



HAL
open science

Dépistage des IST chez les patients âgés de 15 à 25 ans : pratiques des médecins généralistes à la Réunion

Laurie Bade

► **To cite this version:**

Laurie Bade. Dépistage des IST chez les patients âgés de 15 à 25 ans : pratiques des médecins généralistes à la Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03256656

HAL Id: dumas-03256656

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03256656>

Submitted on 10 Jun 2021

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.

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année 2021

N° : 2021LARE023M

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les
patients âgés de 15 à 25 ans : pratiques des médecins généralistes
à la Réunion.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 mai 2021 à 18h45
à La Réunion

Par Laurie BADE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Rapporteur :

Madame le docteur Véronique PERETTI

Assesseurs :

Madame le docteur Line RIQUEL

Monsieur le docteur Florian LEGRAND

Directeur de Thèse:

Monsieur le docteur Philippe GOMARD

SOMMAIRE

Abréviations	3
I. INTRODUCTION	4
1. Préambule	4
2. Epidémiologie	4
3. Signes cliniques par IST	11
4. Diagnostic positif des IST	17
5. Recommandations de dépistage	20
6. Réseaux de surveillance	26
7. Question de recherche	27
II. METHODE	28
III. RESULTAT	31
1. Description de la population	31
2. Pourcentage des prescriptions des dépistages	33
a. Par IST	33
b. Par médecin et par IST	34
c. Prescription des PCR	37
3. Résultats des bilans	37
4. Motifs de prescription	37
5. Signes cliniques	38
IV. DISCUSSION	40
1. Forces de l'étude	40
2. Faiblesses de l'étude	41
3. A propos des résultats	42
4. Perspectives	48
V. CONCLUSION	50
VI. ANNEXES	51
VII. BIBLIOGRAPHIE	53
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE	59
IX. RESUME	60

ABREVIATIONS

CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CATTE: Chlamydiae Testing Training in Europe

CT: Chlamydiae Trachomatis

DOM: départements d'Outre-Mer

ELISA: the enzyme-linked immunosorbent assay

FCS: fausse couche spontanée précoce

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IGH : infection génitale haute

IST : infection sexuellement transmissible

MAP : menace d'accouchement prématuré

MG: Mycoplasme Genitalium

MFIU: mort fœtale in utero

NG: Neisseria Gonorrhoeae

OR: odds ratio

PCR: polymerase chain reaction

PV : prélèvement vaginal

RésIST : réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles à la Réunion

RPM : rupture prématurée des membranes

SDF : sans domicile fixe

SFU : signes fonctionnels urinaires

Spp : species plurimae

TAAN : test d'amplification des acides nucléiques

TPHA: Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

TROD : tests rapides d'orientation diagnostique

VHB : virus de l'Hépatite B

VHC : virus de l'Hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION

1. Préambule

Les infections sexuellement transmissibles (IST) se transmettent lors des rapports sexuels non protégés. De nombreux agents pathogènes, virus ou bactéries, en sont responsables.

Lors de l'émergence du virus du SIDA dans les années 80 dans le monde, les campagnes de prévention ont permis une diminution franche de l'incidence des autres IST telles que la syphilis, la gonococcie ou encore le chlamydia. Mais, depuis le début des années 2000, on observe une ré-augmentation de ces chiffres de manière croissante. Cette cinétique constitue un enjeu majeur de santé publique de par leur caractère souvent asymptomatique qui facilite leur transmission et les complications qui en découlent.

2. Epidémiologie

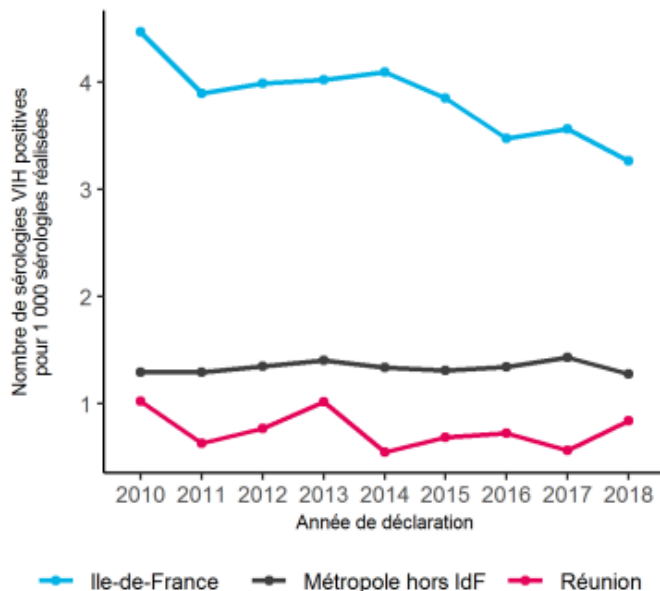
a. VIH

En France, 6155 nouveaux cas de séropositivité ont été découverts en 2018. Cette incidence est relativement stable depuis plusieurs années, mais la répartition des nouveaux cas de séropositivité est très variable sur l'ensemble du territoire français : il est prédominant en Ile de France ainsi que dans les DOM.

A la Réunion, l'épidémie à VIH est bien contrôlée, malgré le fait que la Réunion soit entourée d'îles où l'infection n'est pas maîtrisée (Madagascar, Mayotte...).

En 2018, le taux de sérologies positives était de 0,8 pour 1000 sérologies effectuées¹. Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans les autres DOM et en France métropolitaine.

Figure 1 : Evolution annuelle du nombre de sérologies VIH positives pour 1000 sérologies effectuées à la Réunion, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, entre 2010 et 2018.



Source : LaboVIH 2018, Santé publique France.

En 2018, les découvertes de sérologies positives à la Réunion, concernaient essentiellement les hommes (79,2% des cas), et l'âge médian était de 36 ans (contre 41 ans entre 2013 et 2017). Le mode de contamination était les rapports sexuels entre hommes pour 56,5% des cas.

La prévalence de séropositifs à la Réunion est stable depuis 2010.

Les co-infections à VHB et VHC étaient rares en 2018, alors que plus de 40% des découvertes de séropositivité VIH étaient associées à un diagnostic d'IST bactérienne (syphilis, NG, CT).

b. VHB et VHC

La France métropolitaine est une zone de faible endémicité pour les hépatites B et C². Le nombre de personnes ayant une infection chronique (persistance du virus dans le sang pendant plus de six mois), en population générale adulte métropolitaine, a été estimé à 192 700 pour le VHC en 2011 (0,42%), et 135 706 personnes pour le VHB en 2016 (0,3%)³.

Dans les départements et régions d’Outre-Mer, à l’exception de la Réunion, la prévalence de l’hépatite B chronique serait plus élevée qu’en France métropolitaine (de 1.4 à 5% selon les populations et les études). Pour l’hépatite C, les données disponibles ne permettent pas de conclure sur la prévalence réelle.

A la Réunion, le nombre de recherche d’Ac anti-VHC positives était de 21/100 000 habitants en 2013⁴, alors qu’il était de 50/100 000 en France métropolitaine. Pour le VHB, le nombre de dépistage d’Ag Anti HbS positif était de 49 pour 100 000 habitants à la Réunion⁴, et de 48 pour 100 000 en France métropolitaine.

En 2016, les personnes confirmées positives au VHB pour la première fois, étaient majoritairement des hommes (54%) et la classe d’âge la plus représentées chez les femmes comme chez les hommes était celle des 30-39 ans⁵.

c. Syphilis

Depuis les années 2000, on observe une augmentation de l’incidence de l’infection à syphilis.

En France, 1762 nouveaux cas de syphilis ont été recensés en 2018, sur l’ensemble du territoire français via le réseau de surveillance RésIST. Cette incidence reste relativement stable depuis 2016 chez les hommes hétérosexuels et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes (HSH). A l’inverse, il continue d’augmenter chez les femmes hétérosexuelles, et plus particulièrement dans les DOM.

L’âge médian au moment du diagnostic était de 34 ans chez les hommes et de 25 ans chez les femmes.

A la Réunion, 103 cas de syphilis récentes ont été recensés en 2018 (données issues uniquement de deux sites sur trois participant au réseau RésIST). Un peu plus de la moitié de ces cas en 2018 concernait les hommes homo ou bi sexuels, alors qu’un quart des cas concernait les femmes hétérosexuelles dont l’âge médian était de 22 ans. Ces dernières ne représentent que 3,6% des cas en métropole, hors île de France¹.

En lien avec cette augmentation des cas chez la jeune femme en âge de procréer, le nombre de cas de syphilis congénitale a également augmenté, même si cela reste faible en terme d’effectif. Entre 2012 et 2018, 25 cas de syphilis congénitales ont été rapportés en France, dont un tiers

des cas est survenu dans un DOM⁶. Entre 2014 et 2018, 51 cas ont été décrits sur les deux sites du CHU nord et sud de la Réunion : 24 (47%) d'entre eux étaient des syphilis latentes découvertes au 1^{er} trimestre de la grossesse, et 17 (33%) ont été découverts au 2^e et 3^e trimestre⁶.

Dans les régions où la prévalence est forte, notamment à la Réunion, il est actuellement recommandé de renouveler le dépistage de syphilis au cours de la grossesse, avant la 28^e semaine d'aménorrhée⁷.

d. Chlamydiae Trachomatis

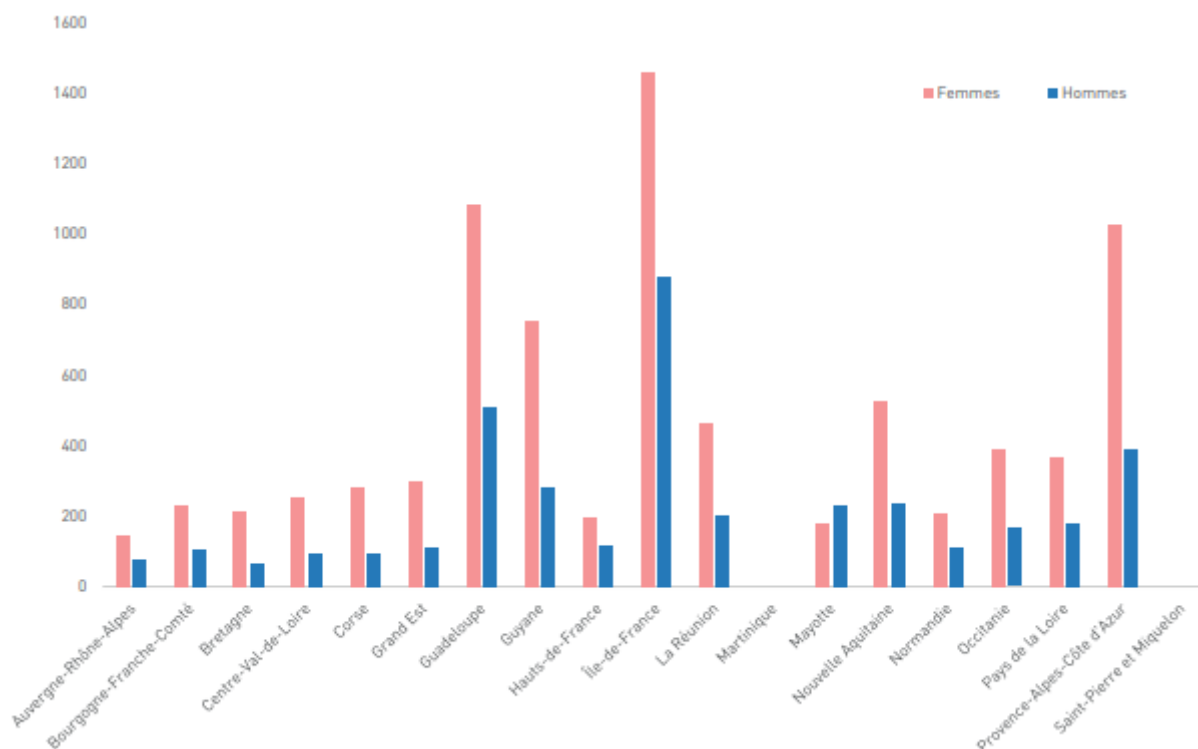
En France, l'incidence de l'infection à CT était de 144 pour 100 000 habitants en 2012⁸.

En 2017, le nombre de nouveaux cas était de 491/100 000 habitants, soit 3,4 fois plus qu'en 2012. La majorité des cas était retrouvée chez les femmes avec un taux de 592/100 000 habitants, contre 380/100 000 habitants chez les hommes.

Parmi les femmes, celles les plus touchées étaient celles âgées entre 15 et 24 ans.

Les régions où le taux était le plus élevé sont la région Ile de France, ainsi que les DOM-TOM.

