bulletin épidémiologique hebdomadaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Institut de veille sanitaire

BEH

Gestion d'une épidémie de grippe B dans un établissement de moyen séjour pédiatrique en mars 2005 : impact des nouvelles recommandations p. 247

n° 48/2005

6 décembre 2005

Infections sexuellement transmissibles et VIH : les partenaires sexuels sont-ils pris en charge en France ?

Josiane Warszawski[1], Elisabeth Couturier[2], Evelyne Ribert[3], Laurence Meyer[1], Jean-Pierre Mertz[4], Philippe Weber[5] Jean-Claude Desenclos[2], Anne Laporte[6]

[1] Inserm U569, Hôpital Bicêtre APHP, Le Kremlin-Bicêtre [2] Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice [3] EHESS-CNRS, Paris [4] Dispensaire antivénérien Croix-Rouge, Paris [5] Bio-VSM, Vaires-sur-Marne [6] Samusocial de Paris

INTRODUCTION

La majorité des infections sexuellement transmissibles (IST) sont pauci symptomatiques. La prévention de leurs complications et de leur propagation repose essentiellement sur des stratégies actives de dépistage et sur l'information des partenaires des patients diagnostiqués. Contrairement à d'autres pays, la France ne s'est pas dotée d'un cadre légal et d'un personnel spécialisé pour la notification des partenaires sexuels [1].

En 2002, une étude auprès des médecins a été menée avec pour objet de décrire la manière dont ils prennent en charge les partenaires sexuels à l'occasion d'un diagnostic d'IST ou de VIH.

MÉTHODE

Parmi 91 laboratoires de la région parisienne appartenant à un réseau de surveillance de certaines IST (Renago, Renachla) ou du VIH (Renavih), 66 ont accepté de recenser entre décembre 2001 et mars 2002 tous les nouveaux diagnostics de *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Chlamydia trachomatis* (CT), syphilis ou VIH, définis par : recherche génito-urinaire, anale ou pharyngée positive de NG ou CT, VDRL et/ou TPHA positif et/ou un autre examen sérologique syphilitique, Western blot pour le VIH positif ou évocateur d'une séroconversion. En cas de résultat positif, le laboratoire informait le médecin prescripteur que nous souhaitions l'interroger sur la prise en charge des IST. Les médecins ayant accepté ont répondu à un questionnaire standardisé semi ouvert, administré en face-à-face sur leur lieu d'exercice par un enquêteur. Ce questionnaire portait sur le patient index à l'origine de l'inclusion du médecin dans l'étude. Chaque médecin n'était interrogé qu'une seule fois.

Un volet complémentaire a été réalisé auprès de médecins tirés au sort dans les dispensaires antivénériens (DAV) de Paris et dans un échantillon de centres de planification familiale (CPF) de Paris ou d'une commune limitrophe. Le questionnaire portait alors sur la prise en charge du dernier patient vu pour l'une des infections ciblées par l'étude.

Les analyses statistiques univariées et multivariées ont été conduites à l'aide du logiciel Stata.

RÉSULTAT

Participation des médecins

Les laboratoires ont identifié 227 médecins prescripteurs différents, ayant diagnostiqué : 81 VIH, 75 CT, 49 syphilis et 22 NG. Parmi eux, 185 (82 %) ont accepté l'entretien. Au total, 129 médecins ont pu décrire la prise en charge du patient index et 25 celle d'un patient de remplacement vu récemment pour la même infection. Les 31 autres, qui ne se rappelaient plus ni du patient index, ni d'un autre patient éligible, n'ont pas été inclus dans cette analyse. Le volet complémentaire a permis de tirer au sort 60 médecins, dont 33 ont pu répondre à propos d'un patient précis, avec une très large majorité de diagnostics de VIH chez les médecins de DAV (80 %) et de CT chez les médecins de CPF (72 %).

Au total, la prise en charge de 187 patients a pu être décrite en détail.

