



HAL
open science

Étude de prévalence concernant l'infection urogénitale à Chlamydiae Trachomatis dans 9 Centres de Planification et d'Éducation Familiale du Finistère. Étude prospective réalisée d'octobre à décembre 2016

Marine Kervarec

► To cite this version:

Marine Kervarec. Étude de prévalence concernant l'infection urogénitale à Chlamydiae Trachomatis dans 9 Centres de Planification et d'Éducation Familiale du Finistère. Étude prospective réalisée d'octobre à décembre 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01559241

HAL Id: dumas-01559241

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559241v1>

Submitted on 10 Jul 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

Etude de prévalence concernant l'infection urogénitale à
Chlamydiae Trachomatis dans 9 Centres de Planification et
d'Education Familiale du Finistère.

Etude prospective réalisée d'octobre à décembre 2016.

Mémoire présenté et soutenu le 03 Avril 2017

Par KERVAREC Marine

Née le 29 août 1993

Directrice de mémoire : Docteur Fanny FUR

Année 2017

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée KERVAREC Marine,

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

REMERCIEMENTS

A Madame Fanny FUR, Directrice du mémoire, pour sa motivation et son investissement dans l'élaboration de ce mémoire.

A Madame Marianne KAUPE du Conseil Départemental pour son aide et sa participation à la diffusion de mon travail dans les 13 Centres de Planification et d'Education Familiale du Finistère.

A Madame Gaëlle DELPECH-DUNOYER, Tutrice de mon mémoire, pour son soutien durant ces 2 années de master au sein de l'école et pour m'avoir permis de mener à bien ce mémoire.

A Monsieur Teddy LINET, qui m'a aiguillé vers ce sujet.

A l'ensemble des sages-femmes et médecins ayant répondu à mon étude.

A mes parents, et plus particulièrement à ma mère pour ses paroles rassurantes, son écoute, ses conseils précieux, et son investissement dans la relecture de mon mémoire.

A ma sœur pour son soutien.

A mes colocataires et plus particulièrement à Hortense avec qui j'ai pu partager mes doutes, mes appréhensions et mes réussites.

A mes amies pour la stimulation et la motivation qui m'ont aidées à avancer.

Et enfin à Damien pour son écoute, son côté réconfortant et pour sa capacité à me supporter dans mes moments de doutes.

TABLES DES MATIERES

LEXIQUE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES	6
1. INTRODUCTION	7
2. MATERIELS et METHODES	9
2.1. Type d'étude.....	9
2.2. Population.....	9
2.3. Critères de jugements	9
2.4. Recueil de données.....	10
2.5. Traitement des données et Analyse statistique.....	10
3. RESULTATS	11
3.1. Déroulement de l'enquête.....	11
3.2. Description de la population incluse dans l'étude.....	12
3.3. Les prélèvements positifs à <i>Chlamydiae trachomatis</i> de l'étude.....	16
4. DISCUSSION	17
4.1. Principaux Résultats.....	17
4.2. Limites de l'étude.....	19
4.3. Intérêts d'un dépistage.....	19
4.4. Freins à la mise en place d'un dépistage.....	21
5. CONCLUSION	24
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	25
ANNEXES: Feuille Mémo	28
RESUME DU MEMOIRE	31

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation d'Evaluation de la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDC: Center for Disease Control and Prevention

CIDDIST : Centre Information, Diagnostic, Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles

CNR : Centre National de Référence des Infections à Chlamydia

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

SIU : Système Intra-utérin

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des CPEF dans le Finistère

Figure 2 : Répartition des CPEF ayant répondu à l'étude

Figure 3 : L'âge de la population

Figure 4 : Le niveau d'étude de la population

Figure 5 : Les motifs de consultation relevés dans les CPEF participant à l'étude

Figure 6 : Le contexte de réalisation du dépistage dans l'étude

1. INTRODUCTION

L'infection urogénitale à *Chlamydiae trachomatis* est la première cause d'Infection Sexuellement Transmissible d'origine bactérienne, le plus souvent asymptomatique, très répandue dans les pays industrialisés. Elle touche à la fois les hommes et les femmes mais ces dernières sont plus souvent dépistées que la population masculine. Toutefois, cette infection prédomine chez la femme jeune notamment en situation précaire ou ayant un comportement sexuel à risque. De plus, la fréquence du portage asymptomatique à chlamydiae contribue à la survenue de complications tardives et irréversibles telles qu'une infertilité tubaire, une salpingite, une maladie inflammatoire pelvienne ou la provenue de grossesses extra utérines, surtout en cas d'absence de traitement. (1)

En effet, le *Chlamydiae trachomatis* dépisté précocement, peut être traité facilement par un antibiotique simple et efficace diminuant le risque de complications par la suite. De plus, la réalisation d'un dépistage annuel chez les femmes sexuellement actives de moins de 25 ans ainsi que chez les hommes de moins de 30 ans, de même que le dépistage des femmes âgées à risque accru d'infection comme le recommande le Center for Disease Control and Prévention permet de prévenir et de déceler un éventuel portage à *Chlamydia trachomatis*. Pourtant, selon les recommandations françaises de l'ANAES remises à jour par l'HAS en 2010, le dépistage préconisé, réalisé par prélèvement urinaire, vulvo-vaginal ou d'endocol n'est systématique que pour les femmes de moins de 25 ans consultant dans certains centres spécifiques tels que les CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale), CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) et CIDDIST (Centre Information, Diagnostic, Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles). Il n'est réalisé quasiment que sur signes cliniques dans les cabinets libéraux. De plus, le dépistage de la population masculine ne figure pas dans les recommandations actuelles malgré un portage uro-génital présent chez l'homme, vecteur lui aussi de l'infection. (2) (3) (4) (5)

En France, les stratégies de dépistage sont proposées uniquement à des populations à risque identifiées mais aucun programme global n'a réellement été mis en place, même si des moyens diagnostiques et thérapeutiques simples existent. De plus, l'infection à *Chlamydiae trachomatis* répond aux différents critères de l'OMS nécessaires à la réalisation d'un dépistage de masse ; le test est fiable, peu coûteux, sensible et spécifique pour faire le

diagnostic, le traitement est bien toléré et efficace et le dépistage précoce apporte un bénéfice pour les sujets atteints. (6)

La prévalence du germe est mal connue car seule l'enquête NatChla réalisée en 2006 a estimé la prévalence globale de l'infection à *Chlamydiae trachomatis* chez des personnes de 18 à 44 ans avec un taux de 1.6% pour les femmes et de 1.4% pour les hommes. Elle s'est également attachée à mettre en évidence une prévalence accrue (3.6%) du germe chez des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans ayant des comportements sexuels à risque. (1)

Aujourd'hui, la prévalence de la population générale à l'infection de *Chlamydiae trachomatis* est portée à 3% en France (1) avec, une augmentation notamment chez les moins de 25 ans sexuellement actifs. Cette évolution en moins d'une décennie pose question et rend cette infection sensible notamment par ses possibles répercussions sur le tractus génital. Pour autant, les recommandations de l'ANAES n'ont pas évolué contrairement à celles d'autres pays comme la Suède ou les USA qui ont d'avantage systématisé leur dépistage. (6)

Peu d'études de prévalence ont été menées sur ce sujet, ne permettant pas d'en faire un problème de santé publique.