Figure 2 : taux standardisés (pour 100 000 habitants) de diagnostics d'infections à CT selon la région et le sexe. Source : LaboIST 2016



A la Réunion, des données de prévalence de l'infection à CT en population générale n'existent pas. En 2015, une étude menée dans deux centres de dépistages hospitaliers de l'île, a permis d'estimer la prévalence de l'infection à CT à 6.6%⁹, mais uniquement chez les femmes. Une autre étude transversale menée en 2018 a estimé une prévalence de 8.6% parmi les patients ayant consulté dans les quatre centres de dépistages de l'île¹⁰.

e. *Neisseria Gonorrhoea*

En France, l'incidence de l'infection à NG était de 91/100 000 habitants en 2016⁸, soit 3,3 fois plus qu'en 2012 (28/100 000 habitants). Les cas positifs étaient prédominants chez les hommes, sauf dans les régions ultramarines où les femmes étaient les plus touchées. Les DOM-TOM présentaient une incidence supérieure à celle de la métropole.

Figure 3 : taux standardisés (pour 100 000 habitants) de diagnostics d'infection à NG par région. *Source : LaboIST 2016*

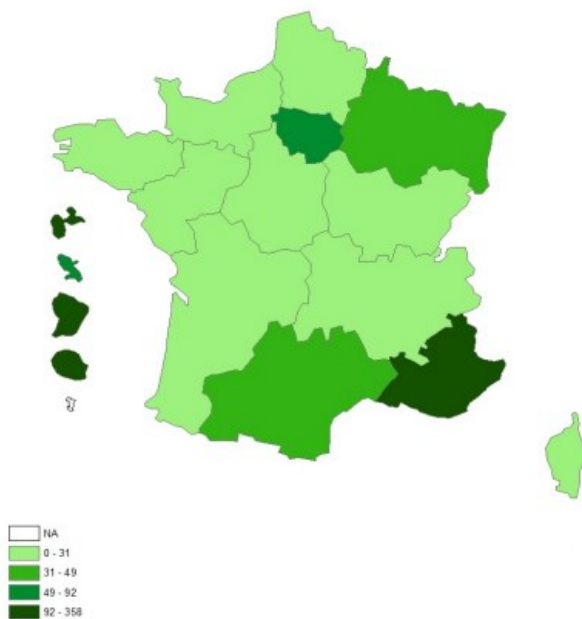
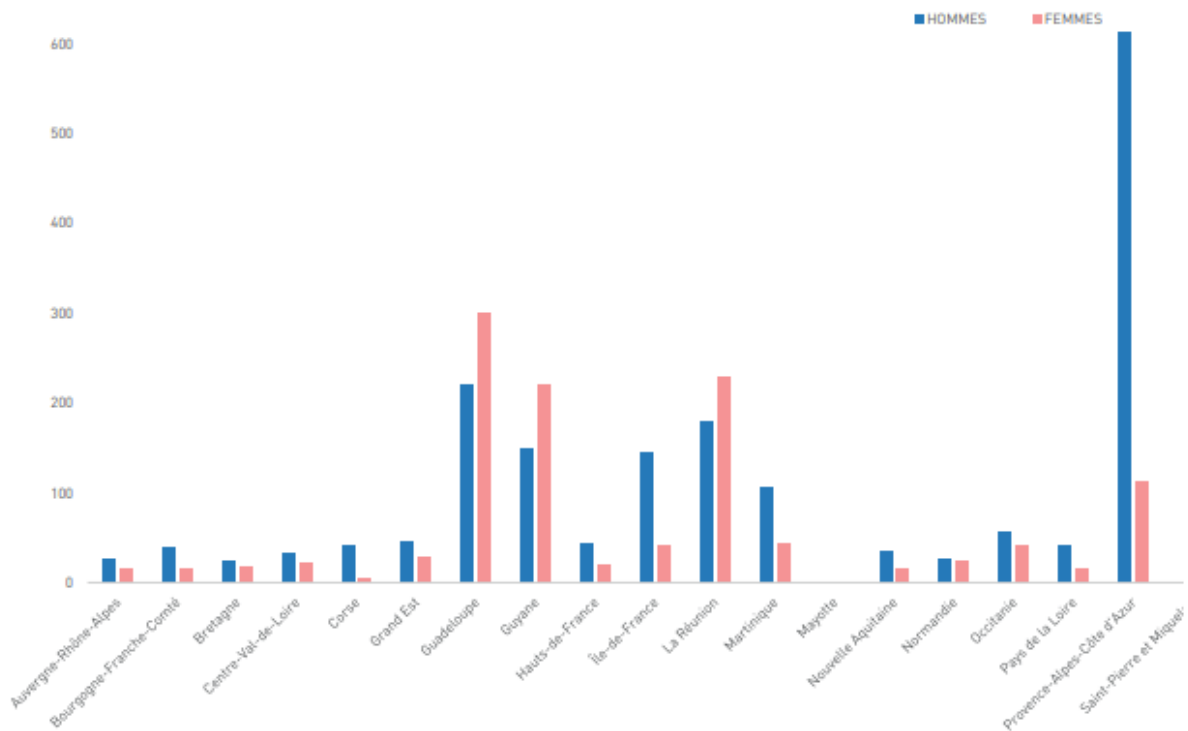


Figure 4 : taux standardisés (pour 100 000 habitants) de diagnostics d'infections à NG selon la région et le sexe. Source : Labo IST 2016.



A la Réunion, 64 cas de gonococcies ont été retrouvés en 2018¹. Mais cette donnée n'est basée que sur deux centres participant au réseau de surveillance RésIST, ce qui laisse supposer une sous-estimation de l'incidence réelle.

Selon le réseau RésIST, le nombre d'infection à NG augmente globalement depuis 2014 à la Réunion, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, et notamment chez les femmes hétérosexuelles. Cette augmentation observée dans la population hétérosexuelle est concentrée dans les DOM, alors qu'en France métropolitaine, elle est particulièrement marquée dans la population HSH (+84% chez les HSH, contre +29% chez les hétérosexuels).

A noter que la proportion de formes symptomatiques des infections à NG a diminué au cours du temps (79% en 2013 vs 48% en 2018).

f. Mycoplasme Genitalium

Peu d'études à grande échelle permettent à ce jour d'estimer de façon précise la prévalence de l'infection à MG. Une méta analyse estime la prévalence entre 1 et 3% dans la population générale, mais cette estimation peut monter jusqu'à 38% dans les populations à risque d'IST¹¹.

3. Signes cliniques par IST

a. VIH : virus de l'immunodéficience humaine

La transmission se fait par voie sexuelle, par voie materno-fœtale, par le sang et ses dérivés.

Primo-infection :

Quinze jours après un premier contact avec le VIH, la phase de primo infection apparait. Les signes cliniques correspondent le plus souvent à un syndrome grippal :

- Fièvre, arthromyalgies, exanthème fugace
- Adénopathies
- Syndrome mononucléosique

Ces symptômes disparaissent spontanément en quelques jours ou semaines.

Phase chronique asymptomatique :

Après cette première phase, la phase chronique qui est asymptomatique peut durer plusieurs années ; phase pendant laquelle le patient est vecteur.

Puis des symptômes apparaissent, témoignant d'un affaiblissement du système immunitaire :

- Manifestations cutanées (condylomes, candidose, dermatite séborrhéique ...)
- Ulcérations buccales et génitales
- Manifestations générales : altération de l'état général, sueurs nocturnes, fièvre modérée persistante ...
- Diarrhées chroniques

Stade SIDA :

En l'absence de traitement, les infections ou les maladies opportunistes invasives apparaissent, dû à un système immunitaire déficient : Candidose invasives, sarcome de Kaposi, pneumocystose, lymphome ...

Grossesse :

La transmission au nouveau-né se fait par voie foeto-placentaire, péri-natale, et également lors de l'allaitement.

Des risques obstétricaux sont décrits: rupture prématuré des membranes (RPM), prématurité, chorioamniotite ...

b. VHB : virus de l'hépatite B

La transmission se fait par voie sexuelle, par voie périnatale, par le sang et ses dérivés.

Le plus souvent, l'infection par le VHB est asymptomatique. Mais elle peut se présenter par une hépatite aigue dans un premier temps, dont la période d'incubation varie entre 1 à 6 mois. Les manifestations peuvent être :

- Asymptomatique
- Syndrome pseudo grippal
- Ictère

Dans 1% des cas, l'hépatite aigue est fulminante avec un risque vital.

Dans 90% des cas, l'hépatite B aigue évolue vers la guérison.

Dans 2 à 10% des cas, elle évolue vers une hépatite B chronique dont il existe plusieurs profils :

- Hépatite B chronique asymptomatique et inactive
- Hépatite B chronique active, avec évolution vers la cirrhose et ses complications.

Grossesse :

La transmission est périnatale, exceptionnellement transplacentaire.

Il existe un risque d'hépatite néonatale ou de portage chronique pour l'enfant.

Concernant les risques obstétricaux, il y a un risque de fausse couche spontanée précoce (FCS) au 1^{er} trimestre, de menace d'accouchement prématuré (MAP), et/ou de mort fœtale in utero (MFIU).

c. VHC : virus de l'hépatite C

La transmission est essentiellement parentérale, materno-fœtale, périnatale, et exceptionnellement sexuelle.

L'incubation varie de 2 à 6 mois.

80 à 90% des cas sont asymptomatiques, 10 à 20% des cas vont présenter une hépatite aigue.

Chez 70% des patients infectés, l'évolution se fait vers une hépatite C chronique, la cirrhose et ses complications.

Grossesse :

La transmission est périnatale avec le risque d'infection chronique de l'enfant.

d. Syphilis

L'Agent responsable est la bactérie *Treponema Pallidum*.

La transmission est sexuelle et maternofoetale.

La maladie est non immunisante ; l'incubation dure 3 semaines.

Syphilis primaire :

Ce stade est caractérisé par un chancre génital ou pharyngé : ulcération superficielle indolore, circonscrite, à fond propre, avec présence d'une adénopathie satellite.

Cette lésion disparaît spontanément en quelques semaines ou mois.

Syphilis secondaire :

Elle apparaît en moyenne 6 semaines après le chancre.

- Roséole syphilitique : manifestations cutanées précoces. Macules roses pâles non prurigineuses prédominant au niveau du tronc et de la racine des membres. Disparition en quelques jours ou dans le mois.
- Syphilides : manifestations cutanées tardives. Papules cuivrées plus ou moins squameuses, prédominant au niveau du tronc, du visage, des paumes des mains et des plantes des pieds. Elles peuvent être contagieuses surtout si elles sont ulcérées.

Syphilis tertiaire :

Elle peut apparaître jusqu'à plusieurs dizaines d'années plus tard¹².

Gommes syphilitiques : indurations indolentes de quelques centimètres de diamètre dont le siège est variable et irréversible : sous cutané, osseux, viscéral. Elles peuvent siéger au niveau du SNC, on parle alors de neurosyphilis avec une atteinte cérébrale, oculaire, auditive...

Grossesse :

La transmission est transplacentaire à partir du 4^e mois avec risque de MFIU, de fausse couche tardive, d'accouchement prématuré, de syphilis congénitale avec lésions cutané-muqueuses, osseuses, polyviscérales...

e. Neisseria Gonorrhoeae

L'agent responsable est la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*, diplocoque à gram négatif.

L'incubation est de 2 à 7 jours.

Chez l'homme :

La symptomatologie, sous forme d'urétrite aiguë, est plus bruyante que chez la femme. En l'absence de traitement, cela peut évoluer vers une infection haute¹³ : prostatite, orchio-épididymite.

Chez la femme :

L'infection est majoritairement asymptomatique, mais elle peut être responsable de cervicite ou d'urétrite. En l'absence de traitement, l'évolution peut se faire vers : endométrite, salpingite, algie pelvienne chronique, stérilité tubaire avec risque de grossesse extra-utérine

Chez les deux sexes, une forme disséminée avec des atteintes extra génitales peut se voir : atteinte articulaire, conjonctivite, kératite. Une anorectite¹⁴ peut également être observée.

Grossesse :

Les risques sont la RPM, l'accouchement prématuré, le retard de développement intra utérin, l'endométrite du post partum.

La transmission au nouveau-né se fait lors du passage dans la filière génitale avec risque d'une conjonctivite bactérienne voire une ophtalmie purulente et bilatérale dont le risque est la cécité.

f. Chlamydiae Trachomatis

C'est une bactérie intracellulaire dont il existe plusieurs sérotypes.

Chez l'homme :

L'infection est souvent asymptomatique, mais elle peut être responsable d'une urétrite souvent moins bruyante que l'urétrite à gonocoque. La complication principale est l'orchi-épididymite.

Chez la femme :

L'infection est majoritairement asymptomatique.

