs



Sur une échelle de 1 (en désaccord total) à 5 (complètement d'accord) :

Item 1 : je suis capable de justifier auprès des MG la pertinence du dépistage de Ct en soins primaires et l'importance de celui-ci au cabinet de MG.

Item 2 : la formation m'a apporté une information claire sur le projet CATTE.

Item 3 : la formation m'a permis d'acquérir la confiance nécessaire pour mener l'intervention auprès des MG.

Item 4 : la formation m'a fourni une vue d'ensemble du projet CATTE et de la réalisation pratique des visites confraternelles.

Item 5 : la formation m'a fourni une occasion utile de discuter de l'intervention en France et de poser des questions.

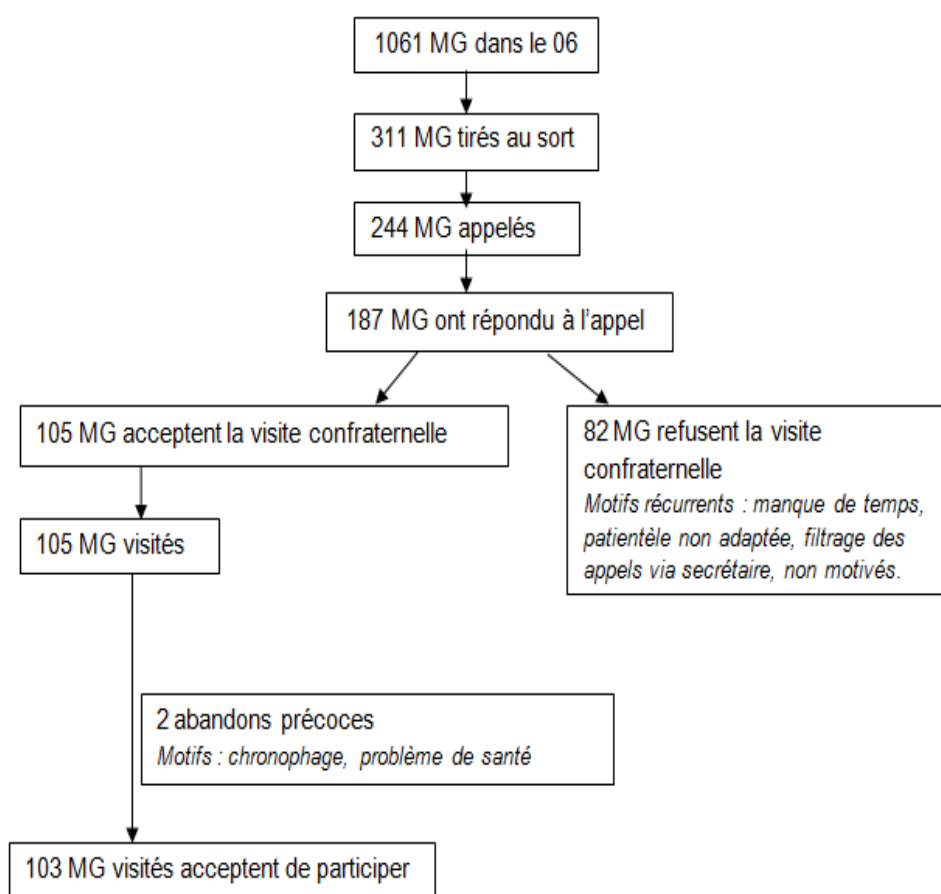
Item 6 : organisation de la logistique de la formation sur une échelle de 1 à 5.

Plusieurs suggestions ont été faites par les personnes formées afin d'améliorer le partage des connaissances telles que l'ajout d'une diapositive illustrant la procédure d'auto-prélèvement, l'apport supplémentaire d'explications sur la complexité du parcours impliquant le laboratoire. Celles-ci ont été prises en compte, une adaptation du diaporama destiné aux MG a été réalisée et des contacts avec des laboratoires de proximité ont été pris afin de savoir si l'autotest était accepté.

3.2 Analyse de l'évaluation de la visite confraternelle par les MG

Au terme de nos visites confraternelles, 105 MG avaient donné leur accord pour participer à l'étude, il y a eu 2 abandons précoces, un MG a jugé l'étude trop chronophage et l'autre MG a rencontré un problème de santé (*Figure 2*).

Figure 2. Recrutement des MG



Les caractéristiques des MG visités sont présentées dans le *tableau 2*.

Tableau 2. Caractéristiques des Médecins généralistes visités

		N	%
Sexe	Hommes	65	61,9
	Femmes	40	38,1
Années d'exercice	0-2 ans	5	4,8
	2-10 ans	15	14,3
	>10 ans	85	81,0
Secteur géographique	Littoral	74	70,5
	Moyen Pays	27	25,7
	Haut Pays	4	3,8
DIU de gynécologie	Oui	5	4,8
	Non	100	95,2

Lors de l'évaluation de la visite confraternelle (annexe 3), 102 MG (97,1%) ont jugé « très satisfaisant » : l'utilité de la présentation en général et 81 MG (77,1%) l'utilité de l'information justifiant l'importance du dépistage. 63 MG (60%) étaient « parfaitement d'accord » avec le fait de se sentir un interlocuteur privilégié auprès des jeunes patients pour aborder leur sexualité, 69 MG (65,7%) jugeaient « très satisfaisants » les posters et flyers mis à disposition au cabinet pour promouvoir l'étude.

Concernant l'éventuel caractère opportuniste du dépistage, 55 MG (52,4%) étaient en « accord parfait » sur le fait que la session d'information démontrait qu'il était envisageable de proposer le test lors d'une consultation pour un autre motif et 67 MG (63,8%) pensaient que le protocole de dépistage était applicable en Médecine générale. Enfin, sur la base des connaissances sur le Ct délivrées, 75 MG (71,4%) estimaient comme « très probable » leur intention d'inciter leurs jeunes patients au dépistage du Ct.

Aucune corrélation n'a été mise en évidence entre ce qui était initialement déclaré via le questionnaire et le nombre d'inclusions réalisées par ces MG.

Des suggestions ont été faites par le MG visités en fin de visite confraternelle pour améliorer l'information reçue. Quelques MG déclaraient qu'il s'agissait d'une bonne initiative, suggéraient la gratuité du test, l'usage d'une même enveloppe pour tous les documents à remettre aux patients (comme pour l'Hémocult®), une coordination simplifiée avec les laboratoires et une information ciblée des patients via un support vidéo.

Les visites confraternelles duraient en moyenne 15 minutes.

3.3 Analyse des inclusions réalisées par les MG

Parmi les 103 MG participants, 90 ont rendu leurs résultats en fin d'étude. L'analyse des tableaux d'inclusion montrait que 43 MG (41,7%) avaient inclus des patients dont 40 MG (38,8%) dans la bonne tranche d'âge (18-24 ans). Le nombre d'inclusions parmi ces médecins participants actifs s'étend de 1 à 15 patients/MG, plus de 50% d'entre eux ayant inclus de 1 à 3 patients. Sur les 73 résultats reçus, un sur 6 était positif.

Nous nous sommes intéressés aux facteurs qui pouvaient potentiellement influencer les inclusions : sexe, nombre d'années d'exercice, obtention d'un diplôme de gynécologie et secteur géographique (*tableau 3*). Aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence pour ces facteurs.

Tableau 3. Facteurs potentiellement liés aux inclusions*

		Inclusions		Pas d'inclusions		
		N	%	N	%	
Sexe	Hommes	24	42,9	33	57,1	p=0,16
	Femmes	19	54,3	14	45,7	
Années d'exercice	2-10 ans	10	52,6	9	47,4	p=0,63
	>10 ans	33	45,8	38	54,2	
Secteur géographique	Littoral	28	43,7	36	56,3	p=0,23
	Moyen/Haut Pays	15	57,7	11	42,3	
DIU de gynécologie	Oui	3	75,0	1	25	p=0,34**
	Non	40	46,5	46	53,5	

* parmi les 90/103 médecins ayant retourné leur questionnaire en fin d'étude

** Test exact de Fisher

Lors du reminder téléphonique à mi-étude, 95 MG ont pu être recontactés, permettant ainsi d'effectuer un rappel quant à l'étude en cours afin d'inciter au dépistage de Ct.

Au terme de l'étude, 197 patients ont été inclus, 155 appartenient à la tranche d'âge ciblée des 18-24 ans et 151 (97%) patients ont accepté le test de dépistage dont 105 femmes et 46 hommes.

