



HAL
open science

Dépistage des infections à chlamydia et gonocoque chez les jeunes femmes par les sages-femmes libérales de France

Émilie Molvault

► **To cite this version:**

Émilie Molvault. Dépistage des infections à chlamydia et gonocoque chez les jeunes femmes par les sages-femmes libérales de France. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-04043312

HAL Id: dumas-04043312

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04043312>

Submitted on 23 Mar 2023

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 VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR SIMONE VEIL – SANTE

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MOLVAULT EMILIE

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**Dépistage des infections à chlamydia et gonocoque
chez les jeunes femmes par les sages-femmes libérales
de France**

Soutenu le : 02 juin 2022

Directeur de mémoire : Marie Bourdillon

JURY

Madame Sarah LOUIS, enseignante sage-femme, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Madame Anne-Laure HABELSKI, enseignante sage-femme et sage-femme libérale, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Madame Frédérique CANONGE, sage-femme libérale

Numéro national d'étudiant : 21604088

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement Marie Bourdillon, ma directrice de mémoire pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien pendant ces longs mois de travail. Merci d'avoir accepté de m'accompagner.

Je souhaite également remercier Aude Gandji pour son aide dans l'élaboration des premières lignes ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier Sarah Louis, ma référente pédagogique, pour son écoute et ses conseils tout au long de ces années d'études et particulièrement ces derniers mois ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique.

Merci aux sages-femmes ayant accepté de participer à cette étude et merci à vous sages-femmes du jury d'être présentes aujourd'hui pour évaluer ce mémoire.

Enfin, je remercie ma famille pour son soutien et son aide à toutes les étapes de l'élaboration de ce mémoire et depuis le début de mes études.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RÉSUMÉ	XII
TITLE AND ABSTRACT	XIV
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 État des lieux des infections sexuelles transmissibles	2
1.2 Physiopathologie des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> (Ct) et <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG)	3
1.2.1 Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i>	3
1.2.2 Infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	4
1.3 Dépistage des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	5

1.3.1	Recommandations de pratique clinique ANAES 2003	5
1.3.2	Recommandations de pratique clinique CNGOF 2007	5
1.3.3	Facteurs de risque	6
1.3.4	Recommandations de pratique clinique HAS 2018	6
1.3.5	Impact de la Covid-19 sur le dépistage des IST	7
1.3.6	Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024	8
1.4	Prise en charge des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae	8
1.4.1	Traitement de l'infection à Chlamydia trachomatis isolée	9
1.4.2	Traitement de la co-infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae	9
1.4.3	Traitement de l'infection à Neisseria gonorrhoeae isolée	9
1.4.4	Surveillance et contrôle post-traitement	9
1.5	Compétences gynécologiques des sages-femmes	10
1.5.1	Loi HSPT du 21 juillet 2009	10
1.5.2	Loi Rist du 26 avril 2021	10
2	MATÉRIEL ET MÉTHODES	11
2.1	Hypothèses	11
2.2	Objectifs	12
2.3	Type d'étude	12
2.4	Population d'étude	12
2.4.1	Critères d'inclusion	12
2.4.2	Critères de non inclusion	12
2.5	Outils méthodologiques et analyses statistiques	13
2.6	Variables	13
2.7	Obligations éthiques et réglementaires	14
3	RÉSULTATS	15
3.1	Description générale de la population d'étude	15
3.1.1	Profil des sages-femmes	16

3.1.2	Activité professionnelle des sages-femmes	18
3.1.3	Formations complémentaires	20
3.1.4	La patientèle	21
3.2	Fréquence de dépistage	22
3.3	Méthode de dépistage	26
3.4	Rôle des sages-femmes dans la prévention des IST	32
3.5	Recommandations	35
4	DISCUSSION	36
4.1	Analyse des résultats	36
4.1.1	Population	36
4.1.2	Fréquence de dépistage	37
4.1.3	Méthode de dépistage	39
4.1.4	Prévention	40
4.1.5	Recommandations	41
4.2	Points forts	44
4.3	Limites et biais	45
4.4	Perspectives	46
	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE	48
	ANNEXES	54

Liste des tableaux

Tableau 1 : répartition des types d'exercices, n=708.....	20
Tableau 2 : motivations à prescrire une PCR sur PV par clinicien, n= 282.....	27
Tableau 3 : motivations à prescrire une PCR sur auto-PV, n=217	28
Tableau 4 : motivation à prescrire une PCR sur PU, n=167	28
Tableau 5 : méthode(s) de dépistage supposée(s) comme étant la(les) plus efficace(s), n=708.....	30
Tableau 6 : méthode(s) de dépistage supposée(s) comme étant la(les) plus acceptable(s) par les patientes, n=708.....	31
Tableau 7 : arguments justifiant une prévention systématique, n=60.....	33
Tableau 8 : arguments justifiant une prévention aléatoire, n=497	33
Tableau 9 : arguments justifiant une absence de prévention, n=151	34

Liste des figures

Figure 1 : diagramme des flux	15
Figure 2 : genre, n=708	16
Figure 3 : âge par tranches, n=708.....	16
Figure 4 : année de diplôme, n=708.....	17
Figure 5 : répartition année de diplôme, n=708	17
Figure 6 : nombre d'années d'exercice en libéral par tranches, n=708	18
Figure 7 : région d'exercice, n=708	18
Figure 8 : type d'exercice, n=708.....	19
Figure 9 : formations complémentaires des SF, n=708	20
Figure 10 : proportion estimée de patientèle âgée de 15 à 24 ans, n=708.....	21
Figure 11 : fréquence de proposition de dépistage selon le contexte de consultation, n=708	22
Figure 12 : indications de dépistage lors d'une consultation de gynécologie, n=353	23
Figure 13 : indications de dépistage lors d'une consultation d'obstétrique, n=556 ...	24
Figure 14 : indications de dépistage lors d'une consultation d'IVG, n=45.....	25
Figure 15 : méthode de dépistage prescrite préférentiellement par les SF, n=708 ..	26
Figure 16 : efficacité supposée des différentes méthodes de dépistage, n=708	29
Figure 17 : acceptabilité supposée par la patiente selon la méthode, n=708	31
Figure 18 : prévention chez les mères de jeunes filles, n=708	32

Liste des annexes

Annexe I : taux de diagnostic d'infection à gonocoque. LaboIST 2016	54
Annexe II : synthèse des sensibilités et spécificité des PCR et TDR. Rapport ANSM 2018.....	54
Annexe III : densité des SF libérales par femme. CNOSF 2017 et INSEE 2016	55
Annexe III : Questionnaire LimeSurvey	56

Lexique

ANAES : Agence Nationale d'Accrédiation et d'Evaluation en Santé

CDAG : Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage, et de diagnostic

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des libertés

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France

CPEF : Centres de Planification ou d'Éducation Familiale

Ct : Chlamydia trachomatis

DAV : Dispensaires Anti-Vénéériens

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Diplôme Intrar-Universitaire

DIU : Dispositif intra-utérin

DU : Diplôme Universitaire

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HSPT : Réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

HSV : Virus Herpes Simplex

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGV : Lymphogranulomatose Vénérienne

NG : Neisseria gonorrhoeae

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PU : Prélèvement Urinaire

PV : Prélèvement Vaginal

SIU : Système Intra-Utérin

SSU : Services de Santé Universitaires

UVSQ : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Titre et résumé

Objectifs : les infections sexuellement transmissibles (IST) à *Chlamydia trachomatis* (Ct) et à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) sont des infections fréquentes et en nette croissance ces dernières années. Elles sont principalement retrouvées chez les femmes âgées de 15 à 24 ans. À long terme, elles peuvent causer de nombreuses pathologies et notamment une infertilité. Depuis 2009 et la loi Réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HSPT), les sages-femmes peuvent effectuer des consultations de suivi gynécologique et de prévention. En 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) cite les sages-femmes comme actrices du dépistage des IST. L'objectif de cette étude est donc d'évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales de France métropolitaine en matière de dépistages des infections à Ct et à NG chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

Matériel et méthodes : nous avons réalisé une étude descriptive par questionnaire auprès de 708 sages-femmes libérales exerçant en France métropolitaine. Un questionnaire en ligne constitué d'une vingtaine de questions leur a été diffusé par e-mail afin d'évaluer leurs pratiques en matière de dépistage et les éventuels freins à celui-ci.

Résultats : sur 858 questionnaires retournés, 708 étaient interprétables. Le dépistage systématique des infections à Ct et NG reste minoritaire dans les consultations d'obstétrique (18%). En revanche, dans près de 50% des consultations de gynécologie et plus de 60% des consultations d'orthogénie chez des femmes de moins de 25 ans, les sages-femmes proposent systématiquement ce dépistage. Concernant les méthodes de dépistage, le prélèvement vaginal reste la méthode la plus proposée par les sages-femmes libérales (70%) qu'il soit réalisé par un clinicien

ou par la patiente elle-même. Des progrès peuvent être faits sur la proposition de l'auto-prélèvement afin d'augmenter le recours au dépistage.

Mots-clés : sage-femme, gynécologie, infection sexuellement transmissible, dépistage, recommandations

Title and Abstract:

Objective : *Chlamydia trachomatis* (Ct) and *Neisseria gonorrhoeae* (NG) are frequent sexually transmitted infections (STI). They are in clear growth in recent years. They are mainly found in women between 15 and 24 years old. In the long term, they may cause many diseases, in particular and infertility. Since 2009 and the law « Réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HSPT) », the midwives can do gynecology consultations. In 2018, the « Haute Autorité de Santé » (HAS) cites the midwives as main actresses of screening for STI. Study's objectives are to assess the midwives practices in screening of Ct and NG infections among young women between 15 and 24 years old.

Methods : we carried out a descriptive study with questionnaires to 708 midwives who are working in metropolitan France. An online questionnaire was shared by email for the purpose of assessing their practices about the screening activities and potential issues about it.

Results and conclusion : on the 858 returned questionnaires, 708 were selected and interpreted. The systematic screening of Ct and NG infections is in minority in obstetric consultations. However, the screening is systematic in 50% of gynecology consultations and 60% of interruption of pregnancy consultations. About the screening methods, the vaginal swab (by clinician or with self-wab) is the most proposed method (70%). Some progress can be made with self-wab for the purpose of increasing the screening.

Keywords : midwife, gynecology, sexually transmitted infections, screening test, guidelines

Introduction

Une infection sexuellement transmissible est une infection causée par un micro-organisme (bactérie, virus ou parasite) qui se transmet principalement lors de rapports sexuels non protégés. Ces IST peuvent se transmettre par différentes voies : anale, vaginale, uro-génitale, bucco-génitale, sanguine ^[1].

Elles sont fréquemment retrouvées chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans ^[2]. Si elles ne sont pas dépistées à temps, elles peuvent avoir des conséquences graves. Chez la femme on pourra retrouver des grossesses extra-utérines, des douleurs pelviennes chroniques, des salpingites et à long terme une stérilité voire un cancer du col utérin ^[3]. Des conséquences hépatiques peuvent aussi être retrouvées : fibrose, cirrhose, cancer du foie ^[4] ...

Lors d'une grossesse, une transmission materno-fœtale est possible. Le passage transplacentaire peut être néfaste pour le fœtus et entraîner une cécité, des conjonctivites, une hépatite chronique ^[5] ... D'où l'importance de la prévention et du dépistage de ces IST ^[6]. Pour la plupart, des traitements et/ou des vaccins ont été développés ces dernières années ^[7].

Les infections sexuellement transmissibles sont nombreuses : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), hépatites B et C, herpès, infections à Ct et NG, syphilis, chancre mou, donovanose, lymphogranulome vénérien (LGV), infections à trichomonas vaginales, morpions ^[1]...

1 Contexte

1.1 État des lieux des infections sexuelles transmissibles

Suite aux campagnes de prévention du VIH dans les années 1980-1990 associées à l'utilisation du préservatif, l'incidence des IST telles que NG et la syphilis avait chuté de près de 80% dans de nombreux pays, dont la France [52]; [8]. Or, quelques années plus tard, une recrudescence des IST telles que les infections à NG (+5 à 20% entre 1999 et 2000) et à Ct (+ 10,7% entre 2000 et 2003) a été observée [52]; [53]; [9]; [10]. Cette recrudescence était principalement liée au déclin de l'emploi des moyens de prévention [8]. En conséquence de ces observations et parallèlement aux campagnes visant à promouvoir l'utilisation systématique du préservatif, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), sur demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), avait décidé d'évaluer la pertinence du dépistage des infections uro-génitales en France. Le rapport de cette évaluation fut publié en 2003 [9].

En 2003, les dépistages étaient réalisés essentiellement dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), les Dispensaires Anti-Vénériens (DAV), les centres d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ainsi que les Centres de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF). Ces dépistages étaient principalement opportunistes, et s'adressaient aux populations fréquentant ces lieux. Néanmoins le critère d'âge et les pratiques sexuelles (nombre de partenaires) commençaient à être pris en compte. Suite à ces dernières constatations, des études pilotes avaient été mises en place auprès des médecins libéraux et en médecine préventive universitaire. Leur but était d'étudier la prévalence des IST en population générale afin de vérifier les critères de dépistages évoqués précédemment et d'adapter le

dépistage à de nouvelles structures de soins et populations. La réflexion autour de la pertinence de l'auto-prélèvement vaginal faisait aussi son entrée ^[9].

En septembre 2018, dans la continuité de l'évaluation effectuée en 2003 et des études pilotes menées en population générale, la HAS publia une réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Ct et à NG ^[11]. Son objectif principal étant d'effectuer un état des lieux de la mise en œuvre des recommandations de 2003, ainsi que d'en identifier les freins et leviers potentiels. Parallèlement, une revue de la littérature des recommandations européennes et internationale a été menée.

Ainsi, dans sa réévaluation de 2018, l'HAS évoque de nouveaux lieux de dépistage, plus accessibles. Les CDAG et les DAV ont été remplacés par les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage, et de Diagnostic (CeGIDD). Les Services de Santé Universitaires (SSU) et les cabinets de médecine générale et de gynécologie sont désormais évoqués comme lieux de dépistage. La HAS nomme également un nouvel acteur au centre du dépistage : la sage-femme ^[10].

1.2 Physiopathologie des infections à Chlamydia trachomatis (Ct) et Neisseria gonorrhoeae (NG)

1.2.1 Infections à Chlamydia trachomatis

L'infection à Ct est une infection sexuellement transmissible fréquente commise par une bactérie intracellulaire. Sa transmission est ascendante ^[11].

Son incidence est en nette progression ces dernières années. Entre 2017 et 2019, le nombre de diagnostics à Ct a augmenté de 29%. Cette hausse est d'autant plus marquée chez les femmes âgées de 15 à 24 ans avec une augmentation de plus de 40%. Aujourd'hui les infections à Ct touchent 1,6% des femmes et 3,6% des 18-25 ans ^[6].

