



Prise en charge des infections sexuellement transmissibles par les médecins généralistes de Haute-Normandie : étude qualitative de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et du suivi par rapport aux recommandations de 2016 de la société française de vénérologie et de la revue de la littérature

Martin Meunier

► **To cite this version:**

Martin Meunier. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles par les médecins généralistes de Haute-Normandie : étude qualitative de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et du suivi par rapport aux recommandations de 2016 de la société française de vénérologie et de la revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01890889

HAL Id: dumas-01890889

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01890889>

Submitted on 9 Oct 2018

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

MEUNIER Martin

Né le 22 janvier 1991 A CUCQ (62)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 septembre 2018

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DE HAUTE-NORMANDIE :
ETUDE QUALITATIVE DE LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE, THERAPEUTIQUE
ET DU SUIVI PAR RAPPORT AUX RECOMMANDATIONS DE 2016 DE LA SOCIETE
FRANCAISE DE VENEROLOGIE ET DE LA REVUE DE LA LITTERATURE

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur JOLY Luc-Marie

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur DEPIL-DUVAL Arnaud

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

MEUNIER Martin

Né le 22 janvier 1991 A CUCQ (62)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 Septembre 2018

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DE HAUTE-NORMANDIE :
ETUDE QUALITATIVE DE LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE, THERAPEUTIQUE
ET DU SUIVI PAR RAPPORT AUX RECOMMANDATIONS DE 2016 DE LA SOCIETE
FRANCAISE DE VENEROLOGIE ET DE LA REVUE DE LA LITTERATURE

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur JOLY Luc-Marie

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur DEPIL-DUVAL Arnaud

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre Pédiopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN Urologie

Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie

Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN Gynécologie - Obstétrique

Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie

Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Remerciements

A Arnaud mon directeur de thèse, merci de m'avoir fait redécouvrir les urgences et d'apprécier chaque jour ce métier. Je te remercie pour ton aide précieuse concernant le travail que je soutiens aujourd'hui.

Au Pr Luc-Marie Joly, merci d'avoir accepté d'être mon président de jury et de m'avoir accepté dans le DESC de Médecine d'Urgence.

Au Pr Benoit Veber, merci d'avoir d'accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Au Pr Sylvain Ausset, merci pour avoir su m'encadrer et me former durant les gardes en réanimation à Percy et d'être présent aujourd'hui dans mon jury de thèse.

Au Dr Dubois, merci pour vos conseils et aux discussions sur ce sujet, j'en ai beaucoup appris et eu un regard neuf sur mon travail.

Au Dr Salmon, merci de m'avoir aidé à l'organisation, ce travail n'aurait pas pu être fait sans toi.

Aux 15 médecins ayant participé à ma thèse, un grand merci à vous !

AMIS

A Amine, premier relecteur, tu as toujours été là que ce soit dans les moments de joie mais surtout les moments difficiles. Merci pour tout et surtout tu sais que je suis là

A Pauline, Justine et Joy, merci d'être là pour égayer mes journées de travail. Vous êtes les meilleures rencontres que j'ai pu faire après mon arrivée. Mais je vais devoir vous supporter encore...

A tous mes amis du lycée Woillez, du train Boulogne/mer-Lille/Boulogne/mer, de la Faculté de Lille 2 et de Rouen, je n'ai pas la place pour tous vous citer mais merci d'avoir croisé ma vie personnelle et étudiante et de m'avoir fait grandir

FAMILLE

A ma mère, toi qui a toujours été là pour moi, toi qui a tout donné pour moi, je ne suis pas suffisamment courageux ou trop émotif pour te le dire mais je t'aime et je t'aimerai toujours

A mon père, et oui je suis TON fils aussi, merci pour avoir été là pour moi et de tout ce que tu as fait pour m'aider, je pense que tu es fier de moi et j'espère le rester toujours à tes yeux. Je t'aime énormément

A ma sœur et à mon frère Sonia et Luc-Oliver (tu ne vas pas aimer), je sais que je suis le petit dernier « pourri gâté » mais merci de m'avoir conseillé toutes ces années et refiler tous les tuyaux pour pas me faire attraper par les parents

A Robin, toi qui a été là pour la musique, la colocation de P1, les apéros d'après et les LAN en IRL

Merci à tous ceux qui m'accompagnent par leurs pensées et que je n'ai pas cité. Désolé mais promis je passerai une fois tout cela fini.

Table des matières

Remerciements.....	15
Table des matières.....	17
Liste des abréviations.....	20
INTRODUCTION.....	22
Partie 1 : Contexte historique et épidémiologique.....	23
Partie 2 : Rappel sur les principales IST.....	26
1) IST virales.....	27
1. VIH.....	27
2. Hépatites.....	28
3. Herpès.....	29
4. Condylomes.....	29
2) IST bactériennes.....	30
1. Gonocoque.....	30
2. <i>Chlamydia trachomatis</i>	31
3. Syphilis.....	32
3) Les autres pathogènes.....	33
1. Candidoses.....	33
2. Trichomonoses.....	34
OBJECTIFS.....	35
MATERIELS ET METHODES.....	37
Partie 1 : Recherche qualitative et description des focus groupes.....	38
1) Recherche qualitative.....	39
2) Les focus groupes.....	39
Partie 2 : Description de la population et du guide d'entretien.....	40
1) Population.....	41
2) Guide d'entretien.....	42
RESULTATS.....	44
1) Partie 1 : Définition d'IST et MST.....	45
1. Distinction entre IST et MST.....	45
2. Les différentes IST/MST.....	45
3. Fréquence des IST/MST.....	45

2) Partie 2 : Quand envisager une IST/MST ?.....	46
1. Recherche systématique.....	46
2. Prise de risque.....	47
3. Populations à risque.....	47
4. Vie et pratique sexuelle.....	48
3) Partie 3 : Consultation dans le cadre d'une IST/MST.....	49
1. Interrogatoire.....	49
2. Carnet de vaccination.....	49
3. Examen clinique.....	50
4. Port de gants.....	51
5. Examens complémentaires.....	51
6. Conseils.....	53
4) Partie 4 : Prise en charge thérapeutique des IST/MST.....	53
1. Traitement immédiat.....	53
2. Traitement après les résultats.....	54
3. Suivi.....	55
4. Carnet de vaccination.....	55
5. Conseils.....	56
6. Suivi spécialisé.....	56
5) Partie 5 : Formation et information sur les IST/MST ?.....	57
1. Formation universitaire.....	57
2. Acronymes CDAG et CeGIDD ?.....	58
3. Supports d'informations.....	58
4. Formation post-universitaire sur les IST/MST.....	58
5. Coordonnées des centres de dépistage.....	59
DISCUSSION.....	61
1) Les connaissances théoriques.....	61
2) L'organisation du dépistage.....	61
3) L'examen du patient et les prescriptions.....	63
4) La prise en charge thérapeutique.....	65
5) Les supports d'informations et de formations.....	67
6) Biais de l'étude.....	68
CONCLUSION.....	70
ANNEXE.....	72

BIBLIOGRAPHIE.....	73
--------------------	----

Liste des abréviations

Ac anti HBc : Anticorps anti-antigène HBc

Ac anti HBs : Anticorps anti-antigène HBs

ADN : Acide Désoxyribonucléique

Ag HBs : Antigène HBs

ARN : Acide Ribonucléique

β hCG : Hormone chorionique gonadotrope

C3G : Céphalosporine de 3ème Génération

CeGIDD : Centre Gratuit d'Informations, de Dépistage et de Diagnostic

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIA : chemiluminescence immunoassay

CT : *Chlamydia Trachomatis*

DIU : Diplôme interuniversitaire

ELISA : enzyme-linked immunosorbent assay

EIA : enzyme immunoassay

HPV : *Human Papillomavirus*

HSH : homme ayant des rapports avec un homme

HSV1 : *Herpes simplex virus 1*

HSV2 : *Herpes simplex virus 2*

IM : Intra-musculaire

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NG : *Neisseria Gonorrhoeæ*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : polymerase chain reaction

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

ROR : (vaccination) Rubéole, Oreillon et Rougeole

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise Humaine

TPHA *Treponema pallidum* Hemagglutination

VDRL venereal diseases research laboratory

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Partie 1 : Contexte historique et épidémiologique

Partie 1 : Contexte historique et épidémiologique

Depuis l'émergence mondiale du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et du Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquis (SIDA) dans les années 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les gouvernements nationaux n'ont pas cessé de lutter contre la prolifération des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et notamment le VIH.

Selon l'OMS en 2016, 357 millions de personnes sont touchées par l'une des quatre IST les plus courantes : chlamydie, gonorrhée, syphilis et trichomonas (1) sans oublier les femmes porteuses d'une infection à Papilloma virus estimées à plus de 290 millions (1).

En France, entre 2010 et 2014, le Ministère de la Santé et des Sports a mis en place un plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (2). A travers ce plan, les médecins pouvaient bénéficier d'informations et de coordonnées afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de VIH ou d'autres IST.

Ce sujet, de plus en plus médiatisé dans les années 2000, a permis de voir une très forte augmentation des dépistages dans les Centres Gratuits d'information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) entre les années 2001 et 2015(3). D'après les données de surveillance issues de ces centres, les dépistages du VIH et des Hépatites B et C ont été augmenté mais il y a eu une diminution en proportion des cas positifs. Nous restons avec un taux de positivité au niveau national à 3,4% IC95[3,3;3,4] entre 2011 et 2015 avec un taux de positivité qui est le plus important chez les 40 ans et plus quel que soit leur âge.

Au niveau national en 2015, on constate une recrudescence des cas d'IST bactériennes (syphilis récentes, infections à gonocoque et rectites à *Chlamydia*). En effet, selon le Bulletin de Veille Sanitaire au 31 décembre 2015, on dénombrait une augmentation de 53% des cas de syphilis déclarés par rapport à 2013, de 62% des cas d'infection à gonocoque et de 10% des infections à *Chlamydia Trachomatis*.(4)

Plus récemment en 2017 en France métropolitaine, il existe une véritable épidémie d'Hépatite aiguë A notamment chez les hommes avec 771 cas recensés entre le 1er janvier et le 31 mai 2017 contre 693 cas comptabilisés sur toute l'année 2016 (5).

Dans ce contexte, les recommandations de prise en charge des IST ont été réactualisées par la Société Française de Dermatologie et de Vénérologie en Février 2016 avec un erratum en Avril 2016 afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des IST.