L'objectif principal de mon mémoire est donc de réaliser une étude de prévalence dans les Centres de Planification et d'Education Familiale du Finistère, afin de pouvoir estimer le nombre de personnes infectées et de peut être sensibiliser les gynécologues, les médecins traitant et les sages-femmes qui sont amenés à réaliser un suivi gynécologique de prévention, à ce dépistage.

2. MATERIELS et METHODES

2.1. Type d'étude

L'étude menée est une étude descriptive transversale multicentrique concernant l'infection à *Chlamydiae trachomatis*.

2.2. Population

Elle est réalisée auprès de jeunes sexuellement actifs âgés de 15 à 25 ans, consultant dans les 13 Centres de Planification et d'Education Familiale du Finistère.

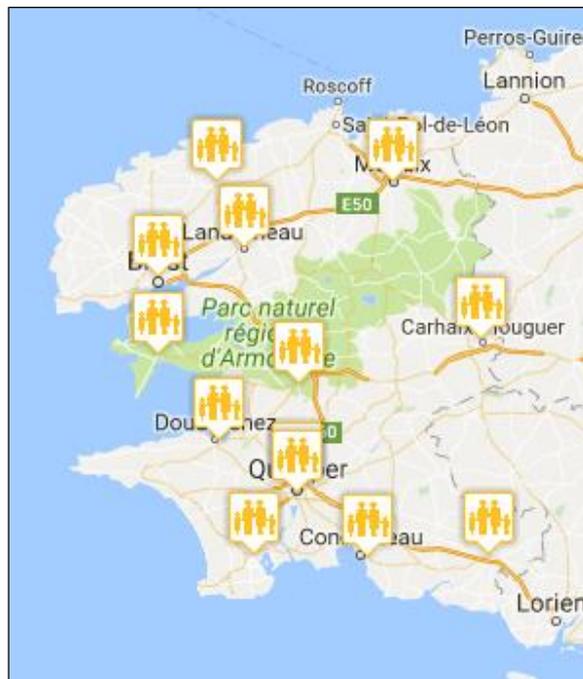


Figure 1: Répartition des CPEF dans le Finistère

L'intégralité des personnes répondant aux critères énumérés dans le paragraphe suivant ont été sélectionnées pour participer à l'étude afin d'obtenir les 100 cas nécessaires à l'enquête : nombre obtenu à partir d'un calcul statistique basé sur le chiffre de 2014 du Conseil Départemental du Finistère, comptant environ 4000 dossiers de personnes âgés de moins de 25ans consultant en CPEF.

2.3. Critères de jugements

Les critères d'inclusions principaux sont d'une part, l'âge compris entre 15 et 25 ans correspondant à la tranche d'âge où la prévalence est la plus importante et d'autre part, le fait d'avoir déjà eu au moins un rapport sexuel.

D'autres critères ont également été analysés comme le sexe, le niveau d'étude allant de l'absence de diplôme à 5 années après le baccalauréat, le motif de consultation en CPEF, un antécédent d'infection sexuellement transmissible, un antécédent d'infection à *Chlamydiae trachomatis* et la présence de facteurs de risque ou d'indications particulières ayant entraînés la réalisation du dépistage.

2.4. Recueil de données

Avec l'aide et avec le soutien du Conseil Départemental, un fichier Excel comportant 7 items et des menus déroulants pour faciliter la saisie de données, a été mis à dispositions de professionnels de santé permettant le recueil des renseignements nécessaires à l'enquête.

Un bilan a été réalisé au bout d'un mois d'étude afin d'évaluer la manière dont les items ont été renseignés.

L'ensemble des informations médicales ont été collectées lors d'une consultation par une sage-femme ou un médecin du centre.

2.5. Traitement des données et Analyse statistique

L'analyse des différents critères d'inclusion se fait par l'intermédiaire de ce fichier Excel.

3. RESULTATS

3.1. Déroulement de l'enquête

La recherche de l'exhaustivité des données du protocole de recherche a nécessité plusieurs rappels sur les 3 mois, afin que les professionnels ajoutent correctement les données dans chaque item. Une difficulté d'adhésion à l'enquête et une difficulté de remplissage par les professionnels ont été constatées lors du recueil des informations. Une relance a également été réalisée fin décembre pour l'envoi des résultats en vue de l'analyse.

A la fin de notre étude, certains centres n'ont pas transmis leur tableau et d'autres n'ont pas renseigné toutes les informations nécessaires, notamment la part de consultations que représente les jeunes de 15-25ans en CPEF. En effet seulement 83 cas ont été répertoriés dans les 9 CPEF au lieu des 13 CPEF initialement choisis.

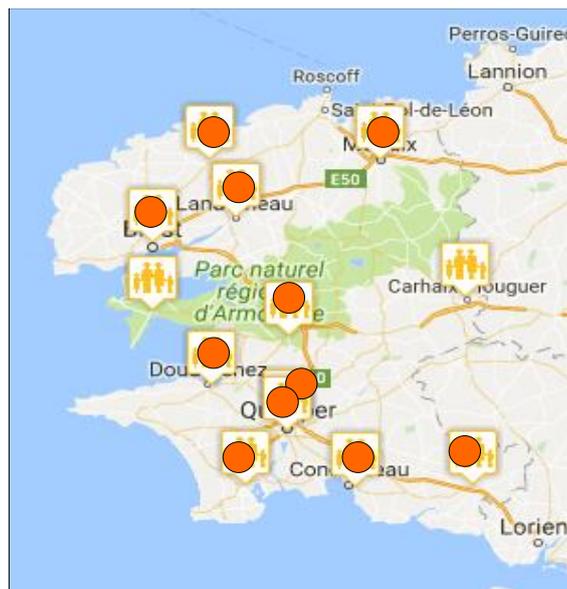


Figure 2: Répartition des CPEF ayant répondu à l'étude

De plus, le nombre de cas répertoriés dans chaque centre de planification coïncide avec le nombre de permanences hebdomadaires effectuées dans ces structures. Les centres n'assurant des consultations que 2 jours par semaine comme Douarnenez ou Châteaulin avaient moins de cas à signaler, que ceux qui proposent des consultations tous les jours comme Quimper, Morlaix ou Brest.