Bien que plus de la moitié de ces infections soient asymptomatiques, celles-ci peuvent avoir un retentissement sévère [14]. L'infection à Ct chez la femme est principalement responsable d'une chlamydie génitale pouvant se manifester par de multiples atteintes génitales. Elle peut également se traduire par des brûlures vulvaires/urinaires, des écoulements vaginaux anormaux, des douleurs dans le bas ventre ainsi qu'une fébricule. En l'absence de guérison spontanée, elle peut être responsable d'inflammations pelviennes, de salpingites, grossesses extra-utérines (GEU), d'une stérilité... En cas d'infection pendant la grossesse, des séquelles néonatales peuvent être retrouvées, notamment des conjonctivites et pneumopathies [11].

Le caractère asymptomatique de cette infection n'incite donc pas au dépistage spontané malgré des conséquences pouvant être graves. D'où l'importance de la mise en place de dépistages systématiques et/ou ciblés.

1.2.2 Infections à *Neisseria gonorrhoeae*

L'infection à NG est une infection sexuellement transmissible pouvant être associée à l'infection à Ct (2 à 24% des cas) [15]. L'infection à NG multiplie également le risque de transmission et de réception du VIH d'un facteur 3 à 6 [18].

En 2016, 49 628 infections à NG ont été biologiquement diagnostiquées en France, soit une augmentation d'un facteur 3,3 depuis 2012 [12]. Il existe une prédominance des infections à NG chez les hommes mais les infections chez la femme restent possibles. Les femmes âgées de 15 à 24 ans restent les plus concernées par les infections à NG. En effet, en 2016, on retrouvait environ 0,3% d'infections à Ct chez les 15-24 ans contre 0,05% chez les 25-59 ans (Annexe 2) [12].

Comme pour Ct, NG est principalement asymptomatique [16]. Lorsqu'elle est symptomatique, l'infection à NG se traduira chez la femme par des signes aspécifiques tels que des cervico-vulvo-vaginites, brûlures mictionnelles, dyspareunies, pesanteurs pelviennes... En cas d'infection pendant la grossesse, des séquelles néonatales peuvent être retrouvées, notamment une cécité [17] ; [11].

L'augmentation du nombre de contaminations à Ct et NG constatée en 2016 peut être expliquée par une sous-estimation des résultats de 2012, une amélioration des pratiques de dépistage (meilleure sensibilité des tests utilisés), une augmentation du nombre de tests effectués mais probablement également par une augmentation de l'incidence [12].

1.3 Dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*

1.3.1 Recommandations de pratique clinique ANAES 2003

Les premières recommandations françaises en matière de dépistage des infections à Ct ont été publiées en 2003 par l'ANAES. Elles recommandaient alors d'effectuer un dépistage systématique opportuniste des patients sexuellement actifs. En particulier chez les hommes et femmes consultant dans les CPEF, CDAG, DAV et centre d'IVG car considérées comme populations à risque d'IST. Un dépistage ciblé était également indiqué en cas de multipartenariat, sans limite d'âge. La méthode de dépistage recommandée était la biologie moléculaire par amplification mais le type de prélèvement d'était pas précisé [9].

1.3.2 Recommandations de pratique clinique CNGOF 2007

En 2006, un numéro spécial du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire sur le dépistage des infections à Ct fut publié. Celui-ci relevait notamment l'efficacité de la technique de l'auto-prélèvement dans le cadre du dépistage des infections à Ct et NG ainsi que sont acceptabilité.

Suite à ces constatations, le CNGOF publia alors en 2007 de nouvelles recommandations concernant le dépistage de Ct et des mycoplasmes. Le principal facteur de risque retenu pour les infections à Ct était le jeune âge (15 à 25 ans) chez le sujet sexuellement actif. Le CNGOF recommandait alors d'effectuer ce dépistage, en association avec NG, chez les jeunes de 15 à 25 ans sexuellement actif par un

test biologique d'amplification sur premier jet d'urines ou auto-prélèvement vaginal [60].

1.3.3 Facteurs de risque

Depuis ces 20 dernières années, les connaissances en matière de transmission d'infections sexuellement transmissibles n'ont cessé de progresser. Nous savons maintenant que certaines populations et certaines pratiques sexuelles sont plus à risque de transmission et de développement d'IST. Pour le dépistage de Ct et NG, les critères de risque retenus par la HAS 2018 sont les suivants :

- Femmes sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans, y compris les femmes enceintes [9] ; [11] ;
- Femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge [20] [21] [22] [23] [24].
- Femmes présentant les facteurs de risque suivants : multi-partenariat (> 2 par an), changement de partenaire récent (< 12 mois), partenaire diagnostiqué positif à une IST, antécédent personnel d'IST, mauvais usage du préservatif, population carcérale/militaire, victime d'agression sexuelle/viol, prostitution [24] [25] [26] [27] [28]

1.3.4 Recommandations de pratique clinique HAS 2018

Dans le but de réduire le portage et la transmission des infections à Ct et NG ainsi que de réduire le taux de complications graves, la HAS effectua en 2018 une réévaluation des recommandations de l'ANAES 2003. Depuis, il est donc recommandé par la HAS de rechercher la Ct et la NG dans les cas suivants [11] :

- Dépistage systématique chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives, y compris les femmes enceintes.
- Dépistage ciblé chez les femmes enceintes consultant pour une IVG sans limite d'âge.
- Dépistage ciblé chez les femmes présentant un ou des facteurs de risque (cités ci-dessus)
- Dépistage ciblé chez les femmes consultant pour une pose de dispositif intra-utérin (DIU) ou système intra-utérin (SIU) si âgées de moins de 25 ans et/ou nullipares et/ou présentant des facteurs de risque.

La technique utilisée sera un test d'amplification des acides nucléiques par Polymerase Chain Reaction (PCR) [30]. Cette PCR s'effectuera en premier lieu sur un prélèvement vaginal (PV) : auto-prélèvement ou prélèvement par un clinicien. L'auto-prélèvement vaginal doit être proposé systématiquement afin d'augmenter le recours au dépistage. Ses performances cliniques sont identiques au prélèvement par le clinicien (sensibilité de 95 à 100% - Annexe 2) [11] ; [31] ; [32] ; [33] ; [34]. Contrairement aux recommandations du CNGOF de 2007 [60], le prélèvement urinaire (PU) n'est plus recommandé en première intention. Il est à réserver aux situations d'impossibilité de réaliser un prélèvement vaginal, car moins efficace (sensibilité de 91,6 à 98% - Annexe 2) [11] ; [39] ; [40].

L'auto-prélèvement est la méthode la plus acceptée par les patientes et est facile à réaliser [33] ; [35] ; [36] ; [37] ; [38]. Il s'agit de la méthode préférée des patientes [38]. Néanmoins, certaines décrivent quelques difficultés rencontrées comme des difficultés à l'insertion de l'écouvillon, des douleurs et de l'inconfort [35].

En cas de résultat négatif, il est recommandé de réitérer annuellement ce dépistage en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire ou en présence de facteurs de risque [11].

1.3.5 Impact de la Covid-19 sur le dépistage des IST

Suite à l'arrivée de la Covid-19 en France et au premier confinement, le nombre de sérologies VIH et le taux de dépistage des infections bactériennes ont chuté. En effet, on note une diminution de 56% sur la période de février à avril 2020. Malgré la levée du confinement sur la période estivale, ce faible taux de dépistage n'a pas été rattrapé [51]. Il est donc très important aujourd'hui d'inciter au maximum le dépistage.

1.3.6 Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024

La feuille de route de la stratégie nationale pour la santé sexuelle 2021-2024 s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle pour 2017-2030. Elle définit à l'horizon 2030 les grandes orientations nationales, au niveau interministériel, en faveur d'une meilleure santé sexuelle.

La place de la sage-femme et son rôle dans le dépistage et la prévention des IST est rappelée dans cette feuille de route publiée en décembre 2021 par le ministère des solidarités et de la santé. Son objectif est de réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves, y compris chez les populations clés, c'est-à-dire, les jeunes ainsi que les populations vulnérables et exposées. Elle passe par plusieurs actions dont le renforcement de la lutte contre les épidémies d'IST en diversifiant l'accès au dépistage et aux outils de prévention. C'est-à-dire, faciliter le dépistage en simplifiant le parcours ainsi que faciliter l'accès aux traitements... [50]

1.4 Prise en charge des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae

Lorsqu'une infection à Ct et/ou NG est diagnostiquée, il est important de rapidement mettre en place un traitement antibiotique afin de prévenir les formes graves. La personne infectée ne doit pas négliger la notification aux partenaires récents (< 12 mois) afin que ceux-ci puissent également se faire dépister et débiter un traitement probabiliste [9] ; [24] ; [41] ; [43].

1.4.1 Traitement de l'infection à Chlamydia trachomatis isolée

En population générale, l'infection à Ct sera traitée en première intention par doxycycline 100 mg deux fois par jour pendant 7 jours ou azithromycine 1g dose unique [9] ; [26] ; [41] ; [24] ; [42] ; [43] ; [55]. Chez la femme enceinte, l'infection à Ct sera traitée par azithromycine 1g dose unique ou érythromycine 500 mg deux fois par jour pendant 14 jours. À noter que la doxycycline est contre-indiquée chez la femme enceinte [24] ; [41].

1.4.2 Traitement de la co-infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae

En population générale, l'infection à Ct associée à NG sera traitée par ceftriaxone 1g mg IM ou IV + doxycycline 200 mg par jour pendant 7 jours ou azithromycine 1g dose unique [41] ; [43] ; [55].

1.4.3 Traitement de l'infection à Neisseria gonorrhoeae isolée

En population générale, le principe du traitement de l'infection à Neisseria gonorrhoeae est identique au traitement de la co-infection à Ct et NG. En effet, lors d'une infection à NG, un traitement probabiliste de l'infection à Ct sera systématiquement associé au traitement antigonococcique [13].

1.4.4 Surveillance et contrôle post-traitement

Une visite de contrôle 1 mois post-traitement est recommandée. Un prélèvement de contrôle devra être effectué en cas de risque de récurrence, c'est-à-dire, en cas de mauvaise observance du traitement, de persistance des symptômes et/ou de traitement inadapté. Il est également recommandé d'effectuer un prélèvement de contrôle après traitement chez la femme enceinte. Celui-ci devra être effectué conformément aux recommandations et au plus tôt dans les 3 à 5 semaines post-traitement [44] ; [45] ; [46].

1.5 Compétences gynécologiques des sages-femmes

1.5.1 Loi HSPT du 21 juillet 2009

Depuis la loi HSPT du 21 juillet 2009, les compétences des sages-femmes ont évolué. Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des consultations de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé. Par conséquent, elles sont donc amenées à effectuer le dépistage des infections sexuellement transmissibles chez leurs patientes ^[49].

1.5.2 Loi Rist du 26 avril 2021

Devant les problématiques liées à l'augmentation du taux de diagnostic d'IST et afin de permettre un gain de temps et une facilitation de prise en charge, l'article L.41551-4 du code civil (loi Rist du 26 avril 2021) donne la possibilité aux sages-femmes d'étendre le dépistage des IST aux partenaires de leurs patientes. Depuis le 05 mars 2022 et les décrets associés, les sages-femmes peuvent également traiter les IST dont Ct et NG chez leurs patientes ainsi que leurs partenaires asymptomatiques ^[54].

Nous noterons que ce décret fut publié après la réalisation de notre étude. Ces nouveautés ne sont donc pas prises en compte dans notre questionnaire.

2 Matériel et méthodes

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles est un sujet d'actualité de par la progression du nombre de cas d'infections ces dernières années mais aussi de par la chute du recours au dépistage ^[50]. En 2018, lors de la publication de sa réévaluation de stratégie de dépistage des infections à Ct par la HAS, un nouvel acteur de cette prévention est mis en lumière : la sage-femme. C'est la première fois que les sages-femmes sont citées comme actrices dans la prévention des infections sexuellement transmissibles, bien qu'autorisées à pratiquer ces dépistages depuis 2009. La place de la sage-femme dans ces dépistages est rappelée en décembre 2021 lors de la publication d'une feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 par le ministère des solidarités et de la santé.

Nous avons donc pensé qu'il était pertinent, d'étudier les pratiques des sages-femmes en matière de dépistage d'infections sexuellement transmissibles.

C'est ainsi que nous nous sommes demandé comment le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae est effectué par les sages-femmes libérales chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans ?

2.1 Hypothèses

Pour répondre à cette question, les hypothèses suivantes ont été avancées :

- Les sages-femmes libérales proposent systématiquement le dépistage du Ct et de NG aux patientes âgées de 15 à 24 ans sexuellement actives.
- Lors de la prescription du dépistage du Ct et de NG chez une jeune femme sexuellement active âgée de 15 à 24 ans, les sages-femmes libérales prescrivent en premier lieu une PCR par auto-prélèvement vaginal.

2.2 Objectifs

Le but de ce mémoire était d'étudier la pratique du dépistage des infections à Ct et NG par les sages-femmes libérales conformément aux recommandations de la HAS 2018 et d'identifier les éventuels freins à ce dépistage.

Secondairement, nous avons choisi d'étudier le rôle que les sages-femmes libérales pensent avoir en matière de prévention des IST.

2.3 Type d'étude

Afin de répondre à notre problématique, une étude descriptive par questionnaires a été réalisée auprès des sages-femmes libérales de France métropolitaine ayant renseigné leur courriel sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF).

2.4 Population d'étude

2.4.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient : être sage-femme libérale en France Métropolitaine et exercer une activité gynécologique et/ou obstétricale et/ou d'orthogénie.

2.4.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient : l'absence de renseignement d'une adresse mail sur le site internet du CNOSF par choix ou par contrainte.

2.5 Outils méthodologiques et analyses statistiques

Au total, le questionnaire a été envoyé par e-mail à 4737 sages-femmes libérales. Les adresses mails ont été recueillies auprès de l'annuaire des sages-femmes libérales du CNOSF. 858 questionnaires ont été reçus dont 708 étaient analysables. Soit un taux de réponse de 14,94%.

L'envoi des questionnaires a été effectué sur une période de 3 mois (mi-juin à mi-septembre 2021), via mailjet, une solution d'e-mailing permettant l'envoi d'un grand nombre d'e-mail et permettant d'effectuer leur suivi en temps réel (nombre de mails ouverts, nombre de mails cliqués, échecs d'envoi...).

La description et l'analyse des résultats ont été permises par l'utilisation de l'outil d'enquête « LimeSurvey » ainsi que du logiciel tableur « Microsoft Excel ». Les calculs effectués étaient des calculs de proportions, exprimés en pourcentages.

Les questions ouvertes ont été analysées à l'aide d'une grille d'évaluation permettant de dégager les thèmes récurrents. Devant des effectifs suffisants, certains résultats ont pu donner lieu à des calculs de proportions, exprimés en pourcentages.

2.6 Variables

Notre questionnaire était divisé en plusieurs parties. Dans la première partie, des questions à choix unique ou multiples ainsi qu'une question ouverte nous ont permis de décrire la population de sages-femmes interrogées. Les variables recueillies étaient les suivantes : activité(s) professionnelle(s) (question 1), sexe (question 2), âge (question 3), année de diplôme (question 4), années d'exercice en libéral (question 5), département d'exercice (question 6), proportion de patientèle âgée de moins de 25 ans (question 7).

