



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

Traitement des urétrites et cervicites non compliquées

En vue d'une Fiche mémo

Avril 2015

L'équipe

Ce document a été réalisé par le Mme Muriel Dhénain, chef de projet au Service Bonnes pratiques professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Marie Georget documentaliste, avec l'aide de Mme René Cardoso.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Marie-Catherine John.

Pour tout contact au sujet de ce document :

Tél. : 01 55 93 71 51

Fax : 01 55 93 74 37

Courriel : contact.sbpp@has-sante.fr

Cette note de cadrage est téléchargeable sur

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Communication

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture
orthographique et typographique

Sommaire

1. Présentation du thème	4
1.1 Saisine	4
1.2 Contexte du thème	4
1.3 Enjeux.....	9
2. Cadrage du thème de travail et des questions à traiter	10
2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire)	10
2.2 Délimitation du thème.....	11
2.3 Patients concernés par le thème.....	11
2.4 Professionnels concernés par le thème	12
3. Modalités de réalisation	13
3.1 Modalités de mise en œuvre	13
3.2 Méthode de travail envisagée	13
3.3 Productions prévues.....	13
3.4 Communication et diffusion	13
3.5 Calendrier prévisionnel.....	14
4. Validation	15

1. Présentation du thème

Le thème « Traitement des urétrites et cervicites non compliquées » est inscrit au programme 2015 de la Haute Autorité de Santé (HAS) (Service des bonnes pratiques professionnelles).

Il est dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la prescription des antibiotiques en premier recours.

1.1 Saisine

La demande intitulée : « *Stratégie de traitement des urétrites et cervicites non compliquées en médecine ambulatoire en particulier pour *Neisseria gonorrhoeae* dans un contexte d'augmentation des résistances aux antibiotiques* » émane de la Direction Générale de la Santé (DGS). Elle s'inscrit dans le cadre du plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 mis en place par le ministère de la santé qui vise à une juste utilisation des antibiotiques.

Il existe des recommandations françaises et internationales de prise en charge thérapeutique des infections à *Neisseria gonorrhoeae* qui font l'objet d'un consensus.

La recrudescence des gonococcies dans le monde et en France, et l'augmentation de la résistance aux antibiotiques, en particulier l'émergence de résistances aux céphalosporines de troisième génération, expliquent la nécessité de mettre à disposition des professionnels de santé, des informations claires et précises pour une prescription appropriée des antibiotiques selon les recommandations de prise en charge probabiliste de ces infections.

1.2 Contexte du thème

► Épidémiologie

Les agents infectieux le plus souvent isolés en France au cours des urétrites et des cervicites non compliquées sont *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoques) et *Chlamydia trachomatis* seuls ou associés entre eux.

Infections à gonocoques

Cette partie a été rédigée à partir d'une étude de l'évolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012¹ complétée par les résultats d'une étude de surveillance des infections à gonocoques en France entre 1996 et 2009².

L'infection à gonocoques ou gonococcie est une infection sexuellement transmissible. Il s'agit habituellement d'une infection génitale non compliquée. Cependant, elle peut être à l'origine de complications graves et faciliter la transmission du VIH.

L'incidence de la gonococcie du fait d'une incubation courte et d'une symptomatologie bruyante chez l'homme représente un indicateur sensible du relâchement des comportements sexuels de prévention et un signal d'alerte précoce par rapport au risque accru d'infection par le VIH.

Une progression des gonococcies

En France, la surveillance des infections à gonocoque est réalisée par deux réseaux sentinelles volontaires :

¹ La Ruche G, Goubard A, Berçot B, Cambau E, Semaille C, Sednaoui P. Evolution du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(5): 93-103

² Nguyen E, Bouyssou A, Lassau F, Basselier B, Sednaoui P, Gallay A. Progression importante des infections à gonocoques en France : données des réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009 Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;(26-28) : 301-304

- Le réseau RésIST : constitué de cliniciens des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), qui envoient à l'InVS des questionnaires avec les données cliniques, thérapeutiques et comportementales documentés pour chaque patient ;
- Le réseau national des gonocoques - réseau Rénago : constitué de laboratoires qui envoient les souches isolées au Centre national de référence (CNR) des gonocoques avec une fiche d'informations épidémiologiques pour chaque patient. Les patients sont diagnostiqués majoritairement en médecine de ville. Les cas déclarés par les microbiologistes du réseau sont diagnostiqués par culture ou par un test de biologie moléculaire (Test d'amplification des acides nucléiques - TAAN). Le CNR teste la sensibilité des gonocoques à six antibiotiques. La sensibilité est évaluée par la concentration minimale inhibitrice (CMI).

