

La prise en charge thérapeutique des patientes est facilitée au centre d'orthogénie du fait que les patientes sont revues systématiquement le jour de l'intervention ou de leur consultation de contrôle post-IVG. Il n'en est pas de même au CPEF où il est nécessaire de convoquer chaque patient, parfois à plusieurs reprises. Pour la même raison, il est difficile de réaliser un prélèvement de contrôle chez les consultantes de CPEF. Compte tenu des difficultés de revoir les personnes positives et de l'efficacité thérapeutique du traitement, l'Anaes (Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France. Paris : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; Février 2003 <http://www.anaes.fr> ne recommande pas ce contrôle post thérapeutique. Toutefois la plupart des études montre des taux d'échecs de l'ordre de 10 % sans en préciser la raison, échec thérapeutique ou recontamination [2].

Nos résultats confirment que l'auto-prélèvement vaginal est bien adapté au dépistage parce qu'il est bien accepté et qu'il détecte mieux l'infection à *C. trachomatis* [3,4]. En effet, l'écouvillonnage du col ne

permet de détecter que l'infection endocervicale. Or on sait que l'infection à *C. trachomatis* est localisée préférentiellement au col mais qu'elle peut s'accompagner d'une infection dans l'urètre voire même n'être présente que dans l'urètre [5]. L'écouvillonnage vulvo-vaginal permet d'explorer les sécrétions qui viennent du col et les sécrétions qui viennent de l'urètre. Toutefois la charge bactérienne supérieure dans le col justifie de continuer à recommander également ce site de prélèvement lorsqu'un spéculum est mis en place. Pour diminuer le coût d'analyse, il est possible de mettre les deux écouvillons dans un seul milieu de transport et ne réaliser qu'une seule détection. En conclusion, cette étude montre que le dépistage systématique est justifié quelque soient les facteurs de risque chez les consultantes du CPEF et du centre d'orthogénie de Bordeaux de manière à atteindre un des objectifs de la Loi relative à la Santé publique (LOSP) [6] qui est de diminuer la prévalence à moins de 3 % chez les femmes de moins de 25 ans.

#### Références

[1] Sluzhinska A, Scieuc C, Brunat N, Henry-Georges S, Henry-Suchet J, Eyoka N, Serfaty D, Bassiri M, Domeika M, Mardh

PA: Detection of *Chlamydia trachomatis* in women first void urine by PCR in a family planning centre, Paris, France. In *Proceedings of the third meeting of the European society for Chlamydia Research*; Vienna, Austria, Edited by Stary A: societa editrice Esculapio, Bologna, Italy: 1996:408.

[2] Wang SA, Papp JR, Stamm WE, Peeling RW, Martin DH, Holmes KK: Evaluation of antimicrobial resistance and treatment failures for *Chlamydia trachomatis*: A meeting report. *J Infect Dis* 2005, 191:917-23.

[3] Chernesky MA, Hook EW, Martin DH, Lane J, Johnson R, Jordan JA, Fuller D, Willis DE, Fine PM, Janda WM, et al.: Women find it easy and prefer to collect their own vaginal swabs to diagnose *Chlamydia trachomatis* or *Neisseria gonorrhoeae* infections. *Sex Transm Dis* 2005, 32:729-33.

[4] Schachter J, McCormack WM, Chernesky MA, Martin DH, Van Der Pol B, Rice PA, Hook EW, Stamm WE, Quinn TC, Chow JM: Vaginal swabs are appropriate specimens for diagnosis of genital tract infection with *Chlamydia trachomatis*. *J Clin Microbiol* 2003, 41:3784-9.

[5] Schachter J, Chernesky MA, Willis DE, Fine PM, Martin DH, Fuller D, Jordan JA, Janda W, Hook EW: Vaginal swabs are the specimens of choice when screening for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: Results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. *Sex Transm Dis* 2005, 32:725-8.

