



## ENQUÊTE

## ÉTUDE DES CHLAMYDIOSES EN 1989 À PARTIR D'UN RÉSEAU DE LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES (Enquête : RENACHLA)

V. GOULET \*, B. BLAISOT \*\*, M. MACKIE \*\*, E. COSTE \*\*, J. ORFILA \*\*\*, F. CATALAN \*\*\*\*

## INTRODUCTION

En novembre 1988, à l'initiative de la Direction générale de la Santé, et en collaboration avec le Centre national de référence pour les *Chlamydiae* (C.H.R.U. d'Amiens) et le Centre national de référence pour les M.S.T. (l'Institut Alfred Fournier), le L.N.S. a mis en place un réseau de surveillance épidémiologique des chlamydioses analogue à celui du réseau RENAGO (surveillance épidémiologique de la gonococcie), et du réseau RENAVI (surveillance épidémiologique des infections à V.I.H.), c'est-à-dire grâce à la participation de laboratoires d'analyses médicales privés, situés sur tout le territoire français.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

92 laboratoires effectuant des identifications de *Chlamydia trachomatis* ont été volontaires pour participer à l'enquête parmi les 3 000 qui les pratiquent.

Chaque laboratoire participant remplit une fiche mensuelle de renseignements concernant, d'une part le nombre d'exams pratiqués pour la recherche de *Chlamydiae* et d'autre part pour chaque cas détecté, l'âge et le sexe du patient, l'aspect clinique, le caractère des signes cliniques observés, la notion de traitement, antérieur à la recherche de *Chlamydiae*, et les étiologies associées.

Ces laboratoires sont situés sur tout le territoire métropolitain excepté 2, situés en région Antilles-Guyane. 52 % d'entre eux utilisent pour le diagnostic l'immunofluorescence directe (I.F.), 52 % la méthode ELISA, et 21 % la culture. Il y a par rapport à l'ensemble des laboratoires français identifiant les *Chlamydiae* une surreprésentation, dans ce réseau, de laboratoires pratiquant des cultures. La répartition des laboratoires identifiant les *Chlamydiae* par l'I.F. ou l'ELISA est, dans ce réseau, comparable à celle observée lors du contrôle de qualité sur l'ensemble des laboratoires français.

## RÉSULTATS

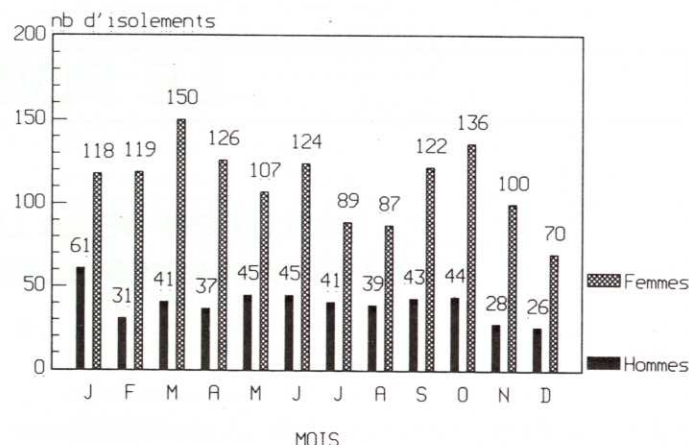
## 1. Épidémiologie

66 laboratoires ont envoyé les 12 fiches de l'année 1989. Ils ont effectué 33 145 prélèvements, dont 5 225 chez les hommes et 27 920 chez les femmes. Le nombre de *Chlamydiae* répertorié par ces laboratoires a été de 1 829, avec un pourcentage d'identification positive de 9 % pour les hommes et de 5 % pour les femmes. La répartition mensuelle des isoléments est notée dans la figure 1.

Sur un total de 2 257 cas de *Chlamydiae* isolés par l'ensemble des laboratoires, 25 % des cas concernent des hommes et 75 % des femmes. Le sex-ratio H/F est de 0,34.

Les femmes sont plus jeunes (âge moyen 28 ans, âge médian 26 ans) que les hommes (âge moyen 30 ans, âge médian 28 ans) [Figure 2].

Figure 1. — Isoléments de *Chlamydiae* en 1989  
par les 66 LAM RENACHLA réguliers



## 2. Clinique

Parmi les 1 567 questionnaires complets, donc exploitables, dans 74 % des cas, les patients présentent des signes cliniques. Il y a donc 26 % de cas asymptomatiques. Le taux de formes asymptomatiques est plus élevé chez les femmes (29 %) que chez les hommes (18 %).