Les données de surveillance du réseau Rénago montrent que le nombre de gonocoques isolés par laboratoire chaque année augmente régulièrement depuis 2001 (tableau). La tendance à la hausse des infections à gonocoques concerne les deux sexes et affecte l'ensemble des régions (Nguyen 2011, InVS 2007, Gallay 2008)^{2 3 4}.

Tableau. Évolution du nombre de souches de gonocoques isolées par an et du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an en France d'après les données Rénago, France, 2001-2012 (Références InVS 2007, Gallay 2008, Nguyen 2011, La Ruche 2014)

	2001	2002	2003	2005	2006	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de souches de gonocoques isolées/ an	322				718		1 422	1 807	2 211	2 961
Nombre moyen de gonocoques isolés/ laboratoire/ an	1,5	1,6	2,0	2,5	3,75	4,16	6,32			
TAAN (utilisé comme méthode exclusive de diagnostic) en % de patients							1,9	7,5	13,7	28,4
Nombre de laboratoires participant à la surveillance	97			151			210		161	132

TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques.

Entre 2001 et 2012, 13 386 cas d'infections à gonocoque ont été déclarés par les laboratoires du réseau Rénago dont 11 920 ont été diagnostiqués par culture. Parmi ces cas, 10 501 souches ont été envoyées au CNR, dont 8 649 ont pu être remises en culture.

³ Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996-2005. Mars 2007

⁴ Gallay A, Bouyssou A, Lassau F, Basselier B, Sednaoui P. Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* en France en 2006 : progression importante chez les femmes et augmentation persistante des résistances à la ciprofloxacine. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(5-6):33

Le nombre de cas d'infections à gonocoques rapporté par RésIST est passé de 99 en 2004 à 534 en 2010 (le nombre de sites participant à ce réseau est passé de 7 à 45 sur la même période)⁵.

Caractéristiques des patients :

Les hommes étaient largement majoritaires (sur la période 2001-2009, les femmes représentaient 13 % des cas, mais leur proportion en augmentation a atteint 31 % en 2012).

La tranche d'âge la plus touchée était celle des 15-34 ans.

L'âge médian chez les hommes était de 30 ans sur la période 2001-2009, il a diminué à 26 ans en 2012 ; l'âge médian chez les femmes était de 24 ans sur la période 2001-2009, il a diminué à 21 ans en 2012 (Nguyen 2011 ; La Ruche 2014)^{1,2}.

L'information sur le caractère symptomatique ou non de l'infection n'était pas renseignée dans 26 % des cas chez l'homme et dans 43 % des cas chez la femme. Quand l'information était disponible, l'infection était le plus souvent symptomatique chez l'homme (98 %) et chez la femme (76 %) (Nguyen 2011 ; La Ruche 2014)^{1,2}.

Il a été rapporté à partir de ResIST que la progression des infections à gonocoques sur la période 2001-2009 existait quelle que soit l'orientation sexuelle des patients (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, hommes hétérosexuels, femmes hétérosexuelles) et que l'utilisation systématique d'un préservatif était insuffisamment appliquée (Nguyen 2011)².

En conclusion, il y a eu une augmentation du nombre d'infections à gonocoques déclarées au sein du réseau Rénago sur la période 2000-2012. Cette augmentation a été attribuée à plusieurs facteurs qui sont : un accroissement réel des infections, une augmentation de la détection par TAAN, une augmentation du nombre de laboratoires participants et le regroupement des laboratoires (La Ruche 2014)¹.

