

UNIVERSITE DENIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année 2010

N° _____

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'état)

Par

IMBERT (TRAPIER) Nausicaa

Née le 26 juillet 1976 à Paris 12^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2010

**Enquête sur les pratiques d'un groupe de médecins
généralistes des Hauts-de-Seine (92) et sur les obstacles au
dépistage de l'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis.**

Président de thèse : Professeur Philippe VINCENEUX
Directeur de thèse : Professeur Michel NOUGAIREDE
Membres du jury : Professeur Antoine BOURRILLON
Professeur Claude LEJEUNE

DES de Médecine Générale

Au professeur Michel Nougairede, mon directeur de thèse, pour l'enthousiasme et la générosité qu'il transmet et pour m'avoir entraînée dans cette aventure

Au professeur Philippe Vinceneux, pour avoir accepté de présider cette thèse et pour ses conseils avisés

Aux médecins généralistes et biologistes qui ont participé à cette étude, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour

A mes parents Guy et Anne-Marie Imbert, pour leur soutien, leur confiance et leur grande générosité durant toutes ces années d'études

A ma sœur Antigone Imbert, si forte et si talentueuse dans son travail

Aux amis, aux médecins, à toutes les personnes qui m'ont offert leur aide ou tout simplement soutenue tout au long de l'élaboration de cette thèse

A Morgane, ma fille, pour l'énergie et l'amour débordants qu'elle transmet chaque jour

A Erwann, mon fils, qui par ses sourires m'a accompagné jours après jours durant l'écriture de cette thèse

A Jérôme, mon mari, lui qui a su être là lors des nombreux moments de doute

ABBREVIATIONS

ADELI : Automatisation DEs LIstes

ADN : Acide désoxyribonucléique

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AIP : Atteinte inflammatoire pelvienne

AME : Aide médicale d'état

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

ARN : Acide ribonucléique

CDAG : centre de diagnostic anonyme et gratuit

CDC : Center for disease control and prevention

CIVG : Centre d'interruption volontaire de grossesse

CMI : Concentration minimale inhibitrice

CMS : Centre médical de santé

CMU : Couverture médicale universelle

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CSHPF : Conseil supérieur d'hygiène publique de France

CT : Chlamydia trachomatis

DAV : Dispensaire antivénérien

DTPolio : Diphtérie tétanos poliomyélite

ECBU : Examen cytbactériologique des urines

ELISA : Enzyme-linked immunosorbent assay

HAS : Haute autorité de santé

HBS : Antigène de surface de l'hépatite B

HIV : Human immunodeficiency virus

HPV : Human papillomavirus

HTA : Hypertension artérielle

IgA : Immunoglobuline A

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

IM : Intra-musculaire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé

InVS : Institut de veille sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

IV : Intra-veineux

LVG : Lymphogranulomatose vénérienne

MST : Maladie sexuellement transmissible

NC : Non connu

NCSP : National chlamydia screening program

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCR : Polymerase chain reaction

PSA : Prostatic specific antigen

PV : Prélèvement vaginal

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SFTG : Société de formation thérapeutique du généraliste

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SVT : Science de la vie et de la terre

TPHA : Treponema pallidum hemagglutinations assay

VDRL : Venereal disease research laboratory

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	9
<u>METHODES</u>	12
1. Choix de l'étude	12
2. Choix des médecins généralistes	12
3. Choix des laboratoires d'analyses médicales	13
4. Inclusion des laboratoires	13
5. Inclusion des médecins généralistes	14
6. Recueil des données des laboratoires	14
7. Entretien avec les médecins	16
7.1. Le questionnaire d'entretien	16
7.2. Pré-test du questionnaire	17
7.3. Déroulement de l'entretien	17
7.4. Retranscription des entretiens	17
7.5. Analyse des entretiens	17
8. Ethique	18
9. Recherche documentaire	18
<u>RESULTATS</u>	20
1. Durée de l'étude	20
2. Les médecins	20
3. Les laboratoires	21
4. Résultats du recueil de données fournies par les laboratoires	21
4.1. Les demandes de VIH	22
4.2. Les demandes de C. Trachomatis	22
4.3. Les patients âgés de 30 ans ou moins	22
4.4. Les patients âgés de plus de 30 ans	23
4.5. Taux de positivité du VIH	23
4.6. Taux de positivité du C. Trachomatis	23
4.7. Types de prélèvement prescrit par les médecins	24
5. Résultats des entretiens	25
5.1. Nombre d'entretiens	25
5.2. Durée des entretiens	25
5.3. Enregistrement de l'entretien	26
5.4. Réponses aux questions	26
5.4.1. Opinion des médecins sur les résultats des laboratoires	26
5.4.2. Dans quelles circonstances les médecins prescrivent-ils C. trachomatis ?	26

5.4.3.	Facteurs influençant les médecins dans leur décision de prescrire un dépistage du C. trachomatis	28
5.4.4.	Association C. trachomatis et VIH	29
5.4.5.	Comment les patients accueillent-ils la recherche de C. trachomatis ?	30
5.4.6.	Quels sont les obstacles à un dépistage systématique du C. trachomatis ?	30
5.4.7.	Les médecins abordent-ils le sujet de la sexualité avec leurs patients ?	33
5.4.8.	Sentiment des médecins sur la prévention et les dépistages systématiques	35
5.4.9.	Quelles sont les connaissances des médecins sur l'IST à C. trachomatis ?	37
5.5.	Comportement des médecins durant l'entretien	38

DISCUSSION **39**

1. Epidémiologie des IST à C. trachomatis	40
1.1. Situation en France	40
1.2. Situation dans d'autres pays	41
2. Agent infectieux	44
2.1. Taxonomie	44
2.2. Bactériologie	45
2.3. Transmission	46
2.4. Immunité	46
2.5. Contagiosité	46
3. Techniques de prélèvement	46
3.1. Qualité du prélèvement	46
3.2. Matériel pour le prélèvement	46
3.3. Milieu de transport	47
3.4. Siège du prélèvement pour les infections uro-génitales	47
3.4.1. Chez la femme symptomatique d'infection génitale basse	47
3.4.2. Chez l'homme symptomatique	47
3.4.3. Dépistage systématique	48
3.4.4. Recherche d'infection génitale haute	48
4. Techniques de diagnostic	48
4.1. Le diagnostic direct	48
4.1.1. La culture cellulaire	48
4.1.2. L'immunofluorescence directe	49
4.1.3. La biologie moléculaire par amplification génétique	49
4.2. Le diagnostic indirect	51
5. Clinique des infections uro-génitales	52
5.1. Urétrite	52
5.2. Epididymite	52
5.3. Cervicite	53
5.4. Infections génitales hautes et complications chez la femme	53
5.4.1. Endométrite et salpingite	53
5.4.2. Abscès pelvien	54
5.4.3. Pelvi-péritonite	54
5.4.4. Passage à la chronicité et séquelles	54
5.5. Proctite	55
5.6. Lymphogranulomatose vénérienne (LVG) ou maladie de Nicolas Favre	55

6. Traitement des infections uro-génitales	56
6.1. Infections uro-génitales basses	56
6.2. Infections uro-génitales hautes et complications chez la femme	57
6.3. Epididymite	58
6.4. Lymphogranulomatose vénérienne	58
6.5. Traitement de la femme enceinte	58
6.6. Traitement des partenaires	59
6.7. Résistance aux antibiotiques	59
6.8. Contrôle post-thérapeutique	60
7. Limites de l'étude	61
7.1. Limites de la méthode	61
7.1.1. Les médecins	61
7.1.2. Le recueil de données	61
7.1.3. Les pré-tests	63
7.1.4. Les entretiens	63
7.2. Limite de l'analyse	65
8. Le dépistage de l'infection sexuellement transmissible à chlamydia trachomatis : que font les médecins généralistes	66
8.1. Taux de positivité du C. trachomatis	66
8.2. Critères de prescription	68
8.3. Type de prélèvement choisi par les médecins	69
8.4. Age des patients dépistés et diagnostiqués	70
8.5. Forts et faibles prescripteurs	71
8.6. Le C. trachomatis au sein des autres IST : en particulier le VIH	72
8.7. Obstacles au dépistage de C. trachomatis des médecins	77
9. Abord de la sexualité en médecine générale	80
10. Comment favoriser le dépistage des IST par les médecins généralistes	85
10.1. Une meilleure formation universitaire	85
10.2. Des recommandations en médecine générale	85
10.3. Un dossier informatisé	85
10.4. Une rémunération adaptée	86
10.5. Une consultation de prévention annuelle	86
10.6. Une campagne nationale de dépistage et d'information	87
10.7. Autres propositions	87
<u>CONCLUSION</u>	90
<u>TABLEAUX</u>	92
Tableau 5 : Tableau des caractéristiques des médecins	93
Tableau 6 : Tableaux du recueil de données des laboratoires	94
Tableau 7 : Tableau récapitulatif des demandes de VIH et Chlamydia trachomatis pour 2007 : Médecins de Gennevilliers et Villeneuve La Garenne	101

<u>ANNEXES</u>	102
ANNEXE 1 : Entretien semi-directif	103
ANNEXE 2 : Retranscription des entretiens avec les médecins	104
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	158

INTRODUCTION

Chlamydia trachomatis (*C. trachomatis*) est à l'origine de l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus répandue dans les pays industrialisés. *C. trachomatis* est ubiquitaire et touche les deux sexes, avec un sex-ratio équilibré contrairement à la prédominance masculine pour la gonococcie et la syphilis (57).

La propagation de *C. trachomatis* et sa gravité tiennent à sa découverte souvent tardive. La contamination passe inaperçue chez 60 à 70 % des femmes et les complications rares mais graves comprennent la grossesse extra-utérine, la salpingite, l'endométrite, l'inflammation pelvienne et la stérilité tubaire (57).

Il existe pourtant un traitement antibiotique efficace.

Un dépistage systématique chez les sujets asymptomatiques existe déjà dans plusieurs pays (Suède, Pays-Bas, Royaume-Uni, Etats-Unis). Les études d'impact des programmes de dépistage des chlamydiae développés par ces pays présentent des faiblesses méthodologiques mais leur concordance suggère un lien entre le dépistage et une baisse de la prévalence de ces infections et de leurs complications (4).

En France, dès 1999, la Direction Générale de la Santé (« Rapport du groupe de travail sur les maladies sexuellement transmissibles de la section prophylaxie des maladies transmissibles du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) ») a émis un avis favorable à la mise en place du dépistage systématique chez les femmes âgées de 15 à 25 ans et quel que soit l'âge chez les femmes et les hommes ayant plus d'un(e) partenaire dans l'année ou un(e) partenaire pour lequel(laquelle) une infection uro-génitale à *C. trachomatis* a été identifiée (4).

Depuis, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) s'est exprimée, en février 2003 (4), en faveur d'un dépistage systématique des infections uro-génitales à *C. trachomatis* dans certains lieux de consultations, comme les dispensaires antivénériens (DAV), les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG). Dans ces lieux, plusieurs scénarii étaient proposés :

- un dépistage préférentiel des femmes âgées de moins de 25 ans si l'objectif premier est la diminution du taux des complications ;
- un dépistage simultané des hommes âgés de moins de 30 ans et des femmes âgées de moins de 25 ans si l'objectif est la diminution du portage des *C. trachomatis* dans ces populations ;
- enfin, le dépistage pourrait être élargi, au-delà des populations sus-mentionnées, aux sujets ayant plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédent le dépistage quel que soit l'âge.

Pour les populations consultant en médecine générale ou échappant au système de soins, il convient de réaliser des études pilotes en médecine libérale afin de pouvoir étendre ce dépistage.

Afin d'estimer la prévalence de cette infection en population générale et de rechercher les critères permettant d'identifier les personnes ayant une infection asymptomatique, un dépistage de l'infection à *C. trachomatis* a été proposé à un sous-échantillon de personnes de 18-44 ans lors de la dernière grande enquête sur « le Contexte de la Sexualité en France » (enquête CSF) (6). Les premiers résultats ont été publiés le 13 mars 2007. Il montre que 52 % des personnes sollicitées lors d'appels téléphoniques dans le cadre de l'enquête ont accepté de bénéficier de ce dépistage en renvoyant au laboratoire du Centre National de Référence des Chlamydiae un prélèvement urinaire ou génital réalisé à leur domicile. La prévalence sur l'ensemble de la population des 18-44 ans était de 1,5 %. Elle est trois fois plus importante que la proportion d'antécédents d'infection à *C. trachomatis* rapportés spontanément au cours des 5 dernières années par les personnes interrogées.

Ces résultats soulignent l'importance du sous-dépistage. Dans cette enquête la prévalence était maximale chez les femmes de 18-24 ans (3,6 %), puis elle diminuait chez les femmes plus âgées. Chez les hommes la prévalence était plus faible sauf pour les 30-34 ans où elle était plus élevée que chez les femmes du même âge. On sait que la prévalence de l'infection à *C. trachomatis* est associée au fait d'avoir eu plusieurs partenaires ou un nouveau partenaire sexuel dans les 12 mois. Néanmoins, dans cette enquête CSF, parmi les individus porteurs de l'infection, 44 % des femmes et 26 % des hommes ne présentaient pas cette caractéristique comportementale. L'enquête souligne par ailleurs que 90 % des antécédents d'infection sexuellement transmissible (IST) rapportés ont été diagnostiqués par des médecins exerçant dans le secteur libéral.

L'objectif principal de ma recherche a été de déterminer quels sont les critères de prescription de l'infection sexuellement transmissible à *C. trachomatis* d'un échantillon de médecins généralistes et pourquoi, lorsqu'un de ceux-ci prescrit une sérologie VIH, n'y associe-t-il pas une recherche du *C. trachomatis*, et inversement, s'il pense à prescrire le *C. trachomatis* y associe-t-il le VIH ?

Mon objectif secondaire a été d'évaluer quels étaient les obstacles au dépistage du *C. trachomatis*.

METHODES

1. CHOIX DE L'ETUDE:

Le but de l'étude est de comprendre quel est le raisonnement et la démarche des médecins généralistes face au dépistage de l'infection sexuellement transmissible à *C. trachomatis*. Pour cela, nous voulions tout d'abord avoir un état des lieux des prescriptions pour la recherche de *C. trachomatis* des médecins généralistes grâce aux données transmises par les laboratoires d'analyses médicales ; secondairement nous voulions obtenir des informations supplémentaires sur les critères de décision des médecins en complétant l'étude par des entretiens auprès des médecins.

Afin de bien comprendre le choix des médecins, j'ai introduit le dépistage du VIH comme base de comparaison, étant donné que cette infection est sexuellement transmissible elle aussi et qu'il y a des recommandations en France pour son dépistage.

2. CHOIX DES MEDECINS GENERALISTES :

Les médecins généralistes hommes et femmes des communes de Gennevilliers (35) et Villeneuve La Garenne (18) dans le département des Hauts-de-Seine (92) ont été choisis. Parmi ces médecins, certains sont installés en cabinet libéral (26 à Gennevilliers et 16 à Villeneuve La Garenne) et certains exercent en Centre Médical de Santé (CMS) (9 à Gennevilliers et 2 à Villeneuve La Garenne).

Il n'a été choisi que des médecins généralistes exerçant en libéral ou salariés dans un CMS. Je n'ai pas retrouvé de médecin généraliste consultant dans les Centres Médico-Psychologiques de ces deux communes.

Tous les autres centres de santé, où le dépistage est systématique, ont été exclus de l'étude (DAV, CDAG, CIVG, CPEF, Espace Santé Jeune).

Afin de répertorier les médecins, j'ai consulté la liste des professionnels de santé des deux communes fournie par le site de la CPAM 92 (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et par les sites des communes (à la rubrique santé).

J'ai contacté les CMS pour connaître la liste des médecins généralistes qui y travaillent.

3. CHOIX DES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES :

J'ai sélectionné tous les laboratoires d'analyses médicales des communes de Gennevilliers et Villeneuve La Garenne.

A Gennevilliers :

- laboratoire Dr. LUPESCU : 159 avenue Gabriel Péri, 01 47 98 75 00
- laboratoire du CMS Paix : 3 rue de la Paix, 01 40 85 66 72

A Villeneuve La Garenne :

- laboratoire Dr. DABI : 210 Bd Gallieni, 01 47 94 30 36
- laboratoire Dr. ARMAND : 5 rue Henri Barbusse, 01 47 99 20 20

4. INCLUSION DES LABORATOIRES :

Les laboratoires ont tout d'abord été contactés par téléphone aux mois d'août et septembre 2008 afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude. Puis une lettre explicative leur a été adressée (justification de l'étude, objectifs et méthode employée).

5. INCLUSION DES MEDECINS GENERALISTES :

En septembre 2008, une lettre d'inclusion dans l'étude a été envoyée par courrier postal aux 53 médecins généralistes des deux communes. Cette lettre comportait les justificatifs, les objectifs et la méthode de l'étude. Une demande d'autorisation était jointe à la lettre précitée. Les médecins acceptant de participer à l'étude devaient dans ce cas remplir et signer l'autorisation et me la renvoyer dans une enveloppe pré-timbrée, fournie avec la lettre, à mon domicile.

Les médecins autorisaient ainsi les laboratoires de leur commune à me communiquer des résultats de dépistage de C. trachomatis et/ ou VIH pour l'année 2007 de façon anonyme.

Les médecins exerçants à Gennevilliers ont signé deux autorisations (chacune autorisant un des deux laboratoires de la commune) ainsi que ceux de Villeneuve La Garenne.

Quinze jours après l'envoi, j'ai contacté par téléphone les médecins pour lesquels je n'avais pas reçu de réponse. Deux médecins de Gennevilliers ont été contactés par mail. Je suis allée directement recueillir les réponses de deux médecins du CMS de Gennevilliers.

Une fois recueillies toutes les autorisations, je les ai remises aux laboratoires respectifs.

6. RECUEIL DES DONNEES DES LABORATOIRES :

Chaque laboratoire a effectué une recherche dans sa base de données afin de répertorier, pour chaque médecin inclus, toutes les demandes de C. trachomatis et/ou de VIH faites sur l'année 2007. Il a été décidé que les identités des patients ne me seraient pas dévoilées. Suite à cette recherche les laboratoires devaient me remettre une liste anonyme (nom du patient remplacé par un numéro), sur laquelle devait apparaître la date de naissance et le sexe du patient, le type de dépistage effectué pour chacun (VIH seul, C. trachomatis seul, ou VIH et C. trachomatis associés sur la même

prescription ou effectués le même jour au laboratoire), la date du prélèvement, et le résultat positif ou négatif.

Les laboratoires devaient également remettre à chaque médecin inclus la même liste mais comportant les identités des patients. Chaque patient correspondait donc à un numéro de ma propre liste.

Le recueil de toutes les listes anonymes s'est terminé en octobre 2009.

Mais les listes que j'ai reçues des laboratoires ne comportaient pas la date de naissance et le sexe des patients. Chaque médecin a donc été recontacté. Une photocopie des listes anonyme leur a été adressée afin qu'ils y notent l'année de naissance ainsi que le sexe de leurs patients, correspondant à leur propre liste nominative. Certains m'ont ré-adressée la liste complétée par courrier postal ; pour d'autre je suis allée à leur cabinet pour la récupérer.

Tableaux détaillés des données fournies par les laboratoires : (Cf. TABLEAU 6)

Chaque médecin inclus s'est vu attribuer une lettre majuscule de A à W.

Pour chaque médecin, les patients ont été numérotés de 1 à 97 au maximum.

Chaque ligne du tableau précise le numéro du patient, son sexe, son âge et s'il a été prescrit une recherche de sérologie VIH seule, de C. trachomatis seule ou des deux associées sur la prescription (ou effectuée le même jour). Pour la colonne VIH est indiqué si le résultat est positif ou négatif (+ ou -). Pour la colonne C. trachomatis (CT), est indiqué par quel type de méthode l'examen a été fait (Polymerase Chain Reaction (PCR) ou sérologie) et si le résultat est positif ou négatif (+ ou -).

7. ENTRETIEN AVEC LES MEDECINS :

7.1. Le questionnaire d'entretien :

Initialement, à partir des données recueillies auprès des laboratoires je voulais tirer au hasard un certain nombre de patients pour chaque médecin (par exemple 2 patients pour lesquels le médecin a prescrit le VIH seul, 2 cas où il a prescrit le C. trachomatis seul, et 2 cas où il a prescrit les deux simultanément). Puis il s'agissait de reprendre, lors de l'entretien avec les médecins, chacun des dossiers sélectionnés (à l'aide de la liste nominative que les laboratoires avaient adressé aux médecins) et de regarder quel avait été le raisonnement du médecin pour avoir prescrit tel ou tel dépistage, associé ou non. Il était prévu d'obtenir des réponses des médecins à l'aide d'un questionnaire directif.

Il s'est avéré que cette méthode était difficile à mettre en place ; tout d'abord parce le nombre de dossiers par médecin dans chaque catégorie était très disparate, ce qui rendait le tirage au sort impossible pour certaines catégories ; d'autre part parce que cette méthode faisait prévoir des entretiens trop longs.

J'ai donc choisi d'utiliser un questionnaire semi-directif pour guider l'entretien avec les médecins, composé de cinq questions (Cf. ANNEXE 1) :

- 1) Pouvez-vous commenter vos résultats ?
- 2) Quand recherchez-vous l'infection sexuellement transmissible à C. trachomatis ?
- 3) Quelle est l'opinion de vos patients quand vous leur proposez cette recherche ?
- 4) Seriez-vous prêt(e) à proposer un dépistage systématique du C. trachomatis si les recommandations y étaient favorables en médecine générale ? Quels seraient les obstacles à ce dépistage ?
- 5) Vous est-il facile de parler de sexualité avec vos patients lors d'une consultation non motivée ?

Ces cinq questions avaient pour but de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses :

- 1) En cas de prise de risque d'IST par le patient, le médecin n'associe pas la recherche de C. trachomatis aux autres IST dont le VIH.
- 2) La mise en place d'un dépistage opportuniste du C. trachomatis en médecine générale présente des obstacles dont le principal est de parler de sexualité avec les patients.

7.2. Pré-test du questionnaire :

Un pré-test a été effectué auprès de cinq médecins et un interne en médecine générale en fin de cursus. Chacun a été recueilli par écrit sans enregistrement.

7.3. Déroulement de l'entretien :

Un rendez-vous a été fixé avec chaque médecin généraliste inclus dès le mois de février 2010. Le dernier entretien a eu lieu au début avril 2010.

Mon entretien au cabinet des médecins ne devait pas durer plus de 15 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone quand le médecin donnait son accord.

Au début de chaque entretien les caractéristiques des médecins étaient notées (Cf. TABLEAU 5).

7.4. Retranscription des entretiens : (Cf. ANNEXE 2)

Pour chaque entretien, sa durée a été notée, puis il a été retranscrit mot à mot.

7.5. Analyse des entretiens :

Une analyse thématique, ou transversale, a été faite à partir des entretiens. Cette méthode permet de découper ce qui d'un entretien à un autre se réfère au même thème. On ne tient compte que du contenu des messages afin de pouvoir comparer avec les autres entretiens.

Cette méthode aboutit à la construction d'une grille d'analyse d'où émergent les thèmes et idées essentielles apportés par les médecins.

8. ETHIQUE :

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a été contacté en octobre 2007 afin de déterminer comment le recueil de données auprès des laboratoires pouvait être réalisé dans le respect des règles éthiques.

Le médecin contacté m'a confirmé qu'après accord des médecins généralistes inclus (autorisation de recueil signée et remise aux laboratoires) les laboratoires pouvaient remettre à un interne de médecine une liste de résultats biologiques (VIH et C. trachomatis également) de façon anonyme, c'est-à-dire que l'identité des patients est alors remplacée par un numéro.

9. RECHERCHE DOCUMENTAIRE :

La recherche documentaire a initialement débuté en juin 2007.

Je me suis appuyée sur un document de synthèse du Dr J.P. AUBERT mis en ligne sur le site de la SFTG Paris-Nord (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) pour m'aider dans ma recherche. Sur le site j'ai pu avoir une liste complète des différentes sources d'information en matière de recherche documentaire.

J'ai débuté par une recherche sur internet en allant consulter les différents sites francophones et anglophones proposés. Puis j'ai utilisé le moteur de recherche PubMed en utilisant les mots clefs « chlamydia trachomatis », « mass screening », « barriers », « HIV », « human sexuality », « sexual health », « general practitioners », « sexually transmitted disease ».

J'ai également recherché des informations parmi celles que j'avais pu déjà répertorier durant mon cursus, et celles que j'ai pu trouver dans les revues auxquelles j'étais abonnée.

J'ai obtenu également des informations par des internes et des médecins qui connaissaient le sujet de cette thèse.

Dans un second temps, après avoir réalisé les entretiens avec les médecins, j'ai fait une seconde recherche afin de compléter la première au vu des informations fournies par mon enquête.

Par ailleurs, j'ai bénéficié d'un entretien avec l'épidémiologiste du réseau Rénachla, le Dr Véronique GOULET, à l'Institut de Veille Sanitaire de Saint Maurice (94).

RESULTATS

1. DUREE DE L'ETUDE :

L'étude a débuté en septembre 2008 (envoi de la lettre d'inclusion aux médecins) et s'est terminée en avril 2010 (fin des entretiens avec les médecins inclus).

2. LES MEDECINS : (Cf. TABLEAU 5)

Sur les 53 médecins contactés, 23 ont accepté de participer à l'étude.

Ils ont été classés par ordre alphabétique dans chaque commune puis renommés avec les lettres de l'alphabet en majuscule de A à W.

Sur les 23 médecins, 10 sont des femmes et 13 sont des hommes.

L'âge moyen des médecins est de 50.65 ans (extrêmes : 32 à 63 ans). Quatre médecins ont entre 30 et 39 ans, quatre entre 40 et 49 ans et quinze au-delà de 50 ans.

Tous exercent en milieu urbain dont quatre exclusivement de façon salariée. Seulement trois ne sont pas informatisés. Huit sont maîtres de stage (accueil d'internes en médecine générale à leur cabinet). Ils sont installés depuis en moyenne 20.65 ans (extrêmes : 2 à 33 ans).

Quatre d'entre eux déclarent avoir une activité orientée en gynécologie. Deux exercent également dans un centre d'IVG.

3. LES LABORATOIRES :

Chaque laboratoire m'a adressé, pour chacun des médecins inclus, les demandes de recherche de C. trachomatis et/ou VIH qu'il avait pu retrouver grâce à son moteur de recherche. Pour chaque médecin, chacune des demandes correspondant à un patient distinct s'est vu attribuer un numéro. Cette recherche n'a pu aboutir pour un médecin ; il n'a été retrouvé aucune demande auprès des laboratoires de sa commune.

4. RESULTATS DU RECUEIL DE DONNEES FOURNIES PAR LES LABORATOIRES : (Cf. TABLEAU 7)

Au total, il a été répertorié 787 demandes auprès des laboratoires (602 sur Gennevilliers et 185 sur Villeneuve La Garenne). Ces demandes correspondent chacune à un patient distinct.

Sur les 787 demandes, 63.3% représentent des prescriptions chez des femmes (498 contre 286 pour les hommes). La proportion de prescription chez les femmes est majoritaire pour les médecins sauf pour six d'entre eux qui ont fait plus de prescription pour leurs patients hommes. Parmi ces derniers seul l'un d'entre eux est un médecin femme.

La moyenne d'âge des patients est de 35.50 ans (extrêmes : 9 à 91 ans). Dix patients sont mineurs. Pour 29 patients chez qui un dépistage de VIH avait été demandé, l'âge est inconnu, ainsi que pour 8 patients chez qui un dépistage de C. trachomatis a été demandé. Pour 3 patients leur date de naissance est inconnue.

4.1. Les demandes de sérologie de VIH :

Sur les 787 demandes totales de l'étude, 595 représentent les prescriptions de recherche de sérologie de VIH seule, soit 75.6 % et 70 sont associées à une prescription de recherche de C.

trachomatis (8.9 %). Au total, sur l'ensemble des prescriptions de VIH (665, associées ou pas au C. trachomatis) les prescriptions isolées représentent 89.4 %.

Sur les 595 demandes de sérologie de VIH seule, 37.9 % (226) ont été faites chez des patients de 30 ans ou moins et 57.1 % (340) chez des plus de 30 ans.

Parmi les demandes associées, il n'y a pas de différence entre les patients de 30 ans ou moins et les plus de 30 ans (34 demandes).

Sur l'ensemble des demandes de sérologie de VIH (665), le dépistage a été fait chez les patients âgés de 30 ans ou moins dans 39 % des cas.

4.2. Les demandes de C. trachomatis :

Sur les 787 demandes totales de l'étude, 122 représentent les prescriptions de recherche de C. trachomatis seule, soit 15.5 % et 70 représentent celles associées au VIH (soit 192 demandes au total).

Sur les 192 demandes totales de C. trachomatis, 38.5 % (74) ont été faites chez des patients de 30 ans ou moins et 57.3 % (110) chez des patients de plus de 30 ans. Les demandes associées représentent 36.4 % des cas.

4.3. Les patients âgés de 30 ans ou moins :

Sur les 787 demandes totales de l'étude, 300 ont été faites chez les patients âgés de moins de 30 ans, soit 38.1%.

Parmi ces patients, 75.3 % (226) ont bénéficié d'une prescription de sérologie de VIH seule, 13.4% (40) d'une prescription de recherche de C. trachomatis seule et 11.4% (34) d'une prescription associée.

Au total dans cette population, on retrouve 74 prescriptions de recherche de C. trachomatis, soit 24.7 %.

4.4. Les patients âgés de plus de 30 ans :

Sur les 787 demandes totales de l'étude, 450 ont été faites chez des patients âgés de plus de 30 ans, soit 57.2%.

Parmi ces patients, 75.5 % (340) ont bénéficié d'une prescription de sérologie de VIH seule, 16.8% (76) d'une prescription de recherche de *C. trachomatis* seule, et 7.5 % (34) d'une prescription associée.

Au total dans cette population, on retrouve 110 prescriptions de recherche de *C. trachomatis*, soit 22.2 %.

4.5. Taux de positivité du VIH :

Au total sur l'année 2007, il y a eu 665 prescriptions de sérologie de VIH (associées au *C. trachomatis* ou pas), soit 84.5% du nombre total de prescriptions.

Sur l'ensemble des 665 prescriptions, les laboratoires ont retrouvé 1 seul résultat positif, soit 0.15%.

4.6. Taux de positivité du *C. trachomatis* :

Au total sur l'année 2007, il y a eu 192 prescriptions de recherche de *C. trachomatis* (associées au VIH ou pas), soit 24.4% du nombre total des prescriptions. Il y a eu 131 demandes chez des femmes et 61 demandes chez des hommes.

Sur l'ensemble de ces 192 prescriptions, les laboratoires ont retrouvé 12 résultats positifs, soit 6.25 % (3 cas chez les femmes et 9 cas chez les hommes).

L'âge moyen des patients positifs est de 26.75 ans (extrêmes : 20 à 41 ans), 28.3 ans pour les femmes et 26.2 ans pour les hommes. Parmi les 12 patients positifs, 2 patients ont plus de 30 ans (une femme de 36 ans et un homme de 41 ans).

4.7. Type de prélèvement du C. trachomatis prescrit par les médecins :

D'après les données fournies par les laboratoires, les médecins ont prescrit un dépistage du C. trachomatis sur divers types de prélèvement : sur prélèvement urétral pour 6 patients, sur prélèvement vaginal pour 9 patientes, sur un échantillon d'urine (premier jet urinaire) pour 64 patients, par sérologie pour 17 patients et sur un prélèvement de sperme pour 1 patient. Pour 100 patientes (sur les 192 recherches de C. trachomatis), un des laboratoires, par sa méthode de recherche informatique, n'a pas pu nous préciser si le prélèvement avait été fait sur un échantillon d'urine ou au niveau vaginal.

Au total, sur les 192 prescriptions de recherche de C. trachomatis les méthodes de prélèvement sur premier jet urinaire et vaginal (173) représentent 90.1 % des méthodes prescrites par les médecins.

Sur les 192 demandes de recherche de C. trachomatis, 113 ont été faites par les médecins femmes (58.9%) et 79 par les médecins hommes (41.1%).

Pour certains médecins, le diagnostic de C. trachomatis chez un(e) patient(e) comporte une recherche par deux types de prélèvement : un prélèvement vaginal associé à une sérologie, un prélèvement urétral associé à une sérologie et un prélèvement urinaire associé à une sérologie (chez un patient).

Tableau 1 : Type de prélèvement de C. trachomatis selon le sexe du médecin

	Médecin femme	Médecin homme
sérologie	4	13
urètre	1	5
vagin	6	3
urine H	25	27
urine+vagin	77	22
sperme	0	1

Urine H : prélèvement sur 1^{er} jet urinaire chez un homme

Tableau 2 : Type de prélèvement de C. trachomatis selon le sexe du patient

	Total patients	Urètre	vagin	Urine	urine+vagin	Sérologie	Sperme	Total CT
Femmes	498	0	9	18	100	7	0	134
Hommes	286	6	0	46	0	10	1	63

CT : Chlamydia trachomatis

Tableau 3 : Prescription de C. trachomatis selon les caractéristiques des médecins :

	Médecins	Total CT	CT seul	CT +VIH	CT ≤ 30 ans	CT > 30 ans
Femme	10	113	89	24	40	66
Homme	13	79	33	46	34	44
30-39 ans	4	46	37	9	15	27
40-49 ans	4	14	12	2	6	8
50-60 ans +	15	132	73	59	53	75
Spé gynéco	4	46	35	11	18	26
MdS	8	87	45	42	34	51

MdS : médecin maître de stage

Spé gynéco : médecins déclarant avoir une activité orientée en gynécologie

5. RESULTAT DES ENTRETIENS :

5.1.Nombre d'entretiens :

Vingt-trois entretiens ont été faits de début février 2010 à début avril 2010.

Les médecins m'ont reçue sur leur lieu de travail (dans leur bureau pour 18 d'entre eux, et dans la pièce de repos pour 4 d'entre eux), excepté pour un seul d'entre eux qui m'a reçue à son domicile.

5.2.Durée des entretiens :

La durée moyenne des entretiens est de 14 minutes et 52 secondes avec un minimum de 7 minutes et 57 secondes et un maximum de 35 minutes et 32 secondes. La durée des entretiens ne tient pas compte des interruptions survenues durant les interviews (coup de téléphone, entrée de la secrétaire

dans le bureau, sortie du médecin du bureau). Par contre elle tient compte des questions préliminaires sur les caractéristiques des médecins.

5.3.Enregistrement de l'entretien :

Tous les médecins ont accepté d'être enregistrés sauf un, pour lequel les réponses aux questions ont été notées par écrit durant l'interview.

5.4. Réponses aux questions :

5.4.1. Opinion des médecins sur les résultats des laboratoires :

Tout d'abord, 39 % des médecins sont étonnés sur le peu de demandes de *C. trachomatis* retrouvées par les laboratoires par rapport à ce qu'ils pensent faire en pratique : « Les chlamydiae c'est étonnant que j'en ai aussi peu » (Dr. G), « Je suis déçu par rapport à ce que je pensais faire » (DR. K).

Il y a autant de médecins qui déclarent être forts prescripteurs de *C. trachomatis* que de médecins déclarant être faibles prescripteurs (7). Le reste des médecins sont plutôt moyen prescripteur ou ne s'exprimant pas. Les médecins forts prescripteurs sont ceux pour lesquels on retrouve le nombre de demandes de *C. trachomatis* le plus élevé (125 sur 192 soit 65% des demandes). Cinq d'entre eux sont maîtres de stage.

5.4.2. Dans quelles circonstances les médecins prescrivent-ils *C. trachomatis* ?

Tous les médecins sauf un expliquent qu'ils demandent une recherche de *C. trachomatis* lorsque les patients présentent des signes cliniques au niveau de la sphère génitale (urétrite pour les hommes et cystite, infections génitales féminines, vaginite, pertes vaginales, leucorrhée pour les femmes) certains en précisant le caractère récurrent ou bizarre du tableau clinique : « Les femmes qui vont venir pour des histoires gynécologiques un peu bizarres, qui ont des pertes qu'on n'arrive pas trop à expliquer » (Dr. N), « Quand il y a des infections qui traînent » (Dr. F). Deux médecins déclarent

rechercher *C. trachomatis* lors de tableau clinique leur faisant évoquer une salpingite chez leur patiente femme.

La deuxième circonstance la plus évoquée est la prise de risque d'IST. Seize médecins expliquent qu'ils recherchent *C. trachomatis* en cas de « prise de risque lors de rapports sexuels », de « nouveau partenaire » et de « suspicion de maladie sexuellement transmissible ».

Quelques uns d'entre eux recherchent également ce germe chez leurs patientes enceintes (2 médecins), en cas de problème de fécondité (5 médecins), quand ils effectuent un frottis cervico-vaginal pour dépistage du cancer du col utérin (2 médecins), ou avant pose de dispositif intra-utérin (2 médecins).

Deux médecins déclarent faire une recherche systématique de *C. trachomatis* en dehors de signes cliniques ou circonstances décrites précédemment : « Dans le cadre de dépistage en général en dehors de tout contexte clinique, ça c'est ce que je dis que je fais » (Dr. V), « Moi je croyais que je prescrivais le VIH et le chlamydia si les hommes avaient moins de 30 ans et les femmes moins de 25 ans » (Dr. K).

Deux médecins signalent également qu'ils demandent systématiquement la recherche de ce germe pour tout nouveau patient : « Quand je ne les connais pas et qu'elles ne l'ont jamais fait » (Dr. S).

Certains médecins déclarent ne penser à dépister le *C. trachomatis* que chez leurs patientes femmes principalement : « Alors moi c'est pour les filles le chlamydia, je ne fais pas pour les garçons systématiquement, quasiment jamais, sauf si il y a une suspicion d'IST » (Dr. G),

5.4.3. Facteurs influençant les médecins dans leur décision de prescrire un dépistage du C. trachomatis :

Neuf médecins pensent que le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'activité gynécologique au sein de leur activité de médecine générale explique le nombre de demandes de C. trachomatis : « Je n'ai pas l'impression d'en demander beaucoup ; mais c'est vrai que je fais beaucoup moins de gynécologie que certains de mes confrères » (Dr. J), « Ça ne m'étonne pas par rapport aux CT, je le sais parce que je n'ai pas d'activité gynécologique » (Dr. Q).

D'autres expliquent qu'ils ne prescrivent pas ou peu le C. trachomatis parce que c'est une maladie non mortelle, contrairement à l'infection VIH : « Les Chlamydiae m'inquiètent moins que le SIDA et donc probablement j'ai une prescription qui va dans ce sens là » (Dr. Q), « Je pense qu'il y a moins d'enjeu quoi, je me dis bon le chlamydia il risque des choses mais bon c'est pas sa vie » (Dr. P).

Un autre facteur moins cité peut, selon les médecins, expliquer le nombre de demandes de C. trachomatis : le type de clientèle.

- pour certains avoir une clientèle féminine augmente ce nombre : « La clientèle que j'ai est surtout féminine » (Dr. T), « Ici on fait beaucoup de gynéco donc c'est évident que c'est beaucoup plus des femmes que des hommes » (Dr. N),
- pour d'autres avoir une clientèle jeune augmente ce nombre : « J'ai une clientèle relativement jeune » (Dr. W).

Certains expliquent la différence de prescription entre chlamydia et VIH par le fait qu'ils suivent des grossesses et dans ce cas là seul la sérologie VIH est indiquée : « Mine de rien on fait énormément de suivi de grossesse, et pour les suivis de grossesse ça nécessite pas forcément de faire les chlamydiae » (Dr. N).

5.4.4. Association C. trachomatis et VIH :

Onze médecins affirment qu'associer le dépistage de C. Trachomatis à celui du VIH est logique : « Moi j'associe peu les deux, c'est pas logique mais c'est comme ça » (Dr. G), « C'est qu'on prescrit illogiquement de temps en temps » (Dr. V), « Dans mon esprit c'est clair. Il n'y a pas de raison délibérée de ne pas faire ensemble » (Dr. R).

Mais seulement 4 médecins affirment prescrire systématiquement ensemble les deux dépistages. Deux autres disent proposer systématiquement à leurs patients le dépistage du VIH avec celui de C. trachomatis.

