

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MEDECINE**

Année 2013

2013-TOU3-1012

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 MARS 2013
PAR PAULINE TOULY**

SUJET DE LA THESE :

**DEPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES EN MEDECINE GENERALE :
A PROPOS DE 97 SITUATIONS CLINIQUES**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Pierre MESTHE

JURY : **Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**
 Assesseur : Monsieur le Professeur Patrice MASSIP
 Assesseur : Monsieur le Professeur Marc VIDAL
 Assesseur : Monsieur le Docteur Pierre MESTHE
 Membre invité : Monsieur le Docteur Simon RAY

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2011

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. JUSKIEWENSKI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur CARATERO
Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur J. CORBERAND
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DABERNAT H.	Bactériologie-Virologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P.	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SIMON J.	Biophysique
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. VOIGT J.J. (C.E.)	Anatomie Pathologique

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonc
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PAOLI J.R.	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Ph	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDY S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
Mme LAPEYRE MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
Mme SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BROUCHET-GOMEZ A.	Anatomie Pathologique
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme M'RINI C.	Physiologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
M.C.U.	
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.

Octobre 2011

A notre jury de thèse :

A notre Président du jury et Maître le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des Universités

Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour votre contribution dans l'évolution de la formation des internes en Médecine Générale.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A notre Maître le Professeur Patrice MASSIP

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Maladies Infectieuses

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites de siéger à notre jury.

Nous vous exprimons notre plus grand respect.

A notre Maître le Professeur Marc VIDAL

Professeur associé de Médecine Générale

Nous vous remercions de votre présence dans notre jury et de bien vouloir juger notre travail.

A notre Maître le Docteur Pierre MESTHE

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Un grand merci pour m'avoir suivi dans le domaine des IST, notre passion commune.

Merci pour votre aide, votre patience et pour avoir supervisé ce projet tout au long de sa réalisation.

Je vous prie de trouver ici l'expression sincère de ma gratitude.

A notre Maître le Docteur Simon RAY

Assistant spécialiste en Maladie infectieuse

Médecin généraliste

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Un grand merci pour tes conseils et ton soutien tout au long de l'internat et lors de la rédaction de cette thèse.

A **ma famille** que j'aime profondément.

A **ma mère**, merci pour ton soutien, ta présence et ta confiance sans faille durant ces longues années d'études. C'est en partie grâce à toi si je suis arrivée au bout. Merci pour les belles valeurs que tu m'as transmises et l'éducation que tu m'as donnée.

A **mon père**, merci. « *Un père est toujours un père, rien ne peut effacer cette empreinte si chère* », Citation de Charles-Simon Favart

A « **Yo** » mon grand frère adoré ! Merci d'avoir pris soin de moi durant toutes ces années, pour ton soutien, tes conseils et ton amour. Merci pour ta relecture attentive. Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite dans tous tes projets présents et futurs.

A **Marie Pierre, Lino et Lola**, pour l'exemple de votre belle famille ! Merci pour vos beaux dessins, pour vos fous rires, pour tous nos jeux, et le temps passé ensemble ! Tatie Pauline est fière de vous.

A ma **grand-mère** ainsi qu'à tous mes **oncles, tantes, cousins et cousines**.

A **mes amis**, pour tous les bons moments passer ensemble.

A **Kiki**, merci pour ton amitié, tes conseils précieux et ton aide durant l'internat et la préparation de la thèse grâce à tes relectures! Je te souhaite beaucoup de bonheur pour la suite.... En attendant les nouvelles régulières de Jacky de la Cochabamba, vive les oranges !

A **Benji**, merci pour ton aide, ton amitié, et nos discussions post ECN qui m'ont aidé à choisir la Médecine Générale. L'internat et la vie ont été durs mais on sort du tunnel, j'en suis sûre... Que ta vie soit belle.

A **Arlandou**, ma copilote sur les routes du Maroc ! Rodez nous a rapproché, Auch nous a amusé, Paris sous la neige nous a conquis et une belle amitié est née... J'espère qu'elle durera longtemps. Au futur médecin des Carmes, je souhaite le meilleur !

A toutes les Despé qui m'ont bien fait rire, et vous 3 aussi par la même occasion !

A **Floflo**, le goéland du Balladin. Merci pour ton amitié qui m'est chère, pour tes chansons et tes récits d'histoires qui sont devenus culte aujourd'hui ! Pour toutes nos discussions philosophiques, surtout celles qui ont eu lieu devant une caïpirinha ou dans la cuisine du gîte ! Je n'ai qu'une chose à rajouter : Piou Piou !

A **Marion et Sylvia**, les coupines ! Les années médecines, on les a vécues ensemble, de près ou de loin... mais toujours présentes quoi qu'il arrive ! Je vous embrasse et vous souhaite beaucoup de bonheur pour la suite... Vivement le prochain weekend ski !

Aux différents semestres de « gitous », **Joy, Anne laure, Laurence, Emilie, Jean Hugues, Bebou, et Lolo**, merci à tous pour tous les bons moments passés ensemble. Qu'il y en ait beaucoup d'autres quoi qu'il arrive.

A **Fabien**, merci pour toutes les histoires que tu me racontes et qui me font bien rire... Je suis la meilleure « ce n'est pas facile tout les jours d'être un beau gosse, je ne le souhaite à personne même pas à mon pire ennemi » !

A **Caro B**, ma co-fondatrice des pizzos, fan de la cité de la peur... Pour tout nos délires d'adolescentes ! Je te souhaite plein de belles choses pour les années à venir.

A **Béa** et maman **Yvette**, les sous personnels de la gériatrie ! Je suis ravie d'avoir passé 6 mois avec vous à Auch. Merci pour votre soutien, nos franches rigolades, et votre bonne humeur, qui m'ont permis de développer mon côté artistique lors de mon départ ! Vive le portugech !

A **Lydiane**, ma cointerne de la PASS. En souvenir des petits cafés du bout du pont et de toutes les heures de discussions de nos petites et grandes histoires, je te souhaite le meilleur.

A **Julie P, Juan Ka, Anaïs, Xavi, Caro F, Julie D, et Vinvin**, pour m'avoir fait revêtir mes plus beaux déguisements ! A Véronique et Davino !

A la **famille Courier**, merci de m'avoir ouvert les bras de votre famille et pour vos blagues légendaires. Merci **nénette** pour ta relecture. C'est toi la prochaine !

Aux membres du **cabinet médical d'Auch**, merci à tous pour votre accueil et pour tout ce que vous m'avez enseigné.

Aux médecins qui ont contribué à ma formation tout au long de ces années.

Au **Dr Molina** et au **Dr Forgues** pour votre soutien et pour avoir cru en moi depuis si longtemps.

A tous les cointernes, les équipes médicales et paramédicales rencontrés au fil des années...

A tous ceux que j'ai oubliés...

