

**Évaluation des pratiques professionnelles en  
médecine générale :**

**Quelle prise en charge des infections sexuellement  
transmissibles en Seine-Maritime ?**

Thèse de médecine générale soutenue le 28 septembre 2018

**Manon LEREBOURS**  
**Pleinière du COREVIH Normandie**  
**Rouen le 23/05/2019**

**COREVIH**  
COMITÉ DE COORDINATION DE LA LUTTE  
CONTRE LES IST ET LE VIH DE NORMANDIE

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

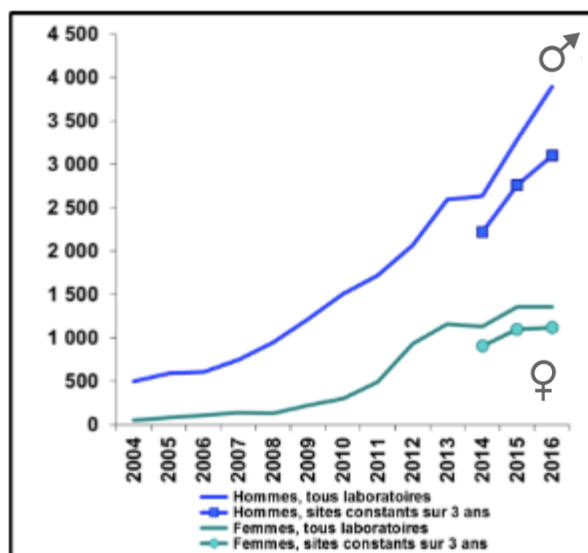
**Résultats**

**Discussion**

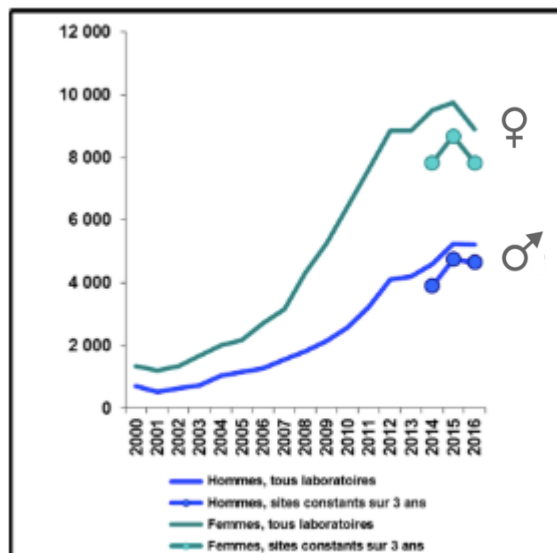
**Conclusion**

- Infections à *Chlamydia trachomatis*
- Infections à *Neisseria gonorrhoeae*
- Syphilis