Dans la seconde partie de notre questionnaire, des questions à choix unique, multiples et des questions ouvertes étaient proposées aux sages-femmes. Cette partie cherchait à évaluer les pratiques professionnelles des SF en termes de dépistage des infections à Ct et NG. Les variables recueillies étaient les suivantes : fréquence de dépistage (questions 8, 10, 12), indications de dépistage (questions 9, 11, 13), méthode de dépistage (questions 14, 15), efficacité du dépistage (question 16), acceptabilité du dépistage (question 17)

La troisième partie de notre questionnaire traitait du rôle que pensaient avoir les sages-femmes en matière de prévention des IST. Les questions posées aux sages-femmes étaient des questions à choix unique et des questions ouvertes. Les variables recueillies étaient les suivantes : prévention auprès des mères de patientes âgées de 15 à 24 ans (questions 18-21).

Enfin, dans la dernière partie de notre questionnaire, nous interrogeons les sages-femmes sur les éventuels freins pouvant être rencontrés lors de la prescription d'un dépistage des infections à Ct et NG en s'appuyant sur les recommandations de la HAS 2018. Il s'agissait d'une question ouverte.

Le questionnaire était constitué selon un cheminement conditionnel. C'est-à-dire que le parcours de questions était dépendant des réponses précédentes apportées.

2.7 Obligations éthiques et réglementaires

La réponse en ligne de ces sages-femmes au questionnaire valait pour consentement à la participation à cette étude. Les données recueillies étaient anonymes et seront détruites à la fin de notre analyse.

Ce travail de fin d'études a été présenté à la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) de l'université Versailles Saint-Quentin (UVSQ) et soumis à un logiciel anti-plagiat. Une charte anti-plagiat a été également été signée.

3 Résultats

3.1 Description générale de la population d'étude

Cette étude s'adressait aux sages-femmes libérales de France métropolitaine exerçant une pratique de gynécologie et/ou d'obstétrique et/ou d'orthogénie.

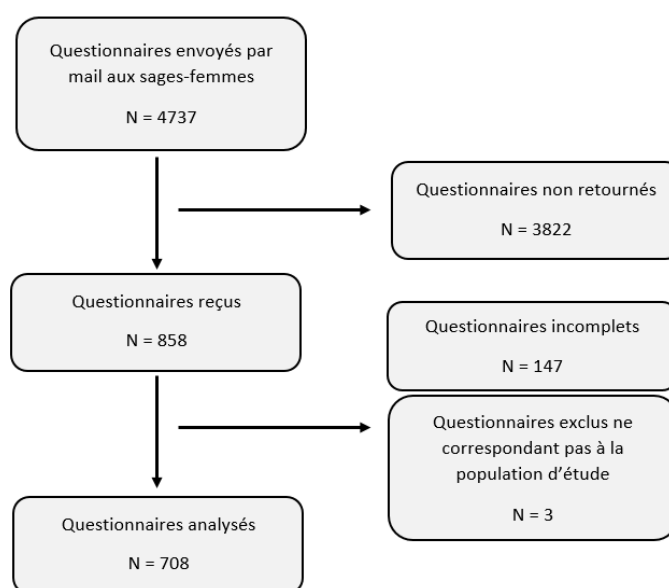


Figure 1 : diagramme des flux

4737 questionnaires ont été envoyés par e-mail aux sages-femmes libérales ayant renseigné leur adresse sur le site internet du CNOSF. 858 de ces questionnaires nous ont été retournés. Parmi ceux-ci, 147 ont été écartés car incomplets et 3 autres exclus car ne correspondant pas à la population d'étude. Finalement, 708 questionnaires ont donc pu être analysés.

3.1.1 Profil des sages-femmes

Nous avons débuté notre questionnaire par des questions d'ordre général permettant d'établir le profil des sages-femmes participant à notre étude.

3.1.1.1 Genre

Tout d'abord, il était demandé aux sages-femmes de s'identifier à un genre : féminin, masculin ou autre.

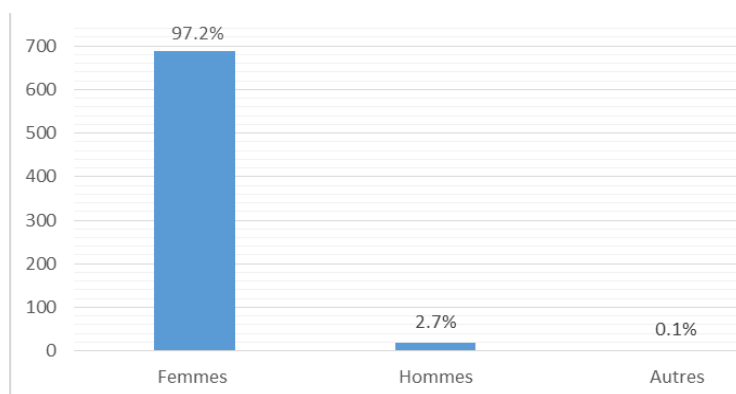


Figure 2 : genre, n=708

Nous pouvons donc constater que notre population d'étude est représentée par des femmes à 97,2%. Les hommes représentaient 2,7% de la population.

3.1.1.2 Âge

Ensuite, il était demandé aux sages-femmes de renseigner leur âge. Celui-ci a par la suite été intégré dans des tranches permettant de faciliter la présentation des résultats.

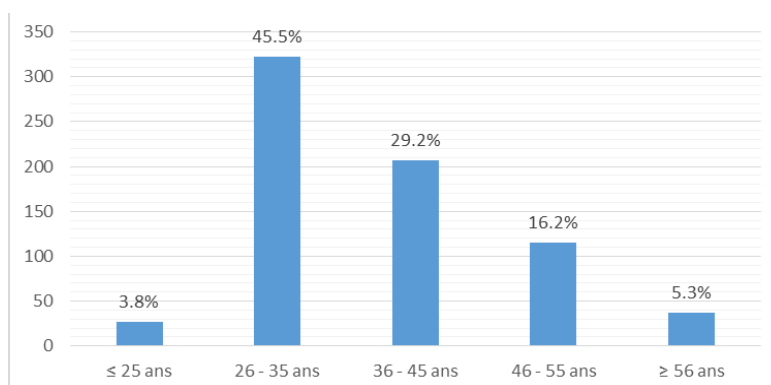


Figure 3 : âge par tranches, n=708

La tranche d'âge majoritairement représentée l'étude est 26-35 ans (45.5%), suivi par les sages-femmes âgées de 36 à 45 ans (29.2%) puis les sages-femmes âgées de 46 à 55 ans (16.2%) et enfin les sages-femmes de plus de 56 ans (5.3%) et de moins de 26 ans (3.8%).

3.1.1.3 Année de diplôme

Enfin, nous leur demandions leur année de diplôme.

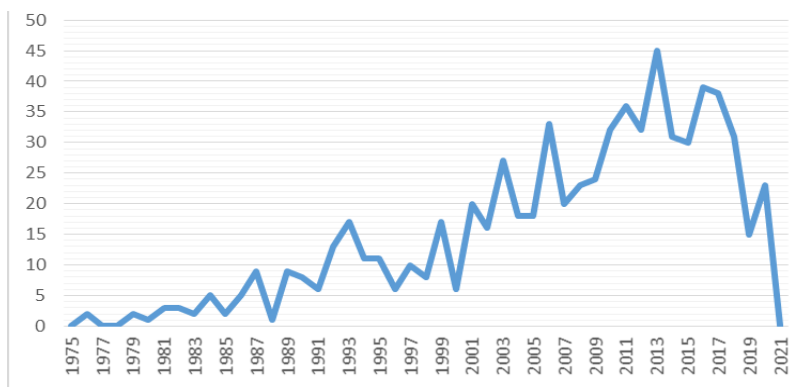


Figure 4 : année de diplôme, n=708

Les sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme entre 1976 et 2020.

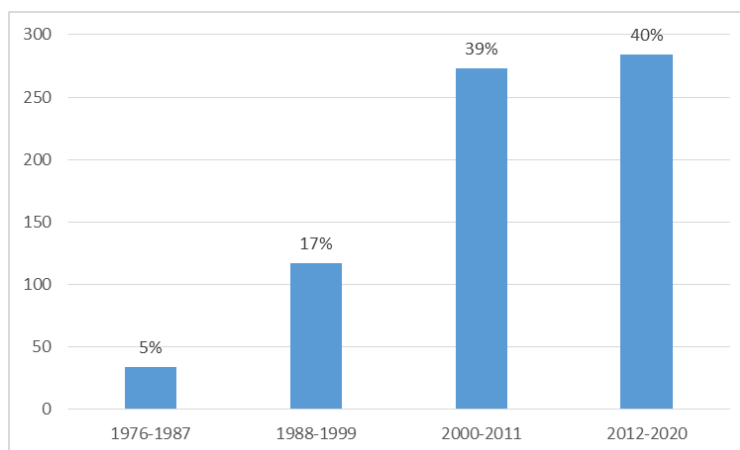


Figure 5 : répartition année de diplôme, n=708

Nous pouvons que 40% des sages-femmes sont diplômées depuis 10 ans ou moins, 39% sont diplômées depuis 11 à 22 ans, 17% depuis 23 à 34 ans et 5% depuis 35 ans ou plus. La moyenne d'années d'exercice était de 15 ans tandis que la médiane plaçait le nombre d'années d'exercice à 13 ans.

3.1.1.4 Nombre d'années d'exercice en libéral

Pour poursuivre, les sages-femmes devaient indiquer leur nombre d'années d'exercice en libéral. Ces données ont par la suite été classées en tranches pour faciliter la lecture des résultats.

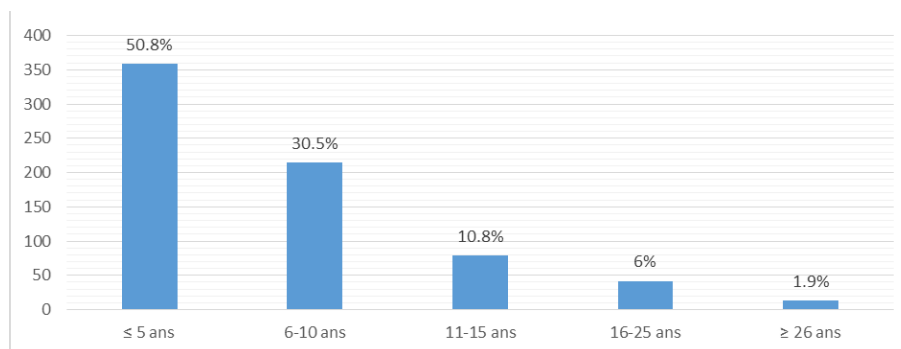


Figure 6 : nombre d'années d'exercice en libéral par tranches, n=708

Plus de la moitié (50.8%) ayant répondu à notre questionnaire exerçait donc en libéral depuis 5 ans ou moins. 30.5% des sages-femmes de notre étude exerçaient en libéral depuis 6 à 10 ans, 10.8% depuis 11 à 15 ans et enfin 7.9% depuis 16 ans au moins.

3.1.2 Activité professionnelle des sages-femmes

3.1.2.1 Territoire d'exercice

Ensuite, les questions concernaient l'activité professionnelle des sages-femmes.

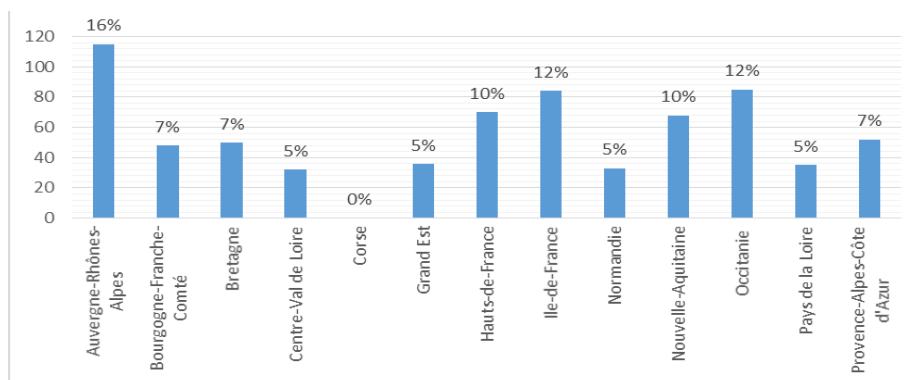


Figure 7 : région d'exercice, n=708

Les départements d'exercice ont été regroupés en régions pour la présentation des résultats. Les régions les plus représentées sont respectivement l'Auvergne-Rhône-Alpes (16%), l'Île-de-France (12%) et l'Occitanie (12%). Nous noterons que certains départements n'ont pas été représentés par l'absence de réponse au questionnaire. Les départements concernés sont les suivants : Cher, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Gers, Indre, Lot, Lozère, Haute-Marne, Vienne, Haute-Vienne.

3.1.2.2 Type d'exercice

Pour participer à notre étude, les sages-femmes devaient au moins effectuer une activité de gynécologie ou de suivi de grossesse ou d'orthogénie (IVG). Nous leur avons donc demandé quelle(s) activité(s) elles exerçaient parmi celles-ci.

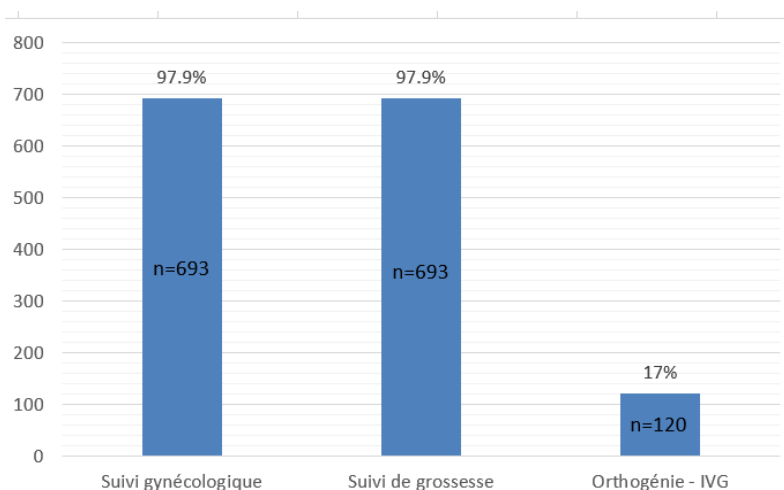


Figure 8 : type d'exercice, n=708

Nous pouvons donc constater qu'une grande majorité exerçait alors une activité mixte de suivi gynécologique et de suivi de grossesse. La part de sages-femmes exerçant de l'orthogénie était quant à elle de 17%.