Les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés sont les suivants chez les femmes : 47 % de leucorrhées, 40 % de cervicites, 17 % de douleurs pelviennes, 6 % de cystites et 6 % de salpingites; chez les hommes : 91 % d'urétrites et 3 % de cystites. Plusieurs signes cliniques sont associés entre eux dans 1,6 % des cas chez les hommes et dans 16 % des cas chez les femmes.

Dans les formes asymptomatiques, on relève 51 cas (18 hommes et 33 femmes) concernant le partenaire asymptomatique d'un sujet contact et 31 cas (9 hommes et 22 femmes) dans le cadre d'un bilan de stérilité.

Dans 9,2 % des cas, la recherche de *Chlamydiae* a été effectuée à la suite d'un traitement antibiotique, dans la majorité des cas, les antibiotiques prescrits ont été des cyclines.

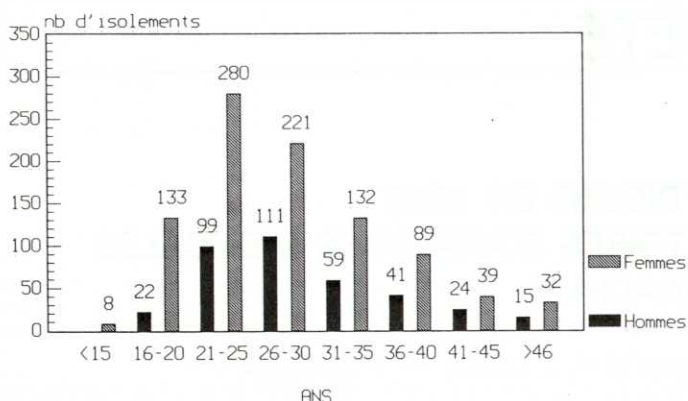
Chez les hommes, il y a 17 % d'infections génitales associées tandis que chez les femmes, il y a 39 % d'infections associées.

\* Laboratoire national de la Santé (L.N.S.).  
\*\* Internes en pharmacie (L.N.S.).  
\*\*\* Centre national de référence pour les *Chlamydiae*.  
\*\*\*\* Centre national de référence pour les M.S.T.



- Le gonocoque est présent dans 2,8 % des cas de chlamydie chez l'homme alors qu'il n'est présent que dans 1 % des cas chez les femmes.
- Les mycoplasmes sont présents dans 9,2 % des cas chez l'homme, alors que chez la femme, ils sont présents dans 20,7 % des cas.
- Le *Candida albicans* est associé dans 1,7 % des cas chez l'homme, alors que chez la femme, il est présent dans 8,7 % des cas.
- La *Gardnerella vaginalis* est associée aux infections à *Chlamydiae* chez la femme dans 7,6 % des cas.
- *Trichomonas vaginalis* n'est associé que dans 1,2 % des cas.

Figure 2. — Répartition par classe d'âge et par sexe des cas de chlamydie en France pour 1989



## CONCLUSION

Après un an de fonctionnement, 66 laboratoires privés ont participé régulièrement à l'enquête. En 1990, le réseau sera élargi à des laboratoires hospitaliers. Cette enquête a permis de donner des précisions sur l'âge, le sexe, l'existence de signes cliniques et de l'existence d'autres infections génitales associées aux chlamydioses. Il sera important ultérieurement de suivre l'évolution de ces différents paramètres et de les confronter avec ceux des autres enquêtes sur le diagnostic biologique des maladies sexuellement transmissibles, notamment les réseaux RENAGO et RENAVI.

## Note de la rédaction.

Jusqu'à présent la surveillance des maladies sexuellement transmissibles comporte un réseau clinique de médecins sentinelles pour les urétrites masculines et des informations provenant des dispensaires antivenériens, ainsi qu'un réseau de laboratoires d'analyses médicales privés RENAGO pour le gonocoque.

La mise en place du réseau RENACHLA élargit la surveillance aux *Chlamydiae*.

L'intérêt de ce réseau tient essentiellement dans l'observation des tendances évolutives des isollements et dans la connaissance de la part respective de ces différents pathogènes dans les maladies sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, la signification de la sérologie n'est pas encore actuellement clairement établie.