Néanmoins, le nombre de personnes dépistées à Brest et Morlaix s'avère très inférieur au nombre envisagé en début d'étude.

On a aussi remarqué qu'une grande partie des tests de dépistage prescrits par les professionnels n'ont pas été effectués par les patients, mais nous avons fait le choix de ne pas les analyser dans les résultats.

La répartition des cas selon les centres :

- CPEF Quimper associé au CPEF Châteaulin = 40 cas
- CPEF CHIC Quimper associé au CPEF Concarneau et CPEF Douarnenez = rendu tardif
- CPEF Landerneau = 13 cas
- CPEF Brest associé au CPEF Lesneven = 12 cas
- CPEF Quimperlé = 8 cas
- CPEF Morlaix = 6 cas
- CPEF Pont-L'abbé = 3 cas
- CPEF Crozon et Carhaix = 0 cas

Sur la totalité des personnes ayant réalisées le dépistage, le test s'est révélé négatif pour 77 individus et positif pour 6 individus.

La prévalence de l'infection à *Chlamydiae trachomatis* chez les jeunes âgés entre 15 et 25 ans de l'étude, dans les 9 CPEF du Finistère est donc de 7.2%, hommes et femmes confondus.

3.2. Description de la population incluse dans l'étude

Les femmes représentent 92% des patients venant consulter en CPEF contre seulement 8% pour les hommes.

Figure 3: L'âge de la population

On remarque une certaine hétérogénéité concernant les âges des personnes venant consulter dans les centres de planification. Toutefois, la majorité des personnes ayant été dépistées dans les CPEF ont un âge égal ou inférieur à 19 ans.

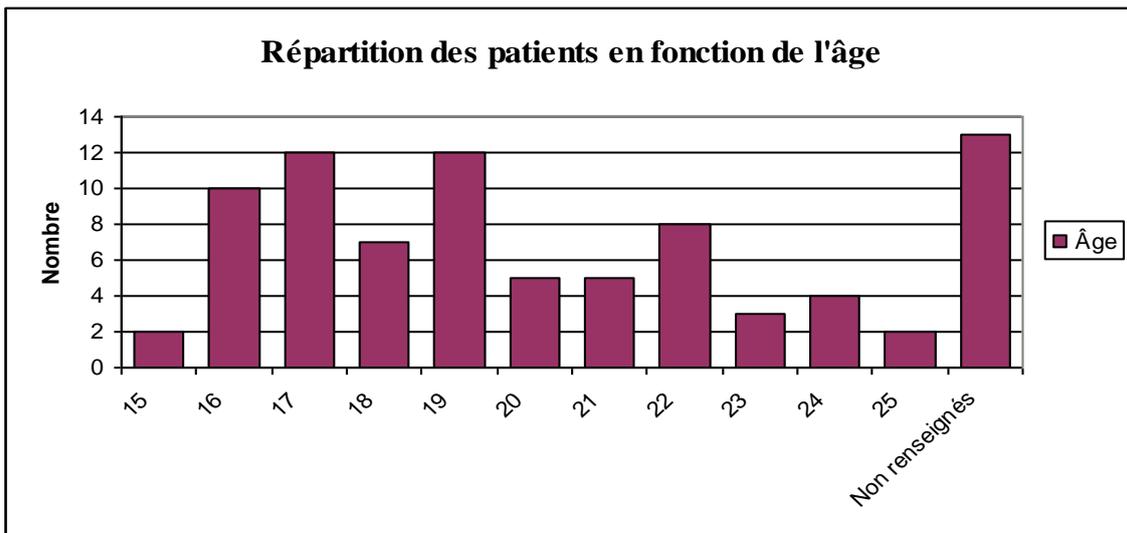
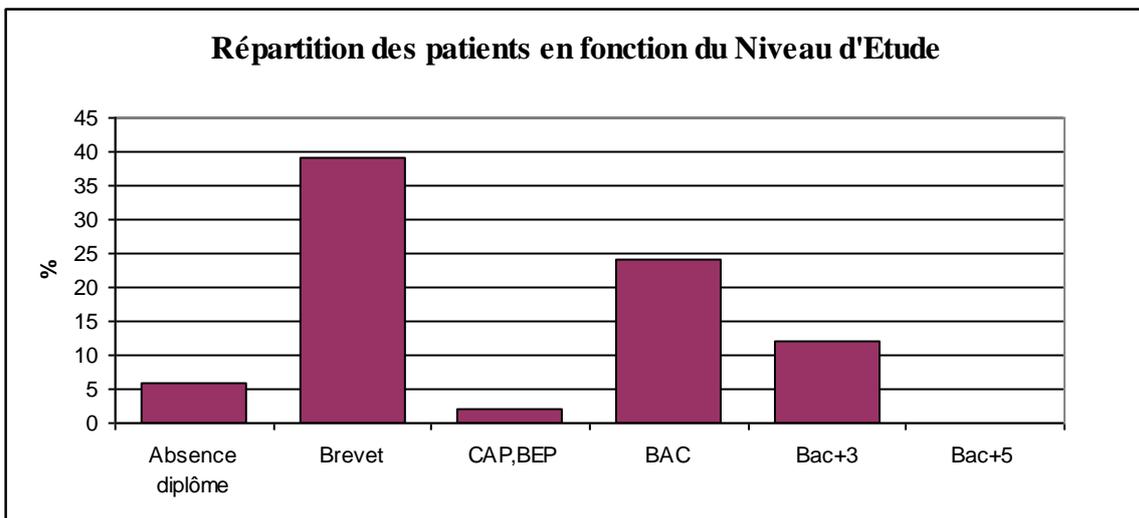
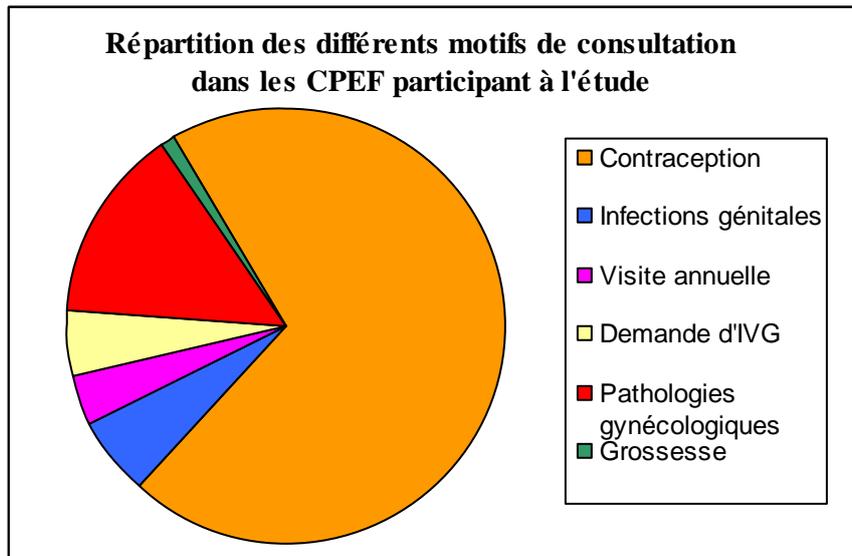


Figure 4: Le niveau d'étude de la population



On remarque que parmi toutes les personnes interrogées, le brevet est le niveau d'étude qui revient le plus souvent.