Partie 2 : Rappel sur les principales IST

Partie 2 : Rappel sur les principales IST

1) Les IST virales

1. Le VIH

Le VIH est un virus de la famille des *retroviridae* (6) dont il existe 2 grands types de génotypes : VIH-1 le plus répandu et VIH-2 se trouvant essentiellement en Afrique de l'Ouest.

Le virus va se fixer au niveau des cellules avec récepteur membranaire CD4 + (lymphocyte T, monocytes/macrophages, cellules dendritiques, microglie cérébrale, cellules de Langerhans) . Une fois à l'intérieur de la cellule hôte, le virus va utiliser une transcriptase inverse virale afin de transformer son ARN viral en ADN puis va l'intégrer au génome cellulaire par une intégrase virale.

En utilisant le cycle de réplication d'ADN cellulaire, le virus va créer un réservoir naturel dans les tissus où se trouvent les cellules hôtes compatibles.

Le corps humain va contrôler l'infection avec mise en place de la réaction immunitaire spécifique humorale et cellulaire.

Dans un second temps, il va se produire une destruction cellulaire des lymphocytes T hôtes entraînant une diminution progressive de l'immunité cellulaire pouvant aboutir en 10 ans en moyenne à un stade SIDA pour les primo-infections non traitées. Ce stade entraînera l'apparition d'infections opportunistes dont la fréquence augmentera avec la profondeur de l'immunodépression.

Au niveau clinique, il y a 3 phases d'évolution sans traitement qui sont les suivantes :

- Primo-infection : tableau polymorphe et très variable avec un syndrome fébrile et syndrome mononucléosique arrivant en moyenne entre 10 et 15 jours après la contamination
- Phase chronique : avec des manifestations cutanéomuqueuses ou génitales récidivantes , leucoplasie chevelue de la langue ou des manifestations

générales (altération de l'état général, fébricule, sueurs nocturnes) ou diarrhées chroniques

- Stade SIDA : Stade défini par l'apparition des maladies opportunistes majeure induite par l'immunodépression secondaire au VIH. Plus l'immunodépression est profonde, plus la fréquence de ces infections augmente.

Il n'y a pas de traitement curatif à cette infection.

Les traitements existants ne sont là que pour bloquer la réplication de l'ARN viral au niveau de la cellule hôte.

Le traitement correspond à une trithérapie journalière comprenant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse associés, soit à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse soit un inhibiteur de protéase ou soit un inhibiteur d'intégrase.

2. Les hépatites

Il existe 6 virus d'hépatites (A, B, C, D, E et G) de la famille des *Hepeviridae*.

Le principal virus donnant des hépatites par transmission sexuelle est celui de l'hépatite B. Toutefois, les virus de l'hépatite D, A et C peuvent être aussi impliqués en fonction des types de rapports (oro-anal pour l'hépatite A et co-infection VIH ou autres IST pour l'hépatite C (6)).

Le virus de l'hépatite B entraîne une hépatite aiguë entre 1 mois et 6 mois après l'infection (7)

Il existe cependant 4 types de réponses immunitaires à ce virus (6)

- Réponse forte : élimination des virus et des hépatocytes infectés donnant des hépatites aiguës ou suraiguës et dans 1% des cas, une hépatite fulminante.
- Réponse faible et adaptée : infection asymptomatique avec une évolution vers la guérison
- Réponse faible et inadaptée : tolérance partielle avec réplication partielle virale : hépatite chronique
- Réponse nulle : portage chronique asymptomatique avec réplication virale

En fonction des situations cliniques, la prise en charge thérapeutique est différente entre une mise au repos avec éviction des hépatotoxiques en cas d'hépatite sans complication, mise en place d'un traitement anti-viral pour les hépatites aiguës, la transplantation

hépatique en urgence en cas d'hépatite fulminans.

En cas d'hépatite C chronique, un bilan étendu doit être réalisé avec évaluation morphologique, biologique et virologique afin d'évaluer si une abstention thérapeutique est possible ou si un traitement doit être mis en place (Interféron pégylé ou analogues nucléosidiques ou nucléotidiques).

3. Herpès

En 2002, l'étude HERPIMAX(8) a permis d'évaluer l'épidémiologie des souches virales herpétiques et clinique chez plus de 4400 adultes en France. Le géotype herpes simplex virus 1 (HSV-1) était plus centré sur la sphère orale contrairement au herpes simplex virus 2 (HSV-2) qui se situait sur la sphère ano-génitale. Avec les modifications des pratiques sexuelles non protégées, l'étude HERPIMAX a permis de mettre en évidence une présence de l'HSV-1 chez 9% des herpès génitaux masculins et 20% chez la femme.

La primo-infection est généralement asymptomatique dans 50 à 90% et est généralement plus discrète chez les hommes (9)

Dans le cas d'éruption cutanée de primo-infection durant 1 à 2 semaines, les éruptions disparaissent en 4 à 6 semaines sans laisser de séquelles. Tant que la cicatrisation n'est pas complète, il existe un haut risque de contagiosité. (9)

Pour les traitements, il faudra faire la distinction entre la primo-infection, la récurrence et le traitement préventif en cas de récurrences fréquentes.

Le traitement repose sur soit de l'aciclovir, soit du valaciclovir .

4. Condylomes

Les condylomes, encore appelés les verrues génitales externes, sont dus au virus Human Papillomavirus (HPV) dont il existe plus de 200 types dont une quarantaine ont un tropisme muqueux et que l'on pourra retrouver au niveau de la sphère ano-génitale (9)

Généralement, il s'agit d'une maladie à répercussion physique faible puisqu'un traitement existe mais la gravité peut être plus importante en fonction du type d'HPV infectant puisqu'un virus à haut pouvoir oncogène donnera des lésions plus graves.

Il ne faut cependant pas négliger l'atteinte psychologique des condylomes du fait des répercussions esthétiques et sur la santé sexuelle.

D'un point de vue clinique, il existe des condylomes acuminés (verrues génitales) qui sont les plus fréquents et les condylomes plans.

Il n'y a pas besoin de faire d'examens complémentaires pour poser le diagnostic sauf en cas de doute diagnostic, d'infiltration lésionnelle, de lésion maculo-papuleuse ou leucoplasique ou de résistance au traitement. (9)

Il existe 3 types de traitements en fonction de l'étendue, de la localisation des lésions, de la primo-éruption ou de la récurrence. Ceux-ci n'ont pas fait preuve d'épreuve d'efficacité supérieure puisqu'ils ont tous en moyenne un taux d'échec de 30% et un taux élevé de récurrence à 3 mois (9)

Il existe des traitements chimiques à application locale, des traitements physiques/chirurgicaux et des traitements immunomodulateurs.

Il existe un vaccin anti-HPV afin de limiter les formes les plus oncogènes en 3 injections qui a montré son efficacité en prévention chez les jeunes filles de 11 à 14 ans. Dans les nouveautés, la sortie du GARDASIL 9 visant 9 types d'HPV a été approuvée en France à la fois par le Haut Conseil de la Santé Publique en février 2017(10) et par la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé en septembre 2017 (11)

2) Les IST bactériennes

1. Gonocoque

Le gonocoque ou *Neisseria Gonorrhoeæ* (NG) est une IST bactérienne liée à une bactérie à Gram négatif de prédominance intracellulaire.

Le tableau clinique chez l'homme est avant tout une urétrite antérieure aiguë s'installant entre 2 et 7 jours après la contamination. Chez la femme, cette infection est le plus souvent asymptomatique (environ 70% des cas) sinon, la patiente présente un tableau de cervicite avec des pertes malodorantes et une pesanteur pelvienne pouvant être accompagnée d'urétrite.(6)

Il peut y avoir dans les 2 sexes, une atteinte de la sphère anale, oropharyngée (qui peut être asymptomatique) ou conjonctivale par manu-portage(9).

Le diagnostic de l'infection se fait par prélèvement bactériologique sur le 1er jet d'urine au matin afin de profiter au mieux de la prolifération bactérienne nocturne et de l'absence de diurèse volontaire journalière chez l'homme ou sur prélèvement vaginal. L'examen direct permet d'obtenir facilement le diagnostic chez les personnes symptomatiques. La culture permet de confirmer le diagnostic chez les sujets asymptomatiques.

Il existe maintenant des tests d'amplifications d'acide nucléiques permettant de chercher de façon concomitante à la fois une infection à NG mais aussi à CT.

Le traitement repose sur une antibiothérapie par céphalosporine de 3ème génération (C3G) en intra-musculaire (IM) en dose unique pour les formes non compliquées.

2. Chlamydia trachomatis

La bactérie *Chlamydia trachomatis* (CT) est une eubactérie à développement intracellulaire obligatoire dont les sous-types D à K sont responsables des infections sexuellement transmissibles chez l'Homme.(12)

Les infections causées par CT sont un enjeu de santé puisqu'elles peuvent entraîner des conséquences graves sur la santé des femmes : inflammation pelvienne chronique, stérilité, grossesse extra-utérine.

Le tableau clinique est habituellement chez l'homme d'urétrite muco-purulente traînante mais cette symptomatologie n'est retrouvée que dans moins de 50% des cas. Chez la femme, la majorité des infections sont asymptomatiques (de l'ordre entre 50 à 90%) mais

des cervicites latentes avec des pertes modifiées mais sans augmentation des quantités à risque de complications secondaires (atteinte tubaire).

Le sous-type L de CT est responsable de la lymphogranulomatose vénérienne encore appelée Maladie de Nicolas et Favre.(12).

Cette maladie correspond à un micro-chancr sur le point d'inoculation suivi d'une poly-adénopathie inguinale. Dans un second temps, on verra apparaître des fistules décrites en pomme d'arrosoir.

Une infection à CT serait à l'origine de certains cas de syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter qui est composé d'une urétrite, d'une arthrite réactionnelle et d'une conjonctivite. (12)

Le diagnostic biologique repose sur la mise en évidence de l'ADN du germe pathogène par un test d'amplification des acides nucléiques que ce soit sur le 1er jet d'urine chez l'homme et sur un prélèvement au niveau de l'endocol chez la femme. En cas de rapports oraux ou anaux, on peut évidemment réaliser ces tests sur un prélèvement pharyngé ou anal.