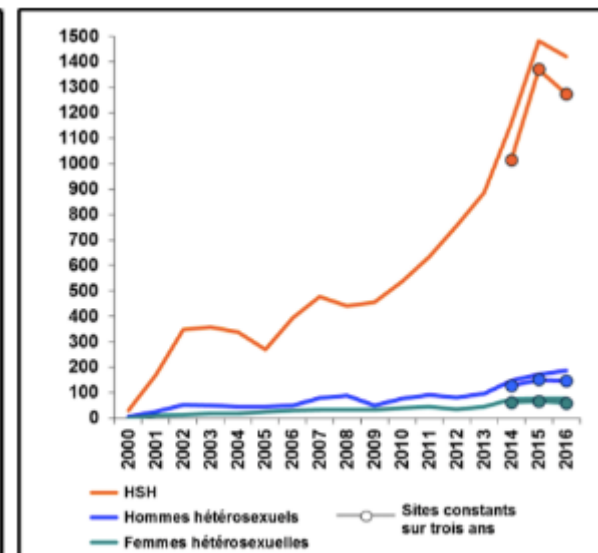
## 1/ Recrudescence des IST



Évolution du nombre de cas de **gonococcies** selon le sexe



Évolution du nombre de cas d'**infections uro-génitales à *C. trachomatis***



Évolution du nombre de cas de **syphilis récente** selon l'orientation sexuelle

Introduction

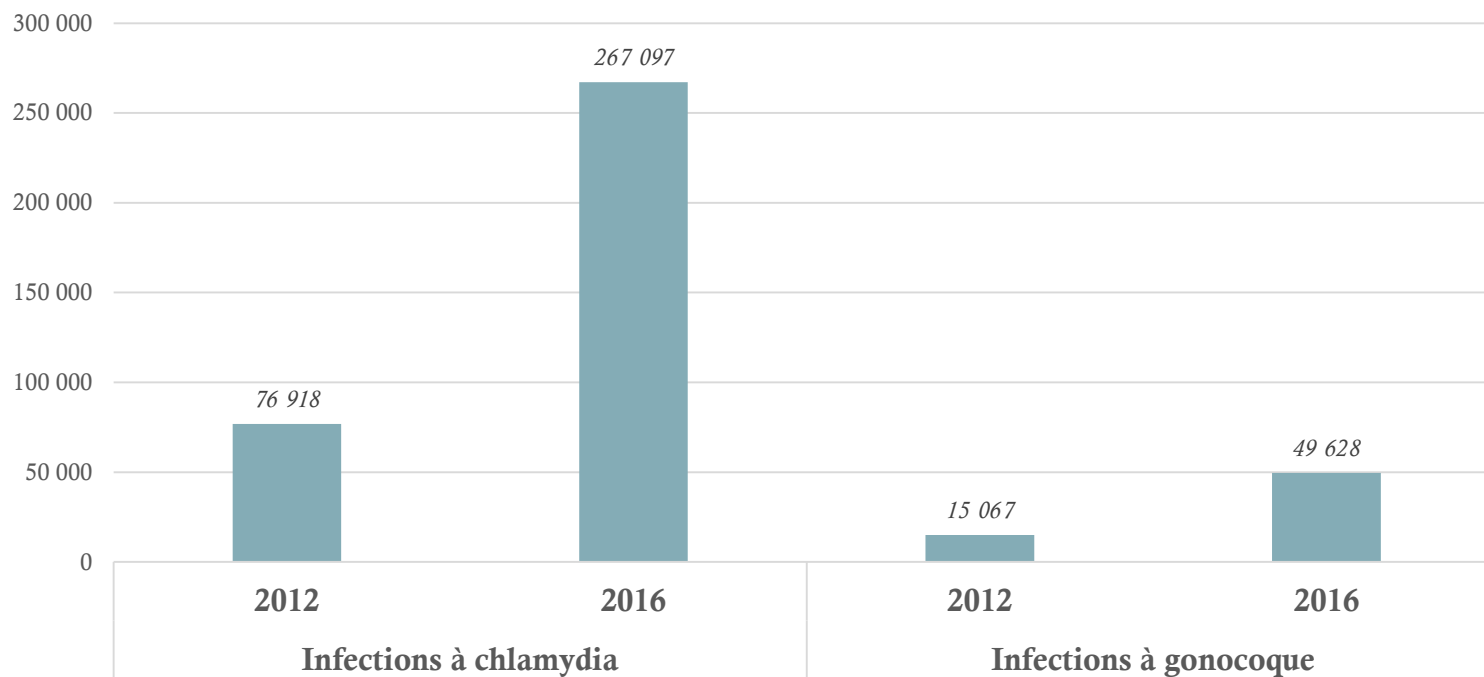
Matériels et méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

**Multiplication par 3** de l'estimation du nombre de diagnostics d'infections à chlamydia et à gonocoque entre 2012 et 2016, chez les patients de 15 ans et plus



*Santé publique France. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à chlamydia et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice; 2018*

## 2/ Et pourtant : conséquences potentiellement graves à moyen et long terme

- **Syphilis** : syphilis néonatale, neuro-syphilis <sup>(1)</sup>
- **Chlamydirose** : 50 % des salpingites chez les femmes jeunes, 70 % des stérilités tubaires <sup>(2)</sup>
- **Gonococcie** : algies pelviennes chroniques, GEU, infertilité tubaire
- **Co-infection VIH** <sup>(3)</sup> :

- **VIH/Syphilis** : 1/3 des patients diagnostiqués pour une syphilis récente en 2016 étaient co-infectés par le VIH