[6] Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique, Direction Générale de la Santé, Décembre 2004, p225-233 [http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/losp/rapport\\_integral.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/losp/rapport_integral.pdf)

## Prévalence des infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes consultant les Centres de planification familiale du Val-de-Marne, France, 1999

Muriel Prudhomme (muriel.prudhomme@cgh.fr), Jeanne Boucher, Yvette Perriot, Elisabeth Feur, Marie-Claude Leroux

Conseil général du Val-de-Marne, Créteil, France

### Résumé / Abstract

**Objectifs** – Établir la prévalence des infections urogénitales à *Chlamydia trachomatis* (Ct) chez les femmes consultantes dans 24 Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) du Val-de-Marne, et évaluer la faisabilité d'un protocole de dépistage systématique et de traitement.

**Méthode** – De janvier à mars 1999, 1 023 femmes âgées de moins de 30 ans, sexuellement actives, ont bénéficié d'un prélèvement endocervical et urétral. Les échantillons ont été analysés par amplification génique (PCR Cobas Amplicor CT Roche).

**Résultats** – La prévalence de l'infection à Ct est de 7,1 % [IC95 % : 5,6-8,7]. Les facteurs de risque indépendamment associés à l'infection sont : un âge inférieur à 25 ans, l'Afrique ou les Caraïbes comme pays de naissance, un nouveau partenaire sexuel dans les 12 mois précédents, la participation aux frais de soins. Effectuer un dépistage systématique chez les femmes de moins de 25 ans revient à tester 73 % des femmes de l'étude et correspond à une sensibilité du dépistage de 89 %. L'adjonction d'un autre critère équivalait à tester presque toutes les patientes.

**Conclusion** – Le double prélèvement endocervical et urétral a été bien accepté par les patientes. La prévalence élevée retrouvée dans cette population de femmes jeunes et économiquement fragile, justifie la mise en route d'un programme de dépistage systématique.

### Epidemiology of genital chlamydial infection in women attending family planning clinics in a Paris suburb (Val-de-Marne), France, 1999

**Objectives** – To determine the prevalence of *Chlamydia trachomatis* (Ct) genital infection, as well as the feasibility of a screening and treatment protocol in women attending 24 of the family planning clinics in Val-de-Marne.

**Methods** – From January to March 1999, urethral and endocervical swab specimens were collected from 1023 sexually active women, under 30 years. The specimens were submitted to PCR DNA amplification of Ct by using Cobas Amplicor™ CT (Roche).

**Results** – Overall prevalence of Ct was 7.1% [95%CI=5,6-8,7]. Ct prevalence is independently associated with age under 25 years, birth in an African or Caribbean country, new sexual partner in the last 12 months, and non-refundable health care fees. Testing all women under 25 years old would lead to testing 73% of the clinic patients eligible for this study and would result in a sensitivity of 89%. Adding another screening criterion would lead to testing almost all patients.

**Conclusion** – Endocervical and urethral swabbing was well accepted by women. The high prevalence of Ct infection in this young and economically frail population justifies the implementation of a systematic screening strategy.

### Mots clés / Key words

*Chlamydia trachomatis*, dépistage systématique, Centre de planification familiale / *Chlamydia trachomatis*, systematic screening strategy, family planning clinics

## Objectif

Chez la femme, *Chlamydia trachomatis* (Ct) est responsable d'infections génitales basses dont la gravité est liée à leurs possibles complications hautes (infection haute 20-60 %, Grossesse extra-utérine 25 %) et à leur risque d'infertilité secondaire (5-25 %) [1,2].

En 1993, le *Center for Disease Control* d'Atlanta a émis des critères de dépistage ciblé [3] :

- femmes de moins de 20 ans ;
- femmes de 20 à 23 ans n'utilisant pas le préservatif de façon continue, ou présentant un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire dans les 90 jours ;
- femmes de plus de 24 ans n'utilisant pas le préservatif de façon systématique et présentant un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire dans les 90 jours ;
- femmes de moins de 30 ans consultant dans un centre de planning familial.