Huit médecins déclarent faire une différence entre, associer le dépistage de VIH quand ils ont décidé de dépister C. trachomatis, et associer le dépistage de C. trachomatis quand ils veulent prescrire une sérologie de VIH : « En général j'associe un VIH si je demande le C. trachomatis, mais le tableau montre que je ne l'ai pas fait. Inversement si je demande les sérologies VIH je ne demande pas le C. trachomatis » (Dr. Q), « Je n'associe pas systématiquement le C. trachomatis à une demande de VIH. Si je demande un C. trachomatis, par exemple sur PV je demanderai plus facilement un VIH avec » (Dr. C), « J'ai l'impression que je dissocie les deux, je ne sais pas pourquoi, c'est peut être plus facile d'associer chlamydia à VIH que d'associer VIH à chlamydia » (Dr. G).

Ces médecins ne donnent pas tous d'explication précise sur ce mode de faire. Certains expliquent que c'est à cause de leur représentation de la maladie (VIH = maladie mortelle), d'autres qu'ils n'associent la demande de C. trachomatis au VIH, que s'il y a des signes cliniques génitaux (2 médecins), d'autres encore par le fait que ces dépistages ne se font pas sur le même type de prélèvement ce qui embarrasse le médecin : « Faire un prélèvement urinaire en même temps qu'une prise de sang ça me gêne moins que de faire une prise de sang en même temps qu'un prélèvement

urinaire, je trouve ça moins contraignant pour eux » (Dr. N), « Quand c'est sur un prélèvement génital je ne l'associe pas toujours, mais sur une sérologie oui j'associe toujours » (Dr. P).

5.4.5. Comment les patients accueillent-ils la recherche de C. trachomatis ?

Tous les médecins sans exception affirment que leurs patients ne refusent jamais une prescription de dépistage du C. trachomatis. Certains le justifient par le fait qu'il suffit d'expliquer : « Il n'y a pas de refus, j'explique à quoi ça sert et c'est généralement très bien pris » (Dr. T), d'autres par le fait que c'est une pathologie non connue du public : « Je n'ai jamais eu de soucis pour faire accepter la demande de C. trachomatis aux patients, ils ne connaissent même pas » (Dr. F).

En revanche, 9 médecins déclarent que ce n'est pas le cas quand ils proposent un dépistage du VIH : « Je n'ai jamais eu de refus, ils acceptent bien. Pour des VIH tout seul j'ai eu des refus » (Dr. R), « Pour le C. trachomatis on n'aura pas de refus, pour le VIH c'est possible, je pense que le VIH c'est plus difficile à accepter pour les gens » (Dr. C).

5.4.6. Quels sont les obstacles à un dépistage systématique du C. trachomatis ?

Le principal obstacle pour les médecins (signalé par huit médecins) est le manque de temps : le temps pour expliquer les raisons du dépistage, le mode de dépistage et le traitement en cas de positivité ne semblait poser aucun problème pour eux : « Expliquer le CT c'est rapide, on peut donner des informations courtes, succinctes et essentielles » (Dr. D). Il s'agit du temps en général consacré à chaque consultation avec chaque patient : « Les obstacles pour les médecins c'est qu'ils n'ont pas le temps dans une consultation de s'occuper de la prévention » (Dr. K), « Le temps est un obstacle dans toute la médecine générale ; on nous demande d'être performant en tout, de nous former en tout, et les consultations vont bientôt dépasser les ¾ d'heures » (Dr. U). En effet soit le patient se présente avec un motif précis de consultation et dans ce cas le médecin n'a pas le temps en fin de consultation pour aborder le sujet du C. trachomatis : « Le temps peut être un obstacle,

dans certains cas comme toujours comme on est surbooké, c'est peut être un tort mais le jour où on a dix personnes qu'on a du retard et que la personne vient pour trois quatre choses c'est sur que je n'y penserai pas » (Dr. W), soit parler de tous les dépistages recommandés prend déjà tellement de temps qu'il n'en reste plus pour ce dépistage : « Tu fais tous les antécédents , tu parles de tout et puis après ça va dépendre du temps qu'il te reste, est-ce qu'on va se mettre à faire les IST ? » (Dr. S), « On a déjà un peu de mal à faire tous les dépistages un peu recommandés, c'est déjà un peu long » (Dr. P).

Six médecins signalent leur manque d'information concernant cette IST :

- absence de recommandations claires : « D'ailleurs les indications du dépistage ne sont pas très précises non plus, je ne sais pas si je dois demander systématiquement » (Dr. D),
- découverte récente de cette IST : « La recherche de C. trachomatis j'en ai appris l'importance récemment » (Dr. T), « Moi je fais partie des gens qui ont eu connaissance de ça relativement récemment ; il faudrait que les médecins soient mieux informés, je ne suis pas sur que tous aient bien percuté » (Dr. T),
- peu d'informations lors de leur formation universitaire : « C'était quelque chose que je ne connaissais pas très bien à ce moment là parce que mine de rien à la fac on n'en parle pas beaucoup » (Dr. N).

Pour 3 médecins parler de sexualité avec leurs patients est le principal obstacle au dépistage de C. trachomatis : « Parler de la sexualité avec les gens, c'est intrusif, leur demander combien ils ont eu de partenaires c'est encore plus intrusif » (Dr. G), « La chose la plus importante je pense c'est que les médecins ne sont pas prêts à parler de sexualité avec leurs patients si le patient ne fait pas le premier pas » (Dr. K).

Quelques médecins pensent que le manque d'information de la population sur cette IST ne les aide pas, et qu'une campagne d'information de la population générale, comme il y en a eu pour d'autres pathologies, peut favoriser le dépistage : « Le dépistage opportuniste c'est facile à faire quand il y a une notion de campagne » (Dr. I), « Il faudrait une campagne de presse ou un relai par le collègue, le lycée » (Dr. B).

D'autres obstacles sont signalés :

- le type de prélèvement (le premier jet urinaire facilitant le dépistage par rapport aux prélèvements urétral et vaginal),
- la fréquence du dépistage (un dépistage trop fréquent ne serait pas accepté par les patients),
- le prix de l'examen : « C'est un obstacle financier : si ce n'est pas pris en charge les gens n'accepteront pas » (Dr. I),
- le sexe du patient (les hommes risqueraient de moins accepter ce dépistage) : « Peut être que les mecs seraient moins partants, c'est plus facile avec des femmes ça c'est sur » (Dr. I),
- le sexe du médecin : « Mon sexe ça peut poser problème, bon je ne fais pas beaucoup de gynécologie par ce que je suis un homme certainement » (Dr. R),
- les origines ethniques des patients : « Couple maghrébin jeune par exemple, ça voudrait dire que si c'est positif ça pourrait dévoiler à l'un ou l'autre une aventure extraconjugale ou d'avant mariage qui pourrait poser problème ; alors oui il y a des obstacles » (Dr. R),
- le fait de bien connaître ses patients (ou du moins le croire) : « Donc plus je connais les patients et moins je fais de gynécologie.....c'est plus difficile pour les « oh non pas à vous, on se connaît trop bien » » (Dr. C).

Finalement, pour les médecins, la plus grande difficulté est de penser à faire un dépistage du C. trachomatis et d'y penser régulièrement (comme pour tout dépistage) : « Il faut qu'on pense à faire ce dépistage, s'il a montré son bénéfice il faut que ça rentre dans le traditionnel dépistage que l'on

fait » (Dr. F), « Est-ce que j'y penserai....de toute façon le HIV c'est pareil » (Dr. D). Pour l'un d'eux l'absence d'organisation dans la gestion du dossier médical peut expliquer que les médecins ne pensent pas à prescrire ce dépistage : « Ils ne sont pas organisés dans les dossiers pour essayer de voir tous les combien il faut qu'ils fassent les rappels d'interrogatoire » (Dr. K). Un autre explique comment venir à bout de ce problème d'oubli : « Dans une case un peu générale je mets : le médecin traitant, la CMU et je rajoute des petits trucs comme ça, donc je rajoute DTPolio, frottis et mammographie et là je pourrais rajouter chlamydia pour les femmes jeunes » (Dr. G), « Il faudrait que je l'associe au frottis tu vois, une dame quand je lui fais son frottis je lui demande « au fait les chlamydias est ce que vous l'avez déjà fait, est ce que vous avez toujours le même partenaire ? » voilà je pourrais m'y mettre comme ça » (Dr. G).

5.4.7. Les médecins abordent-ils le sujet de la sexualité avec leurs patients ?

La moitié des médecins (12) déclarent parler de sexualité avec leurs patients plus facilement ou uniquement quand ces derniers abordent le sujet lors de la consultation : « Je le fais si le patient me parle d'un problème génital » (Dr. E), « Si le patient tend une perche pour aborder un problème de sexualité je veux bien, mais ce n'est pas moi qui vais spontanément en parler s'il vient pour un rhume » (Dr. F).

Parmi ces 12 médecins, 6 ajoutent qu'ils ne sont pas d'accord pour parler de la sexualité de leurs patients sans y être invités : « Je ne vois pas l'intérêt de parler de sexualité si le patient n'aborde pas le sujet » (Dr. E), « Il faut qu'ils abordent la question, après ça ne me dérange pas d'en parler, mais moi j'aime pas en parler si les gens veulent pas en parler » (Dr. P) ; pour certains la raison principale étant que les patients ne comprennent pas la démarche du médecin ou le prennent mal : « Je pense que certains patients s'en offusqueraient : il est porté sur la chose ou quoi ? » (Dr. F), « Le travailleur immigré retraité qui vient de temps en temps, que j'ai connu avec la « chaude

pisser » il y a 30 ans du samedi après midi, et depuis s'est rangé, fait sa prière et a été à la Mecque donc je ne vais pas lui parler de ça, à la limite ce serait vexant vous comprenez » (Dr. B).

Les médecins expliquent que certaines situations rendent plus aisée leur approche lors de discussion avec leurs patients sur la sexualité :

- le fait que le patient soit du même âge ou du même sexe qu'eux : « Clairement l'homme de plus de 40 ans que j'identifie comme pouvant être potentiellement mon père, c'est compliqué,.....(rires) c'est difficile avec les hommes ; après je le fais » (Dr. N, femme < 40 ans), « Il m'arrive de parler de sexualité mais plus facilement avec des filles qu'avec des garçons » (Dr. T, femme), « J'ai été bloquée, je ne lui ai pas demandé, j'ai loupé le coche ; je me suis demandé comment il avait pu se faire ça, c'est très délicat à demander à un homme » (Dr. D, femme), « Le sexe du patient ne me gêne pas, bien qu'en tant qu'homme ça va être plus facile avec un homme » (Dr. U, homme),
- le fait de bien connaître le patient avec qui ils discutent : « C'est plus facile de parler de sexualité quand on connaît bien les patients » (Dr. J),
- le fait d'avoir un certain entraînement pour aborder ce sujet : « Ça c'est mon entraînement du centre d'IVG, comme on pose la question à tout le monde du coup après ici c'est plus facile aussi de se sentir à l'aise » (Dr. G), « C'est facile parce que à force de leur poser des questions c'est devenu une routine pour les patients » (Dr. K),
- le fait que le patient soit jeune : « Autant chez les gens jeunes ça je le dis, autant chez les gens d'une quarantaine et plus j'aborde pas sauf si il y a une petite piste, le patient nous lance une perche, j'essaie toujours de la saisir alors » (Dr. W), « Si la consultation n'est pas motivée je n'aborde pas forcément le sujet, sauf chez les jeunes, oui, les ado, oui là je peux poser la question plus facilement » (Dr. R),

- le fait que ce soit un nouveau patient : « Avec les nouveaux patients c'est vraiment le rêve » (Dr. S), « Quelqu'un qui vient pour la première fois c'est plus facile de l'intégrer dans le questionnaire » (Dr. T),
- le fait que le médecin soit considéré comme 'âgé' par le patient : « Comme je commence à avoir des cheveux blanc y a des gens qui considèrent qu'ils peuvent m'en parler quand même (rires) je vois des fois des jeunes gens qui me disent « je peux vous le dire.. » » (Dr. P).

Seulement un seul médecin a déclaré discuter de la sexualité de ses patients même lors de consultation non motivée : « Franchement c'est facile parce que à force de leur poser des questions c'est devenu une routine pour les patients ; en plus on mélange ça avec l'interrogatoire sur tabac, alcool, drogues, médicaments et on finit par les IST » (Dr. K).

5.4.8. Sentiment des médecins sur la prévention et les dépistages systématiques :

Les 23 médecins déclarent être prêts à suivre de nouvelles recommandations pour un dépistage systématique du C. trachomatis en médecine générale, à condition que le niveau de preuve soit suffisant : « Si les recommandations sont de grade A je ferai, si elles sont de grade B peut être que je ne ferai pas le dépistage opportuniste » (Dr. B), « Si la recommandation montre que le rapport bénéfice/risque est efficace bien sur je ferais le dépistage » (Dr. F).

Mais malgré cela, certains émettent des réserves :

- y-a-t-il vraiment un intérêt à dépister un maximum de personnes ? : « C'est une première cause de stérilité donc on va les dépister chez tout le monde donc on va donner des antibiotiques à tout le monde, bon why not, j'ai pas idée que c'est si fondamental que ça » (Dr. G),

- la rémunération des médecins est-elle adaptée à la prévention qu'il faudrait faire ? : « Le problème de rémunération du médecin, passer 45 minutes pour 22 euros, vous n'avez plus qu'à changer de métier. Ou alors il faut rémunérer un temps de prévention mais c'est autre chose » (Dr. F), « C'est possible de parler de sexualité, il faudrait que ce soit dans un cadre précis, parce que pour 22 euros, ça vaut pas la peine de faire un interrogatoire approfondi avec questions sur les IST » (Dr. C),
- les médecins sont-ils capables de faire de la prévention et des dépistages de la même façon tout au long de leur carrière ? : « La question c'est tous les trucs dont on doit s'occuper en prévention en médecine générale systématiquement : le tabac, l'alcool, les drogues les maladies cardiovasculaires, les différents cancers, plus les IST...comment faire pour se souvenir de ça tout le temps systématiquement pour tout le mondeon n'y arrive pas », « Tu sais c'est toujours l'idée de faire un examen de prévention annuel, c'est vrai que l'idée est bonne mais en pratique c'est dur à mettre en place..... tu vois parce que les gens je prends tellement l'habitude de les voir que j'oublie » (Dr. G), « Pourquoi tel médecin par rapport à tel autre est capable de proposer systématiquement ce dépistage ? Et comment le fait-il ? » (Dr. Q).), « J'ai un petit peu peur des bilans de dépistage parce que je les trouve déshumanisés. Je ne dépiste pas tout le monde de la même façon, et pour aller plus loin, je pense que la qualité relationnelle installée permet ensuite la crédibilité du dépistage et pas l'inverse » (Dr. Q).
- les médecins sont-ils capables de parler de sexualité ? : « Tu peux le recevoir d'homme à homme ou d'homme à femme, détendu et serein ; donc si tu as un rapport à la sexualité qui est serein tu n'as pas de soucis pour le présenter » (Dr. Q), « Ça prouve comme souvent que la réticence elle est plutôt du côté du médecin que du patient, et pour le médecin c'est difficile de poser une question si la réponse va nous mettre dans l'embarras » (Dr. V), « C'est le médecin qui a peur d'être choqué par la réponse et surtout d'être pris ...de pas

savoir quoi proposer derrière » (Dr. V), « Mais je pense que le blocage vient aussi de nous » (Dr. I).

5.4.9. Quelles sont les connaissances des médecins sur l'IST à C. trachomatis ?

Sept médecins ont exprimé le fait qu'ils dépistent les jeunes : « Chez les hommes et les femmes je prescris plus de C. trachomatis chez les jeunes » (Dr. B), « J'y pense vraiment beaucoup chez les jeunes, je cible vraiment bien les jeunes » (Dr. W), ou qu'il faut dépister les jeunes : « Je croyais que je prescrivais le VIH et le chlamydia si les hommes avaient moins de 30 ans et les femmes moins de 25 ans » (Dr. K), « Je sais il y a les recommandations jusqu'à 25 ans » (Dr. S).

Huit médecins ont dit demander la recherche de C. trachomatis sur un prélèvement d'urine (premier jet urinaire) : « Je fais PCR CT dans les urines » (Dr. T), « La consigne c'est de demander VIH, PCR chlamydia sur premier jet urinaire » (Dr. V).

Neufs médecins ont cité une des complications de l'IST à C. trachomatis : la stérilité : « C'est vrai que c'est important pour la fertilité » (Dr. B), « Ça peut rendre les femmes stériles » (Dr. K).

Seulement 3 médecins ont souligné le fait que cette IST peut être asymptomatique chez les patients : « C'est vrai il y a le portage de chlamydiae qui peut être parfois asymptomatique » (Dr. H).

Deux médecins ont déclaré qu'il faut aussi traiter les partenaires des patients positifs pour le C. trachomatis : « Ce qu'on sait c'est qu'il faut la traiter elle et le partenaire actuel, éventuellement dans la mesure du possible, ce qui est loin d'être toujours le cas, de prévenir les partenaires avant et de leur dire de faire le dépistage » (Dr. N), « Si une femme est C. trachomatis positif j'essaie de traiter le partenaire, en général je fais une ordonnance pour le partenaire » (Dr. T).

5.5. Comportement des médecins durant l'entretien :

Les médecins ont bien accepté l'entretien et l'accueil a toujours été chaleureux. Je n'ai jamais eu le sentiment que l'un d'entre eux ait eu hâte de me voir finir l'entretien, par contre j'ai eu le sentiment que pour trois d'entre eux il y avait une gêne qui s'exprimait par des réponses courtes voir monosyllabiques à mes questions sans développement spontané de leurs réponses. Ils m'ont semblé par ailleurs moins souriants que les autres médecins. Cette gêne a disparu au fur et à mesure de l'entretien. Il m'a alors semblé que le fait d'arrêter l'enregistrement les libérait ; ils se mettaient alors à parler avec plus d'entrain.

DISCUSSION

Le but de cette étude est de comprendre pourquoi un échantillon de médecins généralistes (ici des médecins exerçant dans deux communes du Nord des Hauts-de-Seine) décident de prescrire ou pas un dépistage de l'infection sexuellement transmissible à *C. trachomatis*. Pour cela la méthode qualitative m'a permis, par l'entretien semi-directif, d'avoir connaissance de leurs comportements, leur opinion sur ce dépistage et de comprendre les logiques qui sous-tendent leurs pratiques. Par ailleurs, le recueil de données obtenu grâce aux laboratoires d'analyses médicales m'a permis de quantifier ce dépistage. Ces deux phases dans le déroulement de l'étude sont complémentaires. L'analyse du recueil de données a suggéré des questionnements, amené des hypothèses dont le traitement et la validation dépendent de la phase qualitative. Seule cette deuxième phase permet d'explorer les systèmes de représentation et les pratiques sociales des médecins.

Nous avons, mon directeur de thèse et moi, fait volontairement le choix d'inclure les prescriptions de sérologie de VIH faites par notre échantillon de médecins. Cette infection est également une infection sexuellement transmissible et son dépistage a été récemment recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009 (30) à l'ensemble de la population de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à risque de contamination ou caractéristique particulière, ce qui n'est pas le cas pour le *C. trachomatis*. Il a été donc intéressant de comparer le niveau de prescription de ces deux infections et surtout de comprendre pour quelles raisons les médecins décident d'associer ou pas les deux dépistages. De cette façon nous avons pu obtenir des réponses plus précises sur les décisions des médecins, leur réflexion, leur questionnement, leurs connaissances autour du problème des infections sexuellement transmissibles.

1. EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS URO-GENITALES A CHLAMYDIA TRACHOMATIS :

La prévalence des infections uro-génitales à *C. trachomatis* en population générale est difficile à connaître car les données sont multicentriques. Il n'existe aucune étude de dépistage systématique des chlamydiae chez les hommes et les femmes consultant chez un médecin généraliste, ni chez les personnes échappant au système de soins.

Les données proviennent de programmes nationaux de déclaration obligatoire mis en place par certains pays, d'études ponctuelles, et de réseaux de laboratoires. Les résultats varient en fonction de la zone géographique de dépistage, de la classe d'âge et du lieu de recrutement des populations étudiées (4).

1.1. Situation en France :

Dans les populations symptomatiques d'infections uro-génitales, la prévalence de l'infection à *C. trachomatis* varie de 8 à 15 % et dans les populations asymptomatiques elle varie de 1 à 5 % (57).

En France, l'épidémiologie des infections à *C. trachomatis* est suivie par le réseau Rénachla qui est un réseau national de laboratoires d'analyse de biologie médicale publics et privés. Ce réseau a été mis en place en 1989 pour suivre les tendances évolutives des chlamydiae uro-génitales et disposer de quelques caractéristiques sur les patients ayant eu un diagnostic microbiologique d'infection à *C. trachomatis*. Les laboratoires volontaires qui participent au réseau communiquent chaque mois à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) le nombre de recherches directes de *C. trachomatis*. Pour chaque cas détecté (un cas est un patient qui a un échantillon positif à *C. trachomatis*) sont précisés : l'âge, le sexe, les signes cliniques observés, le type de technique utilisée, les micro-organismes associés et les motifs de prescription. Des données sont aussi recueillies sur la spécialité du médecin qui a prescrit l'examen (28).

En 2006, près de 4000 cas ont été diagnostiqués, dont 68 % chez des femmes. On observe une augmentation du nombre de patients testés surtout chez les hommes (+ 33 % de 2003 à 2007) et du nombre de cas positifs plus fortement chez les femmes (+ 66 % contre + 55 % chez les hommes). Le taux de positivité est de 4 à 5 % similaire dans les deux sexes. La proportion de formes asymptomatiques augmente chaque année. Les formes asymptomatiques sont devenues majoritaires chez la femme en 2006 et chez l'homme en 2004. L'augmentation du nombre de cas positifs depuis 2004 est nettement plus importante chez les personnes asymptomatiques (+ 60 % chez les femmes et + 46 % chez les hommes) que chez les personnes symptomatiques (+ 22 % chez les femmes et + 1 % chez les hommes). L'âge médian des hommes avec un diagnostic de *C. trachomatis* a diminué en 2006 (27 ans au lieu de 29 ans). Chez la femme il n'a pas varié de 2002 à 2006 (23 ans). Les classes d'âge les plus touchées sont les femmes de moins de 25 ans (60 % des cas) et les hommes de moins de 30 ans (60 %) (29).

1.2. Situation dans d'autres pays :

Les études constatent une augmentation du nombre de cas d'infection à *C. trachomatis* également en Europe et en Amérique du Nord.

Au Canada (2), la déclaration obligatoire des infections uro-génitales à *C. trachomatis* a été instituée depuis 1992. La chlamydiae est aussi l'IST la plus déclarée et elle est en hausse avec une augmentation de taux déclarés entre 2003 et 2004 allant de 4 à 8 %. Les taux sont les plus élevés chez les femmes de 15 à 24 ans (50 %) et les hommes de 20 à 24 ans. Les moins de 30 ans représentent plus de 80 % de tous les cas de chlamydiae déclarés en 2004. Depuis 1997, chez les hommes on constate une hausse radicale du nombre de cas positifs chez les plus de 60 ans ; pour les femmes la plus forte hausse est survenue chez les 30 à 39 ans (hausse de 95 %). Le Canada ne bénéficie pas encore actuellement de stratégie nationale de lutte contre la chlamydiae et les IST (à l'exception de la lutte contre le VIH) bien qu'il ait déjà établi des objectifs nationaux depuis 1997.

Les Etats-Unis, par leurs rapports intitulés Healthy People, dont le premier a été publié par le Surgeon General en 1979, se sont fixés des objectifs nationaux de promotion de la santé et de prévention des maladies pour 2000 et 2010. Le Center for Disease Control and Prevention (CDC) a émis des recommandations pour le dépistage de *C. trachomatis* chez toutes les femmes sexuellement actives âgées de moins de 26 ans (10). En 2006, 1.030.911 cas de chlamydiae urogénitale ont été communiqués par les 50 Etats et le District de Columbia au CDC, correspondant à une augmentation de 5,4 % du nombre de cas comparé à 2005. Les femmes étaient majoritairement asymptomatiques. Les classes d'âge les plus touchées étaient les 15-19 ans pour les femmes et les 20-24 ans pour les hommes. La prévalence en 2006 était de 6,7 % en moyenne (2.8 % à 16.9 % selon les Etats).

Pour les pays européens, la chlamydiae est surveillée par le European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) (23). Son dernier rapport date de juin 2009. En 2007, 253386 cas positifs d'infection à *C. trachomatis* ont été rapportés par les pays européens, avec un taux de 122.6 cas pour 100000 personnes. Chez les jeunes de 15-24 ans ce taux est de 367.5 cas positifs pour 100000 personnes. Les taux de positivité rapportés par les différents programmes de surveillances des pays européens vont de 3.2 % à 10.4 %. Mais seulement quelques pays ont une approche systématique avec des guides de dépistage et des recommandations : sur les 29 pays d'Europe, 2 seulement ont développé un programme de dépistage à l'ensemble de la population par le système de santé publique (Angleterre et Pays-Bas), 6 proposent un dépistage à un groupe spécifique de personnes asymptomatiques (Cf. Tableau 4), 3 utilisent des guides de dépistage et notifient les partenaires sexuels (Belgique, France, Hongrie), 5 ont élaboré des guides de diagnostic et de traitement du *C. trachomatis* adressés à un seul groupe de professionnels de santé (Autriche République tchèque, Allemagne, Italie, Lituanie), et 13 pays n'ont aucun guide au niveau national pour le diagnostic et la

prise en charge de l'infection à *C. trachomatis* (Bulgarie, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Portugal, Roumanie, Slovénie, Suisse, Turquie) (22).

Tableau 4 : Dépistage de *C. trachomatis* chez les personnes asymptomatiques : résumé des guides nationaux

Danemark	test de dépistage en soins primaires pour les personnes asymptomatiques avec échange de partenaires sexuels fréquent, chez les femmes de moins de 26 ans avant pose d'un dispositif intra-utérin ou avant une hystérosalpingographie
Estonie	dépistage des femmes enceintes, des personnes asymptomatiques avec échange fréquent de partenaires sexuels, des clients des prostitué(e)s et des personnes ayant subi une agression sexuelle
Islande	dépistage des femmes enceintes, des donneurs d'ovocytes et de sperme
Lettonie	dépistage recommandé chez les femmes enceintes et chez les partenaires des patients atteints d'IST
Norvège	dépistage des femmes enceintes, de moins de 25 ans avec nouveau partenaire et les partenaires des personnes atteintes d'IST
Suède	Nombreux guides incluant le dépistage des personnes asymptomatiques mais ciblant des groupes différents selon les comtés

En Angleterre (44), le National Chlamydia Screening Programme (NCSP) a débuté en avril 2003 tout d'abord dans 10 zones du pays, avec un ajout de 16 nouvelles zones en avril 2004. Le reste du pays a été inclus au programme national depuis avril 2006 avec au total 85 zones de dépistage. Le NCSP estime qu'en offrant un dépistage annuel aux femmes et hommes sexuellement actifs âgés de moins de 25 ans, il pourrait obtenir une diminution de la prévalence du *C. trachomatis* de 40 % la première année et de 89 % après 10 ans de dépistage, si 50 % des tests sont acceptés par la population et si 50% des partenaires sont eux aussi dépistés et traités. Le rapport de novembre 2006 montre un taux similaire de positivité dans les deux sexes (10,5 %) avec 180.000 tests effectués depuis avril 2003.

Aux Pays-Bas, un programme pilote proposant une invitation postale annuelle au dépistage du *C. trachomatis* aux 16-29 ans (à partir des registres municipaux de population) a débuté dans 3 régions depuis début 2008 (23).

La Suède est le premier pays dans le monde à avoir dépisté l'IST à *C. trachomatis*. Un dépistage opportuniste gratuit (chez les jeunes femmes à risque auprès de certains lieux de consultation) a été mis en place dans certains comtés depuis 1980. Depuis la mise en place d'un système de notification des cas de *C. trachomatis* en 1988, le nombre de cas n'a cessé d'augmenter. En 2003, 384000 tests ont été faits correspondant à 13 % de la population âgée de 15 à 39 ans. Certains comtés ont élaboré des recommandations pour le dépistage de *C. trachomatis* (22,23).

En Norvège, un programme de dépistage basé sur la collecte de tests envoyés au domicile va se mettre en place (23).

Au Luxembourg (38), afin de mieux définir l'envergure du problème posé par l'infection urogénitale à *C. trachomatis*, une étude pilote a été réalisée de 2004 à fin décembre 2006. Elle consistait à proposer gratuitement un dépistage de *C. trachomatis* aux personnes sexuellement actives de moins de 25 ans dans trois différents contextes : au sein des 29 lycées du pays, auprès des patientes de 3 centres de planning familial et dans les centres du Service de Santé au Travail Multisectoriel (lors d'examens d'embauche). Le test de dépistage était fait sur échantillon d'urine. Au total, le taux de prévalence global était de 4,4%, étant trois fois plus élevé chez les femmes (5,5%) que chez l'homme (1,8 %). La prévalence était significativement plus élevée chez les personnes avec une utilisation inconstante de préservatif et/ou avec partenaires sexuels multiples. Le réseau de surveillance indique que d'autres pays ont prévu d'introduire un programme de dépistage opportuniste de *C. trachomatis* dans les prochaines années (23).

2. AGENT INFECTIEUX : (9)

2.1. Taxonomie :

Il existe 4 familles appartenant à l'ordre des Chlamydiales : les Chlamydiaceae, les Simkaniaceae, les Parachlamydiaceae et les Waddliaceae.

C'est la famille des Chlamydiaceae qui nous intéresse. Elle se divise en deux genres :

- le genre I comprend 3 espèces : Chlamydia trachomatis, Chlamydia mucidorum et Chlamydia suis.
- le genre II comprend 6 espèces : Chlamydophila psittaci, Chlamydophila abortus, Chlamydophila caviae, Chlamydophila felis, Chlamydophila pecorum et Chlamydophila pneumoniae.

Chlamydiae trachomatis et Chlamydophila pneumoniae sont principalement pathogènes pour l'homme et Chlamydophila psittaci principalement pour l'animal.

Il existe différentes souches de Chlamydiae trachomatis. Les techniques biologiques permettent de mettre en évidence **deux biovars** (souches différentes par leurs caractéristiques biologiques) :

- **biovar trachoma** : infecte les muqueuses. Les sérovars A,B,Ba et C sont responsables de lésions oculaires (le trachome) et les sérovars D,C,Da,E,F,G,H,I,Ia,J et K responsables de lésions urogénitales. Les sérovars sont des souches différentes par leur protéine majeure de leur membrane externe. Les plus fréquents en Europe sont les sérovars E, F puis D et G.
- **biovar LVG** : infecte les ganglions lymphatiques. Les sérovars L1, L2, L2a et L3 sont responsables de la lymphogranulomatose vénérienne.

2.2. Bactériologie :

C. trachomatis est une bactérie gram négatif, intracellulaire obligatoire (elle est incapable de synthétiser l'adénosine triphosphate). C. trachomatis possède les deux acides nucléiques ADN et ARN.

Elle infecte les cellules des muqueuses génitales, oculaires et pulmonaires. Sa présence dans les voies génitales basses n'est pas physiologique.

Cette bactérie immobile pénètre par phagocytose dans le cytoplasme de la cellule hôte et induit sa lyse en 48 à 72 heures. Lors d'une primo-infection la bactérie peut rester superficielle ou proliférer et devenir chronique en l'absence de traitement.

Hors des cellules hôtes, *C. trachomatis* existe sous forme 'dormante' appelée « corps élémentaires ».

2.3. Transmission :

C. trachomatis se transmet par contact direct avec les sécrétions de sujets infectés ou avec le matériel souillé par les sécrétions.

Le réservoir de cette bactérie est humain.

C'est une bactérie sexuellement transmissible. La transmission peut avoir lieu également lors de l'accouchement de la mère à l'enfant lors du passage dans les voies génitales basses.

2.4. Immunité :

Cette bactérie ne confère pas d'immunité acquise.

2.5. Contagiosité :

Aussi longtemps que le germe est présent dans l'organisme.

3. TECHNIQUES DE PRELEVEMENT : (9)

3.1. Qualité du prélèvement :

Pour qu'un prélèvement soit utilisable, il doit contenir des cellules.

Le milieu de transport et de conservation doit être adapté à la technique utilisée.

Le prélèvement doit être fait en dehors de toute antibiothérapie.

3.2. Matériel pour le prélèvement :

Lorsque le prélèvement se fait à l'aide d'un écouvillon, celui-ci ne doit pas être en bois ; le coton, l'alginate et le dacron peuvent être utilisés. Dans tous les cas il vaut mieux retirer l'écouvillon du milieu de transport.

Le prélèvement endocervical peut se faire avec une cytobrosse qui a l'avantage de ramener plus de cellules et de bactéries.

3.3. Milieu de transport :

Selon la technique utilisée, le milieu de transport sera différent.

Pour la culture cellulaire, le milieu de transport qui permet de conserver la bactérie vivante est le 2SP qui contient 5 % de sang de veau fœtal avec ou sans antibiotique. La culture exige des délais de transport et de température précis. Les prélèvements peuvent être conservés à + 4 °C pendant 24 heures avant l'analyse. Les urines du premier jet peuvent être gardées à + 4 °C pendant une semaine ou être congelées à -20 °C.

Pour la technique d'amplification, la conservation peut se faire à température ambiante pendant 24 à 48 heures ou pendant une semaine à + 4 °C.

3.4. Siège du prélèvement pour les infections uro-génitales :

3.4.1. Chez la femme symptomatique d'infection génitale basse :

Le meilleur prélèvement dans ce cas est l'association d'un écouvillonnage du col utérin et urétral permettant de récupérer un maximum de cellules infectées. Les deux écouvillons seront placés dans le même milieu de transport.

On pourra pratiquer un sérodiagnostic sur prélèvement sanguin afin d'évaluer l'extension de l'infection.

3.4.2. Chez l'homme symptomatique :

Le meilleur prélèvement est l'écouvillonnage urétral.

3.4.3. Dépistage systématique :

Le premier jet d'urine sans nettoyage préalable du périnée est le prélèvement le plus adapté et le plus simple à réaliser car il est souvent pratiqué sans examen gynécologique. Le risque est d'obtenir moins de cellules infectées et d'être gêné par des inhibiteurs enzymatiques. Il faut alors utiliser comme méthode de diagnostic l'ampliation avec contrôle interne afin de détecter ces éventuels inhibiteurs enzymatiques (qui pourraient être responsables de faux négatifs).

Le sérodiagnostic par prélèvement sanguin n'a ici pas d'intérêt.

3.4.4. Recherche d'infection génitale haute :

On réalise à la fois un écouvillonnage endocervical et urétral, et des biopsies par coelioscopie de l'endomètre, des trompes et du cul de sac de Douglas.

Le prélèvement sanguin est utile pour la recherche d'immunoglobuline IgG et IgA spécifiques de *Chlamydia trachomatis*.

Le bilan sanguin comprenant la numération formule sanguine, la C-réactive protéine et la vitesse de sédimentation n'est pas utile. En effet, l'hyperleucocytose n'est pas spécifique et l'augmentation de la C-réactive protéine n'est pas constante.

De même l'échographie n'est pas un examen qui va aider au diagnostic, mais peut détecter une autre pathologie ou un abcès pelvien.

4. TECHNIQUES DE DIAGNOSTIC : (9)

4.1. Le diagnostic direct :

4.1.1. La culture cellulaire :

La culture cellulaire est traditionnellement considérée comme la méthode de choix pour le diagnostic en laboratoire de *C. trachomatis*. Toutefois, la culture cellulaire est une technique coûteuse, difficile à standardiser, techniquement exigeante et qui doit être faite avec des organismes viables, ce qui limite son utilisation. Les résultats sont obtenus en 3 à 7 jours. Les modalités du

prélèvement peuvent influencer le résultat, que ce soit en rapport avec la qualité du prélèvement, le milieu de transport, le mode de transport ou sa conservation.

Cette méthode demeure la meilleure pour les investigations à incidence médico-légale en raison de sa grande spécificité.

Les deux lignées de cellules utilisées sont les cellules de McCoy (fibroblastes de souris) et les cellules Hela 229.

On peut utiliser cette technique diagnostique pour tous les prélèvements excepté pour l'urine.

De plus, la culture cellulaire permet d'étudier la sensibilité de *C. trachomatis* aux antibiotiques.

4.1.2. Immunofluorescence directe :

La recherche de *C. trachomatis* par immunofluorescence directe manque de sensibilité. Quant à sa spécificité, elle dépend de la nature monoclonale ou polyclonale des anticorps utilisés.

Ces techniques sont utilisables sur des prélèvements de l'endocol et de l'urètre.

Cette technique diagnostique consiste à étaler l'échantillon prélevé sur une lame. Puis les anticorps fluorescents mettent en évidence les corps extracellulaires de *C. trachomatis*. Les résultats de ce test sont observateur dépendants.

Mais la lecture des lames peut aussi être automatisée par des tests ELISA.

4.1.3. Biologie moléculaire par amplification génique :

Cette technique est très spécifique et sensible (> 98 %) ; elle est semi-automatisée et permet plus de souplesse par rapport aux conditions de conservation des prélèvements.

La biologie moléculaire rend possible la détection de *C. trachomatis* dans tous les prélèvements (urine, sperme, endomètre, trompe, liquide péritonéal, liquide articulaire, conjonctive, prélèvement vulvaire et vaginal).

La biologie moléculaire ne nécessite pas la viabilité des bactéries.

Les cibles utilisées sont le plasmide ou le gène de la MOMP (major outer membrane protein).

Il existe actuellement 4 tests de détection de *C. trachomatis* en France :

- celui de **Roche** basé sur le principe de la PCR (polymerase chain reaction) qui s'appelle ***Amplicator***°. Ce test existe en version manuelle et semi-automatisée sur automate Cobas° ;
- celui de **Abbott** basé sur le principe de la Gap-LCR (ligase chain reaction) qui s'appelle ***LCx***° ;
- celui de **Gen-Probe bioMérieux** basé sur le principe de la TMA (transcription mediated amplification) qui s'appelle ***TMA***° ;
- celui de **Becton-Dickinson** basé sur le principe de la SDA (strand displacement amplification) qui s'appelle ***BD ProbeTec***°.

La revue de la littérature clinique faite par l'ANAES en 2003 (5) montre que les tests par amplification génique in vitro ont une spécificité élevée, du même ordre que la culture cellulaire, une sensibilité supérieure à la culture cellulaire et aux méthodes immunoenzymatiques lors de prélèvements endocervicaux chez la femme et urétraux chez l'homme, et une sensibilité satisfaisante dans les urines et les prélèvements vaginaux. Ils nécessitent cependant des règles de bonne pratiques de la part des laboratoires afin d'éviter les contaminations des échantillons pouvant donner lieu à des « faux positifs ».

Dans le réseau Rénachla, la technique PCR a été utilisée par les laboratoires pour 54 % des diagnostics en 1999, et elle l'est pour plus de 90 % depuis 2005 (29).

Sur le plan économique, les tests par amplification génique ont un rapport coût/efficacité favorable comparé à celui de la culture cellulaire et des autres méthodes de détection. Ces tests possèdent en outre l'avantage de pouvoir être réalisés sur des échantillons urinaires (ce qui n'est pas le cas pour la culture cellulaire) rendant les prélèvements moins contraignants pour les patients, qui redoutent l'examen gynécologique ou le prélèvement urétral.

Toutes ces raisons font des tests par amplification génique in vitro l'examen de choix pour le dépistage systématique des infections uro-génitales à *C. trachomatis*.

Les méthodes de biologie moléculaire conviennent dans le contexte médico-légal puisque aucune réaction croisée avec d'autres micro-organismes n'a été mise en évidence.

4.2. Le diagnostic indirect :

C'est le sérodiagnostic par la mise en évidence des anticorps circulants.

Les anticorps vont être spécifiques du genre, de l'espèce et du sérovar.

Les techniques utilisées sont :

- **la réaction de fixation du complément** : elle met en évidence les anticorps du genre *Chlamydiae* et son utilisation est limitée au diagnostic de la lymphogranulomatose vénérienne ;
- **l'immunofluorescence indirecte** : les tests commercialisés utilisent des suspensions de corps élémentaire cultivés sur œuf ou sur cellules d'une seule souche par espèce du genre *Chlamydiae*. Cette technique différencie et titre toutes les classes d'immunoglobulines humaines (IgA, IgG, IgM) ;
- **les techniques immunoenzymatiques** : ce sont des techniques rapides, automatisée et de lecture objective. Des techniques récentes permettent un diagnostic d'espèce par utilisation d'antigènes plus spécifiques.