Les sérologies n'ont pas d'intérêt pour le dépistage des infections génitales basses.

3. Syphilis

La syphilis est une infection à *Treponema pallidum* dont la transmission est quasiment uniquement sexuelle et très minoritairement materno-foetale(13).

L'incubation de la maladie peut durer entre 3 semaines et 1 mois.

L'évolution clinique se fait sous 3 phases :

1. Syphilis primaire: phase où apparaît le « chancre syphillitique » qui est unique, dur, indolore, superficiel et très contagieux disparaissant entre 2 à 6 semaines
2. Syphilis secondaire : qui est inconstante (environ 33% des cas) (9) et dont la principale manifestation clinique est la présence d'éruption cutanée (roséole

syphilitique, syphilides cutanés papulo-squameux) accompagnés de signes généraux aspécifiques pouvant être trompeurs.

Durant la première année de contamination, il se produit une mise en latence de la maladie (syphilis latente précoce) qui se place après la phase primaire accompagnée ou non de l'apparition des signes de la phase secondaire.

3. Syphilis tertiaire: Elle correspond à 10% des syphilis précoces non traitées (13) aboutissant à des manifestations cutané-muqueuses mais aussi cardiaque, hépatique et pour les plus graves neurologiques et ophtalmologiques.

Le diagnostic de la syphilis se fait sur les sérologies à partir de 2 tests :

- Une sérologie tréponémique spécifique soit par Tests immunoenzymatiques (ELISA, enzyme immunoassay EIA) ou Tests de chemiluminescence (Chemiluminescence immunoassay CIA) et par défaut le dosage du TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination)
- Une sérologie non tréponémique qui reste en première intention le VDRL (venereal diseases research laboratory)

En cas de prélèvement direct de l'ulcération primaire ou de lésions secondaires érosives, la microscopie sur fond noir permet de mettre en évidence le *Treponema pallidum* mais nécessite un observateur entraîné avec malheureusement un taux de faux négatif important.

3) Les autres pathogènes

1. Candidoses

Les candidoses vulvo-vaginales sont liées à un dérèglement de la flore vaginale avec prolifération de façon majoritaire d'une levure *Candida albicans*.

Le tableau clinique est une vulvite érythémateuse et prurigineuse avec comme principale différence avec d'autre vulvites , des leucorrhées peu abondantes caillebotées. Les femmes ayant des muqueuses sèches et/ou atrophiques ou un terrain favorisant

(Immunodépression, antibiothérapie orale) sont plus à risque de déclencher une candidose vulvo-vaginale.

Le diagnostic est surtout clinique mais en cas de culture sur milieu de Sabouraud, la présence de pseudo-filaments semblent confirmer le diagnostic même si ce n'est pas pathognomonique de cette maladie.

2. Trichomonoses

Il s'agit d'une infection à *Trichomonas vaginalis* qui est un protozoaire flagellé, mobile, extra-cellulaire anaérobie.

La transmission ne peut se faire qu'en milieu humide. En 2016, l'OMS évaluait à 143 millions de personnes contaminées par *Trichomonas vaginalis* (1).

L'incubation dure entre 4 et 28 jours.

Sur le plan clinique, le tableau le plus fréquent chez la femme (entre 60 et 70% des cas (9)) est une forme subaiguë avec un tableau de cervicite associée souvent à des signes d'urétrite et un prurit.

Dans 15 à 20% des cas, les patientes sont asymptomatiques.

Chez l'homme, cette IST est, dans 90% des cas, asymptomatique mais pouvant donner un discret tableau d'urétrite non gonococcique. Au niveau épidémiologique, *Trichomonas vaginalis* semble toucher des hommes plus âgés que CT.

La mise en évidence de cette infection repose sur un prélèvement direct chez la femme et sur le 1er jet d'urine chez l'homme avec une culture.

Cette méthode ne garantit pas le diagnostic à 100%. C'est pourquoi, il commence à apparaître, en France, des tests par PCR permettant d'améliorer la prise en charge diagnostic de la maladie.

Objectifs

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à évaluer les connaissances théoriques, l'attitude clinique, le bilan paraclinique, la prise en charge thérapeutique et l'information des médecins généralistes vis-à-vis des IST en utilisant comme référentiel les dernières recommandations de 2016.

Matériels et Méthodes

Partie 1 : Recherche qualitative et description des focus groupes

Partie 1 : Recherche qualitative et description des focus groupes

1) Recherche qualitative

La recherche qualitative permet de réaliser une recherche en profondeur par l'utilisation d'informations subjectives et l'examen de questions complexes. Comparée à une étude quantitative, ce type d'étude permet d'utiliser un ensemble de mots pour répondre à des questions entraînant des résultats difficilement reproductibles.

Le recrutement des participants doit mettre en avant des différences de point de vue concernant les questions posées afin d'apporter un vrai bénéfice à la fois à cette étude mais aussi dans la réflexion personnelle des personnes interrogées et de l'interrogateur.

La réalisation d'une recherche qualitative permet d'adapter la collecte des données par les retours d'impression. La réalisation des différents entretiens apporteront de nouveaux éléments lors des futurs entretiens.

Les données sont analysées sur le principe de mots-clefs afin de dégager une idée générale à une réponse donnée. Concernant la taille de l'échantillon, le recrutement de la population s'arrête à l'obtention de la saturation des données.

2) Les focus groupes

Les « focus groupes » consistent en des entretiens réalisés avec de petits groupes ici de médecins généralistes. Cette forme d'entretien repose sur l'utilisation d'un guide élaboré en amont, les participants répondent à des questions ouvertes afin d'obtenir les réponses de chacun. Cela permettait d'obtenir un échange entre le modérateur et les participants mais aussi entre les participants apportant ainsi des informations supplémentaires.

L'organisation d'un focus groupe nécessite un modérateur qui anime le débat et reste neutre tout au long de l'entretien et d'un observateur qui va se concentrer sur la communication non verbale.

L'enregistrement de l'entretien se fait par le recueil audio après accord de l'ensemble des participants (disponible en format numérique pour cette étude).

Le début de l'entretien comprend une présentation de l'animateur et de l'observateur suivie d'une explication de l'objectif de la thèse. Le modérateur va quant à lui rappeler le déroulement de l'entretien et le respect de la prise de paroles de chacun.

Partie 2 : Description de la population et du guide d'entretien

Partie 2 : Description de la population et du guide d'entretien

1) Population

Trois focus groupes ont été réalisés pour cette thèse. Le premier entretien a eu lieu au Havre le 25/06/2018 a regroupé quatre médecins. Le deuxième focus groupe a eu lieu à Évreux le 26/06/2018 a regroupé sept médecins. Le dernier focus groupe a eu lieu à Rouen le 12/07/2018 a regroupé quatre médecins. Ces focus groupes ont eu lieu dans des cabinets médicaux pour le premier et troisième focus groupes. Le deuxième focus groupe s'est déroulé à l'hôpital d'Évreux dans une salle de réunion.

La durée des focus groupes a été comprise entre 50min et 1h20.

L'obtention des participants a été faite par connaissance (lieux de stage d'interne), par demande téléphonique ou par mail à partir de 40 médecins généralistes via l'annuaire des pages jaunes et des groupes de formation de pairs.

Numéro	Sexe	Durée d'exercice	Mode d'exercice
1	F	< 10 ans	Remplacement
2	M	< 10 ans	Remplacement
3	F	Entre 10 et 20 ans	En groupe
4	H	> 20 ans	En groupe
5	H	Entre 10 et 20 ans	En groupe
6	H	< 10 ans	En groupe
7	H	< 10 ans	En groupe
8	H	Entre 10 et 20 ans	En groupe
9	H	Entre 10 et 20 ans	En groupe
10	F	> 20 ans	En groupe
11	F	> 20 ans	En groupe
12	F	< 10 ans	Remplacement
13	F	< 10 ans	En groupe
14	F	< 10 ans	Remplacement
15	H	< 10 ans	En groupe

Tableau 1 : Données démographiques des 15 médecins généralistes

2) Guide d'entretien

Afin de préparer les focus groupes, un guide d'entretien a été réalisé après une concertation avec un médecin du CeGIDD de Rouen.

Toutes les questions n'ont pas été posées puisque certaines ont été abordées spontanément par les médecins interrogés.

Les entretiens commençaient par :

« Bonjour, je m'appelle Martin. Nous allons aborder le dépistage et la prise en charge de IST/MST des patients de plus de 18 ans, en médecine générale. Le dépistage consiste en la recherche d'une ou plusieurs IST/MST chez les individus d'une population donnée. Le dépistage est une procédure déclenchée par le médecin ou le milieu médical pour un patient de cette population mais, qui n'en est pas à l'initiative, car non conscient d'être porteur d'une IST/MST. Il peut s'agir d'un patient totalement asymptomatique ou un patient symptomatique mais dans le déni.

La prise en charge d'IST/MST signifie que le patient est symptomatique ou que son bilan biologique met en évidence une IST/MST. »

Le guide d'entretien pour les focus groupes est le suivant :

Partie 1 : Définition d'IST et MST

Faites-vous une distinction entre IST et MST ? Si oui laquelle ?

Pouvez-vous me citer les différentes IST/MST que vous connaissez ?

Selon vous, la fréquence des IST/MST en France métropolitaine était-elle stable, en diminution ou en augmentation ?

Partie 2 : Quand envisager une IST/MST ?

Quand faites-vous une recherche systématique d'IST/MST ?

Comment définissez-vous une prise de risque pouvant être source d'IST/MST ?

Existe-t-il des populations à risque pour les IST/MST ? Si oui lesquelles ?

Interrogez-vous vos patient(e)s sur leur vie et pratiques sexuelles ?

Partie 3 : Consultation dans le cadre d'une IST/MST

Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Vérifiez-vous le carnet de vaccination ?

Quel examen clinique faites-vous au cabinet médical ?

Portez-vous systématiquement des gants pour l'examen clinique, lorsque vous suspectez une IST/MST ?

Sur votre prescription d'examens complémentaires, que notez-vous ?

Quels conseils donnez-vous à votre patient(e) chez qui vous suspectez ou chez qui vous avez découvert une IST/MST ?

Partie 4 : Prise en charge thérapeutique des IST/MST

Après avoir fait les différents examens complémentaires, instaurez-vous immédiatement un traitement avant d'avoir les résultats ? Si oui lesquels et quand ?