Elle peut néanmoins se présenter sous forme de cervicite, d'urétrite, d'endométrite, d'une atteinte inflammatoire pelvienne, d'une salpingite aigue ou chronique avec risque de stérilité tubaire. Une péri hépatite peut être observée lors du syndrome de Fitz-Hugh-Curtis, témoignant d'une infection à partir de la région utéro-tubaire.

Dans les deux sexes :

- Conjonctivite isolée ou entrant dans le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (conjonctivite+ polyarthrite + urétrite)

- Lymphogranulomatose vénérienne de Nicolas Favre : chancre génital indolore ou rectite, puis adénite satellite parfois suppurée.
- Trachome¹⁵ : maladie endémique touchant l’Afrique subsaharienne et l’Asie. Il s’agit d’une kératoconjonctivite chronique, contagieuse pouvant évoluer vers la cécité.

Grossesse :

Les complications obstétricales sont identiques à celles du NG (RPM, accouchement prématuré, retard de croissance, endométrite du post partum).

CT est responsable d’infections néonatales lors du passage du nouveau-né dans la filière génitale : conjonctivites, pneumopathies chez le nouveau-né.

g. Mycoplasme genitalium

C’est une bactérie intracellulaire émergente transmise par les relations sexuelles. L’infection à MG est souvent asymptomatique, et sa pathogénicité reste encore à ce jour discutée.

MG a été isolé pour la première fois en 1980 chez des patients qui ont présenté une urétrite non gonococcique.

Il est retrouvé dans le tractus génital et urinaire, et à moindre mesure au niveau du tractus oropharyngé. Il serait le 2^e agent responsable d’urétrite non gonococcique chez l’homme, après le CT.

Chez la femme, il est responsable de cervicites ou d’infections génitales hautes (IGH) : une méta-analyse a montré une augmentation significative du risque de cervicite chez les porteuses du MG (odds ratio à 1,6).

Les infections génitales hautes aiguës sont imputables au CT et au NG dans un tiers des cas. Dans 70% des cas, aucun agent pathogène spécifique n’est retrouvé. Mais chez les femmes présentant des signes cliniques d’IGH, MG serait retrouvé dans 13% des cas.

Son implication dans les accouchements prématurés ou les fausses couches est suspectée, mais reste encore à démontrer. Une méta analyse de 2015 a mis en évidence un sur-risque significatif d’accouchement prématuré (OR 1.89) et de fausse couche (OR 1.82) en présence du MG¹⁶.

Une atteinte des cellules ciliées tubaires a été retrouvée chez les patientes porteuses de MG (moins importante que celle provoquée par CT), pouvant faire suspecter un rôle du MG dans l'infertilité tubaire.

En conclusion, la plupart des IST sont souvent asymptomatiques, mais les conséquences sur la santé peuvent être dramatiques. La contraction d'une IST au cours d'une grossesse peut avoir une issue tragique, aussi bien pour la mère que pour l'enfant à naître. Les IST ne doivent donc pas être banalisées, ni par les patients, ni par les médecins.

4. Diagnostic positif des IST

a. VIH

Le diagnostic positif se fait sur les sérologies Anti-VIH 1 et Anti-VIH 2 ainsi que sur la détection de l'antigène p24. Les anticorps anti-VIH sont détectables environ 20 jours après la contamination, contrairement à l'Ag P24 qui est détectable dès le 15^e jour pendant la phase de primo infection. La détection précoce de l'Ag p24 permet la mise en place d'un traitement anti rétro viral le plus tôt possible¹⁷.

En cas de résultats négatifs, il est recommandé de réitérer le dépistage 6 semaines après.

Les TROD tests (Tests rapides d'orientation diagnostique) permettent de détecter la présence des AC anti-VIH 1 et 2 à partir du sang capillaire, avec une réponse en quelques minutes. Ils sont moins sensibles que la méthode ELISA mais ont leur place dans la stratégie de dépistage de la population¹⁸. Un résultat négatif ne peut cependant être interprété en cas de prise de risque datant de moins de trois mois.

b. VHB

3 marqueurs sont dosés pour le dépistage du VHB pour déterminer le profil sérologique du virus :

L'antigène antiHbS : témoigne d'une infection en cours, aiguë ou chronique.

L'anticorps antiHBS : témoigne d'une infection guérie ou d'une vaccination.

L'anticorps antiHbC : témoigne d'un contact avec le VHB.

La sérologie peut être négative jusqu'à 3 mois après la prise de risque.

c. VHC

Le diagnostic biologique se fait sur la détection des anticorps anti-VHC qui apparaissent généralement deux mois après le contact.

d. Syphilis

Le diagnostic se fait sur sérologie par un test spécifique du tréponème (TPHA) et un test non spécifique du tréponème (VDRL). Une sérologie négative n'élimine pas le diagnostic de Syphilis, car les sérologies se positivent 8 à 10 jours après le début du chancre.

TPHA se positive entre le 8^e et le 10^e jour après l'apparition du chancre, mais il varie d'un examen à l'autre pour le même patient. En cas de TPHA positif, le VDRL est dosé : il se positive entre le 8^e et 10^e jour également et son taux progresse jusqu'à un maximum en cas de syphilis secondaire. Son dosage est un bon marqueur pour le contrôle de l'efficacité du traitement.

e. NG, CT et MG

La méthode diagnostique se fait par PCR (TAAN en français : test d'amplification des acides nucléiques).

La culture avec antibiogramme est utile en cas de résistance.

Le prélèvement se fait sur premier jet urinaire chez l'homme et sur prélèvement vaginal (ou auto prélèvement vaginal) chez la femme. Si celui-ci ne peut se faire sur prélèvement vaginal (par exemple lors des menstruations) il peut être réalisé sur premier jet urinaire. Selon les pratiques sexuelles du patient, ces bactéries peuvent être recherchées également sur un prélèvement rectal et/ou oropharyngé.

Pour la détection du CT, la méthode par amplification génique est la méthode de référence¹⁹. Les sérologies n'ont pas leur place dans le diagnostic car mêmes négatives elles n'excluent pas une infection génitale basse. Elles restent utiles dans quelques cas particuliers (bilan d'infertilité, l'impossibilité de réaliser un prélèvement direct, ou chez le nourrisson en cas de suspicion de pneumopathie atypiques à CT).

Le prélèvement vaginal a une meilleure sensibilité pour poser le diagnostic d'infection à NG, CT ou à MG, que le prélèvement endocervical ou sur le premier jet urinaire. Ces derniers pourraient manquer jusqu'à 10% des infections chez la femme²⁰.

L'auto prélèvement vaginal est de même préférable que le prélèvement vaginal réalisé par le praticien, notamment lorsque l'examen pelvien n'est pas nécessaire. Celui-ci étant facile à mettre en œuvre et accepté par la population, il pourrait augmenter le recours au dépistage²¹.

Les TAAN sont peu invasifs (urines et auto prélèvement), et donc plus facilement acceptés par la population. Ils sont plus sensibles et spécifiques que la culture. Les résultats sont obtenus rapidement. Ils ont également l'avantage d'être multiplex et permettent donc le dépistage de ces 3 germes sur un même prélèvement.

f. Remboursement

Le dépistage peut être anonyme et gratuit dans les Cegidd ainsi qu'en PMI.

Dans les laboratoires, pour la recherche du VIH et du VHC, il existe une prise en charge à 100% par la CPAM sur prescription médicale.

Pour la recherche du VHB, de la Syphilis, du NG, du CT et du MG, les prélèvements sont remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 60%. Le reste est pris en charge par les complémentaires.

En 2018, concernant les PCR, un seul site de prélèvement pouvait être facturé et donc remboursé. Pour adapter le dépistage aux pratiques sexuelles des patients, l'HAS préconisait d'élargir le remboursement à plusieurs sites de prélèvement²². Actuellement, si plusieurs sites de prélèvement sont prescrits, ils sont facturés sur différentes dates afin de faciliter le tiers payant.

5. RECOMMANDATIONS DE DEPISTAGE

a. VIH : recommandations HAS de 2017²³

Dans la population générale : au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans.

Dans la population cible :

- Tous les 3 mois chez les HSH ;
- Tous les ans chez les utilisateurs de drogues en intraveineux ;
- Tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Un test de dépistage de l'infection à VIH doit par ailleurs être systématiquement proposé dans différentes circonstances : diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, diagnostic de tuberculose, grossesse ou projet de grossesse, viol, prescription d'une contraception ou IVG, incarcération.

Globalement, le dépistage isolé du VIH ne peut être considéré comme une démarche suffisante en terme de prévention, et doit faire partie d'une approche préventive globale, incluant l'ensemble des IST.

b. VHC

Les recommandations de dépistage du VHC datent de 2001. Elles préconisent un dépistage ciblé sur les personnes ayant un ou plusieurs facteurs de risque²⁴ :

- Personnes ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992 ;
- Personnes ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse ;
- Personnes ayant eu une exposition à des actes de soins invasifs avant 1997 ;
- Personnes hémodialysées ;
- Enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
- Personnes découvertes séropositives pour le VIH ;
- Partenaires sexuels et membres de l'entourage familial de sujets atteints d'hépatite C ;
- Personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral ;
- Personnes originaires de ou ayant reçu des soins dans des pays de forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud) ;

- Personnes ayant eu des tatouages, piercing, mésothérapie ou acupuncture, sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel ;
- Personnes chez lesquelles sont trouvées des valeurs élevées d'ALAT sans cause connue.

c. VHB

Dépistage obligatoire de l'antigène HbS chez le femme enceinte (depuis 2016) et les donneurs du sang.

Stratégie de dépistage centrée sur les personnes considérées comme exposées au risque de contact avec le VHB²⁴:

- Personnes nées ou ayant résidé dans les régions de forte (Afrique subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (DROM-COM, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) ;
- L'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB ;
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale ;
- Les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives ;
- Les voyageurs et les personnes amenés à résider dans un pays de forte ou moyenne endémicité ;
- Les adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- Les personnes séropositives pour le VIH ou le VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible (IST) en cours ou récente ;
- Les personnes ayant un tatouage ou un piercing ;
- Les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral ;
- Les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents ;
- Les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.

Pour améliorer le dépistage des hépatites B et C en France, l'HAS propose un dépistage nommé « dépistage universel et combiné » qui consiste en un dépistage combiné du VHB, VHC et VIH, au moins une fois au cours de la vie pour l'ensemble des adultes²⁵.

d. Chlamydiae Trachomatis

*Recommandations HAS 2018*²²

Dépistage systématique chez les femmes âgées de 15 à 25 ans sexuellement actives, y compris les femmes enceintes. En cas de résultats négatifs et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire, le dépistage est répété chaque année. Si le test est positif, un traitement est défini et le dépistage est répété à 3 à 6 mois.

Un dépistage opportuniste ciblé doit être proposé aux populations suivantes :

- Les hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge ;
- Les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans, présentant des facteurs de risque ;
- Les femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Les facteurs de risque évoqués sont :

- Le multi partenariat (au moins deux partenaires dans l'année) ;
- Changement de partenaire récent ;
- Individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, MG, Syphilis, VIH) ;
- Antécédents d'IST ;
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- Personne en situation de prostitution ;
- Après un viol.

e. Neisseria Gonorrhoeae

*Recommandations HAS 2010*⁴.

Il existe des recommandations en Europe, au Royaume Uni, au Canada et aux Etats unis, qui préconisent un dépistage ciblé et non pas un dépistage en population générale. La définition des populations cibles ou à risque sont variables selon les pays, mais il existe un consensus pour les populations suivantes :

- Jeunes adultes dépistés pour une IST lors d'un recours aux soins ;
- Partenaires sexuels des cas de gonococcies ou autres IST diagnostiqués ;
- Nouveaux ou multiples partenaires ;
- HSH ayant des rapports sexuels non protégés ;

- Femmes enceintes avec facteurs de risque ou vivant dans des zones à forte prévalence d'IST ;
- Personnes atteintes du VIH.

D'autres populations sont retenues selon les pays :

- Femmes sexuellement actives de moins de 25 ans ayant des comportements sexuels à risque, y compris les femmes enceintes ;
- Travailleurs du sexe, toxicomanes, personnes incarcérées, jeunes SDF, personnes ayant eu des relations sexuelles avec un partenaire originaire d'un pays où les IST et le VIH sont endémiques.

f. Syphilis

Le dépistage de la *syphilis acquise* (recommandations de 2007, réactualisée 2017) concerne les sujets à risque²⁶ :

- Hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise ;
- Travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés ;
- Personnes ayant des rapports non protégés avec des travailleurs du sexe ;
- Personnes ayant des antécédents ou une infection active à type de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne ou d'infection par le VIH ;
- Personnes ayant des rapports non protégés avec plusieurs partenaires par an ;
- Migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) ;
- Personnes incarcérées ;
- Victimes de viols.