Ces techniques sont peu sensibles. Il est souvent difficile de préciser l'espèce en cause car il existe des similitudes entre les trois espèces pathogènes pour l'homme. Il existe des réactions croisées entre les différents sérotypes de *C. trachomatis*, y compris les sérotypes L1, L2 et L3, responsables de la lymphogranulomatose vénérienne, ou *Chlamydia pneumoniae*.

Par ailleurs les infections génitales basses ne s'accompagnent que d'une faible production d'anticorps. La positivité d'une sérologie ne permet d'apprécier ni l'évolutivité, ni l'ancienneté de l'infection. De fait, les sérologies de *C. trachomatis* n'ont d'intérêt que dans les infections génitales hautes ou profondes où l'examen direct peut être difficile à obtenir (salpingite ou épididymite chez l'homme) (titre élevé d'anticorps, ainsi que présence d'IgM, mais inconstant et retardé).

Le rapport de surveillance canadien de 2004 précise que des anticorps contre *C. trachomatis* ont été détectés chez plus de 80 % des femmes présentant une stérilité tubaire (2).

5. CLINIQUE DES INFECTIONS URO-GENITALES A CHLAMYDIA TRACHOMATIS:

(9,53)

5.1. Urétrite :

Chez l'homme, les symptômes d'urétrite ne sont pas spécifiques de *C. trachomatis*. Les signes urinaires vont être une dysurie, une rougeur du méat urinaire, des brûlures mictionnelles, une pollakiurie et un prurit. L'écoulement est plutôt peu abondant, clair, blanchâtre ou purulent. L'incubation est variable, de 2 à 3 semaines. Dans la moitié des cas elle est asymptomatique.

Chez la femme, dans la plupart des cas il s'agit d'une urétrite qui passe inaperçue. Il peut parfois y avoir des signes cliniques qui orientent plutôt vers la cystite, tels que dysurie ou brûlures mictionnelles.

5.2. Epididymite :

C'est la complication de l'urétrite chez l'homme qui est rare (5 %) mais grave.

On observe alors, associés à l'urétrite, de la fièvre, une douleur de l'épididyme ou du testicule, ainsi qu'une rougeur et une chaleur de la bourse.

A l'examen l'épididyme est augmenté de volume et le testicule est douloureux. La douleur est soulagée par la suspension du testicule.

L'atteinte peut être uni ou bilatérale.

Le diagnostic différentiel est la torsion du testicule.

Le tableau clinique n'étant pas spécifique de *C. trachomatis* il faut rechercher d'autres germes responsables d'épididymite (*C. trachomatis* représente 50 à 60 % des causes d'épididymite).

Actuellement, la responsabilité de *C. trachomatis* dans l'infertilité masculine est controversée.

5.3. Cervicite :

Chez la femme, l'infection à *C. trachomatis* est le plus souvent asymptomatique (60 à 70 % des cas).

Quand l'infection est symptomatique il s'agit d'une endocervicite (ou cervico-vaginite) dont les signes cliniques sont des leucorrhées peu abondantes, des dyspareunies avec ou sans saignement, une irritation de la région périnéale, des douleurs abdominales basses, des métrorragies.

A l'examen, on trouve un col utérin inflammatoire et fragile.

Ces signes quand ils existent sont importants, car l'endocervicite peut être le point de départ d'une infection génitale haute.

5.4. Infections génitales hautes et complications chez la femme :

5.4.1. Endométrite et salpingite :

Il est difficile de faire la différence entre endométrite et salpingite car les signes cliniques se ressemblent.

Dans les formes aiguës, les signes fonctionnels sont des douleurs abdominales, des métrorragies, des leucorrhées purulentes, et une fièvre. Les formes atténuées (les plus fréquentes) se résument à un ou deux signes cliniques. Quant aux formes dites silencieuses, elles se révèlent à l'occasion d'une complication (54).

A l'examen gynécologique on retrouve une cervicite au spéculum et une douleur à la mobilisation de l'utérus au toucher vaginal, avec douleur du cul-de-sac vaginal en cas d'atteinte de la trompe.

Les diagnostics différentiels sont : l'abdomen chirurgical aigu (appendicite, péritonite...), les atteintes urologiques (pyélonéphrite, colique néphrétique...) et les autres atteintes gynécologiques douloureuses (endométriose...).

5.4.2. Abscès pelvien :

L'abcès touche la trompe de Fallope, et plus rarement l'ovaire ou le cul-de-sac de Douglas.

Les signes cliniques sont le plus souvent présents.

Il y a de la fièvre, une altération de l'état général, et des douleurs pelviennes importantes.

Le toucher vaginal est très douloureux avec la palpation d'une masse latéro-utérine peu mobile par rapport à l'utérus (uni ou bilatérale).

Le diagnostic est confirmé par échographie pelvienne et la cœlioscopie.

5.4.3. Pelvi-péritonite :

Il s'agit d'un tableau de péritonite « classique » sans particularité souvent lié à la rupture d'un abcès tubo-ovarien. C. trachomatis peut également atteindre par migration le repli du péritoine rétro-hépatique et simuler un tableau de cholécystite aiguë (douleur de l'hypochondre droit, nausée, vomissement). C'est ce que l'on appelle la péri-hépatite ou syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

5.4.4. Passage à la chronicité et séquelles :

Les adhérences pelviennes ou rétro-hépatiques peuvent être responsables de douleurs pelviennes chroniques et de dyspareunie.

25 % des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP) évolueront vers une complication comme l'infertilité tubaire, la grossesse extra-utérine ou la douleur pelvienne chronique.

C. trachomatis est la principale cause de stérilité tubaire dans les pays industrialisés. On estime qu'après 2 épisodes de salpingite le risque de stérilité tubaire est de 35 % et de 75 % après 3 épisodes.

Selon les estimations canadiennes de 2004 (2), 10 à 40 % des femmes infectées par *C. trachomatis* souffriront d'une AIP pouvant compromettre leur capacité de procréer.

5.5. Proctite :

Cette complication qui touche le rectum, atteint les deux sexes mais elle survient surtout chez les homosexuels masculins.

Les signes cliniques sont une douleur rectale, un écoulement mucopurulent et/ou des saignements spontanés ou au contact.

5.6. Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas Favre :

C'est une maladie qui se retrouve essentiellement dans les régions tropicales et sub-tropicales. Elle touche principalement les hommes (homosexuels et prostitués) mais les femmes sont aussi touchées (prostituées surtout).

Les rapports anaux semblent favoriser l'infection.

L'infection se déroule en trois stades : la bactérie pénètre au niveau de la porte d'entrée, puis elle diffuse dans les vaisseaux lymphatiques pour gagner les ganglions et provoquer une adénite ; ensuite elle entraîne un processus inflammatoire ganglionnaire avec formation de lésions fibreuses.

Cliniquement il existe deux formes de la maladie :

- la forme génitale initialement marquée par un chancre au niveau des grandes lèvres chez la femme ou sur la paroi postérieure du vagin, passant le plus souvent inaperçu. Par la suite apparaît une lymphadénite douloureuse qui peut se fistuliser à la peau ;
- la forme ano-rectale avec atteinte de ganglions péri-anaux et pelviens entraînant cliniquement un ténesme, des douleurs rectales et un écoulement purulent.

Les complications de ses deux formes sont des fistules vagino-rectales, anales, des ano-rectites sténosantes ou des lymphoedèmes génitaux.

En France il a été mis en évidence une épidémie de LGV, au début 2004 (21). Les points d'appel avaient été le signalement par les Hollandais d'une épidémie récente chez les homosexuels de Rotterdam et l'augmentation en 2003 du nombre d'échantillons rectaux positifs à *C. trachomatis* signalés par le réseau Rénachla. Seul le typage des souches directement dans l'échantillon rectal permet de confirmer le diagnostic de LGV. Presque toutes les souches étaient de génovar L2 et les prélèvements provenaient d'hommes homosexuels qui avaient des signes cliniques d'ano-rectite. Le dernier bilan de surveillance par le réseau Rénachla précise que cette épidémie est circonscrite à la région d'Ile-de-France et que les prélèvements ano-rectaux chez les femmes sont exceptionnels (2 prélèvements en 2006) (29).

6. TRAITEMENT DES INFECTIONS URO-GENITALES A CHLAMYDIA TRACHOMATIS :

In vitro, les antibiotiques les plus actifs sur *C. trachomatis* sont les tétracyclines et les macrolides, puis à un moindre degré les quinolones.

Les fluoroquinolones sont intéressantes pour leur spectre d'action (*Chlamydia* et *Gonocoque*) et leur biodisponibilité tissulaire très bonne.

6.1. Infections uro-génitales basses :

Pour les urétrites et les cervicites non compliquées à *C. trachomatis*, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose (46) :

- Azithromycine, 1g par voie orale, en dose unique,
- soit Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours.

Ces protocoles sont recommandés aussi par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en France (1) et le CDC aux Etats-Unis (12).

Le traitement minute par Azithromycine est à privilégier car sa simplicité augmente la compliance des patients. De plus, le traitement monodose a un meilleur rapport coût/efficacité que le traitement par Doxycycline (43). Le CDC propose aussi de délivrer le traitement minute au cabinet médical et de constater la prise effective du comprimé par le patient, ce qui augmenterait la compliance.

Par ailleurs, pour minimiser les risques de transmission, le patient devrait s'abstenir de tout rapport sexuel non protégé dans les 7 jours suivant la prise du traitement minute ou jusqu'à fin du traitement de 7 jours. Le(s) partenaire(s) sexuel(s) devra (devront) aussi bénéficier d'un traitement simultané (12).

6.2. Infections génitales hautes et complications chez la femme :

Le choix des antibiotiques repose sur deux notions : la première est la fréquence de l'association de *C. trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* ; la deuxième est la surinfection habituelle par une flore associant des bactéries à Gram positif et négatif (souvent sécrétrices de bêta-lactamases), et des germes anaérobies (54).

Le traitement doit donc comporter obligatoirement une association d'antibiotiques actifs sur l'ensemble de ces bactéries (traitement probabiliste).

Par ailleurs, devant l'émergence de résistances des entérobactéries à l'association amoxicilline+acide clavulamique, et des gonocoques aux fluoroquinolones il est recommandé actuellement la trithérapie suivante (13, OMS 46):

- Ceftriaxone 1g/jour en IM ou IV
- Doxycycline 100 mg x 2/jour
- Métronidazole 500 mg x 2/jour

pendant 14 jours par voie orale d'emblée (sauf pour Ceftriaxone en IM) dans les formes ambulatoires ou débutée par voie intraveineuse dans les formes aiguës hospitalisées.

Les infections génitales hautes chez la femme peuvent nécessiter un traitement en urgence par coelioscopie ou laparotomie.

6.3. Epididymite :

Le traitement antibiotique peut être fait en ambulatoire mais une hospitalisation sera parfois nécessaire. Le patient peut bénéficier de la mise de place d'un suspensoir pour soulager les douleurs. Deux possibilités thérapeutiques existent (13, OMS 46) :

Soit :

- Ceftriaxone 500 mg en une injection IM suivi de
- Doxycycline 200 mg/jour, en une prise par jour pendant 10 jours

Ou : Ofloxacin 200 mg x 2/jour pendant 10 jours en tenant compte des résistances possibles en cas de gonocoque.

6.4. Lymphogranulomatose vénérienne :

Selon l'OMS, le traitement est le suivant (46) :

- Doxycycline 100 mg, 2 fois par jour par voie orale pendant 14 jours,
- soit Erythromycine 500 mg 4 fois par jour par voie orale pendant 14 jours, en cas d'allergie aux cyclines.

Lorsque la maladie est très évoluée, un traitement de plus de 14 jours est parfois nécessaire, et les séquelles telles que les brides et/ou les fistules doivent être opérées.

6.5. Traitement de la femme enceinte :

En cas de grossesse, les protocoles recommandés sont les suivants (1) :

- Erythromycine, 500 mg 4 fois par jour, par voie orale,
- soit Amoxicilline, 500 mg 3 fois par jour, par voie orale.

Le traitement sera de 7 jours pour les infections basses et de 14 à 21 jours pour les infections hautes et pour la LGV.

Les tétracyclines (Doxycycline) et les fluoroquinolones sont contre-indiquées chez la femme enceinte.

A noter que les effets gastro-intestinaux liés à la prise d'Erythromycine peuvent être la cause d'une mauvaise compliance chez ces patientes. L'Azithromycine 1g par voie orale en une prise unique peut être possible aussi.

6.6. Traitement des partenaires :

Les partenaires doivent être pris en charge qu'ils soient symptomatiques ou pas, qu'ils aient été soumis à des analyses ou pas, que les résultats soient négatifs ou pas.

Dans les recommandations américaines, il y a lieu de traiter (12) :

- les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec un cas-index dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou au moment du diagnostic ;
- s'il n'y a aucun partenaire sexuel dans les 60 derniers jours précédant les débuts des symptômes ou le diagnostic, le partenaire sexuel le plus récent ;
- les partenaires qui ont eu un contact sexuel (sans préservatif) avec le patient avant que celui-ci ait terminé son traitement ou dans les 7 jours après un traitement monodose ;
- les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec un cas symptomatique.

6.7. Résistance aux antibiotiques :

Les résistances acquises sous traitement antibiotique sont exceptionnelles. Les dernières études du réseau Rénachla sur la sensibilité de quelques souches aux antibiotiques n'ont pas mis en évidence de souches résistantes, mais l'existence de souches hétérotypiques (seul un petit nombre de bactéries sont capables de survivre à des concentrations d'antibiotique supérieures à la CMI) incite

à la surveillance. Ce peut être le cas pour des souches isolées lors de tableau clinique de récurrence de l'infection ou d'échec thérapeutique(20).

Il faut noter que les études de sensibilité aux antibiotiques concernent de moins en moins de souches pour des raisons liées à la technique (fastidieuse et de lecture difficile) et du fait de peu d'isolats cliniques, car les cultures cellulaires sont de moins en moins pratiquées (20).

Ces données posent la question du contrôle post-thérapeutique.

6.8. Contrôle post-thérapeutique :

Dans ses directives de 2003 (4), l'ANAES fait état d'un taux d'échec au traitement de 5 % et ne recommande pas de contrôle post-thérapeutique. Toutefois, la plupart des études montrent un taux d'échec de l'ordre de 10 % sans en préciser la raison, échec thérapeutique ou recontamination (21). Peterman (2006) (48) montre que 12 mois après un traitement d'IST (*Neisseria gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, ou *Trichomonas vaginalis*) 25,8% des femmes et 14,7 % des hommes ont développé une nouvelle IST à une ou plus de ces bactéries pathogènes. Les trois quarts de ces nouvelles IST étaient asymptomatiques. Il conviendrait donc de pratiquer systématiquement un prélèvement de contrôle post-thérapeutique. Sachant que les acides nucléiques des chlamydiae peuvent subsister jusqu'à 3 semaines après la fin du traitement antibiotique adapté, il faut pratiquer le prélèvement de contrôle plus de 3 semaines après la fin du traitement curatif (25).

Le CDC recommande de contrôler à 3 mois toute femme traitée pour *C. trachomatis* (12).

La majorité des infections post-thérapeutiques sont dues aux réinfections (par un nouveau partenaire ou par le même partenaire non traité), à une mauvaise compliance, ou à une résistance antibiotique. Ce contrôle est aussi recommandé systématiquement chez toute femme enceinte mais à 3 semaines de la fin du traitement antibiotique (12).

7. LIMITES DE L'ETUDE :

7.1. Limites de la méthode :

7.1.1. Les médecins :

La principale limite de la recherche qualitative est la généralisation à une société entière des observations portant sur un nombre limité d'individus. Toute généralisation est en effet impossible en raison d'un échantillon trop restreint et non représentatif (19). Dans notre étude, nous avons un faible échantillon. Les 23 médecins exercent dans deux communes voisines, dans le même département (Hauts-de-Seine) ; cet échantillon est donc loin d'être représentatif de l'ensemble des médecins généralistes français. J'ai choisi ces deux communes parce que d'une part mon directeur de thèse est installé dans l'une d'elle et d'autre part parce que mon domicile est proche de celles-ci ce qui a facilité mon travail par la suite.

Bien qu'il n'y ait pas de règle stricte quant à la taille de l'échantillon en recherche qualitative, la sélection des interviewés doit se poursuivre jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne semble plus pouvoir être obtenue. Dans mon étude, j'ai pu atteindre cette saturation assez rapidement. Les derniers entretiens sont venus principalement confirmer les informations déjà obtenues.

7.1.2. Le recueil de données :

Le recueil de données concernant toutes les prescriptions de sérologie de VIH et /ou de recherche de *C. trachomatis* sur l'année 2007 répertoriées auprès des laboratoires des deux communes n'est pas exhaustif. En effet, comme l'ont signalés certains médecins, leurs patients effectuent leurs examens complémentaires biologiques dans d'autres laboratoires d'analyse, c'est-à-dire dans des communes voisines. Il y a deux explications à cela : un certain nombre de patients et de médecins ont, pour les premiers, leur domicile et, pour les seconds, leur cabinet médical limitrophe d'une autre commune. La clientèle des médecins généralistes a donc des origines variées.

Il faut noter également que certains patients peuvent ne pas avoir effectué les examens complémentaires prescrits par l'échantillon de médecins.

Concernant les médecins maîtres de stage, il faut se rappeler qu'ils accueillent tous les six mois un nouvel interne en formation qui prescrit également (ou non) des dépistages de VIH et C. trachomatis. De cette façon, le nombre total de dépistages par médecin peut être sur-estimé ou sous-estimé (pour un même patient l'interne peut avoir une attitude de prescription différente de son maître de stage, dans le sens d'une sur-prescription ou une sous-prescription du VIH et C. trachomatis).

Pour trois médecins la situation est particulière :

- le Dr. O : Je n'ai pu retrouver que très peu de demandes (3) car le médecin était alors étudiant en 2007 ce qui explique que toutes ses demandes soient codifiées par le laboratoire au numéro ADELI soit du directeur du centre de santé où il était rattaché, soit du laboratoire. Les demandes retrouvées correspondent à la période novembre-décembre 2007, période à partir de laquelle il avait obtenu son diplôme de docteur en médecine ;
- le Dr. S : L'absence de résultats retrouvés est expliquée par le médecin par le fait qu'il s'est installé dans la commune en septembre 2007 ;
- le Dr. L : En 2007 ce médecin faisait des remplacements ponctuels dans un cabinet médical d'une des deux communes.

Le nombre total de dépistages est également sous-estimé parce que pour 40 patients, l'âge et/ou le sexe sont inconnus. N'ayant obtenu des laboratoires que des liste anonymes sans date de naissance ni sexe des patients, ce sont les médecins généralistes qui m'ont fourni ces données. Il aurait fallu, pour les patients chez lesquels la date de naissance et/ou le sexe étaient inconnus du médecin, que ce dernier récupère l'information directement auprès des laboratoires. Il s'agissait d'un travail supplémentaire pour les médecins, difficilement faisable, qui n'aurait pas modifié significativement les résultats obtenus.

7.1.3. Les pré-tests :

Comme recommandé lors d'études qualitatives (19), le pré-test est nécessaire afin de vérifier la compréhensibilité du questionnaire par l'interviewé, d'organiser et structurer son entretien qui au final doit être le même avec chaque interviewé. Il permet de s'entraîner afin de laisser le plus possible libre parole à l'interviewé, préparer des relances et des recadrages pour ne pas passer à côté d'informations essentielles. Il permet également à l'enquêteur d'évaluer sa capacité d'écoute et corriger ses défauts (gestes ou phrases gênantes dans la discussion) et planifier ses stratégies d'écoute et d'intervention (relances ou reformulations). Lors de mes pré-tests auprès des médecins, je n'ai pas tenu compte de ces recommandations de façon stricte. J'ai vérifié l'intelligibilité des questions, mais je n'ai pas préparé de phrases de reformulation ; je ne me suis pas suffisamment interrogée sur ma propre place dans l'entretien.

Par ailleurs, la consigne de présentation est essentielle (19) : C'est à partir d'une courte phrase permettant de se présenter et de présenter le cadre et les objectifs de la recherche que l'interviewé va se faire une idée de l'enquêteur. Cette consigne pouvant avoir une influence déterminante sur le déroulement de l'entretien et le discours de l'interviewé. Là aussi également je n'ai pas préparé de présentation, supposant à tort probablement que les médecins se rappelaient les raisons précises de cet entretien (objectifs de l'étude, question...). Ce qui a été systématique dans ma présentation, ce fut la remise du tableau des résultats du recueil de données, en ayant pris soin de surligner leurs propres résultats.

7.1.4. Les entretiens :

Il est recommandé au cours d'un entretien semi-directif de débiter par une question ouverte (« Que pensez-vous de... »), et de progressivement terminer l'entretien par les questions fermées (âge, profession...). De cette façon l'interviewé ne se sent pas agressé dès le début de l'entretien. Dans le cas de mon enquête, ces questions fermées ont été posées à tous les médecins au début de l'entretien

(âge des médecins, année d'installation....) ce qui a pu modifier la façon dont les médecins ont répondu aux questions.

Dans les enquêtes qualitatives, le rôle de l'observateur est important. Il a une forte influence s'il ne fait pas un effort d'objectivité et de neutralité (dans son comportement, dans ses propos, dans ses attitudes...). Il est très complexe d'adopter une attitude non directive durant l'entretien. Se centrer sur l'interviewé exige une attention soutenue et la maîtrise de ses propres réactions. Il ne faut rien laisser paraître de ses propres associations d'idées, de ses propres sentiments et pensées (19). Je n'ai pu adopter ce comportement recommandé lors des entretiens parce que je connaissais mieux certains médecins. Mon comportement n'était pas identique pour chaque entretien et avec tous les médecins. J'ai été initialement plus directive lors des premiers entretiens, puis au fil des entretiens j'ai laissé plus de temps aux médecins pour répondre, en leur laissant des moments de silences ou de réflexion. Par ailleurs, je connaissais de par mon cursus en 3^{ème} cycle, 11 médecins sur les 23 et j'ai employé le tutoiement avec 6 d'entre eux. Cette familiarité a très probablement eu comme conséquence une plus grande facilité pour ces médecins de parler et répondre à mon questionnaire. Mais cette aisance dans le discours a été également facilitée par le fait que 8 d'entre eux sont maîtres de stage et ont de par leur fonction de formateur, tant au niveau clinique auprès de leurs internes en stage, qu'au niveau universitaire, une habitude de se remettre en question et de réfléchir sur leurs pratiques. Les entretiens les plus longs ont d'ailleurs été accordés par ces médecins.

Les entretiens ne se sont pas tous déroulés dans les mêmes conditions : La majorité a eu lieu dans le bureau même du médecin là où il reçoit les patients en consultation, ce qui me plaçait également en position de « pseudo-patient » face au médecin ; pour 5 d'entre eux ce fut dans leur salle de repos (autour d'un café par exemple), donc de façon plus conviviale, et pour un seul d'entre eux à son domicile. Un médecin a répondu au questionnaire en présence de sa secrétaire et un nourrissait son nourrisson.

Un des médecins participant à l'enquête était impliqué dans l'élaboration de l'étude, ce qui rendait son entretien non représentatif.

En conclusion, il ne faut pas penser que toute enquête avec présence de l'enquêteur soit biaisée, de par son comportement et celui des interviewés. Les réponses des sujets varient bien en fonction de la situation d'interaction, mais poser cette variation en termes de biais est erroné. La variabilité des réponses est une donnée de fait qui ne remet pas en cause l'authenticité des propos. C'est à l'enquêteur de savoir réduire au minimum l'impact de sa présence et d'en tenir compte dans l'analyse des données. Dans mon étude cela n'a pas été appliqué, par mon manque d'expérience dans l'élaboration d'une thèse, et principalement dans la recherche qualitative.

7.2. Limites de l'analyse :

L'analyse des données recueillies lors des entretiens met en jeu une part de subjectivité liée au chercheur. Même si celui-ci s'efforce de la minimiser autant que possible, il fait preuve d'interprétation lors du découpage des idées et du classement des énoncés par thème. C'est pour cela que la phase de codification est généralement faite par plusieurs personnes, c'est-à-dire les différents enquêteurs ayant participé. Dans mon cas, cela n'a pas été possible. De plus, la qualité de mon analyse dépendait de ma compétence et de mon expérience en matière de recherche qualitative, ce qui n'était pas le cas.

8.LE DEPISTAGE DE L'INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE A CHLAMYDIA TRACHOMATIS : QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES

8.1. Taux de positivité du C. trachomatis :

Sur l'année 2007, le nombre de patients dépistés positifs pour l'IST à C. trachomatis suite à une prescription de notre échantillon de médecins est de 12 sur les 192 recherches. On peut donc estimer un taux de positivité de 6.25 %. Ce taux est proche des résultats obtenus dans la dernière analyse du réseau Rénachla de 2006 (29) où le taux de positivité des hommes et des femmes était similaire situé entre 4 et 5 % (données recueillies à partir de 82 laboratoires en France). Ce taux est par contre bien supérieur aux résultats que le réseau avait obtenu lors d'une étude en 2001 (27) réalisée auprès des laboratoires afin de calculer les pourcentages de positivité selon les lieux de consultation. Pour le secteur libéral les prescriptions provenaient des gynécologues et des médecins généralistes. L'étude retrouvait des taux de positivité similaires de 1.7 % chez les gynécologues et les médecins généralistes.

Au niveau national, la dernière enquête CSF « Contexte de la Sexualité en France » (6) a évalué pour la première fois en France la prévalence de C. trachomatis en proposant un dépistage à toutes les personnes sexuellement actives de moins de 25 ans, et les personnes de 25 à 44 ans ayant eu un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire dans l'année ; la prévalence totale était de 1.5 %.

Notre taux de positivité est donc supérieur aux taux retrouvés en population générale. Ce taux est probablement expliqué par le fait que la plupart des médecins de l'étude dépiste principalement leurs patients femmes (131 contre 61 hommes dépistés), soit deux fois plus ; et on sait que les taux de positivité retrouvés dans les différentes études est souvent supérieur chez les femmes. Une autre explication peut être donnée par le fait que les patients dépistés par les médecins de notre étude, présentaient probablement presque tous des signes cliniques (d'après les déclarations des médecins lors des entretiens) ; il y avait donc plus de chance d'avoir un résultat positif.

Il faut également prendre en compte que parmi les médecins il y avait de forts prescripteurs de C. trachomatis, et que parmi ceux-ci il y avait des maîtres de stage, et les quatre médecins ayant

déclaré leur intérêt pour la gynécologie ; ils étaient donc très probablement plus au courant de ce qui est préconisé en matière de dépistage de l'IST à *C. trachomatis*. Là encore le taux de positivité retrouvé est probablement surestimé par rapport à ce qui peut être retrouvé en population générale.

Ce qui peut paraître étonnant dans cette étude est que bien qu'il y ait plus de prescription de *C. trachomatis* chez les femmes, on retrouve un nombre de résultats positifs trois fois plus important chez les hommes (3/12 chez les femmes et 9/12 pour les hommes). On retrouve également les mêmes résultats dans une étude de 2001 du réseau Rénachla (27) dans laquelle les pourcentages de positivité étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans tous les lieux de consultation que ce soit chez les moins de 25 ans ou chez les plus âgés. Plus précisément en médecine générale l'étude retrouvait 4.1 % de positivité chez les hommes contre 1.1 % chez les femmes. Depuis, le taux de positivité entre hommes et femmes est similaire comme l'indique la dernière analyse de 2006 (29). Pour autant, en étudiant la distribution des cas d'infection selon le lieu de consultation, il y a plus de cas positifs chez les hommes consultant un omnipraticien libéral (16 %) que chez les femmes (11 %) avec là aussi un nombre d'hommes dépistés deux fois moindre (1207 versus 2501 pour les femmes). Il est vrai que dans notre étude le dépistage chez les hommes est beaucoup plus ciblé et moins fréquent (signes d'urétrite principalement). Certains médecins le disent bien lors de leur interview : « Mais moi je dis toujours les femmes, parce que je suis pas prête à les faire aux hommes » (Dr. G), « J'y pense vraiment beaucoup plus pour les femmes, vraiment, pour les hommes je le fais quand il y a des signes d'infection » (Dr. L) ce qui peut expliquer que lors des rares fois où le médecin généraliste le prescrit le résultat est souvent positif.

Sachant que les médecins inclus dans notre enquête ne font pas systématiquement ce dépistage en cas de signes cliniques, qu'ils le font peu chez les patients asymptomatiques, et qu'une partie des prescriptions n'est pas réalisée, en tout cas peut-être pas dans les laboratoires sélectionnés, on peut estimer que ce taux pourrait être beaucoup plus élevé.

8.2. Critères de prescription :

Le principal critère de prescription pour les médecins est la présence de signes cliniques urogénitaux que ce soit chez l'homme ou la femme. Ces données ne sont pas surprenantes. Elles étaient annoncées par le réseau Rénachla dans leur dernière étude d'analyse de 2003 à 2006 (29). En effet, les patients dépistés pour le *C. trachomatis* par les médecins généralistes et les gynécologues de cette étude étaient symptomatiques dans 73 % des cas. Dans notre étude, peu de médecins signalent que cette infection est dans la majorité des cas asymptomatique. Ils ont pourtant des réponses qui nous font comprendre qu'ils reconnaissent l'IST à *C. trachomatis* chez la femme comme une infection qui s'exprime de façon variée parfois « bizarrement » ou résistante aux traitements probabilistes. En cas de mycose vaginale typique ils n'iront pas prescrire ce dépistage.

Pour les femmes, les médecins généralistes ont d'autres motifs de prescription en plus des signes cliniques : prise en charge de grossesse, prescription de pilule, pose de dispositif intra-utérin, bilan d'infertilité, frottis cervico-vaginal de dépistage, prise de risque. Les femmes sont beaucoup plus citées par les médecins.

On peut constater suite à l'analyse des entretiens que ce sont les médecins femmes qui prescrivent le plus de dépistage de *C. trachomatis* (59 % de l'ensemble des demandes) et cela malgré un nombre inférieur de médecins femmes participant à l'étude (10 femmes pour 13 hommes). Les médecins femmes expliquent cela par le fait qu'elles reçoivent plus de femmes en consultation et qu'elles pratiquent en général plus d'actes liés à la gynécologie que leurs collègues hommes. Ce constat résulte du plus fort intérêt que peuvent avoir les médecins femmes concernant le suivi gynécologique de par leur statut de femme. Une partie des médecins hommes quant à eux expliquent s'être éloignés progressivement de la gynécologie, et avoir abandonné certains actes (le frottis cervico-vaginal), pour certains volontairement : « Je n'ai pas d'activité gynécologique, parce que je n'en veux pas » (Dr. Q, homme), et pour d'autres en raison du lien qui se tisse au fur et à mesure du temps entre le patient et son médecin rendant l'acte gynécologique plus difficile pour le médecin comme pour le patient : « Je pense que je fais moins de gynécologie qu'avant, parce que je

connais de mieux en mieux les patients, et que la relation d'amitié n'est pas facile à rendre ; les femmes préfèrent une relation un tout petit peu aseptisée dans leur gynécologie, parce que après c'est compliqué de montrer son derrière, quand il y a la grande amitié, le tutoiement » (Dr. C, homme).

8.3. Type de prélèvement choisi par les médecins :

Les principaux types de prélèvements choisis par les médecins de l'étude pour rechercher la présence d'une infection à *C. trachomatis* est le prélèvement urinaire et vaginal.

Dix-sept recherches ont été faites par sérologie. Cela peut s'expliquer si le médecin suspectait une infection génitale haute chez une femme bien que les résultats de sérologie soient difficilement interprétables. La présence d'un taux d'anticorps $\geq 1/64$, évocatrice d'une infection génitale haute, n'en constitue pas cependant une preuve (54). L'ANAES précise que le manque de marqueurs d'infection aigue ou chronique et les réactions croisées avec *C. pneumoniae* rendent ce type de détection inappropriée dans le cadre d'un dépistage (4).

Il est étonnant de constater que la majorité des sérologies ont été faites chez les patients hommes (10/17). Nous n'avons pas d'explication par les médecins à ce sujet. Etant donné que le diagnostic sérologique n'a pas d'intérêt chez l'homme pour le diagnostic et le traitement d'une infection à *C. trachomatis*, y compris pour le diagnostic de prostatite et d'épididymite, on peut penser que ces sérologies faites soient dues à un manque de connaissance de la part des médecins. Or on constate que certains médecins prescrivent à la fois des sérologies seules et des dépistages par PCR ; c'est qu'ils ont connaissance des techniques par PCR. Il aurait été intéressant de pouvoir préciser cette interrogation en examinant précisément les dossiers des patients concernés. On retrouve un seul médecin qui n'a prescrit que des sérologies associées au dépistage du VIH mais sans prélèvement vaginal ou urinaire. Un même type de prélèvement favorise-t-il cette association ? (à savoir une prise de sang) : « Si quelqu'un vient pour un bilan de MST dans ce cas là je fais les deux, et

d'autres chose, mais je fais dans le sang je ne fais pas sur prélèvement génital, par sérologie » (Dr. P).

8.4. Age des patients dépistés et diagnostiqués :

Il résulte de l'analyse du recueil de données que les médecins de notre étude sont amenés à rechercher une infection à *C. trachomatis* plus fréquemment chez les patients âgés de plus de 30 ans (110 versus 74 sur un total de 192 tests). Il semble donc qu'il y ait une contradiction entre ce qu'ont déclaré les médecins durant les entretiens et ce qu'ils font en pratique. Plusieurs sont surpris à la vue de leurs résultats pour l'année 2007. Cela pourrait être expliqué par la forte proportion de femmes d'origine d'Afrique du nord que suivent nos médecins et qui déclarent avoir leur premier rapport sexuel au moment du mariage, à un âge souvent proche de la trentaine : « Je m'occupe pas mal de patientes qui arrivent vierges au mariage, donc avec un âge plus décalé pour le début de l'activité sexuelle. » (Dr. B). Etant donné que les médecins dépistent principalement lors de signes cliniques ce pourrait être une explication. On peut penser aussi que les adultes jeunes de moins de 30 ans ont plus de mal pour aborder des problèmes d'IST que les plus âgés et qu'ils consultent moins souvent un médecin généraliste pour faire de la prévention quand « tout va bien », ce qui limiterait les occasions pour les médecins généralistes de dépister les IST.

Les classes d'âges les plus touchées par l'infection sont les femmes de moins de 25 ans (2/3 soit 66.6%) et les hommes de moins de 30 ans (8/10 soit 88.8 %). Ces valeurs sont supérieures à celles retrouvées par le réseau Rénachla pour l'année 2006 (60 % pour les femmes de moins de 25 ans et pour les hommes de moins de 30 ans) (29).

Contrairement aux données du réseau Rénachla de 2006 (29), l'âge médian des hommes et femmes avec un diagnostic de chlamydie était similaire (24 ans pour les hommes et 25 ans pour les femmes). Le réseau Rénachla retrouvait un âge médian de 27 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes.

Nos données sont difficilement comparables avec celles de la littérature au vu du nombre restreint de diagnostics positifs, principalement chez les femmes (au nombre de 3).

8.5. Forts et faibles prescripteurs :

Après analyse du recueil de données des laboratoires, il ressort qu'il y a des médecins forts prescripteurs et des médecins faibles prescripteurs. Le groupe des forts prescripteurs comporte un plus grand nombre de médecins femmes, un plus grand nombre de maîtres de stage, les quatre médecins ayant déclaré leur intérêt pour la gynécologie, les deux médecins exerçant en centre d'IVG, le médecin responsable d'un réseau sur le VIH, et la majorité déclare non seulement dépister le *C. trachomatis* devant des signes cliniques mais également avant pose de dispositif intra-utérin, en cas de prise de risque d'IST, lors de suivi de grossesse, lors de prescription de pilule et lors de frottis cervico-vaginaux. Ce groupe comprend également les deux médecins ayant déclaré dépister le *C. trachomatis* systématiquement. Le groupe a une bonne connaissance de cette infection.

Les faibles prescripteurs, quant à eux, ne sont représentés que par des médecins hommes, dont 3 maîtres de stage, sans activité gynécologique ou très peu, déclarant avoir une clientèle assez âgée. Deux d'entre eux expliquent chercher d'abord les autres IST puis selon le résultat demandent ou non le dépistage de *C. trachomatis* : « Si le VIH arrive positif c'est évident qu'on fera un bilan d'extension des infections sous jacentes » (Dr. J), « On va faire un ECBU simple, on va traiter, si c'est guéri, ils ne feront pas d'ECBU, sinon ils le feront et là on va éventuellement rechercher *C. trachomatis* » (Dr. U).

On retrouve dans la littérature une étude qualitative anglaise (McNulty, 2004) (42) assez similaire à la nôtre. Après avoir sélectionné des médecins généralistes faibles et forts prescripteurs à partir des données fournies par les laboratoires sur leurs prescriptions de *C. trachomatis*, des focus group ont été organisés afin de comprendre leur pratique de dépistage. Les faibles prescripteurs disaient

dépister le *C. trachomatis* après avoir eu des résultats négatifs pour les autres IST si une femme présentait des leucorrhées anormales ; ils pensaient avoir une clientèle hors des populations à risque (clientèle plus âgée et rurale) ; ils avaient également une moins bonne connaissance de la symptomatologie et des techniques de diagnostic de cette infection. Par ailleurs, les faibles et les forts prescripteurs avaient un blocage mental quant au dépistage chez l'homme ; ils déclaraient les adresser directement vers les « genito-urinary clinics », ce qui n'était pas le cas pour les médecins de notre étude.

Si on compare le nombre de demandes de *C. trachomatis* des maîtres de stage, à celui des médecins « spécialisés en gynécologie » et à celui du reste des médecins généralistes de l'étude, on constate que ce sont les seconds qui ont un taux de prescription le plus fort (42 % contre 36 % pour les maîtres de stage et 22 % pour les reste des médecins). Si on compare cette fois isolément le nombre de demande de *C. trachomatis* des maîtres de stage d'une part et des médecins « spécialisés » d'autre part, au reste des médecins on retrouve un pourcentage de prescription plus élevé pour les maîtres de stages (57 % contre 43 %) et pour les médecins « spécialisés » (60 % contre 40 %).

8.6. Le *C. trachomatis* au sein des autres IST : en particulier le VIH

La transmission par voie sexuelle est de loin la voie la plus commune de transmission de l'infection à VIH, représentant plus de 75 % des voies de transmission du VIH. Le risque de contracter et de transmettre le VIH par voie de contact sexuel augmente en présence d'une IST. Etant donné la hausse régulière de l'incidence des IST au niveau mondial, il semble important de pouvoir contrôler la diffusion de ces IST afin de lutter contre l'épidémie de VIH.

Les personnes séronégatives au VIH qui se trouvent infectées par une autre IST sont au moins deux à cinq fois plus aptes qu'une personne non infectée à contracter l'infection à VIH. Il semble qu'il y ait deux mécanismes qui puissent expliquer ce fait : les ulcères génitaux (chancre, herpès) donnent lieu à des ruptures de la muqueuse servant de porte d'entrée ; deuxièmement les IST non ulcéreux (le chlamydia, la blennorragie, l'infection à trichomonase) augmentent la concentration cellulaire

des sécrétions génitales servant de cible à l'infection à VIH. Par ailleurs, une personne séropositive pour le VIH et infectée par une IST est plus apte à transmettre le VIH à son partenaire sexuel par le contact sexuel, en raison d'une plus grande susceptibilité d'avoir le VIH dans ses sécrétions génitales. Plusieurs études ont montré des charges virales en VIH beaucoup plus importantes dans les sécrétions génitales de personnes séropositives et atteintes d'IST (3).

Parmi nos patients, nous n'avons pas retrouvé de cas de co-infection par le VIH et le *C. trachomatis*. Un seul patient est séropositif, mais il n'y a eu aucune demande de *C. trachomatis* associée. Peut-être que le médecin a secondairement complété ses investigations en recherchant la présence d'IST chez ce patient ou bien le patient avait déjà effectué un dépistage de *C. trachomatis* antérieurement ; il aurait fallu reprendre le dossier de ce patient, mais il s'agissait alors d'un autre type d'étude qu'il aurait été d'ailleurs intéressant d'effectuer pour mieux comprendre encore le mode de raisonnement et de gestion des médecins généralistes face à cette situation.