Au total, 73 (48%) patients ont réalisé le dépistage selon les résultats des tableaux d'inclusions reçus en fin d'étude et parmi ceux-ci, 12 PCR étaient positives (Figure 3). Ce qui implique une prévalence globale de 16,4 % (prévalence respective de 18,75% pour les hommes et 14,6% pour les femmes) au sein de la population étudiée, bien que ce chiffre soit statistiquement ininterprétable au vu du faible échantillon de patients testés.

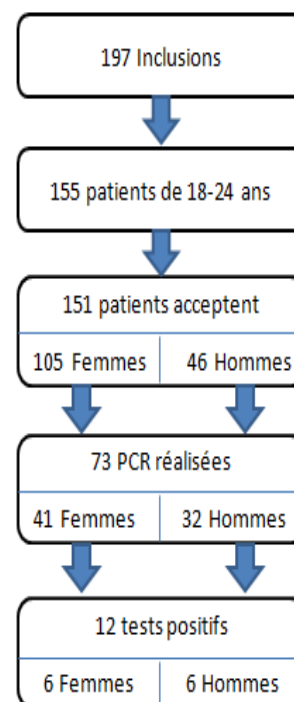


Figure 3. Flow chart final des inclusions

3.4 Analyse du nombre de dépistages remboursés par l'Assurance Maladie

Une tendance générale non statistiquement significative à l'augmentation du nombre de dépistages entre les deux saisons (+15%) était observée ($p=0,16$). Cette tendance était majorée par l'intervention (+73%). L'augmentation du nombre de tests Ct prescrits et remboursés par les MG participants était statistiquement significative ($p<0,02$) (*Tableau 4*).

Tableau 4. Remboursement CPAM des PCR Ct réalisées en 2013 et 2014 durant la même période de l'étude (de janvier à juin).

Etude pilote dans les Alpes Maritimes				
Médecins généralistes visités (n=105):	2013	2014	Variation	p
Nombre de consultations réalisées (18-24 ans)*	5697	5981	+5%	0,02
Nombre de tests remboursés*	33	57	+73%	
Nombre de dépistages prescrits**		155		
Nombre de résultats reçus**		73		
Nombre de résultats positifs**		12		
Médecins généralistes des Alpes Maritimes non visités (n=956):				
Nombre de consultations réalisées (18-24 ans)*	55080	54777	~	0,16
Nombre de tests remboursés*	174	201	+15%	
* Données communiquées par la Direction Régionale du Service Médical PACA-Corse de l'Assurance-Maladie				
** Données transmises par les médecins visités				

On notait également que le nombre de résultats reçus (73) par les MG différait du nombre de tests remboursés (57), cette différence n'est pas expliquée, il peut s'agir de tests non comptabilisés par l'assurance maladie ou d'un éventuel décalage entre la réalisation du test et son remboursement à la date où les données ont été extraites.

3.5 Analyse synthétique des évaluations qualitatives post interventionnelles auprès des MG (entretiens) et des visiteurs (Focus Groupe)

Les caractéristiques des 8 MG interviewés sont résumées dans le *tableau 5*.

Tableau 5. Caractéristiques des 8 MG interviewés en post interventionnel

Médecins Généralistes	Sexe	Nombre d'années d'exercice	Secteur géographique	DIU de gynécologie	Nombre d'inclusion	Nombre d'inclusion chez les 18-24 ans	Refus du patient
MG1	F	8	Littoral (Nice)	NON	1	1	
MG2	H	22	Littoral (Nice)	NON	5	5	
MG3	F	5	Littoral	OUI	3	3	
MG4	F	14	Littoral (Nice)	OUI	2	2	
MG5	H	2	Haut pays	NON	3	3	1
MG6	H	25	Littoral	OUI	15	6	
MG7	H	25	Littoral (Nice)	NON	1	1	
MG8	H	13	Moyen pays	NON	7	7	

Pour rappel, les caractéristiques des visiteurs se trouvent dans le *tableau 1*.

D'après les entretiens post interventionnels auprès des MG, nombreux sont ceux qui ont déclaré que l'intervention était intéressante et enrichissante et leur a facilité la promotion du dépistage de Ct. En effet, la plupart des MG interrogés ne proposaient pas le dépistage de Ct à leurs patients sauf en cas de symptôme et l'intervention leur a permis d'apporter une nouveauté dans leur pratique. Certains l'ont proposé de façon quasi systématique suivant les critères d'inclusion de l'étude, d'autres l'ont plutôt proposé dans certaines circonstances (voir facteurs facilitants, *Tableau 6*).

Même si la plupart des MG interrogés l'ont estimé assez facile à mettre en œuvre, il persiste de nombreuses barrières (voir Barrières, *Tableau 6*).

L'intervention les a aidés à promouvoir ce dépistage par l'information reçue lors de la visite confraternelle et par les outils distribués, même si les outils destinés aux patients n'ont suscité que très peu de demandes spontanées de la part de ces derniers.

La plupart des médecins déclarent avoir eu des réactions plutôt positives de la part de leurs patients en ce qui concerne l'intervention.

Les visiteurs, eux, déclarent lors du focus groups avoir été, en général, bien accueillis et tous les visiteurs sauf un ont estimé les visites sur le terrain enrichissantes pour leur pratique et

ont apprécié le contact privilégié avec leurs pairs MG.

Ainsi, les facteurs facilitants et les obstacles réellement rencontrés au cours de l'étude dans les conditions de Médecine de ville ont pu être identifiés, des suggestions d'amélioration ont été recueillies. Cela est synthétisé dans le *tableau 6*, les citations correspondantes des MG et des visiteurs sont proposées dans le *tableau 7*.

FACTEURS FACILITANTS	COMMENT LES MAXIMISER
<p><u>Entretiens post interventionnels avec les MG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motifs de consultation considérés facilitants par les MG¹: Check up de santé générale, Consultations pour IST/ prise de risque, Consultations pour contraception/ stabilité du couple (arrêt du préservatif), Consultation pour vaccinations, hépatite B et HPV en particulier, Démarche préventive, Certificat médical. • Saison: à la rentrée scolaire plus de jeunes de ce groupe d'âge consultent pour des motifs facilitants. • Initiative Européenne² • MG convaincu, formé, à l'aise pour aborder la santé sexuelle³ • Posters and flyers, outils adaptés⁴ • Rappels téléphoniques : utiles aux MG pour proposer le test⁵ <p><u>Focus group avec les visiteurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation adaptée, jeux de rôle utiles pour la mise en condition¹ • Être rattaché à une équipe hospitalo-universitaire (CHU de Nice) participant à un projet Européen. • Dans le cadre de la TCP, pas de difficulté à faire remplir par les MG, en fin de visite, le questionnaire d'évaluation de l'information délivrée. • Information délivrée aux MG via les visites confraternelles doit être courte et apporter les connaissances nécessaires. La présentation sur tablette flexible en fonction des besoins de chaque MG, les connaissances et la sensibilisation au dépistage Ct étant variables. • Reminders : médecin plus facilement joignable qu'au 1^{er} contact² • Enrichissement personnel, expérience de la visite confraternelle³ 	<p><u>Entretiens post interventionnels avec les MG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en évidence les facteurs facilitants lors de la présentation de l'information aux MG • Favoriser le dépistage du Ct en début d'année scolaire ou universitaire pour cibler au mieux la tranche d'âge à risque. • Mettre en évidence l'initiative Européenne du projet • Organiser des rappels téléphoniques fréquents • Nécessité de recommandations ou guides de bonnes pratiques pour être amené à dépister • Avoir des outils adaptés et facilement disponibles pour les MG <p><u>Focus group avec les visiteurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites confraternelles considérées comme une méthode de formation appropriée • Etre bref dans ces propos, délivrer et obtenir les informations essentielles.