En France aucune recommandation n'avait été publiée et l'essentiel des dépistages s'inscrivaient dans une démarche de prévention secondaire.

En 1998, l'absence d'étude française évaluant la pertinence des programmes de dépistage des infections génitales à Ct, le développement récent des techniques de biologie moléculaire par amplification génique (PCR, LCR...) ainsi que la simplification des techniques de prélèvement (jet d'urines, prélèvement d'endocol, d'urètre) rendant possible un dépistage des femmes asymptomatiques, ont amené le Conseil général du Val-de-Marne, qui gère les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) dont une des missions est le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, à financer une étude afin de répondre à deux questions :

- déterminer la prévalence et les facteurs de risque ;
- évaluer l'acceptabilité et l'efficacité d'une politique de dépistage systématique chez les femmes de moins de 30 ans consultant dans un CPEF.

## Méthodes

### Population éligible

Du 18 janvier 1999 au 9 mars 1999, 24 CPEF volontaires parmi les 50 du département, ont proposé ce dépistage systématiquement à toutes leurs consultantes sexuellement actives âgées de moins de 30 ans, quelque soit le motif de leur consultation.

1 365 femmes de moins de 30 ans ont consulté au cours de la période concernée, mais 36 femmes n'avaient jamais eu de rapport sexuel : seules 1 329 femmes étaient donc éligibles.

Ont été exclues, les femmes âgées de 30 ans et plus, celles qui avaient absorbé des antibiotiques, utilisé des ovules spermicides ou anti-infectieux dans la semaine précédant la consultation et celles qui étaient en période menstruelle.

### Déroulement de l'étude

Après leur inclusion dans l'étude, les femmes étaient invitées par leur médecin à répondre à un questionnaire comportant des données socio-démographiques (âge, lieu de naissance, niveau d'études, situation vis-à-vis de l'emploi, couverture sociale), le(s) motif(s) de consultation, les antécédents gynéco-obstétricaux (nombre d'enfants, d'interruption volontaire de grossesse (IVG), de grossesse extra-utérine (GEU), méthodes contraceptives actuel-

les et passées, infection gynécologique dans les 12 mois précédents, connaissance de son statut VIH), la notion de vie en couple, l'existence d'un nouveau partenaire ou de différents partenaires sexuels au cours des 12 mois précédents, l'utilisation du préservatif (dans les 12 mois et lors du dernier rapport sexuel), la présence de signes fonctionnels gynécologiques. Les données de l'examen clinique étaient également renseignées.

Deux prélèvements endocervical et urétral étaient réalisés par le médecin puis analysés par PCR dans le laboratoire de l'Institut Alfred Fournier - Paris.

Les femmes devaient s'informer du résultat, soit par téléphone soit en se déplaçant au CPEF une semaine plus tard. Si le résultat était positif, elle recevait un traitement par 1 gramme d'azithromycine (Zithromax Monodose®). Il lui était également proposé de prendre un traitement pour le donner à son (ses) partenaire(s). Toutes les patientes positives étaient revues un mois plus tard et un prélèvement de contrôle était réalisé. Si les patientes infectées ne se manifestaient pas, elles recevaient trois relances par courrier ou par téléphone.

### Nombre de femmes testées

Parmi les 1 329 femmes éligibles, 130 ont refusé de participer (9,8 %), 176 ont été exclues pour métrorragies ou prise d'antibiotiques dans les 7 jours précédant (13,2 %), 1 023 ont été incluses (tableau 1).