Quel traitement prescrivez-vous et pour quelles IST ?

Programmez-vous un suivi pour ces patients ? Si oui lequel et à quel rythme ?

Vérifiez-vous le carnet de vaccination des patients ? Si oui que proposez-vous pour ceux qui ne sont pas à jour ?

Quels conseils donnez-vous ?

L'adressez-vous à un spécialiste ? Si oui lequel ?

Partie 5 : Formation et information sur les IST/MST ?

Comment estimez-vous votre formation universitaire dans le domaine des IST/MST ?

Connaissez-vous la signification des acronymes CDAG et CeGIDD ?

Avez-vous des supports pour les informations sur les IST/MST pour vos patients ?

Avez-vous suivi une formation spécifique post-universitaire sur les IST/MST, la santé sexuelle ?

Avez-vous les coordonnées des centres de dépistage d'IST/MST ?

Résultats

Résultats

1) Partie 1 : Définition d'IST/MST

1. Distinction entre IST et MST

Concernant les définitions d'IST/MST, les 15 médecins interrogés connaissaient les anagrammes IST et MST.

En leur demandant s'ils faisaient une distinction entre les deux termes, les médecins sont plus partagés et une distinction est moins évidente. Le médecin n° 1 décrit *« une distinction qui n'est pas stricte à part une dénomination qui a changé ; Les IST comprennent plutôt CT et NG contre VIH ou SIDA pour les MST »*, le n°2 *« les IST regroupent des maladies comme le VIH et le VHC »*, le n°9 *« les IST désignent une situation où il n'y a pas encore de maladie contrairement aux MST »*, n°12 *« Je n'utilise que le terme IST car on n'utilise plus le terme MST »*, le n°13 *« MST quand il y a des symptômes alors que pour les IST il n'y a pas forcément de symptômes »*, le n° 14 *« Pas de distinction précise »*.

2. Les différentes IST/MST

Au niveau des IST connues, tous me citaient les pathologies suivantes : VIH, hépatites, NG, CT et syphilis.

Le médecin n°4 rajoutait *« les vaginoses, les condylomes, le HPV »*, le n°14 *« mycoplasme »* le n°15 *« lymphangites génitales »*.

3. La fréquence des IST/MST

Concernant la fréquence des IST en France, le médecin n°1 estimait que cette dernière était en *« diminution notamment chez les jeunes avec le port du préservatif »* alors que les autres avaient un avis différent.

Le n°2 estimait *« une stagnation ou légère augmentation du fait du manque de protection lors des rapports »*, le n°12 *« augmentation de la fréquence du CT et NG mais diminution VIH et des hépatites avec les vaccinations »*, le n°13 *« augmentation des fréquences mais*

certaines pathologies sont stables ou en diminution ». le n°15 « fréquence en augmentation avec un pic d'hépatite A notamment dans mes souvenirs ».

Le reste des médecins pensaient que les IST étaient globalement en augmentation.

2) Partie 2 : Quand envisager une IST/MST

1. Dépistage systématique

Pour réaliser les dépistages systématiques, les médecins citaient tous dans la situation évocatrice d'IST, plus précisément, le médecin n°4 décrivait *« pour tous les patients présentant des symptômes : leucorrhées, écoulement, adénopathies diffuses ou asthénie »*, et en situation de grossesse.

Le médecin n°7 citait *« désir de grossesse avec absence de dépistage »*, n°10 *« femme enceinte »* et le n° 12 *« grossesse et première contraception »*.

Concernant certaines populations particulières, le n°2 faisait une recherche systématique pour *« les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes »*, *« les détenus »*, *« les migrants et les personnes en précarité »* et *« en cas de retour de voyage »* et le n°1 pour *« la population homosexuelle »*. Le médecin n°12 énonçait *« la toxicomanie »* et le n°15 *« nouveau partenaire ou famille recomposée »*.

Certains antécédents avaient fait rechercher des IST. Le n°2 exprimait *« Porteur d'IST ou partenaire de porteur d'IST »* et les *« multipartenaires »*, le n°13 *« certaines pathologies entraînant une immunodépression »* et *« avant une chirurgie programmée »*.

Une situation décrite par les médecins n°13 et 14 était *« la demande du patient »* respectivement *« si situation à risque »* et *« pour arrêt de protection »*.

2. Prise de risque pouvant être source d'IST

Concernant les prises de risque pouvant être la source d'une IST, tous les médecins citaient les « *rapports sans protection* ».

Le n°14 expliquait aussi « *une protection qui a craqué* ».

Le n°1 précisait notamment « *la sodomie* » tout comme les n° 2, 14, 15 et « *les rapports pendant les règles* », le n°7 « *les rapports sexuels plus traumatiques sont plus à risque* ».

Dans les rapports sans pénétration, le n°4 donnait comme situation « *la fellation et le cunnilingus* » avec le n°2 pour la fellation.

Certains médecins donnaient comme prise de risque « *le partenaire non connu* » ou « *porteur d'une IST* » pour le n°12 ; ou encore « *une alcoolisation* » pour le n°1 ou soit « *une toxicomanie* » soit « *une prise de toxique* » pour les n°1, n°2, n°13 et n°14.

Dans les prises de risque, les médecins n°2 et n°14 disaient respectivement une « *transfusion sanguine* » et une « *contamination par le sang* ».

3. Population à risque d'IST

Tous les médecins avaient cité comme population à risque « *les homosexuels* » même si le n°14 précisait « *la population hétérosexuelle* ».

Les médecins n°1, n°12, n°13 estimaient que « *les jeunes* » étaient plus à risque que le reste de la population.

Au niveau de critères socio-économiques, le n°1 donnait « *les travailleurs à l'étranger notamment en off-shore* » et « *les prostituées et les travailleurs sexuels* » pour les médecins n°2, n°7, n°12, n°15. Il y a aussi pour le n°7, « *les membres de mouvements libertins* » et pour le n°9 « *les personnes pratiquant le tourisme sexuel* ».

Le médecin n°2 ajoutait aussi « *les détenus* ».

Il y avait aussi « *les migrants* » pour les médecins n°1, n°2, n°3, n°14 et n°15 « *notamment africains* » pour les médecins n°1 et n°10.

Au niveau des pratiques sexuelles et pratiques à risque, le médecin n°2 citait « *les porteurs d'IST ou partenaire de porteur* », « *les rapports forcés* » et « *toxicomanie* » comme pour le n°13 pour cette dernière.

Au niveau des autres antécédents pouvant conduire à une population à risque, le n°14 rajoutait « *l'immunodépression par certaines maladies ou traitements* ».

4. Interrogatoire sur la vie et santé sexuelles

Le médecin n°1 estimait que ce sujet était « *plus facilement abordable chez les femmes* » sinon le sujet était abordable par les médecins en cas « *d'histoire pouvant évoquer une IST ou un contexte d'IST* » selon le n°12 ou « *touchant la sphère génitale* » selon le n°14 ou encore « *le renouvellement de contraception* » et enchaîner avec une question du type : « *Est-ce qu'il y a un besoin de dépistage ou est ce qu'il y a eu des choses particulières ?* » selon le n°7.

Dans les cas où le sujet est abordé, les médecins demandaient « *la contraception et les rapports non protégés* » selon le n°1, « *le nombre et le type de partenaires sexuels* » selon le n°2 et « *la recherche de prise de risque* » selon le n°2 et n°15.

Le médecin n°13 faisait « *un dépistage d'alcool et de tabac ainsi qu'une recherche dans les conduites addictives* ».

Dans les antécédents abordés en plus, le médecin n°1 se renseignait sur « *le profil du patient avec une arrivée récente en France et surtout ses antécédents d'IST* » selon le n°1 et les dates des « *dépistages antérieurs* » selon le n°2 et le n°14.

3) Partie 3 : Consultation dans le cadre d'une IST

1. Interrogatoire

Pour la grande majorité des médecins interrogés, la recherche de la symptomatologie était au premier plan : « *symptômes généraux* » pour le n°1, « *pertes vaginales malodorantes chez la femme et/ou brûlures mictionnelles* » et « *des dyspareunies et impuissance* » pour le n°2 , « *des signes fonctionnels avec un écoulement* » pour le n°12.

Mais aussi qu'elle était la « *symptomatologie du partenaire* » pour le n°1.

Le médecin n°4 demandait à préciser la « *date de début des symptômes* ».

Ils faisaient ensuite un interrogatoire par rapport à une recherche antérieure d'IST. Pour le n°1, il recherchait « *la date du dernier dépistage* ». Pour le n°13, c'était « *les antécédents d'IST en plus du dernier dépistage* » et pour le n°14 « *si c'est la première fois qu'il y a ce problème ou non* ». Le médecin n°14 demandait s'il y avait des « *examens déjà faits* » sur le problème actuel.

Concernant le rapport en lui-même, les médecins distinguaient deux catégories d'informations à recueillir.

D'une part vis-à-vis du partenaire : « *nombre de partenaires* » pour le n°1 , n°10 « *d'autres partenaires que le partenaire habituel* », n°12 « *si le partenaire est connu et si porteur d'une IST* » et pour le n°14 et le n°15 « *partenaire habituel ou non* ».

D'autre part vis-à-vis du rapport éventuel en lui-même : pour le n°1 et le n°14 « *rapports sexuels non protégés* » et pour le n°1 « *rapport sexuel forcé* » , pour le n°7 et le n°14 « *date du rapport non protégé* », pour le n°12 et le n°15 « *rapport à risque et quel type de rapport à risque* ».

2. Carnet de vaccinations

Au moment de cette consultation, il avait été demandé aux médecins s'ils consultaient le carnet de vaccination.

Les médecins n°13, n°14 et n°15 ne regardaient pas de façon automatique le carnet de vaccination.

Le n°1 expliquait que les « *informations étaient celles de l'enfance* ». Le n°5 précisait que « *le patient n'aura pas forcément le carnet de vaccination à ce moment là* » tout comme le n°12 mais le n°10 rajoutait « *je recherche dans son dossier informatisé pour les vaccinations que j'ai faites* » et le n°3 terminait concernant les vaccinations que « *les patients ne savent pas* ».

Quand le carnet est consulté les médecins, le n°2 regardait la vaccination contre « *le HPV* » chez les femmes tout comme le médecin n°12.

Le médecin n°4 était le seul à évoquer « *l'hépatite B* » durant les différents focus groupes.