A **Vincent**, mon amour. Merci pour ta patience, ton soutien et ton aide ces dernières semaines. Il n'y a pas assez de mots pour te dire à quel point tu as changé ma vie. J'ai hâte de découvrir les prochaines années à tes côtés. Merci pour tout ce bonheur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
➤ Schéma d'étude	3
➤ Population et méthode de recrutement	3
➤ Collecte des données	3
➤ Variables recueillies	3
➤ Critères de conformités	4
➤ Saisie et analyse des données	5
➤ Aspect éthique	5
RESULTATS	6
➤ Description de la population	6
➤ Identification des situations de dépistage des IST	8
➤ Prescriptions des dépistages des différentes IST	12
➤ Conformité des ordonnances	13
DISCUSSION	14
➤ Forces de l'étude	18
➤ Limites de l'étude	18
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE	20

ANNEXES	22
Annexe 1. Infections sexuellement transmissibles les plus courantes	22
Annexe 2. Questionnaire de recueil des données	23
Annexe 3. Rappel sur les populations cibles et les méthodes de dépistage des cinq IST étudiées	25
Annexe 4. Caractéristiques des 15 MG répondants de l'étude	26
Annexe 5. Autres caractéristiques de la population de l'étude	27
Annexe 6. Liste des diagnostics évoqués par les MG dans la catégorie « symptomatiques »	28
Annexe 7. Ordonnance type : aide à la prescription du dépistage des IST pour les MG	29

INTRODUCTION

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ont été définies en 2002 par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France comme des « infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle et qui justifient la prise en charge du ou des partenaires » (1). Plusieurs d'entre elles peuvent aussi se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, et lors de transfusions sanguines. Il existe plus de trente bactéries, virus et parasites sexuellement transmissibles (2). Les plus courants sont résumés en annexe 1. Certaines IST peuvent avoir des conséquences à moyen ou long terme telles qu'un risque de stérilité ou de grossesse extra-utérine. D'autres telles que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et la syphilis, peuvent mettre en jeu le pronostic vital. De nombreux artistes du XIX^{ème} siècle furent atteints à des stades divers de la syphilis tels Guy de Maupassant, Henri de Toulouse-Lautrec ou Vincent Van Gogh.

Or, depuis la fin des années 1990, il existe une recrudescence des IST dans les pays industrialisés, notamment le *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque), le *Chlamydia trachomatis* (CT) et la syphilis qui progressent toujours en France (3). Le caractère asymptomatique de la plupart des IST rend le dépistage indispensable au sein de la population sexuellement active, et devient donc un enjeu de santé publique majeur. Les autorités estiment entre 40000 à 50000, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité au VIH en France (1).

Les structures susceptibles de diagnostiquer les IST sont multiples et géographiquement dispersées. Dans l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » (CSF), le Médecin Généraliste (MG) apparaît comme le recours privilégié, toutes IST déclarées, pour 55,3% des hommes et pour 20,1% des femmes (64,3% ayant recours au gynécologue libéral) (4).

Par l'intermédiaire de son Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, le Ministère de la Santé et des Sports met le MG au sein d'un « trépied de dépistage ». Il doit proposer un dépistage du VIH à l'ensemble de la population, indépendamment d'une notion de risque de contamination. Il doit également proposer un dépistage ciblé et régulier des autres IST, en fonction des populations et des circonstances (1). Pour réaliser ce dépistage, les MG possèdent actuellement un outil fourni par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Il regroupe les populations cibles et les méthodes de dépistage à utiliser pour six principales IST : le VIH, le Virus de l'Hépatite B (VHB), la syphilis, le CT, le gonocoque et le Papillomavirus Humain (HPV) (5).

A notre connaissance, seulement deux thèses de Médecine Générale réalisées en France en 2010 et 2011, ont abordé le thème du dépistage, toutes IST confondues. La première étudiait la démarche préventive des MG face à une demande directe de dépistage des IST par un patient symptomatique (6). La seconde évaluait l'impact d'une formation médicale continue sur les connaissances et les pratiques des MG à propos de la gestion et de la prévention des IST (7).

Il nous est apparu intéressant de mener une étude descriptive qui a pour objectif principal d'identifier les situations cliniques de dépistage des IST en Médecine Générale. L'objectif secondaire est d'évaluer la conformité des prescriptions médicales de dépistage des cinq principales IST (hors HPV) issues de l'outil fourni par l'INPES, vis-à-vis des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), en fonction des populations et situations rencontrées (5,8–13).

MATERIEL ET METHODES

Schéma d'étude :

Etude descriptive transversale de pratiques.

Population et méthode de recrutement :

Par l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), 1695 MG de la région Midi-Pyrénées ont été contactés par un mail détaillant la méthodologie de notre étude et sollicitant leur participation durant trois mois (du 1^{er} mai au 31 juillet 2012). Suite à un mail de relance, 33 médecins se sont alors portés volontaires.

Le critère d'inclusion des patients était :

- tout patient se présentant au cabinet du MG et nécessitant un dépistage d'une ou plusieurs IST au cours ou au décours de la consultation.

Collecte des données :

L'ensemble du matériel (questionnaires et enveloppe retour préaffranchie) nécessaire pour l'étude a été envoyé aux MG par courrier postal avant le début de l'étude. Les MG ont recueilli les données nécessaires par l'intermédiaire d'un questionnaire préétabli (voir annexe 2), et ont fourni un double de leurs ordonnances anonymisées de dépistage d'une ou de plusieurs IST pour chaque situation de dépistage rencontrée. Chaque MG pouvait inclure jusqu'à dix patients. Ils ont reçu trois mails de rappel durant la période d'inclusion, et trois mails de relance pour le renvoi du matériel dans les semaines suivant la fin de l'inclusion.

Variables recueillies :

Les données sociodémographiques du patient orientant la prescription du dépistage :

- sexe,
- âge,
- nationalité et séjour en zone d'endémie,
- statut vaccinal contre le VHB et l'HPV,
- sexualité et partenaires,

- précarité,
- toxicomanie IV,
- consultation en situation d'agression sexuelle.

Les indications du dépistage (plusieurs choix possibles) :

- dépistage systématique,
- grossesse,
- prise de risque avec Rapport Sexuel Non Protégé (RSNP),
- patient ayant une IST récente ou partenaire ayant une IST récente,
- symptômes,
- autres possibilités.

La personne à l'origine du dépistage :

- le patient,
- le médecin.

Les données issues des ordonnances :

- sérologie VIH, VHB, syphilis,
- prélèvements locaux pour le dépistage de CT et du gonocoque.

Critères de conformité :

Les critères de conformité retenus pour l'analyse des ordonnances étaient :

- pour les situations de dépistage systématique et de prise de risque avec RSNP, nous nous sommes basés sur les recommandations émises par la HAS sur les cinq IST étudiées, regroupées dans l'outil fourni par l'INPES en 2011 (5,8-13),
- pour les situations de dépistage lors de la grossesse, nous nous sommes basés sur les recommandations émises par la HAS en mai 2007 (14),

- pour les situations symptomatiques et les situations dont le patient ou son partenaire avaient une IST récente, seules les ordonnances comportant le dépistage de l'ensemble des IST étudiées étaient retenues conformes.

Un rappel sur les méthodes de dépistage et les populations cibles des cinq IST étudiées se trouve en annexe 3.