Figure 5: Les motifs de consultation relevés dans les CPEF participant à l'étude



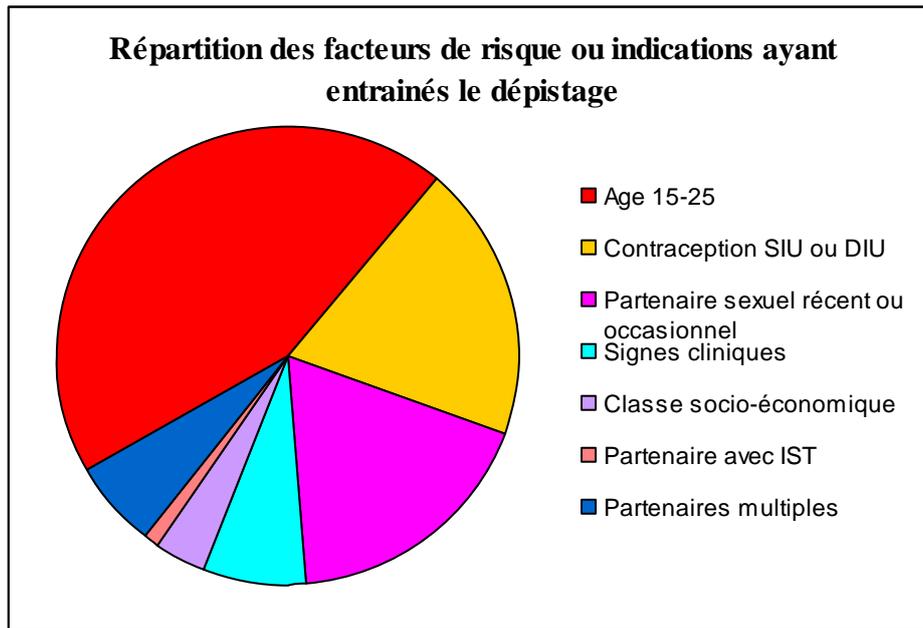
La contraception est le motif de consultation en CPEF dans 70% des cas. Les pathologies gynécologiques représentent 14% des cas, les infections génitales et la demande d'IVG représentent respectivement 6% et 5%.

Les autres motifs comme la visite annuelle en gynécologie ou la grossesse sont moins fréquents pour les patients inclus.

Les Antécédents d'IST

Parmi les 83 cas analysés, 5 patientes ont spécifié qu'elles avaient déjà eu un antécédent d'infection à *Chlamydiae trachomatis*, une patiente a un antécédent d'Hépatite B, une autre d'Hépatite C, une autre de Trichomonas, et une dernière a un antécédent de Human Pavilloma Virus.

Figure 6: Le contexte de réalisation du dépistage de l'étude



Pour l'étude, le dépistage en CPEF a été réalisé en majorité (45%) sur le critère de l'âge inférieur à 25 ans comme le recommande l'HAS.

Le *Chlamydiae trachomatis* a été également recherché lors de la pose d'un SIU hormonal ou DIU au cuivre dans 19% des cas.

L'existence d'un partenaire sexuel récent (de moins de 3mois) ou occasionnel associé à des rapports sexuels non protégés, représente un facteur de risque qui a entraîné un dépistage dans 18% des cas.

Les signes cliniques observés chez les patients ont été une indication de dépistage dans 7% des cas.

La classe socio-économique, l'existence de rapports sexuels avec des partenaires multiples ou ayant une IST, représentent également des facteurs de risque faisant partis des critères de dépistage dans respectivement 4%, 6% et 1% des cas.

3.3. Les prélèvements positifs à *Chlamydiae trachomatis* de l'étude

Les tests positifs sont retrouvés uniquement chez des femmes âgées de 18 à 24 ans. Trois d'entre elles ont un niveau d'étude Brevet, 2 ont un niveau Baccalauréat et une n'a aucun diplôme.

Les motifs de consultation pour les patientes ayant un test positif: 2 sont venues pour des infections génitales, 2 pour des pathologies gynécologiques à type de dysménorrhées, spotting ou douleurs abdominales, 1 pour une demande d'interruption volontaire de grossesse et une autre pour sa contraception.

Sur les 6 patientes au résultat positif, la patiente consultant pour une infection génitale a signalé un antécédent d'infection à *Chlamydiae trachomatis*. Aucun autre antécédent d'IST n'a été spécifié par les 5 autres patientes.

Pour ces 6 femmes, différents facteurs de risque ont été retrouvés au moment du dépistage, notamment l'âge inférieur à 25 ans et l'existence de signes cliniques à l'examen gynécologique pour 2 d'entre elles. Pour les 4 autres femmes, le facteur de risque correspondait à un comportement sexuel à risque mettant en évidence des rapports sexuels plus ou moins protégés avec des partenaires multiples ou récents ou occasionnels ou ayant déjà une IST.

Dans les 83 cas, on peut aussi mettre en évidence 5 patientes âgées de 17 à 24 ans avec un antécédent d'infection à *Chlamydiae trachomatis*. Le renouvellement du dépistage a été fait à l'issue d'une consultation pour contraception, pour visite gynécologique annuelle, pour une pathologie gynécologique et pour une infection génitale.

Elles avaient pour 2 d'entre elles des signes cliniques lors de cette nouvelle consultation, une venait pour un souhait de contraception de type SIU hormonal ou DIU au cuivre, une autre renouvelait son dépistage car âgée de moins de 25 ans et une dernière se faisait dépister car elle avait un partenaire récent de moins de 3mois comme facteur de risque.

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était de mesurer la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 25ans consultant en CPEF. L'étude a porté sur 83 cas et s'est déroulée sur un temps de 3 mois. Les résultats obtenus ont permis d'atteindre l'objectif fixé en déterminant la prévalence à 7.2%.