Voici donc plus précisément un tableau détaillant les types d'exercices rencontrés :

Type d'exercice	N	%
Gynécologie + obstétrique	567	80.1%
Gynécologie + obstétrique + IVG	113	16.0%
Obstétrique uniquement	13	1.8%
Gynécologie uniquement	8	1.1%
Gynécologie + IVG	5	0.7%
IVG uniquement	2	0.3%

Tableau 1 : répartition des types d'exercices, n=708

Notre population d'étude se composait donc à 96,1% des sages-femmes exerçant à la fois de la gynécologie et de l'obstétrique. Parmi celles-ci, 16% exerçaient également de l'orthogénie.

3.1.3 Formations complémentaires

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles possédaient des formations ajoutées à leur diplôme d'état.

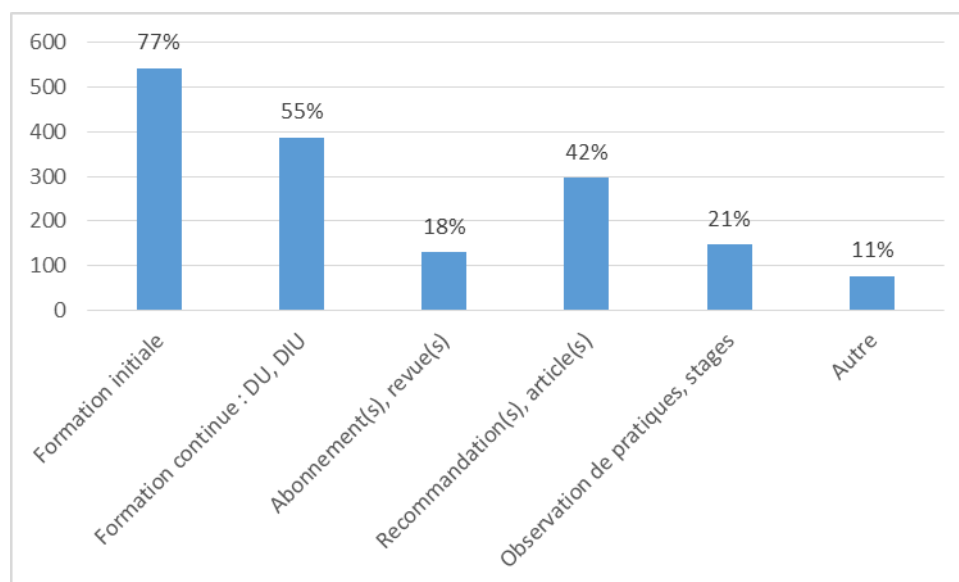


Figure 9 : formations complémentaires des SF, n=708

Concernant leurs formations, 77% des sages-femmes disaient disposer de leur formation initiale (14% disposaient de leur formation initiale uniquement). 55% étaient titulaires d'un diplôme universitaire (DU) ou diplôme interuniversitaire (DIU). Les DU/DIU plus cités étaient les DU de gynécologie préventive et contraception, régulation des naissances et prévention sexuelle. 42% disaient se former via des recommandations et articles, 21% par des stages, 18% par des abonnements et revues. Les sages-femmes ayant répondu « autre » évoquaient principalement des formations effectuées par des laboratoires ou via l'association « formagyn ».

3.1.4 La patientèle

Nous avons demandé aux sages-femmes d'estimer le pourcentage de leur patientèle âgé de 15 à 24 ans parmi 4 tranches.

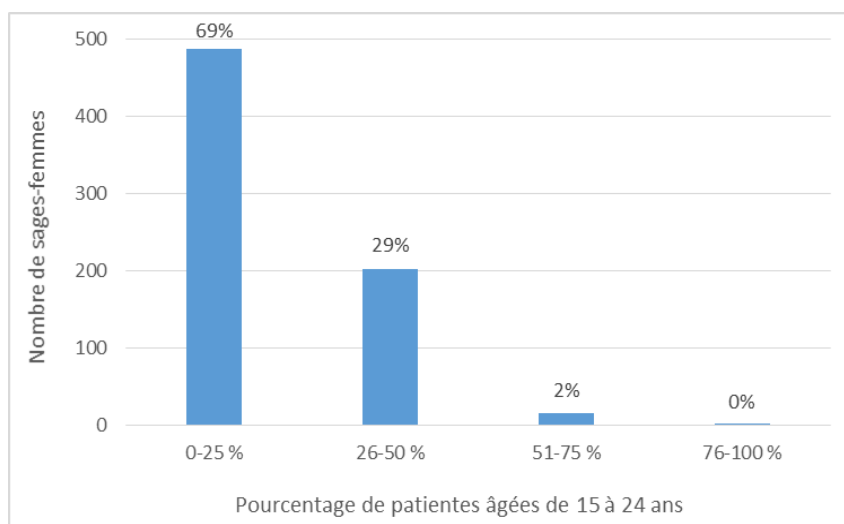


Figure 10 : proportion estimée de patientèle âgée de 15 à 24 ans, n=708

Nous pouvons donc voir que 69% des sages-femmes interrogées indiquaient que les jeunes âgées de 15 à 24 ans représentaient moins de 26% de leur patientèle. 29% des sages-femmes indiquaient que les jeunes âgées de 15 à 24 ans représentaient 26 à 50% de leur patientèle tandis que 2% indiquaient que les jeunes âgées de 15 à 25 ans représentaient 51 à 75% de leur patientèle. Aucune sage-femme n'avait indiqué que les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 76 à 100% de leur patientèle.

3.2 Fréquence de dépistage

Nous avons demandé aux sages-femmes à quelle fréquence elles proposaient le dépistage des infections à Ct et NG chez les jeunes âgées de 15 à 24 ans selon le contexte de consultation.

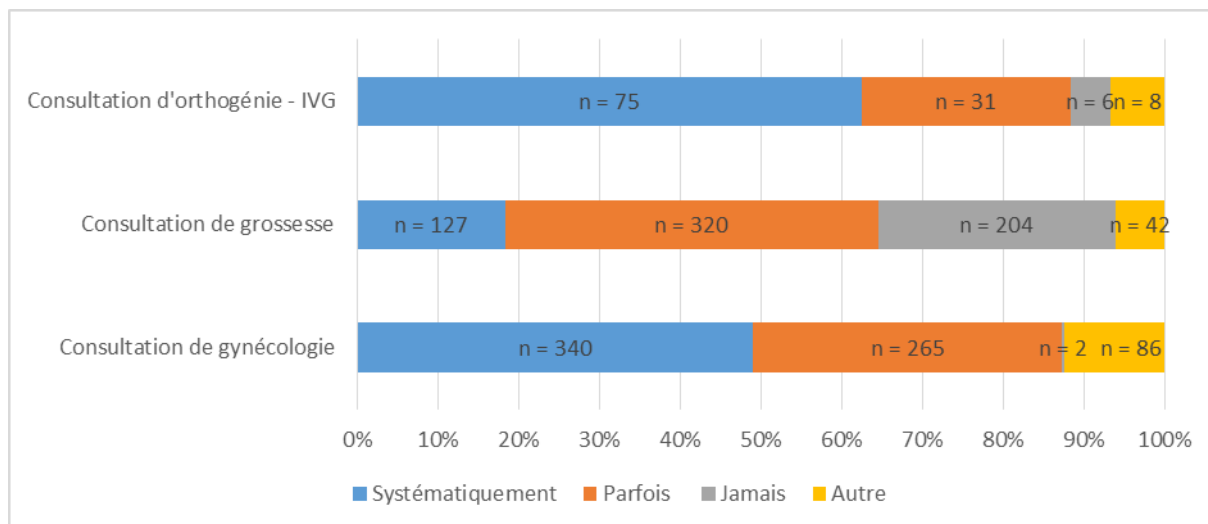


Figure 11 : fréquence de proposition de dépistage selon le contexte de consultation, n=708

Nous pouvons constater que la proposition de dépistage était systématique dans 62,5% des cas lors d'une consultation d'IVG contre 49,1% lors d'une consultation de suivi gynécologique et 18,3% lors d'une consultation de suivi de grossesse.

La proposition de dépistage était inconstante dans 49,1% des consultations de suivi gynécologique, 46,2% des consultations de suivi de grossesse et 25,8% des consultations d'IVG.

La proposition de dépistage n'était jamais effectuée dans 29,4% des consultations de suivi de grossesse, 5% des consultations d'IVG et 0,3% des consultations de suivi gynécologique.

Quand les sages-femmes avaient répondu « autre », celles-ci faisaient essentiellement référence à des indications de dépistage que nous retrouverons un peu plus loin.

Nous avons vu précédemment que de nombreuses sages-femmes exerçaient plusieurs types d'activités simultanément. Nous avons alors regardé si la fréquence de proposition de dépistage était identique pour une même sage-femme au sein de ses différentes pratiques ou si la proposition de dépistage dépendait du type d'exercice (obstétrique, gynécologie ou IVG). Finalement, peu de sages-femmes (14%) proposaient le dépistage de Ct et NG systématiquement dans toutes leurs consultations avec des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans (gynécologie, obstétrique et orthogénie confondues).

Dans le cas où les sages-femmes avaient répondu parfois à la question précédente, une nouvelle question à choix multiple leur était proposée afin qu'elles puissent nous faire part des indications pour lesquelles elles prescrivait alors ce dépistage.

Lorsque non fait systématiquement, les principales indications de prescription d'un dépistage dans le cadre d'une **consultation de gynécologie** étaient les suivantes :

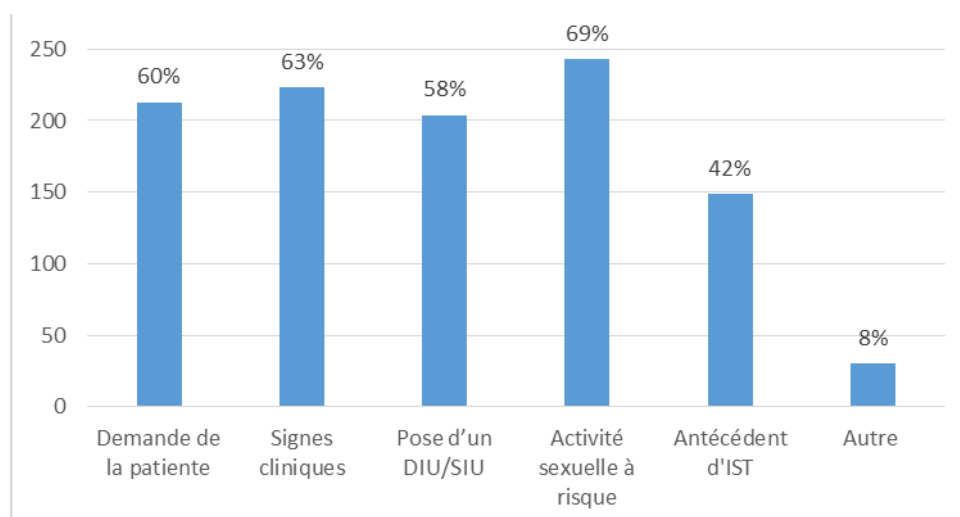


Figure 12 : indications de dépistage lors d'une consultation de gynécologie, n=353

Les indications les plus retrouvées étaient donc l'activité sexuelle à risque (69%) puis les signes cliniques (63%) suivie la demande de la patiente (60%) puis la pose d'un DIU/SIU (58%) et enfin lors d'un antécédent d'IST (42%). Les sages-femmes ayant répondu « autre » évoquaient principalement le changement de partenaire, c'est-à-dire lors d'une activité sexuelle à risque.

Lorsque non fait systématiquement, les principales indications de prescription d'un dépistage dans le cadre d'une **consultation d'obstétrique** étaient les suivantes :

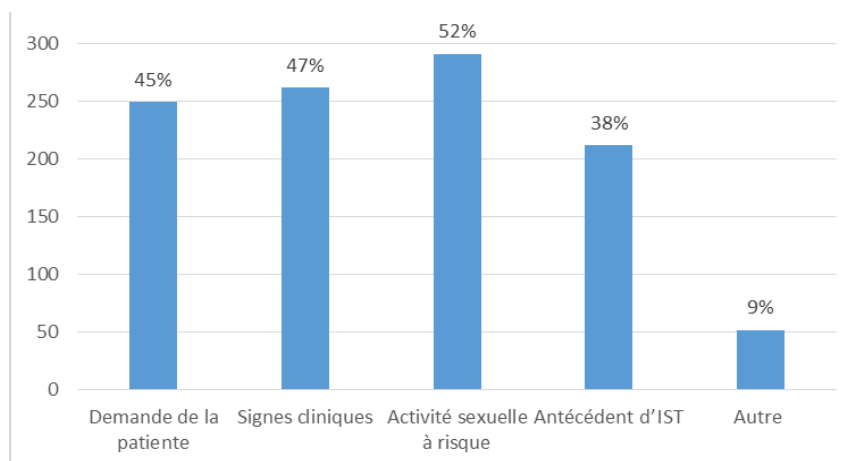


Figure 13 : indications de dépistage lors d'une consultation d'obstétrique, n=556

Les indications les plus retrouvées étaient donc l'activité sexuelle à risque (52%) puis les signes cliniques (47%) puis la demande de la patiente (45%) et enfin lors d'un antécédent d'IST (42%). Les sages-femmes ayant répondu « autre » évoquaient principalement les rapports non protégés/retrait du préservatif et le changement de partenaire, c'est-à-dire lors d'une activité sexuelle à risque.

Lorsque non fait systématiquement, les principales indications de prescription d'un dépistage dans le cadre d'une **consultation d'orthogénie** étaient les suivantes :

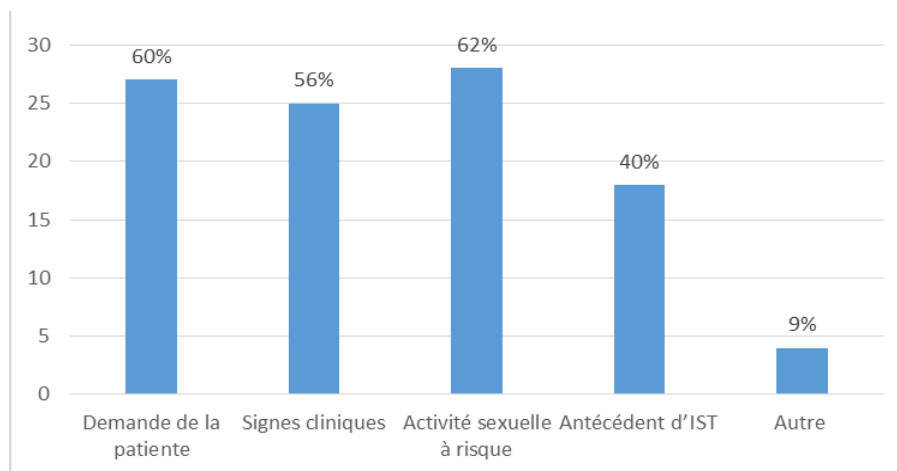


Figure 14 : indications de dépistage lors d'une consultation d'IVG, n=45

Les indications les plus retrouvées étaient donc l'activité sexuelle à risque (62%) puis la demande de la patiente (60%) puis les signes cliniques (56%) et enfin lors d'un antécédent d'IST (42%). Les sages-femmes ayant répondu « autre » évoquaient le changement de mode de contraception, le retrait du préservatif et le changement de partenaire, c'est-à-dire lors d'une activité sexuelle à risque.