3. Examen clinique au cabinet

Après l'interrogatoire, la suite logique de la prise en charge diagnostique s'enchaîne sur l'examen clinique du patient

L'examen commençait par un examen clinique de base : « *général* » pour le n°13, « *cardio-pulmonaire* » pour les n°1 et n°15.

Lors de cet examen, il avait également une recherche ou une confirmation des signes généraux recherchés à l'interrogatoire : « *asthénie* » pour les médecins n°2 et n°6.

Les médecins pratiquaient aussi une recherche « *d'adénopathies* » pour les médecins n°1, n°5 et n°13.

Ils faisaient également un examen cutané à la recherche « *d'éruption cutanée ou de prurit* » pour le n°2 et le n°3 ou « *au moment de l'auscultation* » pour le n°13.

La sphère orale n'avait été examinée que par les médecins n°1, n°2 notamment pour « *dépister des lésions liées au CT* » et n°15.

Les médecins s'attaquaient ensuite à un examen de la sphère génitale. Cet examen était surtout « *centré sur la plainte avec les écoulements* » pour le n°13 et à la « *recherche d'un écoulement* » pour le n°12.

Il y avait une distinction faite dans les examens cliniques entre les hommes et les femmes.

Chez les hommes, le médecin n°14 n'examinait que « *les parties génitales* ». Le médecin n°1 regardait « *s'il y a un écoulement ou de l'herpès* » tandis que le n°2 faisait « *une palpation testiculaire* » et pouvait faire « *un examen de la marge anale même s'il n'a pas d'anuscopie au cabinet* ».

Chez les femmes, l'examen gynécologique était fait par tous les médecins. Le médecin n°1 faisait « *un toucher vaginal et un examen au spéculum* ».

Le n°10 précisait que l'examen devrait faire rechercher « *une douleur abdominale basse et des signes compatibles avec une salpingite* ».

Le n°4 utilisait « *l'examen gynécologique pour regarder la présence de condylomes* ».

Les médecins n°10 et n°14 profitaient de cette occasion pour « *réaliser un frottis si besoin* » même si le n°11 préférait « *différer la réalisation du frottis après les prélèvements bactériologiques et le traitement d'éventuelles d'IST* ».

4. Port de gants pour l'examen clinique

L'intégralité des médecins portait des gants pour l'examen gynécologique et génital ou comme le précisait le n°10 « *dès que je dois examiner sous la ceinture* ».

Le médecin n°2 ajoutait qu'il en portait en plus « *seulement si il y a des lésions cutanées à type de coupure ou d'éruption* » tandis que le n°5 en portait de façon systématique en plus « *pour la palpation ganglionnaire cervicale, fémorale et axillaire* ».

5. Prescription des examens complémentaires

Nous allons faire une distinction entre les prélèvements sanguins et les prélèvements bactériologiques locaux.

a. Prélèvements sanguins

Concernant les tests sanguins, tous les médecins faisaient dépister le VIH : « *sérologie VIH 1 et 2* » n°1, n°12, n°13, n°14, n°15. Le médecin n°6 précisait qu'il faisait une « *sérologie VIH de contrôle à au moins 15 jours d'écart si la contamination est récente* ».

Le médecin n°7 expliquait que « *[son] laboratoire fait automatiquement un test combiné s' [il] met sérologie VIH* ».

Concernant la recherche d'une syphilis, les médecins n°2 et 4 prescrivaient « *un test tréponémique ou TPHA* » et « *un test non tréponémique VDRL* » pour le n°2. Le n°14 notait « *syphilis 1 et 2* ».

Les médecins n°2 et n°4 ne savaient pas me préciser quels étaient les examens compris dans le test tréponémique si le TPHA n'était pas réalisé par le laboratoire.

Le reste des médecins interrogés marquaient « *TPHA et VDRL* ».

Dans la recherche biologique, les médecins recherchaient également les hépatites. Les médecins n°1, n°13, n°14 et n°15 notaient « *hépatite B et C* ». Le médecin n°12 mettait sur la prescription « *Sérologie VHB et VHC* ».

Le médecin n° 2 précisait « *Sérologie VHB : Ag HBs ; Ac anti HBs et Ac anti HBc* ».

Le médecin n°1 rajoutait « *en fonction du contexte les β hCG pour les femmes* ».

À la limite des examens paracliniques sanguins et en fonction du contexte, le médecin n°1 pouvait faire analyser « *une sérologie HSV 1 et 2 mais de préférence faire le prélèvement directement au contact de la lésion cutanée* ».

b. Prélèvements bactériologiques

La recherche via les prélèvements bactériologiques permet de cibler notamment 2 IST : CT et NG selon les médecins interrogés. Il est réalisé d'après le médecin n°15 « *sur un prélèvement vaginal chez la femme et sur le premier jet d'urine chez l'homme* ».

Chez les patients symptomatiques, cette recherche était systématique pour tous les médecins. Le médecin n°2 rajoutait « *des prélèvement en fonction des rapports pratiqués qu'ils soient vaginaux, anaux et/ou pharyngés* ».

Dans les autres prélèvements réalisés, le médecin n°1 faisait un diagnostic de lésion cutanée d'allure herpétique.

Quand on demandait aux médecins si la prescription des examens paracliniques changeaient en fonction du statut symptomatique ou asymptomatique du patient, les réponses étaient très partagées.

Pour les médecins n°1, n°3, n°10, n°12, n°13, n°15, les prélèvements bactériologiques n'étaient pas réalisés. Selon le médecin n°3 « *ça fait un peu barbare* ». Contrairement aux médecins n°2, n°7 et n°14 qui décrivaient les prescrire de façon systématique et surtout selon le n°7 « *chez les populations à risque* ».

6. Quels conseils à l'issue de la consultation

Pour tous les médecins, le premier conseil donné lors de la consultation est « *rapports protégés jusqu'aux résultats* » selon le médecin n°14 ou « *l'abstinence* » selon le n°6.

Il faut ensuite « *informer le ou les partenaires* » selon les médecins n°1, n°2, n°9, n°12, n°13, n°14 et n°15. Cette information permettra de faire du « *dépistage* » pour les médecins n°1, n°2, N°12 et n°13.

Dans les autres conseils, le médecin n°1 préconisait une contre-indication « *au don du sang* » et de « *bien s'hydrater en cas d'infection urinaire* » pour le médecin n°2.

Dans les autres actions, le médecin n°2 rappelait que « *l'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire* ».

4) Partie 4 : Prise en charge thérapeutique

1. Traitement avant résultats

Sur les 15 médecins interrogés, 14 médecins mettaient un traitement avant d'avoir les résultats des examens paracliniques mais pas pour les mêmes pathologies. Seul le n°5 ne mettait pas de traitement immédiat et « *attendait d'avoir les résultats* ».

Le médecin n°14 prescrivait uniquement « *une tri-thérapie post-exposition VIH s'il y a une forte suspicion de contamination* ».

Les médecins n°1, n°6, n°12, n°13, n°15 traitaient « *en cas de symptomatologie gênante pour une infection à CT et/ou NG* ».

Le médecin n°2 traitait en cas de suspicion de « *syphilis et/ou d'IST à NG* ».

Les médecins n°7 et n°9 ne mettraient qu'un traitement avant les résultats que si « *il s'agit d'un écoulement urétral isolé* ».

Concernant les traitements évoqués, celui cité par tous les médecins est une « *céphalosporine de troisième génération* » pour le n°12 ou « *ceftriaxone 1g* » pour les n°13, n°1 ou « *ROCEPHINE 1g* » pour le n°6 à administrer en intra-musculaire associé à « *un macrolide* » pour le n°13 ou de « *l'azithromycine 500mg* » pour le n°12 ou « *entre 250 et 500mg* » pour le n°1 ou « *4 comprimés de 250mg* » pour le n°6.

2. Traitements des IST

Le traitement pour les différentes IST restait méconnu par les médecins interrogés.

Hormis le traitement d'une infection à CT et NG qui avait été donné à la question précédente, la majorité des médecins interrogés répondait qu'ils consultaient une aide de prescription en ligne de type « *antibioclic* »(14) ou bien sur le « *pilly* »(6) pour le n°13.

Concernant la syphilis en phase précoce, le n°12 traitait par de « *la pénicilline* » mais sans connaître la posologie. Le n°1 mettait de « *l'EXTENCILLINE* » mais le praticien ferait le traitement « *en hospitalisation du fait de la peur de la réaction de Herxheimer* ». Le n°2 prescrivait « *de la pénicilline G* ». Le n°4 prescrivait « *EXTENCILLINE 1 injection pour les phases précoces ; si latente 1 injection/semaine durant 3 semaines* ».

Une infection à mycoplasme est traitée par « *ZYTHROMAX 1g en dose unique* » pour le n°14.

Dans le cadre d'une infection à herpès, le n°1 donnait du « *Valaciclovir 500mg 2/jour pour une durée de 5 à 6 jours* ».

Dans le cadre d'une prostate à gonocoque, le n°8 disait que « *l'OROKEN n'est plus adapté mais j'ai un doute* ».

3. Suivi du patient

Concernant le suivi des patients, les médecins n°1, n°2 et n°15 voulaient revoir le patient « à 7 jours et à 1 mois ».

Le médecin n°12 désirait revoir les patients « à 48h de la fin du traitement ».

Le médecin n°14 souhaitait contrôler l'évolution du dépistage et des symptômes « à 6 semaines ».

Le médecin n°13 ne programmait pas de rendez-vous mais il fallait « refaire le point sur le dépistage en cas d'IST à NG et CT » et il ajoutait « qu'en cas de dépistage positif au VIH, le suivi sera plus rapproché ».

Les médecins du focus groupe d'Évreux ne programmaient pas de « suivi particulier en d'IST non compliquées mais donnaient les consignes de reconsulter si non amélioration ou aggravation ».

4. Carnet de vaccination

Au moment de la seconde consultation pour amener les résultats et prescrire un traitement, il est facile de faire ramener le carnet de vaccination ou d'avoir un peu de temps pour consulter le dossier et vérifier les vaccinations.

Le médecin n°9 ne contrôlait pas « le carnet de vaccination ».

Les médecins n°2, n°12, n°13 et n°15 vérifiaient et proposaient une vaccination contre « l'hépatite B ».

Les médecins n°1, n°13 envisageaient la vaccination contre « l'HPV » et pour le n°1 de discuter aussi « auprès de la population homosexuelle ».