D'après le dernier rapport de surveillance de l'infection à VIH en France par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (49), le nombre de sérologies VIH réalisé en France en 2006 est estimé à 5 millions, ce qui rapporté à la population est de 80 p. 1000 habitants (données estimées à partir des données transmises par les laboratoires français dont les trois quarts en ville). Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à 11100 en 2006 soit une proportion de 2.2 p. 1000 sérologies réalisées. Si on compare avec nos résultats en se basant sur les populations des communes recensées en 2006 (67622 habitants au total, 43054 à Gennevilliers et 24568 à Villeneuve La Garenne), sachant qu'il a été fait 665 demandes de VIH par nos médecins inclus (23 sur les 53 sélectionnés), soit une moyenne de 30 demandes de VIH par médecins, on obtient une moyenne de environ 24 demandes de VIH pour 1000 habitants en 2007. La proportion de sérologies positives est d'environ 1.5 p. 1000 sérologies (1 sérologie VIH positive sur les 665 demandes). Bien que ces données soient imprécises on peut s'étonner que les médecins généralistes prescrivent 3 fois moins de sérologies VIH pour 1000 habitants que la moyenne nationale. Plusieurs explications peuvent être envisagées : un relâchement de la part de nos médecins, peut-être en rapport avec le

vieillesse de leur profession ; cependant les plus forts prescripteurs de notre échantillon sont au contraire les médecins de plus de 50 ans mais fortement engagés dans le dépistage du VIH (un médecin est responsable d'un réseau sur le VIH ; le second du réseau ARÈS 92, réseau de soins ville-hôpital sur le VIH, les addictions et la précarité). Une baisse de prescription a été retrouvée par l'InVS entre 2005 et 2006 (-4 %). On peut penser qu'étant donné que la majorité de nos médecins sont âgés de plus de 50 ans ils ont une clientèle ancienne, fixe qui les a suivis tout au long de leur carrière ; ils avaient donc peut-être déjà effectué un dépistage de VIH antérieurement ; les dépistages faits en 2007 correspondraient aux nouveaux patients.

En revanche, le nombre de séropositivités que l'on retrouve auprès des laboratoires correspond aux données nationales (28) : il y a environ une séropositivité pour 450 dépistages fait en France. Nous avons retrouvé une séropositivité sur les 665 dépistages. Ce dernier point suggère que bien que nos médecins dépistent moins que la moyenne nationale, ils détectent autant de séropositivités. Dépisteraient-ils mieux ? Où le fait de travailler dans des communes fortement peuplées en populations originaires d'Afrique donc plus à risque pour le VIH expliquerait ces chiffres ? Dans le Baromètre santé médecin/pharmacien 2003 (34), le facteur le plus significatif de prescription de sérologie VIH était le fait d'avoir une importante clientèle bénéficiant de la CMU (Couverture médicale universelle) ; il existe une relation quasi linéaire entre l'activité de dépistage et la proportion de clientèle bénéficiaire de la CMU ; les médecins ayant une clientèle constituée de plus de 25 % de bénéficiaires de la CMU avaient une probabilité 3.2 fois plus importante de prescrire une sérologie VIH. L'Ile-de-France est également la région où le nombre de sérologies positives pour 1000 tests est le plus fort (34).

Je n'ai retrouvé qu'une seule étude évaluant la relation entre l'IST à *C. trachomatis* et l'infection à VIH. Il s'agissait d'une étude indienne (Joyee, 2005) (37) analysant les taux de positivité de ces deux infections et leurs rapports au sein d'une population d'hommes et de femmes (143 au total) consultant auprès d'un Institut pour IST. La prévalence du *C. trachomatis* retrouvée était de 30.8 %

(44/143), il y avait plus de femmes positives à VIH que d'hommes (27 % vs 8.8%). Parmi les 44 personnes infectées par le *C. trachomatis*, 30 % présentaient également une infection par VIH et 70.8 % des séropositifs avaient des anticorps positifs pour le *C. trachomatis*. Le taux de positivité du VIH était significativement plus élevé chez les personnes infectées par le *C. trachomatis* (13/44, 29.5%) que chez celles non infectées (11/99, 11.1%). Ces résultats nous incitent à favoriser les dépistages simultanés de ces deux infections.

Nos médecins, bien que nombreux à être d'accord sur le principe d'un dépistage simultané des IST, ne l'appliquent pas de manière systématique au cours de leurs consultations pour la majeure partie d'entre eux. Pour beaucoup, prescrire un dépistage du VIH ou en tout cas le proposer est de pratique courante ; cette infection est et restera une infection mortelle, rappelant aux médecins généralistes l'importance de son dépistage précoce. Une partie des médecins âgés de plus de 50 ans ont rappelé durant l'entretien qu'ils ont été confrontés à l'arrivée de cette épidémie en France au tout début de leur carrière : « Je suis de la génération de médecin qui a été mort de peur du sida, on l'a pris en pleine tronche on n'avait rien du tout, donc on a du faire face à des jeunes qui avaient des trucs qui allaient les tuer, donc c'était la grande peur des deux côtés » (Dr. Q) ; le manque de traitement à l'époque et la forte mortalité les ont stimulés à dépister l'infection par le VIH d'une façon plus soutenue que maintenant : « Durant une période je faisais VIH et hépatites systématiquement, depuis je me relâche » (Dr. Q). Ce relâchement est visible dans le rapport de surveillance du VIH de l'InVS de 2006 (49) : Le premier motif de dépistage reste la présence de signes cliniques ou biologiques loin devant une exposition à risque. Malgré les recommandations du Conseil national du Sida émises en 2006 (14) afin de favoriser le dépistage du VIH, les campagnes d'information en population générale, les actions annuelles de prévention comme lors du Sidaction, il est clairement exprimé par les médecins de l'étude que ce dépistage reste un sujet « tabou » auprès des patients. Les médecins rencontrent encore des refus de dépistage, bien que celui-ci soit pris en charge par l'Assurance maladie à 100 %.

Bien qu'ils connaissent le mode de contamination du *C. trachomatis* les médecins de l'étude ne le prescrivent de façon associée à une sérologie de VIH que dans 8.9 % des cas (70/787), principalement en cas de signes cliniques en faveur, et dans une moindre mesure s'ils retrouvent des prises de risque d'IST à l'interrogatoire. Le cas du *C. trachomatis* semble être un cas à part, moins connu, plus souvent oublié que les hépatites virales, la syphilis et le VIH par notre échantillon de médecins généralistes. En dehors de 2 médecins qui essaient d'appliquer un dépistage systématique de ces deux infections pour tous leurs patients, le reste des médecins ne semble pas s'être donné d'objectif précis de dépistage au sein de leur activité. Ils penseront à faire l'un et/ou l'autre de ces dépistages en fonction de plusieurs facteurs (âge, sexe, signes cliniques ou pas, prise de risque ou pas, examen gynécologique, demande du patient...). Au final, la représentation que les médecins se font de ces deux infections est la principale cause de non association : « Pour moi, le VIH c'est une MST, si la personne a eu une conduite à risque, le *C. trachomatis*, ben, oui, je ne raisonne pas de la même manière ce qui est une erreur, j'interroge pas pour savoir si il y a eu une conduite à risque » (Dr. D), « Quand je demande une sérologie VIH je ne demande pas les chlamydiae nécessairement ; les chlamydiae c'est simplement quand il y a une suspicion de MST, quand il y a une symptomatologie qui va dans ce sens là » (Dr. H).

L'INPES a pourtant publié à l'attention des professionnels de santé des « Repères pour la pratique » en 2005, actualisés en 2007 (35) afin d'aider les médecins généralistes à dépister les IST. Ce guide donne également des pistes pour aborder plus facilement les dépistages.

Au total, nos médecins prescrivent plus de recherches de sérologie de VIH que de recherche de C. trachomatis. D'après leurs déclarations, ils n'associent pas toujours les deux recherches en cas de facteurs de risque d'IST retrouvés à l'interrogatoire chez leurs patients. Plusieurs raisons semblent expliquer cette pratique chez certains médecins :

- **une représentation de la maladie différente,**
- **la nécessité de signes cliniques suspects d'infection à C. trachomatis pour prescrire une recherche de cette infection**
- **une différence de la nature du prélèvement pour diagnostiquer l'infection (prélèvement sanguin veineux pour le VIH versus prélèvement urinaire, urétral ou vaginal pour le chlamydiae)**

8.7. Obstacles rencontrés par les médecins pour le dépistage de C. trachomatis :

Une des hypothèses de notre étude est que les médecins généralistes prescrivent peu de dépistage du C. trachomatis. Il a été donc important confirmer cette hypothèse et de déterminer les causes de ce sous-dépistage. L'usage de l'entretien semi-directif a été un moyen approprié pour obtenir des réponses.

Le manque de temps est le principal obstacle au dépistage évoqué par les médecins ; beaucoup disent être prêts à faire plus de prévention ; ils confirment que parler de l'infection à C. trachomatis à leurs patients leur prend beaucoup moins de temps que pour d'autres dépistages recommandés tel que le dépistage de masse du cancer du colon, actuellement en cours ; mais leur gestion des consultations semble ne pas être adaptée à cela. Il s'agit donc non pas du temps nécessaire à l'explication du pourquoi et du comment de ce dépistage mais bien du temps que les médecins réussissent à lui accorder au sein de chaque consultation une fois abordé(s) le(s) motif(s) de consultation. Pour beaucoup de médecins le thème des IST n'est pas considéré comme faisant partie des thèmes indispensables à aborder au cours d'une consultation, comme peuvent l'être la recherche

de facteurs de risque cardiovasculaires, des antécédents du patient, de la consommation d'alcool ou de tabac. Ils abordent finalement ce thème s'ils y pensent, si le patient aborde un problème concernant la sphère uro-génitale, ou s'il leur reste un peu de temps en fin de consultation.

McNulty (2004) (41) a également analysé les obstacles que pouvaient rencontrer les médecins généralistes pour prescrire le C. trachomatis. Les résultats sont assez semblables aux nôtres. Le manque de temps est un des principaux obstacles.

On retrouve ce même obstacle dans une revue de la littérature sur le dépistage de C. trachomatis organisé par le CDC en 2007 (11) ainsi que dans une étude australienne (Hocking, 2008) (33).

Dans l'étude anglaise (McNulty, 2004) (41), un autre obstacle souvent cité est le manque de preuve de bénéfice de ce dépistage. Les faibles prescripteurs ajoutent que leurs patients ne sont pas à risque pour cette infection et qu'ils ont peu de patients appartenant au groupe d'âge à risque. On retrouve également cet obstacle dans la revue de la littérature du CDC : la plupart des médecins généralistes pensent que le plus fort prédicteur de leur consentement à effectuer le dépistage est le coût/bénéfice d'un dépistage systématique chez toutes les adolescentes sexuellement actives. L'analyse des entretiens de nos médecins fait ressortir cet obstacle : les médecins généralistes étaient tous prêts à faire du dépistage de masse seulement si le coût/bénéfice pour les patients était favorable. Un certain nombre de nos médecins ont émis des doutes quant au bénéfice de ce dépistage même parmi les forts prescripteurs, ce qui est étonnant.

En comparant les caractéristiques des médecins avec les résultats du recueil de données des laboratoires, un autre obstacle apparaît : le sexe masculin des médecins. Les médecins hommes (13) ont prescrit seulement 35 % des demandes de C. trachomatis (79/192) pour l'année 2007. Il semble que plusieurs facteurs contribuent à ce résultat : le peu d'intérêt de certains pour la sphère gynécologique, des patientes qui consultent plus volontiers un gynécologue pour leur suivi gynécologique quand leur médecin traitant est un homme, une clientèle plus âgée que leurs

consœurs. La revue de la littérature de 2007 du CDC (11) retrouve des résultats similaires : les femmes médecins dépistent plus le C. trachomatis et semblent avoir plus de facilité pour parler des IST. Le fait que les médecins soient jeunes renforce également ce dépistage. Nous ne pouvons en dire autant pour notre échantillon étant donné que les médecins ayant moins de 40 ans ne sont que quatre.

Un troisième obstacle intéressant concerne la façon d'aborder le sujet de cette infection au cours d'une consultation sans lien avec la sexualité du patient. La revue de la littérature de 2007 du CDC (11) fait ressortir que les médecins généralistes ont peur d'offenser leurs patients en abordant ce thème et ils ne dépistent pas systématiquement parce qu'ils ne savent pas comment aborder le sujet de façon appropriée. Les médecins anglais (McNulty, 2004) (41) eux affirment qu'aborder ce sujet lors d'une consultation non motivée les font passer auprès de leurs patients pour des pervers. Ils sont également réticents à aborder le sujet avec les nouveaux patients, pensant que cela pourrait entraver le bon déroulement de la relation médecin-patient. Au contraire pour une partie de nos médecins, l'arrivée d'un nouveau patient est le moment idéal pour aborder le sujet des IST. L'explication la plus simple peut être que la relation médecin-patient étant toute nouvelle, les médecins se sentent plus détachés de leur nouveau patient, sans a priori sur leurs possibles comportements à risque. Ils sont moins touchés par le jugement et le regard que pourrait porter sur eux ce nouveau patient. Par contre pour les patients qu'ils suivaient de longue date, l'avis des médecins est partagé entre ceux pour qui bien connaître son patient favorise le discours et l'abord des problèmes d'IST, et ceux pour qui la connaissance du patient, ou comme ils le soulignent « la croyance de bien connaître son patient », est un obstacle.

L'étude Australienne (Hocking, 2008) (33) retrouve que les principaux obstacles au dépistage du C. trachomatis comprennent un inconfort des médecins pour parler de sexualité, le sentiment que les patients pourraient se sentir insultés, un embarras des patients, un manque de confiance en soi des médecins.

Les médecins australiens (Hocking, 2008) (33) mentionnent aussi les questions de religion et de culture parmi les obstacles possibles au dépistage. Certains de nos médecins ont signalé qu'ils peuvent avoir des difficultés pour évoquer le sujet des IST avec leurs patients d'origine maghrébine. Il faut savoir que les populations des deux communes sélectionnées pour l'étude sont fortement représentées par les personnes d'origine d'Afrique du Nord. Aller parler de comportement à risque d'IST avec certaines jeunes femmes maghrébines pour lesquelles la virginité avant mariage est essentielle, ou avec celles déjà mariées, ou avec des hommes plus âgés menant une vie rythmée par les prières semble impensable aux yeux de certains médecins. Cela impliquerait qu'en cas de résultat positif le patient devrait en avertir son conjoint pour qu'il se traite également.

Finalement, même en ayant une formation, des connaissances et un entraînement adaptés concernant le dépistage de *C. trachomatis*, les médecins n'appliquent pas systématiquement pour tous les patients les mêmes règles de conduite. Il suffit de constater la différence de pratique que signalent les deux médecins travaillant en centre d'IVG. Une fois sortis du centre, où ils pratiquent des dépistages du *C. trachomatis* de façon systématique, selon les recommandations de l'ANAES, leur comportement vis-à-vis de cette infection diffère totalement. C'est là qu'intervient un obstacle majeur pour les médecins généralistes : parler de sexualité.

9.ABORD DE LA SEXUALITE EN MEDECINE GENERALE :

Pour proposer un dépistage d'IST, il faudrait tout d'abord rechercher les facteurs de risque des différentes IST. Cela amène le médecin à aborder avec ses patients leurs comportements sexuels (nombre de partenaires, sexe des partenaires, type de relation sexuelle, usage de préservatif) et leurs antécédents d'IST. Cet exercice n'est pas évident à mettre en pratique en consultation, d'une part pour le soignant et d'autre part pour le patient. Le Docteur Marie-Anne Puel dans « L'abord de la

sexualité en consultation générale » (52) décrit bien cette difficulté. Le problème persiste, une fois dépistée l'infection chez le sujet, étant donné qu'il est recommandé de traiter également le partenaire si l'on veut contrôler au mieux la diffusion des IST. Une IST introduite par l'un des partenaires intervient souvent comme une fracture dans le couple où se réactivent des sentiments de jalousie, de rejet, voire d'agressivité. Comment prescrire un traitement au partenaire asymptomatique sans nuire au couple ?

Hinchliff S. (2004) (31) dans une étude qualitative a évalué quelles étaient les difficultés rencontrées par 22 médecins généralistes (9 femmes et 13 hommes) quand ils voulaient parler de sexualité avec leurs patients. La majorité des médecins ont déclarés que les patients préféraient parler de leur sexualité avec un médecin du même sexe, et eux-mêmes préféraient aborder ce sujet avec un patient du même sexe. On retrouve ce même problème dans une récente étude pour une thèse sur la sexualité des adolescents (Poirier, 2010) (51) faite auprès de médecins généralistes de Franche Comté. La plupart de nos médecins déclarent également qu'ils parlent plus facilement de sexualité avec des patients du même sexe qu'eux. Pour les médecins femmes de moins de 40 ans aller parler des pratiques sexuelles de leurs patients de plus de 50 ans est très difficile. L'une d'elle nous donne un élément de réponse : ce serait comme discuter avec son père. « Comment envisager son père avoir une activité sexuelle ? ». D'un autre côté nous n'avons qu'un seul médecin homme de moins de 40 ans dans notre échantillon, et il ne nous a apporté aucun élément de réponse sur ce sujet. La différence de génération entre le médecin et son patient peut faire que leur représentation de la sexualité soit différente : « Déjà le dernier point est générationnel dépendant : nous n'avons pas le même âge toi et moi, donc nous n'avons pas la même sexualité ou en tout cas la même représentation de la sexualité parce que nous ne sommes pas de la même génération » (Dr. Q).

Poirier M. (2010) (51) décrit que les médecins ont un frein personnel à propos de la sexualité. Les représentations du médecin influencent l'abord de ce sujet tant dans le fait de l'aborder que dans la manière. Ils n'abordent le sujet, comme pour nos médecins, que dans un contexte particulier et

souvent en rapport avec une problématique précise (contraception, IST, examen gynécologique, frottis cervico-vaginal...).

Dans l'étude anglaise (Hinchliff, 2004) (31), certains médecins se sentent incompetents dans ce domaine et font recours à des collègues plus expérimentés. Plusieurs médecins de notre étude signalent qu'ils adressent leurs patientes vers le gynécologue mais ce n'était pas par manque de connaissance sur ce sujet ni par crainte mais plutôt parce qu'ils ont décidé de ne pas s'occuper de certains domaines de la médecine (troubles de la fécondité, frottis cervico-vaginaux, suivi gynécologique en général).

Aborder la sexualité en consultation quand le patient ne nous y invite pas n'est pas une chose aisée pour les médecins généralistes de notre étude. Certains médecins de la thèse précitée (Poirier, 2010) (51) souhaitent ne pas être intrusifs afin de respecter l'intimité de l'adolescent, mais ils ajoutent qu'en fait ils se sentent mal à l'aise avec ce sujet. De notre côté, tous les médecins disent que parler de sexualité avec leurs patients ne leur pose aucun problème : « Non y a pas de soucis on sait leur parler » (Dr. M) ; mais malgré ce sentiment ils émettent diverses réserves (plus facile avec les jeunes, avec les nouveaux patients, avec les patients suivis régulièrement ...) qui nous font finalement comprendre que ce n'est pas si simple que ça d'aborder le sujet d'une manière identique avec tout le monde sans préjugé, sans crainte des réponses possibles, sans discours moralisateur. Les entretiens ont révélé que parler de sexualité engage les émotions, le vécu, les croyances des médecins. Un médecin explique que selon lui pour parler de sexualité avec ses patients sans tabou, sans gêne, il faudrait que le médecin ait lui-même une relation sereine à la sexualité : « Si tu as un rapport à la sexualité qui est serein tu n'as pas de soucis pour le présenter. Pour accueillir l'autre, il faut que tous nos cadavres dans le placard aient été exhumés et qu'on ait le moins d'endroits où ça coince sinon ça coince en consultation évidemment » (Dr. Q, homme).

Les difficultés pour parler de sexualité résultent également de méconnaissances de certaines représentations culturelles ou religieuses de la sexualité. La clientèle de nos médecins comporte une part importante de populations originaires d'Afrique (Maghreb, Afrique sub-saharienne) qui ont leurs propres croyances et représentations. Il est important de tenir compte de ces différences socio-culturelles dans notre exercice de la médecine, mais encore faudrait-il les connaître. L'INPES donne des repères pour la pratique concernant les personnes étrangères ou migrantes en cas de VIH (36) : elle rappelle qu'il faut garder en tête les contraintes quotidiennes de l'existence de ces personnes (vulnérabilité sociale, médicale et économique). Il faut prendre en compte pour les populations sub-sahariennes : Que certaines pratiques sexuelles exposent à des lésions génitales féminine, l'existence de l'excision et de l'infibulation, que l'homosexualité est encore peu acceptée dans certains milieux, que les règles de lignage et de mariage (polygamie...) doivent rendre le dépistage et le rendu de résultat prudent, que la faible autonomie des femmes dans certains couples peuvent restreindre le libre choix des femmes dans leurs pratiques sexuelles. Un médecin a souligné les difficultés qu'il a avec ses patientes maghrébines : « Mais c'est des filles qui racontent des trucs catastrophiques sur la sexualité et qui arrivent au moment de la sexualité qui ont une telle peur ; elles disent que non on ne leur a rien dit mais sans qu'il y ait eu des choses dites, elles ont entendues, et elles ont après jamais des sexualités épanouies » (Dr. N, femme). Il semble également que les différences de cultures entre le médecin et ses patients puissent être un obstacle pour parler de sexualité : « Je fais plus de gynécologie avec les patients français de souche que avec ceux d'origine maghrébine, d'ailleurs ils ne viennent pas me voir pour ça ; donc en fait je n'aborderais pas la question puisque c'est le gynécologue qui s'en occupe » (Dr. R, homme). Beaucoup de femmes préfèrent consulter leur gynécologue, et dans ce cas-là leur médecin traitant estimera qu'il laisse au spécialiste le soin de gérer les questions de sexualité. C'est peut-être, comme le souligne un médecin, un moyen détourné d'éviter le sujet.

En conclusion, pour nos médecins, parler de sexualité en consultation reste encore une des principales barrières du dépistage des IST. La formation des médecins généralistes durant leur cursus, concernant la sexualité, est encore très limitée. Or le médecin est maintenant, de par son statut récent de médecin traitant, un intervenant de première ligne dans la santé de ses patients, et il devrait être donc sensibilisé aux problématiques sexuelles, avoir une base, pour pouvoir répondre aux attentes des patients. Le sujet étant déjà un sujet tabou, il serait préférable que les médecins se sentent compétents. Même chez les jeunes médecins persiste ce tabou malgré une formation qui a beaucoup évolué.

Au total, les principaux obstacles identifiés auprès de nos médecins pour un dépistage de l'IST à C. trachomatis sont :

- **le manque de temps des médecins, en parti lié aux nombreuses autres pathologies à rechercher au cours du suivi du patient,**
- **l'oubli,**
- **les difficultés d'abord du thème de la sexualité avec les patients,**
- **le manque de recommandations en médecins générale pour le dépistage des chlamydiae,**
- **le manque d'enseignement universitaire et de formation médicale concernant les chlamydiae,**
- **une reconnaissance financière insuffisante du temps passé à faire de la prévention**

10. COMMENT FAVORISER LE DEPISTAGE DES IST PAR LES MEDECINS

GENERALISTES :

Face aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes de notre étude pour prescrire le dépistage de C. trachomatis, quelles pourraient être les solutions pour améliorer ce dépistage ?

Durant les entretiens les médecins ont pu nous donner des pistes :

10.1. Une meilleure formation universitaire :

Plusieurs médecins ont fait la remarque que durant leur formation universitaire le thème des IST, et plus particulièrement de l'IST à C. trachomatis, n'avait pas été suffisamment développé.

Depuis 2004 le programme de l'Examen National Classant de médecine comprend un module n°7 (Santé et environnement, maladies transmissibles) qui comprend le chapitre n° 95 « les maladies sexuellement transmissibles : gonococcies, chlamydioses, syphilis ».

10.2. Des recommandations en médecine générale :

Plusieurs médecins se sont plaints qu'il n'y avait pas de recommandation claire en France pour le dépistage du C. trachomatis. Actuellement en France il n'existe pas de recommandation en médecine générale.

Quatre-vingt dix pour cent des médecins de l'étude australienne (Hocking, 2008) (33) suggèrent qu'ils augmenteraient leur taux de dépistage du c. trachomatis s'il existait des recommandations nationales de dépistage de cette IST.

10.3. Le dossier informatisé :

Chaque type de logiciel informatique pour la gestion des dossiers médicaux comporte des alarmes ou en tout cas des fenêtres spéciales pour des rappels. Certains médecins suggèrent d'utiliser ces

moyens pour leur rappeler de dépister le C. trachomatis chez toutes leurs patientes et pour noter la date du dernier dépistage fait.

Ce type d'aide pour améliorer la prévention en matière de cancer du colon est préconisé par les médecins d'une étude qualitative (Aubin, 2008) (7). Un autre élément facilitant cité est l'intégration de maquettes de consultation en fonction de l'âge du patient.

10.4. Une rémunération adaptée :

Le principal obstacle de la prévention est le manque de temps. Le temps en médecine libérale est limité face à une demande toujours croissante, dans un contexte de pénurie de médecins généralistes. Tant que le prix de la consultation en médecine générale ne sera pas valorisé, les médecins ne pourront pas se permettre de consacrer plus de temps au dépistage systématique des IST. Plus de 80 % des médecins australiens (Hocking, 2008) (33) déclarent qu'ils augmenteraient leur taux de dépistage s'il existait une rétribution spécifique pour chaque dépistage fait.

10.5. Une consultation de prévention annuelle :

Quelques médecins suggèrent que l'existence d'une consultation de prévention spécifique, annuelle par exemple, leur permettrait d'aborder plus facilement le sujet des IST, et donc de favoriser le dépistage.

La loi de santé publique de 2004 prévoit des consultations périodiques de prévention et des examens de dépistage. Mais actuellement aucune étude ne permet d'évaluer le bénéfice à attendre d'une telle fréquence. Une consultation périodique individualisée en fonction des risques personnels semble plus raisonnable (17).

L'objectif actuel d'une consultation vraiment centrée sur le patient est peu compatible avec une organisation de l'exercice et de paiement incitant à des consultations courtes. Une enquête américaine a montré que l'allongement des consultations en moyenne de 3 minutes entre 1997 et 2005 s'est accompagné d'une augmentation des dépistages et des conseils de style de vie (17).

10.6. Une campagne nationale de dépistage et d'information :

Comme c'est le cas au Royaume-Uni, certains médecins estiment que seule une campagne nationale de dépistage du *C. trachomatis* pourrait les aider à dépister plus. Si la population recevait des informations par les médias, comme il est fait pour d'autres pathologies (cancer du colon, vaccination pour le papillomavirus, tabac...), cela faciliterait le travail des médecins : « Il faudrait une campagne de presse ou un relai par le collège, le lycée, c'est la population qui est le plus touchée » (Dr. B). Comme le suggère ce médecin, les lieux accueillant les populations jeunes, plus à risque, sont à privilégier (universités, lycées).

Pour promouvoir le dépistage des IST, les médecins de la revue de la littérature faite par le CDC (2007) (11) proposent également une campagne de masse par les médias (télévision, radio, internet, information sur des hotlines), ainsi que des actions de dépistage dans les écoles mais aussi dans les prisons (pour toucher les hommes jeunes) et auprès des « sans domicile fixe ».

Une étude californienne de 2002 (15) a montré qu'une information répétée (réunions mensuelles et trimestrielles) des professionnels de santé concernant l'épidémiologie, les recommandations et le traitement de l'infection à *C. trachomatis*, améliore significativement le taux de dépistage de 17 à 47 % sur les 18 mois de l'étude. Les professionnels de santé discutaient également durant l'étude du type d'obstacles au dépistage rencontrés et des stratégies à développer pour les surmonter.

10.7. Autres propositions :

- Dépistage au domicile : Plusieurs études ont évalué l'acceptabilité d'un test de dépistage fait par la population au domicile. Une étude anglaise (Pimenta, 2003) (50) montre que 80 % des femmes âgées de 16 à 24 ans auxquelles est proposé un dépistage du *C. trachomatis* sur prélèvement d'urine à faire au domicile acceptent le dépistage. Par ailleurs au Danemark (Ostergaard, 2000) (47), une étude cas-témoin a montré qu'en proposant un dépistage par kit de dépistage au domicile au lieu d'un dépistage standard par le médecin généraliste, plus

d'infections sont dépistées et on obtient une réduction significative de leur prévalence après un an de suivi et moins de cas de MIP (Maladie Inflammatoire Pelvienne).

Une étude suédoise (Novak, 2002) (45) a également voulu évaluer la stratégie de prélèvement à domicile, mais avec l'utilisation de l'internet pour transmettre les résultats aux participants. Le dépistage était proposé à tous les hommes de 22 ans d'une ville suédoise. Par ce moyen les chercheurs ont obtenus un très fort taux de réponse (38.5 %) des hommes. Internet est donc un bon moyen de susciter l'intérêt des hommes qui se sentent souvent moins à risque que les femmes.

- Test de dépistage simple : Grâce aux techniques de biologie moléculaire avec amplification génique, on peut dépister à l'aide de prélèvements non invasifs, à priori plus acceptables, comme le prélèvement vaginal (sensibilité de 85 %, spécificité de 99 %) et le recueil du premier jet urinaire (sensibilité de 81 %, spécificité de 99 %) (15). Ce dernier test reposant sur un simple examen d'urine permet de proposer aux patientes, notamment aux adolescentes, une alternative plus facile que l'examen gynécologique. Certaines études montrent que c'est le meilleur moyen d'améliorer le dépistage de *C. trachomatis* (15).
- Aborder la sexualité : Il semble nécessaire pour les médecins afin d'aborder les questions concernant les comportements sexuels à risque et la sexualité de leurs patients qu'ils aient à leur disposition des techniques d'interrogatoire. Aux Etats-Unis le CDC dans son rapport sur les IST de 2006 (10) propose cinq points clefs sur lesquels baser son interrogatoire :
 - les partenaires sexuels : (« Depuis les douze derniers mois, avec combien de partenaires avez-vous eu des rapports sexuels ? » par exemple)
 - prévention de la grossesse : (« Essayez-vous d'être enceinte ? sinon, quelle(s) méthode(s) utilisez-vous comme contraception ? »)
 - prévention des IST : (« Que faites-vous pour vous protéger des IST et du VIH ? »)

- pratiques sexuelles : (« Pour déterminer vos risques d'IST, j'ai besoin de connaître vos pratiques sexuelles », « Avez-vous des rapports oraux, anaux ? », « Utilisez-vous le préservatif ? sinon pourquoi ? »)
 - antécédent d'IST : (« Avez-vous déjà eu une IST ? et vos partenaires sexuels ? »)
 - compléments d'interrogatoire plus spécifique pour le VIH et les hépatites virales (« Avez-vous vous ou vos partenaires fait usage de drogues injectables ? »)
- Usage de questionnaires sur les IST : Comme il est fait dans certaines structures spécialisées, l'usage de questionnaires spécifiques pour les IST pourrait faciliter l'abord de ce sujet par les médecins généralistes. Ce questionnaire aurait plusieurs bénéfices : être un moyen d'aborder le thème des IST en consultation non motivée, obtenir de plus amples informations sur les pratiques sexuelles potentiellement à risque de ses patients, pouvoir réévaluer régulièrement les prises de risques des ses patients à partir d'éléments déjà connus, pouvoir l'intégrer spécifiquement dans une case « IST » du dossier médical, éliminer la part de gêne que suscite l'abord de ce sujet à la fois chez le médecin et le patient.
- Ces types de questionnaires ou tests existent déjà pour les médecins généralistes concernant la dépression, la maladie d'Alzheimer, le tabagisme, les troubles de la mémoire et les maladies cardio-vasculaires. En 2003, dans le Baromètre Santé (34), les médecins généralistes déclarant utiliser un questionnaire préétabli indiquaient plus souvent se sentir efficaces pour changer les comportements de leurs patients. Cela était vrai quelque soit l'âge et le sexe des médecins interrogés.

CONCLUSION

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus répandue dans les deux sexes. Les complications de cette infection chez la femme en font un sujet important de prévention, de dépistage et de traitement dans certains pays. Jusqu'à présent, en France, les recommandations pour son dépistage sont appliquées surtout dans quelques centres spécifiques de soins primaires. Peu d'études sur la prévalence de cette infection en population générale susceptible de consulter un médecin généraliste ont été réalisées en France.

Notre étude, à la fois quantitative et qualitative, a permis de d'obtenir un pourcentage de positivité de l'infection sexuellement transmissible à *Chlamydia trachomatis* à partir de prélèvements réalisés sur prescriptions d'un « échantillon » de médecins généralistes. Ce taux de positivité de 6.25 % est proche de celui retrouvé par le réseau de surveillance français de *Chlamydia trachomatis* (Rénachla).

La plupart des tests sont prescrits sur des arguments cliniques chez l'homme comme chez la femme. La part de prescription chez les patients asymptomatiques est difficilement estimable, mais d'après les déclarations des médecins au cours des entretiens semi-directifs, elle semble faible. Cette pratique des médecins généralistes est similaire aux données répertoriées par le réseau Rénachla.

Plusieurs obstacles à un dépistage plus large de l'infection à *Chlamydia trachomatis* contribuent à ce constat ; parmi ces obstacles le manque de temps, le manque de recommandations pour son dépistage en population générale et les difficultés d'abord de la sexualité restent les causes les plus fréquemment citées. Actuellement la sexualité n'est pas une des cibles prioritaires des actions de prévention ou d'éducation à la santé. Les médecins généralistes se sentent moins efficaces dans la

prévention des comportements sexuels à risque et de l'infection par le VIH que dans d'autres domaines (dépistages des cancers, bon usage des médicaments...). Leur implication semble avoir même diminué d'après les dernières enquêtes, en rapport avec une modification de leur représentation du SIDA et des maladies associées. L'image même du préservatif a subi une certaine dévalorisation (baisse du plaisir, moins de personnes à le considérer comme banal...). Or aborder le sujet de la sexualité n'a pas seulement un but préventif : cela peut permettre de diagnostiquer des infections sexuellement transmissibles, déceler des grossesses, découvrir des violences et des troubles sexuels qui plongent les patients dans un sentiment de culpabilité.

Notre étude conforte le constat d'insuffisance de dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* en médecine générale, si l'optique de prévention est de réduire le portage, la transmission et donc la survenue de complications de cette infection.

La mise en place d'aides, telles que des formations professionnelles (sous formes de Formations Médicales Continues par exemple ou aussi d'Audits), une campagne nationale de dépistage, une consultation spécifiquement dédiée à la prévention, une meilleure reconnaissance financière de cette consultation, seraient semble-t-il bien acceptées par les médecins généralistes, et favoriseraient un dépistage à plus large échelle auprès des patients consultant les structures de soins primaires.

On manque encore d'études de prévalence en médecine générale libérale afin de déterminer clairement les populations à cibler par le dépistage. Le facteur de risque le plus important pour le moment reste l'âge : moins de 25 ans pour la femme et moins de 30 ans pour l'homme.