Circonstances de diagnostic

Il existe une étroite corrélation entre le sexe du patient, le diagnostic et la structure d'exercice du médecin ayant prescrit l'examen microbiologique. Les gynécologues libéraux et les médecins de CPF ont diagnostiqué essentiellement des infections féminines à CT (87 %). Les médecins généralistes et spécialistes (hors gynécologues) exerçant dans une structure privée (cabinet ou clinique) ont diagnostiqué principalement des IST masculines (90 %), le plus souvent une syphilis (28 %). Les structures publiques (hôpitaux, DAV) ont reçu un tiers de femmes et une majorité d'infections à VIH (56 %).

Deux tiers des diagnostics d'IST ont été portés en raison de symptômes. La seconde circonstance de dépistage était la crainte d'une exposition à risque chez des hommes et un bilan gynécologique systématique ou de grossesse chez les femmes. Qu'ils aient présenté ou non des symptômes, 7,5 % des patients avaient été avertis par un partenaire (8,2 % des hommes et 6,2 % des femmes, p = 0,6).

Prise en charge des partenaires des patients décrits

L'information des partenaires n'a pas du tout été évoquée par 35 % des médecins lorsque le patient n'avait pas de partenaire principal (tableau 1).

Tableau 1

Prise en charge des partenaires du patient décrite par le médecin

	%	N
Patients ayant un partenaire principal (N= 122/187)		
Prise en charge du partenaire principal (N = 122)		
Partenaire principal déjà dépisté	8,2	10
Partenaire principal vu par le médecin en consultation	13,9	17
Remise au patient d'un document pour le partenaire	29,5	36
Information du partenaire discutée avec le patient	34,4	42
Pas de discussion sur l'information du partenaire	13,9	7
Prise en charge des autres partenaires[a] (N = 40)		
Remise d'un document pour l'un d'entre eux	2,5	1
Information de ces partenaires discutée avec le patient		
- ciblant certains partenaires en particulier	22,5	9
- évoquée d'une manière générale	60,0	24
Pas de discussion sur l'information de ces partenaires	15,0	6
Patients n'ayant pas de partenaire principal (N = 65/187)		
Remise au patient d'un document pour le partenaire	4,6	3
Information des partenaires discutée avec le patient		
- ciblant certains partenaires en particulier	20,0	13
- évoquée d'une manière générale	40,0	26
Pas de discussion sur l'information des partenaires	35,4	23

[a] Après exclusion des patients qui n'ont pas eu d'autres partenaires que le partenaire principal dans les 12 derniers mois.

La majorité des médecins (86,1 %) s'est préoccupée de l'information du partenaire principal. Près de 13,9 % des médecins l'ont vu en consultation en même temps ou après leur patient, et 8,2 % ont déclaré qu'il avait été dépisté avant leur patient. Sinon, un tiers (29,5 %) a remis un document pour le partenaire et un autre tiers (34,4 %) a évoqué cette question oralement. Les documents remis pour le partenaire étaient le plus souvent une ordonnance de traitement (26/36), surtout en cas d'infections à CT, moins fréquemment une ordonnance de dépistage (10/36),

La publication d'un article dans le *BEH* n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Tableau 2

Fréquence et motifs de non remise de document (ordonnance, lettre ou brochure) pour un des partenaires, selon la structure d'exercice des médecins interrogés

	Total		Privé sauf gynécologue		Gynécologue et CPF		DAV et hôpital	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Remise d'un document	187		60		30		97	
Oui		23,0 %		13,3 %		73,3 %		13,4 %
Non		77,0 %		86,7 %		26,7 %		86,6 %
Motifs de non remise	144		52		8		84	
Patient non revu		7,6 %		1,9 %		0,0 %		11,9 %
Le médecin veut voir le partenaire en consultation		15,3 %		21,2 %		12,5 %		11,9 %
Le partenaire a déjà été averti et/ou dépisté, ou va l'être		20,1 %		23,1 %		50,0 %		15,5 %
Le partenaire est difficile à avertir selon le médecin		20,8 %		21,2 %		12,5 %		21,4 %
La communication avec le patient est difficile sur ce sujet		11,1 %		9,6 %		0,0 %		13,1 %
Pas de raison particulière liée au patient ou à la situation		25,0 %		23,1 %		25,0 %		26,2 %

surtout pour la syphilis et le gonocoque et, plus rarement encore, une lettre ou une brochure (8/36).