# LE POINT SUR...

## ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION FRANÇAISE SUR LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

J.-B. BRUNET \*

Parmi les maladies transmissibles, celles qui le sont sexuellement occupent une place singulière dans la législation sanitaire. Cette singularité se manifeste sous deux aspects :

- d'une part, elles sont intégrées dans le **Livre 3** du code de la Santé, consacré aux **fléaux sociaux**, avec la tuberculose, les maladies mentales, l'alcoolisme, la toxicomanie et le cancer. La prévention des **autres maladies transmissibles**, la lutte contre les épidémies, les vaccinations sauf le B.C.G., sont toutes regroupées dans le Livre 1, sur la Protection générale de la Santé publique;
- d'autre part, si toutes les pathologies classées parmi les fléaux sociaux font l'objet d'une législation contraignante pour les malades et les médecins, le catalogue de **ces contraintes** n'est nulle part aussi développé que pour les M.S.T. 42 articles les regroupent. Il n'en existe que 37 pour les maladies mentales, 28 pour la tuberculose, 14 pour le cancer, 12 pour l'alcoolisme et 7 pour la toxicomanie.

Les contraintes définies par les textes portent avant tout sur l'**obligation de traitement**. L'article L. 255 énonce ainsi que « toute personne atteinte d'accident vénérien contagieux est tenue de se faire examiner et traiter par un médecin jusqu'à disparition de la contagiosité ».

De la généralité de l'obligation de traitement découlent les autres contraintes prévues. La déclaration obligatoire anonyme, ou nominale « si le malade se refuse à entreprendre ou poursuivre le traitement » (art. L. 258); l'obligation de subir un examen médical pour « tout individu contre lequel existent des présomptions précises, graves et concordantes d'avoir communiqué à une ou plusieurs personnes une maladie vénérienne » (art. L. 261), obligation étendue à tous les détenus condamnés (art. L. 273); l'hospitalisation d'urgence décidée par l'autorité sanitaire (art. L. 273 à L. 281); l'interdiction d'exercer sa profession si cela comporte un risque de transmission.

Le second chapitre, qui porte sur l'organisation médico-administrative de la lutte contre les M.S.T., comporte de nombreux articles (L. 294 à L. 311) portant sur l'organisation et le financement des dispensaires, de services hospitaliers « qui doivent disposer d'une **salle spéciale réservée à certaines catégories de malades** (au moins un par département, [art. L. 306]), ainsi que sur la direction et la coordination de la lutte antivenérienne, avec la description de l'organisation du service départemental de lutte antivenérienne, du rôle des médecins liés à ce service et des assistantes sociales qui y sont affectées, de celui d'une « personnalité médicale qui reçoit le titre de médecin consultant régional de vénérologie chargée de conseiller les D.D.A.S.S. ».

La définition adoptée des M.S.T. à l'article L. 254, fait que les mesures définies ne s'appliquent qu'à la syphilis et à la blennorragie, ainsi qu'à 2 autres dont l'une est rare en France, la chancrelle, et l'autre exceptionnelle, la maladie de Nicolas-Favre.

## HISTORIQUE DE LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE

L'histoire de la réglementation française sur les M.S.T. s'étale sur la plus grande partie du XX<sup>e</sup> siècle, centrée sur la date pivot que représente l'adoption de la loi du **31 décembre 1942**, relative à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes, texte qui forme encore la base de la législa-

\* Centre collaborateur O.M.S. sur le SIDA, Institut de médecine et d'épidémiologie tropicale, 10, avenue d'Aubervilliers, 75019 Paris.

Résumé d'une communication présentée au colloque I.N.S.E.R.M. : Santé publique et maladies à transmission sexuelle (Chamonix, avril 1990).



tion actuelle. Au XIX<sup>e</sup> siècle, et jusqu'à la première guerre mondiale, les rares textes existants ne portent que sur la réglementation de la prostitution dont le contrôle dépendait depuis la loi municipale de 1884, des mairies.

Les connaissances médicales sur les maladies vénériennes se modifient profondément dans les années de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. 40 ans après la codification clinique de la blennorragie et de la syphilis opérée par Ricord, la bactériologie identifie les germes responsables : le gonocoque par Neisser en 1879, le bacille de Ducrey en 1889 et le tréponème par Schaudinn en 1905 sont tour à tour isolés.