TABLEAUX

Tableau 4 : Tableau des caractéristiques des médecins

	Age	Sexe	Cabinet	CMS	Années	sur RDV	sans RDV	DI	Papier	MdS	Spécialité
Dr.A	56	2	1	2	28	1	1	2	1	2	aucune
Dr.B	57	1	1	2	30	1	2	1	2	2	crèche
Dr.C	58	2	1	2	30	1	1	2	1	1	expertise judiciaires
Dr.D	35	1	2	1	6	1	2	1	2	2	PMI
Dr.E	49	2	1	2	10	2	1	1	2	2	aucune
Dr.F	60	2	1	2	33	1	1	2	1	2	mésothérapie
Dr.G	52	1	1	2	23	1	2	1	2	1	IVG-gynécologie
Dr.H	57	2	1	2	22	1	2	1	1	2	aucune
Dr.I	56	1	1	2	29	1	2	1	2	2	aucune
Dr.J	63	2	1	2	31	1	2	1	2	1	cardiologie
Dr.K	61	2	1	2	33	1	2	1	2	1	aucune
Dr.L	33	1	1	2	2	1	2	1	2	2	aucune
Dr.M	42	1	1	2	10	2	1	1	2	2	pédiatrie-gynécologie
Dr.N	32	1	1	2	4	1	2	1	2	2	aucune
Dr.O	34	2	2	1	6	1	2	1	2	2	aucune
Dr.P	49	1	2	1	21	1	2	1	2	2	aucune
Dr.Q	55	2	2	1	28	1	1	1	2	1	rhumatologie-psychiatrie
Dr.R	56	2	1	2	29	1	1	1	2	2	aucune
Dr.S	50	1	1	2	15	1	2	1	2	1	IVG-gynécologie
Dr.T	56	1	1	1	23	1	2	1	2	1	pédiatrie-gynécologie
Dr.U	56	2	1	2	29	1	1	1	2	2	aucune
Dr.V	50	2	1	2	23	1	2	1	2	1	VIH-personnes âgées
Dr.W	48	1	2	1	10	1		1	2	2	nutrition

SEXE : 1=femme 2=homme

CABINET : exercice en cabinet de ville 1=oui 2=non

CMS (centre médico-social) : exercice en centre médico-social 1=oui 2=non

ANNEES : nombre d'année d'installation ou d'activité professionnelle

SUR/SANS RDV (rendez-vous) : 1=oui 2=non

DI : dossier informatisé 1=oui 2=non

PAPIER : dossier papier 1=oui 2=non

MDS (maitre de stage) : 1=oui 2=non

SPECIALITE : autre formation, autre lieu d'exercice, centre d'intérêt

Tableau 5 : Tableau du recueil de données des laboratoires de Gennevilliers

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.A	1	F	31	oui=-			
	2	F	27	oui=-			
	3	F	23	oui=-			
	4	F	42	oui=-			
	5	H	57	oui=-			
	6	F	59	oui=-			
	7	H	20	oui=-	PCR-/S-	OUI	urine/vagin
	8	F	28	oui=-			
	9	F	NC	oui=-			
	10	H	NC	oui=-			
	11	H	NC	oui=-			
	12	H	56	oui=-			
	13	F	52	oui=-			
	14	F	41	oui=-			
	15	F	29	oui=-			
Dr.B	1	F	30	oui=-			
	2	H	26	oui=-			
	3	F	37	oui=-			
	4	F	25	oui=-			
	5	F	41	oui=-			
	6	H	29	oui=-			
	7	F	31	oui=-			
	8	F	28	oui=-			
	9	F	41	oui=-			
	10	H	19	oui=-			
	11	F	67		PCR=-		urine/vagin
	12	H	35	oui=-			
	13	F	30	oui=-			
	14	F	29	oui=-			
	15	F	49	oui=-			
	16	F	29	oui=-			
	17	F	30	oui=-			
	18	F	41		PCR=-		urine/vagin
	19	H	31	oui=-			
	20	F	61		PCR=-		urine/vagin
	21	F	24	oui=-			
	22	F	27	oui=-			
	23	F	57		PCR=-		urine/vagin
	24	F	40	oui=-			
	25	F	23	oui=-			
	26	F	15	oui=-			
	27	F	36	oui=-			
	28	F	29	oui=-			
	29	F	37	oui=-			
	30	F	34	oui=-			
	31	F	28	oui=-			
	32	F	44		PCR=-		urine/vagin
	33	H	31	oui=-			
	34	F	26	oui=-			
	35	H	67	oui=-	Séro=-	OUI	
	36	F	34		PCR=-		urine/vagin
	37	F	NC		PCR=-		urine/vagin
	38	F	33	oui=-			
	39	F	18		PCR=-		urine/vagin
	40	F	NC	oui=-			
	41	F	25	oui=-			
	42	F	29	oui=-			
	43	F	39	oui=-			
	44	F	NC		PCR=-		urine/vagin
	45	F	23	oui=-			
	46	H	33	oui=-			
	47	F	24	oui=-			
	48	F	NC	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.B	49	H	28	oui=-	PCR=-		urine/vagin
	50	F	NC	oui=-			
	51	F	28	oui=-			
	52	F	24	oui=-			
	53	H	29	oui=-			
	54	F	40		PCR=-		urine/vagin
	55	F	48		PCR=-		urine/vagin
	56	H	39	oui=-			
	57	H	35	oui=-			
	58	F	20	oui=-			
	59	H	27		PCR=+		urine/vagin
	60	F	24	oui=-			
	61	F	41	oui=-			
	62	H	27		PCR=-		urine/vagin
	63	F	29	oui=-			
Dr.C	1	H	47	oui=-			
	2	H	37	oui=-			
	3	H	52	oui=-			
	4	F	62	oui=-			
	5	F	27	oui=-			
	6	H	57	oui=-	Séro=-	OUI	
	7	H	57	oui=-			
	8	F	42	non	Séro=-		
	9	F	26	oui=-			
	10	H	84	oui=-			
	11	H	47	oui=-			
	12	H	20	oui=-	Séro=-	OUI	
	13	H	21	oui=-	Séro=-	OUI	
	14	H	19	oui=-			
	15	F	32		Séro=-		
Dr.D	1	F	31	oui=-			
	2	H	26	oui=-			
	3	F	35	oui=-			
	4	F	22	oui=-			
	5	H	38	oui=-			
	6	F	34		Séro=-		
	7	F	39	oui=-			
	8	H	33	oui=-			
	9	F	44	oui=-			
	10	F	44	oui=-			
	11	F	28	oui=-			
	12	F	28	oui=-			
	13	F	28	oui=-			
	14	F	44	oui=-			
	15	F	21	oui=-			
	16	F	35	oui=-			
	17	F	34	oui=-			
	18	F	30	oui=-			
	19	H	35	oui=-			
	20	F	49	oui=-			
Dr.E	1	H	39	oui=-			
	2	F	48	oui=-			
	3	F	21	oui=-			
	4	H	29	oui=-			
	5	F	34	oui=-			
	6	H	43	oui=-			
	7	H	53	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	8	F	20	oui=-			
	9	F	24		PCR=-		urine/vagin
	10	F	24	oui=-			
	11	H	38	oui=-			
	12	H	47	oui=-			
	13	H	NC	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.E	14	H	42	oui=-			
	15	H	21	oui=-			
	16	F	29	oui=-			
	17	F	22	oui=-			
	18	H	31	oui=-			
	19	H	23	oui=-			
	20	H	26	oui=-			
Dr.F	1	F	38	oui=-			
	2	F	23	oui=-			
	3	H	25	oui=-			
	4	F	NC	oui=-			
	5	H	34	oui=-	PCR=-	oui	urine/vagin
	6	F	43	oui=-			
	7	H	33	oui=-			
	8	F	64	oui=-			
	9	H	NC	oui=-			
	10	H	23	oui=-			
	11	H	34	oui=-			
	12	F	35	oui=-			
	13	H	30	oui=-			
	15	F	33	oui=-			
	16	F	33		PCR=-		urine/vagin
	17	F	54	oui=-			
	18	H	33	oui=-			
	19	F	38		PCR=-		urine/vagin
	20	F	NC	oui=-			
	21	F	25	oui=-			
	22	H	20	oui=-			
	23	H	42		PCR=-		urine/vagin
	24	H	27	oui=-			
	25	F	NC	oui=-			
	26	F	19	oui=-			
	27	F	46	oui=-			
	28	F	53	oui=-			
Dr.G	1	H	29	oui=-			
	2	H	35	oui=-			
	3	F	37	oui=-			
	4	H	36	oui=-			
	5	H	61	oui=-			
	6	F	32	oui=-			
	7	F	32	oui=-			
	8	F	16	oui=-			
	9	H	28	oui=-			
	10	F	24	oui=-			
	11	F	25		Séro=-		
	12	F	23	oui=-			
	13	H	NC	oui=-			
	14	F	39		PCR -		urine/vagin
	15	F	45	oui=-			
	16	H	26	oui=-			
	17	F	27		PCR=-		urine/vagin
	18	H	26	oui=-			
	19	H	53	oui=-			
	20	F	43	oui=-			
	21	F	33		PCR=-		urine/vagin
	22	F	38		PCR=-		urine/vagin
	23	F	40	oui=-			
	24	F	41	oui=-			
	25	F	34	oui=-			
	26	F	45	oui=-			
	27	F	35	oui=-			
	28	H	23	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	29	H	54	oui=-			
	30	H	75		PCR=-		urine/vagin

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.G	31	F	31		PCR=-		urine/vagin
	32	F	28	oui=-			
	33	H	34	oui=-			
	34	H	20	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	35	F	32		PCR=-		urine/vagin
	36	H	29	oui=-			
	37	F	47	oui=-			
	38	H	37	oui=-			
	39	F	20		PCR=-		urine/vagin
	40	F	28	oui=-			
	41	F	NC	oui=-			
	42	F	33	oui=-			
	43	F	33	oui=-			
	44	H	NC	oui=-			
	45	F	42	oui=-			
	46	F	43	oui=-			
	47	F	38	oui=-			
	48	F	28	oui=-			
	49	F	73		PCR=-		urine/vagin
	50	F	52	oui=-			
	51	F	35	oui=-			
	52	H	35	oui=-			
	53	H	48	oui=-			
	54	F	25	oui=-			
	55	F	55	oui=-			
	56	F	34	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	57	F	25	oui=-			
	58	F	50	oui=-			
	59	F	20		PCR=-		urine/vagin
	60	H	26	oui=-	PCR=+	OUI	urine/vagin
	61	F	24	oui=-			
	62	F	32		PCR=-		urine/vagin
	63	F	39	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	64	F	21		PCR-		urine/vagin
	65	H	76	oui=-			
	66	H	38	oui=-			
	67	F	29		PCR=-		urine/vagin
	68	F	20	oui=-			
	69	F	NC		PCR=-		urine/vagin
	70	H	29	oui=-			
	71	F	20	oui=-			
	72	H	66	oui=-			
	73	F	22	oui=-			
Dr.H	1	H	27	oui=-			
	2	F	55	oui=-			
	3	H	48	oui=-			
	4	F	26	oui=-			
	5	F	55	oui=-			
	6	F	27	oui=-			
	7	F	33	oui=-			
	8	F	26	oui=-			
	9	H	56	oui=-			
	10	F	60	oui=-			
	11	H	63	oui=-			
	12	H	18	oui=-			
	13	H	28	oui=-			
	14	F	69	oui=-			
	15	H	22	oui=-			
	16	H	24	oui=-			
	17	H	47	oui=-			
	18	F	42	oui=-			
	19	F	48	oui=-			
	20	H	47	oui=-			
	21	H	67	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.H	22	H	51	oui=-			
	23	H	NC	oui=-			
	24	H	31	oui=-			
	25	H	31	oui=-			
	26	F	23	oui=-			
	27	H	55	oui=-			
	28	F	37	oui=-			
	29	H	27	oui=-			
	30	F	29	oui=-			
	31	H	28	oui=-			
	32	F	25	oui=-			
	33	H	57	oui=-			
	34	H	23	oui=-			
	35	H	42	oui=-			
	36	F	31	oui=-			
	37	F	23	oui=-			
	38	F	30	oui=-			
	39	F	58	oui=-			
	40	H	41	oui=-	PCR =+	OUI	urine/vagin
	41	F	23		PCR= -		urine/vagin
	42	F	20	oui=-			
	43	F	27	oui=-			
	44	F	20		PCR =-		urine/vagin
	45	F	28	oui=-			
	46	F	91	oui=-			
	47	H	34	oui=-			
	48	F	23	oui=-			
	49	F	23	oui=-			
	50	F	24	oui=-			
	51	F	23	oui=-			
	52	F	41	oui=-			
	53	H	57	oui=-			
	54	H	38	oui=-			
	55	H	50	oui=-			
	56	F	19	oui=-			
	57	F	19	oui=-			
	58	F	37	oui=-			
	59	H	24		PCR=+		
	60	H	52	oui=-			
	61	F	17	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	62	F	42	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	63	F	39	oui=-	PCR -	OUI	urine/vagin
	64	H	25	oui=-			
	65	F	33	oui=-			
	66	F	41		PCR=-		urine/vagin
	67	F	30	oui=-			
	68	F	60	oui=-			
	69	F	64	oui=-			
	70	H	35	oui=-			
	71	F	22	oui=-			
	72	H	NC	oui=-			
	73	H	42	oui=-			
	74	F	56	oui=-			
	75	F	23	oui=-			
	76	F	50	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
Dr.I	1	F	26	oui=-			
	2	H	18	oui=-			
	3	H	37	oui=-			
	4	H	61	oui=-			
	5	F	38	oui=-			
	6	H	47	oui=-			
	7	H	74	oui=-			
	8	H	21	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	9	F	48	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.I	10	H	36		PCR=-		urine/vagin
	11	F	33	oui=-			
	12	H	56		PCR=-		urine/vagin
	13	F	32	oui=-			
	14	H	25	oui=-			
	15	F	36	oui=-			
	16	H	40	oui=-			
	17	F	29	oui=-			
	18	F	30	oui=-			
	19	F	28	oui=-			
	20	F	68		PCR=-		urine/vagin
	21	F	33	oui=-			
	22	H	24	oui=-	PCR=+	OUI	urine/vagin
	23	F	43	oui=-			
	24	F	57	oui=-			
Dr.J	1	H	36	oui=-			
	2	F	40	oui=-			
	3	F	34	oui=-			
	4	H	40	oui=-			
	5	H	21	oui=-			
	6	F	42		PCR=-		urine/vagin
	7	F	NC	oui=-			
	8	H	51	oui=-			
	9	F	32	oui=-			
	10	H	36	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	11	F	32		PCR=-		urine/vagin
Dr.K	1	H	24	oui=-			
	2	H	38	oui=-			
	3	H	65	oui=-			
	4	H	33	oui=-			
	5	H	27	oui=-			
	6	F	30	oui=-			
	7	H	27	oui=-			
	8	H	28	oui=-			
	9	F	50	oui=-			
	10	H	23	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	11	F	31		PCR=-		urine/vagin
	12	H	37	oui=-			
	13	F	26	oui=-			
	14	H	75	oui=-			
	15	F	38	oui=-			
	16	H	29	oui=-	PCR-	OUI	urine/vagin
	17	F	34	oui=-	PCR=-		urine/vagin
	18	H	27	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	19	F	39		PCR=-		urine/vagin
	20	H	62	oui=-			
	21	F	54		PCR=-		urine/vagin
	22	H	44	oui=-			
	23	F	42	oui=-			
	24	H	60	oui=-			
	25	H	30	oui=-			
	26	H	61	oui=-			
	27	H	37	oui=-			
	28	H	77	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	29	H	44		PCR=-		
	30	F	42	oui=-			
	31	H	35	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	32	F	34		PCR=-		urine/vagin
	33	F	45		PCR=-		urine/vagin
	34	F	45		PCR=-		urine/vagin
	35	F	41	oui=-			
	36	H	25	oui=-			
	37	H	37	oui=-			
	38	F	20	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.K	39	F	22	oui=-			
	40	H	23	oui=-			
	41	F	29	oui=-			
	42	H	25	oui=-			
	43	H	42	oui=-			
	44	F	27	oui=-			
	45	H	38	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	46	H	28	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
Dr.L	1	H	23	oui=-			
	2	F	36	oui=-			
	3	F	32	oui=-			
	4	F	31	oui=-			
	5	F	37	oui=-			
	6	F	40	oui=-			
	7	F	35	oui=-			
	8	F	31	oui=-			
	9	F	NC		PCR=-		urine/vagin
	10	F	29	oui=-			
	11	F	26		PCR=-		urine/vagin
	12	F	42		PCR=-		urine/vagin
	13	H	31	oui=-			
	14	F	24	oui=-			
	15	F	NC	oui=-			
	16	F	17	oui=-			
	17	F	28		PCR=-		urine/vagin
	18	F	37	oui=-			
	19	F	NC	oui=-			
	20	F	29	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	21	F	27	oui=-			
	22	F	34	oui=-			
	23	F	36	oui=-			
	24	F	30		PCR=-		urine/vagin
	25	F	33		PCR=-		urine/vagin
	26	H	38		PCR=-		urine/vagin
	27	F	39	oui=-			
Dr.M	1	F	28	oui=-			
	2	F	44	oui=-			
	3	F	41	oui=-			
	4	F	44	oui=-			
	5	F	44	oui=-			
	6	H	41	oui=-			
	7	F	20	oui=-			
	8	F	18	oui=-			
	9	F	28	oui=-			
	10	F	27		PCR=-		urine/vagin
	11	H	42	oui=-			
	12	F	19	oui=-			
	13	F	27	oui=-			
	14	F	30	oui=-			
	15	F	31	oui=-			
	16	F	33	oui=-			
	17	F	28	oui=-			
	18	F	87	oui=-			
	19	H	37		PCR=-		urine/vagin
	20	F	27		PCR=-		urine/vagin
	21	F	39	oui=-			
	22	H	24		PCR=+		urine/vagin
	23	F	34		PCR=-		urine/vagin
	24	F	21	oui=-			
	25	F	27		PCR=-		urine/vagin
	26	F	45		PCR=-		urine/vagin
	27	F	33		PCR=-		urine/vagin
	28	F	45		PCR=-		urine/vagin
	29	F	38		PCR=-		urine/vagin

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.M	30	F	32	oui=-			
	31	F	27	oui=-			
	32	F	30	oui=-			
	33	F	87	oui=-			
	34	F	28	oui=-			
Dr.N	1	F	27	oui=-			
	2	F	34	oui=-			
	3	F	38	oui=-			
	4	H	49	oui=-			
	5	F	40	oui=-			
	6	F	32	oui=-			
	7	F	32	oui=-			
	8	H	19	oui=-			
	9	F	29		PCR=-		urine/vagin
	10	F	22	oui=-			
	11	F	35		PCR=-		urine/vagin
	12	F	28	oui=-			
	13	F	31		PCR=-		urine/vagin
	14	F	56		PCR=-		urine/vagin
	15	F	34		PCR=-		urine/vagin
	16	H	36	oui=-			
	17	H	34	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	18	H	36	oui=-			
	19	H	30	oui=-			
	20	F	27	oui=-			
	21	F	31		PCR=-		urine/vagin
	22	H	20	oui=-			
	23	F	34	oui=-			
	24	F	24		PCR=-		urine/vagin
	25	F	40		PCR=-		urine/vagin
	26	H	33	oui=-			
	27	F	35		PCR=-		urine/vagin
	28	F	46		PCR=-		urine/vagin
	29	F	46	oui=-			
	30	F	NC	oui			
	31	F	36		PCR=-		urine/vagin
	32	F	31	oui=-			
	33	F	27		PCR=-		urine/vagin
	34	F	22	oui=-			
	35	H	39		PCR=-		urine/vagin
	36	F	49	oui=-			
	37	F	NC		PCR=-		urine/vagin
	38	F	33	oui=-			
	39	F	36		PCR=-		urine/vagin
	40	F	35		PCR=-		urine/vagin
	41	F	17	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	42	F	24		PCR=-		urine/vagin
	43	F	33	oui=-			
	44	F	35		PCR=-		urine/vagin
	45	F	31	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	46	F	16		PCR=-		urine/vagin
	47	F	23		PCR=-		urine/vagin
	48	H	36	oui=-			
	49	F	31	oui=-			
	50	F	NC		PCR=-		urine/vagin
	51	F	33	oui=-			
	52	F	43	oui=-			
	53	F	37		PCR=-		urine/vagin
	54	F	27		PCR=-		urine/vagin
	55	F	37	oui=-			
	56	F	36	oui=-			
	57	F	NC	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	58	F	28	oui=-			
	59	F	28	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.N	60	F	36	oui=-			
	61	H	38	oui=-			
	62	F	38	oui=-			
	63	F	41	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	64	F	26	oui=-			
	65	F	36	oui=-	PCR=+	OUI	urine/vagin
	66	F	32	oui=-			
	67	F	35		PCR=-		urine/vagin
	68	F	45	oui=-			
	69	H	35	oui=-			
	70	H	31	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	71	F	22	oui=-			
	72	F	NC	oui=-			
	73	H	42	oui=-			
	74	F	27	oui=-			
	75	F	22	oui=-			
	76	F	38	oui=-			
	77	H	23	oui=-			
	78	F	35		PCR=-		urine/vagin
	79	F	25	oui=-	PCR=-	OUI	urine/vagin
	80	F	37		PCR=-		urine/vagin
	81	H	39	oui=-			
	82	H	38	oui=-			
	83	F	35	oui=-			
	84	F	19		PCR=-		urine/vagin
	85	F	31	oui=-			
	86	F	24		PCR=-		urine/vagin
	87	F	31	oui=-			
	88	NC	NC	oui=-			
	89	F	37		PCR=-		urine/vagin
Dr.O	1	H	25	oui=-			
	2	H	56	oui=-			
	3	F	42	oui=-			
Dr.P	1	F	47		Séro=-		
	2	F	26	oui=-			
	3	F	37	oui=-			
	4	F	18	oui=-			
	5	H	27	oui=-			
	6	F	35	oui=-			
	7	F	25	oui=-			
	8	F	31	oui=-			
	9	H	25	oui=-			
	10	F	33	oui=-			
	11	F	30	oui=-			
	12	F	43	oui=-			
	13	F	33	oui=-			
	14	H	20	oui=-			
	15	F	31	oui=-			
	16	F	40	oui=-			
	17	F	28	oui=-			
Dr.Q	1	H	50	oui=-			
	2	H	40	oui=-			
	3	H	9		Séro=-		
	4	H	33	oui=-			
	5	H	27	oui=-			
	6	H	31	oui=-			
	7	F	34	oui=-			
	8	H	21	oui=-			
	9	F	26	oui=-			
	10	H	29	oui=-			
	11	H	41	oui=-			
	12	F	42	oui=-			
	13	H	41	oui=-			
	14	H	40	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.Q	15	H	60	oui=-			
	16	F	35	oui=-			
	17	H	68	oui=-			
	18	H	41	oui=-			
	19	H	72	oui=-			
	20	F	32	oui=-			
	21	H	56	oui=-			
	22	H	61	oui=-			
	23	F	26	oui=-			
	24	H	28	oui=-			
Dr.R	1	F	36	oui=-			
	2	F	35	oui=-			
	3	F	40	oui=-			
	4	H	47	oui=-			
	5	H	23	oui=-	PCR =+	OUI	urine/vagin
	6	F	27	oui=-			
	7	H	55	oui=-			
	8	F	16		PCR= -		urine/vagin
	9	F	NC	oui=-			
	10	F	44	oui=-			
	11	F	61		PCR =-		urine/vagin
	12	H	25	oui=-	Séro=-	oui	
	13	F	23	oui=-	Séro=-	oui	
	14	F	32		PCR=-		urine/vagin
	15	F	44	oui=-			
	16	H	21	oui=-	PCR=-	oui	urine/vagin
	17	H	24	oui=-	Séro=-	oui	
	18	F	NC	oui=-			

Tableau du recueil de données des laboratoires de Villeneuve La Garenne

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.S	0						
Dr.T	1	H	38		PCR=-		urine
	2	F	43		PCR=-		vagin
	3	F	30	oui=-	PCR=-	OUI	vagin
	4	F	32	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	5	F	35	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	6	F	27		PCR=-		urine
	7	H	32	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	8	F	33	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	9	F	33		PCR=-		vagin
	10	F	22		PCR=-		vagin
	11	F	33		PCR=-		vagin
	12	F	28		PCR=-		vagin
	13	F	31		PCR=-		urine
	14	H	26	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	15	F	39		PCR=-		urine
	16	F	33	oui=-			
	17	H	32	oui=-			
	18	F	23	oui=-			
	19	H	36	oui=-			
	20	F	33	oui=-			
	21	F	22	oui=-			
	22	F	40	oui=-			
	23	F	34	oui=-			
	24	F	29	oui=-			
	25	F	30	oui=-			
	26	F	28	oui=-			
	27	H	48	oui=-			
	28	F	47	oui=-			
	29	F	33	oui=-			
	30	F	29	oui=-			
	31	F	34	oui=+			
	32	F	32	oui=-			
	33	F	38	oui=-			
	34	NC	NC	oui=-			
	35	H	47	oui=-			
	36	F	28	oui=-			
	37	H	22	oui=-			
	38	H	32	oui=-			
	39	H	40	oui=-			
	40	F	35	oui=-			
	41	F	55	oui=-			
	42	F	40	oui=-			
	43	H	35	oui=-			
	44	F	37	oui=-			
	45	F	51				
Dr.U	1	F	21	oui=-			
	2	F	40	oui=-			
	3	F	27	oui=-			
	4	F	44	oui=-			
	5	H	25	oui=-			
	6	F	24	oui=-			
	7	H	28	oui=-	PCR-/S-	OUI	urètre
	8	H	86	oui=-			
	9	H	34	oui=-			
	10	H	37	oui=-			
	11	F	NC	oui=-			
	12	H	36	oui=-			
	13	F	33	oui=-			
	14	F	34	oui=-			
	15	H	26	oui=-			
	16	F	53	oui=-			
	17	H	NC	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
Dr.U	18	F	NC	oui=-			
	19	H	23	oui=-			
	20	F	38	oui=-			
	21	F	35	oui=-			
	22	H	35	oui=-			
	23	H	30	oui=-			
	24	F	45	oui=-			
	25	F	48	oui=-	PCR=-	OUI	vagin
	26	H	26		Séro= -		
Dr.V	1	F	47	oui=-			
	2	F	45	oui=-			
	3	F	26	oui=-			
	4	H	22	oui=-			
	5	F	38	oui=-			
	6	H	70	oui=-			
	7	H	30	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	8	H	25	oui=-			
	9	F	NC	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	10	H	40	oui=-			
	11	F	48	oui=-			
	12	H	18	oui=-			
	13	F	26	oui=-			
	14	H	33	oui=-	PCR=-	OUI	urine+urètre
	15	F	31	oui=-			
	16	H	27	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	17	H	34	oui=-	PCR=-	OUI	sperme
	18	H	33	oui=-			
	19	H	41	oui=-			
	20	F	31	oui=-			
	21	H	46	oui=-			
	22	H	30	oui=-			
	23	F	19	oui=-			
	24	H	25	oui=-			
	25	H	32	oui=-			
	26	F	23	oui=-			
	27	F	77	oui=-			
	28	H	55	oui=-	PCR=-	OUI	urètre
	29	H	34	oui=-			
	30	F	27	oui=-			
	31	H	50	oui=-			
	32	F	43	oui=-	PCR=-	OUI	vagin
	33	F	26	oui=-	PCR-/S-	OUI	vagin
	34	F	35	oui=-			
	35	F	44	oui=-			
	36	H	34	oui=-			
	37	F	55	oui=-			
	38	F	41	oui=-			
	39	F	35	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	40	F	28	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	41	F	29	oui=-			
	42	H	22	oui=-			
	43	H	50	oui=-			
	44	H	36	oui=-			
	45	F	31	oui=-			
	46	H	43	oui=-			
	47	F	54	oui=-			
	48	H	38	oui=-	PCR=-	OUI	urine+urètre
	49	H	35	oui=-			
	50	F	31	oui=-			
	51	F	28	oui=-			
	52	F	NC	oui=-			
	53	H	27	oui=-			
	54	H	45	oui=-			

	N°	sexe	âge	VIH	CT	VIH +CT	type CT
	55	H	44	oui=-			
	56	H	45	oui=-			
	57	F	23	oui=-			
	58	F	29	oui=-			
	59	F	36	oui=-			
	60	H	50	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	61	F	24	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	62	H	21	oui=-			
	63	F	27	oui=-			
	64	F	23	oui=-			
	65	F	28	oui=-			
	66	H	79	oui=-			
	67	F	35	oui=-			
	68	F	28	oui=-			
	69	F	37	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	70	F	17	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	71	F	26	oui=-			
	72	H	33	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	73	F	34	oui=-			
	74	F	86	oui=-			
	75	F	30	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	76	F	26	oui=-			
	77	H	44		PCR=-		urine
	78	H	22		PCR=-		urine
	79	F	44		PCR=-		urine
	80	H	23		PCR=-		urine
	81	H	23		PCR=-		urètre
	82	F	48		PCR=-		urine
	83	H	27		PCR=+		urine
	84	F	37		PCR=-		urine
	85	F	29	oui=-			
	86	H	45	oui=-			
	87	F	47	oui=-	PCR=-	OUI	urine
	88	H	27	oui=-			
	89	H	67	oui=-			
	90	F	23	oui=-			
	91	H	15	oui=-			
	92	H	27	oui=-			
	93	F	41	oui=-			
	94	H	24	oui=-			
	95	F	24	oui=-	PCR=+	OUI	urine
	96	F	32	oui=-			
	97	H	40	oui=-			
Dr.W	1	F	37	oui=-			
	2	H	20	oui=-	PCR=-	OUI	urètre
	3	enf		oui=-			
	4	H	44	oui=-			
	5	H	45	oui=-			
	6	F	38	oui=-			
	7	H	39	oui=-			
	8	H	21	oui=-			
	9	F	39	oui=-			
	10	H	30	oui=-			
	11	F	23	oui=-			
	12	F	62	oui=-			
	13	H	29	oui=-			
	14	H	30	oui=-			
	15	F	24	oui=-			
	16	F	45	oui=-			
	17	H	23	oui=-			

Dr. : docteur

N° : numéro du patient

Sexe : sexe du patient

Age : âge du patient

VIH : sérologie VIH seule

CT : recherche CT seule et technique de diagnostic

VIH+CT : recherche VIH et CT associée

Type CT : type de prélèvement du CT

NC : non connu

F : femme

H : homme

Tableau 7 : Tableau récapitulatif des demandes de VIH et Chlamydia trachomatis pour 2007
Médecins de Gennevilliers et Villeneuve La Garennes

Médecins	total dossiers			total			patients ≤ 30 ans			patients >30 ans			âge CT inconnu	âge VIH inconnu	sexe inconnu	mineurs
	total	F	H	VIH	CT	VIH+CT	VIH	CT	VIH+CT	VIH	CT	VIH+CT				
Dr. A	15	10	5	14	0	1	4	0	1	7	0	0	0	3	0	0
Dr. B	63	49	14	48	14	1	27	4	0	18	8	1	2	3	0	0
Dr. C	15	5	10	10	2	3	3	0	2	7	2	1	0	0	0	0
Dr. D	20	16	4	19	1	0	7	0	0	12	1	0	0	0	0	0
Dr. E	20	8	12	18	1	1	9	1	0	8	0	1	0	1	0	0
Dr. F	27	16	11	23	3	1	8	0	0	11	3	1	0	4	0	0
Dr. G	73	49	24	53	15	5	18	6	3	32	8	2	1	3	0	1
Dr. H	76	44	32	67	4	5	29	3	1	36	1	4	0	2	0	1
Dr. I	24	13	11	19	3	2	6	0	2	13	3	0	0	0	0	0
Dr. J	11	6	5	8	2	1	1	0	0	6	2	1	0	1	0	0
Dr. K	46	18	28	30	8	8	13	0	5	17	8	3	0	0	0	0
Dr. L	27	24	3	19	7	1	6	3	1	11	3	0	1	2	0	1
Dr. M	34	30	4	24	10	0	12	4	0	12	6	0	0	0	0	0
Dr. N	89	71	17	52	29	8	15	9	2	34	18	5	3	3	1	2
Dr. O	3	1	2	3	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Dr. P	17	14	3	16	1	0	8	0	0	8	1	0	0	0	0	0
Dr. Q	24	6	18	23	1	0	6	1	0	17	0	0	0	0	0	1
Dr. R	18	12	6	10	3	5	1	1	5	7	2	0	0	2	0	1
Dr. S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dr. T	45	33	11	30	9	6	8	3	2	21	6	4	0	1	1	0
Dr. U	26	14	12	23	1	2	7	1	1	13	0	1	0	3	0	0
Dr. V	97	52	45	70	8	19	29	4	8	40	4	10	1	1	0	2
Dr. W	17	7	9	16	0	1	8	0	1	8	0	0	0	0	1	1
TOTAL	787	498	286	595	122	70	226	40	34	340	76	34	8	29	3	10
							300			450						
F/H : femme /homme CT : Chlamydia trachomatis							74			110						

ANNEXES

ANNEXE 1 : Entretien semi-directif**ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**

DOCTEUR N°

DATE :

Age :

Sexe : F/H

Mode activité :

Sur RDV : oui/non

Année installation :

Spécialité :

Informatisé : oui/non

Maître de stage : oui/non

1/Pouvez-vous commenter vos résultats ?2/Quand recherchez-vous l'infection sexuellement transmissible à Chlamydia trachomatis ?

Suggestions (âge, sexe, signes cliniques, FDR IST, stérilité, grossesse, agression...)

Association avec VIH

3/Quelle est l'opinion de vos patients quand vous leur proposez cette recherche ?4/Seriez-vous prêt(e) à proposer un dépistage systématique du Chlamydia trachomatis si les recommandations y étaient favorables en médecine générale ? Quels seraient les obstacles à ce dépistage ?

Suggestions (temps, refus patient, parler sexualité, sexe patient/médecin, prix dépistage, connaissances de la pathologie, origine ethnique...)

5/Vous est-il facile de parler de sexualité avec vos patients lors d'une consultation non motivée ?

ANNEXE 2 : Retranscription des entretiens avec les médecins

- **Dr. A : 8m43s**

1/ Rien ; la plus part du temps le VIH est à la demande du patient ; il faut leur accord ; le nombre d'examen effectué ne correspond pas aux prescriptions, il y a un biais.

2/ Je le cherche quand il ya un soupçon clinique, quand il y a un point d'appel clinique dans ce cas je le demande. Je le demande aussi en cas de trouble de la fécondité, dans le spermogramme aussi.

Je n'associe pas le C. trachomatis lors d'une demande de VIH, que si il y a un point d'appel clinique ; si je demande un C. trachomatis je propose le VIH et selon la réponse du patient on le fait ou pas.

3/Comme en général il y a un point d'appel clinique ils le font. Il n'y a pas de refus, mais je ne le demande pas très souvent.

4/Oui si c'est prouvé ; non il n'y a pas d'obstacle. Au bout d'un moment on demande aux patients s'ils ont des maitresses ou pas, ce qu'ils font le week-end, ou ce qu'ils font sur internet, maintenant c'est très mode.

5/Ça dépend avec qui ; avec mes patientes antillaises on prend ça à la rigolade, mais comme les antillais sont particulièrement coureur, je demande souvent à leur femme comment ça se passe même si elles n'abordent pas le sujet. On est médecin de famille alors ça passe. C'est plus facile de parler de sexualité quand on connaît bien les patients. Quelque soit le sexe ça ne me pose pas de problèmes. Il est vrai que dans certaines cultures, chez certains types de musulmans, chez certaines musulmanes mais moi je ne les reçois pas, grâce au médecin traitant on peut sélectionner sa clientèle ; on a la clientèle qu'on mérite. Avant on ne pouvait pas refuser les patients. Maintenant si le médecin traitant n'est pas là et que ce n'est pas urgent on leur dit d'attendre leur médecin traitant.

- **Dr. B : 16m40**

1/J'aurais pensé que j'avais demandé plus de VIH, parce que je demande pas mal pour les grossesses, comme on demande toujours un VIH, il doit y avoir pas mal de grossesses là dedans ; je pensais qu'il y aurait plus de dépistage de MST. Les tranches correspondent c'est vrai, ce doit être entre 20 et 30 ans et 30 et 45 ans puisque la plus grosses partie sont des gens de plus de 30 ans, ce qui correspond à la plus grosse période d'activité sexuelle. Je m'occupe pas mal de patientes qui arrivent vierges au mariage, donc avec un âge plus décalé pour le début de l'activité sexuelle. C'est tout ce que ça m'inspire.

2/En présence de leucorrhée, de signes gynécologiques évocateurs, de infections gynécologiques et parfois dans les bilans d'infertilité. C'est surtout le profil. Chez les hommes et les femmes je prescris plus de C. trachomatis chez les jeunes. Chez les hommes j'y pense si il y a une symptomatologie urinaire ;

Je fais sur prélèvement vaginal si je dois faire un prélèvement vaginal sinon sur le 1^{er} jet d'urine.

En cas de grossesse, je demande le C. trachomatis s'il y a des signes d'appel sinon non, mais je propose le VIH systématiquement.

Souvent on a des jeunes gens qui ont eu une activité sexuelle pas rangée pour les hommes ou une femme qui a eu des rapports et qui veut vérifier que tout va bien dans ces cas là j'associe VIH et C. trachomatis.

Je n'associe sinon pas systématiquement.

Quand je pense au C. trachomatis je n'associe pas forcément avec VIH. Si je trouve du C. trachomatis...mais ce n'est pas facile de proposer un VIH, il y a toujours...c'est pas évident, pour la grossesse on leur dit que de toute façon ils le feront à la maternité donc autant le faire maintenant. Il y a encore beaucoup de refus de VIH.

3/ Moi j'explique, que si ça guérit pas on va demander un prélèvement et c'est assez bien accepté. Il y a toujours des gens qui ne font pas l'examen, mais moi je le note dans le dossier et la fois d'après je leur demande si ils l'ont fait. Les femmes sont assez compliantes quand elles savent qu'il y a un problème de ce côté là. Il y a toujours les femmes qui sont phobiques des microbes et qui vont le faire plusieurs fois et celles qui ne vont pas le faire mais en gros on peut dire qu'il y a une certaine compliance.

4/Si les recommandations sont de grade A je ferai, si elles sont de grade B peut être que je ne ferai pas le dépistage opportuniste. C'est vrai qu'on essaie de coller aux recommandations et plus elles sont validées, grade A ; c'est vrai que c'est important pour la fertilité, mais je ne sais pas si ça va être une recommandation nationale.

Le prélèvement vaginal est un obstacle, s'il y a un test différent ça ira. Comme toujours en médecine générale ça va dépendre du temps que l'on va avoir, c'est plus facile pour un gynécologue par ce que la personne vient pour faire son frottis et donc le gynécologue dispose de plus de temps pour faire son éducation, c'est toujours un problème de polypathologie que le patient va exhiber devant le généraliste ; il y a des gens qui viennent avec leur catalogue, c'est pas possible, ou alors il y a des gens qui sont déshabillé, qui vont rien dire et en partant : « vous savez j'ai des pertes » c'est l'aléas ; enfin c'est pas très long à expliquer par rapport à l'hémocult, non ? Quand on est jeune médecin le sexe du patient peu bloquer, quand on fait des touchers rectaux mais il y a encore quelques patients qui sont très gênés par rapport à moi parce qu'on se connaît depuis très longtemps, ils ont pris de l'âge, ils ont une certaine catégorie socio-professionnelle ou alors moi-même pour le toucher rectal mais pour ça non.

5/Si on voit le patient pour la première fois on ne va pas de jeter pour lui demander si il met des préservatifs ; il est vrai que tout est dans le dialogue avec le patient, y a des fois ça va venir ; maintenant moi je commence à avoir un petit interrogatoire pour faire le dossier quand c'est la première fois qu'on voit le patient, c'est plus facile ainsi dans parler. C'est vrai qu'avec les dossiers informatisé c'est facile, je dis : « On va faire votre dossier, on va vérifier deux trois petites choses,

vosre dernière vaccination antitétanique, vous êtes mariés, non célibataire, vous vivez en couple, et petit à petit on en parle ». Il est normal que le sujet vienne petit à petit quand la relation s'établit.

J'ai pas mal de patients maghrébins, soit le travailleur immigré retraité qui vient de temps en temps, que j'ai connu avec la « chaude pisse » il y a 30 ans du samedi après midi, et depuis s'est rangé , fait sa prière et a été à la Mecque donc je ne vais pas lui parler de ça, à la limite ce serait vexant vous comprenez et puis il y a celui avec des urétrites un peu torpides de temps en temps et qui reconnaît qu'il ne peut pas se passer d'avoir des relations extra conjugales avec qui je vais en parler ; avec les jeunes ça passe bien ;

J'ai beaucoup de patientes femmes mères de familles, je ne vais pas leur dire est ce que vous trompez votre mari, ça ne me vient pas l'idée.

Il faudrait une campagne de presse ou un relai par le collège le lycée, c'est la population qui est le plus touché. Hier encore je discutais avec une adolescente qui me disait que le prof d'SVT avait dit que le vaccin contre HPV ce n'était pas bien. Il faudrait un relai correct.

- **Dr. C : 12m23s**

1/C'est pas étonnant ces 15, les 15 doivent correspondre je pense à 14 de grossesse, j'exagère, mais à peine (rires) parce qu'on fait peu d'obstétrique et puis les collègues qui font de l'obstétrique en font systématiquement ; je pense que les remplaçants ont du demander des VIH à ma place, réponse honnête ; chlamydiae moi je fais très très très peu ; ça je le reconnaît volontiers ; c'est les grossesses ça , et encore c'est depuis que les internes l'introduisent moi j'introduisais pas du tout le chlamydiae dans les grossesses.

2/ Lorsque j'ai des indications, dans les sens où dans la gente masculine dans certaines urétrites, quand il y a un contexte de fréquentation, ou de risque de contamination (je suis allé voir ailleurs, alors là c'est systématique c'est la grande batterie). Lorsqu'il y a un contexte chez les femmes salpingite, pertes qui trainent mais pas systématique, je n'ai pas le C. trachomatis très facile ; je ne demande pas forcément dans un prélèvement vaginal, sauf si il y a un truc trainant sub-fébrile un

machin comme ça. C'est plutôt l'a priori du risque de contamination qui me fait demander le C. trachomatis, et pas forcément l'âge.

Si les gens me disent je veux un bébé, je n'arrive pas à en avoir, j'adresse au gynécologue.

Je n'associe pas systématiquement le C. trachomatis à une demande de VIH.

Si je demande un C. trachomatis, par exemple sur PV, je demanderai plus facilement un VIH avec.

3/ Pour le VIH c'est moi qui n'y pense pas parce que ils font ce qu'on leur dit, j'en ai prescrit un ce matin, c'était pas prévu, pour le C. trachomatis on n'aura pas de refus, pour le VIH c'est possible, je pense que le VIH c'est plus difficile à accepter pour les gens.

4/ On dépiste bien les carence en fer dans les intoxications au plomb, bien sur si il y a une recommandation et qu'on mette l'accent sur le dépistage du C. trachomatis de façon systématique, je veux bien le faire.

Aucun .Ca ne prend pas de temps, mais ça dépend de la consultation, si ils viennent comme pour les hémocult que pour ça c'est facile, si c'est en fin de consultation quand on a dans notre tête déjà bouclé la consulte c'est la barbe. Si ça s'intègre dans une prise de sang il n'y a pas de problème.

Tout le problème de la médecine générale c'est le nombre de motif de consultation et comment on les hiérarchise. Moi je prendrai plus de temps à m'occuper d'un problème orthopédique, que du C. trachomatis. Je pense que je fais moins de gynécologie qu'avant, parce que je connais de mieux en mieux les patients, et que la relation d'amitié n'est pas facile à rendre ; les femmes préfèrent une relation un tout petit peu aseptisée dans leur gynécologie, parce que après c'est compliqué de montrer son derrière, quand il y a la grande amitié, le tutoiement, les copains, je trouve. Donc plus je connais les patients et moins je fais de gynécologie, peut être pour d'autres raisons, c'est peut être une bonne excuse que je me trouve ; mais c'est pas totalement faux, je ne pense pas ; c'est plus difficile pour les « oh non pas à vous, on se connaît trop bien », ils iront voir l'interne, ou un collègue chez qui je les adresse, l'important est qu'ils fassent ce qu'ils ont à faire.

Pour moi, le sexe n'est pas un obstacle, pour les patients ça peut en être un ; les hommes c'est pas du tout un problème.

L'origine ethnique n'est pas un problème, les patientes voilées je connais leur string ; une fois que les patientes ont choisi leur médecin, il n'y a pas de problème, ça dépend de la confiance, de l'amitié.

5/ Ça ne me dérange pas du tout de parler de sexualité, aucune difficulté. Mais je pense que la plus belle chose sur la terre c'est la liberté, donc les gens savent qu'ils peuvent m'en parler, je ne me vois pas les questionner sur leur sexualité, les dames sur leur libido...

Je pense connaître mes patients comme tous les médecins, on fait tous le même péché d'orgueil.

La présence de l'interne ne rend pas les choses faciles ; ça modifie complètement la relation avec les patients ; le nombre de patiente qui ont été abusée sexuellement par un membre de la famille et qui me raconte ça à 40 ans, elle le disent jamais et puis un jour vous savez pas pourquoi elles vous le disent elles ont 40 ans, ça fait 30 ans qu'elles souffrent de ça ; mais jamais si il y a quelqu'un. A l'inverse les internes ont eu des aveux avec des patients qui n'ont jamais rien dit à moi. Parce qu'ils ont eu la façon de les prendre, l'intelligence, peut être moins pontifiant, plus proche, je sais pas. La tierce personne est un obstacle donc.

C'est possible de parler de sexualité, il faudrait que ce soit dans un cadre précis (faites un effort pendant quelques temps, pensez à bien tous les questionner) parce que pour 22 euros, ça vaut pas la peine de faire un interrogatoire approfondi avec questions sur les IST ; il faudra qu'un jour les pouvoirs publics acceptent l'idée que les médecins français sont mal payés. Mais je comprendrais qu'un médecin américain le fasse, pour 30, 40 ou 50 euro la consulte ça paraîtrait même normal qu'il le fasse ; je suis pour une consultation à la Suisse, c'est-à-dire payé à la minute.