- **VIH/Gonococcie** : 13 % des patients diagnostiqués pour une gonococcie en 2016 étaient co-infectés par le VIH (19 % chez les HSH)

<sup>(1)</sup> *Rasoldier V, Caumes E. Lett Neurol. 2017*

<sup>(2)</sup> *Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles, Société Française de Dermatologie; 2016*

<sup>(3)</sup> *Bulletins des réseaux de surveillance des IST 2016, Santé publique France; 2018*

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

### 3/ Traitement antibiotique des IST accessible en ambulatoire

### 4/ Médecin généraliste (MG), interlocuteur privilégié

- Pivot du parcours de soins
- Personne ressource privilégiée par les patients pour la prise en charge de l'ensemble des IST déclarées \*

\* *Gode lier M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genres et santé. (2008) (échantillon de 12 364 personnes)*

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

**Objectif :**

Établir un état des lieux de la prise en charge ambulatoire des IST en Seine-Maritime en évaluant à la fois la prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse des patients

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

# **Matériels et méthodes**



**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

Échantillon de MG inscrits sur la **liste de l'Union régionale des médecins libéraux (URML)**, contacté **par téléphone**

- Envoi d'un auto-questionnaire **par voie postale ou électronique**
- Sous forme de **vignettes cliniques**

**Vignette 1 :**

Urétrite aigüe purulente chez un homme âgé de 22 ans ayant eu un rapport sexuel non protégé avec un autre homme 10 jours auparavant.

**Vignette 2 :**

Chancre syphilitique chez un homme âgé de 35 ans.

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

**Résultats**

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

1255 MG installés en Seine Maritime sur la liste de l'URML

632 MG contactés par téléphone

451 MG inclus

240 questionnaires  
envoyés par voie  
postale

211 questionnaires  
envoyés par voie  
électronique

120 questionnaires  
reçus par voie  
postale

116 questionnaires  
reçus par voie  
électronique

181 MG exclus :

- 45 : refus
- 80 : pas de réponse au téléphone
- 56 : MG retraités ou médecins pratiquants une activité clinique particulière exclusive (*angiologue, urgentiste, ostéopathe ...*)

**n = 236, Taux de réponse :**

**52,3 % des MG répondants**

**18.8 % des MG installés en Seine-Maritime**

**Introduction**

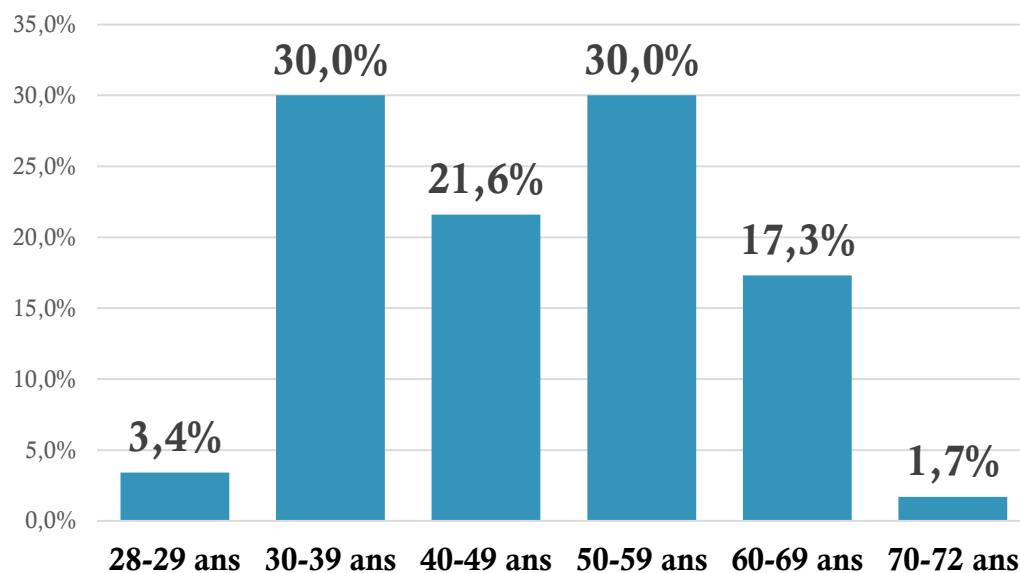
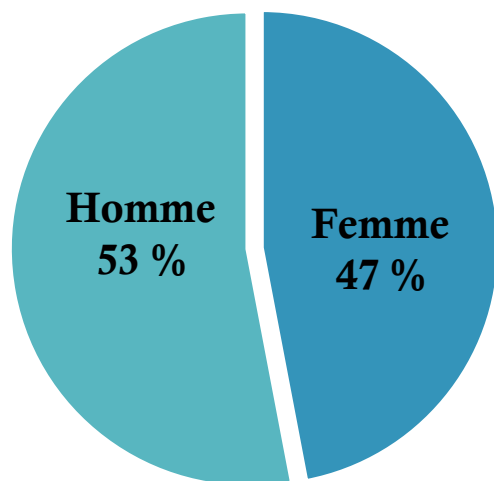
**Matériels et méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