Tableau 1 Participation au dépistage selon l'âge, CPEF du Val-de-Marne, France, 1999

Table 1 Participation in screening according to age, family planning clinics, Val-de-Marne, France, 1999

Femmes	Éligibles N (%)	Refus N (%)	Exclus N (%)	Inclus N (%)
< 18 ans	213 (100)	32 (15)	28 (13)	153 (72)
18-19 ans	249 (100)	19 (7,6)	31 (12,5)	199 (79,9)
20-24 ans	504 (100)	40 (7,9)	73 (14,5)	391 (77,6)
25-29 ans	363 (100)	39 (10,7)	44 (12,1)	280 (77,2)
Total	1 329 (100)	130 (9,8)	176 (13,2)	1 023 (77)

## Résultats

Les femmes incluses infectées et non infectées ont été comparées selon l'âge, le pays de naissance, le type de couverture sociale, la vie en couple, les habitudes sexuelles notamment nombre de partenaires et nouveau partenaire dans les 12 mois, utilisation du préservatif, méthodes contraceptives, motifs de consultation et présence ou non de signes cliniques. L'acceptabilité du dépistage a été évaluée au regard du taux de refus du prélèvement et du nombre de traitements remis aux femmes et à leurs partenaires.

### Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

La prévalence globale de l'infection à Ct était de 7,1 % [IC95 % : 5,6-8,7].

Les femmes âgées de moins de 25 ans avaient une prévalence de l'infection à Ct significativement plus élevée (8,7 %) qu'elle ne l'était chez les femmes âgées de 25 à 30 ans (2,9 %) (p<0,01).

Également, les femmes nées dans un pays d'Afrique (hors Mahgreb) ou des DOM avaient des taux d'infection à Ct plus élevés (10,9 %) que les femmes nées en France (6,5 %) (p<0,01).

Le fait d'avoir eu, dans les 12 derniers mois, une relation sexuelle avec un nouveau partenaire, y compris un premier partenaire, augmentait le risque d'avoir une infection à Ct (11,9 % versus 5,6 %) (p<0,001). La présence de différents partenaires sexuels dans les 12 mois précédents représente également un facteur significatif d'augmentation de la prévalence (12,3 % versus 6,2 %) (p<0,05).

Par contre, ni le nombre total de partenaires dans l'année, ni l'utilisation plus ou moins régulière du préservatif n'ont d'influence sur la prévalence de l'infection.

Les femmes signalant à l'interrogatoire des brûlures mictionnelles ou une dyspareunie, et celles présentant à l'examen gynécologique des leucorrhées, une cervicite ou des condylomes acuminés, étaient plus souvent infectées que les autres.

La prévalence de l'infection à Ct varie également significativement selon le type de couverture sociale de la femme, notamment selon le fait qu'elle garde ou non à sa charge, une partie des frais médicaux (p<0,05).

Une femme garde à sa charge tout ou partie des frais de soins, lorsqu'elle est assurée sociale mais ne dispose pas de mutuelle, ou en l'absence complète de toute couverture sociale. Chez ces femmes la prévalence de l'infection à Ct est de 9,6 %.

Une femme ne garde pas de frais médicaux à sa charge lorsqu'elle bénéficie de l'assurance maladie et d'une mutuelle, ou bien d'un dispositif public de prise en charge comme l'Aide médicale. Chez ces femmes, la prévalence de l'infection à Ct est de 4,6 % (tableau 2).

### Facteurs de risque de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

En analyse multivariée, les facteurs de risque associés à l'infection à Ct sont l'âge inférieur à 25 ans (risque multiplié par 2,8, IC95 % [1,30-6,06]), la naissance dans un pays d'Afrique ou des Caraïbes (risque multiplié par 1,9, IC95 % [0,16-1,47]), l'absence de couverture maladie complète (risque multiplié par 2, IC95 % [1,20-3,48]), le fait d'avoir eu un nouveau partenaire dans les 12 derniers mois (risque multiplié par 1,8, IC95 % [1,09-3,06]), la présence de condylomes acuminés (risque multiplié par 15,6, IC95 % [2,42-101,38]) (tableau 3).

### Compliance au traitement des femmes et de leurs partenaires

Parmi les 73 femmes infectées, 69 (94,5 %) sont venues chercher et ont pris leur traitement. 57 femmes (78 %) sont revenues faire un prélèvement de contrôle pour vérifier l'efficacité du traitement.