- **Dr. D : 18m28s**

1/Ben je suis étonnée, j'ai l'impression que je prescrit plus de sérologie HIV sur 1 an, ça me semble quand même peu, parce que il y a des patients qui demandent assez fréquemment la sérologie et on peut être amené à la demander aussi, en plus j'ai des patients assez jeunes, je n'ai pas tant de personnes âgées, plus de soixante ans, on a quand même des conduites à risque. Sur un an, ça me

surprend un petit peu pour le C. trachomatis, mais moins, mais on a une très faible activité gynécologique, je ne sais pas si je le prescris de façon systématique le C. trachomatis comme je peux prescrire la sérologie HIV ; si je ne fais pas le suivi gynécologique de la dame, ce qui est le cas, je n'en fais aucun, je peux faire le renouvellement de pilule , mais à cette occasion là, si elle n'a pas fait la mammographie ou le frottis , en fonction de son âge je prescrit, mais est ce que je demande le C. trachomatis....d'ailleurs les indications du dépistage ne sont très précises non plus, je ne sais pas si je dois demander systématiquement.

Je ne suis pas surprise du tout de ne pas associer C. trachomatis et VIH.

Dernièrement chez un homme, on a fait tout le bilan MST et j'ai demandé VIH et C. trachomatis aussi, mais c'est rare. Je demande dans les urines, sur le 1er jet urine PCR.

2/ Chez la femme je demande plus quand je fais le bilan gynécologique, avec mammographie et frottis ; chez les jeunes je leur conseille d'aller voir leur gynécologue pour qu'elles aient un suivi. Sinon je prescris un frottis moi si elles n'ont pas de gynécologue, mais je ne demande pas toujours le C. trachomatis ; je pense que je ne suis pas du tout assez systématique ; est ce que il faut rechercher une conduite à risque, de toute façon quand tu as un rapport, oui je ne me pause pas la question dans les mêmes termes que le HIV,... je pense que je raisonne mal au final.

Pour moi, le VIH c'est une MST, si la personne a eu une conduite à risque, le C. trachomatis, ben, oui, je ne raisonne pas de la même manière ce qui est une erreur, j'interroge pas pour savoir si il y a eu une conduite à risque. Si la personne n'a aucun risque je peux être amenée à prescrire le Chlamydia alors que le VIH je ne le proposerai pas ; le C. trachomatis c'est plus dans le bilan gynécologique. Si elle se plaint de symptomatologie génitale, alors oui je cherche en sachant que c'est souvent asymptomatique. Je demande toujours sur un frottis. Mais si je pense à une mycose je ne demanderai pas, il faudrait peut être faire non. Si c'est typique de la mycose je ne prélève pas.

C'est vrai que les indications du C. trachomatis ne sont pas si claires que ça dans ma tête. C'est vrai quand on voit les conséquences du C. trachomatis, je me dis que je ne le fais pas assez.

Je sais qu'en début de grossesse c'est conseillé de faire un C. trachomatis, mais je ne le fais pas, d'ailleurs ça ne fait pas parti du bilan de grossesse. En cas de stérilité, j'oriente, je ne me sens pas compétente.

3/Les patients acceptent, je leur explique et ça fait en général peur, et ils disent « oui oui ». Même les hommes. Mais je ne prescris pas forcément au couple, je demande au partenaire de venir consulter. Je n'ai jamais eu de refus.

4/La méthode compte.

Moi je proposerai, les femmes ont toujours un frottis à faire, ça peut être l'occasion de le prescrire ; si c'est dans les urines c'est facile, ça dépend avec quelle fréquence on le propose. Si c'est trop fréquent ça peut être dur de leur demander ;

Est-ce que j'y penserai....de toute façon le HIV c'est pareil.

Le temps n'est pas un obstacle, lors d'un renouvellement de pilule. De toute façon c'est vite fait de demander de quand date le dernier frottis, et expliquer le Chlamydia c'est rapide, on peut donner des informations courtes, succinctes et essentielles.

Le sexe du patient n'est pas un obstacle.

5/Quand il consulte pour la première fois et que tu remplis tous le dossier médical...ben non je ne pause pas la question ; j'interroge pas sur la sexualité du patient, même si c'est l'intérêt du patient ; parfois déjà quand tu demandes si ils boivent ou si ils fument, ça peut bloquer pour l'alcool. C'est vrai que je devrais demander plus souvent. J'y pense mais je ne pause pas toujours la question. Dernièrement j'ai eu un patient qui avait une énorme anite, cliniquement ça ne m'a pas trop plus, et j'ai été bloquée, je ne lui ai pas demandé, j'ai loupé le coche ; je me suis demandé comment il avait pu se faire ça, c'est très délicat à demander à un homme. Après demander si on a pris des risques, c'est différent de demander quelles sont les pratiques sexuelles. Si le patient à pris un risque, un rapport non protégé, les gens l'entendent bien, ça ça ne me bloque pas, si c'est des questions plus pointues, oui ça me gêne plus.

Mais ça ne fait pas parti de mon interrogatoire, je n'aborde pas forcément le sujet dans la consultation. L'âge et le sexe des patients ne me bloquent pas. De toute façon on ne peut pas faire ça à chaque consultation, il faut y penser, si il vient pour un motif, si le sujet vient en fin de consultation je ne reprends pas tout. Si on parle du C.trachomatis, ça peut provoquer une gêne parce que le patient se demande comment il a pu attraper ça.

- **Dr. E : pas d'enregistrement oral**

1/ (pas de commentaire vraiment)

2/Je prescris si les patients viennent pour un problème génital, que ce soient chez les hommes ou les femmes. Je ne fais pas systématiquement. Je ne demande pas en cas de problème de fécondité, j'envoie chez le gynécologue. Ni si grossesse. Vous savez je n'ai pas reçu de formation sur le Chlamydia durant mes études, il fallait seulement dépister systématiquement le VIH, le VHC et VHB, ce que je fais chez mes patients au moins une fois dans leur vie. Je ne tiens pas compte de l'âge des patients. Quand je demande Chlamydia j'associe au VIH, mais pas l'inverse.

3/Tous acceptent car c'est prescrit et ils le font en général.

4/Oui sans problème.

Je ne vois pas d'obstacle à le faire, je prendrais le temps, le sexe du patient n'est pas un problème pour moi, ni l'origine ethnique.

5/ Je ne vois pas l'intérêt de parler de sexualité si le patient n'aborde pas le sujet, je ne le fais pas souvent. Je le fais si le patient me parle d'un problème génital.

- **Dr. F : 14m50s**

1/Ça ne m'étonne pas, je suis un moyen prescripteur de VIH, c'est vrai que les recommandations actuelles tendent à demander sur l'ensemble de la population VIH et hépatites ; ça dépend peut être de la clientèle que l'on a, moi j'ai une vieille clientèle, que je connais plus ou moins à priori, il est

possible que de ce fait là je prescrive moins de VIH. Sans doute que les jeunes médecins vont avoir plus de patients jeunes qui peuvent aller à droite et à gauche et donc il y a plus de risque de VIH.

2/ Je demande surtout chez les femmes, quand il y a des infections qui trainent, un profil un peu particulier, associé au mycoplasme sur un prélèvement vaginal. Mais je demande pas systématiquement sur tout PV.

Je ne demande pas si grossesse ou désir de grossesse, ni si problème de fécondité, je ni pense pas.

Je demande plus chez les jeunes et les femmes. Chez l'homme très peu, en cas d'urérite.

Si prise de risque d'IST par rapport sexuel, je demande éventuellement C. trachomatis, mais je demande beaucoup plus VDRL, TPHA, VIH, mais je demande très rarement C. trachomatis. Alors ça devrait rentrer dans le protocole systématique en cas de rapports à risque, oui, mais on pourrait demander effectivement des tas de choses mais ou est la limite.

3/ Je n'ai jamais eu de soucis pour faire accepter la demande de Chlamydia aux patients, ils ne connaissent même pas, jamais de refus ; les patients le font.

4/ Si la recommandation montre que le rapport bénéfice/risque est efficace bien sur je ferais le dépistage, mais maintenant si sur 300 prélèvements il y a 1 résultat positif, je serais très sélectif à ce moment là.

Il faut qu'on pense à faire ce dépistage, s'il a montré son bénéfice il faut que ça rentre dans le traditionnel dépistage que l'on fait. Je ne suis pas toutes les recommandations, on vous dit un jour qu'il faut faire systématiquement le dépistage du VIH et des hépatites, et puis on peut vous dire le contraire un autre jour. On voit bien sur le tableau que les médecins ne pensent pas à faire le Chlamydia, peut être parce qu'on considère à tort que ce n'est pas grave, comme le SIDA, le Chlamydia on pourra toujours soigner, alors même si ça a des effets néfastes ensuite avec des problèmes de stérilité entre autre, on considère que c'est une maladie sexuellement transmissible mais pas si grave que ça. Regarder comment on parle de la syphilis, la façon dont on peut soigner maintenant, c'est banal. On voit bien sur le tableau que l'on est plus poussé à faire le dépistage du VIH parce que c'est une maladie potentiellement mortelle.

Le temps n'est pas du tout un obstacle, si il y a une suspicion d'IST ça ne met pas 2 heures pour en parler.

5/ Si le patient tend une perche pour aborder un problème de sexualité je veux bien, mais ce n'est pas moi qui vais spontanément en parler si il vient pour un rhume. Je pense que ce serait déplacé. Sans compter le facteur d'angoisse qu'on peut créer de cette façon. C'est une autre consultation alors. Je pense que certains patient s'en offusqueraient, « il est porté sur la chose ou quoi ». C'est pas facile quand même. De nos jours les gens qui feignent de ne pas être informés, c'est qu'ils ne veulent pas être informés au travers d'internet, de la télévision, des journaux, franchement. Dans une consultation on peut tout faire, prévention des IST, prévention du diabète, prévention des maladies cardiovasculaires, on peut rester 3 heures avec le patient ; ça pose le problème du temps (temps pour le médecin, acceptation par le patient, pour les patients qui attendent en salle d'attente) et le problème de rémunération du médecin, passer 45 minutes pour 22 euros, vous n'avez plus qu'à changer de métier. Ou alors il faut rémunérer un temps de prévention mais c'est autre chose.

Je ne suis pas gêné pour aborder ce sujet, homme ou femme, c'est plus facile quand on connaît les patients ; sur un ton un petit peu anodin, on peut en parler. Les hommes parlent plus facilement de leur sexualité. Ils savent aussi qu'il y a des médicaments pour leur problème d'impuissance. Bientôt il va sortir un médicament pour la libido des femmes elles en parleront peut être plus facilement. Mais elles ne me parlent pas spontanément des problèmes qu'elles ont, peut être parce que je suis un homme ; les tabous tombent, moi je n'ai pas de problème.

De façon générale, en matière de prévention, moi j'informe mes patients une fois, deux fois , je prend le temps, et après je n'en parle plus, c'est le problème des patients ; je ne suis pas flic, ni maître d'école, je suis médecin ;Par exemple pour un diabétique je prend 10 minutes pour expliquer la maladie, les complications, les médicaments, qu'il faut avoir un régime, de l'activité physique, j'explique que dans 10, 15 20 ans ils peuvent avoir des complication ; et je vois ces patients 30 ans après qui se plaignent d'avoir des complications, mais je n'y peux rien, je vous avais prévenu. Et franchement je n'ai pas de compassion, car c'est trop bête, à notre époque où on a en France les

moyens de soigner, on a des médecins, on peut tout faire et les gens disent : « je ne veux pas, ça ne m'intéresse pas » ; on ne peut pas tout le temps prendre la main aux gens.

- **Dr. G : 16m35s**

1/ J'en ai prescrit beaucoup par rapport aux autres médecins, mais ce qui m'étonne c'est d'avoir prescrit autant de VIH et aussi peu de chlamydiae parce que quand je travaille au centre d'IVG je pense que je fais le contraire , je prescrit beaucoup de chlamydiae en systématique et peu de VIH suivant si les femmes sont d'accord ou si j'insiste beaucoup, mais je me dis que peut être les VIH c'est à cause des suivis de grossesse , parce que dans le suivi on le fait à un moment ou à un autre, donc ça peut être biaisé par ça. Est-ce que si c'était pas dans le suivi de grossesse j'y penserais autant ? C'est pas sur. Les chlamydiae c'est étonnant que j'en ai aussi peu, par contre c'est pas étonnant que j'en fasse peu ensemble. C'est vrai je connaissais le sujet de ta thèse, moi j'associe peu les deux, c'est pas logique mais c'est comme ça. Vraiment j'ai l'impression que ce sont des circonstances différentes dans lesquelles je prescris l'un ou l'autre alors que jeune ou vieux les proportions sont les mêmes.

2/ Avant une IVG parce qu'on a pris l'habitude de la faire en dépistage systématique ; non je ne fais pas de IVG médicamenteuses, mais des fois je vois les dames ici et je peux faire la consultation avant IVG ici, puis l'IVG, je ne le fais pas très souvent, mais ça peut arriver. Quand on parle de risque d'IST, mais tu vois plus en fonction du risque systématique, ici je ne le fais pas systématique, j'ai tort. Quand j'y pense. Soit il va y avoir un acte, pose de stérilet, IVG, je me dis voilà il faut que je le recherche parce que il faut que je le traite avant, soit il y a un risque d'IST ou une pratique à risque et je me dis il faut qu'on le voit et c'est plutôt dans l'idée de diagnostic quoi. Sans forcément de signes cliniques, mais pas en systématique alors que je le fais vraiment au centre d'IVG c'est marrant. Il faudrait que je l'associe à quelque chose qui fait parti du dépistage , il faudrait que je l'associe au frottis tu vois, une dame quand je lui fais son frottis je lui demande : « Au fait les chlamydia est ce que vous l'avez déjà fait, est ce que vous avez toujours le même partenaire ? »

voilà je pourrais m'y mettre comme ça, sinon c'est difficile parce qu'on n'a pas vraiment de consultation de dépistage, enfin ou on fait les choses gratuitement sans que ce soit associé à autre chose qu'on a l'habitude de faire, soit en lien avec un diagnostic qu'on veut faire enfin ou une situation clinique particulière, qui a une logique, c'est assez difficile d'y penser systématiquement, alors peut être il faudrait y penser au certificat de sport pour les filles....alors moi c'est pour les filles le chlamydia, je ne fais pas pour les garçons systématiquement, quasiment jamais, sauf si il y a une suspicion d'IST, je le fais pour les filles; je pourrais faire pour les filles systématiquement quand je les vois soit pour le Gardasil* si elles ont déjà eu des rapports, soit pour le frottis, soit pour le certificat de sport, soit quand j'en vois une pour la première fois. Moi j'ai un soucis avec les choses systématiques quand elles ne sont pas codifiées : frottis tous les 3 ans, mammographie tous les 2 ans, tu vois parce que les gens je prends tellement l'habitude de les voir que j'oublie, même le tabac ça fait parti des choses que je crois savoir de mes patients et j'oublie de leur en reparler; tu sais c'est toujours l'idée de faire un examen de prévention annuel, c'est vrai que l'idée est bonne mais en pratique c'est dur à mettre en place. Je suis sûr que de m'être informatisé ça ne va pas m'aider, je suis sûr que non (rires), ça peut m'aider si je décide de le mettre quelque part, si je décide de le faire systématiquement parce que je me dis, vraiment le jeu en vaut la chandelle, à ce moment là dans le truc observation que j'ai devant moi il y a : frottis, mammo, DTPolio, j'ai réussi à mettre ça systématiquement, notre logiciel il n'est pas hyper sophistiqué au point d'avoir une case, ou alors on ne l'a pas créée tu vois. Dans une case un peu générale je mets : le médecin traitant, la CMU et je rajoute des petits trucs comme ça, donc je rajoute DTPolio, frottis et mammographie et là je pourrais rajouter chlamydia pour les femmes jeunes....c'est pas sûr que je vais le faire hein ! (rires) c'est une bonne idée. Et à ce moment là je mets l'année où je l'ai fait, après est ce qu'il faut qu'il faut le refaire et tous les combien va savoir, à la limite quand elle a changé de partenaire et qu'elle a abandonné le préservatif.

Quand je pense au chlamydia je n'y associe pas le VIH (rires) non ce serait plutôt dans l'autre sens : quand je pense que la dame, quand je lui demande si elle a un copain, si elle a utilisé le préservatif

et tout ça, je lui demande si elle a fait une sérologie VIH elle et son copain, à ce moment là je pourrais lui associer le chlamydia, je pourrais dire « on va faire la sérologie VIH on va faire aussi le chlamydia » je pourrais , mais je ne le fais pas ; mais j'ai pas encore bien intégré l'inverse c'est-à-dire elle a eu plusieurs partenaires dans sa vie , peut être elle a pas mis toujours le préservatif, fait qu'on voit si elle a des chlamydia, avant de faire une IVG etc...et faut aussi faire le VIH, c'est marrantparce que ma pratique ici diffère de ce que je fais centre d'IVG, au centre d'IVG on le fait systématique, une dame qui vient pour une IVG on fait le chlamydia et on propose VIH systématiquement....ici j'ai l'impression que je dissocie les deux, je ne sais pas pourquoi, c'est peut être plus facile d'associer chlamydia à VIH, que d'associer VIH à chlamydia. Tu sais en médecine générale on se fait avoir parce qu'on a l'impression de tellement connaître les gens qu'on a du mal à envisager les risques qu'ils peuvent prendre. J'ai peut être pas intégrer suffisamment systématiquement l'interrogatoire sur les risque sexuels tu vois, sur « est ce que votre ami vous êtes ensemble depuis longtemps, est ce que vous avez mis le préservatif au départ et fait le test du SIDA » c'est pas un truc que je fais systématiquement sauf quand c'est la première fois que je vois quelqu'un ou quand le contexte s'y prête, ou alors au certificat de sport parce que c'est l'occasion de parler d'un peu de tout, ou la prescription de pilule évidemment, à ce moment là en effet on parle du risque d'IST mais finalement c'est pas un truc que je fais à tout le monde systématiquement.

3/ Oui elles acceptent très facilement, de toute façon elles acceptent tout trop facilement, je trouve un peu trop, enfin on essaie de leur expliquer, mais c'est vrai ; elles sont d'une patience et d'une docilité qui m'impressionne. Jamais ils ont refusé, quand tu leur propose en leur expliquant pourquoi franchement, ben vu qu'en plus je propose pas très souvent (rires). En étant informé et en faisant de la gynéco, j'en fais très peu, quinze sur l'année tu te rends compte. Vingt sur l'année mais c'est pas beaucoup quand tu penses à toutes les femmes jeunes que je vois, non non non ça va pas du tout mais bon c'est pas grave, c'est comme ça, c'est bien d'en prendre conscience, après ce que j'en ferai, on verra bien.

4/ Je le sais pour les femmes qui consultent dans les centres d'IVG que ça a un intérêt, oui enfin il y a tellement de choses à faire en médecine générale est ce que je penserai que c'est une priorité, il faudrait que je me le mette dans la tête, oui si on me dit que ...mais moi je dis toujours les femmes, parce que je suis pas prête à les faire aux hommes, mais peut être qu'il faudrait aussi, oui si on me que il y a des études qui montrent qu'en faisant un dépistage chez tout le monde sur telle tranche d'âge on diminue beaucoup le risque de stérilité, mais celle là je ne la connaît pas, je connais des études de prévalence sur la prévalence des chlamydia , après sur le fait que si on s'en préoccupe systématiquement on diminue beaucoup le risque de stérilité, je n'ai encore rien lu là-dessus. Voilà c'est ça qui me gêne dans les chlamydiae : c'est une première cause de stérilité donc on va les dépister chez tout le monde donc on va donner des antibiotiques à tout le monde, bon why not, j'ai pas idée que c'est si fondamental que ça, tu va le faire tu va les traiter puis après ils vont peut être se recontaminer après, c'est un peu compliqué. Pour moi il y a le risque VIH, et là ça y est je m'amuse avec l'argument, cet argument c'est tout le monde devrait le faire tous les ans ; alors quand je suis bien lunée, je suis prête à faire la sérologie VIH à la terre entière, c'est pas un problème, parce que c'est bien de connaître tous les gens qui sont séro-positifs pour se faire suivre, se faire soigner ça c'est évident. Les chlamydiae si je dépiste beaucoup, que j'en soigne beaucoup, temporairement je me sens très efficace à long terme j'en sais rien, je ne sais pas si ça a une efficacité sur les stérilités, je ne sais pas tous les combien va falloir le faire pour les gens, est ce qu'il va falloir leur faire des interrogatoires musclés pour savoir quand ils ont changé de partenaire, tu vois c'est un peu complexe. Ou alors on décide de faire tous les 5 ans à tout les monde, ou à toutes les femmes qui ont entre 15 et 45 ans, non et 35 ans peut être, tu vois c'est compliqué, c'est pourquoi moi j'en suis pas si convaincu que ça. Autant dans des contextes vraiment particuliers pose de stérilet, IVG, machin bon il y a une relation directe, on risque de faire flamber une salpingite à chlamydia en faisant quelque chose qui va, c'est bête il faut le savoir c'est facile à traiter, on traite le partenaire, on est tranquille pendant un moment on est vraiment efficace ; autant est ce que une campagne systématique de tout le monde serait...je ne sais pas, c'est pour ça que j'ai du mal à lier les deux ;

Après est ce que par ce qu'on a des chlamydiae on a plus facilement le VIH, j'attends la publication qui me le dit. J'ai pas l'impression que je vais prévenir beaucoup de VIH si je dépiste tous les chlamydiae qui trainent (rires).

Y a plein d'obstacles : parler de la sexualité avec les gens, c'est intrusif, leur demander combien ils ont eu de partenaire c'est encore plus intrusif, et puis croire que ça a une efficacité ; les médecins croient vachement que ça a une efficacité, je trouve qu'ils sont un peu naïfs, tu changes de partenaire l'année d'après tu le rattrapes...on va pas le faire toutes les cinq minutes, moi je ne sais pas mais... ou alors on met tout le monde, tu sais les femmes qui prennent de la doxycycline pour l'acné, le taux de chlamydia n'augmente pas par ce que les femmes prennent de la doxycycline toute la vie, je crois que j'avais lu un article comme ça, du coup on traite leur chlamydia. Bon il y a sûrement un obstacle du temps mais on peut prendre le temps si on est convaincu de quelque chose, la question c'est tous les trucs dont on doit s'occuper en prévention en médecin général systématiquement : le tabac, l'alcool, les drogues les maladies cardiovasculaires, les différents cancers, plus les IST...comment faire pour se souvenir de ça tout le temps systématiquement pour tout le mondeon n'y arrive pas, alors on fait un peu ciblé : les gens jeunes on dépiste plus les IST, etc...bof j'avoue qu'en médecine générale je n'ai pas résolu le problème. Tu vois est ce qu'il faudrait parler du cannabis à tous les jeunes, moi je n'y arrive pas, et il y en a pleins qui ont des problèmes avec , les violences faites aux femmes pareil, il faudrait en parler à tout le monde, on n'y arrive pas ; dans un centre d'IVG on y arrive parce que c'est vraiment le lieu où on parle de sexualité, de relation de couple ; dans la médecine générale on est plus passif par rapport à ça ; difficile d'être systématique.

5/ Certificat de sport oui, j'en profite, il y a des choses à faire mais on a plus de temps que quand il y a une demande de la personne plus angoissée. J'ai pas trop de difficulté, ça va maintenant je suis plus cool, mais tu vois j'ai plus de difficultés à parler des violences. Mais parler du risque d'IST , un peu comme parler des drogues, quand tu en parles tranquillement sans aucun jugement les gens ils le sentent et du coup ils disent ce qu'ils ont envie ; mais ça c'est mon entraînement du centre

d'IVG , comme on pose la question à tout le monde du coup après ici c'est plus facile aussi de se sentir à l'aise ; c'est pas tellement le fait de se sentir mal à l'aise mais je pense pas à faire ça dans mes consultations, j'y pense de temps en temps, quand le sujet à une relation avec ça, mais je te dis si j'y pensais à chaque fois que je fais un frottis ce serait pas idiot, je pourrais améliorer mon score (rires).

- **Dr. H : 8m53s**

1/ Les commenter ?, benCe que ça me dit, que voir que sur cette année là ? j'ai demandé 76 fois, je propose assez volontiers c'est-à-dire que les personnes jeunes quand je vais faire une prise de sang je propose assez volontiers le HIV ; il y a un nombre assez considérable de personnes qui sont séropositives et qui ne le savent pas ; par conséquent ça permet quand même de le savoir c'est-à-dire quand je l'ai demandé sans que ce soit précisément motivé par un problème de santé particulier ou une prise de risque particulière j'ai jamais trouvé une positivité, c'est-à-dire que les recherches comme ça je propose : « vous avez déjà fait une sérologie HIV est ce que vous souhaitez le faire ? » c'est jamais revenu positif ; n'empêche que il semblerait en France qu'il y ait encore 40000 personnes qui soient séropositives et qui ne le savent pas, par conséquent c'est pas quelque chose d'inutile. Voila. Pour les chlamydiae ça c'est quand il y a des problèmes d'urétrite, de leucorrhée ou autre ; oui alors quoi il n'y a pas beaucoup de différence entre les moins de trente ans et les plus âgés, effectivement là je dis c'est par rapport aux jeunes mais également par rapport aux personnes plus âgées.

2/ Les chlamydiae simplement comme je vous ai dis quand il y a des urétrites chez l'homme, quand il y a des leucorrhées, quand il y a eu des prises de risque, quand j'ai une suspicion de MST ; quand j'ai une suspicion de MST c'est systématique je demande les chlamydiae et les mycoplasmes. J'associe au VIH je pense à chaque fois ; quand je demande une sérologie VIH je ne demande pas les chlamydiae nécessairement ; les chlamydiae c'est simplement quand il y a une suspicion de MST, quand il y a une symptomatologie qui va dans ce sens là. J'y pense par rapport à des uvéites,

j'y pense quand il y a des jeunes qui ont des problèmes articulaires parfois, parce que c'est vrai qu'il y a une symptomatologie plus vaste.

3/ A priori ils sont d'accord, j'ai rarement....oui parfois ils disent : « C'est pas la peine parce que je l'ai fait déjà, c'est récent » ; y en a qui me disent : « Non je vois pas l'utilité » ça arrive aussi ; je pourrais pas vous dire dans quelle proportion évidemment parce que c'est un pourcentage que je ne peux pas établir mais... je propose pour le VIH seulement, car l'acceptation n'est pas à chaque fois. Les chlamydiae oui c'est moi qui le demande, quand il y a une suspicion je le demande, les gens ne refusent pas. Le VIH je le demande systématiquement si il y a une suspicion de MST avec le chlamydiae, sinon c'est une ...je le demande quand je fais faire une prise de sang ou des bilans pour des états de fatigue ou autre enfin,Chez les gens, je propose assez volontiers pas systématiquement mais assez volontiers.

4/ Ben si les recommandations sont dans ce sens à priori oui, ça doit correspondre à une réalité donc évidemment je le ferai oui ; c'est vrai il y a le portage de chlamydiae qui peut être parfois asymptomatique donc c'est quand même quelque chose d'important.

Il faut faire sur premier jet d'urine PCR, l'urétrite l'écouvillonnage c'est un peu sensible, pour l'homme c'est un peu délicat ; pour la femme ça nécessite de faire un prélèvement cervico-vaginal...ça fait parti de quelque chose en plus, c'est faisable de parler de chlamydiae, il suffit d'être sensibilisé et puis voilà. A priori le sexe et l'âge du patient ne sont pas des obstacles.

5/ Il faut que il y ait quelque chose qui oriente tout de même ; si on vient me voir pour une rhino-trachéite je vais m'occuper peut être d'autre chose que de ça ; si j'ai un temps dans mes rendez-vous pour faire de la médecine préventive, il y a plein de choses donc c'est un choix peut être aussi, je ne dis pas que c'est à ne pas faire, mais voilà ...sinon c'est un abord qui est relativement simple en médecin générale. Après ça dépend des gens, y a des gens qui sont réticents, y a des gens avec qui j'ai plus de difficulté pour parler aussi, c'est pas systématique ...il faudrait que je réfléchisse un peu pour voir...mais là je n'ai pas eu cette réflexion, ça dépend de la singularité de l'entretien présent ; ben euh non je ne suis pas gêné, j'en parle assez facilement, ici en cabinet de médecine général oui

voilà ; a priori....je ne peux pas, enfin probablement, je ne peux pas être systématique, dire ça c'est passé comme ça mais..... a priori c'est pas problématique.

- **Dr. I : 15m22s**

1/ Le fait est qu'il y a beaucoup plus de demandes de VIH , ce qui ne me surprend pas, dans la mesure où moi je le propose dans un contexte de mariage, grossesse et d'autre part il y a des gens qui le demande, alors que le Chlamydia c'est beaucoup plus dans un contexte pathologique ; dans la mesure où ma clientèle est composée d'un certain nombre de personnes âgées, je demande moins de VIH que d'autres collègues.

2/ Je demande le Chlamydia si il y a une doléance, je ne demande pas systématiquement un prélèvement si il n'y a rien de particulier, chez l'homme c'est en général quand il y a une plainte, chez la femme quand il y a une plainte, sachant que je vois plus de femme, et qu'il y a plus de plainte chez la femme que chez l'homme, si il y a une notion de contagion, de prise de risque dans ce cas là oui ; mais pas toujours. En cas de grossesse, je ne demande pas, déjà je me suis mise à faire le frottis en cas de grossesse, car avant je ne le demandais pas systématiquement, mais je n'ai pas notion que l'on doit rechercher systématiquement une infection à C. trachomatis en cas de grossesse. Les problèmes de fécondité c'est pas du tout mon rayon, c'est tellement compliqué surtout chez les femmes, j'adresse car faire un bilan initial avant d'adresser c'est du temps perdu dans la mesure où il va y avoir tout un bilan derrière.

J'associe le chlamydia au VIH si facteur de risque ou si personne demandeur ou si pathologie génitale. Quand je demande le chlamydia je n'associe pas forcément le VIH. Quand je regarde mes résultats, je me rends compte que je l'ai prescrit plus souvent chez les hommes ; c'est que chez les hommes comme ce n'est pas fréquent qu'ils aient des symptômes génitaux du coup on va vraiment chercher, alors que chez la femme c'est beaucoup plus bâtarde.

3/ Comme généralement c'est dans un contexte de demande de la part du patient, ils sont plutôt d'accord pour faire le dépistage du C. trachomatis ; pas de refus. Même HIV, je leur propose

toujours, et d'ailleurs je fais la syphilis en même temps parce que je trouve que c'est logique et cohérent et que ça s'attrape de la même façon.

Selon le labo, ça ne fonctionne pas pareil, d'après ce que j'avais compris c'était le médecin qui avait entièrement le résultat, et apparemment ce n'est pas toujours le cas, même pour le HIV, c'est ça qui est bizarre.

4/ Je pense que je le proposerais plus volontiers ; je prends un exemple, il se trouve qu'on s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup de gens qui manquaient de vitamine D, et surtout les femmes, et bien maintenant je le demande beaucoup beaucoup plus souvent avec un résultat intéressant car le nombre de personne qui ont une carence c'est pas possible. Donc si c'est dans un contexte où on explique aux gens pourquoi, un peu comme on fait pour l'hélikit, les gens comprennent très bien à quoi ça sert, je pense que là c'est la même chose à partir du moment où il y a une raison qui est étayée, qui est valable oui probablement.

C'est un obstacle financier : si ce n'est pas pris en charge les gens n'accepteront pas. Le temps n'est pas un obstacle, voyez le test qu'on fait pour l'hémocult, ça prend du temps pour expliquer, et bien on le fait. Peut être que les mecs seraient moins partant, c'est plus facile avec des femmes ça c'est sur.

5/ Si les gens viennent pour une angine et que je parle de leur sexualité ils vont se dire : « Elle est complètement obsédée », en plus je n'y penserais pas. Je ne me vois pas faire ça. Le dépistage opportuniste c'est facile à faire quand il ya une notion de campagne, donc le fait qu'on en parle, les gens arrivent avec leur papier (comme pour l'hémocult) là c'est particulier ; mais si ils viennent absolument pas pour ça, qu'ils ont rien demandé et que je leur dis : « A propos je vous propose de faire le dépistage du chlamydia » ils vont me dire mais qu'est ce c'est que ça, et en plus leur adhésion ne sera pas la même ; il vont se demander d'où ça sort ce truc là. Il faut faire comme on a fait pour les antibiotiques, et là les gens comprennent beaucoup mieux ; s'il y a un environnement médiatique, c'est tout à fait différent. Il y a des populations où la compréhension ne va pas être simple, il y en a déjà pour qui l'hémocult c'est pas évident, il y a un problème de vocabulaire et il y

a des gens qui n'ont pas assez de vocabulaire pour comprendre ce que l'on dit. Parler de sexualité c'est plus ou moins facile selon les patients, ça passe mieux avec certains ; ce qui est frappant c'est la façon comment les gens au départ n'y arrive pas bien puis à partir d'un certain moment pouf ça se déclenche, comme par exemple pour les troubles de l'érection chez l'homme. Mais je pense que le blocage vient aussi de nous.

- **Dr. J : 13m29s**

1/ Je n'ai pas l'impression d'en demander beaucoup ; mais c'est vrai que je fais beaucoup moins de gynécologie que certains de mes confrères, ça fait un certain nombre d'année que je n'en fait plus ; les femmes vont voir mes collègues.

2/ Soit sur des phénomènes urétraux soit sur les infections gynécologiques avec recherche de germes, généralement quand il y a des signes cliniques mais pas systématiquement.

S'ils avouent qu'ils ont pris des risques je le demanderai mais je ne leur demande pas systématiquement s'ils en ont pris. S'il y a un point d'appel génital en général je leur demande si ils ont pris un risque sexuel mais si ils viennent pour autre chose je ne leur demande pas : « Au point de vue sexuel vous prenez des risques ? »

En général je propose le VIH quand je fais une recherche de Chlamydia et ceux qui ne veulent pas ben ils ne veulent pas.

Généralement quand je demande un VIH je demande aussi le Chlamydia, sauf si je demande le VIH dans un but d'altération de l'état général avec d'autres signes qui peuvent rentrer dans la maladie, alors je ne demande pas le Chlamydia. Si le VIH arrive positif c'est évident qu'on fera un bilan d'extension des infections sous jacentes.

3/ En général ils vivent ça comme lorsqu'on leur demande un prélèvement infectieux, ça y a pas de problème, ce qui n'est pas vécu de la même manière quand on leur demande un VIH car forcément d'un côté ils savent que il va y avoir un traitement, les femmes savent qu'il y a un certain risque et savent qu'il faudra être traitée, pour le VIH ça supporte un diagnostic éventuellement lourd de

conséquences, et peut être encore plus culpabilisant que les autres infections génitales ; pour le VIH les personnes n'ont pas pris l'habitude de dire : « Oui ben bien sur vous me le faites » comme les autres infections ; au fond c'est ça le problème , si j'ai attrapé ça c'est un tournant dans ma vie.

4/ Oui on pourrait le proposer parce que l'argument important est d'avoir des difficultés à tomber enceinte, mais pour les hommes ce sera peut être plus compliqué dans la mesure où ils diront : « J'ai rien, ça coule pas, ça me brule pas je ne vois pas pourquoi je le ferais ». D'autant plus que chez les hommes c'est souvent plus parlant au niveau clinique que chez les femmes au point de vue clinique donc je pense qu'on aura plus facilement chez les femmes l'acceptation dans la mesure où l'infection est sournoise et curable. Je serai prêt à le faire.

Le seul obstacle principal, c'est que la femme nous réponde : « Je suis suivie par mon gynécologue, il ne m'a pas dit de le faire », il est évident qu'il faut que les spécialistes fassent comme nous, si ils disent que ce n'est pas la peine de le faire on tombera un peu comme des cheveux sur la soupe. Les gens accepteront facilement un premier dépistage puis si il est négatif ils diront : « On me l'a déjà fait » il n'y a pas de génération spontanée, alors que ils acceptent plus facilement la mammographie parce que ça peut apparaitre entre temps, recherche de sang dans les selles parce que on leur a expliqué que il peut y avoir quelque chose, alors que les Chlamydia ils ont l'impression que si l'examen est négatif, il est négatif. On ne va pas leur dire il peut y avoir de faux négatifs.

Ca ne prend pas beaucoup de temps à expliquer.

Je crois que si c'est remboursé les gens n'éditeront pas trop, beaucoup de gens ont des mutuelles et puis si c'est systématique il faudra que ce soit remboursé à 100%.

5/ Ça ne pose pas de problème à moi mais je ne leur pose pas la question, si ils ne sont pas venus pour ça pour une symptomatologie touchant le système uro-génital, si ils viennent pour un syndrome grippal je ne vais pas leur dire : « Avez-vous pris des risques sexuels ? » ce n'est pas particulièrement difficile mais je crois que ce n'est pas l'objet de la consultation, lors de prescription de contraception là oui d'accord mais sinon je crois que les gens, ça aurait l'air de tomber comme les cheveux sur la soupe ; les gens n'en parlent même pas c'est qu'ils ne sont pas

préoccupés, mais bon ils ont peut être pris des risques sans le savoir mais bon il faut espérer que les gens, on lit suffisamment ; si quelqu'un vient me dire : « Au fait j'ai eu un rapport sans préservatif » là d'accord on reparlera du problème. Avec un patient plus âgé que moi ça ne me gêne pas, sur les tout jeunes c'est un peu compliqué, c'est un peu l'interrogatoire du vieux docteur et de leur papa, sauf si ils ont un point d'appel. La différence d'âge ça peut coïncider, sauf si la jeune fille me parle de son petit copain ou demande la pilule. Bon il y en a beaucoup que j'ai connu même alors c'est différent, c'est plus facile.

- **Dr. K : 14m24s**

1/ Je suis déçu par rapport à ce que je pensais faire ; je pensais que je pensais à prescrire le Chlamydiae quand je prescrivais le VIH à chaque fois chez les femmes de moins de 25 ans et aux hommes de moins de 30 ans. La réalité s'impose. Probablement les internes ont perturbé mes données ! Dans ce cas là c'est que je les ai mal formés. Dans ce cas là il faut que j'envisage le suicide ! Je vais essayer de m'améliorer.

2/ Nous normalement on interroge tous nos patients tous les ans sur les IST en leur demandant comment ils font pour se protéger, l'objectif c'est de le faire tous les ans, ça veut dire que si ça n'a pas été fait depuis 2 ans ça devient presque prioritaire dans la consultation si on arrive à la placer. Mon objectif à moi personnel ce serait qu'il y ait plus de 80% des patients qui aient un renseignement sur la prise de risque des IST sur les 2 dernières années ; vu qu'on leur pose la question moi je croyais que je prescrivais le VIH et le chlamydia si les hommes avaient moins de 30 ans et les femmes moins de 25 ans ; notre idée pour un bilan IST c'est hépatite B, hépatite C, chlamydiae, syphilis. Si une femme ne peut pas avoir d'enfants, je me renseigne sur la durée de l'exposition au rapport sexuel fécondant, si ça dépasse quand même 3 mois on va s'en inquiéter ; la plupart des femmes viennent avant 1 an de tentative donc c'est juste de l'information, de la réassurance voir une courbe de température ; on lui fait le bilan de désir d'enfant ; si ça fait plus d'un an oui la je me lance à vérifier les chlamydiae.

Chaque fois qu'il y a une prise de risque pour les IST, puisque le VIH on peut le prescrire dans des circonstances où il n'y a pas de prise de risque pour les IST (chez les phobiques, pour régulariser une situation maritale).

Quand je ne l'associe pas, c'est que je devais avoir un résultat antérieur de VIH.

3/ Comme on doit discuter sur les résultats du VIH comme c'est moi qui reçoit les deux exemplaires, je leur explique qu'ils ont bien fait de se dépister, même s'ils pensent qu'ils n'ont pas beaucoup de risque, parce que quand on est asymptomatique on garde une bonne espérance de vie alors que si on est déjà malade c'est plus embêtant, enfin tout ce baratin là ça prend du temps donc ils ne me posent pas trop de question et puis ça les bouleverse, donc ils ne sont pas trop inquiets sur les chlamydiae dont ils ne savent même pas à quoi ça sert. En fait comme ils savent que ça ne donne pas de signe clinique, mais que ça peut rendre les femmes stériles, les hommes s'en foutent, ça ne les inquiète pas trop, ils sont plus préoccupés par le dépistage du VIH que je leur ai prescrit en même temps.