BARRIERES	COMMENT LES SURMONTER
<p><u>Entretiens post interventionnels avec les MG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de support : MG travaillent sans équipe paramédicale associée, difficile dans ces conditions de proposer un dépistage opportuniste. • Manque de temps pour expliquer le dépistage⁶ • Modification des pratiques : dépistage de Ct par PCR est peu connu, parfois manque de connaissance des médecins à ce sujet⁷ • Période de l'étude⁸ • Tranche d'âge qui consulte peu, patientèle parfois non adaptée⁹ • Craintes des patients et des MG de l'autotest vaginal¹⁰ • Flyers considérés compliqués¹¹ • Prélèvement à apporter au laboratoire¹² • Manque d'information des jeunes autour du Ct¹³ • Test non remboursé intégralement¹⁴ <p><u>Focus group avec les visiteurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement des MG: difficulté pour les joindre et pour obtenir un rendez-vous: le MG n'était pas disponible, la secrétaire limitait l'accès au MG, le temps était limité au téléphone c'est-à-dire qu'il fallait intéresser le MG en résumant très succinctement le projet auquel on lui demandait d'adhérer. On comptabilisait en général 3 appels pour obtenir un rendez vous⁴. • Organisation avec les laboratoires compliquée* • Confidentialité: crainte des patients d'apparaître dans le relevé de remboursement des actes médicaux de leurs parents sans les avoir informés • Complexité de l'information délivrée sur les flyers, à contrario du poster, sous réserve d'affichage en salle d'attente. • Formation des visiteurs ciblée sur le dépistage opportuniste de l'infection uro-génitale basse à Ct, manque d'information concernant la prise en charge des infections génitales hautes à Ct ou des autres IST. <p><small>*certains laboratoires n'acceptent pas l'autotest</small></p>	<p><u>Entretiens post interventionnels avec les MG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se rendre disponible pour les MG : Mise à jour des connaissances sur <ul style="list-style-type: none"> - Le dépistage du Ct - Instructions de l'autotest vaginal - Motifs de consultation facilitant le dépistage - Explication concernant le remboursement du test • Posters and flyers simples et explicatifs pour les patients, pour qu'ils réclament le test • Simplifier les flyers, à disposer en salle d'attente • Port du test au laboratoire via un coursier serait plus simple et augmenterait l'observance mais nécessite un financement supplémentaire • Campagne Nationale de Santé Publique autour du Ct pour sensibiliser les jeunes patients • Inclure la liste des centres de dépistage anonymes du 06. <p><u>Focus group avec les visiteurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en évidence l'appartenance institutionnel local du médecin visiteur et le caractère européen du projet selon un scénario bref approprié avec les mots clés et s'adapter aux plannings des MG. • Notifier que le dépistage de Ct se fait aussi dans les laboratoires hors listes BARLA (trop restrictif dans certaines villes). • Sur le relevé de remboursement CPAM des parents l'intitulé du test n'apparaît pas (« acte de biologie ») ni le traitement éventuel (« Pharmacie »). • Ajouter davantage d'informations concernant la prise en charge des complications liées au Ct et ajouter des informations supplémentaires concernant les autres IST notamment VIH et gonocoques.

Tableau 6. Synthèse des Facteurs facilitants, barrières et suggestions exprimés lors des entretiens post interventionnels avec les MG et du Focus group avec les visiteurs.

Tableau 7. Citations des MG lors des entretiens post interventionnels et des visiteurs lors du Focus Group

CITATIONS MG
<p>¹MG3 « Le problème c'est quand les jeunes filles ne viennent pas pour ça c'est parfois pas évident de leur proposer. » ; « C'était lors d'un motif autour des IST, de la contraception... » ;</p>
<p>²MG8 « Bien, je leur faisais voir que cela faisait partie d'une étude européenne, donc cela montrait le caractère un peu sérieux de l'étude ».</p>
<p>³ MG3 « Cela se passe naturellement dans la consultation quand c'est opportun d'en parler ou quand le motif de consultation n'est pas trop éloigné de ce sujet. C'est un motif qui se rajoute à une consultation pour des problématiques d'ordre digestif, génital, de santé générale, bilan de santé ou consultation pour un avis sur certains vaccins chez des sujets jeunes. »</p>
<p>MG6 « Bien, c'est-à-dire que le fait que je sois sollicité pour cette étude fait que dans les cas qui m'ont été amenés à rencontrer dans la pratique, j'ai été plus à même de le proposer plus facilement. Cela m'a incité à le faire, ce dépistage. » ; « ...J'utilise plus mon argumentation personnelle, la conviction et l'empathie pour fonctionner, qui font que je n'ai aucun refus, même chez des gens qui n'étaient pas du tout venus pour ça! ».</p>
<p>MG 7 « ... faudrait que les médecins de premier recours aient plus en tête que ce dépistage est possible, que ça rentre dans les mentalités des médecins ! ».</p>
<p>⁴ MG3 « Moi j'en reçois depuis 20 ans que j'exerce ces documentations à remettre aux patients j'y fais plus tellement attention...les posters dans la salle d'attente ont interpellé favorablement les jeunes patients on va dire sans les traumatiser leur a fait évoquer un sujet qu'ils avaient depuis longtemps envie d'aborder apparemment. » ; « ... c'est un mode qui a ouvert le dialogue... »</p>
<p>MG7 « Alors moi, je les avais trouvés plutôt bien, mais ça n'a pas été productif dans mon cabinet ! »</p>
<p>MG4 « ...c'était une aide, une aide pour promouvoir la chose. Oui, tout à fait, voilà, la possibilité de venir me revoir s'il y avait quelque chose qui n'avait pas été clair »</p>
<p>⁵ MG7 « Euh... et bien écoutez, ça n'a pas été très facile, d'abord d'y penser, et puis le temps à commencer à passer et je me suis dit "Mais, je ne l'ai pas proposé...", donc je me suis remotivé... »</p>
<p>⁶ MG4 « La consultation de médecine générale est en général importante et ce n'est que 23€. J'avoue c'est un petit peu difficile de rajouter 'fin pour ma part j'ai déjà beaucoup de motifs dans une consultation en rajouter encore un c'est difficile ».</p>
<p>« ...le fait que nous devons tout expliquer dans le cadre de la consultation est un frein c'est chronophage ».</p>
<p>⁷ MG7 « Alors, disons que maintenant, après avoir en tête votre projet, enfin le projet CATTE... je pense que j'ai plus en moi l'idée que c'est un dépistage possible, alors qu'à l'époque, je ne le faisais que ponctuellement ... Alors évidemment, comme c'est quelque chose de récent, il faut que, peut-être, je me mette à être un peu plus prescripteur de ce dépistage, pour que justement, je me l'approprie et que ça finisse par être dans mes pratiques. Si je l'oublie, il est évident que je reviendrais à mon attitude précédente. »</p>
<p>⁸ MG1 « Si on m'avait proposé l'enquête au mois de septembre quand je vois effectivement plus de cette tranche d'âge, j'aurais peut-être plus facilement pu inclure des patients. »</p>
<p>⁹MG7 « Qui m'a semblé, euh... trop bas,... je me suis dit "Ah tiens, cette personne, je vais lui proposer" et je m'apercevais qu'à tous les coups, c'étaient des gens qui avaient 26-28 ans, donc qui étaient plutôt entre 25 et 30. Après, ayant compris ce problème qui est probablement inhérent à ma patientèle,... je me suis dit "Bon, on va essayer de se concentrer sur des gens plus jeunes"... »</p>
<p>¹⁰MG4 Pour info, je rencontre le même frein avec l'Hémocult®. Je ne sais pas si les français ont un problème avec leur anatomie ou quoi que ce soit mais aussi bien l'auto prélèvement vaginal que le fait de prélever les urines c'était problématique... »</p>
<p>¹¹MG5 « Faut vraiment qu'ils s'intéressent au truc, ou qu'on leur propose pour qu'ils lisent tout et qu'ils puissent avoir accès à l'information! »</p>

¹² MG3 « La principale difficulté du projet était de les envoyer à un laboratoire dédié clairement ! »

¹³ MG6 « La population générale, autant le SIDA, on en parle, etc. mais pas connu du tout ! Non, du tout ! ...le risque estimé, chez la jeune femme, etc.... du tout ! Alors là, ce n'est pas quelque chose qui est dans l'esprit des gens ! »

¹⁴ MG5 « ...le fait que ce soit payant, enfin...Ça a peut-être repoussé un petit peu... »

CITATIONS VISITEURS

¹ V1 « En tout cas, pour moi, la formation a suffi amplement ! Je n'ai pas eu l'impression de manquer d'informations, pour faire mes entretiens. »

² V4 « Il fallait aller vraiment au plus rapide, poser les 3-4 questions, recueillir leur adresse mail et puis c'est tout ! Parfois, on n'avait même pas le temps de leur dire qu'éventuellement, ils étaient susceptibles d'être recontactés pour un entretien téléphonique un petit peu plus long en fin d'étude. »

³ V5 « Le fait de rencontrer d'autres médecins et de pouvoir, discuter avec eux de leur pratique, c'est toujours intéressant »

⁴ V1 « Le recrutement par téléphone a été assez fastidieux pour moi. J'ai passé environ 35 coups de fils pour au final avoir mes 10 rendez-vous ! »

4. Discussion

4.1 Résultats comparés avec les données de la littérature

Notre étude a permis d'inciter les MG visités à promouvoir le dépistage du Ct auprès de leurs jeunes patients puisque l'on observe une hausse significative des remboursements de PCR Ct chez les MG visités sur la période de l'étude. De nombreux médecins ont déclaré que l'intervention était intéressante et enrichissante dans la mesure où le dépistage des infections uro-génitales basses à Ct est actuellement peu pratiqué en soins primaires en France malgré un portage le plus souvent asymptomatique.