Les critères de conformité des ordonnances permettaient donc de considérer la prescription d'une IST ou l'absence de prescription comme valide, en fonction des différentes recommandations, des patients, et, des situations de dépistage rencontrées.

De plus, les prescriptions de dépistage d'une ou plusieurs IST par excès (hors critères de recommandations) ont été retenues conformes.

Concernant le dépistage du CT et du gonocoque, nous avons retenu conforme l'ensemble des ordonnances évoquant ces IST malgré l'absence de la méthode et/ou du site de prélèvements sur la prescription. Les prescriptions contenant uniquement sérologie et/ou antigénurie CT étaient non conformes.

Saisie et analyses des données :

Les données issues des questionnaires et des ordonnances ont été encodées sur le logiciel Epidata 3.1 et analysées à l'aide du logiciel Excel 2007.

Les données ont été décrites en nombre absolu (n) et en pourcentage (%) pour les variables qualitatives.

Aspect éthique :

Les données étant anonymisées, cette étude ne nécessitait pas l'accord d'un comité d'éthique.

RESULTATS

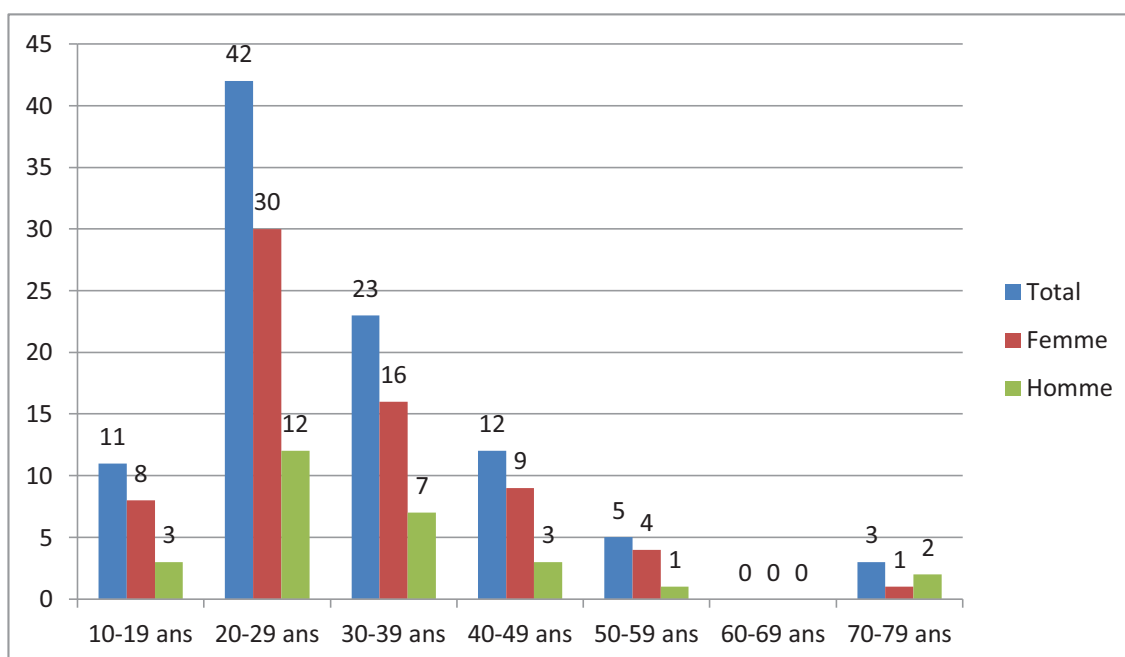
Sur les 33 médecins volontaires, seuls 18 MG ont renvoyé des données. Au total, 97 patients ont été inclus dans l'étude sur les 114 dossiers de patients reçus. Dix-sept dossiers (de trois MG) ont été exclus car les questionnaires n'étaient pas accompagnés d'ordonnances de dépistage. Les caractéristiques des 15 MG répondants sont en annexe 4.

Description de la population :

La population de l'étude était composée de 68 femmes (70,1%) et 29 hommes (29,9%). L'âge moyen était de 31,4 ans, avec un âge minimum de 14 ans et un âge maximum de 77 ans. L'âge était manquant dans un seul questionnaire.

Le graphique 1 présente la répartition des patients selon leur âge.

Graphique 1. Répartition des patients selon l'âge.



Le tableau 1 présente la nationalité des patients et ceux ayant effectué un séjour de plus de trois mois en zone d'endémie.

Tableau 1. Nationalité et séjour en zone d'endémie.

	Total n=97 (100%)	Femme n=68 (100%)	Homme n=29 (100%)
Nationalité			
Française	79 (81,4%)	59 (86,7%)	20 (70%)
Autres	16 (16,5%)	8 (11,8%)	8 (26,5%)
PDR	2 (2,1%)	1 (1,5%)	1 (3,5%)
Séjour en zone d'endémie > 3 mois			
Oui	19 (19,6%)	10 (14,7%)	9 (31%)

PDR : Pas De Réponse

Onze patients (11,4%) ont effectué un séjour de plus de trois mois en Afrique.

Concernant l'hépatite B, 26 patients étaient vaccinés. Le MG ne connaissait pas le statut vaccinal dans six cas, et, pour six autres cas, il n'y avait pas de réponses. Quatre patients faisaient partie de l'entourage d'une personne atteinte de l'hépatite B. Les médecins n'avaient pas cette information dans neuf cas et il n'y avait pas de réponse pour quatre cas.

Le tableau 2 présente différentes caractéristiques concernant la sexualité des patients.

Tableau 2. Caractéristiques sur la sexualité des patients.

	Total n=97 (100%)	Femme n=68 (100%)	Homme n=29 (100%)
Sexualité			
Hétérosexuel	86 (88,6%)	65 (95,5%)	21 (72,4%)
Homosexuel	2 (2,1%)	0	2 (6,9%)
Bisexuel	2 (2,1%)	1 (1,5%)	1 (3,5%)
Non demandé	5 (5,1%)	1 (1,5%)	4 (13,7%)
PDR	2 (2,1%)	1 (1,5%)	1 (3,5%)
Multipartenaires			
Oui	15 (15,5%)	10 (14,7%)	5 (17,2%)
NSP	23 (23,7%)	11 (16,2%)	12 (41,4%)
Nouveau(x) partenaire(s) < 12 mois			
Oui	44 (45,4%)	35 (51,5%)	9 (31%)
NSP	14 (14,4%)	4 (5,9%)	10 (34,5%)
Patient(e) en situation de prostitution			
Oui	0	0	0
NSP	4 (4,1%)	2 (2,9%)	2 (6,9%)
Patient(e) ayant RS avec prostitué(e)			
Oui	1 (1%)	0	1 (3,4%)
NSP	19 (19,6%)	5 (7,4%)	14 (48,3%)

PDR : Pas De Réponse ; NSP : Ne Sait Pas ; RS : Rapport Sexuel

D'autres caractéristiques comme la vaccination HPV, la date du dernier FCU (Frottis Cervico-Utérin), la nationalité et les lieux de séjour en zone d'endémie se trouvent en annexe 5.