L'information des autres partenaires que le partenaire principal a été évoquée sous forme de recommandation générale dans la majorité des cas (60 %) ou plus rarement en ciblant certains des partenaires (22,5 %). La remise d'un document pour ces partenaires était exceptionnelle.

La majorité des médecins (91 %) savait si leur patient avait ou non un partenaire principal, et trois quarts pouvaient indiquer s'il avait eu des partenaires occasionnels. Au total, 7,5 % ne savaient rien sur les partenaires de leur patient.

Globalement, 23 % des médecins ont remis un document pour un partenaire, proportion beaucoup plus élevée chez les gynécologues libéraux ou les médecins de CPF (73,3 %) que chez les autres (13,3 %). Les raisons de ne rien remettre pour le partenaire sont indiquées dans le tableau 2.

La remise d'un document pour un partenaire principal (principalement une ordonnance) est significativement plus fréquente chez les femmes, chez les jeunes de moins de 25 ans, en cas de CT, et dans les cabinets de gynécologues ou les CPF (tableau 3). Après ajustement sur le sexe, l'âge, le diagnostic, le caractère privé ou public mais pas le type de la structure médicale en raison de sa forte corrélation avec les autres variables du modèle, seul le lien avec le diagnostic persiste significativement, même si les OR pour le jeune âge et le sexe féminin restent élevés.

De même, l'information de certains partenaires ciblés autres que le partenaire principal reste plus fréquemment évoquée en cas de CT que de VIH, indépendamment du sexe et de l'âge du patient.

Tableau 3

Analyses univariées et multivariées de la prise en charge par le médecin du partenaire principal et des autres partenaires, selon le sexe et l'âge du patient, le diagnostic et la structure médicale

	Remise d'un document pour le partenaire principal[1]				Information de partenaires ciblés autres que le partenaire principal[2]			
	Analyse univariée		Analyse multivariée		Analyse univariée		Analyse multivariée	
	N	%	OR	IC 95 %	N	%	OR	IC 95 %
Total	**95**	**37,9**			**105**	**24,8**		
Sexe du patient								
Homme	52	21,2 [a]	1		88	22,7	1	
Femme	43	58,1	2,4	[0,7-8,9]	17	35,3	2,5	[0,6-11,0]
Âge du patient								
< 25 ans	20	70,0 [a]	2,1	[0,4-12,2]	11	27,3	1,2	[0,2-8,7]
25 - 39 ans	59	33,9	3,1	[0,4-24,9]	65	29,2	2,5	[0,7-8,9]
>39 ans	16	12,5	1		29	13,8	1	
Diagnostic								
VIH	33	12,1 [a]	1	[a]	34	5,9 [a]	1	[b]
Gonocoque ou syphilis	27	25,9	4,2	[0,9-19,4]	51	29,4	7,4	[1,4-39,7]
Chlamydia trachomatis	35	71,4	13,7	[3,0-62,4]	20	45,0	10,9	[1,8-65,6]
Structure médicale								
Privée hors gynécologue	28	25,0 [a]			47	29,8 [c]		
Cabinet gynécologue et CPF	20	90,0			5	60,0		
DAV et hôpital	47	23,4			53	17,0		
Structure médicale								
Privée	35	40,0	1		50	32,0	1	
Publique	60	36,7	1,4	[0,4-4,9]	55	18,2	0,8	[0,3-2,3]

[a] $p < 0.01$ [b] $0.01 < p < 0.05$ [c] $0.05 < p < 0.10$.

[1] Les patients dont le partenaire principal avait déjà été dépisté ou a été vu en consultation par le médecin sont exclus. [2] Les patients qui n'ont pas eu d'autre partenaire dans l'année qu'un partenaire principal sont exclus.