Selon l'analyse du Baromètre Santé 2010 réalisée par l'INPES¹⁸, 79,2% des 15-30 ans consultent leur MG au moins une fois par an, souvent pour une consultation de routine permettant d'aborder tout type de sujet et notamment la santé sexuelle. Notre étude étaye ce résultat puisque 60% des MG visités étaient « parfaitement d'accord » avec le fait de se sentir un interlocuteur privilégié auprès des jeunes patients pour aborder leur sexualité.

En début d'étude, 67 MG (63,8%) pensaient que le protocole de dépistage était applicable en Médecine générale, en effet, 43 MG ont inclus des patients dont 40 (38,8%) dans la bonne tranche d'âge. Par ailleurs, 48% des jeunes patients de 18 à 24 ans à qui les MG avaient prescrit la PCR Ct l'ont effectivement réalisée.

De nombreuses études françaises concluent à une meilleure adhésion au dépistage du Ct lorsque celui-ci est gratuit, envoyé par voie postale ou initialement proposé via internet comme dans l'étude Chlamyweb² où le taux de dépistage était de 29,2% dans le groupe interventionnel versus 8,7% dans le groupe contrôle ; dans cette étude, les participants recevaient une information personnalisée et étaient invités à se faire dépister par un professionnel de santé ou dans un centre de dépistage anonyme. L'étude Natchla¹ comptabilisait un taux de participation de 52%, mais là encore, l'auto-prélèvement se faisait à domicile et l'envoi postal et la PCR Ct étaient pris en charge à 100%.

Ainsi, dans les conditions réelles de soins primaires, notre résultat étaye le fait que lorsqu'un dépistage est proposé par le MG, le taux de participation est élevé comme c'est le cas avec l'Hémocult®³⁶ ou pour le dépistage du cancer du sein³⁷, la motivation du MG étant un facteur essentiel de l'observance du patient.

En début d'étude, sur la base des connaissances sur le Ct délivrées lors de la visite confraternelle, 71,4% des MG estimaient comme « très probable » leur intention d'inciter leurs jeunes patients au dépistage du Ct et 41,7% ont vraiment inclus des patients.

Un travail de thèse³⁸ concernant les expériences et opinions de MG participant à une étude Européenne (GRACE) lors de l'inclusion de patients retrouvait comme principales motivations du praticien : la collaboration à un projet d'étude concernant la Médecine générale et susceptible d'améliorer leurs connaissances ainsi que la prise en charge de leurs patients dans un souci d'amélioration des soins, la dimension collective et l'intérêt pour un sujet de Santé publique, la curiosité intellectuelle et l'intérêt scientifique. Selon les praticiens, les motivations du patient à participer aux essais cliniques sont le sentiment de participer à la recherche et à l'amélioration des connaissances, de se sentir mieux pris en charge médicalement, de profiter des dernières avancées médicales et d'avoir confiance en son praticien.

L'inclusion de patients lors de toute étude clinique et en particulier en soins primaires en France est un challenge, dont l'issue conditionne la poursuite et la validité des conclusions. Ainsi, la motivation du MG à dépister fait référence à un engagement personnel en matière de prévention autour de la santé sexuelle, à une sensibilisation via la formation médicale continue et à ses propres expériences.

D'après les différents résultats de notre étude, l'impact de l'intervention paraît conditionné par divers facteurs qui interagissent entre eux et cela se résumerait au schéma suivant (*Figure 4*). Il fait référence à la théorie du comportement planifié²⁰.

En effet, l'organisation au cabinet peut faciliter les interventions de santé publique et notamment le dépistage de Ct comme c'est par exemple le cas en Angleterre^{19,21} au sein du « medical center », ou bien peut présenter de nombreuses barrières en particuliers externes, comme en France (tableau 6). L'existence de recommandations, représentant une « norme », permet aux MG d'optimiser la prise en charge du patient suivant des études scientifiquement valides ou des actions de prévention ayant fait la preuve de leur efficacité. Le dialogue avec le patient autour de la santé sexuelle dépend des attitudes personnelles du médecin, implique de se sentir concerné et à l'aise pour l'aborder et ainsi essayer d'intégrer le dépistage dans sa pratique.

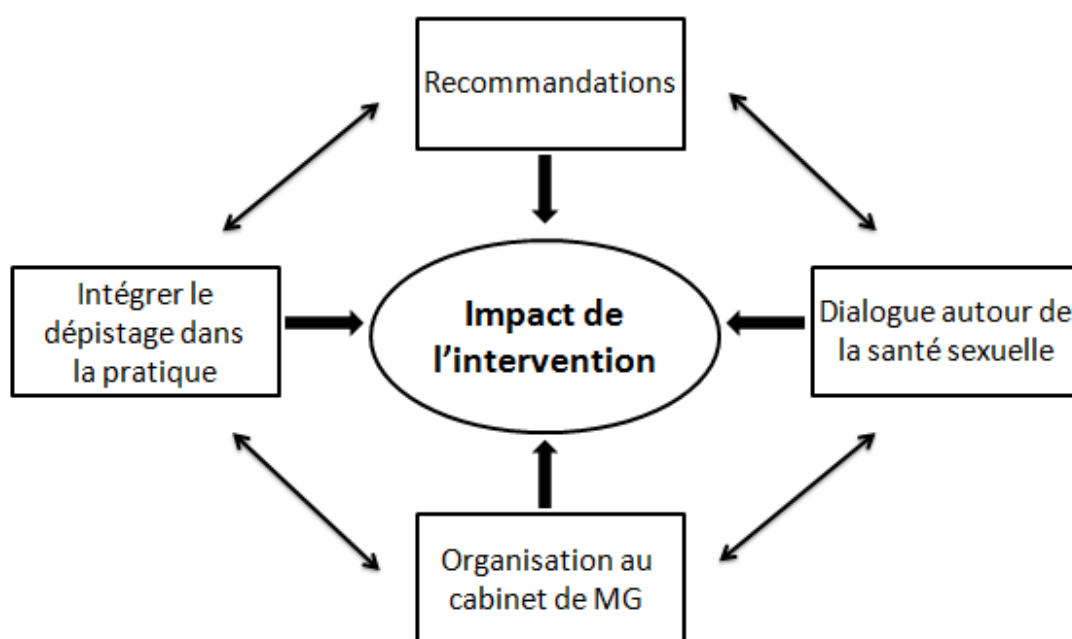


Figure 4. Facteurs influençant l'intervention menée dans le cadre du projet CATTE.

Nous avons comptabilisé 73 résultats de PCR Ct dont 12 positives ce qui impliquait une prévalence globale de 16,4 % (prévalence respective de 18,75% pour les hommes et 14,6% pour les femmes) au sein de la population étudiée. Bien que ces chiffres soit statistiquement ininterprétables au vu du faible échantillon de patients testés, notons tout de même que le taux de prévalence retrouvé est bien supérieur à ceux présentés dans la littérature en population générale^{1, 2}. Il correspond plutôt au taux de prévalence observé dans les CPEF ou centres d'orthogénie (Bordeaux, Val-de-Marne et Seine-Saint-Denis) variant de 6 à 11 % mais une seule de ces études incluait les hommes et toutes n'avaient pas les mêmes critères d'inclusion (être sexuellement actif dans tous les cas, âge <26 ans pour l'une, <30 ans pour l'autre ou tranche 18-24 ans) ; en revanche dans ces études, le dépistage était systématique³. Les 2 critères d'inclusion de notre étude étaient la tranche d'âge des 18-24 ans et le fait

d'avoir plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente. Ainsi, notre étude suggère que ces critères étaient pertinents dans la mesure où ils ciblaient une population davantage concernée.

D'autre part, les circonstances facilitant la proposition de dépistage déclarées par les MG incluait des consultations pour IST/prise de risque sexuel, des consultations pour contraception/stabilité du couple (arrêt du préservatif), des consultations pour vaccinations contre l'hépatite B ou le HPV. Ainsi, la faisabilité du dépistage de l'infection uro-génitale basse à Ct dans les conditions réelles du soin primaire en France implique de cibler les personnes à risque. De plus, il est intéressant de noter que dans notre étude, le taux de positivité de Ct étant plus important chez les hommes que chez les femmes, ces derniers pourraient constituer un vecteur de la transmission de Ct, source de réinfection si aucun traitement n'est institué. Le dépistage de cette population permettrait ainsi de diminuer la prévalence de l'infection et le taux de complications, particulièrement chez la femme.