Profil des répondants :



**Âge moyen en années : 48 ( $\pm$  12,0)**

<b>Consultations moyenne par semaine, n (<math>\sigma</math>)</b>	118,6 (+/- 35,8)
<b>Durée moyenne d'exercice de la médecine générale (hors études) en années (<math>\sigma</math>)</b>	18,8 (+/- 12,0)

### Vignette n°1 : urétrite aigüe purulente

- 217 MG (92 %) prescrivent des examens complémentaires devant un tableau clinique d' IST symptomatique.
- Mais => Mauvaise connaissance des examens de dépistage à prescrire

	<i>N. gonorrhoeae</i> , n (%)	<i>C. trachomatis</i> , n (%)
Sérologie	17 (7,8)	44 (20,3)
ED, culture et antibiogramme sur écoulement urétral	161 (74,2)	100 (46,1)
PCR sur 1er jet d'urine	63 (29)	114 (52,5)
PCR sur écouvillon urétral	57 (26,3)	51 (23,5)
PCR sur prélèvement pharyngé	18 (8,3)	11 (5,1)
PCR sur prélèvement anal	16 (7,4)	9 (4,2)
Autres*	2 (0,9)	0 (0,0)
Réponse attendue selon recommandations : <i>N. gonorrhoeae</i> : ED + PCR urine +/- pharynx +/- anal <i>C. trachomatis</i> : PCR urine +/- pharynx +/- anal	23 (10,6)	65 (30,0)

\*sérologie VIH, VHB, VHC, TPHA VRDL : 2 (0,01)

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC)

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

Dépistage des autres IST possiblement associées proposé par les MG (n=217)

	n (%)
Sérologie VIH	216 (99,5)
Sérologie VHA	24 (11,1)
Sérologie VHB	201 (92,6)
Sérologie VHC	195 (89,9)
Sérologie syphilis	208 (95,9)
Réponse attendue selon recommandations : Sérologie VIH + VHB + VHC + syphilis	159 (67,37)

Introduction

Matériels et méthodes

Résultats

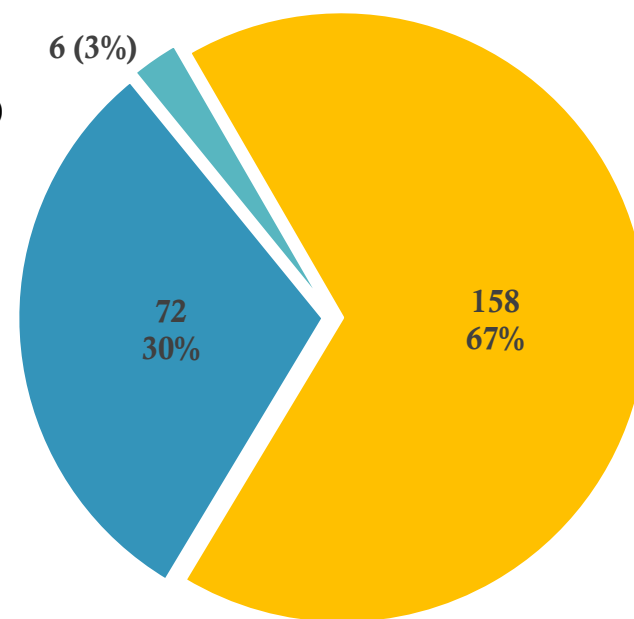
Discussion

Conclusion

## Traitements proposés pour le traitement d'une urétrite aiguë (n=236)

33 % en accord avec les recommandations actuelles <sup>(1)</sup>

- MG les plus jeunes ( $p < 0,0001$ )
- MG effectuant moins de consultations par semaine ( $p < 0,0022$ )