Cette prévalence est comparable à celles retrouvées dans la littérature : notamment dans les données du réseau RénaChla de 2009 où le taux de prévalence global était de 9.4% dans les structures faisant du dépistage identique à celui de l'étude du CNR de 2011 réalisée dans des structures similaires (CDAG, CIDDIST). (1) (7)

L'infection à *Chlamydiae trachomatis* est de manière générale supérieure à 5% pour la classe d'âge inférieure à 25 ans dans les centres de dépistage en France. (8) Ce chiffre justifie parfaitement la recherche systématique de cette bactérie dans ce type de structure. De plus, les études réalisées au sein de la population générale que ce soit en France ou en Europe, montrent également une augmentation de cette IST : la campagne de détection du *Chlamydiae trachomatis* chez les jeunes de moins de 25ans réalisée en 2011 par INPES et le CNR montre un taux de 8.31% chez les filles et de 4.27% chez les garçons. (7)

On retrouve également une prévalence moyenne de 6.15% dans la population générale âgée de 15 à 25ans dans les études européennes et internationales comme en France (étude NatChla, enquête CSF), en Belgique (Etude de Verhoeven), aux USA (Revue de la littérature de Cornelis *et al.*) et au Royaume-Uni (étude Natsal). (9) (10) (11) (12)

Le critère âge est le paramètre d'inclusion principal de notre étude car, selon la littérature, les jeunes âgées de moins de 25ans sont plus susceptibles d'être infectés par le *Chlamydiae trachomatis* car leur comportement sexuel est souvent plus à risque. Les études précédemment citées s'accordent d'ailleurs à dire que la prévalence est supérieure chez les femmes âgées de 18 à 29 ans (entre 2,7% et 3,6%) et chez les hommes âgés de 15 à 24 ans (entre 2,4% et 6,5%). Il est donc primordial de cibler cette population lors des consultations pour les informer et leur proposer le dépistage.

On remarque aussi à travers les résultats de l'étude, que seules des femmes ont été diagnostiquées positives à la bactérie. La population masculine dépistée dans cette enquête ne représente que 8% expliquant un tel résultat. En effet, le BEH précise qu'en 2015, la majorité

des patients diagnostiqués pour une infection à *Chlamydia trachomatis* étaient des femmes (64%). (13) Cela s'explique probablement par le faible nombre d'hommes venant consulter pour un dépistage dans les centres spécifiques. Les hommes viennent le plus souvent en tant qu'accompagnant quand il s'agit d'un tel motif. (14) A l'inverse, la population féminine représente la majorité des patients consultant en CPEF avec comme motif principal celui de la contraception, qui permet d'aborder plus facilement la thématique de la sexualité et d'envisager le dépistage des IST. La recherche du *Chlamydiae trachomatis* se fait beaucoup dans le cadre d'une pose d'un contraceptif intra-utérin qui correspond à la 2^{ème} indication de dépistage retrouvée dans notre étude.

L'objectif secondaire était également de déterminer les facteurs de risque ou modalités qui amènent à effectuer le dépistage. L'accent est mis sur le comportement sexuel à risque des patientes ayant eu un test positif. En effet, l'existence d'un partenaire sexuel occasionnel, de partenaire multiples (plus de 3 dans les 12 derniers mois) ou de l'absence d'utilisation de préservatif accroît le risque d'infection comme expliqué dans le rapport du CNR. (7)

Le risque d'infection à *Chlamydiae trachomatis* augmente avec le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie et multiplie au moins par trois la prévalence du *Chlamydia trachomatis* si la personne a eu plus de deux partenaires sexuels dans l'année. Le nombre de partenaires sexuels est donc un facteur de risque important d'infection à *Chlamydiae trachomatis* selon le rapport du CDC de 2005. (15) On le retrouve également dans de multiples études comme dans l'étude NatSal au Royaume-Uni ou l'étude NatChla en France. (9) (12)

L'absence de préservatif augmente également le risque de transmission alors que son utilisation systématique lors des rapports sexuels diminuerait au moins de moitié la prévalence de l'infection (5,9 à 2,7% dans l'étude de prévalence réalisée en Slovénie). (16)

Le niveau d'étude peu mis en évidence dans notre étude, impacte aussi sur le risque d'infection ; la prévalence est inversement proportionnelle au niveau scolaire obtenu, surtout chez la femme. Un faible niveau d'éducation associé à un niveau socio-économique défavorable semble donc être un facteur de risque d'infection à *Chlamydiae trachomatis*. (10)

Enfin, cette étude met en évidence un dépistage du germe sous effectué dans les centres à vocation de dépistage dans le Finistère. Les jeunes de 15 à 25ans représentent la majorité des personnes consultant en CPEF, population cible du dépistage et pourtant celui-ci ne semble pas être suffisamment réalisé par les équipes de ces structures.

4.2. Les limites de l'étude

Cette étude de prévalence de courte durée vient compléter celles déjà réalisées dans différents CPEF de France. Les résultats obtenus s'ajoutent de manière cohérente à ceux retrouvés dans la littérature permettant d'insister davantage sur l'importance du dépistage.

L'échantillon choisi semble pertinent car il répond aux critères des recommandations revues par l'HAS, toutefois le choix de la population correspond à l'une des limites principales de l'enquête. En effet, le nombre de participants est assez restreint et les résultats ne peuvent être étendus à la population générale : la majorité des patients consultant en CPEF sont souvent des mineurs dans 30% des cas ou des personnes ayant des difficultés sociales selon l'inspection des affaires sociales. Les femmes sont également plus nombreuses à consulter en CPEF que les hommes. (14) Il existe donc un possible biais de sélection.

Enfin le faible nombre de cas obtenus dans cette enquête ne permet pas une étude statistique fiable. Les résultats non exhaustifs collectés par les CPEF proviennent de tableaux mal remplis, liés à un dépistage mal réalisé dans certains centres ou à l'absence de transmission des données.

4.3. Intérêts d'un dépistage

Afin d'envisager un dépistage optimal, les différents critères énumérés précédemment sont donc à prendre en compte, contrairement au dépistage basé sur le seul critère de l'âge inférieur à 25 ans qui peut être actuellement fait en France. En effet, l'objectif d'un dépistage est de diminuer la prévalence et la morbidité associée, d'éviter la transmission et dans le cas de l'infection à *Chlamydiae trachomatis*, de diminuer le portage uro-génital et le risque de coinfection.

Même si à ce jour, les recommandations concernant le dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydiae trachomatis* de plusieurs pays d'Europe, d'Australie, du Canada, et des Etats-Unis sont très diverses, allant de l'absence de recommandation de dépistage au dépistage national organisé systématique, les études effectuées dans ces pays tendent à montrer la diminution du risque d'infection génitale haute chez la femme grâce au dépistage.