4 ans après la découverte de Schaudinn, les « syphiligraphes » disposent d'un test diagnostique, mis au point par Wassermann en 1906 et d'un traitement spécifique, un dérivé arsenical, le salvarsan, découvert par Ehrlich en 1909. La transmission héréditaire de la syphilis, plus que tout autre « progrès scientifique » va conditionner l'évolution ultérieure de la législation anti-vénérienne jusqu'à la seconde guerre mondiale.

Le manque de spécificité du test de Wassermann conduit les syphiligraphes à « prouver » que la syphilis est la cause d'innombrables maladies.

En 1901, sous l'impulsion d'Alfred Fournier se crée la Société française de prophylaxies sanitaire et morale. Les idées élaborées par cette société vont influencer tout au long du XX<sup>e</sup> siècle les réglementations adoptées jusqu'en 1960, et imposer le dispensaire comme base de l'organisation médico-administrative de lutte contre les M.S.T. Le néo-réglementarisme définit deux approches complémentaires de lutte contre les M.S.T. Un contrôle médical de la prostitution effectué en collaboration étroite avec les services de police, impliquant une prostitution officielle et la recherche active des « insoumises », associé à un effort d'éducation sanitaire mené principalement vers la jeunesse.

Le dispensaire est à la charnière de ces 2 approches en fournissant la base logistique nécessaire, à travers l'accueil gratuit des consultants, le repérage des contaminateurs grâce à l'enquête épidémiologique et les ressources humaines de l'éducation nécessaire.

Il faut cependant attendre l'augmentation brutale des M.S.T. pendant la première guerre mondiale pour que s'élabore un dispositif public de lutte. Une vingtaine de textes sont adoptés pendant cette période, pour la plupart des décrets et des circulaires, les textes législatifs restant uniquement consacrés à la prostitution. Si la réglementation des dispensaires s'élabore de façon plus précoce, il faut attendre 1937 pour qu'un texte spécifique, la circulaire du 14 septembre 1937, soit consacré à la propagande antivénérienne.

L'efficacité des mesures prônées par ceux, qui voient dans la prostitution la source principale des M.S.T. est contestée par ceux, **pour qui le contrôle des officielles est illusoire et ne fait qu'accroître la prostitution clandestine**. Malgré l'accord sur la nécessité de ne pas limiter les contraintes aux seules prostituées, le conflit sur la fermeture des maisons de tolérance empêche l'adoption d'une législation d'ensemble jusqu'en 1942.

Le régime de Vichy vote 2 lois. Celle du 16 décembre 1942 donne un statut légal au certificat prénuptial et rend le dépistage de la syphilis et de la tuberculose obligatoire pour les femmes enceintes. La loi sur la prophylaxie et la lutte contre les maladies vénériennes passe 15 jours après.

Ces textes subsisteront malgré la perte d'influence politique et scientifique des eugénistes. La pénicilline fait justice, à partir de 1943, de la théorie de l'hérédosyphilis : le traitement des femmes enceintes supprime la transmission à l'enfant. La montée brutale des M.S.T. pendant la guerre montre l'inefficacité du réglementarisme. Jusqu'en 1960, l'évolution de la législation consacrera la défaite des partisans de la prostitution officielle. De policier, le contrôle devient sanitaire.

La loi Marthe Richard, le 13 avril 1946, interdit les maisons de tolérance et abroge « toutes dispositions prévoyant l'inscription des prostituées sur les registres de police ou l'obligation pour elles de se présenter périodiquement, aux services de police ». Parallèlement, cette loi institue le délit de racolage, et aggrave à la fois les peines et la définition du proxénétisme. Le 24 avril, une seconde loi crée le fichier sanitaire et social de la prostitution. Il est difficile, malgré le caractère uniquement médico-social proclamé, de voir dans cette création autre qu'un transfert de localisation du fichier. Le maintien, sans changement, des dispositions de la loi de 1942, laisse intactes les possibilités de répression.

Le 2 décembre 1949, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte une « Convention pour la répression et l'abolition de la traite des êtres humains et

de l'exploitation de la prostitution d'autrui ». La France ratifie ce texte. Tous les articles concernant les mesures spécifiques aux prostituées de la loi sur les M.S.T. sont de ce fait supprimés.

Après 1960, les prisonniers restent la seule catégorie de population qui fasse encore l'objet de mesures particulières.