DISCUSSION

Le mode de sélection par le biais des laboratoires a conduit à un échantillon de médecins dont le profil est cohérent avec les différentes sources de surveillance françaises des IST quant à la répartition des diagnostics, des types de prescripteurs et leur forte corrélation avec le sexe [2,3,4]. Il est probable que nous n'avons pas pu éviter totalement une sur-déclaration d'attitudes conformes aux bonnes pratiques, malgré nos efforts pour limiter les réponses normatives : enquête qualitative préalable, médecin non averti à l'avance qu'on l'interrogerait sur le patient index, questions factuelles.

La majorité des médecins interrogés se préoccupe de l'information du partenaire principal. Les gynécologues libéraux et les médecins de CPF sont les plus actifs : ils sont plus nombreux à le voir en consultation ; sinon ils lui font presque toujours remettre une ordonnance par l'intermédiaire du patient. Dans les autres structures, l'information du partenaire principal se résume le plus souvent à une recommandation orale. Aucune ordonnance n'est remise pour le partenaire dans les DAV. Ces différences d'attitudes selon les structures médicales expliquent peut-être en partie les résultats observés dans plusieurs enquêtes nationales en France qui montrent qu'à l'occasion d'une IST, les hommes ont moins souvent averti leurs partenaires « du moment » que les femmes [5].

En ce qui concerne l'information des autres partenaires, la moitié environ des médecins déclare avoir fait des recommandations générales et un quart affirme avoir ciblé certains partenaires. Ce résultat est vraisemblablement surestimé car 31 % (9/26) des médecins qui déclarent avoir déterminé un nombre précis de partenaires à prévenir ont déclaré par ailleurs dans le questionnaire ne pas savoir si leur patient avait eu des partenaires dans l'année, ni combien. L'information des partenaires sexuels autres que le partenaire principal apparaît ainsi être une préoccupation secondaire pour les médecins qui prennent en charge une IST, et plus encore une infection à VIH. Un tiers des médecins affirme d'ailleurs ne pas avoir parlé du tout des partenaires avec des patients n'ayant pas de partenaire principal. Là aussi, l'attitude des médecins est une explication possible au fait que dans des études antérieures, la majorité des sujets ayant rapporté un antécédent d'IST en avait parlé avec leur « partenaire du moment », mais exceptionnellement avec un autre partenaire sexuel [5].

Les femmes supportent l'essentiel des complications des IST et sont porteuses de formes plus souvent asymptomatiques. Un essai randomisé américain récent a montré l'efficacité de la remise d'un traitement monodose aux partenaires sexuels, par l'intermédiaire du patient ou d'un personnel qualifié, pour diminuer le risque de recontamination par CT et NG [6]. Il est important de promouvoir en France, dans les structures recevant des hommes atteints d'IST ou de VIH, des stratégies d'information et de dépistage du partenaire principal aussi volontaristes que celles des gynécologues. Ces stratégies doivent également concerner les autres partenaires pour contribuer à limiter la propagation de ces infections dans la population.

REMERCIEMENTS

Cette enquête a été financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida. Nous remercions Béatrice Ducot, Sophie Couturier, Emilie Pages, Jocelyn Raude, Laura Beltran et Sylvère Dupont-Monod ; ainsi que les médecins et biologistes qui ont participé à cette enquête.

RÉFÉRENCES

[1] Cowan F, French R, and Johnson A. The role and effectiveness of partner notification in STD control: a review. Genitourin Med 1996; 72:247-52.

[2] Georges S, Goulet V, Laurent E. Enquête sur les lieux de consultation et les caractéristiques des personnes prélevées pour recherche de Chlamydia trachomatis, 2001. Bull. Epidemiol Hebd 2004: 40-41:198-9.

[3] Herida M. Enquête nationale auprès des Conseils généraux sur les infections à gonocoque diagnostiquées, France métropolitaine, 2001 et 2002. BEH 2004; 15:60.

[4] Warszawski J, Bajos N. Sexualité, contraception, MST, in, Guilbert P, Baudier F, and Gautier A, Editors. « Baromètre santé 2000 », Editions CFES: Vanves 2001:209-36.

[5] Warszawski J, Meyer L. Sex difference in partner notification. Results from three population-based surveys in France. Sex Transm Inf 2002; 78:45-9.

[6] Golden M, Whittington WL, Hansfield HH et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. New Eng J Med 2005; 352:676-84.