Les médecins n°2, n°7 et n°13 voulaient vérifier « le reste des vaccinations » notamment comme le soulignait le n°7 vis-à-vis « de la vaccination ROR en cas de sérologie VIH négative ».

5. Conseils

Pour les conseils donnés au patient, le n°15 signalait « *avoir des rapports protégés avec tout nouveau partenaire jusqu'à organiser un dépistage* ». Cette notion était rapportée par tous les médecins que ce soit le port du « *préservatif* » pour le n°2 ou pour le n°10 « *refaire des dépistages quand il y a des changements dans la vie sexuelle* ».

Le n°1 rappelait « *l'observance thérapeutique* » des traitements prescrits.

Concernant le PrEP, les médecins étaient peu informés : « *jamais entendu parler* » pour le n°13 et n°14.

Pour le n°12, le PrEP était « *connu mais ne [le médecin] sait pas ce que c'est* ».

Pour le n°4, « *le traitement pré-exposition semble compliqué à mettre en place par les médecins généralistes* ». Et finalement pour le n°2, ce traitement était « *connu mais mauvaise distinction avec le traitement après accident d'exposition au sang et jamais prescrit* ».

6. Suivi spécialisé

Pour le suivi des patients, en cas d'IST non compliquées, le patient n'est pas orienté vers des spécialistes.

Les patients seront adressés en cas « *d'éruption cutanée inhabituelle ou indéterminée vers un dermatologue* » pour le n°1.

Les « *hépatites seraient plutôt orientées vers les hépato-gastro-entérologues* » pour les médecins n°2, n°4, n°12, n°13 et n°15.

En cas de découverte de « *sérologie VIH positive ou d'infection sévère* » selon le n°6, les médecins se tournaient vers « *les infectiologues* ». Cet avis était partagé par les médecins n°5, n°12, n°13, n°14, n°15.

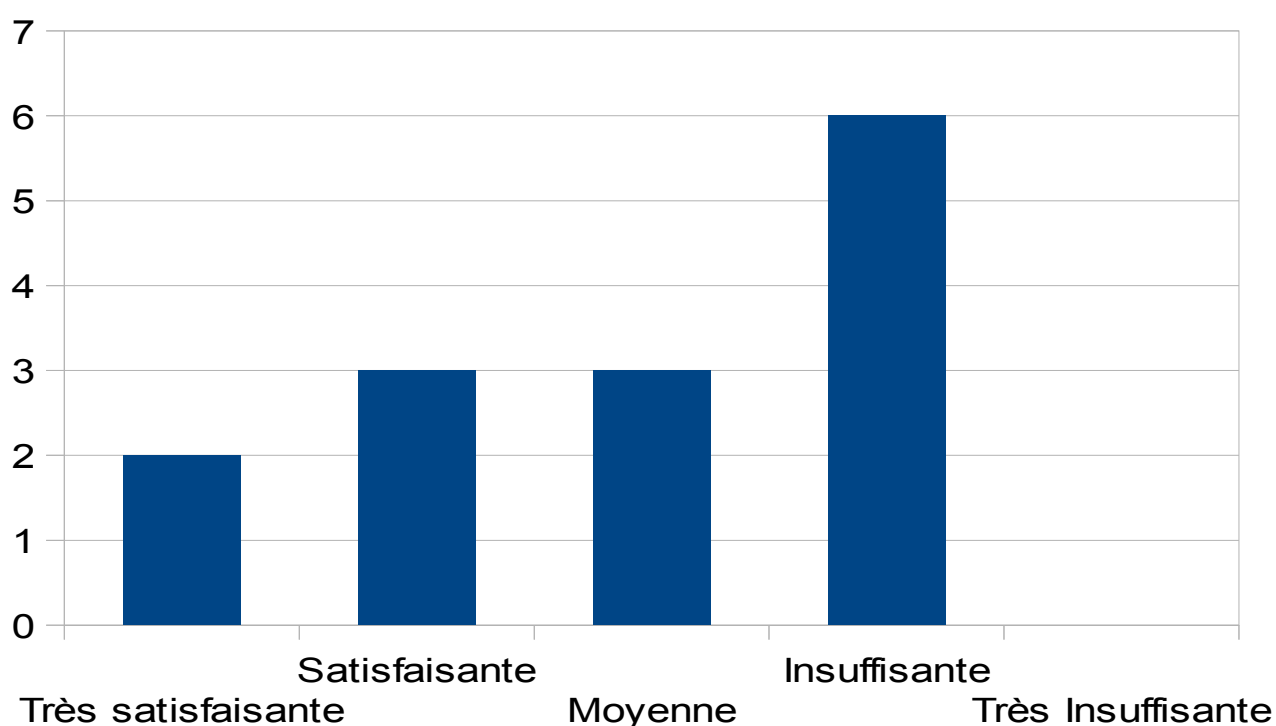
5) Partie 5 : Formation et information

1. Formation universitaire

La formation universitaire sur ce sujet comprenait les cours et les formations reçus par les médecins que ce soit avant l'externat, pendant l'externat et pendant l'internat.

Évaluation	Très satisfaisante	Satisfaisante	Moyenne	Insuffisante	Très insuffisante
Nombre de médecins	2	3	3	7	0

Tableau 2 : Répartition des médecins en fonction de leur ressenti sur les formations universitaires



Graphique 1 : Représentation en diagramme en barre du tableau 1

Au vu des éléments précédents, les médecins semblaient très peu satisfaits des formations proposées durant leurs études concernant les IST.

Le n°13 voulait nuancer sa position par « *un mauvais suivi des formations universitaires durant l'internat* ».

2. Acronymes CDAG et CeGIDD

Concernant les acronymes CDAG et CeGIDD, les médecins n'avaient pas tous connaissance de ces structures et de la signification de ceux-ci.

Les médecins n°1, n°13 et n°14 ne connaissaient pas le terme CDAG. Le médecin n°2 estimait que « *CDAG signifiait centres anonymes en rapport avec la maladie infectieuse* ».

Les médecins n° 7, n°8, n°9, n°10 et n°12 avaient la bonne définition pour CDAG.

L'acronyme CeGIDD est encore moins connu que le précédent puisque seuls les médecins n°6 et n°7 avaient la bonne signification de l'acronyme.

Le médecin n°14 estimait que CeGIDD signifiait « *centre de vaccination présent à l'hôpital* ».

3. Support d'information pour les patients

Le médecin n°2 donnait comme information « *le site de l'Institut Pasteur afin d'imprimer des planches informatives pour les voyageurs et sur les IST* ».

Le n°4 « *ne donnait pas de lecture pour le patient mais faisait une information pragmatique pour se mettre au niveau des gens* ».

Le n°12 donnait un « *support d'information écrit en fonction des besoins du patient* ».

4. Formation post-universitaire

Au niveau des formations post-universitaires, les médecins n° 9 et n°10 avaient réalisé une formation complémentaire de gynécologie qui est un DIU il y a 8 ans et le médecin n°4 avait fait cette formation complémentaire de gynécologie il y a 4 ans.

5. Coordonnées du centre de dépistage

Les médecins du focus groupe d'Évreux avaient tous les coordonnées « *du centre hospitalier d'Évreux où se trouve le centre de dépistage* ».

Le médecin n°2 disposait des coordonnées des « *centres de dépistage des hôpitaux locaux sur Le Havre (Hôpital Privé de l'Estuaire, Les Ormeaux et Monod)* ».

Les médecins n°14 et 15 avaient « *les coordonnées du centre de dépistage du CHU* ».

Discussion

Cette étude, menée 2 ans après la publication des nouvelles recommandations par la Société Française de Dermatologie et de Vénérologie concernant les IST vise à évaluer les connaissances, la prise en charge diagnostique et thérapeutique des médecins généralistes de Haute-Normandie.

1) Les connaissances théoriques autour des IST

Les médecins généralistes connaissent tous les principales IST que l'on peut rencontrer au quotidien.

Cependant, la distinction entre MST et IST reste très approximative et n'insiste pas de ce fait sur le côté dépistage des pathologies asymptomatiques qui peuvent avoir des conséquences importantes, alors que ce changement de dénomination a été réalisé en 2009 suite aux recommandations de l'OMS avec l'accord du Ministère de la Santé et des Sports et de l'Inpes(15).

Comme signalée dans l'introduction, la fréquence des IST reste stable que ce soit en France et en Normandie avec une augmentation des IST à NG. Il y a eu une recrudescence très importante de l'hépatite A notamment chez la population homosexuelle alors que le principal mécanisme de transmission est oro-fécale avec l'alimentation.

2) L'organisation du dépistage

Dans l'organisation du dépistage systématique, les médecins sont au clair pour le dépistage des patients symptomatiques et de la prise autour de la grossesse.

En cas de nombreux partenaires sexuels, le dépistage semble plus facilement proposer par les médecins.

Seul le n°15 a cité la reconstitution de famille dans les nouveaux partenaires alors que la découverte du VIH se fait entre 31 et 49 ans en 2015(16).

Certaines situations cliniques ont été que peu évoquées également avec l'immunodépression congénitale ou acquise. En effet, les patients porteurs d'une infection par le virus du VIH sont plus à risque d'être porteurs d'une co-infection à une autre IST, mais aussi tous les patients sous traitements immunomodulateurs ou

immunosuppresseurs ou encore porteurs de maladies hématologiques (leucémie lymphoïde chronique, myélome multiple, leucémie aiguë).

En ce qui concerne les situations pouvant conduire à des prises de risque, ils ont tous cité l'absence de protection lors d'un rapport (anal ou vaginal) comme la principale situation à risque.

Certains avaient rajouté la prise de toxique comme situation à risque ce qui est vrai puisqu'en cas de toxicomanie, le risque est plus important avec tous les produits.

Cela est aussi dû à la levée des inhibitions et à l'absence de contrôle sur soi que les produits peuvent entraîner, aboutissant de ce fait à des situations à risque (rapports multiples, absence de protection).

Les médecins de l'étude ont été plus rares à citer les pratiques sexuelles comme : la fellation sans protection, l'anulingus ou le cunnilingus.

Sur les 15 médecins interrogés, aucun n'a cité le partage de jouet sexuel non nettoyé et non protégé.

