

# Enquête sur les pratiques en matière de diagnostic et de dépistage des chlamydioses dans les Dispensaires anti-vénériens et les Centres de planning familial, 2002

Véronique Goulet, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

et les médecins des Conseils généraux des départements suivants : Alpes-maritimes : Alain Passeron ;

Bouches-du-Rhône : Chantal Vernay-Vaisse, Nicole Erny ; Côte-d'Or : Brigitte Burdin-Pipon ; Hérault : Annie Jallier ; Isère : Faouzia Perrin ; Loire : François Garcier ; Loire-Atlantique : Nicole Bouvier-Jensen, Brigitte Milpied ; Maine-et-Loire : Françoise Rabouin ; Marne : Dominique Lafourcade, Christian Derancourt ; Rhône : Agnès Croatto ; Paris : André Houette ; Var : Anne Pottier

## INTRODUCTION

Depuis la loi de décentralisation de 1983, les collectivités territoriales ont comme mission d'organiser au niveau local la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Les lieux de prise en charge des IST financés par les conseils généraux sont les dispensaires anti-vénériens (DAV). Jusqu'en 2000, seules 4 IST étaient réglementairement prises en charge : syphilis, gonococcie, M. de Nicolas-Favre, chancre mou. La chlamydie uro-génitale ou infection à *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) qui est pourtant l'IST bactérienne la plus fréquente dans les pays développés ne figurait pas sur cette liste. La prise en charge des chlamydioses existait toutefois depuis 1993 pour les jeunes filles mineures et les personnes sans couverture sociale dans les Centres de planning familial (CPEF). Le nouveau code de santé publique du 15 juin 2000 élargit les missions des DAV à la prophylaxie et au traitement ambulatoire des IST, sans liste restrictive, et prévoit que les CPEF puissent assurer, de manière anonyme, le dépistage et le traitement des IST. L'infection à *C. trachomatis* étant le plus souvent asymptomatique, le recours au dépistage de sujets n'ayant pas de signes cliniques fait partie d'un dispositif de prise en charge des infections à *C. trachomatis*. Pour des raisons d'efficacité, ce dépistage peut être ciblé sur des critères comme les facteurs de risque d'IST ou l'âge. Une enquête a été réalisée auprès des Conseils généraux afin de connaître les pratiques en matière de diagnostic et de dépistage des infections à *C. trachomatis* dans les DAV et les CPEF.

## MÉTHODOLOGIE

Un questionnaire a été adressé en septembre 2002 aux médecins chargés des actions de santé de 20 conseils généraux des départements les plus peuplés de France. Il concernait l'attitude des médecins concernant la prescription de test de recherche de *C. trachomatis*, d'une part, chez des patients ayant une symptomatologie évocatrice d'infection à *C. trachomatis* et, d'autre part, chez les patients asymptomatiques. Pour les deux situations (patient symptomatique ou non), il était demandé si un prélèvement avec recherche de *C. trachomatis* était réalisé systématiquement, fréquemment, parfois ou jamais chez les hommes et les femmes dans les DAV et chez les femmes dans les CPEF.

## RÉSULTATS

Les médecins chargés des actions de santé de 12 départements couvrant 22 % de la population française métropolitaine ont répondu. Les réponses concernaient l'attitude des médecins dans les DAV de 10 départements et dans les CPEF de six départements. Dans deux départements, les questionnaires concernant les CPEF ont été complétés par plusieurs médecins. Dans tous les départements la prescription d'examen microbiologique à visée diagnostique chez des patients ayant des signes cliniques évocateurs est systématique aussi bien dans les DAV chez les hommes et les femmes et dans les CPEF. Pour les patients asymptomatiques, cette recherche est effectuée fréquemment dans les DAV (réponses de 10 médecins : systématique (3), fréquente (4), parfois (2)). Chez un même médecin l'attitude est identique pour les hommes et les femmes.

Cette recherche n'est jamais systématique chez les femmes asymptomatiques consultant dans un CPEF (réponses de 27 médecins : fréquente (5), parfois (18), jamais (4)).

Dans les DAV, les critères de dépistage pour les patients asymptomatiques les plus souvent cités par les neuf médecins qui ont répondu à cette question sont l'existence de multipartenaires et de pratiques à risque (5), de partenaire infecté (3), de signes d'inflammation au niveau du col utérin à l'examen clinique de la femme (3). Le critère femme « jeune » a été cité deux fois.

Dans les CPEF, sur les 21 médecins qui ont donné des critères de dépistage, 14 ont cité l'existence de partenaires multiples et/ou de prises de risque, 10 ont cité l'existence de signes à l'examen clinique notamment lors de la réalisation du frottis, 6 la notion de partenaire infecté par *C. trachomatis* ou par une autre IST, 5 l'évocation d'un problème de stérilité et dans 3 cas l'existence d'une IST concomitante (ex : condylome) ou ancienne. Dans les deux départements où plusieurs médecins de CPEF ont répondu, les critères évoqués pouvaient être assez variables d'un médecin à l'autre.

Un seul département a fait état d'une stratégie de dépistage au niveau du département : proposition systématique chez les femmes de moins de 35 ans consultant dans les DAV et pas de proposition systématique de dépistage chez les femmes asymptomatiques dans les CPEF. Cette attitude s'appuie la prévalence faible (1,3 %) observée à partir d'une étude réalisée sur 151 femmes asymptomatiques en 1999.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette enquête n'est pas représentative puisqu'elle ne couvre que 12 départements. Ces départements sont des départements urbanisés avec forte densité puisqu'ils représentent près du quart de la population française. Ces résultats sont donc des indicateurs de l'attitude des médecins dans ces départements urbains où la lutte contre les IST semble plus prioritaire que dans des départements ruraux dont certains sont sans DAV. Par ailleurs, l'interprétation des résultats doit tenir compte des limites inhérentes aux enquêtes d'attitude où les réponses peuvent se rapporter à une représentation des bonnes pratiques et non aux pratiques réelles.

Jusqu'en 2000, les infections à *C. trachomatis* n'étaient pas incluses dans la liste réglementaire des IST prises en charge par les DAV et n'étaient pas diagnostiquées dans la plupart des DAV. Vu l'unanimité des réponses concernant la prise en charge des sujets avec signes évocateurs de chlamydie, on peut penser qu'en 2002 la prise en charge diagnostique des chlamydioses semble être passée dans les pratiques au sein des DAV et des CPEF de départements urbanisés. Chez les consultants asymptomatiques, une recherche diagnostique est réalisée fréquemment dans les DAV et de façon beaucoup moins systématique dans les CPEF. Les critères conduisant un médecin de ces consultations à prescrire une recherche sont souvent assez hétérogènes au sein d'un même département. Des recommandations nationales définissant des stratégies de dépistage, adaptables si possible à l'épidémiologie locale de l'infection à *C. trachomatis*, aideraient les Conseils généraux à mettre en place une politique de dépistage au niveau local.