63 femmes (86,3 %) ont accepté de prendre le traitement pour leur partenaire, et 44 (60,3 %) ont ensuite déclaré que leur partenaire l'avait bien pris.

### Stratégie de dépistage

Dans la population étudiée, différentes stratégies de dépistage ont été testées afin de répondre à la question de l'efficacité d'un dépistage ciblé par rapport à un dépistage systématique (tableau 4).

Proposer le dépistage à toutes les femmes âgées de moins de 25 ans, conduit à tester 73 % de la population étudiée et permet d'identifier 89 % des fem-

**Tableau 2** Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, CPEF du Val-de-Marne, France, 1999 / **Table 2** Prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection, family planning clinics, Val-de-Marne, France, 1999

	Femmes N = 1 023	Prévalence % (N)	IC95 %	p
<b>Âge</b>				
13-17 ans	153	8,5 % (13)	[4-13]	0,03
18-19 ans	199	8,0 % (16)	[4-12]	
20-21 ans	172	9,3 % (16)	[5-14]	
22- 24 ans	219	9,1 % (20)	[5-13]	
25-29 ans	280	2,9 % (8)	[1-5]	
<b>Pays d'origine</b>				
France	617	6,5 % (40)	[5-8]	0,01
DOM	55	10,9 % (6)	[2-16]	
Afrique sub-saharienne	198	11,6 % (23)	[7-16]	
Afrique du Nord	68	4,4 % (3)	[1-9]	
Autres pays	85	1,2 % (1)	[1-4]	
<b>Vie en couple</b>				
Oui	419	5,7 % (24)	[3-8]	NS
Non	604	8,1 % (49)	[6-10]	
<b>Couverture sociale</b>				
Sécurité sociale seule	523	9,6 % (50)	[7-12]	0,002
CMU ou AME ou mutuelle	500	4,6 % (23)	[3-6]	
<b>Motif de consultation</b> (certaines femmes signalent plusieurs motifs de consultation)				
Suivi de contraception	621	6,9 % (43)	[5-9]	NS
Signes uro-génitaux	246	10,2 % (25)	[6-14]	<0,05
Grossesse	281	7,8 % (22)	[5-11]	NS
<b>Nouveau partenaire dans les 12 mois (DM=8)</b>				
Oui	261	11,9 % (31)	[8-16]	0,001
Non	754	5,6 % (42)	[4-7]	
<b>Plusieurs partenaires dans les 12 mois</b>				
Oui	163	12,3 % (20)	[7-17]	0,006
Non	854	6,2 % (53)	[5-8]	
<b>Méthode de contraception</b> (N= 1 035, certaines femmes utilisent 2 méthodes contraceptives)				
Hormonale	546	6,6 % (34)	[4-9]	NS
Sterilet	27	3,7 % (1)	[4-11]	
Préservatif	133	8,3 % (11)	[4-13]	
Aucune	329	8,5 % (28)	[6-12]	
<b>Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (DM=1)</b>				
Oui	178	7,9 % (14)	[4-12]	NS
Non	844	7,0 % (59)	[5-9]	
<b>Présence de signes cliniques ou fonctionnels</b>				
Brûlures mictionnelles	51	15,7 % (8)	[5-27]	< 0,02
Dyspareunie	77	14,3 % (11)	[6-22]	< 0,02
Cervicite	32	18,8 % (6)	[4-33]	<0,05
Condylomes	6	50 % (3)	[7-107]	<0,01

**Tableau 3** Facteurs de risques de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, CPEF du Val-de-Marne, France, 1999 / **Table 3** Risks factors for *Chlamydia trachomatis* infection, family planning clinics, Val-de-Marne, France, 1999