3.3 Méthode de dépistage

Il était demandé aux sages-femmes d'indiquer la méthode qu'elles prescrivaient préférentiellement dans le cadre d'un dépistage de Ct et NG.

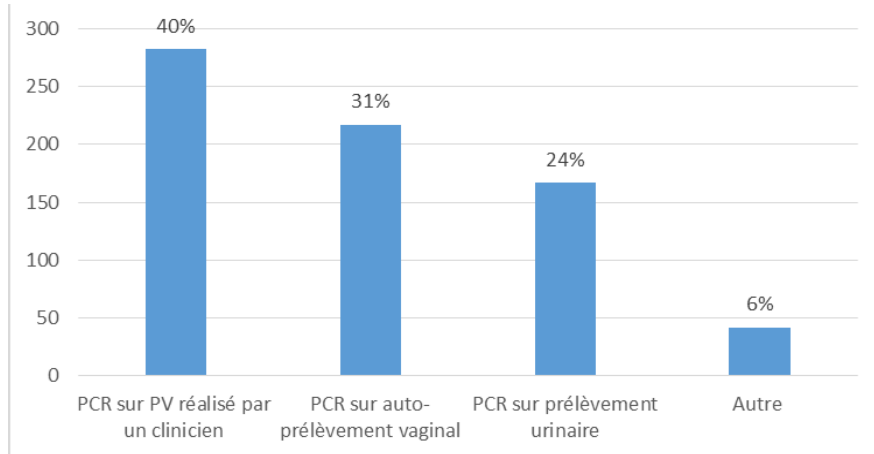


Figure 15 : méthode de dépistage prescrite préférentiellement par les SF, n=708

Les sages-femmes ont donc répondu prescrire en premier lieu un prélèvement vaginal réalisé par un clinicien dans 40% des cas. Venait ensuite l'auto-prélèvement vaginal (31%) puis le prélèvement urinaire (24%). Les sages-femmes ayant répondu « autre » évoquaient principalement la prescription des trois méthodes en laissant le choix à la patiente. Néanmoins d'autres méthodes ont pu être citées telles que la prescription d'une sérologie Chlamydia, l'auto-prélèvement de gorge...

Nous avons alors demandé aux sages-femmes, par une question ouverte, quelles étaient leurs motivations à prescrire une méthode de dépistage plutôt qu'une autre.

Voici les motivations des 282 sages-femmes prescrivant préférentiellement une PCR sur PV réalisé par un clinicien :

	Effectif	Pourcentage
Respect des recommandations / plus fiable	102	36%
Facile car réalisé au cours de l'examen gynécologique	65	23%
Autre : préférence de la patiente, SF n'étant pas à l'aise avec les autres méthodes...	34	12%
Modalités techniques : autres méthodes non acceptées par labo	31	11%
Permet de s'assurer de la qualité du prélèvement	30	11%
Par habitude	20	7%

Tableau 2 : motivations à prescrire une PCR sur PV par clinicien, n= 282

Les sages-femmes qui prescrivaient en premier lieu le dépistage de Ct et NG par PCR sur PV réalisé par un clinicien évoquaient une méthode plus fiable et/ou recommandée dans 36% des cas. Dans 23% des cas, elles évoquaient une facilité à réaliser le prélèvement car réalisé au cours de l'examen gynécologique. Dans 11% des cas, la méthode de prélèvement était soumise aux modalités techniques imposées par les laboratoires ou bien déterminée par la réalisation d'autres examens concomitants (prélèvement vaginal classique). 11% des sages-femmes évoquaient préférer effectuer elles-mêmes le prélèvement afin de s'assurer qu'il soit réalisé et de bonne qualité. Dans 7% des cas les sages-femmes disaient effectuer ce prélèvement par habitude. 12% des sages-femmes ont répondu « autre ». Elles évoquaient entre-autres une préférence de la patiente pour le PV réalisé par le clinicien (peur de mal faire) ou bien ne pas être à l'aise avec les autres méthodes de prélèvement.

Voici les motivations des 217 sages-femmes prescrivant préférentiellement une PCR sur auto-PV :

	Effectif	Pourcentage
Plus facile et acceptable par la patiente / autonomie	104	48%
Évite l'examen gynécologique	67	31%
Respect des recommandations / plus fiable	27	12%
Modalités techniques : autres méthodes non acceptées par labo, manque de matériel...	12	6%
Autre : selon choix patiente, habitudes SF	7	3%

Tableau 3 : motivations à prescrire une PCR sur auto-PV, n=217

Près de la moitié (48%) des sages-femmes qui prescrivait en premier lieu le dépistage de Ct et NG sur auto-PV évoquaient à une méthode plus acceptable, facile à effectuer et permettant de rendre autonome la patiente. Pour 31% des sages-femmes, la prescription de l'auto-prélèvement permettait d'éviter l'examen gynécologique. 12% des sages-femmes disaient suivre les recommandations ou pensaient qu'il s'agissait de la méthode la plus fiable. Dans 6% des cas ce prélèvement était priorisé pour des modalités techniques. 3% des sages-femmes prescrivait l'auto-PV sur demande la patiente ou par habitude.

Voici les motivations des 167 sages-femmes prescrivant préférentiellement une PCR sur auto-PU :

	Effectif	Pourcentage
Permet d'éviter l'examen gynécologique	85	51%
Plus acceptable pour la patiente / autonomisation	35	21%
Selon recommandations / plus fiable	18	11%
Modalités techniques : méthodes préférée/autres non acceptées par labo	16	10%
Plus facile pour la SF	10	6%
Autre	3	2%

Tableau 4 : motivation à prescrire une PCR sur PU, n=167

Plus de la moitié (51%) des sages-femmes qui prescrivait en premier lieu le dépistage de Ct et NG sur PU évoquait la possibilité d'effectuer ce prélèvement sans réaliser d'examen gynécologique. Ce prélèvement était considéré comme plus acceptable pour la patiente dans 21% des cas. 11% des sages-femmes pensaient que le PU était la méthode la plus efficace et/ou recommandée. Dans 10% des cas, la méthode de prélèvement était soumise aux modalités techniques imposées par les laboratoires. Les sages-femmes disaient que ce prélèvement était plus facile à mettre en place pour elles dans 6% des cas.

Nous avons par la suite demandé aux sages-femmes par une question à choix multiple qu'elle(s) étai(en)t selon elles la ou les méthod(e) la(les) plus efficace(s) pour dépister les infections à Ct et NG.

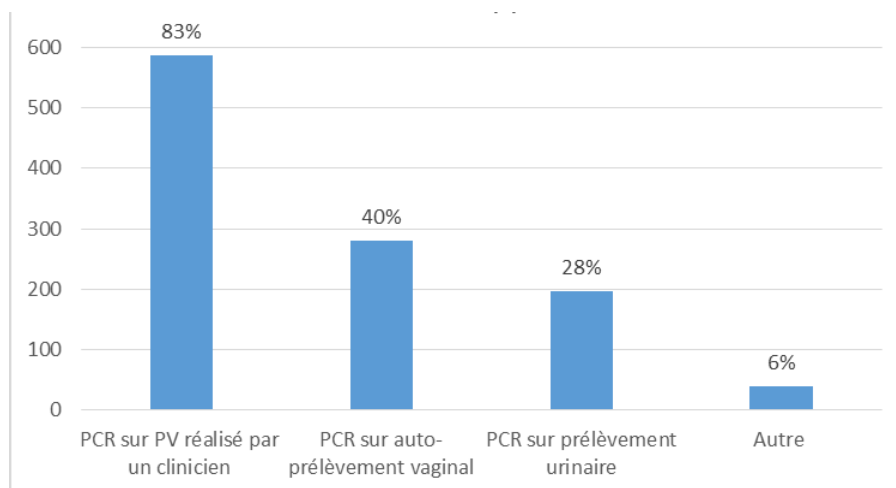


Figure 16 : efficacité supposée des différentes méthodes de dépistage, n=708

83% des sages-femmes avaient donc indiqué penser que le dépistage sur PV réalisé par clinicien était le plus efficace. Vient ensuite l'auto-PV pour 40% des sages-femmes puis le PU pour 28% d'entre elles.

Les sages-femmes avaient la possibilité d'évoquer plusieurs méthodes d'efficacité identique.

METHODE(S) LA(LES) PLUS EFFICACE(S)	Effectif	Pourcentage
PV par clinicien	278	39%
PV + auto PV	158	22%
PV + PU	82	12%
PV par clinicien + auto PV + PU	68	10%
Auto PV	43	6%
PU	36	5%
Autre	32	5%
Auto PV + PU	11	2%

Tableau 5 : méthode(s) de dépistage supposée(s) comme étant la(les) plus efficace(s), n=708

Ainsi, voici donc cette analyse nous permettant d'affiner les résultats précédents. Nous pouvons retenir que 39% des sages-femmes pensaient que le PV par clinicien était la méthode la plus efficace. Pour 22% des sages-femmes le PV et l'auto-PV étaient d'efficacité identique, pour 12% des sages-femmes le PV et le PU étaient d'efficacité identique et pour 10% des sages-femmes les 3 méthodes étaient toutes aussi efficaces. Les sages-femmes ayant répondu « autre » disaient ne pas savoir quelle méthode était la plus efficace.

Nous leur avons également demandé quelle(s) méthode(s) étai(en)t selon elles la(les) plus acceptable(s) pour la patiente.

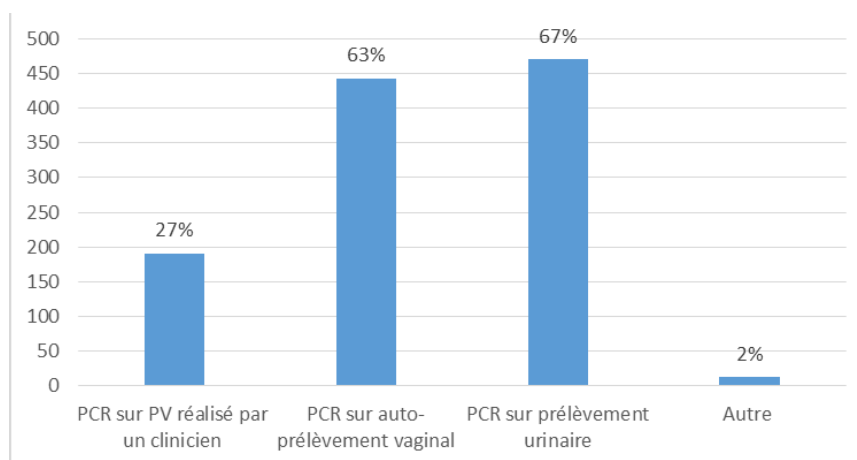


Figure 17 : acceptabilité supposée par la patiente selon la méthode, n=708

De manière générale, le prélèvement urinaire semblait donc être la méthode la plus acceptable pour les patientes à 67%, suivie de près par l'auto-prélèvement vaginal à 63% puis le prélèvement vaginal réalisé par un clinicien à 27%.

Les sages-femmes avaient la possibilité d'évoquer plusieurs méthodes d'acceptabilité identique. Nous avons donc analysé plus précisément leurs réponses :

METHODE(S)	Effectif	Pourcentage
Auto PV + PU	204	29%
PU	171	24%
Auto PV	134	19%
PV par clinicien + auto PV + PU	56	8%
PV + auto PV	49	7%
PV par clinicien	46	6%
PV par clinicien + PU	40	6%
Autre	8	1%

Tableau 6 : méthode(s) de dépistage supposée(s) comme étant la(les) plus acceptable(s) par les patientes, n=708

Nous pouvons donc voir que 29% des sages-femmes interrogées pensaient que l'auto-PV et le PU étaient les 2 méthodes indifféremment les plus acceptables pour les patientes. Secondairement, nous retrouvons le PU, cité à 24% comme étant la méthode la plus acceptable puis l'auto-PV pour 19%. Les 3 méthodes étaient citées comme d'acceptabilité identique dans 8% des cas. Enfin le PV par clinicien était considéré comme moins acceptable (6-7%). Parmi les réponses « autre », nous notons que certaines sages-femmes faisaient référence à une acceptabilité de méthode variable selon le profil de la patiente et les explications reçues.

3.4 Rôle des sages-femmes dans la prévention des IST

Par la suite, nous avons demandé aux sages-femmes le rôle qu'elles pensaient avoir en matière de prévention des IST.

Nous leur avons demandé à quelle fréquence elles abordaient le sujet du dépistage des infections à Ct et NG lors d'une consultation avec une patiente mère de jeune(s) âgée(s) de 15 à 24 ans.

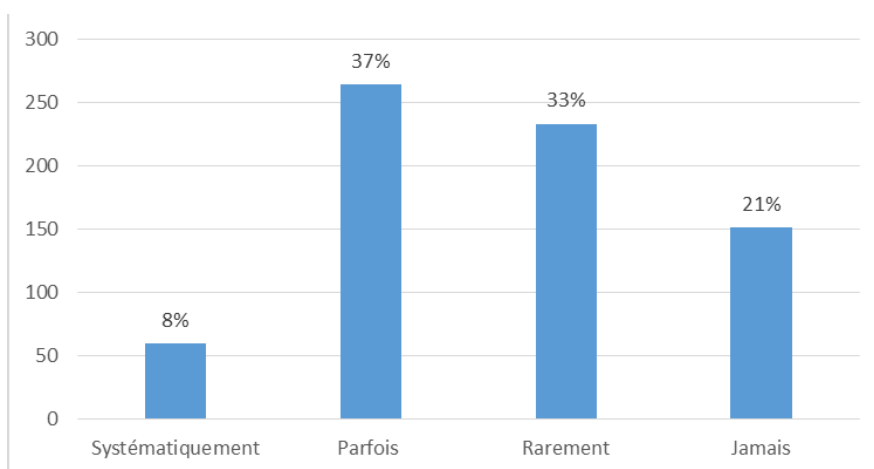


Figure 18 : prévention chez les mères de jeunes filles, n=708

Les sages-femmes indiquaient donc aborder le sujet parfois à 37%, rarement à 33%, jamais à 21% et systématiquement à 8%.

Nous avons recueilli les motivations des 60 sages-femmes qui indiquaient aborder systématiquement la prévention de Ct et NG avec les patientes mères de jeunes filles. Celles-ci sont récapitulées dans un tableau ci-dessous :

	Effectif	Pourcentage
Rôle de prévention et d'information	29	48%
Population à risque et conséquences graves	16	27%
Manque de connaissances des patientes	9	15%
Suivi des recommandations	4	7%
Autre	2	3%

Tableau 7 : arguments justifiant une prévention systématique, n=60

Les sages-femmes qui abordaient systématiquement la prévention et/ou le dépistage de Ct et NG lors d'une consultation avec une patiente mère de jeunes filles évoquaient qu'il était dans leur rôle d'effectuer de la prévention et de l'information d'information dans 48% des cas. Dans 27% des cas les sages-femmes avaient répondu effectuer cette prévention car elles pensaient que les jeunes étaient une population à risque d'infection/transmission et pour lesquelles les conséquences pouvaient être graves.