4.2 Forces de l'étude

L'apport ou l'appui de connaissances médicales par la méthode des visites confraternelles était pertinent quant à l'étude menée. En effet, afin de s'adapter aux disponibilités des MG, la visite confraternelle était courte et réalisée par des confrères ou futurs confrères généralistes au cabinet des MG. Cette méthode de formation avait été jugée efficace et cliniquement pertinente lors de la campagne de promotion d'utilisation prudente des antibiotiques chez les enfants menée dans le 06 entre 2000 et 2003²⁴. Ces visites confraternelles étaient uniquement informatives, le but étant de modifier leurs habitudes de prescription.

L'acceptabilité de cette méthode était un atout considérable, la transmission d'un message est d'autant meilleure que la manière de le diffuser est bien acceptée et peut ainsi modifier les pratiques, alors que les méthodes habituelles de diffusion de nouvelles recommandations professionnelles (publication dans la littérature médicale ou formation médicale continue) entraînent peu de changement³⁹. Le statut de pair permet d'instaurer la confiance, et l'expérience partagée facilite une discussion ouverte, non dogmatique²⁴. L'entretien est "centré sur le praticien": chacun ayant son mode de pensée, ses centres d'intérêt, ses préoccupations.

Ici, les visites donnaient lieu à une implication du MG dans le projet CATTE, ce qui explique que lors du contact téléphonique, certains MG ne se sentant pas préoccupés par le dépistage du Ct aient refusé de participer. Néanmoins, tous les MG visités ont donné leur accord pour participer à l'étude, il y a eu seulement 2 abandons précoces.

Ainsi, 102 MG (97,1%) jugeaient très satisfaisante l'utilité de la présentation en général. Les outils délivrés lors de la visite confraternelle permettant l'abord de la santé sexuelle ont été jugés satisfaisants.

Les MG étant des interlocuteurs privilégiés de santé pour les jeunes et ayant une place centrale en conseils de prévention, ils proposaient le test le plus souvent lors d'une consultation dédiée à la santé sexuelle.

Des expériences pilotes menées en cabinet de MG ont démontré la faisabilité du dépistage systématique de l'infection uro-génitale basse à Ct par auto-prélèvement^{16,40}. L'étude réalisée en Savoie en 2011¹⁶ avait permis d'obtenir une prévalence de l'infection uro-génitale basse à Ct chez les femmes de 18 à 30 ans par autotest vaginal au sein de cabinets de MG. Mais celui-ci était gratuit, réalisé sur place et un coursier était chargé de récupérer les échantillons, favorisant la participation à l'étude et la compliance.

Ainsi, notre étude apporte un impact supplémentaire à ce qui avait été réalisé auparavant puisque nous nous sommes attelés aux conditions réelles du soin primaire, les critères d'inclusion ont été choisis en fonction de la population qui avait le plus fort taux de prévalence de l'infection à Ct, d'après le réseau Rénachla⁴¹ et le volet Natchla¹ en accord avec les données de la littérature⁵⁵, et surtout incluait les hommes.

Notre intervention a entraîné une augmentation statistiquement significative des remboursements de PCR Ct de 73% par rapport à la même période en 2013 au sein des MG participants au projet CATTE, cette augmentation étant de 15% chez les MG non participants dans le 06.

Une information claire et brève concernant le dépistage opportuniste de l'infection uro-génitale basse à Ct délivrée via la méthode des visites confraternelles permet de sensibiliser les MG et semble influencer leur pratique, de plus, cela confirme la faisabilité du dépistage de Ct dans les conditions réelles de soins primaires illustrée par un taux de participation de 48% des patients malgré un parcours complexe; des résultats similaires ont été retrouvés dans une étude menée en région parisienne⁴² en soins primaires versus centre médico-social où 100% des tests proposés étaient réalisés sur une période plus longue que la nôtre, de 18 mois.

Les différentes étapes et évaluations du projet ont permis d'améliorer et d'adapter les différents outils de l'intervention à chaque pays au fur et à mesure du déroulement du projet pour arriver à une version définitive à la disposition des MG²⁶.

4.3 Limites de l'étude

Certes, il existe des limites à notre étude.

Tout d'abord, les MG ayant accepté de participer à l'étude étaient probablement plus motivés que le reste des MG du 06, 43% des MG contactés ayant refusé de participer. A noter que les motifs de refus de participation rejoignaient les barrières citées lors de l'étude.

Par ailleurs, l'évaluation de l'information délivrée aux MG lors de la visite confraternelle s'effectuait d'emblée en présence du visiteur et lui était remise en main propre ce qui pouvait influencer de manière positive le jugement du MG.

De plus, nous n'avons pas eu le nombre souhaité de PCR Ct réalisées afin d'obtenir un reflet de la prévalence dans la population étudiée et dans les conditions de l'étude.

Rappelons tout de même que le but princeps de l'étude était de promouvoir le dépistage de l'infection à Ct chez les MG participant au projet CATTE.

Lors de l'étude pré interventionnelle²³, des barrières avaient été mises en évidence : difficulté d'aborder le dépistage de Ct lors d'une consultation non dédiée à la santé sexuelle, difficulté d'y penser d'autant que pour certaines patientes le gynécologue reste l'interlocuteur principal, aspect chronophage de la médecine préventive, manque de compétences de certains MG sur le sujet, peur de paraître intrusif dans l'intimité des patients et caractéristiques de la patientèle.

De nombreux freins à la promotion du dépistage ont également été cités dans notre étude confirmant leur pertinence mais d'autres ne se sont finalement pas confirmés tels que le jeune âge du MG ou la difficulté à appliquer les recommandations concernant les IST en pratique.

En effet, le caractère opportuniste était jugé d'autant plus chronophage par l'ensemble des MG que les jeunes patients manquent d'information quant à l'infection à Ct. La période de l'étude peu propice aux consultations des jeunes patients venant plus volontiers à la rentrée scolaire de septembre, l'autotest à réaliser et à apporter dans un des laboratoire dédié parfois non à proximité du domicile des patients, la non gratuité du test, et parfois l'oubli de l'étude en cours d'autant plus que ce dépistage n'était pas intégré à leur pratique ont compliqué la mise en œuvre du projet. Certains médecins et patientes ont exprimé leur inquiétude quant à la bonne réalisation d'un auto-prélèvement vaginal.

La majorité des MG estimait que l'infection uro-génitale basse à Ct est peu connue du grand public et notamment des jeunes patients malgré les campagnes de prévention des IST menées par l'INPES^{2,25}.

Dans ce contexte, le dépistage de l'infection à Ct s'effectuait majoritairement dans une approche globale de santé sexuelle autour de la contraception ou des IST.

Ce qui fait la force des études comme Chlamyweb² est que le dépistage est facilité par l'information délivrée via internet, une prise en charge à 100%, des moyens de communications adaptés à la population ciblée permettant une meilleure compliance.

Tous ces aspects ont été signalés et réclamés par les MG participant au projet CATTE.

4.4 Implications et perspectives

Nous avons vu que le dépistage opportuniste de l'infection uro-génitale basse à Ct était faisable aux conditions des soins primaires dans une population ciblée jugée comme étant à risque. La compliance vis-à-vis d'un tel dépistage nécessite une sensibilisation préalable de la population par des campagnes d'information médiatisées.

Cela étant, la tendance va à l'augmentation du dépistage par PCR Ct comme nous l'avons montré par notre intervention mais on observe également une augmentation, bien que non significative, des prescriptions de PCR Ct de 15% chez les MG non participants. De manière plus générale, le caractère opportuniste de ce dépistage semble s'ancrer progressivement dans les pratiques en santé sexuelle ; la proportion des sujets asymptomatiques représentait 58 % des cas rapportés en 2013 alors qu'elle était de 23 % au début des années 2000. Cette évolution s'expliquant par une augmentation des dépistages de Ct tant dans les CPEF ou CDAG qu'en médecine libérale⁴¹ ce qui est conforme au Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014¹⁴

En outre, il persiste des incertitudes et des difficultés à évaluer l'efficacité du dépistage, qui restent à démontrer par des essais cliniques en raison du peu d'immunité acquise par l'infection ou d'une éventuelle guérison spontanée⁴³. Le diagnostic des atteintes inflammatoires pelviennes liées à l'infection par Ct est difficile à établir car souvent uniquement clinique et rarement confirmé par une coelioscopie.