Incidence des gonococcies

L'estimation du nombre de gonococcies en France en 2012 a été réalisée à l'occasion d'un contrôle national de qualité des laboratoires de bactériologie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'InVS (Bull InVS 2013)⁶. Le taux de participation des laboratoires en métropole et DOM a été de 96 % (1 342/1 399). Pour calculer le taux d'incidence, le nombre total d'infections à gonocoques extrapolé à partir des données des laboratoires répondants (soit 15 100 gonococcies), a été rapporté à la population française âgée de 15 à 59 ans (tranches d'âge regroupant 98 % des cas de gonococcies diagnostiqués en France). Le taux d'incidence des gonococcies était de 39 pour 100 000 personnes de 15 à 59 ans (IC 95 % : 36,5-41,5), plus élevé dans les DOM qu'en métropole (respectivement 88 et 37 pour 100 000 personnes). Ce taux d'incidence sous-estime la réalité car les cas biologiquement confirmés ne représentent qu'une partie des infections.

Une augmentation des résistances aux antibiotiques

Le CNR a testé la sensibilité aux antibiotiques de 8 649 souches de gonocoques entre 2001 et 2012 (La Ruche 2014)¹ ;

- Pénicilline G : la proportion de souches résistantes a fluctué entre 10 % et 21 % entre 2001 et 2012 (moyenne : 13 %). Elle était de 13,6 % [Intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) : 11,6 - 15,7] en 2012.
- Tétracycline : la proportion de souches résistantes a augmenté de 29 % en 2001 à 56 % en 2012.

⁵ La Ruche G, Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, de Barbeyrac B, Dupin N et al. Epidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. Presse Med. 2013 ; 42 : 432-439

⁶ Bulletin des réseaux de surveillance des IST – Données au 31/12/2013 – Institut de veille sanitaire

- Ciprofloxacine : la proportion de souches résistantes a augmenté de 14 % en 2001 à 47 % en 2006. Elle était de 39,1 % en 2012 (dont 37,4 % de résistance de haut niveau définie par une CMI ≥ 1 mg/L ; et 1,7 % de résistance de bas niveau)
- Spectinomycine : aucune souche résistante n'a été détectée entre 2001 et 2012.
- Cefixime : la proportion de souches résistantes (CMI $> 0,125$ mg/L) était inférieure à 1 % jusqu'en 2011. Elle était de 0,7 % en 2011. Elle a augmenté à 3 % [IC95 % : 2,1 - 4,2] en 2012.
- Ceftriaxone : deux souches sur les 8 649 testées ont été résistantes à la ceftriaxone (CMI $> 0,125$ mg/L), ceci en 2010 (dont une était un échec thérapeutique du céfixime⁷) ; mais aucune en 2011, ni en 2012.
- Multirésistance : exceptionnelle entre 2001 et 2011 (5 souches en tout sur cette période), la proportion de souches multirésistantes a augmenté à 1,6 % [IC95 % : 1 - 2,6] en 2012.

La proportion de souches de gonocoques ayant une sensibilité abaissée pour le cefixime (définie par une CMI $\geq 0,094$ mg/L) était de 6,4 % (385/6 004, cefixime testé à partir de 2008). Cette baisse de sensibilité était 2,7 fois plus fréquente en 2012 que sur la période 2001-2009 ($p < 0,001$).

La proportion de souches de gonocoques ayant une sensibilité abaissée pour la ceftriaxone (définie par une CMI $\geq 0,032$ mg/L) était de 6,4 % (554/8 645). Cette baisse de sensibilité était en augmentation en 2010, 2011 et 2012 par rapport à la période 2001-2009 particulièrement en 2010 (où elle était multipliée par 2,5 ($p < 0,001$)).

Pour ces deux molécules, la sensibilité abaissée augmentait avec l'âge des patients et elle était quatre fois plus fréquente pour les souches pharyngées que pour les souches urétrales (OR : 4,21 [IC 95 % : 1,62 – 10,91] ; $p = 0,003$).

En résumé, il existait une progression régulière de baisse de la sensibilité au céfixime entre 2010 et 2012 ; et la proportion de souches de gonocoques résistantes au céfixime (CMI $> 0,125$ mg/L) a été multipliée par 4 entre 2011 et 2012, toutefois en 2012 cette proportion restait inférieure à 5 %.