4/ Mais moi je ne suis pas loin de croire que je fais déjà ça, chose qu'on ne fait pas ! Donc je suis plutôt pour. De toute manière, je pense que c'est important de parler de sexualité, si on n'en parle que avec le VIH en plus c'est un petit peu dur, alors que si on en parle avec les chlamydiae je pense que c'est plus simple, c'est vraiment de la prévention pour éviter d'avoir un risque, mais ce n'est pas la même chose que de parler d'une maladie qui peut être potentiellement mortelle. C'est plus dur de proposer le VIH, c'est plus facile de proposer le Chlamydiae, et c'est important de parler de sexualité avec les patients et pas seulement des maladies sexuellement transmissibles ; parce que quand on parle de ça on peut parler des difficultés de la vie, des violences subies...

Les obstacles pour les médecins c'est qu'ils n'ont pas le temps dans une consultation de s'occuper de la prévention, qu'ils ne sont pas organisés dans les dossiers pour essayer de voir tous les combien il faut qu'ils fassent les rappels d'interrogatoire, la chose la plus importante je pense c'est que les médecins ne sont pas prêts à parler de sexualité avec leur patients si le patient ne fait pas le premier pas. Je pense qu'ils attendent qu'on les provoque. Je pense que pour une jeune femme

médecin c'est plus compliqué d'interroger un patient homme plus âgé. Enfin à mon âge on devient presque asexué, enfin tout du moins je vois bien que mes plus jeunes patients n'imaginent même pas que je puisse bénéficier d'un sexe et d'une activité sexuelle ! Mais pour mes jeunes internes je vois bien que pour les filles c'est parfois compliqué de parler avec un garçon, une interne de 30 ans a parfois un petit peu de mal à parler avec un patient homme de 50 ans et à l'inverse pour les garçons internes en s'adressant à une patiente plus jeune, ça devient plus compliqué si ça ne vient pas d'elle.

5/ Nous ici franchement c'est facile parce que à force de leur poser des questions c'est devenu une routine pour les patients ; en plus on mélange ça avec l'interrogatoire sur tabac, alcool, drogues, médicaments et on finit par les IST, on leur explique que même si ça ne les concerne pas eux directement ils pourront faire passer le message à leur entourage, à leurs voisins et à toute la population de Gennevilliers, on travaille pour la santé du territoire ! Je ne suis pas gêné. La seule chose c'est que parfois je n'ai pas le temps ou que la situation ne s'y prête pas mais comme on a une manière de noter dans le dossier on a le temps.

- **Dr. L : 13m56s**

1/ 2007 je me souviens plus très bien, je crois que j'ai remplacé assez peu ici en 2007 du coup le nombre de demandes de sérologie VIH me semble particulièrement peu important sur une année, je pense que j'en prescris beaucoup plus maintenant, euh....et maintenant j'ai l'impression que je demande vachement plus systématiquement l'association, quand j'en demande un j'ai l'impression de demander l'autre. Est-ce que c'est vrai, est ce que c'est pas vrai, est ce que c'est mon impression ou pas, en tout les cas par exemple pour les femmes enceintes je demande quasiment, enfin je demande la sérologie VIH et en post-partum je demande très souvent les chlamydiae. Ce qui est certain c'est que je demande beaucoup plus que ce soit les chlamydiae ou le VIH malheureusement chez les femmes, et là je vois ma proportion je suis sur qu'elle est la même aujourd'hui, même si jamais j'en prescris plus au total je suis persuadée que j'en prescris beaucoup plus aux femmes

qu'aux hommes, parce que j'y pense pas je crois, enfin en tout les cas j'en prescris moins facilement, vraiment beaucoup plus.

2/ Quand c'est moi qui prescrit pour la première fois la pilule, pour les renouvellements de pilule grosso modo assez fréquemment, quand je les connais bien et que je l'ai fait et que je sais qu'elles ont des partenaires fixe je ne represcris pas tellement. Disons que j'ai l'impression que je prescris pour les femmes pour lesquelles je renouvelle la pilule et que je les connais pas bien, je le prescris pour les jeunes femmes qui me racontent des histoires avec des partenaires multiples etc...je le prescris en post-partum souvent, je ne sais pas pourquoi j'y pense à ce moment là, souvent parce que je represcris la pilule. La sérologie VIH systématiquement en début de grossesse, je ne fais pas les chlamydiae quand elles sont enceintes. Et puis quand je pose des stérilets, quasi systématique, ça m'arrive d'oublier mais la plupart du temps je demande la sérologie, enfin une PCR. La plupart du temps je demande juste la PCR dans les urines parce que c'est moi qui fait l'examen gynéco et ça me gonfle de les faire reprélever en ...avec un speculum. Evidemment si elle me raconte des histoires qui m'évoque des infections gynéco je le demande systématiquement même si jamais je pense à quelque chose de plus anodin, genre des gardnerella ou trachomonase, je le fais de façon systématique dès qu'il y a une histoire de perte, de douleur et voilà. C'est vrai que dans les bilans d'infertilité je le fais quand elles me disent qu'elles ont du mal à avoir des bébés, je le demande assez rapidement. J'y pense vraiment beaucoup plus pour les femmes, vraiment, pour les hommes je le fais quand il y a des signes d'infection ou quand c'est le motif de consultation ça évidemment je le fais ; quand c'est pas le motif de consultation c'est plus difficile, enfin j'ai l'impression que je suis moins...systématique, ceci dit je pense que je dois avoir beaucoup plus de femmes que d'hommes, il doit y avoir un biais (rires).

J'y pense de façon systématique quand je le fais dans le cadre d'un bilan MST ou dans le cadre d'une infection qui peut ressembler à une infection gynéco, je demande en général le VIH associé au chlamydia, voilà. Je le demande.....quand est ce que je le demande de façon systématique ? Pour la pilule, quand je prescris la pilule ça m'arrive souvent de faire le bilan des MST donc c'est

souvent dans ce cadre là que je prescris systématiquement. Autrement j'ai pas l'impression de faire un truc très systématique enfin si tu veux, par exemple quand je prescris le VIH en début de grossesse je demande pas les chlamydiae. Si je demande les chlamydiae j'y pense plus, dans ce sens là je prescris plus volontiers le bilan, je prescris plus systématiquement la sérologie VIH quand j'ai demandé des chlamydiae que l'inverse.

3/la plupart du temps elles ne savent pas tellement ce que c'est et elles ont absolument, voilà . Par contre, quand tu annonce un résultat de chlamydia positif ça peut poser beaucoup plus de problème : « Ah bon, mais c'est grave, comment je l'ai attrapé, mais c'est moi qui l'ai contracté la première ou c'est mon partenaire » quand tu leur proposes le dépistage comme ça j'ai personne qui a refusé. Pour le VIH, les gens se refuse rarement, souvent ils disent : « Je l'ai fais y a pas longtemps, j'ai pas pris de risque supplémentaire » mais ils refusent pas beaucoup.

4/ Oui tout à fait.

Non je ne crois pas honnêtement. Je ne crois pas que ça me prendrait beaucoup plus de temps si je parlais du dépistage des chlamydiae, parce que encore une fois je trouve que les gens posent assez peu de questions, donc autant quand tu proposes je ne sais pas par exemple les hémocult c'est vrai que de temps en temps ça te prend un petit peu de temps, quand tu dois expliquer pour la cinquième fois (rires) il faut faire trois prélèvements... mais les chlamydiae je trouve que voilà on, peut donner une information claire assez rapidement, et les gens ont pas des milliards de questions, en plus l'examen est assez facilement réalisable.

5/ Non motivée ? euh ...parfois ça m'est absolument pas difficile, parfois ça m'est très compliqué ça dépend vraiment de la personne que j'ai en face de moi et de la relation que j'ai avec elle, c'est très très bizarre en fait, de temps en temps j'y arrive très très bien, j'ai l'impression d'y arriver très bien, et de temps en temps je me sens complètement nulle, et je ne saurais pas dire si c'est que ça va ou ça va pas je ne sais pas, je pense que ça dépend pas mal de l'âge de la personne qui est en face de moi. Je pense quand ils sont plus âgés j'ai plus de mal, quand ils ont notre âge un peu plus jeune, ça me paraît plus simple. Par rapport au sexe, oui avec les hommes j'ai plus de mal, ça dépend parce

que souvent les hommes c'est eux qui en parlent le plus facilement. Je trouve que le motif de consultation autour de la sexualité chez les hommes ça m'arrive fréquemment, chez les femmes beaucoup moins, c'est plutôt moi souvent qui à l'occasion d'une consultation en parle. Les origines ethniques ça joue pas.

J'arrive à en parler, mais de temps en temps je me sens plutôt à l'aise et je suis plutôt contente de ce que j'ai fait à la fin de ma consultation, et de temps en temps je sens qu'il ya un truc qui n'est pas passé, alors je ne saurais pas te dire pourquoi.

Ce serait pas mal que ce soit clairement...qu'on ait des recommandations claires, comme ça on pourrait élargir le dépistage parce qu'on ne le fait pas assez. Enfin je me dis que ce serait bien...je ne sais pas par exemple, je me pose toujours la question de la fréquence, à laquelle il faudrait redemander la PCR, si il faut le demander une fois par an, deux, tous les cinq ans j'en sais rien du tout, c'est vrai si jamais il y avait des recommandations plus claires ça nous aiderait.

- **Dr. M : 07m54s**

1/2/ Je ne comprends pas la question...alors vous demandez à un seul laboratoire mais moi je travaille avec plusieurs labo, donc je fais plus de demandes que ça, je ne comprend pas très bien la question ; moi je travaille avec d'autres labo sur Asnières, Paris ; il faut savoir que le trottoir d'en face c'est Asnières ; et j'ai plus de patients d'Asnières que de Gennevilliers ; et c'est sur quelle année, 2007, à oui ça c'est rien ; je ne demande pas systématiquement ensemble, parce que en fait les chlamydiae je demande systématiquement quand il y a un problème un petit peu récurrent sans penser forcément à un risque particulier ; je le fais d'emblé parce que j'en vois pas mal qui traîne donc je le fais systématiquement ; quand il y a un prélèvement à faire je le fais quasi systématiquement le chlamydia ; sans qu'il y ait forcément de facteur de risque. Je n'associe pas systématiquement avec le VIH. J'associe pas forcément chlamydia au VIH, je le demande après si il n'y a pas de signes clinique ; l'âge des patients n'intervient pas dans ma demande et même pas le

nombre de partenaires ; parce que je vous dis que j'en vois, on a des surprises donc la demande de chlamydiae je le fais un peu systématiquement.

3/ Oui ah oui oui, les femmes jamais, ça m'est arrivé avec des hommes de ne pas voir les résultats, je pense qu'ils ne le font pas, pas de résultat, je ne les ai pas revu, pas de résultat du labo mais chez les femmes pratiquement jamais.

4/ Oui bien sur.

Obstacles : Jamais eu de problème avec les femmes, peut être parce qu'elles savent que je fais de la gynécologie. Je prendrais le temps d'expliquer. C'est vrai chez l'homme j'ai moins de cas par ce que bon on est trois et je suis la seule femme du cabinet, mais pour ceux que je vois il y a quand même des gens que j'ai pas revu, pas de prélèvement fait et c'étaient des gens que je ne suivais pas. Je ne sais pas combien ça coûte. J'ai jamais eu de problème ici, et je sais que ici c'est transmis à Cerba, le chlamydiae il vient à part des autres résultats. Il y a moins de chlamydiae positifs chez les maghrébines.

5/ D'en parler comme ça oui mais pas à chaque fois, oui ça m'arrive quand ça touche un peu le problème oui ça m'arrive ; vous savez je fais des touchers rectaux pour les maghrébins pour les dépistages de cancers rectaux, non non y a pas de soucis on sait leur parler et puis surtout ceux qu'on connaît ils se laissent faire. Je ne suis pas gênée par l'âge des patients, non non moi personnellement.

- **Dr. N : 15m27s**

1/ J'en prescrit pas mal je trouve, par rapport à la moyenne, je suis la deuxième de la liste, sur le total, ça me fait plaisir, et sur les VIH aussi, pas mal, ça je trouve ça bien ; après les raisons pour lesquelles je ne fais pas forcément les deux en même temps ça peut être parce que y en a un qui a été fait avant, parce que mine de rien on fait énormément de suivi de grossesse, et pour le suivi de grossesse ça nécessite pas forcément de faire les chlamydiae ; depuis que tu as fait ça j'ai changé ; et j'ai effectivement réalisé que à partir du moment où on faisait le VIH c'était bien de faire

l'ensemble des MST et je pense que si tu refaisais le truc aujourd'hui ce serait plus du tout les mêmes chiffres. Je pense plus à associer depuis, syphilis etc... Sur l'âge je te ferai pas tellement de commentaires, je ne sais pas pourquoi je fais plus de chlamydiae chez les plus de trente ans ; c'était sur un an ton étude, effectivement ça fait un bout de temps , je crois j'ai vraiment plus du tout les mêmes habitudes de prescriptions, en 2007 ça faisait pas un an que j'étais installée, j'étais installée depuis le mois de septembre 2006 donc je n'avais pas les mêmes habitudes, les mêmes connaissances qui ont fait que aujourd'hui je le fais beaucoup plus ; c'était quelque chose que je ne connaissait pas très bien à ce moment là parce que mine de rien à la fac on n'en parle pas beaucoup ; j'étais peut être pas tellement imprégnée de Martine (rires) c'est quelque chose que je fais de façon beaucoup plus courante, et tu vois peut être que au courant de l'année 2007 c'est pas la même chose pour les 6 premiers mois et les 6 derniers pour moi parce que, voilà...je ne suis pas sur que début 2007 c'était quelque chose que je faisais de façon très fréquente, maintenant je le fais hyper souvent.

2/ Pour les chlamydiae je le fais je crois maintenant quasi systématique quand les gens viennent en me disant qu'ils veulent faire un dépistage pour le, ça arrive, les gens y viennent pour le dépistage du SIDA je leur dis pourquoi le SIDA et pourquoi pas le reste, en général ils ne demandent pas le reste parce qu'ils ne le connaissent pas, il suffit de leur expliquer et ils sont d'accord pour le faire ; et puis je ne le fais pas du tout de façon systématique pour les suivi de grossesse, ça dépend du profil des femmes ; c'est pour le coup pas du tout du tout systématique mais ça peut m'arriver de le faire si je sens que c'est des femmes pas très stables dans leur vie sexuelle, qui ont un passé un peu particulier je vais le faire , mais c'est loin d'être systématique ; et puis après les femmes qui vont venir pour des histoires gynécologiques un peu bizarres, qui ont des pertes qu'on n'arrive pas trop à expliquer tout ça, pour le coup je fais faire de façon plus systématique les chlamydiae quand je fais faire le prélèvement vaginal et à ce moment là je ne vais pas forcément leur faire le dépistage pour le VIH ; pas au même moment parce que ça peut avoir été fait à d'autres moments aussi donc voilà. Je le demande aussi si les gens viennent pour des problèmes de fécondité.

Actuellement j'associe plus souvent VIH au chlamydiae que en 2007 ; quand je fais un chlamydiae je n'associe pas forcément au VIH parce que il peut avoir été fait avant, ou parce qu'on ne fait pas prise de sang pour les chlamydiae et du coup y a des fois si on sait qu'on va revoir les gens pour d'autres bilan à un autre moment, moi tant qu'à faire j'aime pas trop qu'on les pique les gens enfin pas de façon trop fréquente et comme on les suit de façon régulière ça peut effectivement être pas justifié de le faire quand on fait le demande de chlamydiae, et après il peut y avoir des gens qui refusent mine de rien le VIH, y en a qui ne veulent pas , c'est pas hyper fréquent mais c'est loin d'être rare. Notamment pour les femmes dans les suivis de grossesse : « Non non, je suis sûre, je ne veux pas, de toute façon je ne veux pas savoir » ; on est censé faire que si les gens sont d'accord, moi je ne le prescris pas si les gens ne sont pas d'accord, je vais toujours leur dire que je le prescris, parce que ça implique trop de choses quoi. Pour le coup faire faire un prélèvement urinaire en même temps qu'une prise de sang ça me gêne moins que de faire une prise de sang en même temps qu'un prélèvement urinaire, je trouve ça moins contraignant pour eux, oui je prescris très facilement un chlamydiae quand je demande une sérologie VIH ; de toute façon, en dehors du suivi de grossesse qui est un cas un petit peu particulier, quand les gens veulent faire ou quand on leur propose de faire un dépistage je fais toutes les MST, chlamydiae compris, VIH compris.

Pour les hommes je vais leur faire pareil si on fait un bilan des MST, ce que je ne faisais quasiment jamais avant, et dans les rares cas où ils viennent avec des gênes particulières et où on va rechercher des choses plus spécifiques.

3/oh oui, jamais de refus, pour le coup ils ne savent pas ce que c'est.

4/ Je le fais de plus en plus effectivement, ça date 2007, c'est montré que c'est quelque chose d'ultra fréquent, je ne sais plus, il y avait une étude dans je ne sais plus quelle fac, et ça avait été fait dans ce cadre là et on s'était rendu compte que c'était énorme et donc oui, y en a beaucoup qui sont positif, maintenant que je le fais beaucoup j'en trouve beaucoup.

C'est simple, c'est facile à faire avec un prélèvement urinaire, on a un traitement qui n'est pas très contraignant et qui est complètement efficace, on ne les condamne à rien du tout, je veux dire c'est

pas du tout les mêmes implications qu'une sérologie VIH positive, annoncer à quelqu'un qu'il a des chlamydiae c'est rien, faut qu'on traite, faut prévenir vos partenaires, ça ne me pose aucun soucis ; VIH j'ai jamais eu à l'annoncer et j'en suis ravie, j'aimerais pas.

La prévention sur le chlamydiae ne me prend pas du tout de temps. Ici on fait beaucoup de gynéco donc c'est évident que c'est beaucoup plus des femmes que des hommes, mais à partir du moment où on propose des bilans, ça je le fais entrer de façon intégrale dans le cadre des bilans MST, on le fait facilement, les gens ils veulent bien il suffit de leur en parler, puis leur proposer, peut être une fois sur deux pas loin ils veulent bien le faire, maintenant on ne va le faire tout les 4 mois non plus ; c'est pareil c'est sur le long court , on ne va pas forcément le faire une fois par an ça dépend de leur âge.

Même de rien on ne sait pas quand ils ont été contaminé, on ne sait pas qui c'est, ce qu'on sait c'est qu'il faut la traiter elle et le partenaire actuel, éventuellement dans la mesure du possible, ce qui est loin d'être toujours le cas, de prévenir les partenaires avant et de leur dire de faire le dépistage, y en a qui le font mais je crois que pour le coup c'est loin d'être une majorité et voilà. La seule fois où ça m'a posé problème, c'était une femme trentenaire passé, je dis ça ce serait bien de prévenir les partenaires et elle me dit : « lesquels ? » (rires) « j'en ai plusieurs, il faut tous les prévenir ? Et les femmes aussi ? » (rires) bonne question, ben j'ai pas su répondre ; je lui ai dit que oui et bon sans grande conviction no plus. La transmissibilité de femme à femme je connais pas du tout. Je me suis déjà posé la question.

5/ Non c'est pas facile, ça m'arrive de le faire, mais c'est pas forcément facile ; l'aborder via une prise de risque, les MST, oui mais après comme on fait beaucoup de gynéco ça vient facilement. Quand quelqu'un vient pour la première fois, oui, la prise de risque ça fait parti de l'interrogatoire de départ. Clairement l'homme de plus de 40 ans que j'identifie comme pouvant être potentiellement mon père, c'est compliqué,.....(rires) c'est difficile avec les hommes ; après je le fais ; purement de sexualité c'est compliqué pour moi quand c'est des hommes d'un certain âge, les femmes ça ne me pose plus aucun soucis, au tout début ça a été difficile notamment ici on a une

grosse population de femmes d'origine d'Afrique du nord qui font des blocages sexuels incroyables qui n'arrive pas du tout du tout à avoir des rapports des mois et des mois après leur mariage ; la première fois que j'ai à faire à ce genre de consultation j'étais un peu désemparée, puis maintenant j'ai pu en parler à mainte reprise y compris avec une psychologue, tu sais ici, et ça m'a permis un peu de désacraliser le truc, et c'est beaucoup plus facile d'en parler ; mais c'est des filles qui racontent des trucs catastrophiques sur la sexualité et qui arrivent au moment de la sexualité qui ont une telle peur ; elles disent que non on ne leur a rien dit mais sans qu'il y ait eu des choses dites elles ont entendues, et elles ont après jamais des sexualités épanouies, peut être après avec le temps.

- **Dr. O : 12m46s**

1/ Ç me paraît peu, mais à ce moment là je n'étais peut être pas thésé et au laboratoire du CMS il notait la demande sous le numéro ADELI du laboratoire ou du médecin responsable du centre ce qui peut expliquer qu'il y en ait aussi peu à mon nom cette année là (j'ai passé ma thèse en octobre 2007) ; je dois faire 6 ou 7 demandes de Chlamydia par an.

2/ Le Chlamydia j'en fais dans les bilans de MST, si le patient dit qu'il a pris des risques, soit parce que les patients demandent un bilan soit parce qu'il y a une recherche pour des pertes ou des écoulements urétraux ; ici ils font la PCR sur 1^{er} jet urinaire.

J'ajoute toujours le VIH si je demande Chlamydia ; inversement je ne demande pas toujours le Chlamydia avec le VIH.

En cas de problème de fécondité j'adresse directement, dans les grossesses je ne demande pas Chlamydia.

3/ Il n'y a pas de refus ; ils font l'examen si je le demande

4/ Oui, si ils préconisent de faire l'examen sur les urines, si ce n'est pas invasif pour le patient.

Ça touche à la sexualité, si ça touche certains patients ;

5/ Je parle de sexualité quasi systématiquement avec les patients qui ont environ 35 ans, : « Est ce que vous avez des rapports protégés », ça ne me pose pas de soucis ; il y a des patients qui sont

choqués parfois, mais globalement c'est bien accepté. L'âge et le sexe du patient ne me bloquent pas pour aborder le sujet.

- **Dr. P : 13m14s**

1/ Ben je suis étonnée qu'il n'y ait pas beaucoup de VIH+CT, mais je ne sais pas l'expliquer....on peut penser qu'il faut le faire, si on demande le Chlamydia il faut chercher le HIV parce que les MST...il faut associer le VIH aux autres MST ; je ne dis pas que j'en ai fait mais je suis juste étonnée qu'il n'y en ait pas, j'en sais rien à vrai dire, je ne dis pas que j'en n'ai pas demandé j'en sais rien, ce que je dis juste c'est que ça m'étonne. Je devrais le demandé ensemble mais si je n'en vois pas c'est que peut être j'en ai pas demandé ensemble, mais euh ...c'est pas les même prélèvements, le VIH c'est le sang et le chlamydiae moi je demande souvent dans les prélèvements locaux ; donc c'est pas sur la même ordonnance souvent et des fois les gens sont assez partant pour faire un prélèvement parce que ça va mal là donc il faut faire un prélèvement mais une prise de sang c'est pas la même affaire....mais bon c'est peut être moi qui ne pense pas trop à prescrire les deux en même temps, je me dis comme tout le monde que je ne dois pas assez prescrire de sérologie HIV. Sinon c'est tout.

2/ Je le demande systématiquement sur les prélèvements, c'est pour ça je vous disais ça va vite parce que moi je sais quand je les prescris c'est systématique, dans tous les prélèvements génitaux je les demande, alors sauf les femmes enceintes parce que une fois un laboratoire m'a appelé en disant : « Madame machin elle est enceinte est ce que je dois vraiment lui faire le frottis endocervical ? » j'ai répondu : « oh ben non c'est pas la peine » mais sinon je le demande systématiquement sur tous les prélèvements génitaux. Quand les gens viennent me voir pour des signes cliniques, je ne le demande pas systématique pour les gens qui viennent pour renouveler leur ordonnance de cholestérol, non non c'est les gens qui viennent parce qu'ils ont les femmes une vaginite et les hommes une urétrite. Je ne m'occupe pas des problèmes de fécondité, je leur dis d'attendre et s'ils veulent pas attendre je leur dis d'aller voir le gynécologue. C'est pas une question

d'âge, si ils sont systématique, je cherche systématique un chlamydiae, même s'il met les préservatifs tout le temps. J'ai vu un jeune à Gennevilliers qui me disait qu'il mettait les préservatifs tout le temps il s'est retrouvé avec un gonocoque et un chlamydiae, je vous assure, je lui : « Ben écoutez je ne sais pas comment vous faites avec les préservatifs mais c'est étrange » il avait les deux le pauvre, les deux fréquents, je fais systématique la recherche quelque soit la prise de risque officielle, déclarée ou....si quelqu'un vient pour un bilan de MST dans ce cas la je fais les deux, et d'autres chose, mais je fais dans le sang je ne fais pas sur prélèvement génital, par sérologie.

Il faudrait mais en fait quand c'est sur un prélèvement génital je ne l'associe pas toujours, mais sur une sérologie oui j'associe toujours. quand je prescris le VIH, non je ne fais pas chlamydia systématique ça va pas dans l'autre sens je ne sais pas pourquoi (rires) c'est vrai on nous dit faut prescrire beaucoup de HIV, mais voilà les gens à qui je propose le HIV un peu comme ça : « tient on fait une prise de sang je vous prescris le HIV » je ne vais pas en plus leur prescrire la sérologie chlamydia...je pense qu'il y a moins d'enjeu quoi, je me dis bon le chlamydia il risque des choses mais bon c'est pas sa vie.

3/ Je sais pas dire, je tiens pas la logistique. Pour le Chlamydia je n'ai pas de refus mais pour le HIV oui, des refus de sérologie de HIV j'en ai et je les respecte.

4/ J'en sais rien, il faudrait voir sur quoi ça serait utile, il faudrait démontrer que ça sert à quelque chose sur la prévention des stérilités des chose comme ça, parce que si c'est juste pour dire on va éradiquer le chlamydiae (rires) ça n'a pas un intérêt en soi, parce que si on s'adresse à des gens qui ne se plaignent de rien à priori il faut qu'il y ai du bénéfice autre que juste supprimer un germe.

On a déjà un peu de mal à faire tous les dépistages un peu recommandés, c'est déjà un peu long, peut être qu'une histoire de temps, sinon quand on prescrit quelque chose moi j'aime bien quand les gens comprennent ce que je fais, parce que j'aime pas annoncer des choses, c'est long d'expliquer à quelqu'un qu'il a une maladie sexuellement transmissible qui s'y attend pas, qui est pas content parce qu'il se demande où il l'a attrapée, donc c'est extrêmement long des fois après. Je ne suis pas

sur de suivre déjà toutes les recommandations, il y a en a beaucoup, les gens qu'on voit ils sont malades, il ya des choses à faire alors si en plus il faut parler de toutes les recommandations : « Est ce que vous avez eu dans votre famille des cancers du colon ? » euh vous voyez, ça on peut le faire à la sécu dans le questionnaire, vous voyez, ça prend une demi journée, mais nous on peut pas (rires).

5/ Ça je ne sais même pas si je le fais, si les gens ne se plaignent pas de la sphère génitale, je ne suis pas sur de poser la question directement, genre si ils viennent me voir pour autre chose...j'en parle pas. Il faut qu'ils abordent la question, après ça ne me dérange pas d'en parler, mais moi j'aime pas en parler si les gens veulent pas en parler. Des fois j'aborde la question quand je me dis bon, il faut quand même chercher...mais à la limite je ne pense pas que ce soit très utile ça ; on peut attraper le SIDA sans prendre de risque, c'est ceux qui prennent des risques qui l'attrapent le plus souvent mais y a même des mères de famille qui attrapent le SIDA et qui ont des rapports que avec leur mari, c'est pour ça je ne pense pas qu'il faut se limiter à ça en fait, parce que si on fait du dépistage orienté que vers les personnes qui prennent des risques, je pense que tous les gens qui prennent des risque, les gens ils savent qu'ils prennent des risque quand même...c'est comme ceux qui fument, c'est écrit sur les boite, les gens qui fument ils le savent. Je me dis peut être c'est pas tellement ...je ne sais pas, je trouve que les gens qui prennent des risque, quand même, tôt ou tard ils vont se dire : « Tient il faut peut être que je fasse quelque chose » il y a probablement des gens qui sont infectés et qui n'ont pas pris de risques, moi il me semble, ça existe probablement, donc je ne pense pas que c'est juste sur ça que il faut orienter. Comme je commence à avoir des cheveux blanc y a des gens qui considèrent qu'ils peuvent m'en parler quand même (rires) je vois des fois des jeunes gens qui me disent : « Je peux vous le dire.. » parce que je commence à être un peu ...voilà

- **Dr. Q : 35m32s**

1/ Ça ne m'étonne pas par rapport aux Chlamydia, je suis beaucoup plus vigilant pour le SIDA que pour les Chlamydiae à tort, mais je le sais parce que je n'ai pas d'activité gynécologique, parce que

je n'en veux pas, parce que j'ai le luxe de pouvoir choisir parce que sur le centre de santé j'ai des spécialistes ; je serais en ville la question ne se poserait pas, je pense que je rentrerais avec une activité gynéco intégrée. C'est le gynéco qui gère. Ensuite on a un CDAG qui vient de démarrer en 2007 sur la commune. Donc on a ce biais là. Si on considère que la prescription de VIH n'est pas un acte comme les autres, c'est-à-dire qu'il justifie une consultation de prévention, la remise des résultats en prenant du temps, si je considère que ça va être un peu compliqué, un peu lent je l'envoie au CDAG. Donc les chiffres que vous voyez sont des gens que je connais, ce n'est pas des primo arrivants, les gens que je ne connais pas j'ai tendance à les envoyer vers le CDAG. Les 24 VIH que j'ai ce sont des gens avec qui je peux débattre facilement de ces questions là. J'ai une consultation qui est plutôt âgée, j'aime ça, et qui est plutôt féminine, ce qui est rigolo pour un mec qui ne fait pas de gynéco, et ceci explique cela : comme j'ai un relationnel avec ces populations de femmes je n'ai pas voulu introduire la gynéco pour qu'il n'y ait pas la moindre ambiguïté ; je préfère leur déshabiller l'âme que leur faire un frottis. Bien sur il y a des exceptions.

2/ Sur tout ce qui serait histoire de salpingite, perte, gratouillis, alors là je suis assez rapidement amené à le proposer, mais pas plus que ça ; si la question est « est ce que vous rentreriez dans un dépistage systématique chez une jeune fille ayant des rapports non protégés » comme ce serait pas idiot de le faire, ma réponse c'est pas ce que je fais.

J'ai été beaucoup plus systématique à une période pour les hépatites.

En cas de problème de fécondité j'adresse.

En général j'associe un VIH si je demande le Chlamydia, mais le tableau montre que je ne l'ai pas fait. Inversement si je demande les sérologies VIH je ne demande pas le Chlmydia. Il faudrait ? En même temps que tu me poses la question ça m'oblige à y réfléchir, parce que je n'y avais pas réfléchi jusque là.

Je suis de la génération de médecin qui a été mort de peur du SIDA, on l'a pris en pleine tronche on n'avait rien du tout, donc on a du faire face à des jeunes qui avaient des trucs qui allaient les tuer, donc c'était la grande peur des deux côtés, et on n'avait rien à leur proposer que notre qualité

humaine, ce qui n'est pas mal d'ailleurs, ça nous a ramené aux fondamentaux pour certains d'entre nous ; on sortait tout puissante de la fac , il n'y avait que le cancer qui nous échappait. Donc les Chlamydiae m'inquiètent moins que le SIDA et donc probablement j'ai une prescription qui va dans ce sens là. Je vais au plus grave, en oubliant, ce qui est une connerie, et je te dis en en discutant qu'effectivement la stérilité secondaire aux chlamydiae ce n'est pas anodin surtout chez une jeune femme.

3/ Les patients ne refusent pas mais ce qui est plus difficile c'est la relation avec le conjoint.

4/ Je le ferais sans problème, mais je pense que à force ça va faire beaucoup si il faut faire systématiquement VIH, hépatite et chlamydiae. Durant une période je faisais VIH et hépatites systématiquement, depuis je me relâche, et là tu viens me dire qu'il faudrait aussi demander les chlamydiae. Ce n'est pas illogique. Déjà le dernier point est générationnel dépendant : nous n'avons pas le même âge toi et moi, donc nous n'avons pas la même sexualité ou en tout cas la même représentation de la sexualité parce que nous ne sommes pas de la même génération. Le rapport au préservatif, pour notre génération, ce n'était pas gagné du tout, parce qu'on a eu la chance de pouvoir faire l'amour, attraper au mieux une chaude pisse, une petite mycose pour l'ensemble de son œuvre. Il a fallu votre génération pour risquer sa peau en faisant l'amour. Donc le message du préservatif a été probablement mal transmis par les médecins de ma génération par rapport à la votre. Ce côté anxiogène de l'acte de d'amour avec la découverte du sida, ça n'a jamais été notre problématique, on n'a pas instauré notre relation de confiance et d'amour sur la base de « fait moi donc un test HIV ! ». « Tu veux prendre cette jeune femme comme compagne, alors il faut faire un HIV, un chlamydiae, un hépatite.... » Je ne suis pas sur que ça améliore la relation de confiance affective des premiers ébats amoureux. Tu sais c'est un peu le débat sur la sécurité aujourd'hui : En mettant des caméras dans tous les coins, en allant sur une société à risque zéro, est ce qu'on aura moins de suicides ou plus, je pense plus. On finit par faire des mecs hyper anxieux, hyper stressés qui vivent finalement assez mal. Ca c'est une réflexion générale sur les dépistages systématiques des gens. On est inquiétant nous les docteurs.

Au niveau des obstacles, si il y a des médecins comme moi qui pensent quela prise de risque est inhérente à la vie, donc le dépistage de tout m'emmerde. Je pense qu'il faut qu'on invente une façon de proposer le dépistage systématique, qui ne soit pas inquiétante, intrusive, jugeante : « Vous vous avez des pratiques à risque, je vais vous faire tous les dépistages... ». Si vous aviez vu comment les mecs choisissent leur nana en pleine épidémie de SIDA : « Avec celle-là tu mets des capotes, oui, et avec celle-là tu ne mets pas de capote, mais pourquoi ? Parce que celle-là elle est clean ». Dans votre thèse c'est la vraie question : Pourquoi tel médecin par rapport à tel autre est capable de proposer systématiquement ce dépistage ? Et comment le fait-il ? Comment rend-il les examens aux patients ?

J'ai un petit peu peur des bilans de dépistage parce que je les trouve déshumanisés. Je ne dépiste pas tout le monde de la même façon, et pour aller plus loin, je pense que la qualité relationnelle installée permet ensuite la crédibilité du dépistage et pas l'inverse. C'est parce que nous sommes en confiance, parce qu'on a établi une relation privilégiée non jugeante qu'on est en position de leur proposer à peu près n'importe quoi sans que ça souffre et que les gens ne fassent pas.

5/ C'est très facile, homme ou femme. Car comme avec mes patients on a appris à se parler de tout, ça fait parti du tout. J'ai mis en place des séminaires pour le 3^{ème} âge, et j'ai parlé 2/3 du temps de sexualité sur des générations qui avaient plus de 70 ans. Ça a eu un succès d'enfer alors on a refait un séminaire avec pour titre « Alzheimer et Viagra* » : j'ai refusé du monde !

Tu peux parler de tout du moment où tu es, c'est une façon d'être ; c'est un peu comme le racisme : si tu es tranquille vis-à-vis de celui qui vient te voir parce qu'il ne va pas te transférer sa négritude, te passer son homosexualité, te mettre à boire si il est alcoololo-dépendant ou te faire fumer à ton corps dépendant le pétard, tu peux le recevoir d'homme à homme ou d'homme à femme, détendu et serein ; donc si tu as un rapport à la sexualité qui est serein tu n'as pas de soucis pour le présenter. C'est ce qui me fait dire que pour être un bon docteur il faut être guéri. Pour accueillir l'autre, il faut que tous nos cadavres dans le placard aient été exhumés et qu'on ait le moins d'endroits où ça coince sinon ça coince en consultation évidemment. Le débat de l'IVG qui est un vrai débat

puisqu'il y a une résurgence du côté moralisateur anti-IVG sous des prétextes divers et variés, religieux, culturels, c'est un débat qui est humain-dépendant. Si tu es toi-même en difficulté d'enfanter et que tu vois des nanas qui viennent pour avorter, je pense que quelque part ça va être un peu dur à avaler. Tu ne peux pas déconnecter ni ton exercice ni ton dépistage si ton regard n'est pas apaisé sur ces questions là, ce n'est pas uniquement une question de formation.

(rires) peut être ce ne serait pas avec le médecin de trente ans, vous voyez, je vois.

- **Dr. R : 12m10s**

1/ Ça me semble moins que ce que je demande actuellement, enfin en ce moment j'ai moins l'occasion de faire des demandes de VIH et Chlamydia ; je repensais aux résultats de Chlamydia que j'ai eu cette année, ce n'est pas beaucoup, à cette époque plus. J'ai l'impression que en ce moment je vois moins de pathologies vénériennes ou de risque du genre rupture de préservatif, j'en vois moins cet an ci que j'en voyais il ya quelques années mais je n'ai pas d'explication.

2/face à une pathologie évocatrice chez l'un ou l'autre partenaire, face à un risque MST quelconque c'est-à-dire rupture de préservatif, rapport non protégés, risque de salpingite ;

Je devrais penser au VIH quand je demande un Chlamydia, en théorie oui dans mon esprit mais en pratique non.

Si il y a un risque vénérien je devrais demander le Chlamydia lorsque je demande le VIH, mais je ne le fais pas, parce que c'est involontaire, je n'y pense pas sur le moment, parce que dans mon esprit c'est clair. Il n'y a pas de raison délibérée de ne pas faire ensemble.

L'âge du patient ne compte pas pour moi pour le risque de Chlamydia, parce que s'il y a un risque vénérien Chlamydia ou VIH il faut le faire.

3/ Je n'ai jamais eu de refus, ils acceptent bien. Pour des VIH tout seul j'ai eu des refus ;

4/ Pourquoi pas, si ça apporte quelque chose bien sur.

Si on explique les choses ça veut dire qu'on va rechercher une MST chez quelqu'un, imaginez la population de Gennevilliers, couple maghrébin jeune par exemple, ça voudrait dire que si c'est

positif ça pourrait dévoiler à l'un ou l'autre une aventure extraconjugale ou d'avant mariage qui pourrait poser problème ; alors oui il y a des obstacles.

Le temps est le plus gros problème mais là c'est assez rapide ;

Mon sexe ça peut poser problème, bon je ne fais pas beaucoup de gynécologie par ce que je suis un homme certainement ; tant qu'il s'agit d'un dépistage par un prélèvement sanguin ça ne pose pas problème que je sois un homme et que j'aborde la question.

5/ Ça dépend à qui ; si ce n'est pas motivé c'est plus facile avec les hommes que avec les femmes c'est sur ; mais demander si ils ont pris des risques je le fais assez fréquemment ; avec les hommes je parle facilement de problèmes d'érection mais pas forcément en même temps de problème de risques sexuels.

Si la consultation n'est pas motivée je n'aborde pas forcément le sujet, sauf chez les jeunes, oui, les ados, oui là je peux poser la question plus facilement. En fait ce n'est gênant que dans les consultations où le couple vient ensemble ; maintenant on peut poser la question de différentes façons, on peut parler des problèmes de stérilité sans dire tout de suite que c'est une MST.

Au niveau des origines ethniques, je fais plus de gynécologie avec les patient français de souche que avec ceux d'origine maghrébine, d'ailleurs ils ne viennent pas me voir pour ça ; donc en fait je n'aborderais pas la question puisque c'est le gynécologue qui s'en occupe.

- **Dr. S : 13m02s**

1/ Ça me laisse perplexe, ça m'épate, je pensais que j'en n'aurais pas beaucoup mais que j'en aurais un petit peu ; j'ai l'impression de prescrire le VIH facilement ; peut être que les gens ne l'ont pas fait, c'est possible, en général ils le font ; c'est des gens de Villeneuve que je vois ; c'est un petit peu triste mais c'est comme ça ; ça m'aurait amusé de voir si à chaque fois que je fais le VIH je fais la PCR chlamydia.

2/ Quand il y a un nouveau partenaire, quand je ne les connais pas et qu'elles ne l'ont jamais fait, quand je ne les connais pas qu'elles ne l'ont jamais fait et que je dois poser un stérilet. Dans les métrorragies bizarres.

Chez les hommes, quand je leur pose la question si ils ont pris un risque, quand ils ont une nouvelle relation je le propose, en même temps que le VIH ; quand il y a des signes d'infection génitale masculine, je le fais facilement surtout que je le demande dans les urines ici au labo, c'est fastoche, ça fait pas mal.