Bien que l'infection à Ct soit le plus souvent asymptomatique justifiant d'un dépistage systématique, il convient clairement de proposer celui-ci au cours d'un dialogue sur la santé

sexuelle afin de favoriser une prise de conscience et une modification du comportement sexuel pour éviter les réinfections.

L'évaluation de l'effet du dépistage sur la fertilité nécessite, comme tout dépistage, un suivi sur plusieurs années.

Une revue de littérature⁴⁴ montrait que le dépistage systématique sur le seul critère d'âge avec des tests d'amplification génique sur urine est coût-efficace à partir d'une prévalence de 3 % mais épargne des coûts même avec des prévalences de 1 %, par rapport à des stratégies visant uniquement le dépistage des sujets symptomatiques. Les résultats de ces analyses économiques sont actuellement débattus. L'une des raisons est une surestimation possible de la fréquence des complications de Ct, issues d'études déjà anciennes menées dans des populations symptomatiques avec des tests diagnostics moins performants³.

C'est un aspect qui devra probablement être pris en compte à l'avenir dans le contexte économique actuel.

Les prévalences observées dans les Centres de planification familiale ou d'orthogénie confirment qu'il est temps de généraliser en France le dépistage de Ct aux soins primaires, dans la population ciblée par notre étude, au décours d'une consultation autour de la santé sexuelle par exemple et d'intégrer systématiquement sa prescription au bilan d'IST.

Notre intervention soulève également le problème de soutien pour le MG en matière de prévention et de santé publique, bien qu'il soit un acteur majeur des campagnes de dépistage instaurées cette dernière décennie, la cotation de l'acte de prévention n'est pas valorisée et il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consultation payée dédiée à la prévention en santé sexuelle.

Le Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014¹⁴ propose de favoriser la proposition de dépistage d'IST par les médecins généralistes. En plus des facilitateurs cités par notre travail, on pourrait imaginer mettre à disposition des MG des kits de prélèvements à envoyer au laboratoire par courrier. Ce Plan propose également de mettre à disposition des professionnels de santé des outils spécifiques leur permettant d'adapter leur proposition de dépistage selon la situation et le public concerné. En ce qui concerne le dépistage de Ct, nous avons élaboré, évalué et adapté des outils²⁶ qui peuvent être mis à la disposition des MG et leurs patients. Ces outils (flyers, poster et diaporama) seront proposés à l'INPES pour une mise en ligne et pourront également s'intégrer à d'autres formations professionnelles concernant la santé sexuelle.

Des campagnes de prévention en santé sexuelle sont à préconiser dans les différents médias (internet, TV, radios) et une information scolaire devrait également être délivrée (e-Bug⁴⁵) pour sensibiliser les adolescents aux IST.

5. Conclusion

Notre étude qui portait sur la promotion du dépistage opportuniste de l'infection uro-génitale basse à Ct en soins primaires par la méthode des visites confraternelles a permis d'obtenir une augmentation de la prescription des tests de dépistage, le plus souvent lors d'une consultation abordant la santé sexuelle, comparativement au groupe des médecins non visités. L'accueil de l'intervention par les MG était favorable, l'information délivrée jugée courte et intéressante et les outils proposés qualifiés d'utiles pour ouvrir le dialogue avec les patients. Les principaux obstacles furent le manque de temps, une patientèle inadaptée pour la tranche d'âge cible qui consultait peu durant la période de l'étude, le laboratoire participant non à proximité du domicile du patient et l'oubli de l'étude en cours par le MG.

L'attitude du MG, notamment son implication et sa motivation pour mener l'étude est un facteur déterminant l'impact de l'intervention. En effet, un MG sensibilisé auparavant et d'autant plus au cours de la visite confraternelle par les informations médicales délivrées sur l'infection uro-génitale basse à Ct, prenant conscience des conséquences que celle-ci peut entraîner, sensibilisera davantage sa jeune patientèle au dépistage asymptomatique du Ct. Ainsi les barrières au dépistage qui ont été précédemment citées peuvent être contournées par la motivation du MG à dépister. L'intention de dépistage prévaut sur les obstacles.

Le taux de participation des patients était correct voire encourageant au vu du parcours complexe propre aux conditions réelles en soins primaires, étayant le fait que le MG est un interlocuteur privilégié de santé pour les jeunes et, en particulier, pour la santé sexuelle, favorisant ainsi la faisabilité du dépistage de Ct en soins primaires.

Les résultats des tests retrouvent un taux de PCR positives non négligeable, bien que l'échantillon soit trop petit pour en tirer des conclusions statistiques, suggérant la pertinence d'un dépistage ciblé chez les jeunes en soins primaires complémentaire à celui des CDAG/CPEF/DAV.

Une formation plus large des MG dans le cadre de la formation médicale continue sur la santé sexuelle est souhaitable pour pérenniser cette intervention. Des recommandations claires pour les professionnels de santé doivent aussi être établies en ce qui concerne le dépistage de Ct en Médecine générale.

Aspects éthiques

Cette étude a été jugée ne pas entrer dans le cadre de la Loi sur la Recherche actuellement en vigueur en France par le Comité de protection des personnes Sud Méditerranée le 01/07/2013.

Financement

- Programme « Leonardo Lifelong Learning Programme » de la Commission Européenne
- CHU de Nice, membre du réseau Français des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé.

ANNEXES

Annexe 1 Poster, à disposer en salle d'attente

IST la plus fréquente :
CHLAMYDIA

18 à 24 ans
+
>1 partenaire
sexuel par année
=
Facteurs de risque
d'Infection Sexuellement
Transmissible (IST)



Le plus souvent sans signe, elle peut se compliquer de stérilité

Vous pouvez demander ici un test de CHLAMYDIA
Parlez-en à votre médecin généraliste dès aujourd'hui

IST, Chlamydia, Santé sexuelle, Contraception...

ouvrons le dialogue

Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Département de Santé Publique

Faculté de Médecine


Lifelong Learning Programme

Annexe 2 Flyer explicatif pour le patient (recto/verso)

L'infection à Chlamydia

Une IST très fréquente chez les jeunes, qui passe souvent inaperçue, qui peut être grave et qui une fois dépistée se traite facilement

De quoi s'agit-il ?
C'est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus répandue en France aujourd'hui chez les jeunes de 16 et 24 ans, particulièrement ceux ou celles ayant plusieurs partenaires ou qui changent de partenaire.
Il n'y a souvent aucun signe, on peut donc en être porteur sans le savoir, et transmettre l'infection pendant plusieurs années. Pendant ce temps, les bactéries responsables se multiplient dans les voies génitales avec un risque de stérilité, de grossesse extra-utérine ou de transmission au nouveau-né lors de l'accouchement.
Dépistée à temps, l'infection peut être soignée facilement. Il n'existe pas de vaccin.



Comment détecter l'infection ?
Par un (auto)prélèvement vaginal ou urinaire qui sera analysé au laboratoire.

Quel est le traitement ?
En cas d'infection, votre médecin vous prescrira un traitement antibiotique efficace et vous conseillera d'avertir votre (vos) partenaire(s) par exemple par email : <http://www.info-ist.fr/conseils/index.html>

Doit-on se faire tester aussi pour d'autres IST ?
Ce test peut aussi être l'occasion de faire le point sur les autres IST, discutez-en avec votre médecin généraliste : VIH, hépatites, syphilis, papillomavirus (responsable du cancer du col de l'utérus).

Comment réduire le risque d'attraper ou de transmettre une IST ?

1. Utiliser un préservatif (masculin ou féminin) pour vous protéger et protéger vos partenaires.
2. Se faire vacciner contre l'Hépatite B, le Papillomavirus (cancer du col de l'utérus).
3. Communiquer avec son partenaire et se faire dépister régulièrement, en particulier à l'arrêt du préservatif.

Votre médecin généraliste :
Un interlocuteur privilégié, quelles que soient vos habitudes sexuelles :

- qui respecte votre intimité dans le cadre d'un entretien confidentiel,
- qui répond à vos questions sur les IST et leur prévention,
- qui discute avec vous des options en matière de contraception.

N'hésitez pas à lui parler : votre médecin généraliste est à votre écoute, attentif à votre santé sexuelle, compétent pour vous prescrire un dépistage, une contraception, et pour vous informer, vous conseiller et vous accompagner.

IST, Chlamydia, Santé sexuelle, Contraception...