La prévalence de l'infection à *Chlamydiae trachomatis* augmente chez la femme comme chez l'homme depuis 2006. (13) La majorité de ces infections génitales basses sont asymptomatiques, ce qui favorise fortement leur transmission. De plus, cette bactérie peut être à l'origine de complications sévères à long terme chez la femme. La probabilité d'avoir une

maladie inflammatoire pelvienne chez les femmes asymptomatiques ayant une infection à *Chlamydia trachomatis* non traitée a été estimée à 9% (IC à 95% 4, 19%) après 12 mois de suivi, dans une étude prospective. (17)

Le dépistage est réalisé le plus souvent par un prélèvement non invasif urinaire, vulvo-vaginal ou d'endocol puis analysé selon une technique de biologie moléculaire avec amplification génique. La spécificité et la sensibilité de cette méthode est excellente, ce qui permet d'ailleurs de l'utiliser dans des échantillons pluri-microbiens. (18) D'autres sites de prélèvements existent : en cas de rapports sexuels anaux et/ou pharyngés, il est nécessaire de rechercher le *Chlamydiae trachomatis* au niveau de ces sites anatomiques : cette bactérie peut être à l'origine de pathologies appelées Ano-rectite à souche non-L et Lymphogranulomatose vénérienne rectale en augmentation depuis plusieurs années, notamment dans la population homosexuelle. (7)

Ces différents prélèvements semblent être bien acceptés et approuvés par la population si les patients sont correctement informés sur l'infection et les bénéfices du dépistage. (19)

Le dépistage précoce de cette IST permet la mise en place d'une antibiothérapie précoce et efficace par Doxycycline ou Azithromycine ayant un taux de guérison proche de 97%. (20) (21) En parallèle, il est indispensable de traiter le partenaire. Il est également conseillé d'avoir des rapports sexuels protégés pendant le traitement afin d'éviter le risque de transmission et de réinfection. La recherche des autres IST est également à associer à celui du *Chlamydiae trachomatis*.

L'ensemble de ces éléments fait de l'infection à *Chlamydiae trachomatis* un réel problème de santé publique.

Les infections urogénitales à *Chlamydiae trachomatis* répondent en partie aux critères fixés par l'OMS pour l'élaboration d'un dépistage : La détection des infections asymptomatiques permettant la mise en place d'un traitement précoce afin de prévenir des complications justifie le dépistage. (22) Un dépistage généralisé annuel des femmes et hommes âgés de moins de 25ans asymptomatiques et sexuellement actifs est largement recommandé. (3) Il est en effet nécessaire de proposer un dépistage en fonction des facteurs de risque mis en évidence dans les multiples études tels que l'âge, le comportement sexuel à risque ou encore le niveau d'étude.

Néanmoins, des incertitudes persistent empêchant la mise en place d'un dépistage plus systématique.

4.4. Freins à la mise en place du dépistage

La mise en place d'un dépistage dans la population générale semble compliqué car même si les avantages de celui-ci sont visibles sur du long terme, l'efficacité et la rentabilité des programmes de dépistage de l'infection à *Chlamydiae trachomatis* restent controversées (23). En effet, la prévalence étant inférieure à 4% dans la population générale adulte en France, l'intérêt d'un dépistage systématique n'est pas démontré comme le précise la Revue Prescrire. (24)

D'autres limites ont été soulevées par la littérature : une incertitude persiste concernant les répercussions au long terme sur le tractus féminin chez les femmes atteintes de *Chlamydiae trachomatis*. La proportion de femmes infectées qui développent des complications restent inconnue. (24) Le dépistage permettrait de réduire les risques de maladies inflammatoires pelviennes mais aucune étude prospective n'a permis de savoir combien d'infections ont entraîné une stérilité ou une grossesse extra-utérine.

Il n'existe aucunes études à ce jour montrant un intérêt pour la répétition des tests de dépistage. Il n'y a pas de périodicité fiable à appliquer même si le CDC recommande un contrôle entre 3 à 6 mois après un prélèvement positif et une répétition annuelle du dépistage.

Le manque d'études sur la prévalence des infections uro-génitales à *Chlamydiae trachomatis* en médecine libérale en France ne permet pas non plus d'étendre le dépistage à d'autres groupes que les populations à risque des CPEF, CDAG, DAV et CIVG comme le précise l'ANAES.

Il y a également le fait que certains facteurs de risque sont difficilement identifiables en consultation de routine par le médecin. La réalisation du dépistage est plus facile lorsque le motif de consultation est une prise de risque sexuelle ou l'existence de signes cliniques. La thématique de la sexualité peut être difficile à aborder avec le patient selon de nombreux déterminants propres au médecin consultant lui-même et propres au patient. (25)

A ce jour, étendre un dépistage en dehors des lieux de consultation recommandés par l'ANAES en France reste difficile car beaucoup d'incertitudes subsistent. Pourtant c'est l'IST la plus fréquente dans les pays à revenu élevé. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur l'importance de la prévention primaire et notamment celle réalisée dans les structures

spécifiques. En effet, la prévalence dans les centres de dépistage est généralement supérieure à 5% ce qui justifie la recherche de ce germe chez les personnes à risque d'IST du fait de leur âge, de leur comportement ou de leur niveau d'éducation, au même titre que les autres tests de dépistage.

Le dépistage au sein des CPEF est donc à renforcer afin de le rendre plus systématique comme le recommande l'HAS, en insistant bien sur la population à risque, très présente dans ces centres: Elle correspond aux femmes et aux hommes sexuellement actifs de moins de 25ans ou ayant un niveau socio-économique défavorable ou ayant des partenaires sexuels occasionnels ou multiples associés à l'absence d'utilisation de préservatif lors des rapports sexuels.

Une aide pour la notification au partenaire, c'est-à-dire la possibilité d'informer le partenaire de l'éventuel risque d'infection, et le traitement de celui-ci sont également primordiaux pour réduire le risque de transmission. Le dépistage des hommes est à proposer car ils sont aussi vecteurs de l'infection.

Les structures comme les CPEF offrent une alternative perçue comme plus accessible psychologiquement et financièrement que le médecin traitant ou le gynécologue. Elles assurent un rôle dans la prévention en matière de santé sexuelle ; le dépistage des IST et plus particulièrement du *Chlamydiae trachomatis* en fait parti.