Dans les populations à risque, la population homosexuelle (notamment les hommes ayant des rapports avec des hommes HSH) reste la principale cible de dépistage des IST. Les personnes migrantes vivant dans des conditions de vie difficiles sont à risque d'IST soit par leur origine géographique avec la prévalence de certaines pathologies ou les conduites à risque une fois immigrées.

Selon l'étude ANRS PARCOURS(17) réalisée entre février 2012 et mai 2013 en Île-de-France sur 898 personnes, entre 35 et 49% des migrants d'origine subsaharienne sont découverts séropositifs durant le suivi de l'étude. Ils ne sont que 133 à être arrivés en France avec un statut VIH positif. Les causes évoquées dans cette étude sont avant tout les faveurs sexuelles pour obtenir soit un logement soit la protection de quelqu'un possédant des papiers.

Les personnes victimes de rapports sexuels forcés sont vraisemblablement plutôt examinées aux urgences gynécologiques ou adultes dans un premier temps afin d'initier le dépistage et de réaliser les prélèvements à visée judiciaire.

Les personnes ayant de nombreux séjours prolongés à l'étranger ou partant à l'étranger doivent être interrogées à leur retour pour savoir s'il y a eu des prises de risque ou non.

Les médecins interrogés avaient des difficultés à aborder la santé sexuelle dans un contexte non symptomatique.

Pourtant dans l'étude européenne CATTE organisée en 2016 auprès de plus de 100 médecins généralistes des Alpes-Maritimes, ces derniers se considéraient être les interlocuteurs privilégiés de la sexualité et ses problèmes chez les jeunes de 18 ans à 24 ans pour 60% d'entre eux(18)

Il existe peut-être une réticence à faire une recherche sur l'évolution de la santé sexuelle notamment chez les anciens patients connus des patientèles, contrairement aux nouveaux ou aux patients non connus du cabinet ou du praticien.

3) L'examen du patient et les prescriptions

L'interrogatoire du ou de la patiente est plutôt systématisé de la part de tous les médecins avec la demande des symptômes en cas de pathologie déclarée.

La recherche de la source infectieuse a été explicitée lors des 3 focus groupes avec la date de la prise de risque, la recherche d'autres partenaires ou d'autres prises de risque.

La vérification du carnet de vaccination n'est faite qu'en cas de patients connus avec de nombreuses vaccinations réalisées au cabinet.

Les patients de plus de 18 ans ne viennent pas de façon spontanée chez leur médecin généraliste avec leur carnet de vaccination pour les pathologies non en rapport avec les vaccinations.

Qui plus est, aucun adulte non concerné ne connaît son statut vaccinal, la date des derniers vaccins faits et s'il est encore immunisé ou pas contre certaines pathologies.

L'examen clinique des patients est standardisé pour les médecins avec dans un premier temps un examen cardio-pulmonaire et une palpation abdominale.

La palpation des aires ganglionnaires est faite par une grande majorité des médecins du fait des infections possibles paucy-symptomatiques.

L'examen se centre dans un second temps sur l'examen gynécologique chez la femme ou génital chez l'homme.

Il faut bien garder à l'esprit qu'avec les rapports oro-génitaux et anaux, toutes les IST peuvent donner des signes dans ces sphères et qu'il faut les examiner également, même si le ou la patiente ne s'en plaint pas.

Le fait de réaliser le frottis cervico-vaginal à la recherche de lésions suspectes dans le cadre d'un dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas indiqué en cas de phase inflammatoire type cervicite, mais un frottis pour réaliser un prélèvement bactériologique est nécessaire notamment chez les patientes asymptomatiques pour éliminer les portages ou confirmer à distance l'efficacité des traitements.

Le port de gant lors de l'examen clinique devrait être obligatoire que ce soit pour l'examen de la sphère ano-génitale, mais aussi cutanée puisque la syphilis et ses différentes éruptions cutanées peuvent être contaminantes. On appelait d'ailleurs la syphilis secondaire *La grande simulatrice* pour ses tableaux cliniques multiples et peu spécifiques notamment au niveau cutané.

Lors de la prescription des examens complémentaires, 2 médecins savaient qu'il fallait prescrire maintenant pour la syphilis un test tréponémique pouvant être le TPHA en cas de besoin.

Les prélèvements sanguins sont bien prescrits pour les principales IST recherchées sur une prise de sang. On peut toutefois remarquer une difficulté à nommer les éléments recherchés de la sérologie hépatite B entre les anticorps et les antigènes.

Concernant les prélèvements bactériologiques, seulement 3 médecins réalisaient les prélèvements bactériologiques dont surtout chez les populations à risque. Cette mise en valeur reflète le manque de dépistage chez les personnes asymptomatiques et des prises en charge qui pourraient être mieux adaptées.

Qui plus est, une IST à CT ou NG sont responsables entre 30 et 50% des cas de maladie inflammatoire pelvienne (19). Cette inflammation peut avoir des répercussions au niveau tubaire et entraîner des grossesses extra-utérines et/ou une infertilité.(20)

Les conseils donnés par les médecins généralistes sont bons puisque l'abstinence ou les rapports sexuels protégés restent la première chose à faire pour éviter la propagation des IST une fois la suspicion évoquée.

Informé le ou les partenaire(s) permet aussi de dépister et de traiter plus rapidement afin d'éviter, une nouvelle fois, la dissémination d'IST.

4) La prise en charge thérapeutique

Les médecins ne traitent qu'en première intention les patients symptomatiques pour des symptômes faisant évoquer une IST soit CT soit à NG mais uniquement après avoir fait ou avoir fait réaliser les prélèvements bactériologiques adaptés.

Au niveau des traitements proposés en probabiliste, il y a effectivement la prise de C3G en IM pour une IST à NG et de l'azithromycine pour une IST à CT.

Les posologies recommandées sont C3G type ceftriaxone 500mg en IM et azithromycine 1 g en prise orale en dose unique pour les deux traitements.

La posologie 1g de ceftriaxone correspondait au traitement des formes ano-rectale, pharyngé, génitale avec diminution de sensibilité selon les recommandations européennes de traitement des IST à NG de 2012(21).

Concernant une posologie inférieure d'azithromycine, les conséquences possibles d'un traitement non optimal sont la persistance des symptômes ou une chronicité de la maladie avec les complications sur les trompes et la fertilité.(19) (20)

Pour les autres IST, la syphilis était une IST pour laquelle les médecins connaissaient tous la molécule de base au traitement ou son nom commercial mais la posologie n'était pas assez bien connue.

Globalement, les médecins généralistes utilisent des aides en ligne pour traiter les patients ce qui leur permet d'être à jour en fonction des endroits recherchés. La majorité des médecins interrogés consultent antibioclic(14) qui est un site internet mis à jour régulièrement en fonction des recommandations et développé par l'université de Paris 7 et son département de Médecine Générale, du service de maladies infectieuses et

tropicales de l'hôpital Bichat et de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française.

Un des médecins interrogés regardait dans le Pilly soit sa version informatisée soit sa version papier qui est l'ouvrage du Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales.

Grâce à ces aides, les médecins peuvent obtenir les recommandations et les traitements les plus adaptés. Le développement des technologies permet à ces outils d'accompagner les médecins généralistes partout (ordinateur, application pour smartphone). Mais cette aide généralisée est à surveiller puisqu'elle peut faire défaut en cas de problème informatique, absence de réseau ou d'alimentation.

La programmation du suivi est assez variable chez les médecins interrogés.

Certains veulent revoir le patient à 48h, d'autres 7 jours ou encore à 1 mois.

Quelque soit la situation, il semble licite de revoir les patient surtout en cas de non amélioration ou symptômes non soulagés par les traitements. Il faudra revoir les patients pour au moins refaire le point sur les prises de risque et l'éducation.

Dans le cadre du suivi, contrôler les vaccinations est plus facile avec la possibilité de préparer la consultation, demander au patient de ramener son carnet de santé.

Les 2 vaccinations mises en avant sont : la vaccination de l'hépatite B en fonction de leur statut antérieur et la vaccination anti-HPV si elle n'avait pas été faite dans l'enfance et si l'on est encore dans la phase précoce de la sexualité. Cette vaccination anti-HPV est discutée pour un médecin pour la population homosexuelle notamment les HSH.

Dans un contexte d'immunodépression, il ne faut pas oublier que certains vaccins ne peuvent plus être faits puisqu'ils sont vivants atténués. C'est le cas du vaccin ROR pour lequel la vaccination des populations à risque doit être contrôlée et refaite avant l'apparition d'une immunodépression.

En cas de découverte de pathologies infectieuses graves, les médecins orientent plus facilement soit vers l'infectiologue de leur hôpital de secteur pour des IST avec un tableau clinique et/ou une découverte de VIH soit vers l'hépto-gastro-entérologue pour la découverte d'une hépatite.

Seul un médecin demande un avis spécialisé de dermatologie en cas d'éruption suspecte atypique.

Les conseils donnés ne sont pas différents entre la partie 3 et la partie 4 puisqu'il faut toujours utiliser un préservatif (masculin ou féminin), faire dépister le nouveau partenaire pour enlever le préservatif et éviter les conduites à risque de préférence.

La proposition d'un traitement type PrEP est difficilement accessible puisque c'est une prescription par un médecin rattaché à un service de prise en charge de VIH ou médecin spécialisé et aussi par un manque d'information des médecins généralistes.

Ces derniers confondent avec le traitement post-exposition que l'on peut avoir dans les accidents d'exposition au sang.

La campagne médiatique réalisée début 2018 permettra de mieux faire connaître ce traitement pour éviter de nouvelles contaminations par le VIH.

5) Les supports d'informations et de formations

Les médecins ne sont pas suffisamment bien formés par leur formation universitaire.

Les médecins qui avaient des idées plus précises étaient ceux qui étaient passés en tant qu'interne dans des centres de dépistages ou ayant effectués des remplacements aux urgences.

Toutefois, les formations post-universitaires notamment en gynécologie (DIU de gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes) permettent d'améliorer la formation théorique sur différents domaines. L'amélioration des connaissances permet aux médecins de se sentir plus à l'aise et d'aborder ces sujets plus facilement en consultation.

L'étude CATTE (18) centrée sur la promotion du dépistage de l'IST à CT passait tout d'abord par une visite confraternelle et explicative de l'objectif de l'étude. Rien qu'une information simple a permis une amélioration des pratiques des médecins généralistes et ces derniers ont jugé la démarche « pertinente » et « très satisfaisante »(18).