Nous avons recueilli les motivations des 497 sages-femmes qui indiquaient aborder parfois ou rarement la prévention des IST à Ct et NG avec les patientes mères de jeunes filles. Celles-ci sont récapitulées dans un tableau ci-dessous :

	Effectif	Pourcentage
Sur questions ou demande de la patiente	188	38%
Abordent le sujet plus largement, proposition de consultation pour la jeune fille	109	22%
Manque de temps	59	12%
Ce n'est pas le motif de la consultation	46	9%
Autre (secret médical, situation non rencontrée)	39	8%
Dépend du motif de consultation et des ATCD de la patiente	33	7%
N'y pense pas	23	5

Tableau 8 : arguments justifiant une prévention aléatoire, n=497

Les sages-femmes qui n'abordaient pas systématiquement la prévention des IST lors d'une consultation avec une patiente mère de jeunes filles évoquaient le faire uniquement sur demande ou questions de la patiente dans 38%. Dans 22% des cas, les sages-femmes indiquaient aborder le sujet de la prévention des IST mais de manière plus large, notamment en proposant la vaccination HPV ainsi qu'en offrant la possibilité aux jeunes filles de prendre directement rendez-vous avec elles.

Nous avons recueilli les motivations des 151 sages-femmes qui indiquaient ne jamais aborder la prévention de Ct et NG avec les patientes mères de jeunes filles. Celles-ci sont récapitulées dans un tableau ci-dessous :

	Effectif	Pourcentage
Sujet non approprié à la consultation	64	42%
N'y pense pas	32	21%
Autres : situation non rencontrée, manque d'intérêt des SF, manque de pertinence...	28	19%
Manque de temps	20	13%
Manque de formation/connaissances	7	5%

Tableau 9 : arguments justifiant une absence de prévention, n=151

Les sages-femmes qui n'abordaient pas la prévention des IST lors d'une consultation avec une patiente mère de jeunes filles expliquaient dans 42% des cas que le sujet n'était pas approprié à la consultation ou que le motif de consultation ne laissait pas place à cette prévention. 21% des sages-femmes disaient ne pas y penser. Pour 13% d'entre elles le temps leur était manquant. 5% disaient manquer de formation ou de connaissances. Enfin, 19% avait répondu autre. En effet, elles n'avaient jamais fait face à cette situation ou ne trouvait pas cela pertinent.

3.5 Recommandations

Pour finir, nous avons exposé aux sages-femmes les recommandations pour le dépistage des infections à Ct et NG chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans selon la HAS 2018. Par la suite, nous leur avons demandé quels pouvaient être, pour elles, les éventuels freins au dépistage de ces IST selon les dernières recommandations. Les principaux freins retrouvés étaient les suivants :

- Problèmes logistiques avec les laboratoires : n'acceptant que certains types de prélèvements, horaires restreints
- Méconnaissances des recommandations et manque de formation/information des professionnels de santé
- L'absence de suivi gynécologique des jeunes femmes, le refus et/ou la peur du dépistage
- Le prélèvement vaginal en lui-même : geste invasif nécessitant un examen gynécologique, pudeur

Nous noterons que l'absence de frein était également principalement citée comme réponse à la question.

4 Discussion

4.1 Analyse des résultats

4.1.1 Population

4.1.1.1 Âge

Notre échantillon de 708 sages-femmes se composait de 97,2% de femmes et 2,7% d'hommes. Ces données sont totalement concordantes avec les chiffres donnés par le CNOSF en 2017. En effet, le pourcentage de femmes exerçant la profession de sage-femme était de 97,4% contre 2,6% d'hommes ^[56].

4.1.1.2 Territoire d'exercice

Concernant les départements et régions d'exercice nous avons constaté que les régions les plus représentées dans notre étude étaient l'Auvergne-Rhône-Alpes (16%), l'Île-de-France (12%) et l'Occitanie (12%). En 2017, les données démographiques du CNOSF de 2017 montraient une forte densité de sages-femmes dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie, ce qui expliquerait notre taux de réponse élevé pour ces régions. L'Île-de-France était quand à elle une région à densité moyenne de sages-femmes.

Nous avons cependant noté l'absence de réponse pour les départements du Cher, de la Corse-du-Sud, de la Haute-Corse, du Gers, de l'Indre, du Lot, de la Lozère, de la Haute-Marne, de la Vienne ainsi que de la Haute-Vienne. Pour la plupart de ces départements, l'absence de données correspondait à des zones de faibles densité de sages-femmes libérales et un faible nombre d'adresses email était également renseigné sur le site du CNOSF.

4.1.1.3 Nombre d'années d'exercice en libéral

Parmi ces 708 sages-femmes libérales, 50.8% exerçaient la profession en libéral depuis 5 ans ou moins. 30.5% depuis 6 à 10 ans, 10.8% depuis 11 à 15 ans, 6% depuis 16 à 25 ans et enfin 1,9% depuis 26 ans ou plus.

Or nous avons vu précédemment que les sages-femmes interrogées avaient obtenu leur diplôme principalement entre 2000 et 2020 (avec une moyenne de 15 ans d'exercices et une médiane à 13 ans).

Nous sommes donc face à des sages-femmes nouvellement installées en libéral mais souvent titulaires d'un diplôme d'état datant de plusieurs années. Ces données confirment la tendance actuelle de migration des sages-femmes hospitalières vers le libéral. En effet, le nombre de sages-femmes libérales est en augmentation constante depuis 2012 et avec une dynamique particulièrement forte jusqu'en 2017 et une stabilisation en 2021. À l'horizon 2050, une progression de 70% des effectifs de sages-femmes libérale est estimée ^[58].

4.1.1.4 Type d'exercice

Les sages-femmes interrogées exerçaient à 96.1% une activité mixte de gynécologie et d'obstétrique plus ou moins associée à de l'orthogénie (pour 16% d'entre elles). Nous avons donc une population d'étude très homogène.

4.1.2 Fréquence de dépistage

Pour rappel, notre première hypothèse supposait que les sages-femmes libérales proposaient systématiquement le dépistage du Ct et de NG aux patientes âgées de 15 à 24 ans sexuellement actives.

Ce dépistage était proposé systématiquement dans 62,5% des consultations d'IVG contre 49,1% lors des consultations de suivi gynécologique et 18,3% lors des consultations de suivi de grossesse. Il y avait donc une grande discordance de pratiques selon le contexte de consultation.

La fréquence élevée de dépistage des Ct et NG en consultation d'orthogénie s'explique sans doute par une plus grande sensibilité des sages-femmes à ce sujet. En effet, l'IVG évoque un échec de contraception et a fortiori des rapports non ou mal protégés. Le contexte et le motif de cette consultation évoque donc le risque d'IST. La proposition de dépistage peut donc paraître évidente aux professionnels de santé. De plus, la notion de dépistage des IST dans ce contexte est une notion plus ancienne car elle était déjà mentionnée dans les recommandations de l'ANAES 2003. En effet, depuis 2003 il est recommandé d'effectuer le dépistage de Ct et NG à toutes les patientes consultant pour une IVG sans limite d'âge. Il existe donc probablement un « automatisme » des pratiques concernant le dépistage systématique de ces infections lors des consultations d'orthogénie.

En consultation de gynécologie la notion de contraception est centrale. La contraception étant étroitement liée à l'activité sexuelle, le sujet des IST est donc plus facilement évoqué. Cela pourrait expliquer une plus grande proposition de dépistage des IST lors d'une consultation de gynécologie que lors d'une consultation d'obstétrique.

Nous avons vu précédemment que la plupart des sages-femmes exerçant de la gynécologie exerçaient aussi de l'obstétrique. Pourtant, la proposition systématique du dépistage des IST est nettement inférieure lors des consultations obstétricales en comparaison aux consultations de gynécologie.

Nous pouvons supposer qu'une femme enceinte dans un contexte de consultation d'obstétrique évoque une situation familiale et sexuelle plus stable et donc moins à risque d'IST ? Ainsi, la recherche des infections à Ct et NG semblerait moins pertinente dans un contexte de grossesse. Nous pouvons également penser que les sages-femmes manquent de temps lors des consultations d'obstétrique et oublient de proposer ce dépistage ?

Lorsque non fait systématiquement, les principales indications de proposition de dépistage qui ressortaient étaient l'activité sexuelle à risque, la présence de

signes cliniques, la demande de la patiente et enfin les antécédents d'IST (toutes pratiques confondues).

Lorsque les sages-femmes avaient répondu « autres », celles-ci évoquaient des rapports non protégés et le changement de partenaire. Or, nous savons que les rapports non protégés et le changement de partenaire sont qualifiés par la HAS comme des facteurs de risque d'IST/activité sexuelle à risque. Ces réponses auraient donc pu être intégrées à la proposition précédente intitulée « activité sexuelle à risque » afin de garantir une meilleure fiabilité des résultats.

Notre hypothèse est donc validée en ce qui concerne le dépistage de Ct et NG dans un contexte d'IVG mais invalidée dans les contextes de consultation de gynécologie et d'obstétrique.

4.1.3 Méthode de dépistage

Pour rappel, notre seconde hypothèse supposait que lors de la prescription du dépistage du Ct et de NG chez une jeune femme sexuellement active âgée de 15 à 24 ans, les sages-femmes libérales prescrivaient en premier lieu une PCR par auto-prélèvement vaginal.

Dans notre étude, lors d'une prescription de dépistage des infections à Ct et NG, il était prescrit en premier lieu un PV réalisé par un clinicien (40%) puis un auto-PV (31%) et enfin un PU (24%).

Les autres méthodes citées (sérologie, auto-prélèvement de gorge...) étaient des méthodes peu utilisées et non recommandées pour le dépistage.

Notre seconde hypothèse est donc invalidée.

La PCR sur PV par clinicien restait donc principalement prescrit. En effet, pour la majorité des sages-femmes interrogées, cette méthode était celle recommandée et la plus efficace pour le dépistage. Il s'agissait également d'une méthode pouvant être réalisée en même temps que l'examen gynécologique et permettant de s'assurer que le prélèvement soit réalisé et correctement. Réaliser le PV au moment de la

consultation permettait aussi à la femme de lui éviter un second examen gynécologique au laboratoire.

Néanmoins l'auto-PV avait tout de même une place importante dans le dépistage car semblait plus acceptable par la patiente et la rendait autonome. Il était également plus simple pour les sages-femmes de prescrire un auto-prélèvement (souvent réalisé au laboratoire) car celles-ci ne possédaient pas d'écouvillon à prélèvement dans leur cabinet et les modalités de conservation/acheminement étaient compliquées pour elles. À noter que les écouvillons nécessaires à l'auto-prélèvement vaginal sont identiques aux écouvillons nécessaires au prélèvement vaginal par clinicien. Néanmoins, certaines sages-femmes évoquaient l'impossibilité de se procurer ces écouvillons des laboratoires.

Enfin, lorsque le PU était prescrit, les sages-femmes faisaient état d'une facilité de réalisation car il permettait d'éviter l'examen gynécologique et était évoqué comme la méthode la plus acceptable pour les patientes.

Ces données d'acceptabilité sont cohérentes avec les différentes études présentées dans la réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Ct par la HAS en 2018. En effet, 80 à 90% des patientes seraient satisfaites de l'auto-prélèvement vaginal et seraient prêtes à réitérer l'expérience et/ou à conseiller cette méthode. Le prélèvement urinaire était cité comme seconde méthode la plus acceptable pour les patientes [35] ; [36] ; [38].

4.1.4 Prévention

L'objectif secondaire de notre étude était de connaître le rôle que pensaient avoir les sages-femmes en matière de prévention des IST.

La prévention chez les mères de jeunes filles âgées de 15 à 24 ans n'était faite systématiquement que dans 8% des cas. Les sages-femmes réalisant ce dépistage systématique évoquaient principalement un devoir de prévention et d'information. En effet, il était important pour elle d'évoquer ce sujet car les infections

à Ct et NG sont des infections fréquentes, souvent méconnues mais pouvant être graves.

Globalement, les sages-femmes disaient aborder le sujet de prévention chez les filles lorsque celui-ci était évoqué directement par la patiente ou si elle posait des questions (38%). Le sujet des infections à Ct et NG n'était donc pas abordé systématiquement mais les sages-femmes restaient disponibles auprès de la patiente si celle-ci montrait des interrogations. 22% des sages-femmes disaient tout de même aborder la prévention chez les jeunes mais de manière plus large, notamment en proposant dans un premier lieu la vaccination HPV ou bien en proposant de rencontrer la jeune fille afin de pouvoir en discuter directement avec elle (pas d'intermédiaire, pas de problème de secret médical ect).

Les sages-femmes n'abordant jamais la prévention des infections à Ct et NG avec les patientes mères de jeunes filles considéraient à 42% que ce sujet n'avait pas sa place au sein de la consultation.

Globalement les sages-femmes sont donc très disponibles pour répondre aux éventuelles interrogations des patientes en matière de dépistage des IST. La prévention systématique et ciblée doit se poursuivre pour augmenter le recours au dépistage.

4.1.5 Recommandations

De manière générale les recommandations en matière de dépistage des infections à Ct et NG chez les jeunes de moins de 25 ans ne sont que partiellement suivies. En effet, le dépistage systématique reste minoritaire dans les contextes de consultations de gynécologie et d'obstétrique. En revanche, dans plus de 6 consultations d'orthogénie sur 10 les sages-femmes proposent systématiquement ce dépistage. Il s'agit d'un bon résultat mais pour lequel il existe une marge de progression. Nous avons vu qu'en moyenne, les sages-femmes de notre étude exerçaient depuis 15 ans tandis que la médiane plaçait le nombre d'années d'exercice à 13 ans. Nous pouvons donc penser que de nombreuses sages-femmes

de notre étude n'ont pas bénéficié d'une formation initiale intégrant de la gynécologie (intégrée aux compétences des sages-femmes qu'en 2009). De même, les recommandations de l'ANAES 2003 et du CNGOF 2007 en matière de dépistage des IST et notamment Ct et NG ne mentionnaient pas les sages-femmes comme actrices de ce dépistage. Lors de la réévaluation de ces recommandations en 2018, la majorité des sages-femmes de notre étude était déjà en exercice. Nous pouvons penser que ces sages-femmes sont moins sensibilisées à ces notions de gynécologie. L'importance de la formation continue des sages-femmes prend alors tout son sens. En effet, depuis 2009, les sages-femmes françaises sont dans l'obligation d'effectuer un développement professionnel continu (DPC) au minimum tous les 3 ans. Les objectifs sont multiples : perfectionnement des connaissances, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ^[61]...