Le rythme de répétition du dépistage est adapté selon les situations à risque. Il va du dépistage unique en cas de prise de risque ponctuelle, au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prise de risque récurrente.

Le dépistage de la *syphilis congénitale* concerne toutes les femmes enceintes et doit être renforcé chez les femmes à risque :

- Dépister toutes les femmes enceintes lors du 1^{er} examen prénatal ;
- Renouveler le dépistage au 3^{ème} trimestre si la femme ou son conjoint ont eu des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le 1^{er} dépistage ;

- Dépister autour de l'accouchement si cela n'a pas été fait avant ;
- Vérifier la présence d'une sérologie syphilitique dans le dossier obstétrical avant le départ de la maternité ;
- Dépister les femmes ayant des antécédents de fausse-couche spontanée ou d'enfant mort-né.

A la Réunion, un dépistage à 28 SA est maintenant recommandé.

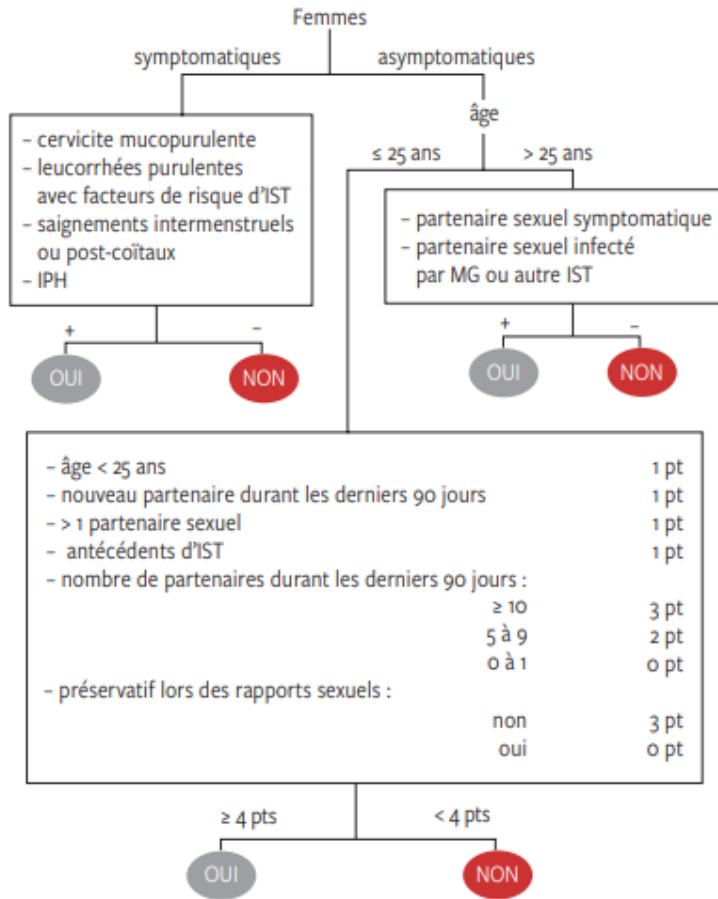
g. Mycoplasme Genitalium

MG acquiert de plus en plus de résistances aux traitements instaurés en première intention²⁷. Le traitement des cas asymptomatiques est donc actuellement très discuté.

Les directives Européennes recommandent un dépistage ciblé : recherche du MG d'emblée chez les patients symptomatiques et, uniquement en présence de certains critères chez les patients asymptomatiques.

En raison de l'incidence élevée chez les femmes de moins de 25 ans à haut risque d'IST, un score établi en 2018 suggère un dépistage systématique, même en l'absence de symptômes (si ce score est supérieur ou égal à 4)²⁸.

Figure 5 : Indication au dépistage du MG parmi les femmes, selon les recommandations Européennes. Source : médicale suisse 2018²⁸.



(Adaptée des guidelines européennes de 2016 et du score proposé par J. Ronda.^{3,23,24}).

6. Réseaux de surveillance

Depuis 2000, les IST bactériennes ne sont plus des maladies à déclarations obligatoires, contrairement à l'infection par le VIH, et l'infection aiguë symptomatique à l'hépatite B.

En France, la surveillance épidémiologique des IST bactériennes repose sur des réseaux volontaires de cliniciens (*résIST*) et de laboratoires (*Renago*, *Renachla*, et *réseau LGV* : réseau lymphogranulomatose vénérienne)²⁹.

RésIST permet la surveillance des syphilis et des gonococcies ; *RénaChla* et *Rénago* permettent respectivement la surveillance des infections à CT et à NG. *Le réseau LGV*, coordonné par un centre national de référence des infections à Chlamydiae, permet la surveillance des lymphogranulomatoses vénériennes rectales à CT, et les infections rectales à chlamydiae non lymphogranulomatoses.

A la Réunion :

Les réseaux de laboratoires dédiés aux infections à chlamydiae et gonocoque n'ont pas été mis en place⁹.

La surveillance des IST repose donc sur le réseau *résIST* qui regroupe quelques praticiens hospitaliers et libéraux, mais surtout des cliniciens exerçant dans les centres de dépistages anonymes et gratuits (les CeGIDD).

Une étude publiée en 2015 permet une évaluation du réseau *résIST* à la Réunion et compare ses données à celles retrouvées dans les laboratoires hospitaliers publics.

Celle-ci démontre que le nombre de participants au réseau a été variable au cours des années et les données recueillies ne permettaient pas d'établir une tendance particulière pour les infections à NG et à syphilis.

Entre 2007 et 2013, 142 cas de syphilis ont été déclarés au réseau *résIST*³⁰ et la plupart des cas ont été déclarés par les centres de dépistages ou par les consultations hospitalières spécialisées (93.7%). Peu de cas ont été déclarés par la médecine de ville.

Dans les laboratoires hospitaliers, 245 sérologies positives avaient été retrouvées : 53% des prescripteurs étaient les services dédiés à la prise en charge des IST (maladies infectieuses, ciddist, dermatologie), 39% d'entre eux étaient les services de gynéco-obstétriques, alors que seulement 10% étaient demandés par la médecine générale.

Entre 2010 et 2013, 19 cas d'infection à NG avaient été déclarés au réseau dont aucun cas ne l'a été par la médecine de ville. Pourtant, dans les laboratoires hospitaliers, 82 cas ont été recensés dont plus de la moitié provenaient de la médecine de ville ou des laboratoires de ville. Ces données concernent essentiellement les patients consultants dans les Ceggid ou à l'hôpital, elle ne se sont donc pas représentatives de la population générale. Pourtant, la plupart des IST sont des pathologies essentiellement rencontrées en médecine générale. Un recueil plus exhaustif des diagnostics biologiques dans les laboratoires de ville permettrait de préciser la situation en population générale.

Les bulletins de veille sanitaires étudiant les prévalences des IST se basent également sur les données de remboursement de l'assurance maladie et permettent de connaître l'activité de dépistage dans les laboratoires privés (laboratoires de villes et établissements de soins privés). Ils ne permettent donc pas de connaître l'activité réelle de dépistage uniquement chez les médecins généralistes. De plus, cela ne permet pas de déterminer les circonstances de diagnostic d'une IST (dépistage opportuniste ou ciblé, exposition au risque, manifestations cliniques ...).

7. Question de recherche

La recrudescence des IST, notamment bactériennes, en France et surtout sur notre île, représente un enjeu de santé publique majeur. Les récentes études d'épidémiologie démontrent que ces IST touchent de plus en plus les jeunes femmes hétérosexuelles, surtout à la Réunion. De nouvelles recommandations de dépistage ont vu le jour ciblant une population jeune chez qui les IST sont prédominantes. Pour autant, ni l'activité, ni les stratégies de dépistage des IST par les médecins généralistes ne sont connues.

Ainsi, il semble nécessaire de connaître la proportion de dépistage chez les patients jeunes en médecine libérale tout comme les modalités pratiques.

La question de recherche de cette étude est : Dépistage des IST chez les patients âgés de 15 à 25 ans : pratiques des médecins généralistes à la Réunion.

II. METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et transversale qui permet d'étudier les pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage des infections sexuellement transmissibles, de façon rétrospective.

2. Objectif principal

L'objectif est de déterminer la proportion de prescription de dépistage des IST chez les jeunes, par les médecins généralistes installés en libéral.

3. Objectif secondaire

Déterminer les critères ayant motivé la prescription d'un bilan de dépistage des IST par les médecins généralistes.

4. Sélection de la population

Trois cabinets de médecins généralistes ont été choisis : un à Saint-Louis, un à Saint-Pierre et un à Saint-Paul. Trois médecins différents étaient installés au sein du cabinet à Saint-Louis, deux étaient installés à Saint-Paul, et un seul à Saint-Pierre. Ces cabinets ont été choisis car, pour certains, les médecins se sont proposés eux-mêmes de participer à l'étude. Pour d'autres, ils possédaient une salle disponible pour l'étude et un logiciel présentant des facilités d'extraction des données (Axi santé 5 et Médi 4000).

L'échantillonnage a été effectué par extraction de données sur les logiciels informatiques des médecins, en faisant une sélection selon certains critères : ont été sélectionnés les patients âgés de 15 à 25 ans entre octobre 2018 et octobre 2019 qui, quel que soit le sexe, ont consulté dans un de ces trois cabinets sur cette même période. Cela a permis d'extraire 1038 patients quel que soit le motif de consultation initial.

Tous ces patients ont été inclus dans l'étude, sans critère d'exclusion.

5. Données recueillies

Plusieurs variables ont été recueillies et enregistrées au sein d'un tableur Excel.

Pour l'élaboration du recueil de données, j'ai sollicité l'équipe de soutien méthodologique du CHU Nord Félix Guyon. La rencontre avec l'interne de santé publique et sa responsable a permis d'apporter conseils et indications, notamment via un « guide de bonne pratique pour la création d'une base de données élémentaire ».

Le recueil de données a été réalisé de janvier à mai 2020, par un seul intervenant (moi-même), ce qui permet un recueil uniforme.

Les données des patients qui ont été recueillies sont l'âge, le sexe, les antécédents d'IST, le lieu du cabinet, si le médecin consulté était le médecin traitant ou non.

Concernant les pratiques des médecins, les données recueillies ont été : la prescription d'un bilan biologique ou non, et la prescription d'un bilan de dépistage des IST ou non.

Les données biologiques étaient la prescription des sérologies VIH, VHB, VHC et Syphilis ; la prescription des PCR CT, NG, MG et Mycoplasmes spp.

Le mode de prélèvement des PCR a été recueilli : sur prélèvement vaginal, auto-prélèvement vaginal ou sur premier jet urinaire.

Les données cliniques recueillies ont été le motif de consultation initial, le motif de prescription du bilan IST, la présence des signes cliniques évocateurs d'IST. Ces variables ont été définies préalablement :

- Motifs de consultations :
 - Demande de bilan de santé par le patient
 - Consultation en rapport avec une contraception
 - Consultation en rapport avec le diagnostic ou le suivi d'une grossesse
 - Consultation pour présence de signes cliniques évocateurs d'IST ou signes urogénitaux
 - Autres

- Motifs de prescription d'un bilan IST
 - A la demande du patient
 - A l'initiative du médecin

- En rapport avec une contraception
- En rapport avec une grossesse
- Présence de signes cliniques évocateurs d'IST
- Suivi d'une IST
- Autres
- Signes cliniques d'IST :
 - Leucorrhées
 - Douleurs pelviennes
 - Métrorragies
 - Signes fonctionnels urinaires
 - Eruption cutanée
 - Signes cliniques multiples (regroupant plusieurs des signes décrits ci-dessus)
 - Autres (dyspareunies, prurit, irritation, pesanteur, douleurs abdominales)

Les résultats des bilans prescrits ont été recueillis selon deux modalités : positif ou négatif. Les résultats des sérologies VHB ont été définis en trois modalités : négatif, présence de l'antigène antiHbS et présence d'une immunité.

Toutes ces variables ont ensuite été lues et analysées. Les calculs des pourcentages ont été réalisés sur le logiciel Excel. La réalisation des tableaux et des figures a été faite via le logiciel Prism de Graph Pad.

III. RÉSULTATS

1. Description de la population

Entre octobre 2018 et octobre 2019, 1038 patients âgés de 15 à 25 ans ont consulté un des médecins généralistes exerçant dans l'un des trois cabinets situés à Saint-Louis, Saint-Pierre et Saint-Paul. Six médecins généralistes installés ont participé à cette étude : trois à Saint-Louis, deux à Saint-Paul et un à Saint-Pierre. Parmi ces cabinets, deux d'entre eux recevaient des internes.