À l'étranger

Aux États-Unis, l'évolution de la sensibilité aux antibiotiques des gonocoques entre 2006 et 2012 a été décrite à partir d'un système *Sentinel* étendu à tout le territoire (*Gonococcal Isolate Surveillance Project* - GISP) surveillant la sensibilité aux antibiotiques des souches de gonocoques isolées à partir des prélèvements urétraux d'hommes symptomatiques âgés de 25 à 30 ans (Kirkcaldy 2013)⁸ :

- La proportion de souches ayant une diminution de la sensibilité au cefixime (CMI $\geq 0,25$ $\mu\text{g/mL}$) a augmenté de 0,1 % en 2006 à 1,4 % en 2010-2011, elle était de 1,1 % en 2012.
- La proportion de souches ayant une diminution de la sensibilité à la ceftriaxone ($\geq 0,125$ $\mu\text{g/mL}$) a augmenté de 0,1 % en 2006 à 0,3-0,4 % entre 2009 et 2012.
- Il n'y avait pas d'évolution de la sensibilité à l'azithromycine (CMI (≥ 2 $\mu\text{g/mL}$) : 0,2 %-0,5 %).
- La prévalence de la résistance restait élevée pour la pénicilline (11,2 %-13,2%), la tétracycline (16,7 %-22,8 %) et la ciprofloxacine (9,6 %-14,8 %).

⁷ Unemo M, Golparian D, Nicholas R, Ohnishi M, Gallay A, Sednaoui P. High-Level Cefixime- and Ceftriaxone-Resistant *Neisseria gonorrhoeae* in France: Novel penA Mosaic Allele in a Successful International Clone Causes Treatment Failure. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2012;56(3):1273-1280. doi:10.1128/AAC.05760-11.

⁸ Kirkcaldy RD, Kidd S, Weinstock HS, et al. *Sex Transm Infect* 2013;89: iv5—iv10.

En 2012, 20 États membres de l'Union Européenne ont participé à l'*European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme* (Euro-GASP) (ECDC 2015)⁹. Au total, 1 927 souches de gonocoques ont été collectées et testées. La majorité des souches (84 %) ont été isolées à partir de prélèvements d'hommes. La proportion de souches de gonocoques ayant une sensibilité diminuée à la cefixime a baissé de 7,6 % en 2011 à 4 % en 2012 (seuil > 0,125 mg/L). Des souches avec ce phénotype ont été détectées dans 14 pays (nombre de pays en diminution par rapport à 2011). Trois souches de gonocoques ayant une sensibilité diminuée à la ceftriaxone (> 0,125 mg/L) ont été détectées comparé à 10 souches en 2011. (Cette diminution a été également observée en France en 2013. Selon les chiffres du réseau Rénago au 31/12/2013, la proportion de souches de gonocoque résistantes à la cefixime était de 1,7 % (chiffres non précisés). Et il n'y a pas eu de cas rapporté de résistance à la ceftriaxone (Bull InVS 2013)⁶.

En conclusion, après une augmentation alarmante de la résistance des gonocoques aux céphalosporines de troisième génération entre 2010 et 2012, il a été observé en Europe et en France, une légère baisse de cette résistance en 2013.

Infections à *Chlamydia*

Cette partie a été rédigée à partir des données de surveillance des infections sexuellement transmissibles de l'InVS (Bull InVS 2013)⁶.

La surveillance des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* est réalisée par le réseau de laboratoires Rénachla. En 2013, les patients du réseau Rénachla ont été diagnostiqués majoritairement (51 %) dans des structures spécialisées : Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), Ciddist ou centre de planification et d'éducation familiale (CPEF). Le nombre d'infections urogénitales à *Chlamydia* a continué d'augmenter chez l'homme comme chez la femme dans les sites à participation constante les 3 dernières années. Cette augmentation reflète en partie un accroissement des pratiques de dépistage. Les femmes ayant une infection urogénitale à *Chlamydia* étaient plus jeunes que les hommes : âge médian de 22 ans contre 25 ans. Les tranches d'âge les plus touchées sont les 15-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes.