Variables	Total (N=)	Infection à Ct % (N=)	Odds ratio Ajusté	IC95 %
<b>Âge (ans)</b>				
< 25	743	8,7 % (65)	2,81	[1,30-6,06]
25 – 29	280	2,9 % (8)	1	
<b>Pays de naissance</b>				
Afrique ou Caraïbes*	267	10,9 % (29)	1,94	[0,16-1,47]
Autres pays	139	2,9 % (4)	0,49	[1,14-3,31]
France	617	6,5 % (40)	1	
<b>Garde à sa charge tout ou partie des frais de soins</b>				
Oui	523	9,6 % (50)	2,04	[1,20-3,48]
Non	500	4,6 % (23)	1	
<b>Nouveau partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents</b>				
Oui	261	11,9 % (31)	1,83	[1,09-3,06]
Non	754	5,6 % (42)	1	
<b>Condylômes acuminés</b>				
Oui	6	50 % (3)	15,67	[2,42-101,38]
Non	1 017	0,3 % (3)	1	

\* Caraïbes = DOM + Haiti

**Tableau 4** Comparaison des différentes stratégies de dépistage chez les femmes de moins de 30 ans, CPEF du Val-de-Marne, France, 1999 / **Table 4** Comparison of the various screening strategies in women under 30 years of age, family planning clinics, Val-de-Marne, France, 1999

Critères de dépistage	Femmes incluses dans le dépistage avec ce critère	Sensibilité
< 25 ans	73 %	89 %
< 20 ans	34 %	40 %
Africaine ou Caraïbes	26 %	40 %
Nouveau partenaire dans les 12 mois	26 %	42 %
Participe aux frais de soins	51 %	68 %
< 25 ans ou africaine	82 %	96 %
< 25 ans ou nouveau partenaire	77 %	93 %
< 25 ans ou participe aux frais de soins	86 %	96 %
< 25 ans et nouveau partenaire	21 %	38 %
< 20 ans ou nouveau partenaire ou africaine	65 %	84 %

mes infectées. Elargir les critères de dépistage à l'un des autres facteurs de risque identifiés conduirait à tester quasiment toutes les femmes éligibles.

## Discussion

Bien que cette étude ne permette pas d'évaluer l'efficacité clinique du dépistage, notamment en terme de diminution du nombre d'infections pelviennes ou de grossesses extra-utérines, la prévalence retrouvée, notamment chez les femmes de moins de 25 ans et asymptomatiques, justifie une stratégie de dépistage systématique, auprès de la population fréquentant les Centres de Planification et d'Education Familiale.

La prévalence retrouvée est élevée si on la compare à celle retrouvée par le réseau Renachla (Réseau national des chlamydioses) en 1997 qui était de 2,7 % chez les femmes. [1] Elle est toutefois comparable à celle retrouvée dans d'autres études réalisées en Europe ou aux États-Unis (2,4,5,6,7,8,9,10,11), avec la même prédominance dans la tranche d'âge des femmes de moins de 25 ans. J. Warszawski [12] a montré que dans une population de gynécologie de ville (Paris intra-muros) considérée comme à bas risque (prévalence de 0,8 %), on retrouvait quand

même une augmentation significative de la prévalence chez les femmes de moins de 21 ans (prévalence 5,2 % CI 0,8-9,6).

Il est donc légitime de proposer systématiquement le dépistage aux femmes de 25 ans et moins, qu'il y ait ou non des facteurs de risques associés. Les réponses sur les partenaires et les habitudes d'utilisation du préservatif sont trop peu précises pour être un critère de sélection, mais ces données peuvent être utilisées dans un deuxième temps, pour déterminer le rythme du dépistage.

Cette étude montre une bonne acceptabilité du dépistage par les femmes, malgré la contrainte imposée de l'examen gynécologique nécessaire pour un prélèvement d'endocol et d'urètre.

La stratégie de dépistage proposée dans les CPEF du Val-de-Marne est la suivante :

- dépistage systématique de l'infection à Ct chez tous les consultants de moins de 25 ans (femmes et hommes) ;
- renouvellement du dépistage chez les femmes de moins de 25 ans présentant un nouveau partenaire ou plus de 2 partenaires dans les 12 mois passés ou femmes devant subir une manœuvre endo-utérine.