L'âge médian des patients était de 21 ans.

658 (63 %) patients étaient des femmes.

53 % des patients ont consulté à Saint-Louis, 26 % ont consulté à Saint-Paul, et 21 % à Saint-Pierre.

35 patients avaient un antécédent d'IST bactérienne. Certains d'entre eux avaient une co-infection de ces quatre pathogènes.

Pour 56 % des patients, le médecin consulté était le médecin traitant du patient.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	Total	Ayant eu bilan IST	N'ayant pas eu bilan IST
n	1038	222	816
Homme	380 (37)	53 (24)	327 (40)
Femme	658 (63)	169 (76)	489 (60)
Age (en années)	21 (19-24)	22 (19-24)	21 (18-24)
Patient ayant eu ≥ 1 bilan biologique dans l'année	457 (44)		235 (29)
Antécédent IST (CT ou NG ou MG ou Syphilis)	35 (3)	16 (7)	19 (2)
Antécédent CT	26	13	13
Antécédent NG	10	5	5
Antécédent MG	5	2	3
Antécédent Syphilis	2	0	2
Médecin de la consultation = médecin traitant habituel	584 (56)	163 (73)	421 (52)
Cabinet			
- St Pierre	217 (21)	25 (11)	192 (24)
- St Paul	269 (26)	64 (29)	205 (25)
- St Louis	552 (53)	133 (60)	419 (51)

Variables qualitatives : n (%). Variables quantitatives : médiane (1er quartile - 3ème quartile). IST : Infection Sexuellement Transmissible; CT : Chlamydia Trachomatis; NG : Neisseria Gonorrhoeae; MG : Mycoplasma genitalium

457 patients ont eu une prescription d'au moins un bilan biologique dans l'année, dont 222 d'entre eux ont eu une prescription d'un dépistage des IST, ce qui représente 49 % des bilans biologiques prescrits.

Parmi les 1038 patients ayant consulté, 21 % des patients de cette tranche d'âge (soit 222 patients) ont eu une prescription d'un bilan de dépistage des IST, quel qu'il soit.

26 % des femmes au total ont eu une prescription pour un dépistage des IST, contre 14 % des hommes.

Pour 73 % des patients ayant eu une prescription d'un dépistage des IST, le médecin prescripteur était le médecin traitant, contre 52% pour les patients n'ayant pas eu de bilan IST.

2. Pourcentage des prescriptions des dépistages

a. Par IST

Tableau 2 : Caractéristiques des bilans d'IST réalisés

Caractéristiques des bilans d'IST réalisés	Total
n	287
Recherche prescrite :	
- VIH	207 (72)
- VHB	216 (75)
- VHC	196 (68)
- Syphilis	200 (70)
- CT	186 (65)
- NG	179 (62)
- Mycoplasme SPP	118 (41)
- MG	16 (6)
Bilan prescrit complet (VIH, VHB, VHC, Syphilis, CT, NG et MG)	16 (6)
Bilan prescrit pseudo complet (tout sauf MG)	104 (36)
Sérologie VHB seule	13 (5)
Prescription bilan sanguin seul	101 (35)
Prescription PCR seule	59 (21)
Chez les femmes :	
- Prélèvement prescrit par PV ou auto PV	77 (55)
- Prélèvement prescrit par urines 1er jet	56 (40)
Résultats :	
- VIH positif	0 (0)
- VHB négatif	90 (49)
- Ag HbS positif	1 (1)
- VHB immunisé	92 (50)
- VHC positifs	0 (0)
- Syphilis positif	3 (1)
- CT positif	18 (6)
- NG positif	5 (2)
- MG positif	3 (1)

Variables qualitatives : n (%). IST : Infection Sexuellement Transmissible; VIH : Virus Immunodéficience Humaine ; CT : Chlamydia Trachomatis; NG : Neisseria Gonorrhoeae; MG : Mycoplasme genitalium; SPP : species plurimae; VHB : virus hépatite B; VHC : virus hépatite C; PV : prélèvement vaginal.

Quelques patients ont eu plusieurs bilans IST prescrits sur la période étudiée, ce qui représente 287 bilans pour 222 patients.

Parmi tous les bilans d'IST prescrits, les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis ont été prescrites aux alentours de 70%. *Cf tableau*

Les PCR CT et NG représentaient un peu plus de 60 % des bilans, les PCR MG sont prescrites à hauteur de 6 % des bilans.

36 % des bilans prescrits étaient « complets ». C'est-à-dire que les 4 sérologies ainsi que les PCR NG et CT ont été prescrites simultanément.

35 % des bilans ne comprenaient que les sérologies sanguines.

b. Par médecin et par IST

Médecin A : Femme, exerçant à Saint-Pierre

Médecin B : Homme, exerçant à Saint-Paul

Médecin C : Femme, exerçant à Saint-Paul

Médecin D : Homme, exerçant à Saint-Louis

Médecin E : Homme, exerçant à Saint-Louis

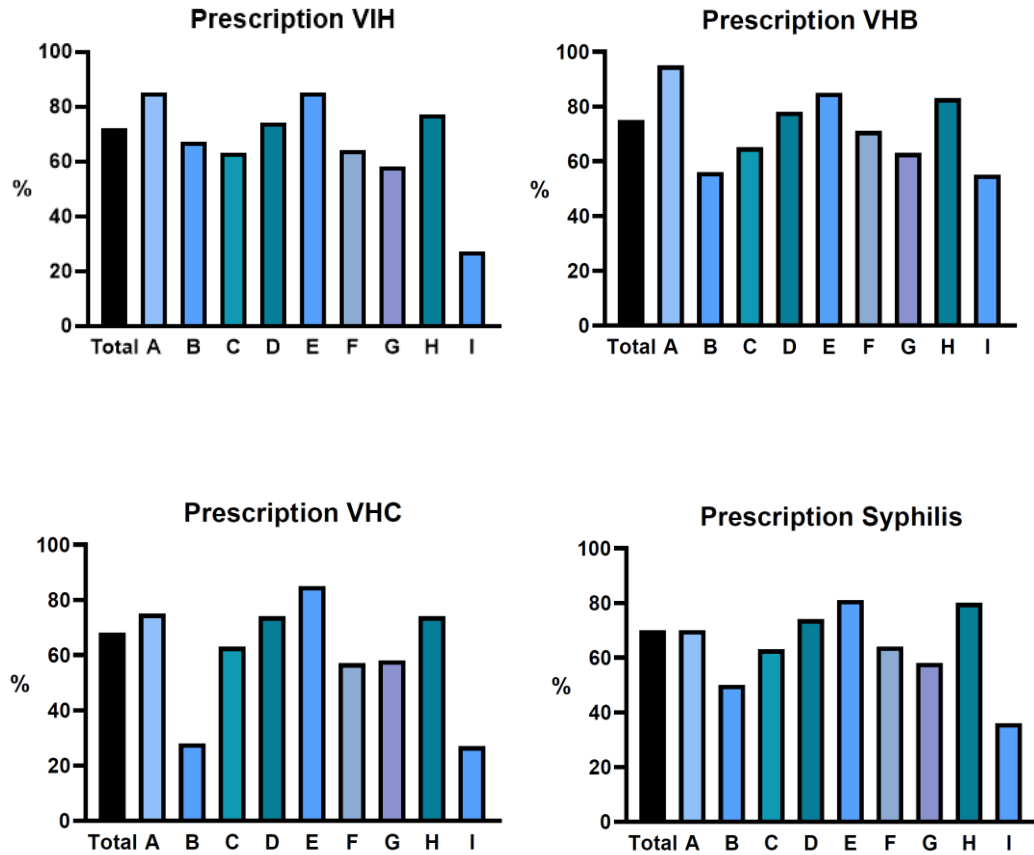
Médecin F : Homme, exerçant à Saint-Louis

Médecin G : Remplaçants

Médecin H : Internes

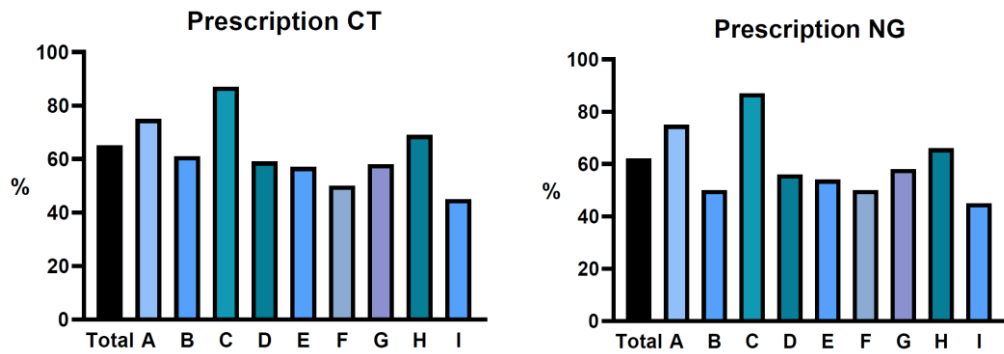
Médecin I : Prescripteurs extérieurs (patient ayant consulté avec un résultat d'un bilan IST prescrit par un médecin extérieur au cabinet).

Figure 1: Proportion de prescription de chaque sérologie parmi tous les bilans IST réalisés (total (*en noir*) puis pour chaque médecin individualisé)



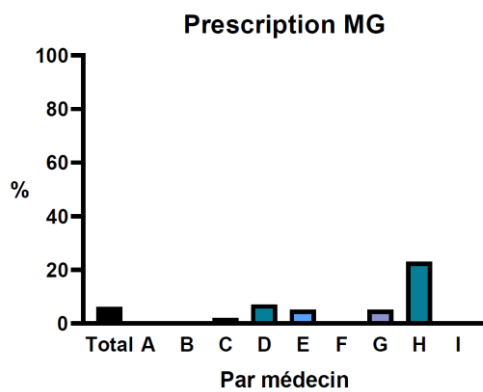
Les pourcentages de prescription de chacune des sérologies par médecin installé, sont compris entre 60 et 80 %. La sérologie VHB est l'IST la plus fréquemment prescrite.

Figure 2 : Proportion de prescription des PCR NG et CT parmi tous les bilans IST réalisés (total puis pour chaque médecin individualisé)



Les prescriptions des PCR pour les médecins A et B, sont respectivement de l'ordre de 75 % et 87 %. Pour les quatre autres médecins installés, les pourcentages de prescription des PCR avoisinent les 60 %.

Figure 3 : Proportion de prescription de la PCR MG parmi tous les bilans IST réalisés (total puis pour chaque médecin individualisé)



La recherche du MG par PCR est réalisée par les internes, pour 23 % des bilans.

c. Prescription des PCR

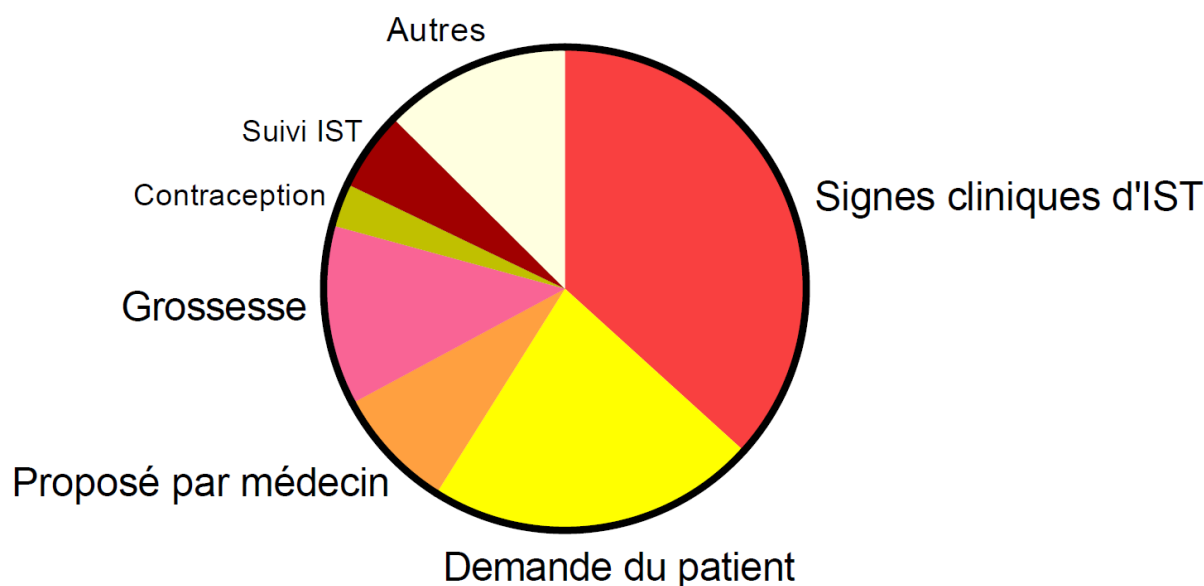
Chez la femme, 40 % des PCR ont été prescrites sur premier jet urinaire, et 55 % prescrites sur prélèvement vaginal ou auto prélèvement vaginal.