Concernant les méthodes de dépistage, les recommandations de pratique clinique étaient plutôt bien suivies. En effet, dans plus de 70% des cas, les sages-femmes prescrivaient un dépistage par prélèvement vaginal (qu'il soit réalisé par un clinicien ou par la patiente elle-même). Des progrès peuvent être faits sur la proposition de l'auto-prélèvement afin d'augmenter le recours au dépistage. Le PU restait utilisé dans 24% des cas. Nous pouvons penser que certaines sages-femmes prescrivant encore le PU basent leurs pratiques sur les recommandations du CNGOF de 2007 (préconisant le dépistage par auto-PV et/ou PU) et non pas sur les recommandations de la HAS 2018.

Les freins rapportés par les sages-femmes quant au suivi des recommandations en matière de dépistage de Ct et NG chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans étaient principalement des problèmes de logistique avec les laboratoires (pas d'écouvillons disponibles en cabinet pour les sages-femmes, certaines méthodes non techniquées, problèmes d'acheminement et de conservation des écouvillons/milieus de culture après prélèvement) ainsi qu'une mauvaise connaissance des recommandations par les sages-femmes elles-mêmes et un manque de formation.

Pour remédier à ces freins, il pourrait être intéressant de mettre en relation les laboratoires avec les instances telles que la HAS afin de communiquer sur les dernières recommandations en matière de dépistage et adapter les pratiques. En effet, de nombreuses sages-femmes ont fait remonter lors des questions ouvertes concernant les méthodes de dépistage que les laboratoires imposaient parfois leurs méthodes de dépistage ou en refusaient certaines. Les recommandations et conseils de prélèvement apportés par les laboratoires aux sages-femmes étaient mêmes parfois en opposition avec les dernières recommandations de la HAS 2018.

Afin d'augmenter les connaissances des sages-femmes en matière de dépistage des IST leur permettre d'être facilement informées des dernières recommandations, nous pouvons proposer aux sages-femmes de s'inscrire aux newsletters des sites proposant des recommandations afin de recevoir directement les nouvelles recommandations pour une spécialité choisie (obstétrique, gynécologie...). En effet, la HAS par exemple, propose une inscription à sa newsletter permettant de recevoir les recommandations d'un thème sélectionné. Le CNGOF ne le propose pas actuellement mais cela pourrait être une solution.

Enfin, pour augmenter le suivi des jeunes femmes par les sages-femmes libérales, nous pouvons envisager des campagnes d'information sur les compétences des sages-femmes. En effet, lorsque nous avons demandé aux sages-femmes d'estimer la proportion de jeunes âgées de 15 à 24 ans au sein de leur patientèle, 69% d'entre elles nous avaient répondu que moins d'un quart de leur patientèle avait entre 15 et 24 ans. Les jeunes femmes étaient donc que très peu représentées au sein de la patientèle des sages-femmes interrogées. Actuellement, il n'y a pas d'âge recommandé pour effectuer une première consultation de gynécologie. Les jeunes femmes peuvent consulter à tout moment de leur vie, selon différents motifs. En 2021, une étude française montrait que les jeunes âgées de 15 à 25 ans consultaient pour leur premier rendez-vous de gynécologie en premier lieu chez un gynécologue (77.9%) puis chez un médecin généraliste (13%) et enfin pour 8,2% d'entre-elles chez une sage-femme ^[59]. Nous pouvons donc penser qu'il existe un manque d'information auprès des jeunes femmes sur les compétences des

sages-femmes en matière de gynécologie et de dépistage des IST. Par conséquent, nous pouvons également supposer que les sages-femmes ne sont pas habituées à traiter avec cette jeune patientèle et sont donc plus en difficulté face aux recommandations de dépistage des infections à Ct et NG pour cette population.

4.2 Points forts

Le sujet des IST, et notamment Ct et NG, objet principal de notre étude, est un sujet d'actualité très populaire ces dernières années. En effet, il figure au cœur de la feuille de route de la stratégie nationale pour la santé sexuelle 2021-2024, mise en place par le gouvernement récemment. Tout dernièrement, les compétences des sages-femmes en matière de dépistage et de traitement des IST ont évolué, permettant de placer la sage-femme comme actrice principale de la prise en charge de ces infections.

L'absence de littérature concernant les pratiques des sages-femmes en matière de dépistage des IST s'explique par la récence du sujet et l'intégration tardive des sages-femmes comme actrices de ce dépistage (mentionnées pour la première fois par la HAS en 2018). Il nous paraissait donc pertinent d'effectuer notre étude sur ce thème.

Il s'agissait une étude descriptive par questionnaire réalisée auprès des sages-femmes libérales de France métropolitaine. Notre questionnaire a obtenu près de 15% de réponses : 858 nous ont été retournés et 708 ont été analysés. Nous avons donc un très grand échantillon permettant une représentativité et donnant de la force à notre étude.

Ce nombre conséquent de réponses peut être expliqué par des modalités d'envoi et de retour du questionnaire simples, rapides et peu contraignantes. La participation au questionnaire ne requérait également peu de temps.

La répartition de genre, d'âge, de région et d'année de diplôme nous a permis d'avoir un échantillon de population varié pouvant être représentatif de la population de sages-femmes libérales de France métropolitaine.

Notre questionnaire était constitué de questions variées, mêlant approches quantitatives et qualitatives nous permettant d'obtenir des statistiques tout en recueillant les avis des sages-femmes sur les modalités pratiques et difficultés rencontrées.

4.3 Limites et biais

Plusieurs biais ont pu être identifiés au sein de notre étude.

Le premier biais est l'échantillonnage volontaire. En effet, la réponse à notre étude était basée sur le volontariat. Le questionnaire fut envoyé par email aux sages-femmes sans obligation de réponse. Nous pouvons penser que les sages-femmes ayant répondu à notre étude étaient des sages-femmes qui portaient un intérêt au sujet du dépistage des IST. Par conséquent, celles n'ayant pas répondu se sentaient-elles peut-être moins concernées ou moins à l'aise avec le sujet ?

Un second biais a pu être identifié : le biais de sélection. Nous n'avons pas pu proposer notre questionnaire à toutes les sages-femmes libérales de France. De fait, certaines ne possédaient pas d'adresse mail ou ne l'avait pas renseigné sur le site du CNOSF. D'autres ayant reçu notre questionnaire mais n'ayant pas répondu. Ce biais peut être expliqué par le manque de temps pour répondre à notre étude ou bien par une indisponibilité. En effet, notre questionnaire fut principalement envoyé sur la période estivale 2021.

Un autre biais de sélection a pu être relevé : afin de préserver l'anonymat des participants, il n'était pas possible de restreindre le nombre de participations à notre questionnaire. Certaines sages-femmes ont donc pu le compléter plusieurs fois même si cela paraît peu probable. Par conséquent nous pouvons supposer que plusieurs questionnaires identiques se sont glissés dans nos résultats, faussant donc partiellement ceux-ci.

Un troisième biais a pu être identifié : le biais de désirabilité sociale. Afin de donner des réponses socialement désirables, nous pouvons penser que certaines sages-femmes ont pu prendre connaissance des recommandations de pratique

clinique en matière de dépistage des IST avant de répondre à notre questionnaire et par conséquent n'ont pas répondu d'après leurs propres connaissances et/ou pratiques.

4.4 Perspectives

Notre étude avait pour but d'évaluer les pratiques des sages-femmes libérales en matière de dépistage des infections à Ct et NG chez les jeunes femmes. Celle-ci nous a permis de mettre en évidence que les sages-femmes interrogées possèdent de nombreuses connaissances à ce sujet. Néanmoins, ces connaissances sont à actualiser régulièrement et à adapter aux recommandations de bonne pratique.

Dernièrement, les compétences des sages-femmes concernant le dépistage et le traitement des IST ont évolué. Les sages-femmes peuvent désormais dépister et traiter les infections à Ct et NG chez les femmes et leurs conjoints asymptomatiques. Nous pouvons donc nous demander si la prise en charge globale des IST par les sages-femmes (du dépistage jusqu'au traitement) va permettre une diminution du nombre d'infections ? Il serait également intéressant d'effectuer, d'ici quelques années, une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles afin de savoir comment sont dépistées les infections à Ct et NG avec plus de recul sur les recommandations de 2018 mais aussi comment elles sont traitées et de les comparer aux données que nous disposons aujourd'hui. En effet, les dernières recommandations et compétences des sages-femmes en matière de dépistage des IST sont désormais intégrées à la formation continue des étudiants sages-femmes.

Enfin, devant la recrudescence du nombre de sages-femmes libérales estimée ces prochaines années, nous pouvons penser que les compétences de celles-ci vont être mises en lumière auprès du grand public et que le suivi des jeunes femmes par les sages-femmes trouvera sa place au côté des gynécologues et médecins généralistes.

Conclusion

Les infections à Chlamydia et Gonocoque sont donc des infections sexuellement transmissibles fréquentes et dont l'incidence est en croissance. Ces IST, pouvant avoir de graves conséquences restent insuffisamment dépistées car principalement asymptomatiques. C'est pour cela que la HAS publia en 2018 une réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Ct et NG.

Nous avons donc étudié les pratiques des sages-femmes en matière de dépistage de Ct et NG. Nous avons pu constater que les pratiques divergeaient selon le type de consultation (gynécologie, obstétrique ou orthogénie). Il en ressort principalement que le dépistage des infections à Ct et NG n'est pas systématiquement proposé lors des consultations de gynécologie et d'obstétrique. Par ailleurs, lorsqu'il est proposé, le dépistage de ces IST est effectué dans la majorité des cas sur prélèvement vaginal, ce qui correspond aux recommandations de pratique actuelles. Le recours à l'auto-prélèvement vaginal doit néanmoins progresser pour permettre une meilleure adhésion des femmes au dépistage.

Plusieurs freins au suivi des recommandations ont été relevés par les sages-femmes interrogées, notamment des problèmes logistiques avec les laboratoires, un manque de connaissances des recommandations en matière de dépistage des infections à Ct et NG par les sages-femmes ainsi qu'une faible fréquentation des sages-femmes par les jeunes femmes, probablement par la méconnaissance de leurs compétences.

Bibliographie

- [1] ARS santé Nouvelle-aquitaine. Qu'est-ce qu'une infection sexuellement transmissible ? [en ligne] <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/quest-ce-quune-infection-sexuellement-transmissible-ist> (page consultée le 27 octobre 2020)
- [2] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: DGS. 2017. 75 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- [3] I-Share. Accueil. L'étude. Objectif [en ligne] <http://www.i-share.fr/etude/objectifs> (page consultée le 24 octobre 2020)
- [4] HAS. Recommandation en santé publique. Stratégie de dépistage biologique des hépatites virales B et C
- [5] Embryology ch. Module 10. Membranes fœtales et placenta. Physiologie placentaire : rôle du placenta dans les échanges foeto-maternels. Fonction protectrice. [en ligne] <http://www.embryology.ch/francais/fplacenta/physio06.html> (page consultée le 15 novembre 2020)
- [6] Santé publique France. Bulletin de santé publique. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, données 2018. Novembre 2019
- [7] Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and reports. Vol.64 n°3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. June 5, 2015.
- [8] Santé publique France. Maladies et traumatismes. Infections sexuellement transmissibles [en ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles> (page consultée le 27 octobre 2020)
- [9] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France. Paris: ANAES; 2003. http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_464119/fr/evaluation-dudepistage-des-infections-uro-genitales-basses-achlamydia-trachomatis-en-france

- [10] Goulet.V, Laurent.E, Bianchi.A. *Surveillance : les chlamydioses uro-génitales en France en 1997, réseau RENACHLA*. BEH – Bulletin épidémiologique hebdomadaire. N°16/1999 : pages 61-63.
- [11] Haute Autorité de Santé. Recommandation en santé publique. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*. Septembre 2018.
- [12] 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.
- [13] Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions. Décembre 2010.
- [14] 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
- [15] 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/jcms/c_2035591/fr/evaluation-des-tests-d-amplification-des-acides-nucleiques-taan-recherchant-neisseria-gonorrhoeae)
- [16] International Union Against Sexually Transmitted Infection, World Health Organization, Bignell C. 2009 European (IUSTI/WHO) guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS 2009 ;20(7) :453-7).
- [17] Chaine B, Lassau F, Janier M, Dupin N, Bouscarat F, Chartier C. Gonococcie. Ann Dermatol Vénérol 2006 ;133(8-9 Cah 2) :2S11-2)
- [18] Cook RL, Hutchison SL, Ostergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic review : *noninvasive testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae*. Ann Intern Med 2005 ;142(11) :914-25
- [19] European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In : ECDC. Annual epidemiological report for 2015. Stockholm : ECDC ; 2017
- [20] Peuchant O, Le Roy C, Desveaux C, Paris A, Asselineau J, Maldonado C, et al. Screening for *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and *Mycoplasma genitalium* should it be integrated into routine pregnancy care in French young pregnant women? Diagn Microbiol Infect Dis 2015;82(1):14-9.

[21] Boukhezza-Mesli I. Dépistage systématique de *Chlamydia trachomatis* chez les patientes consultant pour interruption volontaire de grossesse [thèse : docteur en médecine]. Besançon: U.F.R. Sciences médicales et pharmaceutiques; 2012.

[22] Dupont S. Dépistage systématique des infections génitales à Chlamydiae avant interruption volontaire de grossesse [thèse : docteur en médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2015. <http://pepitem-depot.univlille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ee9f9c89-3746-454b-a3b9-c617a949f7e9>

[23] Berhonde S. Prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium* chez les femmes consultant au centre d'orthogénie du CHU de Bordeaux [thèse : docteur en médecine]. Bordeaux: U.F.R. des Sciences médicales; 2015. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01275854/document>

[24] Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Strydom A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS 2016;27(5):333-48.

[25] Australasian Society for HIV Medicine. HIV, viral hepatitis and STIs. A guide for primary care. Darlinghurst: ASHM; 2014. <https://www.ashm.org.au/products/product/1976963411>

[26] Société française de dermatologie, Vernay-Vaisse C, Spenatto N, Derancourt C, Timsit J, Fouéré S, et al. Dépistage des MST/IST. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles. Paris: SFD; 2016. <http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/depistage-des-mst-ist-159e1d12e7cb63129d1ee36e0e0a26f8.pdf>

[27] Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edition. Melbourne: RACGP; 2016. <http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Redbook9/17048-Red-Book-9th-Edition.pdf>

[28] Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(3).