- dépistage ciblé chez les femmes de plus de 25 ans éligibles aux critères suivants : nouveau partenaire ou plus de 2 partenaires dans les 12 mois passés ou femmes devant subir une manœuvre endo-utérine. Cette stratégie a été reprise, en 2003, dans les recommandations de l'Anaes [13] :

« Dans les populations à risque telles qu'elles ont été identifiées dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les dispensaires antivénéériens (DAV) et les centres d'interruption volontaire de grossesse, un dépistage systématique opportuniste des infections uro-génitales à *C. trachomatis* est justifié. Plusieurs scénarii de programmes de dépistage peuvent être envisagés en France :

- un dépistage préférentiel des femmes âgées de moins de 25 ans si l'objectif premier est la diminution des taux de complications. Ce programme doit s'accompagner d'une incitation à traiter le ou les partenaires. Cette stratégie repose sur les données scientifiques les plus complètes ;
- un dépistage simultané des hommes de moins de 30 ans et des femmes de moins de 25 ans devrait être proposé si l'objectif est la diminution du portage de *C. trachomatis* dans ces populations.

Enfin, le dépistage (préférentiel ou simultané) pourrait être élargi, au-delà des populations sus-mentionnées, aux sujets ayant plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédant le dépistage quel que soit l'âge, comme cela a été proposé dans les recommandations canadiennes. »

Dans les CPEF du Val-de-Marne, le suivi épidémiologique entre 1999 et 2004 de cette stratégie de dépistage effectué dans 5 centres, a permis de confirmer chez les consultantes de moins de 25 ans, une prévalence élevée de 10,9 % [8 – 14], stable sur les 45 mois de suivi [14].

#### Références

[1] Goulet V, Laurent E, Bianchi A. « les chlamydioses urogénitales en France en 1997 » Bull Epidemiol Hebdo 16/1999.  
[2] Orfila J, Mention J, Chataigneau C, Anarratone F, Sueur JM. « Interest of systematic screening for *Chlamydia trachomatis* in young women in Picardy (France) by direct diagnosis and serological diagnosis » Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[3] CDC Recommendations for the prevention and management of *Chlamydia trachomatis* infections, 1993. MMWR 1993. 42 (RR-12):1-39.

[4] Brito de Sa A, Gomes J, Viegas S, Fereira MA, Paulino A, Catry MA. « Genital infection by *Chlamydia trachomatis* in Lisbon: prevalence and risk markers » Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[5] Catchpole M, Pimenta J, Rogers P, Randall S, Mallinson H. « Opportunistic screening for *Chlamydia trachomatis*: Methodology and preliminary results from a UK pilot study » Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[6] Robinson AJ, Johnson J, Chippendale S, Ridgway GL. « feasibility of screening for *Chlamydia trachomatis* in a busy inner city contraceptive clinic ». Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[7] Moller JK. « is the Danish strategy for screening and treatment of urogenital infections with *Chlamydia trachomatis* effective? » Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[8] Savitcheva A, Smirnova T, Pavlova H, Chipitsina E, Chalepo K. « *Chlamydia trachomatis* infections in Saint-Petersburg » Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[9] Butylkina R, Hallen A, Domeika M. « Screening for genital *Chlamydia trachomatis* infections in Lithuania – Criteria for selection » Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[10] « High Prevalence of Chlamydial and Gonococcal Infection in Women Entering Jails and Juvenile Detention Centers – Chicago, Birmingham and San Francisco, 1998 » Morbidity and mortality weekly report, sept 17, 1999, vol 48, n°36.

[11] Howell MR, Gaydos JC, McKee KT, Brown X, Syffus P, Gaydos CA. « Linking screening and an Educational Intervention: Implication for *Chlamydia trachomatis* Control Programs » Fourth meeting of the European society for Chlamydia research, Helsinki, August 20-23, 2000.

[12] Warszawski J, Meyer L, Weber P « criteria for selective screening of cervical *Chlamydia trachomatis* infections in women attending private gynecology practices » European Journal of Obstetrics & gynecology and reproductive biology 86 (1999)5-10.