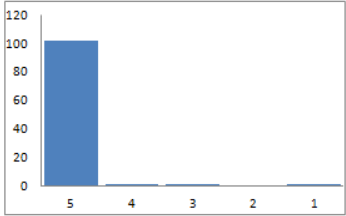
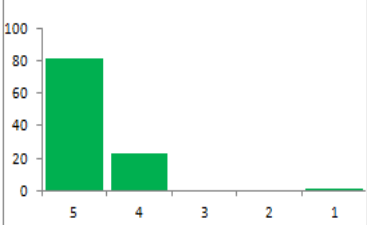
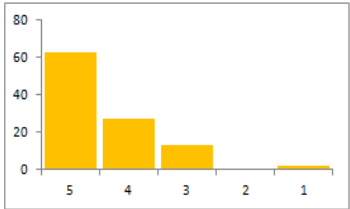
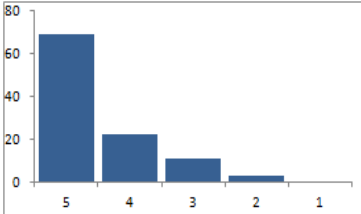
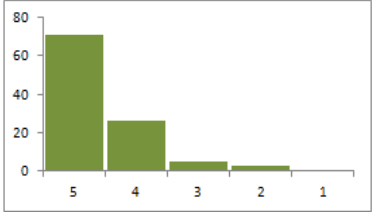
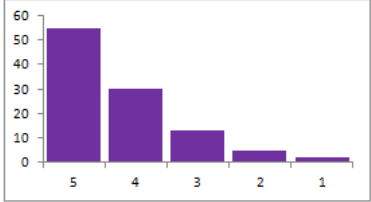
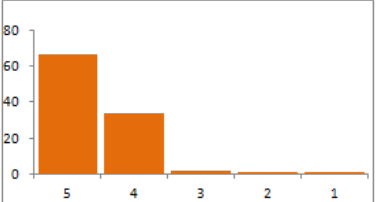
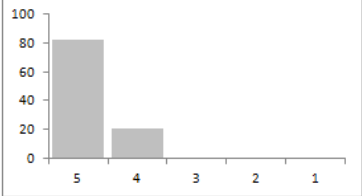
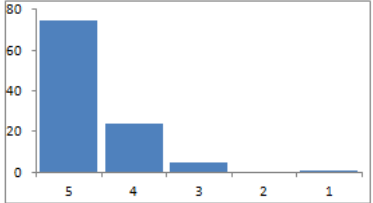
ouvrons le dialogue

Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Département de Santé Publique

Université de la Santé Antiole
Faculté de Médecine

Lifelong Learning Programme

Annexe 3 Evaluation de la session d'information des MG pour promouvoir le dépistage de *Chlamydia* en soins primaires.

<p>1 - Utilité de la présentation en général</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	102	4	1	3	1	2	0	1	1	<p>2 - Utilité de l'information justifiant l'importance du dépistage</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	81	4	23	3	0	2	0	1	1
Note	Votes																								
5	102																								
4	1																								
3	1																								
2	0																								
1	1																								
Note	Votes																								
5	81																								
4	23																								
3	0																								
2	0																								
1	1																								
<p>3 - Utilité de se savoir un interlocuteur privilégié auprès des jeunes patients pour aborder leur sexualité</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	63	4	27	3	13	2	0	1	2	<p>4 - Utilité des posters et des dépliants</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	69	4	22	3	11	2	3	1	0
Note	Votes																								
5	63																								
4	27																								
3	13																								
2	0																								
1	2																								
Note	Votes																								
5	69																								
4	22																								
3	11																								
2	3																								
1	0																								
<p>5 - Utilité de la documentation complémentaire proposée</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	71	4	26	3	5	2	3	1	0	<p>6 - L'information a montré que l'abord du dépistage est possible lors d'une consultation en MG pour une autre raison</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	55	4	30	3	13	2	5	1	2
Note	Votes																								
5	71																								
4	26																								
3	5																								
2	3																								
1	0																								
Note	Votes																								
5	55																								
4	30																								
3	13																								
2	5																								
1	2																								
<p>7 - L'information a montré que le protocole de dépistage est applicable en MG</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	67	4	34	3	2	2	1	1	1	<p>8 - L'information concernant le processus de dépistage était suffisamment claire</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> 	Note	Votes	5	82	4	21	3	1	2	0	1	1
Note	Votes																								
5	67																								
4	34																								
3	2																								
2	1																								
1	1																								
Note	Votes																								
5	82																								
4	21																								
3	1																								
2	0																								
1	1																								
<p>9 - Sur la base de cette information avez-vous l'intention d'encourager vos jeunes patients à se faire dépister</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Note</th> <th>Votes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> 		Note	Votes	5	75	4	24	3	5	2	0	1	1												
Note	Votes																								
5	75																								
4	24																								
3	5																								
2	0																								
1	1																								

REFERENCES

- ¹ Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C, 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 ? Bull Epidemiol Hebd. 2011;(12):160-5.
- ² D Kersaudy-Rahib, N Lydie PhD, B de Barbeyrac PhD, S de Diego BSc, C Le Roy PhD, Prof C Bébéar PhD. Home screening compared with clinic-based screening for *Chlamydiae trachomatis* in France: a randomised controlled trial. French National Institute of Prevention and Health Education, France and National centre for *Chlamydia*. The Lancet, Published Online. November 29, 2013.
- ³ *Chlamydia trachomatis* : études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive, BEH n°37-38, octobre 2006.
- ⁴ V.Goulet, Edith Laurent, Caroline Semaille et les biologistes de réseau Rénachla ; Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* en France : analyse des données Rénachla (2007-2009), BEH 26-27-28, juillet 2011, p31.
- ⁵ Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES); Février 2003, tome 2. Disponible en ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_rap.pdf
- ⁶ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé « Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* » tome 1, Paris février 2003 : 104 pages. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome1_rap.pdf
- ⁷ Skjeldestad F, Marsico M, et al. Incidence and risk factors for genital *Chlamydia trachomatis* infection: a 4-year prospective cohort study. Sex Transm Dis 2009; 36(5): 273–279.
- ⁸ Price MJ and al. How much tubal factor infertility is caused by *Chlamydia*? Estimates based on serological evidence corrected for sensitivity and specificity. Sex Transm Dis. 2012 Aug; p. 608-13.
- ⁹ LaMontagne D Scott, Baster Kathleen , Emmett Lynsey; Incidence and reinfection rates of genital chlamydial infection among women aged 16–24 years attending general practice, family planning and genitourinary medicine clinics in England: a prospective cohort study by the *Chlamydia Recall Study* Advisory Group. ; Sex Transm Infect. 2007: p. 292–303.
- ¹⁰ Moore DE and al. Increased frequency of serum antibodies to *chlamydia trachomatis* in infertility due to distal tubal disease. Lancet. 1982: p. 574-577.
- ¹¹ Darville T, Hiltke TJ. Pathogenesis of genital tract disease due to *Chlamydia trachomatis*. J Infect Dis. 2010 Jun 15;201 Suppl 2:S114-25.
- ¹² Batteiger BE, Xu F, Johnson RE, Rekart ML. Protective immunity to *Chlamydia trachomatis* genital infection: evidence from human studies. J Infect Dis. 2010 Jun 15;201 S2:S178-89.

¹³ Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles; Recommandations OMS 2003, disponible en ligne : http://www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_fr.pdf

¹⁴ Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014, disponible en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

¹⁵ Bianchi Anne, de Moegen F. Creuzy Marie Josée, Dépistage des infections à Chlamydia trachomatis dans les centres de planification familiale de Seine Saint Denis et intérêt de l'auto-prélèvement. BEH thématique. Octobre 2006, p.282-283.

¹⁶ FAVERJON Stéphanie. Prévalence des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis en cabinet de médecine générale et acceptabilité/ faisabilité d'un programme de dépistage. Thèse de Médecine; Grenoble, septembre 2011.

¹⁷ Le généraliste face à l'adolescent, la prévention des risques, un enjeu essentiel, Forum n° 202 des médecins généralistes, décembre 2007.

¹⁸ INPES: Baromètre Santé Jeunes 2010 : les comportements de santé des jeunes. [En ligne]. Mise à jour Juin 2013. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/telechargements.asp>

¹⁹ McNulty CAM, Hogan AH, Ricketts EJ, et al. Increasing chlamydia screening tests in general practice: a modified Zelen prospective Cluster Randomised Controlled Trial evaluating a complex intervention based on the Theory of Planned Behaviour.; Sex Transm Infect 2014; 90:188–194.

²⁰ Ajzen I. The theory of planned behaviour. Organ Behav Hum Decis Process 1991;50:271–87. Site internet avec études ayant utilisées le TCP : <http://people.umass.edu/aizen/tpb.html>

²¹ A. Uusküla, E. J Ricketts, C. Rugman, R. Kalda, H. Fredlund, J. Hedlund, B. Dunais, P Touboul and C. McNulty : Provision of chlamydia testing, and training of primary health care staff about chlamydia testing, across four European countries. BMC Public Health 2014 14:1147.