Dans les bilans de stérilité je demande, puis je les adresse.

Je vois beaucoup moins de gynécologie que avant depuis que je suis installée ici.

Je demande chez les femmes enceintes et dans les désirs de grossesse.

Quand je demande le Chlamydia, je n'associe pas systématiquement le VIH en même temps, souvent je fais en décalé, si Chlamydia reviens positif là je demande VIH. On va dire que je le propose aux patients systématiquement comme c'est aussi une IST.

Je trouve que c'est plus facile de demander le Chlamydia que le VIH, mais ça dépend des situations : quand c'est un patient qui a changé de partenaire, il y a un risque d'IST, allez on fait tout ensemble. Mais en cas de métrorragie, elle a peut être une IST, c'est pas forcément dans des situations à risque, peut être que c'est le partenaire qui a pris un risque, donc je fais d'abord les IST locales, et si le Chlamydia est positif je demande le VIH.

Je sais il y a les recommandations jusqu'à 25 ans, mais j'aurais tendance à dire que j'en fais vachement plus que les recommandations. Je trouve que les recommandations ne sont pas parfaites, elles sont un peu limitantes.

On ne trouve pas tant que ça de Chlamydia positif en ville.

3/ Il n'y a pas de refus de l'examen, comme le VIH, si tu en parles et que tu expliques.

4/ Oui, mais j'ai l'impression que le fais déjà un peu le dépistage comme recommandé dans les centres spécifiques, on ne dirait pas au vu des résultats !

Je trouve qu'il n'y a pas d'obstacle. Mais ne pas aborder le sujet est un obstacle ; un patient qui vient pour la première fois te voir, tu parles de plein de choses , ils viennent quand même pour une raison, à part quand ils viennent pour le médecin traitant là c'est le rêve absolu, tu fais tous les antécédents , tu parles de tout et puis après ça va dépendre du temps qu'il te reste, est ce qu'on va se mettre à faire les IST...par exemple l'autre fois j'ai vu un monsieur a qui j'ai demandé s'il avait des enfants, du coup il m'a expliqué comment il vivait , du coup je lui ai demandé s'il avait pris des risque d'IST, ben non mais aller on a tout fait, c'était pas compliqué. C'est toujours pareil, si dans une première consultation tu demandes tout, le patient à 50 ans, tu n'es pas arrivé.

J'ai trouvé des voies pour réussir à parler d'IST, mais je trouve que ça tombe comme un cheveu sur la soupe. Pour le tabac et l'alcool ce n'est par contre pas du tout gênant, je m'en fiche ; mais il y en a d'autres pour qui l'alcool et le tabac ça tombe comme un cheveu sur la soupe.

Le sexe du patient n'est pas un obstacle. Compte tenu de mon grand âge ça va !

5/ Je parle sexualité selon les facteurs de risque de la personne en face de moi ; il faut quand même un petit lien, ça dépend si c'est mes patients ou pas.

Je pense que je ne le fais pas assez ; j'en rate plein. Mais je trouve qu'il faut qu'on fasse tellement de choses en prévention....on va le faire mais dans un second parfois, et parfois ça passe à l'asse.

Parler d'IST c'est pas si simple, maintenant j'ai trouvé des façons de dire, maintenant ça vient ; Alors que dans le centre d'IVG ou je travaille aussi, je n'ai pas de difficulté. Après une fois qu'on a abordé avec la personne il n'y a pas de problème. Il faut trouver l'abord, ça dépend du patient. Avec les nouveaux patients c'est vraiment le rêve, ça c'est assez bien quand on a un peu de temps.

- **Dr. T : 17m54s**

1/ La recherche de Chlamydia j'en ai appris l'importance récemment, c'est pas ancien donc je pense qu'en 2007 je n'en demandais pas tant que ça et que je pense que j'en demande plus maintenant, en particulier chez la femme jeune inférieur à 30 ans. Il y a pas mal de femme enceinte, le nombre de VIH demandé est très lié au nombre de femmes enceintes que je suis ; je dois en suivre une

quinzaine par an. Dans les 30 il ya ce fameux demande de début de grossesse. C'est normal que j'ai peu de CT+VIH car je fais plus de demande de VIH dans les grossesses et je ne demande pas le Chlamydia ; moi j'ai retenu comme principe, femme jeune, chez qui je renouvelle la pilule, je fais le frottis, j'y vais, ou bien une consulte pour IST là je fais PCR Chlamydia dans les urines, mais pas en début de grossesse. Je serais curieuse de voir des chiffres de 2009, car je pense qu'en 2 ans j'ai beaucoup changé.

2/ Fmme jeune, < 30 ans, dans le cadre de prescription de pilule, dans le cadre de consult pour IST, dans le cadre de frottis, j'y vais larga manu ; ça m'arrive de le faire aussi chez la femme jeune qui vient pour un autre motif ; par l'interrogatoire gynécologique j'en parle et je le demande parfois.

Je demande aussi le Chlamydia en cas de cystite chez la femme.

En cas de problème de fécondité je fais un bilan de démarrage et je demande le Chlamydia.

L'association avec VIH n'est pas systématique, mais je pense que maintenant j'aurai des chiffres supérieurs en association. Dans ma tête, l'intérêt de chercher le Chlamydia, c'est que c'est devenu facile (PCR Chlam dans les urines, c'est nettement plus facile que le prélèvement vaginal qu'on faisait avant), derrière tout ça c'est l'intérêt du traitement pour éviter les stérilités.

Pour les hommes, je pense que je n'en vois pas beaucoup, c'est plutôt quand il y a un problème d'IST, qu'ils ont pris un risque, alors là je n'oublie jamais, je demande tout. Ou alors pour un traitement d'IST, là je cherche et traite le Chlamydia. Si une femme est Chlamydia positif j'essaie de traiter le partenaire, en général je fais une ordonnance pour le partenaire.

3/ Il n'y a pas de refus, j'explique à quoi ça sert et c'est généralement très bien pris.

4/ Je pense que les recommandations changeraient, je me demande si ça ne s'étendrait pas quand même, par exemple j'ai vu une femme pour stérilité 40 ans, c'est vrai que ça fait parti de mon bilan très rapidement.

Pour une généralisation, je serais vraiment prête à le faire, d'autant plus que je bosse dans un espace santé jeune, je fais des bilans de santé, j'ai tendance à la prescrire, mais ça devient très difficile parce que comme c'est beaucoup de gens qui n'ont pas la sécurité sociale, je suis toujours bien

embêlée de leur faire faire, ce n'est pas comme dans un CDAG où la PCR Chlamydia rentre dans le cadre du dépistage, mais nous à l'espace santé jeune on n'a pas de convention avec la DASS et les laboratoires pour avoir la gratuité de ces examens là, donc j'essaie très souvent de la demander mais je suis très limité.

Les patients sont plutôt pour ce dépistage, le prix pouvant être un obstacle pour certains patients. Le temps n'est pas un obstacle.

Moi je fais parti des gens qui ont eu connaissance de ça relativement récemment ; il faudrait que les médecins soient mieux informés, je ne suis pas sûr que tous aient bien percuté.

La clientèle que j'ai est surtout féminine, donc je ne vois pas tant que ça au cabinet de garçon ou d'homme. Ils pourraient être demandeur, est ce que le fait que je sois une femme ça les gêne, je ne suis pas sûr à partir du moment où ils le demande ; je pense qu'il n'y a pas la même angoisse qu'avec le VIH, faire un dépistage VIH ça fait plus peur aux patients que Chlamydia.

5/oui c'est difficile quand ce n'est pas motivé, 'sinon c'est vraiment facile quand on fait de la gynécologie ; quelqu'un qui vient pour une angine, j'ai vraiment du mal, et je me vois vraiment mal parler de sexualité ; maintenant quelqu'un qui vient pour la première fois c'est plus facile de l'intégrer dans le questionnaire ; même quand ils viennent pour un certificat de sport c'est difficile car faire admettre qu'il faut une consultation pour le sport c'est super dur, de plus elle prend beaucoup plus de temps qu'une consultation d'angine par exemple, il m'arrive de parler de sexualité mais plus facilement avec des filles qu'avec des garçons et dans le cadre de la contraception ; ça dépend de ce qu'on connaît du patient, parfois on croit le connaître, et poser la question ça peut changer l'avis qu'on avait sur la vie que les gens mènent.

- **Dr. U : 10m47s**

1/ Ça dépend des pathologies, de la clientèle que l'on a. Je dirais que ça fait peu de VIH demandé, mais ça pourrait correspondre aussi parce que j'ai une clientèle assez âgée et beaucoup de petits jeunes. Souvent on demande aux patients qui nous le demandent ; c'est pour ça qu'il y a des VIH

tout seuls ; moi par exemple je ne prescris jamais sans demandé pourquoi ; on peut avoir une explication. Les Chlamydiae c'est quand il y a une infection c'est clair donc je ne le recherche pas si souvent que ça.

2/ Quand ils viennent avec des douleurs urinaires, des brulures, c'est essentiellement là-dessus, surtout chez l'homme, chez la femme moins parce qu'on va faire un ECBU simple, on va traiter, si c'est guéri, ils ne referont pas d'ECBU, sinon ils le feront et là on va éventuellement rechercher Chlamydia. Quand il y a une conduite douteuse oui je recherche le Chlamydia.

Je ne le prescris jamais en cas de grossesse. En cas de problème pour avoir un bébé, je demande dans l'interrogatoire s'ils ont eu des infections génitales ; mais en principe j'envoie souvent chez le gynécologue. L'âge du patient n'influence pas ma prescription, même s'ils ont moins de trente ans.

Je n'associe pas systématiquement au VIH ; et inversement.

3/ Il n'y a pas de refus des patients ; parfois on ne voit pas le résultat revenir, parfois ils n'ont pas été le faire, je leur demande quand je les revois.

4/ Oui, tout à fait. Dans ma carrière j'ai modifié mes attitudes de prescription en fonction de consensus, on va dire ça comme ça ; parce que c'est vrai, on est tous persuadé qu'on travaille bien, et franchement quand il y a des choses qui apparaissent, et qu'on se dit « mais je ne le demande jamais ça », par exemple le PSA, pendant des années je ne le demandais pas systématiquement ; et maintenant à partir de 50 ans tous mes hommes y ont droit ; ce sont des consensus qui apportent plus de rigueur. La même chose dans un dossier médical, avant on ne demandait pas systématiquement le téléphone, maintenant on le fait, c'est pour le travail en fait, ça fait du bien d'avoir de la rigueur, en médecine générale souvent on n'a pas assez de rigueur parce qu'on n'a pas assez de temps on n'y pense pas, ça n'a pas d'importance.

Il y aura toujours des blocages, c'est vrai que c'est rentrer dans la vie des gens, et on n'a pas forcément envi sexuellement de les interroger et puis ils ne vont pas forcément nous répondre non plus. Mais là encore je suis prêt à être initié. Le temps est un obstacle dans toute la médecine générale ; on nous demande d'être performant en tout, de nous former en tout, et les consultations

vont bientôt dépasser les $\frac{3}{4}$ d'heures. Moi je fais parti des médecins qui continuent à se former, c'est absolument affolant quand on voit tout ce qu'on nous demande, d'être compétent en tout ; et en plus il y a de moins en moins de médecins. Au bout d'un moment on en a un petit peu marre parce que la médecine générale n'est pas très bien reconnue. Je ne crois pas que le sexe des patients soit une barrière, en tant qu'homme les hommes nous parlent tout à fait facilement, et pour mes patientes on parle y a pas de soucis, on parle beaucoup. Les origines ethniques ça va être plus une barrière, oui, c'est toujours pareil je vais plus voir les jeunes femmes musulmanes émancipées que les musulmanes traditionnelles, elles iront plus voir une femme. Le sexe du médecin joue.

5/ Non c'est difficile, moi je pense, c'est le vécu des gens, ils n'ont pas l'habitude ; évidemment s'il y a un motif, alors on médicalise, le médecin est toujours bon quand il médicalise, sinon c'est pas si facile que ça. Les gens n'ont pas forcément envi d'en parler. C'est un problème culturel. Le sexe du patient ne me gêne pas, bien qu'en tant qu'homme ça va être plus facile avec un homme, car les hommes sont toujours un petit peu vantard, on va dire ça comme ça.

- **Dr. V : 25m09s**

1/ Je suis assez content de voir qu'on propose assez souvent le dépistage...c'est quoi là, ah c'est le total, je n'avais pas bien compris ; donc il n'y a que huit chlamydia ; ah non huit et dix-neuf associés au VIH ; ça prouve qu'il y a une différence entre ce qu'on veut faire et ce qu'on fait puisque....enfin, ça dépend dans quel cadre...si c'est face à une prise de risque, la consigne c'est de demander VIH, antigène HBS, PCR chlamydia sur premier jet urinaire, TPHA VDRL, jamais demander l'un sans l'autre quand c'est demandé par rapport à un dépistage comme ça ou après une prise de risque, donc normalement la consigne c'est de demander tout en même temps ; donc là je remarque qu'il n'y en a pas tant que ça en même temps donceuh...donc c'est que qu'on prescrit illogiquement de temps en temps ou au pif au mètre, l'un ou l'autre quoi, peut être selon la demande des patients ; je ne sais pas comment analyser qu'il y a autant de VIH seuls, voilà, je ne sais pas, est ce que ça vient de moi, est ce que c'est moi qui oublie, est ce que c'est ...(interruption). Il faut noter

que je demande aussi des sérologies VIH dans les bilans de démence. J'aimerais pouvoir dire que j'ai prescrit ces 19 là (VIH +CT) et que les autres c'est pas moi (rires) c'est pas logique. J'ai deux internes, des fois ils prescrivent avant même que j'ai eu le temps de les briffer là dessus ; dans l'année il y a 4 internes, la remplaçante. Le chlamydia, il est pas très rare, quand il y a une demande de sérologie, les internes souvent ne mettent pas la PCR chlamydia avec. Il peut y avoir des prescriptions dissociées, ça peut arriver, moi je sais il y a des gynéco sur Villeneuve qui prescrivent les PCR chlamydiae mais qui prescrivent rarement la sérologie VIH, donc j'ai découvert des séropositivités comme ça. Les femmes venaient pour tout à fait autre chose, me disent qu'elles ont été traitées, qu'elles ont vu le gynéco, je leur demande si elles ont fait leur frottis elles me disent : « Ben oui, j'ai vu le gynéco, il y avait un petit problème il m'a donné un petit traitement » je demande ce que c'est comme traitement, je vois que c'est un antibiotique, et je leur dit : « Ah bon on vous a fait une prise de sang » c'est oui ou c'est non mais il n'y a pas de sérologie VIH, il n'y a qu'un prélèvement à la recherche de mycoplasme, et dans ces cas là ça peut justifier une sérologie isolée de VIH.

Donc là chez moins de 30 ans, oui ben ce que j'en conclue ...il faudrait voir le détail mais il est probable qu'on a sous demandé le dépistage je pense ; y a aussi homme femme là dedans ?

Je pense qu'on devrait le faire de la même façon, non ? (rires) (pour moins 30 ans et plus de 30 ans)

2/ Ou il y a des symptômes et il serait logique de demander à chaque fois, ou alors je vous ai dit tout à l'heure, dépistagedans le cadre de dépistage en général en dehors de tout contexte clinique, ça c'est que je dis que je fais, apparemment c'est un peu...voilà hein on est d'accord (sourire).C'est ce que je pense faire, mais je...en l'occurrence je crois vraiment...euh que quand moi je fais mes ordonnances moi je mets les 4 amis. Pour les grossesse moi je le fais systématiquement VIH au début, parce que j'estime que même si c'est pas obligatoire au début, c'est quand même important de le savoir au début, dépister des sérologies chez des pères hein...normalement je devrais demander un chlamydia aussi, je vous dis que ce que je crois que je

fais, ce que je crois (rires) c'est que je demande sérologie VIH, TPHA VDRL, chlamydia , antigène HBS.

Il y a pleins de cas particuliers, je ne suis pas devant des symptômes, on est une consultation contraception, consultation : « Ah vous avez toujours des rapports protégés ? » « Ah non » « vous avez jamais fait de sérologie ? » « Ben si mais il y a longtemps » je demande l'ensemble....enfin c'est ce que je crois que je fais. Et l'autre cas, c'est en cas de symptômes je demande tout même si les symptômes le VIH il a besoin d'être refait à distance, c'est peut être pour ça...par ce que je suis étonné par le nombre de VIH par rapport aux autres, par ce que il y a des nouveaux VIH négatifs faits tôt on redemande systématiquement après, donc ça peut expliquer pourquoi il y a autant de sérologie VIH par rapport aux chlamydiae. C'est assez logique finalement.

Je profite de la demande de chlamydia pour demander aussi le VIH parce que c'est un bon moyen de sensibiliser les gens, en leur disant que c'est ...que le résultat si il est négatif...il estil ne renseigne pas sur l'évènement actuel et qu'il faudra renouveler la prise de sang ultérieurement mais ça permet de faire un état des lieux.

3/ J'ai jamais vu quelqu'un....moi je m'occupe de VIH depuis ma thèse depuis ma thèse en 1984 donc je n'ai pas trop de soucis pour faire accepter, voilà ; je peux demander à une vieille dame bien sous tout rapport, si elle a déjà fait une sérologie, et si elle me dit : « ben non docteur » « ben alors, vous devriez en faire une au moins » et elle me dit « mais j'ai toujours été avec mon mari » « même ...votre mari en a fait une sérologie ? » « Ben je ne sais pas » « faites-le ! » donc ça passe, si ils acceptent le VIH ils acceptent tout ! (rires)

4/ En dépistage de masse, ben je crois que c'est pas le cas.... Euh attendez c'est quoi le truc...bon j'ai pas d'avis....un dépistage systématique....c'est à dire que si on nous prouve que le fait de dépister tout azimuth ça sert à quelque chose ben pourquoi pas, de toute façon c'est pas très compliquer comme analyse et c'est pas difficile à demander ...euh enfin en fait je fais quoi, moi je fais une sorte de dépistage, je ne fais pas un dépistage systématique puisque je ne prescris pas les sérologie sans demander aux gens, je fais un truc un peu bâtarde, j'essaie de la proposer le plus

souvent possible, mais euh.....à partir du moment où le traitement apporte, il y a un traitement efficace et qui peut modifier la vie des gens...oui je me rappelle maintenant je sais pourquoi le dépistage tout azimut n'est pas...c'est parce que l'incidence est considérée comme trop faible, ça coûterait trop cher, je crois que c'est pour ça. Mais qui est ce qui a fait sa thèse là-dessus, y a pas une thèse là-dessus pour comparer l'incidence en ville par rapport, les chiffres d'incidence ils sont pas fait en population générale donc on ne sait pas trop, en fait si l'incidence est trop faible ça vaut pas le coup, y a pas d'intérêt à faire le dépistage ; si on me dit ça ben je le ferai pas, je ne le ferai que à ceux qui ont pris un risque.

Si on prouve que ça sert à quelque chose.....si c'est pour faire glisser un truc sur une ordonnance le temps est quand même limité, si c'est pour faire nos petits tests en ville...moi je me suis porté volontaire pour faire le test rapide en ville pour le VIH mais en même temps je me dis que ça va être spéciale parce que les 20 minutes les gens il va falloir qu'ils attendent et où je vais les mettre pendant les 20 minutes, c'est pas parce qu'on va faire du test rapide qu'on va trouvé du VIH, donc avant de faire le test on va parler aux gens , dans ce cadre là si le test est négatif ça va aller assez vite, évidemment si le test est positif ça va être long, je ne sais pas si tu as déjà annoncé une séropositivité mais moi je bloque 1 heure et c'est pas le genre de la maison, mais je sais que, on est vidé après une consultation comme ça , on ne peut pas enchaîner vite derrière une autre consulte il faut du temps.

5/ On ne parle que de ça tout le temps (rires) est ce que c'est facile ?...moi je trouve que c'est pas très facile , mais c'est plus facile qu'avant parce qu'on a plus de raison d'aborder ça sur un plan médical qu'avant ; depuis que il y a des traitement de l'impuissance, depuis qu'il y a des vaccins comme le Gardasil*, depuis que la contraception euh.....le VIH, on peut poser des question plus facilement qu'avant parce qu'on a des choses à proposer éventuellement ; il y a 20 ans on pouvait toujours poser des question mais on était bien embêté si les gens nous parlaient d'un problème parce qu'on ne savait pas comment le résoudre et envoyer les gens.....euh surtout dans les quartiers par ici psychologue, sexologue c'est pas très fréquent et ça coûte cher, donc moins on en savait mieux

c'était (rire). C'est un peu... le médecin se protégeait, on évite de poser des questions auxquelles on sait pas répondre, c'est plus facile qu'avant et moi par exemple, pendant des années j'avais un problème avec la contraception des mineurs, c'était une question que je posais très rarement si je voyais une très jeune fille, j'ai jamais posé la question si vous avez eu des rapports ; je ne parle pas si elle venait pour des douleurs pelviennes ou un problème, mais elle vient me voir pour un vaccin ou un certificat de sport je ne me voyais pas lui demander si elle avait déjà eu des rapports, ça me paraissait déplacé voilà ; et depuis qu'il y a la possibilité de vaccination pour le Gardasil* je peux poser la question et si les gens sont surpris , je peux expliquer pourquoi je pose la question beaucoup plus facilement, et puis à ma grande surprise les gens finalement sont pas très surpris répondent facilement et ça prouve comme souvent que la réticence elle est plutôt du côté du médecin que du patient , et pour le médecin c'est difficile de poser une question si la réponse va nous mettre dans l'embarras. Chez les très jeunes j'étais pas à l'aise, et j'étais pas à l'aise alors que c'était une connerie parce que les collègues qui bossent au CIVG n'arrête pas de me dire que les IVG elles le font chez les très jeunes quoi ; mais y avait pas de raison pour lequel c'était difficile, ils venaient avec leur parents, il est évident qu'on va pas poser la question, on peut toujours la poser....elles viennent toutes seules pour un nouveau truc qui n'a rien à voir, moi j'avais peur de les surprendre et d'avoir l'air d'être inquisiteur alors qu'elles ne venaient pas du tout pour ça, et les jeunes filles à la limite elles savent qu'il y a les planning où on peut parler de ça, donc elles n'allaient pas forcément voir les médecins de famille pour parler de ça ; le fait de leur poser des questions pouvait leur paraître, enfin moi c'est ce que je m'imaginais, un peu une ...euh...me mêler de ce qui regardait pas le ... alors que maintenant j'ai une raison éventuellement de poser la question et qui ouvre vers d'autres sujets que du coup le Gardasil*. Les patientes âgées ou adultes c'est pas pareil, sans doute à cause du fait que je m'occupe de VIH depuis longtemps, enfin je ne suis pas ...quelque soit l'âge de la personne je ne suis pas gêné de parler de sérologie et je ne serai pas surpris par ce qu'elle va me dire, la réponse de telle personne va peut être pas être celle que j'attends mais je crois que j'ai eu tous les cas possibles du papi de 80 ans qui vient pour des troubles

érectiles et je me rappelle au début quand j'étais installé, le papi était avec sa canne et tout, et puis surtout je connaissais sa femme quasiment grabataire ; il me dit : « J'arrive plus àj'y arrive plus » alors moi je deviens tout blanc et je me dis c'est normal, j'arrivais pas à imaginer qu'il puisse avoir des ...effectivement c'était pas avec sa femme, il avait une maîtresse et c'était avec sa maîtresse qu'il pouvait pas, ça, ça m'a surpris une fois quoi ; quand on a entendu ça une fois après on pose la question aussi bien à 80 ans ...j'ai eu une femme voilée qui était en déprime, parce que son amant était mort, qui peut en parler à personne, donc moi j'ai pas du tout euh...on peut poser la question à n'importe qui ; on s'aperçoit que c'est jamais choquant parce que si les gens...c'est comme demander à quelqu'un si il boit de l'alcool, ça choque personne, si vous buvez jamais vous allez dire : « Oh ben non, jamais, pourquoi vous me posez cette question ? » « oh comme ça pour savoir » et hop on passe à autre chose ; si vous buvez , à la limite vous vous attendez à ce que quelqu'un vous pose la question vous allez être content de parler, en fait personne n'est choqué, c'est le médecin qui a peur d'être choqué par la réponse et surtout d'être pris ...de pas savoir quoi proposer derrière.

- **Dr. W : 09m16s**

1/ Ce que j'en pensefinalement c'est assez peu, parce que j'en fait un petit peu plus maintenant de demandes de Chlamydiae, c'est relativement peu, il faudrait voir par rapport aux autres confrères, ça vient peut être de la clientèle, j'ai une clientèle relativement jeune, j'ai peu de personnes âgées par ce qu'on se déplace pas à domicile ; c'est normal d'associer au VIH, il faudrait cibler les gens jeunes, c'est logique je ne sais plus quelle est la personne pourquoi je l'ai demandé, c'est mieux de faire le dépistage chez les gens jeunes.

2/ Quand est ce que je recherchemaintenant j'essaie d'y penser un petit peu plus chez les jeunes, bien jeunes et quand j'ai des points d'appels et chez les hommes quand j'ai un tableau d'urétrite, des chose comme ça, des infections à répétitions puis après quand ...ou alors je l'ai eu demandé quand il y a une multitude de partenaires, ou le risque est le plus important, c'est ça, c'est pourquoi

je suis très étonnée (rires) mais je me souvient qu'il y en avait très peu parce que j'avais reçu les résultats.

Ben oui il faut déjà que les gens viennent, et puis nous en parle, c'est vrai les signes clinique oui, urétrite, prostatite, ou les infections à répétition chez les femmes gynéco ; c'est vrai le l'ai fait aussi chez une personne qui faisait des infections banales à répétition donc je pense qu'elle avait une arrière pensée, donc on l'avait fait, on avait fait une sérologie d'ailleurs et puis une multitude de partenaires, j'essaie d'y penser plus.

Je fais chez les jeunes, et même très jeunes ; j'avais lu un truc une fois qu'il faudrait y penser au tout début de la vie sexuelle c'est vrai qu'on aurait intérêt à y penser.

VIH je pense plus que le chlamydia. Je suis assez systématique pour le VIH, j'essaie d'y penser plus souvent, dès que je demande une prise de sang banale, j'ai progressé dans ce sens j'essaie d'y penser très souvent mais je n'ajoute pas systématiquement le Chlamydia.

3/ Je n'ai pas de problème, pas de refus pour le Chlamydia, pour le VIH oui mais pas pour le chlamydia.

4/ Oui,oui oui moi je suis les recommandations.

Non. Le temps peut être un obstacle, dans certains cas comme toujours comme on est surbooké, c'est peut être un tord mais le jour où on a dix personnes qu'on a du retard et que la personne vient pour trois quatre choses c'est sur que je n'y penserai pas, ou je le ferai pas mais par contre je le marquerai, parce que des fois je note quand je veux demander une chose, et puis si il y a des recommandations si effectivement il est recommander de le faire, oui moi ça m'arrive de le noter pour la prochaine fois.

Non, j'ai pas l'impression parce que j'ai pas mal d'hommes qui viennent pour des problèmes de dysfonction érectile.

5/ Euh...oui alors chez les jeunes, je le fais bien, vingtaine d'année au moins quand ils viennent pour des problèmes d'infection, obligatoire, je lance toujours une petite phrase généralement chez

les jeunes quand ils viennent pour un certificat de sport, quand ils sont tout seul, je recadre toujours le coup du préservatif, ça moi je le fais.

Chez les plus âgés, lors d'une prise de sang je propose toujours VIH, je dis toujours : « C'est une possibilité, c'est vous qui voyez si vous voulez qu'on le fasse en fonction des risques » autrement les gens d'un certain âge je propose pas systématiquement. Autant chez les gens jeunes ça je le dis, autant chez les gens d'une quarantaine et plus j'aborde pas sauf si il y a une petite piste, le patient nous lance une perche, j'essaie toujours de la saisir alors. C'est pas tellement le sexe, c'est que non, il faut y penser, c'est plus facile quand ils viennent pour une infection, par contre j'y pense vraiment beaucoup chez les jeunes, je cible vraiment bien les jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

1. AFSSAPS. *Le traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées*. Octobre 2008. Consultable sur le site : [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Mises-au-point/Traitement-antibiotique-probabiliste-des-uretrites-et-cervicites-non-compliquees-mise-au-point/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Mises-au-point/Traitement-antibiotique-probabiliste-des-uretrites-et-cervicites-non-compliquees-mise-au-point/(language)/fre-FR). Consulté le 27/04/2010.
2. AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement*. RMTC 2007 ; 33S1 : 1-76. Consultable sur le site : <http://www.phac-aspc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>. Consulté le 27/04/2010.
3. AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANADA. *VIH/sida Actualités en épidémiologie. Le VIH/sida et les co-infections connexes*. Novembre 2007. Consultable sur le site <http://www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt>. Consulté le 18/08/2008.
4. ANAES. *Evaluation du dépistage des infection uro-génitales à chlamydia trachomatis basses en France*. Février 2003 ; tome 2 : 95 p. Consultable sur le site : http://www.has-sante.fr/portail/upmoad/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_rap.pdf.
5. ANAES. *Place des techniques de biologie moléculaire dans l'identification des infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis*. Février 2003 ; tome 1 : 104 p. Consultable sur le site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome1_rap.pdf.
6. ANRS, INSERM, INED. *Enquête sur le « Contexte de la sexualité en France » Premiers résultats*. 13 mars 2007. Consultable sur le site : http://www.anrs.fr/index.php/content/download/483/3662/file/DP_13_mars_07-premiers_resultats_de_l_enquete_CSF.pdf
7. AUBIN I, MERCIER A, BAUMANN COBLENTZ L. et al. Trouver des solutions aux obstacles du dépistage du cancer colorectal. **Exercer** 2008 ; 8 : 4-7.
8. BEAUD S. et WEBER F. *Guide de l'enquête de terrain*. 2003. La découverte. Paris. 356 p. p.235-290.
9. BEBEAR C. *Mycoplasme et chlamydia*. 2002. Elsevier, Paris, 145 p.
10. CDC. *Sexually transmitted diseases surveillance 2006*. Division of STD Prevention. November 2007. Consultable sur le site : <http://www.cdc.gov/std/stats06/pdf/Surv2006.pdf>. Consulté le 14/11/2007.
11. CDC. Academy for educational development. *Summary of a review of the literature : programs to promote Chlamydia screening*. 2007. Consultable sur le site : <http://www.cdc.gov/std/HealthComm/ChlamydiaLitReview2008.pdf>. Consulté le 14/11/2007.
12. CDC. *Sexually transmitted diseases : treatment guideline 2006*. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006 ; 55 : n°RR-11. Consultable sur le site : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm>. Consulté le 14/11/2007.

13. CMIT. *Maladies Infectieuses et Tropicales*. Guide de traitement. 2009. In POPI : Vivactis Plus Ed. 424 p. p150-155.
14. CNS. *Dépistage- Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France*. 16 novembre 2006. 17 p. Consultable sur le site : http://www.cns.sante.fr/IMG/pgf/2006-11-16_rap_fr_depistage.pdf.
15. Collectif UNAFORMEC. Peut-on améliorer le dépistage des chlamydiae chez les femmes ? **Bibliomed** n°291. 30 janvier 2003. Consultable sur le site : http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/291_Depistage_chlamydia.pdf.
16. Collectif UNAFORMEC. Prévention : qu'en pensent les généralistes ? **Bibliomed** n° 488. 8 janvier 2008. Consultable sur le site : http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/488_Prevention_qu_en_pensent_les_generalistes.pdf.
17. Collectif UNAFORMEC. Consultation spécifique de prévention : oui, mais pas sans suivi... **Bibliomed** n° 491. 31 janvier 2008. Consultable sur le site : http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/491_Consultation_specifique_de_prevention.pdf.
18. Collectif UNAFORMEC. Adapter la consultation aux besoins actuels : durée ou style ? **Bibliomed** n° 582. 8 avril 2010.
19. COUVREUR A, LEHUEDE F. *Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs*. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. Cahier de recherche n°176, novembre 2002 : 106 p. Consultable sur le site : <http://www.credoc.fr>.
20. DE BARBEYRAC B, CLERC M, IDRISSE Y. et al. Typage et étude de la sensibilité des souches de Chlamydia trachomatis isolées en France 1999-2001. **BEH** numéro thématique : Infection à Chlamydia, 2004 ; n°40-41 : 196-198. Consultable sur le site : http://www.invs.sante.fr/beh/2004/40_41/beh_40_41_2004.pdf.
21. DE BARBEYRAC B, TILATTI K, RAHERISON S. et al. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un centre de planification familiale et un centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005. **BEH** numéro thématique : Chlamydia trachomatis : études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive. 3 octobre 2006 ; n°37-38 : 277-279. Consultable sur le site : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/beh_37_38_2006.pdf.
22. ECDC. *Review of chlamydia control activities in EU countries*. ECDC Technical report. Stockholm 2008, 88 p. Consultable sur le site : http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0805_TER_Review_of_Chlamydia_Control_Activities.pdf.
23. ECDC. *Chlamydia control in Europe*. Stockholm, juin 2009. 18 p. Consultable sur le site : http://www.ecdc.europa.eu/en/Publications/0906_GUI_Chlamydia_Control_in_Europe.pdf.
24. FARHI D., DUPIN N. Infections sexuellement transmissibles : gonococcies, chlamydioses, syphilis. **La Revue du Praticien**. 2007 ; 57 : 1471-1480.

25. Finnish Medical Society Duodecim. *Chlamydial urethritis and cervicitis*. In : EBM guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland : Wiley interscience. John Wiley & Sons ; 2006 jun 13. Consultable sur le site <http://www.guideline.gov>. Consulté le 18/08/2008.
26. FROMIONT-FOLLIOT Gaëlle. *Dépistage systématique de l'infection uro-génitale à Chlamydia trachomatis chez la femme de moins de 25 ans consultant au Centre d'Orthogénie du CHU de Nantes : enquête sur 315 femmes*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine. Université de Nantes. Année 2005 n°25.
27. GEORGES S, LAURENT E, GOULET V. et LES BIOLOGISTES DU RESEAU RENACHLA. Enquête sur les lieux de consultation et les caractéristiques des personnes prélevées pour recherche de Chlamydia trachomatis, 2001. **BEH** 2004 ; n°40-41 : 198-199.
28. GOULET V, LAURENT E. et LES BIOLOGISTES DU RESEAU RENACHLA. Infection à Chlamydia trachomatis en France en 2002, données du réseau Rénachla. **BEH** numéro thématique : Infection à Chlamydia, 2004 ; n°40-41 : 194-195.
29. GOULET V, LAURENT E. et LES BIOLOGISTES DU RESEAU RENACHLA. Augmentation des diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données Rénachla de 2003 à 2006. **BEH** Bilans réguliers de surveillance- Infections sexuellement transmissibles. 5 février 2008 ; n°5-6 : 42-46. Consultable sur le site : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/5_6/beh_5_6_2008.pdf.
30. HAS. *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*. Octobre 2009. 235 p. Consultable sur le site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-49-13_375.pdf.
31. HINCHLIFF S. GP's perception of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations. **Eur J Gen Pract** 2004 ; 10 : 56-60.
32. HIRCH E. Daily approaches of sexuality. **Rev Med Brux** 2005 ; 25 : 353-357
33. HOCKING J S, PARKER RM, PAVLIN N. et al. What need to change to increase Chlamydia screening in general practice in Australia ? The view of general practitioners. **BMC Public Health** 2008 ; 8 : 425.
34. INPES. *Baromètre santé médecin/pharmacien 2003*. Consultable sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>.
35. INPES. *Dépistage du VIH et des IST*. Repères pour la pratique. Actualisation novembre 2007. Consultable sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf>.
36. INPES. *Dépistage du VIH/sida chez la personne migrante/étrangère*. Repères pour la pratique. Consultable sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/742.pdf>.
37. JOYEE AG, THYGARAJAN SP, REDDY EV. et al. Genital chlamydial infection in STD patients : its relation to HIV infection. **Indian J med Microbiol** 2005 ; 23 : 37-40. Consultable sur le site : <http://www.ijmm.org/text.asp?2005/23/1/37/13871>. Consulté le 15/02/2010.

38. LABORATOIRE NATIONAL DE SANTE LUXEMBOURG. *Dernière mise à jour sur les infections uro-génitales à Chlamydia Trachomatis*. Consultable sur le site http://www.Ins.public.lu/actualites/2007/09/depistage_chlamydia/index.html. Consulté le 26/05/2008.
39. LAMONTAGNE D. S, FENTON KA, RANDALL S. et al. Establishing the National Chlamydia Screening Programme in England : results from the first full year of screening. **Sex Transm Infect** 2004 ; 80 : 335-341.
40. LOW N. Current status of chlamydia screening in Europe. **Euro Surveillance**, 2004 ; 8 (41) : 2566. Consultable sur le site : <http://eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2566>
41. McNULTY CAM, FREEMAN E, BOWEN J. et al. Barriers to opportunistic Chlamydia testing in primary care. **British J Gen Pract** 2004 ; 54 : 508-514.
42. McNULTY CAM, FREEMAN E, BOWEN J. et al. Diagnosis of genital Chlamydia in primary care : an explanation of reasons for variation in Chlamydia testing. **Sex Transm Infect** 2004 ; 80 : 207-211.
43. MEUNIER L. *Dépistage systématique des infections uro-génitales non compliquées à Chlamydia trachomatis chez les femmes en France*. Mémoire pour le DES de Médecine Générale. Faculté de médecine Xavier Bichat. Université Paris 7. Année 2006-2007.
44. NCSSG. *New frontiers : Annual Report of the National Chlamydia Screening Programme in England* 2005/2006. London : HPA, November 2006. 32 p.
45. NOVAK DP, EDMAN AC, JONSSON M. et al. L'internet, un outil simple et pratique pour le dépistage de chlamydia trachomatis chez les jeunes. **Euro Surveillance** 2003 ; 8 (9) : 171-176. Consultable sur le site : <http://eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=424>.
46. OMS. *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*. 2005. Consultable sur le site : http://www.who.int/entity/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_fr.pdf. Consulté le 21/05/2008.
47. OSTERGAARD L, ANDERSEN , MOLLER JK. et al. Home sampling versus conventional swab sampling for screening of Chlamydia trachomatis in women : a cluster-randomized 1-year follow-up study. **Clinical Infectious Diseases** 2000 ; 31 : 951-957.
48. PETERMAN TA, TIAN LH, METCALF CA. et al. High incidence of new sexually transmitted infections in the year following a sexually transmitted infection : a case for rescreening. **Ann Intern Med** 2006 ; 145 : 564-572.
49. PILLONEL J. Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006. **BEH** Numéro thématique 27 novembre 2007 ; n°46-47 : 386-393. Consultable sur le site : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/46_47/beh_46_47.pdf.

50. PIMENTA JM, CATCHPOLE M, ROGERS PA. et al. Opportunistic screening for genital chlamydia infection : acceptability of urine testing in primary and secondary healthcare settings. **Sex Transm Infect** 2003 ; 79 : 16-21.
51. POIRIER Maud. *Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ?* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale. Faculté de médecine. Université de Nantes. Année 2010 n°5.
52. PUEL MA. L'abord de la sexualité en consultation de médecine générale. **La Gazette Médicale**. 1995, Tome 102, n°5 : 26-27.
53. SCHMUTZ J. L. Maladies sexuellement transmissibles : gonococcie, chlamydie, syphilis. **La revue du Praticien** 2003 ; 53 : 1007-1014.
54. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. *Maladies sexuellement transmises (MST) chez la femme, la mère, la mineure*. 7e Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Grenoble. 3 Novembre 1993 ; 23 : 808-815. Consultable sur le site : <http://www.infectiologie.com/site/medias/documents/consensus/mst.pdf>.
55. TEMPORAL F., LARMARANGE J. *Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives*. Novembre 2006. Département de sciences sociales. Faculté de Sciences Humaines et Sociales. Université Paris 5 René Descartes. Consultable sur le site : http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf
56. USPSTF. *Screening for Chlamydia Infection*. Juin 2007. Consultable sur le site : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/chlamydia/chlamydiars.htm>. Consulté le 11/07/2007.
57. WARSZAWSKI J. GOULET V. Dépistage systématique des infections à Chlamydia trachomatis : il est temps d'agir. **BEH** numéro thématique : Chlamydia trachomatis : études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive. 3 octobre 2006 ; n°37-38 : p 275-276. Consultable sur le site : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/beh_37_38_2006.pdf.