Identification des situations de dépistage des IST :

Le médecin était à l'origine du dépistage dans 61 cas (62,9%), et le patient dans 24 cas (24,7%). Dans 12 cas (12,4%), les MG ont identifié le médecin et le patient à l'origine du dépistage.

Le tableau 3 présente les différentes indications de dépistage possibles et rencontrées au cours de l'étude.

Tableau 3. Indications du dépistage.

Total	Dépistage systématique	Grossesse	RSNP	IST patient	IST partenaire	Symptomatique	Autres
N							
118 (100%)	22 (18,6%)	10 (8,5%)	22 (18,6%)	5 (4,3%)	7 (5,9%)	30 (25,5%)	22 (18,6%)
n							
78 (66,1%)	22 (28,2%)	6 (7,9%)	12 (15,4%)	2 (2,5%)	4 (5,1%)	14 (17,9%)	18 (23%)

N : nombre de réponses totales par indication ; n : nombre de dépistages à indication unique ;
RSNP : Rapport Sexuel Non Protégé ; IST : Infection Sexuellement Transmissible

Dix-neuf situations de notre étude étaient donc à indications multiples et sont détaillées dans le tableau 4 par ordre de fréquence.

Tableau 4. Situations de dépistage à indications multiples.

Indications multiples	N
RSNP + symptomatique	6
Grossesse + symptomatique	2
IST patient + symptomatique	2
IST partenaire + symptomatique	2
Symptomatique + autres	2
Grossesse + RSNP	1
Grossesse + autres	1
RSNP + autres	1
RSNP + IST patient + symptomatique	1
RSNP + IST partenaire + symptomatique	1

RSNP : Rapport Sexuel Non Protégé ; IST : Infection Sexuellement Transmissible

Concernant la catégorie « IST chez le patient », une chlamydie, une gardnerellose, une primo infection herpétique gingivale, une syphilis tardive et une urétrite purulente ont été inscrites.

Concernant la catégorie « IST chez le partenaire », deux chlamydioses, une infection par VHB et une par HPV, une orchite-épididymite, une urétrite à *Chlamydia trachomatis* et une non connue ont été retrouvées.

Le tableau 5 présente les différents symptômes évoqués par les MG, dans la catégorie « symptomatique ».

Tableau 5. Liste des symptômes par ordre de fréquence.

Symptômes	N
Douleur pelvienne	8
Leucorrhée	6
Asthénie inexplicquée	4
Dyspareunie	4
Brûlure mictionnelle	3
Douleur mictionnelle	2
Douleur pelvienne à l'examen	2
Leucorrhée sale	2
Urétrite	2
ECBU stérile	2
Adénopathie inguinale persistante	1
Amaigrissement	1
Brûlure urétrale	1
Dysurie	1
Métrorragie	1
Mycose vaginale	1
Pollakiurie	1
Dispositif intra-utérin	1
Pas de leucorrhée	1

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

Les différents diagnostics évoqués par les MG dans la catégorie « symptomatique » se trouvent en annexe 6.

Le tableau 6 présente les différentes indications de dépistage classées dans la catégorie « autres » par les MG. Aucun dépistage en pré-Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) n'a été identifié.

Tableau 6. Liste des indications de la catégorie « autres » par ordre de fréquence.

Autres	N
Pose dispositif intra-utérin	4
Arrêt préservatif	2
Bilan infertilité	2
Bilan primo-arrivant	2
Entourage patient porteur HBV	2
3 mois après tatouage	1
Contact sanguin avec copains	1
Demande contraception oestro-progestative	1
Demande contraception d'urgence après accident préservatif	1
Demandé par aide soignante pour raison professionnelle	1
Grossesse chez épouse du patient	1
Infidélité du partenaire	1
Séparation conjugale	1
Syndrome inflammatoire biologique	1
Toxicomanie Per Os	1

Prescriptions des dépistages des différentes IST :

Le tableau 7 présente le nombre de prescriptions de dépistage de chaque IST.

Tableau 7. Nombre de prescriptions de dépistage de chaque IST en fonction du sexe.

	Total n=97 (100%)	Femme n=68 (100%)	Homme n=29 (100%)
VIH	83 (85,6%)	55 (80,9%)	28 (95,6%)
VHB	62 (63,9%)	43 (63,2%)	19 (65,5%)
Syphilis	58 (59,8%)	37 (54,4%)	21 (72,4%)
CT	49 (50,5%)	40 (58,8%)	9 (31%)
Gonocoque	12 (12,4%)	7 (10,3%)	5 (17,2%)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine ; VHB : Virus de l'Hépatite B ; CT : *Chlamydia trachomatis*

Le dépistage du CT était prescrit selon différentes méthodes et/ou sites de prélèvements, regroupés dans le tableau 8. Vingt-quatre ordonnances (49% des prescriptions de CT) précisaient uniquement le site de prélèvement choisi.

Tableau 8. Méthodes et/ou sites de prélèvements du dépistage CT prescrit.

Méthode et/ ou site de prélèvement	N
PCR urine	14
Urine	11
Prélèvement vaginal	9
PCR prélèvement vaginal	6
Prélèvement cervical	4
Sérologie	3
Antigénurie	2
PCR	1
PCR endocol	1
PCR prélèvement urétral	1

CT : *Chlamydia trachomatis* ; PCR : Polymerase Chain Reaction

Concernant le dépistage du gonocoque, il était recherché sur prélèvement vaginal dans sept cas et sur prélèvement urétral dans quatre cas, sans précision de la méthode choisie. Dans un cas, il était recherché par PCR et culture sur prélèvement urétral. Aucun prélèvement pharyngé, anal ou auto prélèvement vaginal n'a été prescrit (idem pour le CT).

Quinze sérologies VHB ont été demandées parmi les 26 patients vaccinés de notre étude.

Conformité des ordonnances :

Toutes IST confondues, 32 ordonnances (33%) étaient conformes aux recommandations. Dans la catégorie des femmes, 22 ordonnances (32,3%) étaient conformes, et 10 (34,5%) l'étaient dans la catégorie des hommes.

Le tableau 9 présente la conformité globale des ordonnances en fonction de chaque IST, ainsi que la conformité des ordonnances avec présence ou absence de prescription.

Tableau 9. Conformité des ordonnances en fonction de chaque IST.

	Conformité globale des ordonnances n=97 (100%)	Conformité des ordonnances si prescription présente n=97 (100%)	Conformité des ordonnances si prescription absente n=97 (100%)
VIH	85 (87,6%)	83 (85,6%)	2 (2,1%)
VHB	81 (83,5%)	62 (63,9%)	19 (19,6%)
Syphilis	71 (73,2%)	58 (59,8%)	13 (13,4%)
CT	65 (67%)	45 (46,4%)	20 (20,6%)
Gonocoque	55 (56,7%)	12 (12,4%)	43 (44,3%)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine ; VHB : Virus de l'Hépatite B ; CT : *Chlamydia trachomatis*

Toutes IST confondues, cinq ordonnances (22,7%) étaient conformes dans la catégorie « dépistage systématique », neuf (40,9%) dans la catégorie « RSNP », huit (26,7%) dans la catégorie « symptomatique » et neuf (40,9%) dans la catégorie « autres ».