Les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes doivent également être sensibilisés à cette infection afin de mieux dépister la population à risque, population à laquelle ils peuvent être confrontés en libéral. Les sages-femmes intervenant dans la vie intime des femmes peuvent être les premiers interlocuteurs en ce qui concerne la sexualité. Elles ont un rôle majeur de prévention dans ce domaine et peuvent être amenées à réaliser des dépistages d'IST dans le cadre du suivi de gynécologie de prévention. Le début de grossesse est aussi un moment propice pour faire le point sur les sérologies des femmes ; le dépistage du *Chlamydiae trachomatis* peut tout à fait être envisagé à cette période chez les jeunes femmes de moins de 25ans. La mise en place d'un traitement par Azithromycine au cours de la grossesse n'est pas contre-indiquée, permettant de réduire le risque de conjonctivites ou de pneumopathies pour le nouveau-né, lors du passage du fœtus dans la filière génitale. (7)

L'amélioration du dépistage passe également par l'éducation et l'information de la population par les professionnels de santé sur ce qu'est l'infection à *Chlamydiae trachomatis*, ses conséquences en l'absence de traitement et les conditions de réalisation du test. Ces éléments

clés favoriseraient le dépistage des infections génitales basses à *Chlamydiae trachomatis*. Il est donc important de renforcer les connaissances des professionnels prescrivant ce type d'examens car leur rôle est aussi d'informer, élément particulièrement important dans le soin.

Afin de faciliter l'échange entre le soignant et le patient, des formations sur les prises de risque et l'abord de la sexualité pour les professionnels mal à l'aise avec le sujet, peuvent être proposées, ce qui apparaît souhaitable pour faciliter le repérage des conduites à risque et par la même occasion, la prévention et le dépistage des IST.

Un éventuel outil en ligne pourrait s'avérer utile afin d'atteindre certaines populations qui consultent peu pour les informer dans un premier temps, et envisager par la suite, l'envoi d'un kit de prélèvement à réaliser à domicile comme dans certains pays européens.

5. CONCLUSION

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est un sujet de Santé Publique qui pose question dans notre société actuelle. Une étude de prévalence menée par l'ARS est d'ailleurs actuellement en cours. Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée par voie électronique auprès d'un échantillon de centres à vocations de dépistage en France, afin de collecter des données concernant leur pratiques de dépistage du germe ainsi que les modalités de dépistage et de prise en charge.

Le but de ces études est d'améliorer les stratégies nationales de prévention et de lutte contre le *Chlamydiae trachomatis*, infection sexuellement transmissible le plus souvent asymptomatique, d'origine bactérienne. Des moyens diagnostiques et thérapeutiques simples existent permettant de réduire la prévalence, la morbidité, la transmission et le risque de coinfection de cette infection.

Afin de faire évoluer le dépistage actuel basé principalement sur le critère de l'âge, d'autres études de prévalence doivent être réalisées pour sensibiliser davantage tous les professionnels de santé ayant en consultation des patients répondant aux facteurs de risque tels que l'âge, le comportement sexuel et le niveau d'étude qui accroissent le risque d'infection.

Le dépistage du *Chlamydiae trachomatis* est encore sous effectué dans les structures spécifiques et dans la population générale contrairement aux autres IST.

La recherche du germe doit être plus systématique pour les équipes des centres de dépistage comme les CPEF afin de respecter les recommandations françaises actuelles pour faire diminuer la prévalence souvent supérieure à 5%, prévalence élevée en lien avec la population consultant en CPEF (mineurs, personnes avec des difficultés sociales).

Dans la population générale, un renforcement de l'information concernant cette infection urogénitale auprès des professionnels de santé libéraux (médecin généraliste, gynécologue et sage-femme) est nécessaire pour pouvoir informer et proposer correctement le dépistage à la population cible qu'ils peuvent être amenés à rencontrer. Cette information peut à la fois se faire par un courrier ou une brochure récapitulant le dépistage des différentes IST et notamment du *Chlamydia trachomatis*.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Goulet V, Semaille C, Laurent E. Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* en France : analyse des données Rénachla (2007-2009). Numéro Thématique Infect Sex Transm Il Faut Poursuivre Surveill. 5 juill 2011;(26-27-28):316-320.
- (2) 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 ? BEH. 2011; (12): 161-164.
- (3) CDC, Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines, Chlamydial infections [En ligne]
<http://www.cdc.gov/std/tg2015/chlamydia.htm> (Consulté le 22 décembre 2015)
- (4) ANAES, Agence Nationale d'Accréditation d'Evaluation de la Santé. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France (tome2). 2003Fev. [En ligne]
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_rap.pdf (Consulté le 22 décembre 2015)
- (5) HAS, Haute Autorité de Santé. Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydia Trachomatis*. Avis sur les actes. France: HAS; 2010. 79 p.
- (6) Judlin P. Chlamydiae et mycoplasmes, dépistage... Et après?. In : Lansac J. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. CNGOF Volume 2007. Paris 2007.
- (7) CNR, Centre National de Référence des infections à chlamydiae. Rapport annuel d'activité. France : CNR; 2015. 40p.
- (8) Goulet V, Warszawski J. Dépistage systématique des infections à *Chlamydia trachomatis* : il est temps d'agir. Numéro thématique - *Chlamydia trachomatis* : études

de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive. 3 octobre 2006;(37-38):275-290.

- (9) Goulet V, De Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. *STI* 2010; 86: 263-270.
- (10) Cornelis A, Rietmeijer, Hopkins E, Geisler WS, Orr DP, Kent CK. Chlamydia trachomatis positivity rates among men tested in selected venues in the United States: a review of the recent literature. *STD* 2008; 35 (11): S 8-18.
- (11) Verhoeven V, Avonts D, Meheus A, Goossens H, Leven M, Chapelle M et al. Chlamydia infection: an accurate model for opportunistic screening in general practice. *STI* 2003; 79: 313-317.
- (12) Fenton KA, Korovessis C, Johnson AM, McCadden A, McManus S, Wellings K et al. Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent genital Chlamydia trachomatis infection. *The Lancet* 2001; 358 : 1851-1854.
- (13) Ngangro N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, Janier M, Alcaraz I, Ohayon M, Spenatto N, Vernay-Vaisse C, Pillonel J, Lot F et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *BEH*. Novembre 2016 ; 26 : 738-744.
- (14) Aubin C, Branchu C, Vieilleribière J-L. Inspection générale des affaires sociales. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : le bilan. Rapport ; Juin 2011, 164p.
- (15) Chiaradonna C. The chlamydia cascade: enhanced STD prevention strategies for Adolescents. *J Pediatric Adolesc Gynecol* 2008; 21: 233-241.
- (16) Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Kese D, Hayes R. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infection in the general population of Slovenia: serious gaps in control. *STI* 2004; 80: 121-123.