■ Ceftriaxone (500 mg en dose unique)  
+ Azithromycine (1 gr en dose unique)

■ Ceftriaxone (500 mg en dose unique)  
+ Doxycycline (100 mg matin et soir pendant 7j)

■ Hors recommandations

<sup>(1)</sup> *Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles. Société Française de Dermatologie; 2016.*

Introduction

Matériels et  
méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

### Vignette n°1 : urétrite aigüe purulente

Dépistage du partenaire ( $n=236$ ) :

- 183 MG (77,5 %) dépistent le partenaire dès cette 1<sup>ère</sup> consultation

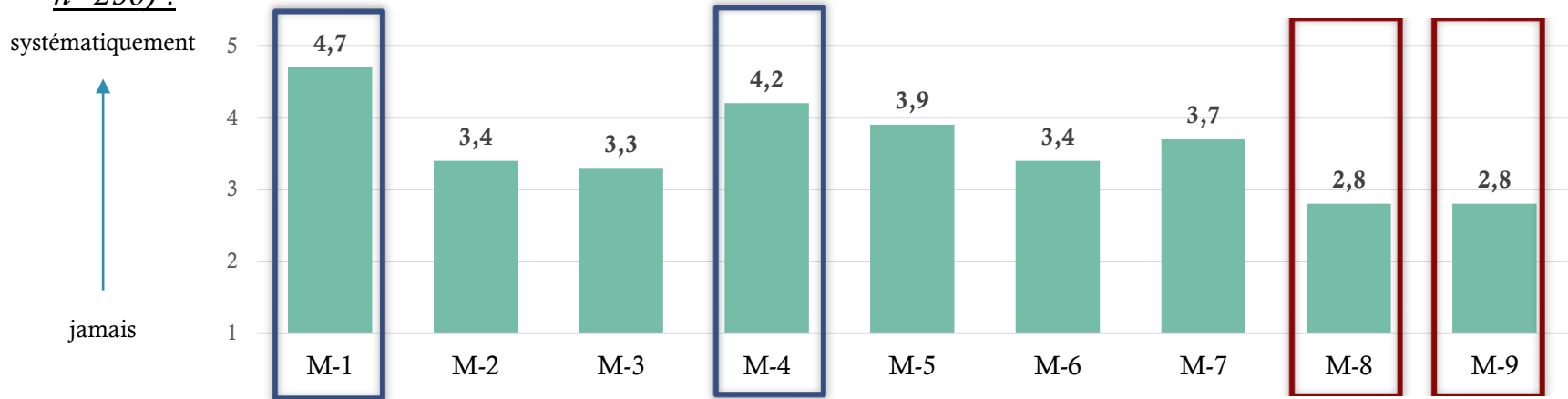
Traitement du partenaire ( $n=236$ ):

	n (%)
Oui, mais seulement si les examens complémentaires sont positifs, adaptés à l'antibiogramme	112 (47,5)
Systematiquement	114 (48,3)
Non, car il est asymptomatique	10 (4,2)
Réponse attendue selon recommandation : Systematiquement	114 (48,3)



## Vignette n°1 : urétrite aigüe purulente

Mesures associées (*valeurs moyennes des réponses par mesure, n=236*) :



**M-1 : Conseil de port de préservatif (ou abstinence sexuelle) pendant 7 jours**

**M-6 : Education sur le mode de transmission des IST (rapports bucco-génitaux notamment) et évaluation des connaissances du patient**

**M-2 : Réévaluation clinique à J3 si persistance des symptômes et à J7 systématiquement**

**M-7 : Education sur les risques de recontamination et les motifs devant faire consulter**

**M-3 : Questionnement sur le nombre de partenaires sexuels**

**M-8 : Recherche l'usage de drogue(s) injectable(s)**

**M-4 : Questionnement sur l'utilisation du préservatif**

**M-9 : Questionnement sur des relations sexuelles avec des populations à risque (travailleuses du sexe, fréquentation de lieux de rencontres multiples ...)**

**M-5 : Questionnement sur les antécédents d'IST chez le patient ou ses partenaires**

Introduction

Matériels et  
méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

### Vignette n°2 : chancre syphilitique

Les MG se sentent t-ils à l'aise dans la prise en charge de la syphilis?