En 2012, en France, le taux d'incidence des infections à *Chlamydia* était de 257 pour 100 000 personnes de 15 à 49 ans (IC 95 % : 156-358), plus élevé dans les DOM qu'en métropole (respectivement 522 et 249 pour 100 000 personnes). Le taux d'incidence a été calculé à partir du nombre total d'infections à *Chlamydia* extrapolé à partir des données des laboratoires répondants (soit 77 000), rapporté à la population française âgée de 15 à 49 ans (tranches d'âge regroupant 98 % des cas d'infections à *Chlamydia* diagnostiquées en France).

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 - sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses. Stockholm: ECDC; 2015

► État des lieux sur les pratiques et l'organisation de la prise en charge

Le traitement antibiotique probabiliste recommandé par l'ANSM est le suivant (Afssaps 2008) :

- Traitement anti-gonococcique :
 - ceftriaxone : 500 mg en une seule injection (intra-musculaire ou intra-veineuse),
 - en cas de contre-indication aux bêta-lactamines : spectinomycine, 2 g en une seule injection intra-musculaire,
 - en cas de refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie parentérale : céfixime, 400 mg en une prise orale unique.
- Associé au traitement anti-*Chlamydia* :
 - azithromycine : 1 g en monodose,
 - ou doxycycline : 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours.

Il n'y a pas eu d'enquête récente en France sur les prescriptions de céphalosporines de troisième génération dans le traitement des urétrites non compliquées.

La seule étude identifiée à ce sujet a eu pour objectif de décrire les pratiques de traitement antibiotique des patients ayant des symptômes évocateurs d'urétrite non compliquée en médecine générale (Falchi 2011). Elle a été conduite entre juin et août 2008 auprès des médecins généralistes du réseau *Sentinelles*. Le but était de déterminer si les généralistes avaient abandonné la prescription des fluoroquinolones en première intention qui n'était plus recommandée à partir de 2005. Les auteurs ont fait une vignette clinique d'un homme ayant des signes d'urétrite gonococcique typique pour amener des questions sur le traitement antibiotique. Ils ont envoyé ce questionnaire à un échantillon aléatoire de 1 000 médecins généralistes. Seuls 20 % des généralistes (66/350 répondants à l'enquête) ont prescrit dans ce cas clinique fictif les antibiotiques de première ligne recommandés pour le traitement simultané anti-gonococcique et anti-*chlamydia* (selon les recommandations de l'Afssaps 2005 qui ont été réitérées en 2008).

1.3 Enjeux

L'émergence de résistances cliniques et biologiques aux céphalosporines de troisième génération, principalement au céfixime et aussi à la ceftriaxone, pourrait aboutir à une impasse thérapeutique.

L'augmentation des résistances au céfixime pourrait témoigner d'une application insuffisante de la recommandation nationale d'utiliser la ceftriaxone en première intention dans le traitement probabiliste des urétrites et cervicites.

2. Cadrage du thème de travail et des questions à traiter

2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire)

Données disponibles	Recherche préliminaire : rapports d'évaluations d'agences nationales et internationales, recommandations nationales et internationales
Travaux HAS	Rapport d'orientation. Dépistage et prise en charge de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : état des lieux et propositions - HAS 2010
Travaux des autres institutions	Mise au point. Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation Afssaps - ANSM 2008
Recommandations existantes	<p>Gonorrhée : nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement. Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) soutenues par la Société suisse d'infectiologie et la Société suisse de dermatologie et de vénérologie – 2014</p> <p><i>Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology</i> - 2013</p> <p><i>Sexually Transmitted Infections in Primary Care. Royal College of General Practitioners</i> - 2013</p> <p>Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – Québec (INESSS) – mise à jour 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • Cervicite mucopurulente et Urétrite <p>Lignes directrices sur les infections transmissibles sexuellement. Chapitre : Infections gonococciques. Agence de la santé publique du Canada (ASPC) - Révisé 2013</p> <p><i>Gonorrhea Treatment Guidelines: Revised Guidelines to Preserve Last Effective Treatment Option. Prevention Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i> - 2013</p> <p><i>2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults (IUSTI Europe ; EADV ; EDF ; UEMS ; ECDC ; WHO-Europe)</i></p> <p><i>Update to CDC's Sexually Transmitted</i></p>