3. Résultats des bilans

Concernant les résultats des prélèvements réalisés, on notera qu'aucune sérologie VIH ou VHC n'était positive, qu'un seul antigène anti-HbS positif isolé a été mis en évidence. Trois sérologies Syphilis, 3 PCR MG, 5 PCR NG et 18 PCR CT sont revenues positives.

4. Motifs de prescription

Figure 4 : Motifs de prescription des dépistages d'IST



Parmi les 287 bilans IST prescrits, le motif de prescription n'a pas été retrouvé rétrospectivement pour 28 % des bilans.

Parmi les motifs de prescription des bilans IST connus (soit 207 bilans) :

- 37 % des bilans ont été prescrits sur la présence de signes cliniques évocateurs.
- 22 % des bilans ont été prescrits à la demande du patient, et 8 % à la demande du médecin lui-même.
- 12 % étaient réalisés dans le cadre d'une grossesse, que ce soit pour le suivi ou le bilan initial de grossesse.
- 13% des bilans ont été réalisés hors cadre des IST ; par exemple lors d'un bilan auto-immun, ou d'une insuffisance rénale, ou lors d'un bilan hépatique perturbé etc.
- 3% ont été prescrits dans le cadre d'une contraception, 5% pour dans le cadre du suivi d'une IST.

5. Signes cliniques

Parmi la totalité des bilans réalisés, 49% des patients présentaient des signes cliniques évocateurs d'IST :

- Leucorrhées 20%
- Signes cliniques multiples 9%
- SFU 5%
- Éruption 5%
- Douleurs pelviennes 4%
- Métrorragies 4%
- Autres 2 % (dyspareunies, prurit, pesanteurs pelviennes ou irritations ...)

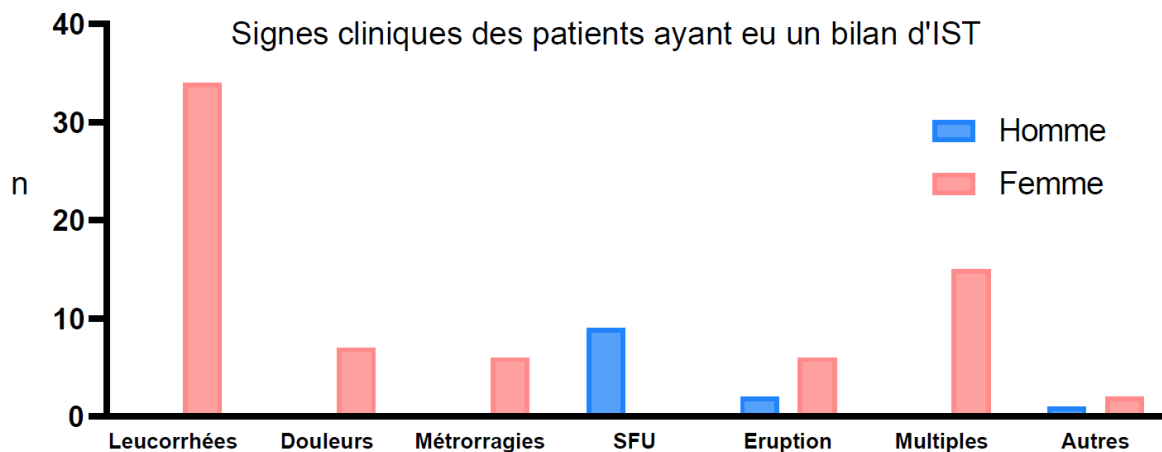
Comparaison hommes femmes

48% des hommes et 49% des femmes ayant eu un bilan de dépistage ont présenté des signes cliniques.

36% des hommes présentaient des SFU, aucune chez la femme.

Une éruption cutanée était retrouvée dans 8% des cas chez l'homme, contre 4% chez la femme.

Figure 5 : Répartition des signes cliniques des patients symptomatiques ayant eu un bilan IST, en fonction du sexe.



Chez la femme, les principaux symptômes retrouvés étaient des signes cliniques gynécologiques, essentiellement des leucorrhées, et pour 11% des cas elles présentaient des symptômes cliniques multiples.

Les symptômes tels que les métrorragies, les douleurs pelviennes et les éruptions étaient équivalents en terme de pourcentage.

IV. DISCUSSION

Cette étude permet d'estimer la proportion de dépistage des principales IST sur un an, dans une population ciblée en soins de premiers recours. Les résultats obtenus montrent que sur une population de 1038 patients âgés de 15 à 25 ans, seulement 21% d'entre eux ont eu un dépistage des IST par leur médecin généraliste sur une année. Ce qui est très inférieur aux recommandations nationales qui préconisent, chez cette patientèle cible, un dépistage annuel du CT par exemple.

Cette étude permet également de lister les principaux motifs qui ont amené les médecins généralistes à la prescription d'un dépistage d'IST dans une population ciblée. La principale raison pour laquelle les patients bénéficient d'un dépistage est la présence de signes cliniques évocateurs d'IST (dans 37% des cas). Hors, la plupart des IST sont asymptomatiques : l'infection à CT est asymptomatique jusqu'à 70% des cas chez la femme, et 50% chez l'homme³¹ ; l'infection à NG était symptomatique jusqu'à 48% des cas seulement en 2018¹. Le médecin traitant a donc toute sa place dans la prévention et la détection de ces IST.

1. Forces de l'étude

À notre connaissance, il s'agit de la première étude, qui s'intéresse à l'activité de dépistage des IST en médecine générale à la Réunion. En métropole, des thèses identifiant les situations cliniques de dépistage des IST en médecine générale, ou encore sur les obstacles et freins au dépistage opportuniste du CT en médecine générale ont déjà été réalisées. Les données sur les IST sont habituellement recueillies à partir des centres de dépistage ou les centres d'orthogénie, parmi lesquels la population est dite à risque d'IST. Elle n'est donc pas représentative de la population générale, ni de la situation en cabinet de médecine générale.

La grandeur de l'échantillon permet une meilleure représentativité des résultats. Sur cinq médecins installés, la taille de l'échantillon obtenue est importante puisqu'elle comprend 1038 patients. Tous les patients ont été inclus.

2. Faiblesses de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective et transversale. Ce type d'étude est de niveau 4. Le caractère rétrospectif amène au problème de l'exhaustivité des données. De nombreuses données utiles à notre étude étaient manquantes dans les dossiers médicaux.

Il existe un biais de sélection. La constitution de l'échantillon de patients a été réalisée après sélection des médecins généralistes. Ces médecins n'ont pas été choisis par tirage au sort mais sélectionnés pour des raisons de praticité : l'accessibilité à une salle isolée au sein du cabinet avec un poste informatique disponible ; les facilités d'utilisation du logiciel informatique, et bien entendu l'accord du médecin pour participer à l'étude et utiliser ses données. Il existe également un biais d'auto sélection puisque deux médecins ont été recrutés sur la base du volontariat.

On peut critiquer le faible nombre de médecins recrutés, mais l'ajout d'autres praticiens n'aurait probablement pas modifié les résultats obtenus puisque sur ces 5 médecins, les pratiques semblent similaires quand on compare la proportion de bilan IST prescrits et les recherches effectuées.

3. A propos des résultats

a. Prévalence de prescription d'un dépistage IST

i. Prévalence de prescription

Parmi la totalité des bilans biologiques qui ont été prescrits, 49% d'entre eux sont en rapport avec un dépistage des IST. Ce qui laisse supposer que lorsqu'un bilan biologique est prescrit à des patients de cette tranche d'âge il s'agit préférentiellement d'un dépistage d'IST. Ce qui est logique puisque ce type de patients est généralement en bonne santé.

Pourtant, seulement 21% des patients au total ont eu un bilan IST sur l'année ; ce qui est peu en regard des recommandations qui préconisent un dépistage annuel systématique du CT par

exemple. Il faut prendre en compte les raisons qui pourraient influencer sur ce pourcentage, à savoir les raisons pour lesquelles certains n'ont pas eu de prescription d'un dépistage d'IST :

- Patients non suivis dans l'un des trois cabinets,
- Nouveau patient (il est délicat d'aborder la sexualité du patient à la première consultation hors contexte clinique)
- Patients n'ayant jamais eu de rapport
- Dépistages déjà réalisés dans les centres de dépistage ou autre structure
- Suivi gynécologique ou suivi de grossesse réalisé par le spécialiste

ii. Comparaison hommes/femmes

Dans cette tranche d'âge, davantage de femmes consultent leur médecin traitant par rapport aux hommes (658 femmes contre 380 hommes). Cela montre que de manière générale, les femmes sont plus attentives à leur état de santé que les hommes ; cette tendance se retrouve pour une tranche d'âge supérieure³². Les femmes sont également amenées à consulter plus fréquemment du fait de la nécessité de la prescription ou le renouvellement d'une contraception, ou encore pour le suivi d'une grossesse. Concernant les IST, elles sont bien plus symptomatiques que les hommes, ce qui engendre davantage de consultations.

Dans notre étude, il a été démontré qu'il y a davantage de prescriptions d'un bilan des IST chez les femmes que chez les hommes (26% contre 14% respectivement). La contraception et la grossesse sont des motifs de consultation permettant aux médecins d'orienter la consultation sur leurs pratiques sexuelles et leurs éventuelles prises de risque ; donc sur la nécessité ou non de réaliser un dépistage des IST. Pour l'homme, il semble plus difficile d'aborder le sujet de la sexualité, à moins qu'il ne consulte pour cette raison.

Les données épidémiologiques du Système National des Données de Santé (SNDS) corroborent ces résultats. Le SDNS a estimé les taux de dépistage des infections à CT et à Syphilis à la Réunion en 2018, en se basant sur les données de remboursement de l'assurance maladie. Ces taux sont plus importants chez les femmes que chez les hommes : pour la Syphilis, il était de 9.7% chez les femmes, contre 4.5% pour les hommes. Pour le CT, il était de 10.2% chez les femmes, contre 3.2% chez les hommes¹.

On peut également se demander si, spontanément, les médecins auraient tendance à dépister davantage les femmes que les hommes. Tout comme ont été incombé aux femmes la responsabilité de la contraception et de la vaccination contre le papillomavirus.

iii. Qualité du médecin traitant

Pour 73% des patients ayant eu un dépistage, le médecin prescripteur était le médecin traitant. Ce résultat pourrait signifier que le médecin traitant aurait tendance à prescrire un dépistage des IST plutôt dans sa propre patientèle que pour des patients qu'il n'a jamais rencontrés ou qu'il ne suit pas. Ce résultat pourrait également signifier que les jeunes patients semblent avoir confiance en leur médecin traitant pour discuter de leur sexualité et de leurs prises de risque. Une étude observationnelle menée de novembre 2016 à janvier 2017, dont le but était de déterminer la place du médecin généraliste dans le dépistage des IST auprès des adolescents âgés de 15 à 17 ans, montrent que parmi les 225 adolescents inclus, 67% d'entre eux étaient intéressés par le fait d'aborder les IST avec leur médecin, alors que seulement 11% avaient déjà osé le faire³³. Malgré le caractère parfois délicat d'aborder la sexualité des patients, ce résultat pourrait nous encourager à le faire plus aisément.

b. Prévalence des prescriptions par germe

36% des bilans prescrits étaient « complets » : les 4 sérologies et les PCR NG et CT ont été prescrites simultanément.

i. Neisseria Gonorrhoea et Chlamydiae Trachomatis

Les PCR CT et NG sont prescrites à un peu moins de 60% par l'ensemble des médecins ; sauf pour les internes (69 et 66% respectivement), et pour les médecins A (75% pour les 2 germes) et C (87% pour les 2 germes).

Les médecins A et C sont des femmes : la proportion de dépistage de ces 2 germes est probablement plus élevée chez les femmes médecins que chez les médecins hommes. On peut

également supposer que les médecins femmes sont plus sensibilisées à la recherche du NG et CT car elles se sentent peut-être plus concernées que leurs collègues masculins. Ce résultat reste cependant à démontrer. Une thèse menée en 2016 avait pour objectifs d'étudier la faisabilité d'un dépistage ciblé du CT et, de déterminer la prévalence de l'infection à CT en cabinet de médecine générale. La parité hommes/femmes des médecins ayant participé à l'étude avait été respectée. Pourtant, plus de la moitié des patientes qui ont constitué l'échantillon et qui ont été dépistées, l'ont été par les médecins femmes (36 patientes sur 44)³⁴.