- Prise en charge relève de la médecine générale : 138 MG (58 %)
- Aucune aide pour la prise en charge : 38 MG (16 %) = **MG les plus âgés** ( $p < 0,0399$ )
- Demande aide pour la prise en charge : 198 MG (84 %)

Orientation du patient ( $n=236$ ) :

	n (%)
Centre d'infectiologie	158 (67,0)
Appel plateforme normantibio	57 (24,2)
Aucun	38 (16,1)
Autre *	17 (7,2)

\*Autre : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) : 1 (0,42), dermatologue : 7 (3,0), urologue : 2 (0,8),  
antibiocllic : 7 (3,0)

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

# **Discussion**

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

## Résultats:

1/ **Estimation faible du nombre de diagnostic d'IST** dans la patientèle des MG = **7,7 diagnostics d'IST/an** soit 0,12 % de leur activité

- **sous-diagnostic** probable <sup>(1)</sup>

2/ Méconnaissance du dépistage biologique de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* et du suivi biologique de la syphilis

- **recommandations peu lisibles** (147 pages de recommandations, fastidieux), TAAN multi-site **non remboursés**, changement de recommandation récent pour le dépistage de la syphilis

(1) Agguzzoli F, Le Fur P, Sermet, C.R.E.D.E.S. Paris. FRA. (1994)

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

### 3/ Méconnaissance des recommandations thérapeutiques de l'urétrite :

- **Résultats en accord avec la littérature** (en 2004 : 1/3 aux Etats-Unis <sup>(1)</sup>, en 2006 : 20 % en France)
  - Manque de connaissance ou manque de confiance envers les recommandations <sup>(3)</sup>
  - Phénomène d'inertie clinique <sup>(4)</sup>
  - Dissociation entre la préoccupation des MG par l'antibiorésistance et leur implication en pratique <sup>(5)</sup>

(1) Kane BG et al. *Acad Emerg Med.* (2004)

(2) Réseau Sentinelles. Enquête « Urétrites masculines ». (2008)

(3) Choudhry N et al. *Ann Intern Med.* (2005)

(4) Phillips LS et al. *Ann Intern Med.* (2001)

(5) Simpson SA et al. *J Antimicrob Chemother.* (2007)

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

4/ MG les **plus jeunes** et les MG effectuant **moins de consultations par semaine**

- Pratiques plus en accord avec les recommandations <sup>(1,2)</sup>

5/ Difficulté à aborder **la prévention et la santé sexuelle** <sup>(3)</sup>

*(1) Chan RKW et al. Sex Health. (2008)*

*(2) Gjelstad S et al. J Antimicrob Chemother. (2011)*

*(3) Blanc T. Prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles en médecine générale. Thèse d'exercice.*

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

### Amélioration des pratiques :

- **Tous les 7 ans environ, 50 % des connaissances acquises deviennent obsolètes** <sup>(1)</sup>.
- Obligation légale de participation à un programme de Développement Professionnel Continu (DPC), tous les 3 ans depuis 2016
  - actions présentiellees : groupes de pairs, séminaires, congrès, formations universitaires...
  - actions non présentiellees : presses et revues, e-learning...
- Entre 2013 et 2015, 45 % des 130 449 médecins éligibles ont participé à une formation financée par l'Agence nationale du DPC <sup>(2)</sup>.