[29] Grentzer JM, Peipert JF, Zhao Q, McNicholas C, Secura GM, Madden T. Riskbased screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae prior to intrauterine device insertion. Contraception 2015;92(4):313-8

- [30] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Contrôle du marché des dispositifs de diagnostic des infections dues à *Chlamydia trachomatis*. Bilan de la sensibilité et de la spécificité (fournies dans les notices). Rapport final. Saint-Denis: ANSM; 2018.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/a
- [31] Fajardo-Bernal L, Aponte-Gonzalez J, Vigil P, Angel-Müller E, Rincon C, Gaitán HG, *et al.* Homebased versus clinic-based specimen collection in the management of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue 9:CD011317.
- [32] Jamil MS, Hocking JS, Bauer HM, Ali H, Wand H, Smith K, *et al.* Home-based chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes. *BMC Public Health* 2013;13:189.
- [33] Odesanmi TY, Wasti SP, Odesanmi OS, Adegbola O, Oguntuase OO, Mahmood S. Comparative effectiveness and acceptability of home-based and clinic-based sampling methods for sexually transmissible infections screening in females aged 14-50 years: a systematic review and meta-analysis. *Sex Health* 2013;10(6):559-69.
- [34] Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Leroy C, March L, Bébéar C, Arwidson P, *et al.* Chlamyweb Study II: a randomised controlled trial (RCT) of an online offer of home-based *Chlamydia trachomatis* sampling in France. *Sex Transm Infect* 2017;93(3):188-95.
- [35] Paudyal P, Llewellyn C, Lau J, Mahmud M, Smith H. Obtaining self-samples to diagnose curable sexually transmitted infections: a systematic review of patients' experiences. *PLoS One* 2015;10(4):e0124310.
- [36] Doshi JS, Power J, Allen E. Acceptability of chlamydia screening using self-taken vaginal swabs. *Int J STD AIDS* 2008;19(8):507-9.
- [37] McRee AL, Esber A, Reiter PL. Acceptability of home-based chlamydia and gonorrhea testing among a national sample of sexual minority young adults. *Perspect Sex Reprod Health* 2015;47(1):3-10.
- [38] Smith KS, Kaldor JM, Hocking JS, Jamil MS, McNulty AM, Read P, *et al.* The acceptability and cost of a home-based chlamydia retesting strategy: findings from the REACT randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2016;16:83.

- [39] Lunny C, Taylor D, Hoang L, Wong T, Gilbert M, Lester R, *et al.* Self collected versus cliniciancollected sampling for chlamydia and gonorrhoea screening: a systemic review and meta-analysis. PLoS One 2015;10(7):e0132776.
- [40] Chernesky M, Jang D, Gilchrist J, Hatchette T, Poirier A, Flandin JF, *et al.* Head-to-head comparison of second-generation nucleic acid amplification tests for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* on urine samples from female subjects and self-collected vaginal swabs. J Clin Microbiol 2014;52(7):2305-10.
- [41] British Association for Sexual Health and HIV, Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CYW, Barker G, *et al.* 2015 UK national guideline for the management of infection with *Chlamydia trachomatis*. Int J STD AIDS 2016;27(4):251-67.
- [42] U.S. Preventive Services Task Force, LeFevre ML. Screening for Chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2014;161(12):902-10.
- [43] Australasian Society for HIV Medicine. HIV, viral hepatitis and STIs. A guide for primary care. Darlinghurst: ASHM; 2014.
<https://www.ashm.org.au/products/product/1976963411>
- [44] Public Health England. Consultation report: routine offer of re-test to young adults testing positive for chlamydia. Consultation findings and evidence summary. London: PHE; 2013.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/508364/NCSP_Report_Consultation_on_Retesting_of_Positive_Chlamydia_Cases_August_2013_FINAL.pdf
- [45] Hosenfeld CB, Workowski KA, Berman S, Zaidi A, Dyson J, Mosure D, *et al.* Repeat infection with Chlamydia and gonorrhoea among females: a systematic review of the literature. Sex Transm Dis 2009;36(8):478-89.
- [46] Fung M, Scott KC, Kent CK, Klausner JD. Chlamydial and gonococcal reinfection among men: a systematic review of data to evaluate the need for retesting. Sex Transm Infect 2007;83(4):304-9.
- [49] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Être sage-femme. Compétences. Suivi gynécologique et contraception. [en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de->

[prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/](#) (page consultée le 14 novembre 2020)

[50] Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle. 16/12/2021

[51] Cazein F, Sommen C, Moutengou E, Laporal S, Ramus C, Bruyand M, et al. Focus. Dépistage du VIH : état des lieux en 2019 et sur les sept premiers mois de l'année 2020. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(33-34):685-7.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_5.html

[52] Véronique Goulet, Patrice Sednaoui, Véronique Massari. Etude : confirmation de la recrudescence des gonococies en France depuis 1998. BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire. N°14/2001. 03 avril 2001. P.61-63.

[53] Goulet V, Laurent E, de Barbeyrac B. Les infections à Chlamydia trachomatis en France en 2003 : données du réseau Rénachla. Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003. Page 4.

[54] Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire JORF n°0055 du 6 mars 2022. Textes n° 41 à 44

[55] HAS et Spilf fiche mémo Urétrites et cervicites non compliquées, Juillet 2021

[56] Données démographiques de la profession. Nombre de sages-femmes par genre en France au 01/01/2017. CNOSF 2017

[57] Données démographiques de la profession. Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. CNOSF 2017. INSEE 2016

[58] Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? Communiqué de presse. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 26/03/2021

[59] Principaux motifs de la première consultation gynécologique chez les jeunes femmes françaises de 15 à 25 ans. June 2021.

S. Burelli, H. Occhiminuti, E. Chamorey, S. Maccagnan, J. Delotte, J. Prax, A. Musso

[60] Chlamydiae et mycoplasmes, dépistage... Et après ? Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. CNGOF. Volume 2007 publié le 12.12.2007

[61] CNOSF. La formation continue : le DPC [en ligne] <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/> (page consultés le 10/04/2022)

Annexes

Annexe I : taux de diagnostic d'infection à gonocoque. LaboIST 2016

Tableau 2 | TAUX DE DIAGNOSTICS (POUR 100 000 HABITANTS) D'INFECTIONS À GONOCOQUE SELON LA RÉGION, LE SEXE ET L'ÂGE, LABOIST 2016

Gonococcies	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM
Hommes 15-24 ans	196 [159-233]	277 [217-337]	385 [172-599]
Hommes 25-59 ans	87 [70-104]	184 [140-228]	160 [70-250]
Hommes 60 ans et +	3 [3,5-4,4]	11 [8-15]	20 [5-47]
Femmes 15-24 ans	107 [93-122]	180 [128-232]	500 [304-696]
Femmes 25-59 ans	25 [22-28]	26 [21-32]	194 [22-366]
Femmes 60 ans et +	1,4 [1,07-1,76]	2 [1-3]	10 [8-12]

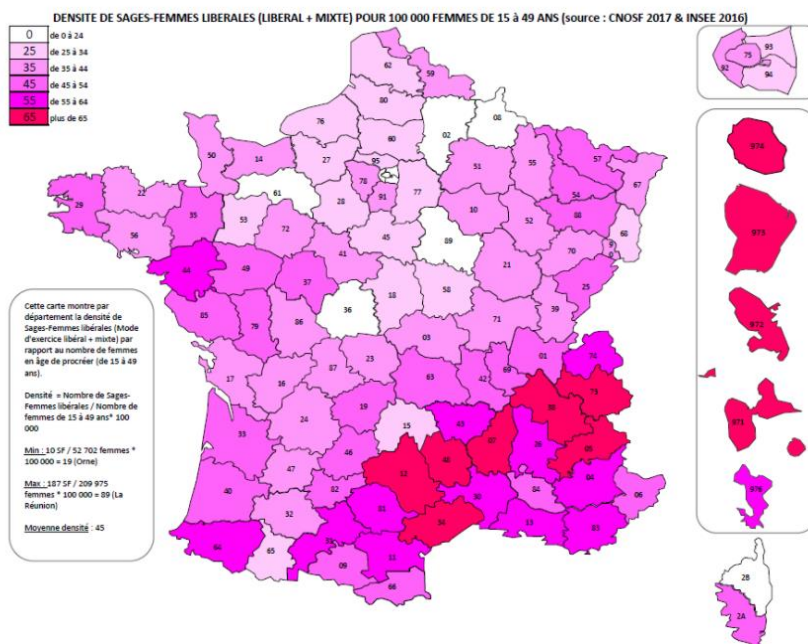
Annexe II : synthèse des sensibilités et spécificité des PCR et TDR. Rapport ANSM 2018.

Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*

Tableau 23. Synthèse des sensibilité et spécificité des PCR et TDR (selon les notices) - Rapport ANSM, 2018 (24)

Type d'échantillons :		endocervical	vaginal	urétral	urines H ou F
Sensibilité	PCR	88,7% à 97,6%	95 % à 100%	83% à 94,7%	91,6% à 98%
	TDR	88,5% à 94,12%	83,5%	78,4% à 94,16%	82,6% à 90,9%
Spécificité	PCR	97,3% à 100%	92,2% à >99%	91,7% à 98,4%	89% à 99,9%
	TDR	96,7% à 99,15 %	98,9%	92,9 à >99,99%	98,5% à >99%

Annexe III : densité des SF libérales par femme. CNOSF 2017 et INSEE 2016



Annexe III : Questionnaire LimeSurvey

Partie 1 : renseignements généraux

Question 1 : Parmi les activités professionnelles ci-dessous, indiquez celle(s) que vous exercez (*veuillez sélectionner de 1 à 3 réponses*)

- Suivi gynécologique de prévention
- Suivi de grossesse
- Consultations d'orthogénie (Interruption Volontaire de Grossesse)
- Aucune

Fin du questionnaire si la réponse est « aucune »

Question 2 : vous êtes ?

- Une femme
- Un homme
- Autre (*précisez*) :

Question 3 : quel est votre âge ?

Question 4 : quelle est votre année de diplôme ?

Question 5 : depuis combien d'années d'exercez-vous en libéral ?

Question 6 : dans quel département de France métropolitaine exercez-vous ?
(précisez le numéro)

Question 7 : quel pourcentage de votre patientèle est représenté par les < 25 ans ?

- 0 – 25 %
- 26 – 50 %
- 51 – 75%
- 76 – 100%

Question 8 : souhaitez-vous apporter des précisions concernant votre patientèle représentée par les moins de 25 ans ? *Si non, cliquez sur suivant*

Question 9 : de quelle(s) formation(s) disposez-vous concernant le dépistage de chlamydia et gonocoque ?

- Formation initiale
- Formation continue : DU, DIU ... (*précisez*) :
- Abonnements revues (*précisez*) :
- Recommandations, articles (*précisez*) :
- Observation de pratiques, stages (*précisez*)
- Autre (*précisez*) :

Partie 2 : indications et méthodes de dépistage

Question 10 automatiquement proposée si l'item «suivi gynécologique de prévention » a été coché à la question 1

Question 10 : Concernant une population féminine âgée de 15 à 24 ans : lors d'une consultation de suivi gynécologique, vous proposez un dépistage de chlamydia et gonocoque...

- Systématiquement
- Parfois
- Jamais
- Autre (*précisez*) :

Question 11 automatiquement proposée si l'item «parfois» a été coché à la question 10

Question 11 : Quelle(s) est (sont) la (les) principale(s) indication(s) pour la(les)quelle(s) vous prescrivez ce dépistage ?

- Demande de la patiente
- Signes cliniques
- Pose d'un dispositif/système intra-utérine (DIU/SIU)
- Activité sexuelle à risque
- Antécédent d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
- Autre (*précisez*) :

Question 12 automatiquement proposée si l'item «suivi de grossesse» a été coché à la question 1

Question 12 : Concernant une population féminine âgée de 15 à 24 ans : lors d'une consultation de suivi de grossesse, vous proposez un dépistage de chlamydia et gonocoque...

- Systématiquement
- Parfois
- Jamais
- Autre (*précisez*) :

Question 13 automatiquement proposée si l'item «parfois» a été coché à la question 12

Question 13 : Quelle(s) est (sont) la (les) principale(s) indication(s) pour la(les)quelle(s) vous prescrivez ce dépistage ?

- Demande de la patiente
- Signes cliniques
- Activité sexuelle à risque
- Antécédent d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
- Autre (*précisez*) :

Question 14 automatiquement proposée si l'item «consultation d'orthogénie» a été coché à la question 1

Question 14 : Concernant une population féminine âgée de 15 à 24 ans : lors d'une consultation d'orthogénie (Interruption Volontaire de Grossesse), vous proposez un dépistage de chlamydia et gonocoque...

- Systématiquement
- Parfois
- Jamais
- Autre (*précisez*) :

Question 15 automatiquement proposée si l'item «parfois» a été coché à la question 13

Question 15 : Quelle(s) est (sont) la (les) principale(s) indication(s) pour la(les)quelle(s) vous prescrivez ce dépistage ?

- Demande de la patiente
- Signes cliniques
- Activité sexuelle à risque
- Antécédent d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
- Autre (*précisez*) :

Question 16 : concernant la méthode de dépistage, vous prescrivez préférentiellement :

- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur prélèvement vaginal réalisé par un clinicien (sage-femme, laboratoire...)
- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur auto-prélèvement vaginal
- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur prélèvement urinaire
- Autre (*précisez*) :

Question 17 : pour quelle(s) raison(s) privilégiez-vous cette méthode ? *Réponse par mots-clés possible*

Question 18 : d'après vous, quelle(s) méthode(s) de dépistage est(sont) la(les) plus efficace(s) pour repérer les infections à chlamydia et gonocoque ?

- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur prélèvement vaginal réalisé par un clinicien (sage-femme, laboratoire...)
- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur auto-prélèvement vaginal
- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur prélèvement urinaire
- Autre (*précisez*) :

Question 19 : d'après vous, quelle(s) méthode(s) de dépistage est(sont) la(les) plus acceptable(s)/acceptée(s) par les patientes ?

- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur prélèvement vaginal réalisé par un clinicien (sage-femme, laboratoire...)
- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur auto-prélèvement vaginal
- Une réaction en chaîne par polymérase (PCR) sur prélèvement urinaire
- Autre (*précisez*) :

Partie 3 : prévention

Question 19 : lors de consultations avec des patientes plus âgées dont vous savez qu'elles sont mères de jeunes filles, diriez- vous que vous abordez les infections à chlamydia et gonocoque chez les jeunes de moins de 25 ans ainsi que leur dépistage...

- Systématiquement
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Question 20 automatiquement proposée si l'item «systématiquement» a été coché à la question 19

Question 20 : pour quelle(s) raison(s) abordez-vous systématiquement les infections à chlamydia et gonocoque ainsi que leur dépistage ? Réponse par mots clés possible

Question 21 automatiquement proposée si l'item «parfois ou rarement» a été coché à la question 19

Question 21 : Quelles sont les raisons qui vous poussent à traiter ou non de ce sujet ? Réponse par mots-clés possible

Question 22 automatiquement proposée si l'item «jamais» a été coché à la question 19

Question 22 : Pour quelles raisons choisissez-vous de ne pas aborder ce sujet avec vos patientes ? Réponse par mots clés possible

Partie 4 : recommandations – freins et conclusion

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de rechercher la Chlamydia trachomatis et la Neisseria gonorrhoeae par un dépistage opportuniste systématique chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, y compris les femmes enceintes. La technique utilisée sera l'amplification génétique par réaction de polymérisation en chaîne (PCR) et s'effectuera en premier lieu sur un prélèvement vaginal : auto-prélèvement ou prélèvement par un clinicien (même efficacité). L'auto-prélèvement vaginal doit être proposé systématiquement afin d'augmenter le recours au dépistage (plus acceptable).

Question 23 : D'après vous, quels peuvent être les freins à la réalisation de ce dépistage conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ? Réponse par mots- clés possible