Le tableau 10 présente la conformité des ordonnances des quatre principales situations de dépistage en fonction de chaque IST.

Tableau 10. Conformité des ordonnances des quatre principales situations rencontrées en fonction de chaque IST.

	Dépistage systématique n=22 (100%)	RSNP n=22 (100%)	Symptomatique n=30 (100%)	Autres n=22 (100%)
VIH	20 (90,9%)	22 (100%)	23 (76,7%)	20 (90,9%)
VHB	19 (86,4%)	19 (86,4%)	20 (66,7%)	21 (95,4%)
Syphilis	16 (72,7%)	19 (86,4%)	16 (53,3%)	20 (90,9%)
CT	9 (40,9%)	14 (63,6%)	24 (80%)	15 (68,2%)
Gonocoque	15 (68,2%)	11 (50%)	10 (33,3%)	15 (68,2%)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine ; VHB : Virus de l'Hépatite B ; CT : *Chlamydia trachomatis* ; RSNP : Rapport Sexuel Non Protégé

DISCUSSION

Notre étude a permis d'identifier les situations cliniques de dépistage des IST rencontrées en Médecine Générale dans la région Midi-Pyrénées, et d'analyser la conformité des ordonnances de dépistage sur un échantillon de 97 patients dont 70,1% de femmes et 88,6% d'hétérosexuels. Dans 62,9% des cas, le MG seul était à l'origine du dépistage. La catégorie « symptomatique » était la plus fréquente (25,5%). Les catégories « dépistage systématique », « RSNP », et « autres » arrivaient ensuite avec 18,6% des cas pour chacune d'entre elles. Toutes IST confondues, une ordonnance sur trois était conforme aux recommandations malgré un dépistage global du VIH, qui par ailleurs, était conforme, dans 87,6% des cas. Dans la catégorie « symptomatique », le dépistage du CT était conforme aux recommandations dans 80% des cas, contrairement à la syphilis et au gonocoque qui étaient conformes respectivement dans 53,3% et 33,3% des cas. Dans la catégorie « dépistage systématique », le dépistage du VIH était conforme dans la majorité des cas (90,9%), contrairement au dépistage du CT qui était conforme dans seulement 40,9% des cas.

Notre étude était composée uniquement de 29,9% d'hommes. Cette donnée peut être liée au fait que la proposition de dépistage des IST chez les femmes peut se faire lors d'une consultation médicale pour un autre motif (suivi gynécologique de routine, grossesse etc.), ce qui est plus rare chez les hommes. Ceci était suggéré par l'enquête CSF, avec 28,9% des femmes dans ce cas là lors de leur dernier dépistage, et seulement 12,1% des hommes. De plus, cette étude a montré que, toutes IST confondues, 13,2% des hommes n'ont consulté aucun professionnel ou uniquement un pharmacien au cours de leur dernière IST, ce qui n'est jamais le cas des femmes (3). Pour expliquer notre population féminine, nous pouvons également supposer un transfert d'une partie de l'activité de la Gynécologie Médicale en Médecine Générale, devant la diminution annoncée et observée de gynécologues médicaux et obstétricaux sur le territoire français (diminution de 18%, et, 44% respectivement au 1^{er} janvier 2012 en Midi-Pyrénées) (15).

Pour proposer un dépistage des IST conforme, il est indispensable de recueillir certaines informations telles que l'orientation et les pratiques sexuelles des patients. Pour 23,7% et 14,4% des patients de notre étude, le MG n'avait pas d'information sur la possibilité de multipartenaires ou de nouveau(x) partenaire(s). Et dans 19,6% des cas, il n'avait pas de

notion de rapport sexuel avec un(e) prostitué(e). Parfois, il semble donc exister des freins chez les MG à aborder le thème de la sexualité en consultation comme l'exposent de nombreux travaux et notamment la thèse du Dr Poirier (16). Elle a montré que les freins provenaient essentiellement des MG eux-mêmes, évoquant leur représentation personnelle de la sexualité comme un obstacle. La sexualité apparaissait comme un tabou, avec une connaissance insuffisante, qui les rendait mal à l'aise, notamment avec les patients de sexe opposé. Cependant une étude suisse a montré que 95% des personnes ayant répondu auraient trouvé normal qu'un médecin leur pose des questions sur leur vie sexuelle afin de recevoir des conseils et 90,9% souhaitaient que leur médecin le fasse (17). L'abord de la sexualité en consultation de Médecine Générale apparaît donc possible du côté patient.

Une étude réalisée dans le sud-est de Londres a montré que les populations originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes étaient davantage dépistées dans des dispositifs de Médecine Générale, alors que les homosexuels masculins préféraient les centres spécialisés dans les IST (18). Ces données peuvent expliquer que 11,4% des patients de notre étude ont réalisé un séjour de plus de trois mois en Afrique et que seulement 2,1% des situations de dépistage concernaient des homosexuels. En Midi-Pyrénées, la population fréquentant les CDAG s'élevait à 20,8% d'hommes homosexuels ou bisexuels en 2004 (19).

Le MG seul était à l'initiative du dépistage dans 62,9% des cas dans notre étude. Ce chiffre diffère des données issues de l'ouvrage « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », où les médecins ont déclaré avoir prescrit un dépistage du VIH à la demande du patient dans 58,2% des cas, et à leur initiative dans seulement 34% des cas (20). Nous pouvons probablement expliquer cette différence par le recrutement de MG volontaires et par la méthode de recueil des données de notre étude.

Une des missions des MG est d'assurer pour ses patients, la prévention et le dépistage de maladies (21). Or, dans notre étude, la part de dépistage systématique était seulement de 18,6% des cas. Nous pouvons expliquer cela par les déclarations des MG concernant le dépistage du VIH dans l'ouvrage « Baromètre santé médecins généralistes 2009 », opinions extensibles à l'ensemble des IST. Ces derniers étaient 48,3% « plutôt pas d'accord » et 14,7% « pas du tout d'accord » pour proposer un test VIH aux personnes sans

facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps. Et concernant la proposition de dépistage régulièrement aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs, ils étaient encore 23,9% « plutôt pas d'accord » et 6,2% « pas du tout d'accord » (10). Paradoxalement, une thèse menée en 2012 auprès de patients, a permis de montrer un taux d'acceptation d'un dépistage systématique du VIH (par sérologie) en MG à 71,5% (22). Ce taux d'acceptabilité augmentait encore (99,7%) en cas de proposition de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) du VIH en cabinet de médecine libérale (23). Ces données permettent de montrer que la démarche de dépistage systématique est donc bien acceptée par les patients et qu'elle devrait rassurer les MG.

Seuls 5,9% des situations de dépistage de notre étude faisaient partie de la catégorie « IST chez le partenaire ». Ce chiffre bas concorde avec les déclarations faites dans l'enquête CSF, sur le fait que la moitié des hommes et des femmes (49,8% et 43,7%) n'ont informé aucun partenaire occasionnel lors de la prise en charge de leur dernière IST diagnostiquée. En ce qui concerne leur partenaire principal, les hommes avaient déclaré quatre fois plus souvent que les femmes ne pas avoir prévenu leur partenaire (21% versus 4,7%) (3).