*(1) CN FMCH. L'obligation de formation médicale continue. Historique, état des lieux et perspectives. Juin 2005*

*(2) DREES. Portrait des professionnels de santé. 2016; 106-108.*

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

Sur le plan infectieux :

- Site internet d'aide à la prescription (Antibio clic) : entre 6000 et 8000 utilisateurs/jour en 2018
- Plateforme d'avis = numéro d'appel unique en Normandie (Normantibio) créée en juillet 2016 pour le conseil en antibiothérapie
- Recommandations plus lisibles
- Communiquer sur les épidémies locales (exemple : épidémie d'hépatite A dans la communauté HSH – 2016/2017)



**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

Sur le plan de la santé sexuelle :

- **Affiches** en salle d'attente, **consultations dédiées** à la santé sexuelle, **consulter seul les adolescents**, rappeler le **secret médical** <sup>(1,2)</sup>

Méthode :

- **Entretien motivationnel** plutôt qu'un entretien directif <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Fortoul L, Escande J. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultations de médecine générale (2017)

<sup>(2)</sup> Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale (2015)

<sup>(3)</sup> Fisher JD et al. J Acquire Immune Defic Syndr (2004)

**Introduction**

**Matériels et  
méthodes**

**Résultats**

**Discussion**

**Conclusion**

## **Conclusion**

Une **amélioration des pratiques professionnelles** concernant la prise en charge en ambulatoire des IST semble **nécessaire** en Seine-Maritime.

Le **relais d'informations** et les **actualisations de recommandations thérapeutiques** doivent être **rendus plus accessibles** auprès des MG.

**Mais peut-être que vous avez d'autres idées pour améliorer la prise en charge des IST ?**

**Merci de votre attention !**

## Prise en charge de la syphilis

Clinique	Syphilis PRÉCOCE : Evolution < 1 an	Syphilis Primaire		Syphilis Secondaire		Syphilis Latente Précoce
		3 semaines après le contact	Chancres syphilitiques	> 6 semaines après le contact	Cutanéomuqueuses, polydénopathie, neuro-syphilis précoce	Sérologie syphilis positive avec notion de contact < 1 an et EC normal
	Constant (100% des patients infectés)	Inconstant (1/3 des patients infectés)				
Syphilis TARDIVE : Evolution > 1 an	Syphilis Tertiaire			Syphilis Latente Tardive		
	Plusieurs années après le contact (10 ans ou plus)		Atteinte viscérale (cutanéomuqueuse, cœur, foie, neuro-syphilis tardive...)		Sérologie syphilis positive avec notion de contact non datée et EC normal	
Examens complémentaires	Sérologie syphilis :					
	⇒ Dépistage initial par un <b>test tréponémique (TT)</b> qualitatif (= EIA, ELISA qui se positivent vers J7-J10 du chancre) ⇒ Confirmé en cas de positivité par un <b>test non tréponémique (TNT)</b> (= VDRL qui se positivent vers J10-J15 du chancre)					
	TT + et VDRL +	TT - et VDRL -	TT + et VDRL -	TT - et VDRL +		
	Syphilis non guérie	Pas de syphilis ou sérologie trop précoce (= contrôler à S6 et M3)	Syphilis guérie (cicatrice sérologique) ou récente	Faux positif du VDRL		
	Si signes neurologiques, ophtalmiques et auditifs, adresser en maladies infectieuses pour la réalisation d'une ponction lombaire					
Traitement	En l'absence d'allergie :					
	PÉNICILLINE G sous forme retard (benzathine benzylpénicilline), EXTENCILLINE® IM : - Syphilis précoce : 1 injection IM de 2,4 millions d'unités - Syphilis tardive : 3 injections IM de 2,4 millions d'unités à 1 semaine d'intervalle - Neurosyphilis : traitement hospitalier Pénicilline G IV 2 à 3 semaines  Garder le patient sous surveillance 30 mn après l'administration du traitement car possible réaction allergique immédiate ou réaction de Jerish Herxheimer (malaise, fièvre et chute de la pression artérielle) : avoir un matériel d'urgence prêt et en bon état					
Suivi	Le chancre et l'éruption disparaissent en 3-15 jours. Le succès est affirmé par la décroissance du VDRL = contrôle à M3, M6, M12 puis tous les ans jusqu'à négativation.					
	- Divisé par 4 à 3-6 mois - Négative à 1 an (syphilis précoce) ou 2 ans (syphilis tardive) - Si réascension du VDRL : recontamination à évoquer					
Mesures Associées	Dépistage et traitement du/des partenaires :					
	Si contact inférieur à 6 semaines :		Si contact supérieur à 6 semaines :			
	Traitement systématique		Sérologie positive : traitement Sérologie négative : contrôler à 3 mois			
	Dépistage des IST associées chez le patient et le/les partenaires Prévention et éducation au port du préservatif, au risque de recontamination					