De la seconde guerre mondiale à 1960, la prostitution est donc le seul domaine de cette législation pour lequel les textes évoluent. Depuis, 2 modifications sensibles ont été introduites. La première n'est pas spécifique aux M.S.T. À la suite de la décentralisation, une loi du 22 janvier 1983 a précisé les transferts de compétence de l'État en matière d'action sociale et de santé. Deux des fléaux sociaux, la tuberculose et les M.S.T. sont ainsi passés sous la responsabilité des départements, en même temps que les services d'action sociale et la Protection maternelle et infantile.

Seconde modification, l'abrogation par la loi du 27 janvier 1987 de l'article L. 282, qui interdisait « toute publicité de caractère commercial sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou sous une forme déguisée le traitement ou la prophylaxie des maladies vénériennes ». Inspiré par la nécessité de voir se développer des campagnes de promotion des préservatifs, sous la pression du SIDA, ce texte témoigne aussi la volonté du Gouvernement de garder un contrôle sur les discours publics en matière de sexualité. L'autorisation de publicité est ainsi soumise au visa d'une commission spéciale, et de la libéralisation ne touche pas les restrictions identiques pour la publicité des préservatifs comme contraceptifs, interdite depuis 1920.

## LA SITUATION ACTUELLE

Que reste-t-il en 1990 du dispositif formalisé en 1942 ? Ses bases scientifiques, qu'il s'agisse du rôle étiologique ubiquitaire de la syphilis, de sa transmission héréditaire, ou de ses dérives idéologiques (la lutte contre la dégénérescence) s'étaient évanouies ; la cible principale des textes à l'origine, la prostitution, ne fait plus l'objet que de mesures d'action sociale vélléitaires, à l'exception de quelques départements.

De la philosophie générale de la loi, ne reste que la **criminalisation** de « l'agent contaminateur » dont on peut se demander qu'elle est, à notre époque, la signification et l'intérêt d'un point de vue de Santé publique.

Pourquoi faire porter la responsabilité de la transmission sur l'un seulement de ce que l'on appelle des « partenaires » ?

Les modes d'intervention et d'organisation administrative ont aussi évolué. La quasi-généralisation de la Sécurité sociale a amoindri le rôle social des dispensaires antivénériens. Leur nombre est passé de 600 en 1958 à 176 actuellement, et la moitié d'entre eux sont en fait des points de consultation implantés dans des structures de soins plus généralistes. La limitation de la gratuité des soins aux seules 4 maladies mentionnées dans la loi handicape d'autre part lourdement la qualité du service qu'ils peuvent rendre par rapport au système hospitalier ou à la médecine libérale.

La conception du rôle de l'État vis-à-vis de la surveillance sanitaire a elle aussi changé. Les meilleures données de surveillance proviennent maintenant de systèmes d'informations basés sur des réseaux (de médecins ou de laboratoires sentinelles) et la déclaration obligatoire ne donne actuellement sur ces maladies aucune information utilisable.

D'autres éléments du modèle d'organisation décrit dans les textes ont progressivement disparu : ainsi aucune nomination de « consultant régional de lutte antivénérienne » n'a eu lieu depuis 1976 ; les salles des services spécialisés « réservées à certaines catégories de malades » n'existent plus. 8 départements seulement disposent actuellement d'un service de lutte antivénérienne individualisé, pourvu d'un médecin-chef, les autres ayant regroupé cette activité sous la responsabilité d'un médecin coordinateur pour l'ensemble des services médico-sociaux du département.

Cette dernière évolution indique la direction que pourrait prendre la réforme d'un texte qui ressemble de plus en plus à un puzzle défilant dont certaines pièces seraient introuvables. Le seul problème majeur en dehors du débat de société qu'impose le paradoxe d'une intervention maximale de l'Administration dans le domaine le plus privé, est celui du maintien d'un dispositif de soins permettant l'accès rapide et gratuit à un traitement.

# NOTE

## 3<sup>e</sup> JOURNÉE DE L'ASSOCIATION PLURALIS 20 SEPTEMBRE 1990

### DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU SIDA :

#### *Quels hébergements pour les toxicomanes ?*

Association PLURALIS, 16, allée Perrette-du-Guillet, Paris 19<sup>e</sup>

Tél. : (1) 42 40 41 77



Par suite d'un mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé lancé le 2 avril dernier, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales ne sont pas en mesure de communiquer normalement à la Direction générale de la santé les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est suspendue.