[13] Anaes, « Évaluation du dépistage des infections urogénitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France », février 2003.

[14] Prudhomme M, Dutilleul B, Monforte E, Sednaoui P. « Dépistage systématique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans 5 Centres de planification et d'éducation familiale du Val-de-Marne », Communication poster, RICAI, Paris, 2005.

## Dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* dans les Centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis et intérêt de l'auto-prélèvement, France, 2005

Anne Bianchi (a.bianchi@cg93.fr)<sup>1</sup>, France de Moegen<sup>1</sup>, Marie Josée Creuzu<sup>1</sup>, Régine Goureau<sup>1</sup>, Emmanuelle Debonne<sup>2</sup>, Emmanuelle Piet<sup>1</sup>

1 / Conseil général de la Seine-Saint-Denis, Bobigny, France 2 / École de sages-femmes, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

#### Résumé / Abstract

**Objectif** – Estimer la prévalence de *Chlamydia trachomatis* (Ct) chez les jeunes femmes consultant dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) de la Seine-Saint-Denis et évaluer l'auto-échantillonnage vulvaire comme prélèvement.

**Méthode** – Dépistage par PCR sur auto-prélèvement proposé à toutes les consultantes de moins de 26 ans.

**Résultats** – 546 patientes ont été incluses avec une prévalence globale de 11,2 % [IC95 % : 8,7-14,2]. Ni l'âge, ni le motif de consultation, ni l'existence d'une symptomatologie ne sont associés significativement au portage de Ct.

**Conclusion** – L'auto-prélèvement est un moyen de dépistage bien accepté. La prévalence élevée de l'infection et le jeune âge des patientes (dont 10,6 % ont moins de 16 ans) témoignent de la vulnérabilité des jeunes filles venant consulter dans les CPEF du 93.

#### *Chlamydia trachomatis screening in family planning clinics in a Paris suburb (Seine-Saint-Denis) and interest of self-collected vaginal swabs, France, 2005*

**Objectives** – To determine the prevalence of *Chlamydia trachomatis* (Ct) genital infection as well as the acceptability of a self sampling screening in women attending family planning clinics (FPC) in the Seine-Saint-Denis department.

**Method** – Screening was proposed to all women aged under 26 years. Samples – a dry swab in a sterile plastic tube – were tested by PCR.

**Results** – 546 women were included, the prevalence of Ct infection was 11.2% [95%CI=8.7-14.2]. Neither age nor the reason for consulting or the existence of symptoms were significantly associated to being a Ct carrier.

**Conclusion** – Self-sampling is a well accepted screening method. The high prevalence of CT infection and the women's young age (10.6% being under 16 years) testify of the vulnerability of young age women consulting in FPCs in Seine-Saint-Denis.

#### Mots clés / Key words

Chlamydia-auto-prélèvement-CPEF  
*Chlamydia, self-sampling, family planning clinics*

### Introduction

Le dépistage des infections urogénitales à *Chlamydia trachomatis* (Ct) tel qu'il est préconisé dans le rapport de l'Anaes est une question qui se pose depuis longtemps pour les consultations de prévention - planning familial et consultation « infections sexuellement transmissibles » - du Département de la Seine-Saint-Denis. En dehors des mineures qui

peuvent bénéficier d'une prise en charge du test de dépistage grâce à la loi Calmat depuis 1990, il n'y a pas de cadre prévu pour le dépistage systématique chez les autres consultantes. Les études récentes ont montré l'efficacité de l'auto-prélèvement, simple à réaliser et à conserver, pour ce type de dépistage. Nous avons cherché à évaluer la faisabilité d'un tel dépistage en Seine-Saint-Denis par une enquête

transversale visant à estimer la prévalence de Ct dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

### Méthode

Cette étude proposée dans 53 des 119 CPEF intégrés aux PMI dépendant du Conseil général du 93 a été réalisée de mai à décembre 2005. Un dépistage