Données disponibles	Recherche préliminaire : rapports d'évaluations d'agences nationales et internationales, recommandations nationales et internationales
	<p><i>Diseases Treatment Guidelines, 2010: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections. CDC - 2012</i></p> <p><i>UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) – 2011</i></p> <p>Recommandations de bonnes pratiques cliniques : diagnostic et traitement des urétrites aiguës non compliquées de l'homme. Comité d'infectiologie de l'Association française d'urologie (CIAFU) - 2010</p>
Analyse quantitative et qualitative des données disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche Medline large sur gonocoques/urétrites/cervicites, effectuée sur la période 01/01/2008 - 01/04/2015 des recommandations et conférences de consensus : 60 références • Recherche sur les sites des sociétés savantes et des agences : 40 documents

2.2 Délimitation du thème

► Objectif

L'objectif est de mettre à disposition des professionnels de santé des messages clés pour une juste prescription des antibiotiques dans les urétrites et cervicites non compliquées, selon les recommandations en vigueur.

► Questions retenues

- Quel est le traitement antibiotique probabiliste recommandé pour les urétrites et cervicites non compliquées ?
- Quelles sont les mesures associées (mesures générales, mesures de prévention) ?
- Quel est le suivi ?

2.3 Patients concernés par le thème

Personnes ayant des signes cliniques évocateurs d'infection génitale basse :

- Chez l'homme : urétrite avec écoulement urétral, dysurie, brûlures mictionnelles ;
- Chez la femme : cervicite avec leucorrhées, dysurie, dyspareunie.

Les localisations pharyngées ou ano-rectales sont des atteintes extra-génitales non compliquées. Elles peuvent être associées ou non à une urétrite ou une cervicite.

2.4 Professionnels concernés par le thème

Médecins généralistes, gynécologues, urologues, dermatologues, infectiologues, médecins de médecine universitaire, microbiologistes, les associations de patients et usagers impliquées dans la lutte contre les IST

3. Modalités de réalisation

3.1 Modalités de mise en œuvre

La HAS est promoteur de ce projet.

3.2 Méthode de travail envisagée

Il est proposé d'élaborer une « Fiche mémo » à partir des recommandations de l'Afssaps/ANSM 2008 et du rapport d'orientation réalisé par la HAS.

La méthode proposée consiste en :

- un travail d'analyse critique de la littérature ;
- un avis officiel des parties prenantes concernées :
 - Organismes professionnels
 - Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU),
 - Association française d'urologie (AFU),
 - Centre national de référence des gonocoques (CNR),
 - Collège de la médecine générale (CMG),
 - Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF),
 - Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM),
 - Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf),
 - Société française de biologie clinique,
 - Société française de dermatologie (SFD),
 - Société française de gynécologie (SFG),
 - Société française de microbiologie,
 - Société française de santé publique (SFSP),
 - Société nationale française de médecine interne (SFNMI),
 - Représentants d'usagers du système de soins
 - AIDES,
 - Collectif inter-associatif sur la santé (Ciss),
 - Institutionnels
 - ANSM,
 - CNAMTS, RSA, RSI,
 - DGS,
 - DGOS,
 - Inpes

3.3 Productions prévues

- Rapport d'élaboration
- Fiche mémo

3.4 Communication et diffusion

Diffusion aux médecins par :

- Le site internet de la HAS ;
- Le site du Plan antibiotiques 2011-2016 du ministère de la santé ;
- La Journée européenne d'information sur les antibiotiques du 18 novembre 2015.

3.5 Calendrier prévisionnel

Délai de réalisation : 6 mois

- Analyse de la littérature : avril - mai 2015
- Phase de demande d'avis des parties prenantes : juillet août 2015
- Passage devant la CSPC et le Collège de la HAS en septembre et octobre 2015
- Mise en ligne prévisionnelle : novembre 2015

4. Validation

Lors de la délibération du 23 avril, le Collège de la HAS a donné un avis favorable à la note de cadrage.