Concernant la prescription du dépistage du gonocoque, la méthode était précisée dans seulement une ordonnance. Nous pouvons expliquer cela par un manque de connaissance des MG concernant la méthode du dépistage de cette IST. Mais nous devons également tenir compte du fait que contrairement au dépistage du CT, il n'existe pas de cotation inscrite à la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les laboratoires libéraux réglementant la réalisation d'une PCR gonocoque (ou dépistage combiné par PCR CT-Gonocoque) alors que cette dernière est recommandée par l'INPES et la HAS chez les patients asymptomatiques (5,13,24). Cet élément peut donc être source de confusion et de non prescription chez les MG, car cet examen n'est pas remboursé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et n'est réalisé que par une minorité de laboratoires. La recommandation de dépistage du gonocoque par PCR chez les patients asymptomatiques n'est donc pas applicable en médecine générale actuellement.

Concernant notre objectif secondaire, toutes IST confondues, une ordonnance sur trois était conforme. Or, les résultats concernant la conformité globale du VIH, du VHB et de la

syphilis étaient élevés avec respectivement 87,6%, 83,5% et 73,2% des cas. Nous discuterons donc uniquement les deux résultats les moins conformes aux recommandations de la HAS de l'étude : le CT dans la catégorie « dépistage systématique » et le gonocoque dans la catégorie « symptomatique », pouvant expliquer le taux bas de conformité, toutes IST confondues.

Dans notre étude, seulement 33,3% des ordonnances dans la catégorie « symptomatique » étaient conformes pour le dépistage du gonocoque. Douze prescriptions de dépistage du gonocoque ont été identifiées alors qu'un grand nombre d'examen cyto bactériologique sur prélèvement vaginal ou cervical ont été prescrits. Le dépistage du gonocoque a donc probablement été sous évalué dans notre étude. Cela peut tout d'abord s'expliquer par une mauvaise information des MG. En effet, la culture du gonocoque impose un milieu de culture spécifique, et cette dernière n'est pas effectuée de manière systématique par les biologistes en cas de non précision de la recherche de cette IST sur l'ordonnance (13). D'autre part, il peut exister une étroite collaboration entre le MG et le laboratoire de ville avec des habitudes de prescription propres à chaque binôme, sous-évaluant encore le dépistage du gonocoque (et du CT).

Dans la catégorie « dépistage systématique », la conformité des ordonnances pour le dépistage du CT n'était que de 40,9% alors que, 80% des ordonnances étaient conformes dans la catégorie « symptomatique ». Deux thèses en 2010 et 2011 ont étudié la prise en charge et les freins vis-à-vis de cette IST en Médecine Générale (25,26). Elles ont prouvé un dépistage du CT préférentiellement en présence de symptômes cliniques uro-génitaux. La prévalence de l'infection et la fréquence des porteurs asymptomatiques étaient sous-estimées dans une des thèses. Les principaux obstacles étaient un manque de temps, la difficulté d'aborder la sexualité avec les patients en consultation, et un manque d'information sur cette IST. De plus, la demande de dépistage du CT a peu de chance d'émaner du patient lui-même. En effet, lors de l'enquête CSF, une proportion importante d'hommes et de femmes n'avait jamais entendu parler de cette IST (37% vs 31% ; $p < 0.01$). Parmi les personnes ayant entendu parler du CT, seulement 4,8% des hommes et 12% des femmes se souvenaient avoir eu un dépistage (3).

Au vu des résultats de notre étude, nous avons décidé de proposer une ordonnance type concernant le dépistage des cinq IST étudiées, en précisant les différentes méthodes et sites de prélèvements possible pour chacune d'entre elles. L'ordonnance type permettra ainsi de faciliter la prescription des MG en permettant l'obtention d'une ordonnance complète et compatible avec les recommandations. Celle-ci se trouve en annexe 7.

Forces de l'étude :

A notre connaissance, notre étude sur le dépistage des IST est le premier travail en unité de soins primaires décrivant les situations pratiques à l'origine d'un dépistage, et l'évaluation de la conformité des ordonnances en fonction des populations et situations rencontrées.

Il s'agit d'une étude de l'ensemble des situations rencontrées en Médecine Générale sur une période donnée, avec collecte d'informations indispensables sur les patients pour orienter la prescription du dépistage de chaque IST (orientation sexuelle, situations sociales, etc.). Ce travail est donc un bon reflet de la pratique en unité de soins primaires.

Le choix des MG à contacter pour notre étude s'est fait de manière aléatoire par l'intermédiaire de l'URPS. Trente-trois MG se sont alors portés volontaires pour participer à notre étude sans contrepartie ni rémunération.

Notre étude s'affranchit du biais de désirabilité par notre méthode de recueil des données.

Limites de l'étude :

L'étude a porté uniquement en Midi-Pyrénées. Nous avons pu surestimer nos résultats en demandant la participation de MG volontaires, ces derniers pouvant être plus intéressés et mieux formés sur le sujet. De plus, nous n'avons pas cherché la représentativité de la population de MG de notre étude au vu de notre mode de recrutement volontaire.

Certaines données non recueillies dans notre étude pouvaient limiter nos résultats. Une information sur les précédents dépistages des IST effectués par le patient était manquante dans notre questionnaire de recueil.

Un effet cluster était probablement présent car un MG qui ne prescrivait pas un dépistage des IST conformément aux recommandations, était susceptible de ne pas respecter la conformité lors de ses prescriptions ultérieures. Les patients d'un même médecin avaient donc plus de chances d'avoir des prescriptions inappropriées.

CONCLUSION

Devant la recrudescence et le caractère asymptomatique fréquent des IST, les autorités ont placé le MG au centre de leur dépistage. Notre étude avait pour but d'identifier les situations cliniques de dépistage des IST et d'évaluer la conformité des ordonnances à propos de cinq IST principales.

Elle a montré qu'en Médecine Générale, le dépistage est proposé majoritairement par le MG à une population essentiellement féminine et hétérosexuelle.

Les situations symptomatiques étaient les plus représentées. Le dépistage systématique ne concernait qu'une situation sur cinq. Ainsi, les MG doivent essayer de proposer un dépistage systématique plus fréquent à l'ensemble de la population, ce dernier étant bien accepté par les patients.

Les situations de dépistage secondaires à une IST chez le partenaire sont peu fréquentes. Il paraît donc intéressant de poursuivre et de renforcer l'éducation des patients concernant l'importance d'informer leur(s) partenaire(s), afin de limiter la propagation de ces infections.

Notre étude a montré que la majorité des ordonnances étaient non conformes aux recommandations de la HAS, malgré un dépistage du VIH, VHB et syphilis essentiellement conforme. Les MG doivent donc être attentifs au dépistage des cinq IST étudiées, et, notamment, au dépistage systématique du CT, souvent oublié. Une formation des MG paraît intéressante pour rappeler la fréquence des porteurs asymptomatiques du CT, ses complications et son moyen de dépistage. Une campagne d'information du grand public paraît aussi justifiée et indispensable au vu de la méconnaissance et de la recrudescence de cette IST.