²² Informations relatives au « Lifelong Learning Programme » de la commission européenne, disponibles en ligne : http://ec.europa.eu/education/tools/llp_fr.htm

²³ MANI Alix. Adaptation d'une intervention Européenne, destinée à promouvoir le dépistage opportuniste du *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 18-24 ans, aux conditions de soins primaires en France. Thèse de Médecine. Nice, juin 2014.

²⁴ Bruno-Bazureault P, Touboul P, Hofliger P, Mariné-Barjoan E, Pradier C, Patuano C et al. Visites confraternelles aux médecins libéraux généralistes et pédiatres des Alpes-Maritimes lors de la campagne "Antibios quand il faut". Méthodologie, faisabilité et intérêt. Presse Med. 2006; 35: 749-54

²⁵ Documents INPES pour les professionnels de santé et le grand public : [http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsEspaces.asp?order=support](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsEspaces.asp?order=supporthttp://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsEspaces.asp?order=support)

- ²⁶ Diaporamas disponibles en ligne sur le site STI training through CATTE : <http://stitraining.eu/countries/france/>
- ²⁷ Guidance Chlamydia control in Europe. European Center for Disease prevention and Control. ECDC Stockholm: 2009.
- ²⁸ Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, Avis sur les actes, Classements NABM: sous-chapitres 6-03, 7-04,16-01 - codes : 1307, 5254, 5255, 5256, 5257, HAS, juillet 2010.
- ²⁹ Décision du 7 juillet 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, disponible en ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024629160>
- ³⁰ Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie, disponible en ligne : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php>
- ³¹ Recommandations OMS, STI Guidelines 2003, disponible en ligne: http://www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_fr.pdf
- ³² E. Lanjouw, J.M. Ossewaarde, A. Stary, F. Boag, W.I. van der Meijden, European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections, July 2010.
- ³³ Richard A Krueger et Mary Anne Casey, Focus Group 4th edition, a practical guide for applied research, Edition Sage.
- ³⁴ Blanchet Alain, Gotman Anne. L'enquête et ses méthodes, l'entretien, 2^{ème} édition, collection universitaire de poche, Edition Armand Colin.
- ³⁵ Braun, V. and Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3 (2). (2006), p. 77-101. ISSN 1478-0887.
- ³⁶ Launoy G, Veret JL, Richir B, Reaud JM, Ollivier V, Valla A, Gignoux M. Involvement of general practitioners in mass screening. Experience of a colorectal cancer mass screening programme in the Calvados region (France). Eur J Cancer Prev. 1992;2:229-232.
- ³⁷ Martine Bungener, François Eisinger, Gilles Erriau, Isabelle Aubin-Auger (CNGE), Christian Ghasarossian (CNGE), Arnaud Gautier (INPES) et al. Enquêtes & sondages médecins généralistes et dépistage des cancers, synthèse des résultats de l'enquête barométrique inca/bva septembre 2010. Disponible en ligne : <http://www.e-cancer.fr>
- ³⁸ LOVISI Bruno. Expériences et opinions des médecins généralistes français participant à l'étude européenne GRACE lors de la saison d'inclusion 2008-2009, Thèse de Médecine, Nice, septembre 2010.
- ³⁹ Durieux P, Ravaud P, Chaix C, Durand-Zaleski I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins? Presse Med. 1999; 28: 468-72.

⁴⁰ IMBERT Nausicaa. Enquête sur les pratiques d'un groupe de médecins généralistes des Hauts-de-Seine (92) et sur les obstacles au dépistage de l'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis*, Thèse de Médecine, Paris 7, juin 2010.

⁴¹ Bulletins des réseaux de surveillance des IST, Institut de veille sanitaire, Données au 31 décembre 2013, disponible en ligne sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>

⁴² LE FLOCH Aude. Auto prélèvement vaginal à *Chlamydia trachomatis* en médecine générale : étude quantitative et d'acceptabilité. Thèse de Médecine, Paris 6, octobre 2014.

⁴³ W M. Geisler, S.Y. Lensing, C. G. Press and E. W. Hook .Spontaneous Resolution of Genital Chlamydia trachomatis Infection in Women and Protection from Reinfection, *J Infect Dis.* (2013) 207 (12): 1850-1856.

⁴⁴ E Honey, C Augood, A Templeton, et al. Cost effectiveness of screening for Chlamydia trachomatis: a review of published studies, *Sex Transm Infect* 2002;78:406–412

⁴⁵ Site internet d'e-Bug : www.e-bug.eu

RESUME

Contexte : L'infection uro-génitale basse à *Chlamydia trachomatis* (Ct) est l'IST bactérienne la plus fréquente en Europe en particulier chez les jeunes multipartenaires. Souvent asymptomatique, sa propagation et sa gravité proviennent de sa découverte tardive d'où la nécessité d'un dépistage précoce.

Les MG sont des interlocuteurs privilégiés en matière de prévention et notamment de santé sexuelle.

Objectif : Mettre en œuvre et évaluer une intervention complexe auprès des MG des Alpes Maritimes (06) visant à promouvoir le dépistage opportuniste de l'infection uro-génitale basse à Ct chez les jeunes patients.

Méthode : Cinq visiteurs formés à la méthode des visites confraternelles (VC) ont remis des outils et kits d'auto-prélèvements aux 105 MG randomisés. Le dépistage de Ct par auto-prélèvement urinaire ou vaginal, était analysé par PCR.

Chaque MG devait inclure durant 6 mois, 10 patients de 18-24 ans ayant plus d'un partenaire dans l'année précédente, s'en suivait une évaluation qualitative (entretiens des MG et focus group des visiteurs) et quantitative (nombre de dépistage prescrits et remboursés parmi les MG participants et non participants 2013-2014, taux de prélèvements positifs).

Résultats : Une tendance générale à l'augmentation du nombre de dépistages entre les deux saisons 2013-2014 (15%) était observée et majorée par l'intervention (73%), $p < 0,02$. Le dépistage a été réalisé chez 73 (48%) patients et 12 PCR étaient positives. L'analyse qualitative des entretiens post interventionnels auprès des MG et du focus group de visiteurs mettait en évidence des facteurs facilitant et des barrières au dépistage.

Conclusion : Notre étude apporte un impact supplémentaire de faisabilité car réalisée aux conditions réelles du soin primaire, les critères d'inclusion étaient pertinents suggérant un dépistage ciblé complémentaire à celui des CDAG.

Pour pérenniser cette intervention des outils seront proposés à l'INPES afin d'aider les MG à promouvoir le dépistage, et une formation sur la santé sexuelle serait souhaitable notifiant des recommandations claires pour le dépistage de Ct en Médecine générale en France.

Mots clés : *Chlamydia trachomatis*, programme de dépistage, soins primaires, auto-prélèvement, jeunes patients.

ABSTRACT

Background: The low urogenital infection *Chlamydia trachomatis* (Ct), the most common bacterial STI in Europe, especially among young multiple partners. Often asymptomatic, its spread and severity are from late discovery of the need for early detection. GPs are important interlocutors for prevention including sexual health.

Objective: Put into place and evaluating a complex intervention with GPs from Alpes Maritimes (06) to promote opportunistic screening of low urogenital infection Ct in young patients.

Method: Five visitors trained in fraternal visits method handed tools and kits for self-levies randomized 105 GPs. Ct screening by urinary or vaginal self-collection was analyzed by PCR. Each GP should include for 6 months, 10 patients aged 18-24 with more than one partner in the previous year, followed by a qualitative assessment (interviews and focus group MG visitors) and quantitative (number of screening prescribed and reimbursed MG among participants and non-participants 2013-2014, positive samples rate).

Results: A general trend of increasing the number of screenings between the 2013-2014 seasons (15%) was observed and bounded by the intervention (73%), $p < 0,02$. The screening was performed in 73 (48%) patients and 12 were PCR positive. Qualitative analysis of interventional post interviews with MG and the focus group of visitors highlighted the factors facilitating and barriers to screening.

Conclusion: Our study provides an additional impact Feasibility performed because the actual conditions of primary care, the inclusion criteria were relevant suggesting additional targeted screening to that of CDAG.

To sustain this intervention tools will be offered to the INPES to help MG promote screening, and training on sexual health would be desirable notifying clear recommendations for Ct screening in General Medicine in France.

Key words: *Chlamydia trachomatis*, screening program, primary care, self-collection, young patients.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Au moment d'être admise 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 les 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.