## Urétrites et cervicites non compliquées

Clinique	<b>Femmes</b> : Asymptomatique (70 % des cas), cervicite avec leucorrhées, dysurie, dyspareunie <b>Hommes</b> : Urétrite avec écoulement urétral, dysurie, brûlures mictionnelles <b>Dans les deux sexes</b> : Rechercher des localisations ano-rectales et pharyngées associées, le plus souvent asymptomatique (fonction des pratiques sexuelles)			
	Devant toute suspicion d'urétrite ou de cervicite : réaliser des examens microbiologiques afin de dépister une infection à <b>Neisseria gonorrhoeae (NG)</b> et/ou <b>Chlamydiae trachomatis (CT)</b>			
Diagnostic microbiologique	Si symptomatique:		Si asymptomatique:	
	Femme	Homme	Femme   Homme	
	1/ ED, culture, antibiogramme : NG		1/ TAAN duplex NG/CT	
	- Prélèvement de l'endocul et péri-urétral lors d'un examen au spéculum	- Prélèvement de l'écoulement urétral spontané	- Auto-prélèvement vulvo-vaginal	- Prélèvement 1 <sup>er</sup> jet d'urine
	2/ TAAN duplex NG/CT		+	
- Prélèvement de l'endocul et péri-urétral lors d'un examen au spéculum	- Prélèvement 1 <sup>er</sup> jet d'urine	- Prélèvement pharyngé et/ou anal en fonction des pratiques sexuelles		
	- Prélèvement pharyngé et/ou anal en fonction des pratiques sexuelles	2/ Dans un second temps : si TAAN NG positif, demander une culture		
	Les tests par TAAN sont utiles au diagnostic d'urétrite ou de cervicite en association avec la culture car leur sensibilité est supérieure. Cependant une culture avec antibiogramme est obligatoire afin de rechercher une résistance aux antibiotiques : fréquence croissante des gonocoques multi-résistants.			
Traitement	Le traitement recommandé en 1 <sup>ère</sup> intention associée :			
	Un traitement anti-gonococcique : + Un traitement anti-chlamydiae : <b>CEFTRIAXONE</b> ® 500 mg en une injection IM unique + <b>AZITHROMYCINE</b> 1 g par voie orale en prise unique (ou) <b>DOXYCYCLINE</b> 100 mg x 2/j par voie orale pendant 7 jours) en cas d'atteinte ano-rectal			
Autres mesures	<b>Information - dépistage et traitement du/des partenaire(s) :</b>			
	Informer les patients du risque de nouvelle contamination : ⇒ Importance des rapports sexuels protégés (utilisation de préservatifs) pendant au moins 7 j. Prévenir le(s) partenaire(s) récent(s) (2 mois précédents les premiers symptômes) et proposer leur dépistage et/ou orientation vers un CeGIDD. Un traitement est à prescrire en probabilité si le/la conjoint(e) est symptomatique.			
	<b>Vaccinations :</b> - Contre l'hépatite B → à tout patient non vacciné et/ou non immunisé (Ac antiHbs < 10 UI/L). - Contre l'hépatite A → recommandée chez tous les patients HSH si IgG VHA -. - Contre l'HPV → jeunes filles de 11 à 19 ans et HSH jusqu'à l'âge de 26 ans.			
	<b>Bilan de dépistage des autres IST à distance d'un rapport sexuel à risque :</b>			
	1 <sup>ère</sup> consultation	6 semaines	3 mois	
	Sérologie VIH Sérologie VHB Sérologie VHC Sérologie syphilis IgG anti-VHA si HSH	Sérologie VIH Sérologie syphilis CV VHC si rapport anal et/ou traumatique et/ou partenaire VHC +	Sérologie VHB Sérologie VHC, si rapport anal et/ou traumatique	
	<b>Consultation de suivi :</b>			
	À 3 jours, si les symptômes persistent.			
	À 7 jours, consultation systématique de contrôle.			
	Absence de contrôle systématique des TAAN NG/CT post traitement			