Actuellement, la recommandation de prescription du dépistage du gonocoque par PCR chez les patients à risques et asymptomatiques n'est pas applicable en médecine libérale. Il semble indispensable que les autorités créent une cotation spécifique de cet acte, au niveau de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale, pour que le MG puisse poursuivre ses missions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. 2010.
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) | Infections sexuellement transmissibles. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/index.html>
3. Institut National de Veille Sanitaire InVS. Bulletin des réseaux de surveillance des Infections sexuellement transmissibles - Rénago, Rénachla et RésIST. 2012. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>
4. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé. La Découverte. 2008.
5. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. 2011. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
6. Wehrung J. Pratique préventive des médecins généralistes face à une demande directe de dépistage d'infection sexuellement transmissible : entretiens semi directifs de 16 médecins généralistes du Maine et Loire. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Angers; 2010.
7. Blin S. Infections sexuellement transmissibles : Impact d'une formation continue en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Université de Tours; 2011.
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégie et dispositif de dépistage. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation a priori du dépistage de la syphilis en France - synthèses et perspectives. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis_en_france_2007_07_02__12_22_51_493.pdf
11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAÉAS). Infections urogénitales basses à Chlamydia trachomatis en France. 2003. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf
12. Haute Autorité de Santé (HAS). Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis. 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/synthese_chlamydia_trachomatis.pdf
13. Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions. Décembre 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

15. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2012 (tome 2). Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>
16. Poirier M. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? A partir d'un focus group de médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
17. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Medical Weekly*. 8 Mars 2011. Disponible sur: <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13178/>
18. Surah S, O'Shea S, Dunn H, Mitra R, Fitzgerald C, Ibrahim F, et al. Utilization of HIV point-of-care testing clinics in general practice and genitourinary medicine services in south-east London. *Int J STD AIDS*. mars 2009;20(3):168-169.
19. Le Vu S., Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale. Saint-maurice : Institut de veille sanitaire (InVS); 2006. 40p. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/cdag_nov2006.pdf
20. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Baromètre santé médecins généralistes 2009. 2011.
21. Code de la santé publique : LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=DA63F5B1649B7EE665B3FBE6BFE8E1F.tpdjo16v_2?idSectionTA=LEGISCTA000020890165&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte
22. Seghouani M. Acceptabilité et faisabilité d'un dépistage systématique du VIH en médecine générale. Thèse d'exercice. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.
23. Gauthier R. Etude DEPIVIH : faisabilité et acceptabilité de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
24. Table Nationale de codage de Biologie (TNB) - Ameli.fr. GENOME : CHLAMYDIA TRACHOMATIS (ADN,ARN) : HYBRID MOLEC AVEC AMPLI GENIQUE. 5257. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/cgi-fiche?p_code_nabm=5257&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
25. You C. Comment les médecins généralistes prennent-ils en compte les infections sexuellement transmissibles à chlamydia trachomatis ? Entretiens semi-directifs de 15 médecins généralistes du Maine et Loire. Thèse d'exercice. Université d'Angers; 2011.
26. Imbert-Trapier N. Enquêtes 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. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.

ANNEXES

Annexe 1. Infections sexuellement transmissibles les plus courantes.

Infections bactériennes courantes :

- *Neisseria gonorrhoeae*,
- *Chlamydia trachomatis*,
- *Treponema pallidum*,
- *Haemophilus ducreyi*,
- *Klebsiella granulomatis*,
- *Mycoplasmes* (pathogénie discutée).

Infections virales courantes :

- Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (responsable du Syndrome d'Immunodéficience Acquisée - SIDA),
- Herpes Simplex Virus (HSV),
- Papillomavirus Humain (HPV),
- Virus de l'Hépatite B (HBV),
- Cytomégalovirus (CMV).

Infections parasitaires courantes :

- *Trichomonas vaginalis*,
- *Candida albicans*,
- Ectoparasites : gale, morpion (*pthirus pubis*).

Situations pratiques de dépistage des IST en cabinet de médecine générale

1) Concernant le patient :

Femme Homme Age Nationalité :

Séjour en zone d'endémie > 3 mois : Oui Non

Afrique Asie Guyane Antilles

Europe de l'est Amérique du sud

Si femme : - Vaccination contre HPV : Oui Non

- Date du dernier FCV :

Partenaires sexuels / entourage proche d'une personne infectée par HBV : Oui Non

Vaccination contre HBV : Oui Non

Sexualité : - Hétérosexuel

- Homosexuel

- Bisexuel

- Non demandé

Patient ayant de multiples partenaires : Oui Non Ne sait pas

Patient ayant un(e) nouveau partenaire de moins de 12 mois : Oui Non Ne sait pas

Patient en situation de prostitution : Oui Non Ne sait pas

Patient ayant des rapports non protégés avec des personnes en situation de

prostitution : Oui Non Ne sait pas

Patient en situation de précarité : Oui Non Ne sait pas

Toxicomanie IV : Oui Non Ne sait pas

Consultation suite à une agression sexuelle : Oui Non Ne sait pas

2) Concernant le dépistage :

➤ Demandé par le patient : Oui Non

➤ Demandé par le médecin : Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) (plusieurs choix possible) :

- Dépistage systématique
- Grossesse
- Prise de risque avec rapport sexuel non protégé
- Patient ayant une IST récente laquelle :
- Patient ayant un(e) partenaire avec une IST laquelle
- Devant un ou des symptômes cliniques

▪ Lequel(s) :

▪ Diagnostic(s) évoqué(s) :

- Autre possibilité laquelle :

3) Concernant le praticien :

Age :

Sexe : Féminin Masculin

Lieu d'exercice : Urbain Semi rural Rural

Type d'exercice : En groupe Seul

Année d'installation :

Maître de stage : Oui Non

Participation à des FMC : Oui Non

Annexe 3. Rappel sur les populations cibles et les méthodes de dépistage des cinq IST étudiées.

	Méthode de dépistage	Populations cibles
VIH	Sérologie VIH (test 4 ^{ème} génération avec dépistage combiné anticorps et antigène) Sensibilité proche 100% six semaines après une prise de risque	> Toute personne de 15 à 70 ans en dehors de notion de risque > Population avec facteurs de risques
VHB	Selon la situation : ➤ Ag HBs ➤ Ac anti-HBs ➤ Ac anti-HBc	- Multipartenaires - Migrants - Hommes ayant des rapports sexuels avec hommes (HSH) - Usagers de drogues par voie intraveineuse - Grossesse - Personnes détenues - Personnes en situation précarité - Personnes avec IST récentes - Partenaires sexuels et entourage proche d'une personne infectée par le VHB
Syphilis	TPHA + VDRL	> HSH > Grossesse > Personnes détenues > Personnes en situation de prostitution > Personnes ayant des rapports non protégés avec des personnes en situation de prostitution > Migrants > Multipartenaires > Personnes avec IST récente > Après un viol
CT	PCR sur prélèvement local (1 ^{er} jet d'urine, auto-prélèvement vulvo-vaginal, ou col si speculum)	- Femmes < 25 ans et hommes < 30 ans - Femmes > 25 ans et hommes > 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire
Gonocoque	<u>Symptômes</u> : culture sur prélèvement local <u>Asymptomatique</u> : PCR sur prélèvement local (1 ^{er} jet d'urine, auto-prélèvement vaginal, prélèvement pharyngé/anal selon pratique sexuelle)	> HSH > Multipartenaires > Personnes ayant un partenaire sexuel avec une IST > Personnes avec IST récente

Annexe 4. Caractéristiques des 15 MG répondants de l'étude.