- (17) Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, Atherton H, Hay S, Taylor-Robinson D, et al. Randomised controlled trial of screening for *Chlamydia trachomatis* to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ* 2010; 340: c1642.
- (18) Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections urogénitales basses à *Chlamydia trachomatis* [tome 1]. ANAES 2003.
- (19) Faverjon S. Prévalence des infections uro-génitales à *Chlamydiae trachomatis*, en cabinet de médecine libérale et Acceptabilité/Faisabilité d'un programme de dépistage. Thèse de médecine. Université Joseph Fourier ; 2011, 31p.
- (20) Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. AFSSAPS 2008.
- (21) Lanjouw E, Ouburg S, De Vries HJ, Strydom A, Radcliffe K, Unemo M. European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections. *Int J STD AIDS Online First*. 2015; 0(0) : 1-16.
- (22) Arnaud C. Evaluation des procédures de dépistage. Deuxième Cycle des Etudes Médicales - Faculté de Médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil.
- (23) European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014—food- and waterborne diseases and zoonoses. Stockholm: ECDC; 2014.
- (24) Infections génitales par *Chlamydia trachomatis*. Deuxième partie. A dépister, comme les autres infections sexuellement transmissibles, chez les personnes à risque. *La Revue Prescrire* 2011; 31 (333): 524-529.
- (25) Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles. France : SFD ; 2016.

ANNEXES

Feuille Memo concernant le dépistage des IST et plus particulièrement celui du *Chlamydiae trachomatis*.

DEPISTAGE DES IST

- 1 Aborder le sujet de la **Sexualité**
- 2 Prévenir des **Risques** et conseiller l'**utilisation du Préservatif**
- 3 Proposer le **Dépistage** de **TOUTES** les **IST** !

Dépister les IST, pour...

- Diminuer leur **Prévalence**
- Diminuer la **Morbidité** associée
- Eviter leur **Transmission**

Quand ?

- En cas de **prise de risque sexuelle**
- Dans certaines situations (**contraception, grossesse...**)
- En cas de suspicion ou diagnostic d'**IST** chez le/la patient(e) ou le partenaire



IST	Contexte ?	Comment ?
HIV	Au moins une fois dans la vie sexuelle et plus si comportement sexuel à risque*	Sérologie HIV (prélèvement sanguin)
Hépatite B	Changement de partenaire pour personne non vaccinée (proposer le vaccin), femme enceinte	Sérologie AgHbs (prélèvement sanguin)
Hépatite C	Personne HIV+, toxicomane, comportement sexuel à risque*	Sérologie HVC (prélèvement sanguin)
Syphilis	Personne à risque (homosexuel masculin, bisexuel), femme enceinte, comportement sexuel à risque*	Sérologie TPHA-VDRL (prélèvement sanguin)
Gonocoque	Personne à risque (homosexuel masculin, bisexuel), Annuel si comportement sexuel à risque*	Prélèvement urinaire ou endocol ou vaginal
Chlamydiae	Annuel pour les jeunes âgés < 25ans Ou si comportement sexuel à risque*	Prélèvement urinaire ou endocol ou vaginal



*Comportement sexuel à risque = changement de partenaire, partenaire récent ou occasionnel, partenaires multiples, partenaire ayant une IST, rapports sexuels non protégés

	
Urologue	Gynécologue
	Sage-femme
Médecin traitant	
Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)	

CHLAMYDIAE TRACHOMATIS

IST d'origine bactérienne responsable d'infections urogénitales sexuellement transmissibles.
Augmentation de l'incidence chez les jeunes aussi bien chez les femmes que chez les hommes depuis une décennie.

Asymptomatique dans **plus de 50%** des cas chez les hommes et dans **70-95%** des cas chez la femme.

	Homme	Femme
ASPECT	Ecoulement clair, modéré et intermittent de la verge ou de l'anus	Cervicite mucopurulente => leucorrhées jaunes ou blanches
	+/- Urétrite +/- Dysurie +/- Douleur testiculaire ou abdominale ou bas-ventre	+/- Urétrite +/- Dysurie +/- Dyspareunies +/- Saignement post-coïtal et intermenstruel +/- Douleur abdominale ou bas-ventre
	Verge normal	Vulve normal Col utérin +/- fragilité avec parfois un ectropion friable et hémorragique
COMPLICATION	Epididymite aigue	Maladie Inflammatoire pelvienne (endométrite, salpingite) Infertilité tubaire Grossesse extra-utérine
PRELEVEMENT	1^{er} jet urinaire Ou sur Ecoulement (+/- anal ou pharyngé)	Endocol Ou Urinaire Ou Vaginal (+/- anal ou pharyngé)
TRAITEMENT	DOXYCYCLINE per os : 100 mg x 2/jour pendant 7 jours Ou AZITHROMYCINE : 1 g par voie orale en dose unique	
RECIDIVE	Traiter le(s) partenaire(s) de moins de 3 mois ++ (traitement minute) Pas de récidence attendue (IST) SEROLOGIES des autres IST !!!	

DEPISTAGE

FEMMES et HOMMES sexuellement actifs, âgés de moins de 25ans OU Ayant un partenaire sexuel occasionnel ou récent (<3mois) ou ayant une IST , ou des partenaires multiples (plus de 3 sur 12mois) OU Ayant des rapports sexuels non protégés Ou Ayant un niveau d'étude faible	
Prélèvement 1^{er} jet d'urine pour les hommes	Prélèvement urinaire ou Auto-prélèvement vulvo-vaginal pour les femmes

RESUME DU MEMOIRE

Introduction: L'infection uro-génitale à *Chlamydiae trachomatis* est une IST qui ne cesse d'augmenter depuis une décennie dans les pays à revenu élevé. Le plus souvent asymptomatique, elle touche les deux sexes entraînant des complications irréversibles surtout chez les femmes. Le dépistage précoce de la population à risque associé à un traitement efficace réduit la prévalence de cette infection.

Matériels et Méthodes: L'objectif était de réaliser une étude descriptive transversale multicentrique dans les 13 CPEF du Finistère auprès de jeunes sexuellement actifs âgés de 15 à 25 ans, afin de pouvoir estimer le nombre de personnes infectées et de mettre en évidence des facteurs de risque. Le recueil de données s'est fait sur 3 mois à l'aide d'un tableau Excel.

Résultats: Sur 83 personnes dépistées, 6 tests ont diagnostiqué un portage positif chez 6 femmes dont une avait déjà un antécédent d'infection à *Chlamydiae trachomatis*; la prévalence de l'étude étant donc de 7.2%. Le dépistage a été réalisé en majorité sur le critère de l'âge inférieur à 25 ans mais le comportement sexuel à risque des patients a également été mis en avant. Beaucoup de dépistages ont été réalisés dans le cadre d'une pose d'un contraceptif intra-utérin.

Conclusion: Le dépistage du germe au sein des structures spécifiques est à renforcer car elles assurent en majorité une prévention en matière de santé sexuelle. Il est nécessaire de sensibiliser également les médecins généralistes, les gynécologues, et les sages-femmes pour dépister la population à risque.

Mots clés : Infection Sexuellement Transmissible, *Chlamydiae trachomatis*, dépistage, infection uro-génitale.