La recherche de CT et NG est davantage réalisée par les internes, cela pourrait être dû au fait que la technique de recherche de ces germes par PCR est une technique plutôt récente, à laquelle les internes ont été sensibilisés dès le début de l'internat, voire de l'externat. De plus, le remboursement de la recherche du NG par PCR est effectif uniquement depuis 2018 (jusqu'à là, seule la recherche du NG par culture était prise en charge). Même si un rapport de l'HAS en 2010 préconisait la recherche simultanée du NG et du CT par un duplex-PCR, celle-ci n'est inscrite à la NABM (nomenclature des actes de biologie médicale) que depuis 2018.

La recherche de ces deux germes semble rarement faite en l'absence de signes cliniques évocateurs. En Europe, une étude réalisée en 2016 avait pour but de former et d'inciter des médecins généralistes à prescrire un dépistage opportuniste du CT chez les patients âgés de 18 à 24 ans. L'étude s'inscrivait dans le cadre d'un projet européen CATTE (Chlamydiae Testing Training in Europe), lui-même basé au Royaume-Uni, avec pour objectif de proposer ce projet dans 4 pays d'Europe : la France, l'Angleterre, la Suède et l'Estonie. En France, la majorité des médecins généralistes ayant participé à l'étude ont reconnu ne pas proposer le dépistage du CT à leurs patients asymptomatiques³⁵. Ce constat se retrouve dans notre étude où la recherche du CT et NG est moins souvent réalisée que la recherche des autres IST.

Dans l'étude du projet CATTE, parmi les PCR CT réalisées, un taux de prévalence à 16.4% (18.7% pour les hommes et 14.6% pour les femmes) a été retrouvé. Ce taux était plus élevé que celui estimé dans la population générale en France. Cette étude a démontré la pertinence de dépister les patients jeunes de manière opportuniste en soins primaires. Elle a également montré qu'après formation et sensibilisation des praticiens, il était possible d'augmenter les prescriptions de dépistage des IST.

ii. Mycoplasme Genitalium

MG est essentiellement prescrit par les internes, cela est peut-être dû au fait que cette bactérie est un germe récemment décrit dans la littérature. Il y a encore beaucoup de questionnements concernant sa pathogénicité et l'intérêt d'un dépistage opportuniste chez les patients asymptomatiques, puisque devant la recrudescence de la résistance aux antibiotiques, le traitement des cas asymptomatiques est très discuté²⁷. Il est donc recommandé de le rechercher qu'en présence de symptômes. Par ailleurs la recherche du MG est réalisée par le laboratoire uniquement si la prescription est explicite sur l'ordonnance : si le terme « mycoplasme » seul est inscrit sur l'ordonnance, la recherche de MG ne sera pas réalisée par le laboratoire (à l'inverse de tous les autres mycoplasmes).

iii. Comparaison prélèvements vaginal et urinaire chez la femme

Chez les femmes, 40% des PCR sont encore prescrites sur les urines, ce qui est encore trop au regard de l'intérêt et de l'efficacité du prélèvement vaginal ou même de l'auto prélèvement vaginal. Certains témoignages montrent que l'auto prélèvement vaginal est plus facilement acceptée par les patientes, ce qui permet d'augmenter la réalisation des dépistages. Une thèse réalisée en 2016, sur la faisabilité d'un dépistage ciblé du CT par auto prélèvement, a démontré que 94% des patientes (sur 66 patientes incluses) ont accepté de le faire, et 70% l'avaient réellement réalisé³⁴.

Une revue de la littérature menée en 2015, montre que sur 36 études, 85% des patientes considèrent comme acceptable l'auto prélèvement dans le dépistage des IST³⁶. Sur 28 autres études, 88% des patientes considèrent l'auto prélèvement comme facile d'utilisation.

iiii. Sérologies VHB et Syphilis

Parmi la totalité des bilans prescrits (287), chacune des sérologies sont prescrites à hauteur de plus ou moins 70%, tout médecin confondu. Les sérologies VHB et Syphilis sont parfois plus

fréquemment prescrites. Ceci s'explique par le fait qu'elles sont obligatoires dans le cadre d'une grossesse, d'autant plus qu'un dépistage de la syphilis est maintenant recommandé à 28 SA en plus du dépistage en début de grossesse. La sérologie VHB est souvent prescrite seule pour la vérification du statut vaccinal et dans le cadre d'un certificat d'aptitude au travail.

d. Résultats des dépistages

Aucun résultat VHC ou VIH n'a été retrouvé positif. Un seul Ag anti HbS isolément a été retrouvé. Ce qui est en accord avec la faible endémicité de ces virus à la Réunion, et le contrôle de l'épidémie du VIH sur notre île.

Par contre, chacune des IST bactériennes a bien été retrouvée avec une prédominance pour le CT (6%) (NG 2% et syphilis 1%). Ce qui est également concordant avec les données épidémiologiques. Une étude publiée en 2017, étudiant la place du MG dans les IST chez les femmes à la Réunion, avait pour objectif secondaire d'estimer la prévalence du CT et du NG chez les patientes ayant consulté au Ceggid du CHU Nord, entre 2011 et 2014. Sur 287 patientes incluses, la prévalence de l'infection à CT était de 19.5% contre 7.7% pour le NG³⁰. Quant au MG, la prévalence était de 3.5%. L'âge jeune (entre 14 et 25 ans) avait été retrouvé comme un facteur de risque associé à ces infections. Il s'agit de la population issue d'un Ceggid (donc à risque), ce qui explique ces chiffres plus élevés que dans notre population.

Ces données, corroborées à celle de notre étude montrent que le dépistage opportuniste, notamment des IST bactériennes a toute sa place, particulièrement chez les patients jeunes.

e. Motifs de prescription

Le principal motif de prescription d'un dépistage des IST est la présence de signes cliniques évocateurs (37% des bilans). Hors, les infections bactériennes sont le plus souvent asymptomatiques, il y a donc possiblement une sous-estimation des cas.

22% des bilans sont réalisés à la demande du patient, ce qui laisse supposer qu'une conduite à risque a déjà existé.

8% des bilans seulement sont proposés par le médecin, mais il y a probablement une sous-estimation de ce chiffre puisque parmi les bilans dont le motif de prescription n'a pas été retrouvé (28%), ils peuvent avoir été prescrits à l'initiative du médecin.

3% des bilans sont prescrits dans le cadre d'une contraception ; hors c'est l'occasion de parler de la sexualité du patient, d'évaluer les prises de risque du patient et de proposer un dépistage opportuniste et adapté à leurs pratiques. Cela a notamment été démontré dans l'étude « Situations de dépistage des IST en soins primaires » menée en 2017 dans la région de Nantes. Il s'agit d'une étude prospective qui avait pour but de déterminer les situations dans lesquelles les dépistages des IST sont réalisés ou au contraire manqués, en médecine générale. 84 internes ont réalisé 979 observations de patients (âgés de 16 à 60 ans) chez 193 médecins généralistes qui étaient MSU (maitre de stage universitaire) : 38 dépistages (3.9%) ont été réalisés, soit à la demande du patient soit dans le cadre d'une grossesse³⁷. Dans l'ensemble des cas, il y avait des points d'appel cliniques génito-urinaires, cutanés ou des tableaux d'adénite. Cette étude met en évidence 44 observations (4.5%) où une prescription d'un dépistage IST aurait pu être réalisée : liées à des symptômes génitaux ou cutanés, des asthénies, des grossesses ou des prescriptions de contraception. Il faut rappeler qu'avant la pose d'un dispositif intra utérin (DIU) il est préconisé de rechercher la présence du CT ou NG, notamment chez les jeunes femmes qui sont à risque d'infection à CT et donc d'IGH.

La plupart des IST sont asymptomatiques et pourtant fréquentes dans cette population des jeunes âgés de 15 à 25 ans. Hors le dépistage opportuniste est insuffisamment réalisé en médecine de premiers recours. La prescription d'un dépistage pourrait être davantage envisagé lors de consultations pour le renouvellement ou l'instauration d'une contraception, pour la découverte ou le suivi d'une grossesse, pour la réalisation du frottis. Ces consultations peuvent aussi être un moyen pour sensibiliser les patients à leur sexualité et leurs prises de risque. Sans oublier encore une fois les hommes dans la stratégie de dépistage puisque, en dehors de la vaccination contre le papillomavirus, ces motifs concernent uniquement les femmes. La recherche du CT ou du NG, souvent oubliée chez les asymptomatiques, pourrait être systématiquement réalisée lors d'un dépistage d'IST, notamment chez la femme enceinte. Rappelons que ces deux pathologies ne sont pas inscrites dans le carnet de suivi de grossesse.

4. Perspectives

a. Estimation de la prévalence des IST en médecine générale

Il y a peu de données concernant la prévalence et l'incidence des IST en médecine de premier recours à la Réunion. Les données actuelles sont donc très certainement sous-estimées. Il serait intéressant de faire une estimation de cette prévalence en population générale, les résultats obtenus pourraient amener à changer nos pratiques.

b. Cotation d'une consultation dédiée à la prévention et au dépistage des IST

Plusieurs études démontrent que le faible taux de dépistage des IST par les médecins généralistes s'explique par le manque de temps. Les consultations de dépistages sont déclarées comme chronophages par les médecins³⁸. Une cotation d'une consultation dédiée à la prévention et information aux IST pourrait être créée. Ainsi, une reconnaissance financière et le temps aménagé pour une discussion autour de la sexualité, pourraient amener à un dépistage plus important des jeunes patients consultant en soins primaires. Cela pourrait être une extension de la consultation contraception et prévention (CCP) déjà en place mais qui ne concerne que les jeunes filles âgées entre 15 et 18 ans. Il est judicieux d'inclure les hommes dans le dépistage et la prévention des IST, ainsi que les jeunes filles qui ont leur premier rapport à un âge un peu plus tardif.

c. Formation des médecins

La plupart des dépistages des IST sont réalisés sur la présence de signes cliniques. Or, ces infections sont souvent asymptomatiques. Afin de réduire le portage, la transmission et les complications qui en découlent, il est important de dépister ces patients. Une sensibilisation et une formation des médecins généralistes, (notamment au cours de formations médicales continues, mais également au cours des études) pourraient amener à augmenter ce dépistage.

d. Au cabinet

Plusieurs outils pourraient être mis à disposition des médecins et des patients :

- **Une ordonnance type** (*cf annexe 1*) qui pourrait permettre un dépistage exhaustif.
- **Un tableau récapitulatif des facteurs de risque** (*cf annexe 2*) : des recommandations de dépistage pour chacune des IST existent en se référant à des populations cibles, mais elles sont fastidieuses tant elles sont détaillées ; donc difficilement mises en pratique. Cette ordonnance type, ainsi qu'une aide à la prescription tel un tableau récapitulatif des facteurs de risque pourraient faciliter nos pratiques.
- **Affiches de sensibilisation au dépistage à destination des patients** : ces affiches en salle d'attente invitant les patients à se faire dépister pourraient augmenter le dépistage.
- **Mise à disposition des patients de kits d'auto-prélèvements (vaginal ou 1^{er} jet urinaire)**: ces kits, placés dans une salle dédiée au prélèvement pourraient amener à un dépistage plus important des patients. De même, que le médecin ait des kits de prélèvements disponibles dans sa salle de consultation, pourrait l'aider à dépister davantage, notamment au moment de réaliser le frottis ou lors de la pose d'un DIU ou d'un implant.
- **Recherche du NG et du CT en systématique chez la femme enceinte avec inscription dans le dossier prénatal du carnet de grossesse.**

e. Etude des coûts financiers

Les IST bactériennes sont augmentées à la Réunion. Les conséquences sur la santé, et particulièrement sur la santé de la femme (grossesse extra utérine, infections génitales hautes, recours à la PMA) sont non négligeables. Une étude déterminant la prévalence de ces complications et leurs coûts financiers, pourrait amener un dépistage plus important du CT par exemple. Cela pourrait également amener une campagne de dépistage à plus grande échelle, et à sensibiliser davantage la population.

V. CONCLUSION

Les IST, problème de santé publique majeur, sont en augmentation à la Réunion. Contrairement à la métropole, les tendances réunionnaises montrent qu'elles touchent une part importante des patients hétérosexuels. Ces infections sont souvent asymptomatiques, mais cela n'empêche pas leur transmission. Pourtant, nous avons démontré que le dépistage des IST par les médecins généralistes est insuffisamment réalisé. Tout comme la recherche du CT et du NG qui sont des pathologies bien plus fréquentes que les IST virales et malheureusement silencieuses. Modifier les pratiques des généralistes pourraient avoir un impact fort pour dépister les patients asymptomatiques et prévenir ainsi la transmission et les complications.