	Total
Sexe	
Femme	8 (53,3%)
Homme	7 (46,7%)
Age	
30-39	6 (40%)
40-49	1 (6,7%)
50-59	7 (46,6%)
60-69	1 (6,7%)
Lieu d'exercice	
Urbain	8 (53,3%)
Semi rural	4 (26,7%)
Rural	3 (20%)
Type d'exercice	
Seul	3 (20%)
En groupe	12 (80%)
Année installation	
1979-1988	5 (33,3%)
1989-1998	3 (20%)
1999-2008	6 (40%)
2009-2012	1 (6,7%)
Maitre de stage	
Oui	12 (80%)
Participation FMC	
Oui	15 (100%)

Annexe 5. Autres caractéristiques de la population de l'étude.

	Total (n=97)	Femme (n=68)	Homme (n=29)
Nationalité			
France	79 (81,4%)	59 (86,7%)	20 (70%)
Algérie	4 (4,1%)	1 (1,5%)	3 (10,3%)
Arménie	1 (1%)	0	1 (3,5%)
Bosnie	2 (2,1%)	1 (1,5%)	1 (3,5%)
Centre Afrique	2 (2,1%)	2 (2,9%)	0
Cote d'ivoire	1 (1%)	1 (1,5%)	0
Géorgie	1 (1%)	0	1 (3,5%)
Kenya	1 (1%)	0	1 (3,5%)
Maroc	1 (1%)	1 (1,5%)	0
Mongolie	1 (1%)	1 (1,5%)	0
Portugal	1 (1%)	0	1 (3,5%)
Sri Lanka	1 (1%)	1 (1,5%)	0
PDR	2 (2,1%)	1 (1,5%)	1 (3,5%)
Lieu d'endémie			
Afrique	11 (11,4%)	6 (8,8%)	5 (17,2%)
Antilles	1 (1%)	0	1 (3,5%)
Asie	2 (2,1%)	2 (2,9%)	0
Europe de l'est	4 (4,1%)	1 (1,5%)	3 (10,3%)
Océan indien	1 (1%)	1 (1,5%)	0
Vaccination HBV			
Oui	26 (26,8%)	18 (26,5%)	8 (27,6%)
NSP	6 (6,2%)	4 (5,9%)	2 (6,9%)
PDR	6 (6,2%)	2 (2,9%)	4 (13,8%)
Entourage patient ayant HBV			
Oui	4 (4,1%)	2 (2,9%)	2 (6,9%)
NSP	9 (9,3%)	5 (7,4%)	4 (13,8%)
PDR	4 (4,1%)	3 (4,4%)	1 (3,4%)
Vaccination HPV			
Oui		9 (13,2%)	
PDR		4 (5,9%)	
Date dernier FCU			
< 3 ans		33 (48,5%)	
> 3 ans		3 (4,4%)	
PDR		32 (47,1%)	

PDR : Pas De Réponse ; NSP : Ne Sait Pas ; FCU : Frottis Cervico-Utérin

Annexe 6. Liste des diagnostics évoqués par les MG dans la catégorie « symptomatiques ».

Diagnostic	N
Chlamydirose	7
Urétrite	3
VIH	3
Kyste ovarien	2
Mycose à candida	2
Prostatite	2
Anorgasmie	1
Autre infection génitale	1
Dépression	1
Gonococcie	1
Hépatite B	1
Infection à mycoplasme	1
IST	1
Infection urinaire simple	1
Psychologique	1
Récidive mycose	1
Urétrite à gonocoque	1
Vaginose à <i>Gardnerella</i>	1

Annexe 7. Ordonnance type : aide à la prescription du dépistage des IST pour les MG.

Dr (nom)

Le (date)

Sérologie VIH

Sérologie VHB : - Ag HBS

- Ac anti-HBs

- Ac anti-HBc

Syphilis : - TPHA + VDRL

Recherche de *Chlamydia trachomatis* par PCR sur :

- 1^{er} jet d'urine

- Auto-prélèvement vaginal

- prélèvement vulvo-vaginal

- prélèvement du col utérin

Recherche du gonocoque par culture chez le(a) patient(e) symptomatique sur :

- prélèvement urétral

- prélèvement vaginal et/ou col utérin

- prélèvement pharyngé et/ou anal

Recherche du gonocoque par PCR chez les patients asymptomatiques sur : (à réserver lors d'une modification de la NABM)

- 1^{er} jet d'urine

- auto-prélèvement vaginal

- prélèvement vaginal ou col utérin

- prélèvement pharyngé et/ou anal

TOULY Pauline

**DESPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN
MEDECINE GENERALE : A PROPOS DE 97 SITUATIONS CLINIQUES**

Toulouse, le 5 mars 2013

RESUME :

Objectif principal : Identifier les situations cliniques de dépistage des IST en Médecine Générale.

Objectif secondaire : Evaluer la conformité des prescriptions médicales de dépistage des cinq principales IST (hors HPV) issues de l’outil fourni par l'INPES vis-à-vis des recommandations de la HAS, en fonction des populations et situations rencontrées.

Matériel et méthodes : L’étude a été réalisée auprès de 33 médecins généralistes volontaires de la région Midi-Pyrénées du 1^{er} mai au 31 juillet 2012.

Résultats : 97 patients ont été inclus dont 70,1% de femmes et 88,6% d’hétérosexuels. Le médecin généraliste seul était à l’origine du dépistage dans 62,9% des cas. La catégorie « symptomatique » était la plus fréquente (25,5%). Les catégories « dépistage systématique », « RSNP », et « autres » arrivaient ensuite avec 18,6% des cas pour chacune d’entre elles. Toutes IST confondues, 33% des ordonnances étaient conformes aux recommandations. Dans la catégorie « dépistage systématique », le dépistage du VIH était conforme dans 90,9% des cas, contrairement au dépistage du CT qui était conforme dans seulement 40,9% des cas. Dans la catégorie « symptomatique », le dépistage du CT était conforme aux recommandations dans 80% des cas, contrairement au gonocoque qui était conforme dans 33,3% des cas.

Conclusion : Notre étude a montré qu’en Médecine Générale, le dépistage est proposé majoritairement par le médecin généraliste à une population féminine et hétérosexuelle. Les situations symptomatiques étaient les plus représentées. La majorité des ordonnances globales étaient non conformes aux recommandations de la HAS.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MEDECINE GENERALE

MOTS CLEFS : Situations cliniques – Dépistage IST – Médecine Générale – Etude descriptive transversale – Recommandations

Faculté de Médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04- France

Directeur de thèse : Docteur Pierre MESTHE