Les acronymes CDAG et CeGIDD représentant respectivement l'ancienne et la nouvelle dénomination des centres de dépistages gratuits sont encore peu connus notamment pour le second. Ces centres ne bénéficient pas assez de visibilité ou d'une bonne coordination

entre les structures hospitalières et les médecins généralistes pour organiser un dépistage ou rechercher des informations complémentaires ou l'évaluation d'un patient.

Les médecins généralistes disposent rarement de supports d'informations pour leurs patients hormis ceux qu'ils impriment de leurs sites de référence.

Ce qui est très dommage, puisque l'Inpes a mis en place, avec la sortie des nouvelles recommandations, 2 outils imprimables :

- Un Livre sur les IST d'une trentaine de pages à destination des patients regroupant des notions de physiologies, des rappels de préventions et les coordonnées internet et téléphoniques pour le dépistage
- Un Recueil d'information sur le dépistage du VIH et des autres IST de 11 pages pour organiser le dépistage, les prescriptions des examens complémentaires pour les professionnels de santé

Les médecins appelaient surtout le centre de dépistage hospitalier le plus proche du lieu d'exercice en cas de besoin.

Ce manque de visibilité et de disponibilité de l'information est responsable en partie d'un manque et/ou d'un retard de dépistage de la part des médecins généralistes alors que des solutions simples existent mais doivent être recherchées par ces derniers.

Les entretiens réalisés pour cette thèse ont permis de refaire le point sur les pratiques des différents médecins et de confronter les idées qu'ils avaient avec l'évolution des pratiques actuelles.

6) Biais de l'étude

La méthodologie du focus groupe induit un biais d'informations puisque certains médecins peuvent avoir des réticences à exprimer leurs idées et leurs opinions devant d'autres médecins.

Les médecins généralistes, dont j'ai eu l'accord pour réaliser ces focus groupes, travaillaient en groupe ou avaient déjà fait d'autres focus groupes pour des thèses antérieures ce qui induit un biais de recrutement dans cette étude.

Deux médecins avaient eu une expérience allant de consultations régulières à plusieurs mois en centre de dépistage ou centre d'accès aux soins. Ils avaient donc plus de connaissances et plus de facilités pour dépister les IST.

Les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à la population médicale générale puisque non représentative de cette même population pour les raisons citées précédemment.

Conclusion

Avec les nouvelles recommandations de 2016 de la Société Française de Dermatologie et de Vénérologie, la prise en charge des IST cherche de plus en plus à prévenir les infections et à défaut les dépister et les traiter le plus rapidement possible. La persistance dans les médias de ce sujet et les complications induites par les IST mettent en lumière l'enjeu de santé publique de ces pathologies depuis de nombreuses années dans toutes les tranches de la population.

Les résultats de cette étude montrent que les informations et l'organisation du dépistage notamment chez les personnes asymptomatiques pourraient être grandement améliorées avec notamment la systématisation de la proposition de dépistage lors de consultation de routine comme on peut le proposer dans d'autres domaines de la santé.

L'examen clinique et la prescription des examens complémentaires chez les personnes symptomatiques sont deux pratiques acquises dans la population des médecins interrogés avec la mise en avant de prélèvements sanguins et bactériologiques. La réalisation de prélèvements chez les personnes asymptomatiques, qui plus est si elles appartiennent aux populations à risque, est une pratique à faire rentrer dans les habitudes de prescription des médecins généralistes.

Les médecins utilisent des outils informatisés précis et actualisés fréquemment pour le traitement des différentes IST même si cela entraîne une absence de connaissances et potentiellement des difficultés si ces outils ne sont plus disponibles.

Ces lacunes sont en partie dues à une formation qui semble insuffisante pour permettre aux médecins de se sentir à l'aise sur le domaine des IST du fait de l'actualisation des connaissances et du fait que ce sujet puisse être sensible à aborder avec les patients. Les formations proposées en complément compensent partiellement ce manque.

Les supports d'informations pouvant aider les médecins et les patients ne sont pas forcément accessibles rapidement pour les médecins généralistes et devraient être envoyés de façon systématique pour qu'ils puissent suivre l'évolution des prises en charge plus facilement.

Annexe

Santé publique France regroupant depuis le 01/05/2016 :

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Institut regroupant à la fois des thèmes d'actualité, les nouvelles recommandations et des guides de prise en charge à destination des patients et des professionnels de santé avec notamment dans le cadre des IST :

- Le livret des Infections sexuellement Transmissibles
- Dépistage du VIH et des IST ; Informations et ressources pour les professionnels de santé

Institut national de Veille Sanitaire (InVS)

Établissement public en charge notamment de l'observation épidémiologique et la surveillance de la santé de la population avec notamment la publication :

- Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire ; 2 à 3 publications par mois sur des thèmes variés
- Bulletin de veille sanitaire en Normandie : 3 à 4 publications par an sur des thèmes de veille sanitaire (IST, vaccination, cancers,...)

Établissement de Préparation et de Réponses aux Urgences Sanitaires (Eprus)

Agence de sécurité sanitaire française ayant 2 missions principales :

- Gérer la réserve sanitaire composée d'étudiants, de professionnels de santé d'active ou en retraite depuis moins de 5 ans
- Gérer les stocks stratégiques de produits de santé

Bibliographie

1. OMS | Infections sexuellement transmissibles [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé ; Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST [Internet] Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
3. InVS - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. . Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_1.html
4. InVS - Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles (IST) / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
5. Santé publique France - Hépatite A : hausse du nombre de cas chez les hommes gays et bisexuels [Internet]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Hepatite-A-hausse-du-nombre-de-cas-chez-les-hommes-gays-et-bisexuels>
6. E.Pilly version ECN [Internet] Disponible sur <http://www.infectiologie.com/fr/ecnpilly-edition-2018-disponible-en-librairie.html>.
7. Hépatite B [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hepatite-b>
8. Malvy D, Halioua B, Lançon F, Rezvani A, Bertrais S, Chanzy B, et al. Epidemiology of genital herpes simplex virus infections in a community-based sample in France: results of the Herpimax study. Sex Transm Dis. 32(8):499-505.
9. Société Française de Dermatologie et Vénérologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles [Internet]. Disponible sur: [http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guideline%202016\(1\).pdf](http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guideline%202016(1).pdf)
10. Haut Conseil de la santé publique – Vaccin GARDASIL 9 [Internet]. Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/hcspa20170210_previnfecthpvplacegardasil9.pdf
11. Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé – Avis sur le vaccin GARDASIL 9-valent [Internet]. Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf

12. Faculté de Médecine de la Sorbonne - Bactériologie [Internet]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/bacterio/bacterio/POLY.Chp.14.html>
13. Site grand public de la Société Française de Dermatologie - La syphilis [Internet]. Disponible sur: http://dermato-info.fr/article/La_syphilis
14. Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Interne]. Disponible sur : <https://antibioclic.com>.
15. Inpes - IST / MST : derrière les mots, un enjeu de santé publique [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/09/cp090625.asp>
16. InVS - Bulletin de veille sanitaire Normandie. n°24 - Décembre 2016. / Normandie / Tous les numéros / Bulletin de veille sanitaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Normandie/Bulletin-de-veille-sanitaire-Normandie.-n-24-Decembre-2016>
17. InVS – Annabel Desgrées du Loû, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin, Virginie Supervie, Henri Panjo, Nathalie Bajos, France Lert, Nathalie Lydié, Rosemary Dray-Spira et le groupe ANRS-Parcours - Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : Combien ont été infecté après la migration? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours [Internet]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_2.pdf
18. Touboul Lundgren P, Detanne S, Dunais B, Bruno P, Bentz L, Khouri P, et al. Promotion du dépistage d'infection à *Chlamydia trachomatis* en soins primaires. Santé Publique. 2016;28(3):299.
19. Terzić M, Kocijancić D. [Pelvic inflammatory disease: contemporary diagnostic and therapeutic approach]. Srp Arh Celok Lek. oct 2010;138(9-10):658-63.
20. Office fédéral de santé publique OFSP – Bulletin 35 de l'année 2017 Infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis* : Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle et de la Société Suisse d'Infectiologie [Internet]. Disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/infections-sexuellement-transmissibles-a-chlamydia-trachomatis.pdf.download.pdf/infections-sexuellement-transmissibles-a-chlamydia-trachomatis.pdf>
21. Bignell C, Unemo M, The European STI Guidelines Editorial Board, Radcliffe K, Jensen JS, Babayan K, et al. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS. févr 2013;24(2):85-92.

Résumé

Les infections sexuellement transmissibles sont un enjeu de santé publique avec une adaptation régulière des conduites à tenir notamment pour les médecins généralistes sur le front du dépistage. L'objectif est d'étudier l'attitude clinique, thérapeutique et le dépistage des infections sexuellement transmissibles en fonction des dernières recommandations de 2016.

3 focus groupes ont été réalisés entre juin et juillet 2018 auprès de 15 médecins généralistes haut-normands situés à Évreux, au Havre et à Rouen avec un guide d'entretien préparé en accord avec le CeGIDD de Rouen.

Les médecins généralistes ont, dans l'ensemble, une bonne connaissance de l'examen clinique des infections sexuellement transmissibles. Il y a une sous-estimation des populations à risque réduisant le nombre de dépistages réalisés. La prescription des examens complémentaires n'est pas à jour des nouvelles recommandations pour tous les praticiens. Les prélèvements bactériologiques ne sont pas réalisés de façon systématique chez les patients asymptomatiques. Les traitements reposent sur des outils informatisés actualisés régulièrement. Les médecins disposent au cabinet de peu de support d'informations mais ont les coordonnées du CeGIDD de leur secteur. Ces derniers trouvent leur formation plutôt insatisfaisante dans le domaine des infections sexuellement transmissibles, mais ceux ayant bénéficié d'une formation post-universitaire en gynécologie sont plus à l'aise dans ce domaine.

Ces travaux de thèse mettent en évidence une bonne attitude clinique des médecins généralistes. Toutefois, le manque d'information concernant les nouvelles recommandations limite l'organisation d'un dépistage optimal des infections sexuellement transmissibles qu'une information ciblée et davantage médiatisée pourraient améliorer.

Mots-clés : Infections sexuellement transmissibles ; dépistage ; médecine générale ; traitements ; informations ; recommandations Société Française de Dermatologie et Vénérologie