Annexe 1 : ordonnance type

Identification médecin prescripteur

<i>Identification du patient</i>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Le 10/02/2021

Réaliser dans un laboratoire d'analyses médicales de ville :

Sur prise de sang :

- Sérologies VIH 1 et 2
- Sérologies VHC
- Ag anti HbS, AC anti HbS, AC anti HbC
- TPHA, VDRL

Recherche par site spécifié :

- PCR Chlamydiae T.
- PCR N. Gonorrhoea
- PCR mycoplasma genitalium (si présence de signes cliniques)

à faire sur :

- Prélèvement vaginal/auto vaginal si femme
- 1^{er} jet urinaire si homme
- Prélèvement oropharyngé
- Prélèvement rectal

Annexe 2 : Aide à la prescription

Dépistage combiné de tous les germes (sauf MG) si présence des facteurs de risques suivants :

- Diagnostic d'une autre IST, ou ATCD d'IST
- Changement de partenaires ou partenaires multiples
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- IVG, victimes de viols, prostitutions, SDF, séjour en milieu carcéral

	Population générale	Population cible
VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans - Combiné avec un dépistage d'autres IST - Grossesse - Contraception 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient diagnostiqué d'une tuberculose - Utilisateurs de drogues IV - Ayant résidé dans pays de forte endémicité
VHC	<ul style="list-style-type: none"> - Combiné avec un dépistage d'autres IST - Dépistage au moins une fois dans la vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant né de mère positive au VHC - Utilisateur de drogue IV - Tatouages, piercing, acupuncture - Patient ayant résidé dans pays de forte endémicité - Hémodialysés - Partenaires sexuels ou famille de patients positif au VHC - Elévation ALAT sans étiologie retrouvée - Ayant reçu produits sanguins avant 1988, ou greffes avant 1992, ou soins invasifs avant 1997
VHB	<ul style="list-style-type: none"> - Combiné avec un dépistage d'autres IST - Au moins une fois dans vie - Grossesse - Donneurs du sang 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisateurs de drogue IV ou intranasale - Partenaires ou entourage du patient positif au VHB - Pays de forte/moyenne endémicité - Séjour en institutions psychiatriques - Transfusions itératives - Tatouage, piercing - Exposition professionnelle
CT	<ul style="list-style-type: none"> - Annuel chez les femmes 15-25 ans actives sexuellement (dont femmes enceintes) - 3 à 6 mois après un ttt si patient positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Hommes sexuellement actif, quel que soit l'âge - Femmes >25 ans actif sexuellement
NG	<ul style="list-style-type: none"> - Au cours d'un dépistage d'une autre IST 	
Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> - 1/an si prises de risques itératives - Début de grossesse, 3eT de grossesse, voire accouchement si non réalisé au préalable. - 28 SA à la Réunion 	<ul style="list-style-type: none"> - Patients provenant de pays de forte endémicité
MG	<ul style="list-style-type: none"> - En présence de signes cliniques 	

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Bulletin de santé publique VIH-IST à La Réunion. Novembre 2019. [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-vih-ist-a-la-reunion.-novembre-2019>
2. Brouard C, Gautier A, Vaux S, Richard JB. Sentiment d'information et pratiques déclarées de dépistage vis-à-vis des hépatites B et C en population générale ultramarine. Enquête Baromètre santé DOM 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(11):204-9
3. Prévalence des hépatites B [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/prevalence-de-l-hepatite-b
4. Santé publique France. Bulletin de veille sanitaire thématique, surveillance des hépatites C et B, Réunion Mayotte. N°34, juin 2017. https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2017-06/2017_34_BVS_H%C3%A9patite%20B%20et%20C_Run%20May_1.pdf
5. Surveillance de l'activité de dépistage et de diagnostic de l'hépatite B : l'enquête nationale LaboHep [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/surveillance-de-l-activite-de-depistage-et-de-diagnostic-de-l-hepatite-b-l-enquete-nationale-labohep
6. Thoreau A, Boukerrou M, Baranzelli P, Omarjee A, Schweizer C, Dumont C, et al. Ré-émergence de la syphilis chez les femmes enceintes. Médecine et Maladies Infectieuses. 1 sept 2020;50(6, Supplement):S140.
7. Devos S, Thore-Dupont E, Camuset G, Porcher M, Manaquin R, Rodet R, et al. Augmentation du nombre de syphilis chez les jeunes hétérosexuels à La Réunion :

données de la surveillance nationale de 2007 à 2016. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 1 déc 2018;145(12, Supplement):S114.

8. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 6 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
9. C Duval. Prévalence des infections à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant en centres de dépistage Ouest et Sud de la Réunion. Médecine humaine et pathologie. 9 octobre 2017. (dumas-01665261)
10. Marine Folio. Prévalence et facteurs de risque associés aux infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis* à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. {dumas-02920092}
11. Mycoplasma genitalium | CNR des IST bactériennes [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux.fr/?page_id=106
12. Reyt V. La syphilis, une résurgence préoccupante. Actualités Pharmaceutiques. 1 juin 2018;57(577):46-50.
13. Haute Autorité de Santé. Evaluation des tests d'amplification des acides nucléiques recherchant Neisseria gonorrhoeae. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/taan_gonocoques_argumentaire.pdf
14. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1031775/fr/rapport-dorientation-depistage-et-prise-en-charge-de-linfectiona-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et
15. Netgen. Chlamydia : signes d'appel, diagnostic et traitement [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-13/30280>

16. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. Clin Infect Dis. 2015 Aug 1;61(3):418-26. doi: 10.1093/cid/civ312. Epub 2015 Apr 21. PMID: 2590017
17. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.
18. Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Saint-Denis La Plaine : HAS ;2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf
19. Haute autorité de santé. Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydiae Trachomatis. Synthèse de rapport d'évaluation. HAS ; 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/synthese_chlamydia_trachomatis.pdf
20. Korownyk C, Kraut RY, Kolber MR. Auto-prélèvement vaginal pour la détection de la chlamydia et de la gonorrhée. Can Fam Physician. juin 2018;64(6):e2723
21. Mise en place de l'auto-prélèvement vulvo-vaginal systématique dans le dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un CDAG/CIDDIST. Author links open overlay panelS.Paggetti¹C.Courtieu¹I.Mermet-Ginet¹A.-R.Schmidt-Guerre¹F.Pelletier^{1,2}
22. Haute Autorité de Santé. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
23. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

24. Dépistage des hépatites B et C. Nouvelles recommandations [Internet]. FMC-HGE. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2015/depistage-des-hepatites-b-et-c-nouvelles-recommandations/>
25. Haute Autorité de santé. Feuille de route. Évaluation des stratégies de dépistage des personnes infectées par le VHC (volet 1) Saint-Denis: HAS. 2018. 8 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-11/feuille_de_route_evaluation_strategies_depistage_vhc_vf_2018-11-28_15-43-5_301.pdf.
26. Nassim B. Haute Autorité de santé. Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour l'acte de suivi thérapeutique des patients infectés par *Treponema Pallidum* (bactérie responsable de la Syphilis). Argumentaire. Saint-Denis La Plaine : HAS ;2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir3/argumentaire_syphilis.pdf
27. Recrudescence des infections sexuellement transmissibles bactériennes [Internet]. Société Française de Microbiologie. 2019 [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.sfm-microbiologie.org/2019/12/09/recrudescence-des-infections-sexuellement-transmissibles-bacteriennes/>
28. Netgen. Le point sur *Mycoplasma genitalium* chez la femme [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-624/Le-point-sur-Mycoplasma-genitalium-chez-la-femme#anchor-B6>
29. Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. En France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(41-42):738-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html
30. CIRE OCEAN INDIEN. Bulletin de veille sanitaire thématique IST et VIH. Réunion et

Mayotte. août 2017;(35). Disponible sur:
https://www.lareunion.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-08/2017_35_BVS_IST%20VIH_Run%20May_1.pdf

31. PEREZ CLaire. Etude du taux de positivité de l'infection urogénitale à Chlamydia Trachomatis en population générale dans les Hautes-Pyrénées et le bassin de Sante de Saint-Gaudens. [Toulouse]: Paul Sabatier; 2016.
32. Fourcade N, Gonzalez L, Rey S, Husson M. La santé des femmes en France. 2013;6. DRESS, ministère des solidarités et de la santé. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er834.pdf>
33. Portier-Moser F. Perception par les adolescents du rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles: enquête auprès de lycéens de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
34. Claire Engerand. Pertinence et faisabilité d'un dépistage ciblé de l'infection à Chlamydia trachomatis, par auto-prélèvement vaginal, chez les jeunes femmes à risque consultant en médecine générale. M' médecine humaine et pathologie. 2016.
35. Promotion du dépistage d'infection à Chlamydia Trachomatis en soins primaires. Pia Touboul Lundgren, Soline Detanne, Brigitte Dunais, Pascale Bruno, Laurence Bentz, Pauline Khouri, Virginie Lacroix Hugues, Marie-Christine Banide, Christian Pradier. S.F.S.P. | « Santé Publique » 2016/3 Vol. 28 | pages 299 à 308. ISSN 0995-3914
36. Paudyal, Llewellyn, Lau et al. Obtaining Self-Samples to Diagnose Curable Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review of Patients' Experiences. Plos One. Avril 2015
37. Morvan Y, Varache C, Grimault C, Fayolle A, Pineau S, Vandamme Y, et al. Situations de dépistage des infections sexuellement transmissibles en soins primaires. Médecine et Maladies Infectieuses. 2017;47(4, Supplement):S111-2.
38. IMBERT N. Enquête sur les pratiques d'un groupe de médecins généralistes des Hauts-

de-Seine (92) et sur les obstacles au dépistage de l'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis. Denis Diderot, Paris 7; 2010.

SERMENT D'HIPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Dépistage des IST chez les patients âgés de 15 à 25 ans : pratiques des médecins généralistes à la Réunion.

Résumé

Introduction : Les données épidémiologiques existantes sur les infections sexuellement transmissibles (IST) à la Réunion sont basées sur l'activité dans les centres de dépistages, donc non représentatives de la population et de l'activité en médecine générale. L'objectif principal était d'estimer la proportion de prescription d'un dépistage des IST chez les moins de 25 ans en cabinet de médecine générale sur une année. L'objectif secondaire était de déterminer les critères ayant motivé la prescription d'un dépistage.

Méthodes : Etude descriptive, transversale, rétrospective qui a été menée dans 3 cabinets de 6 médecins généralistes de l'île. L'échantillonnage a été réalisé par extraction de données sur logiciels informatiques, en sélectionnant les patients âgés de 15 à 25 ans ayant consulté dans l'un de ces cabinets entre octobre 2018 et octobre 2019.

Résultats : 1038 patients ont été inclus dont 63% de femmes. 21% des patients ont eu une recherche d'IST complète ou partielle. 36% des bilans prescrits étaient exhaustifs : prescription combinée des sérologies (VIH, VHB, VHC, TPHA) et des PCR (CT et NG). L'infection à CT a été l'IST la plus fréquemment retrouvée (18 PCR positives). Les prescriptions d'un dépistage IST étaient principalement réalisés sur la présence de signes cliniques ou à la demande du patient (37% et 22% respectivement).

Conclusion : Cette étude met en évidence une proportion insuffisante de dépistage des IST, par rapport aux recommandations nationales. Peu de dépistages sont prescrits chez les patients asymptomatiques.

Discipline : Médecine Générale

Mots-clés : dépistage, infections sexuellement transmissibles, médecine générale, la Réunion

STI screening among patients aged from 15 to 25 years old: practices of general practitioners in Reunion.

Abstract

Introduction: the existing data on sexually transmitted infections (STI) in Reunion are based on activity in screening centres, which is not representative of the population nor the activity in general medicine. The main purpose was to estimate the proportion of STI screening in people under 25 in general practice over one year. The secondary objective was to determine the reasons of screening prescription.

Methods: descriptive, cross-sectional, retrospective study, which was conducted in 3 general private practices of 6 general practitioners on the island. The sampling was realised by data extraction on computer software, by selecting patients aged 15 to 25 who consulted in one of these practices between October 2018 and October 2019.

Results: 1038 patients were included, 63% including women. 21% of patients had a prescription for any STI screening. 36% of the prescriptions were exhaustive: combined prescription of serology (HIV, HBV, HCV, TPHA) and PCR (CT and NG). CT infection was the most frequently STI found (18 PCRs were positive). Prescriptions for STI screening were mostly performed on the presence of clinical signs or after patients' request (37% and 22% respectively).

Conclusion: This study highlights an insufficient proportion of STI screening, compared to national recommendations. Few screenings are prescribed in asymptomatic patients.

Discipline: General Medicine

Key words: screening, sexually transmitted infections, general medicine, Reunion Island
