

PROTOCOLE D'ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Sentinelles

Code de l'étude
RS2008Enq3

Enquête « Urétrites masculines »

Application des recommandations sur la prise en charge thérapeutique du traitement probabiliste des urétrites non compliquées

Responsables du Projet <ul style="list-style-type: none">• <i>Pour Institut de Veille Sanitaire</i>	Anne Gallay Institut de Veille Sanitaire 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
<ul style="list-style-type: none">• <i>Pour Réseau Sentinelles</i>	Andrea Lasserre UMR-S 707 Inserm UPMC 27, rue Chaligny 75571 Paris cedex 12 <lasserre@u707.jussieu.fr>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Chargée d'étude</i>	Alessandra Falchi Réseau Sentinelles, Inserm UPMC UMR-S 707 <falchi@u707.jussieu.fr>
Comité scientifique	<ul style="list-style-type: none">• Dr Anne Gallay, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.• Dr Patrice Sednaoui, Centre nationale de référence des gonocoques, Institut Alfred Fournier – Paris.• Dr François Lassau, Hôpital Saint Louis, Paris.• Dr Thierry Blanchon, réseau Sentinelles, Paris.• Véronique Massari réseau Sentinelles, Paris.• Dr Thomas Hanslik, réseau Sentinelles, Paris.
<p>Ce protocole contient des informations confidentielles du Réseau Sentinelles (Inserm unité 707) et ne doit être utilisé que pour la conduite de l'étude épidémiologique. Le protocole ne doit pas être transmis à des personnes non concernées par cette étude épidémiologique, ni utilisé dans un autre but, sans l'accord écrit préalable du Réseau Sentinelles (Inserm unité 707) CONFIDENTIEL</p>	

Titre	Etude des pratiques de la prise en charge des urétrites masculines non compliquées auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles
Rationnel	<p>En France, l'incidence des infections à gonocoque augmente dans un contexte de recrudescence générale des infections sexuellement transmissibles (IST) touchant particulièrement les hommes.</p> <p>Les échecs thérapeutiques liés à l'utilisation de la ciprofloxacine et les insuffisances du dépistage des IST parmi les individus les plus exposés, pourraient expliquer cette tendance.</p> <p>Nous proposons de mener une enquête auprès des médecins généralistes, principaux acteurs de la prise en charge des IST en France. L'objectif est d'étudier les pratiques de la prise en charge des urétrites masculines non compliquées en France. Les questions qui se posent concernent en particulier les critères de diagnostic utilisés et les antibiotiques prescrits lors d'un traitement probabiliste.</p>
Type d'étude	Enquête descriptive transversale menée auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm.
Objectifs	<p>Principal :</p> <p>Evaluer les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées. La prise en charge sera évaluée en terme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - critères de diagnostic clinique et biologique - critères utilisés pour un traitement probabiliste - antibiothérapie prescrite, leur mode d'administration et leur posologie - moment de la prise de l'antibiotique probabiliste si un prélèvement est réalisé pour confirmation étiologique du diagnostic; <p>Secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la connaissance des recommandations faites par l'Afssaps en 2005 pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées ; - Evaluer la connaissance de la campagne faite par l'INPES en décembre 2007 sur le dépistage du VIH et des IST
Sélection des médecins	Etude proposée par voie électronique aux médecins généralistes libéraux du réseau Sentinelles, en France métropolitaine, ayant déclaré une adresse électronique et ayant manifesté son intérêt pour participer aux enquêtes du réseau.
Méthodologie	<p>Méthode choisie : il s'agit d'un cas clinique qui a pour but d'évaluer les pratiques de prise en charge des urétrites aiguës par les médecins généralistes en France. Le cas clinique simule les différentes étapes de la prise en charge d'un homme qui consulte pour les symptômes d'une urétrite aiguë. Il est demandé au médecin de répondre à 8 questions en texte libre. Le temps de réponse est minuté, il est donc nécessaire de répondre en allant « droit au but », comme lors d'une vraie consultation et une fois la réponse validée il sera impossible de revenir en arrière.</p> <p>Validation du cas clinique : le cas clinique sera discuté avec le comité scientifique. Une fois le cas clinique validé, il sera soumis à différentes experts qui jugeront la validité des réponses proposées.</p> <p>Validation de l'enquête : en même temps, le cas clinique sera testé par des médecins généralistes pour avoir un avis externe avant de mettre en place l'enquête.</p> <p>Mise en place : l'enquête se déroulera par voie électronique, les médecins recevront un e-mail avec la proposition de participation et un lien électronique pour accéder à l'enquête. Deux relances par téléphone ou par courrier électronique seront effectuées auprès des médecins n'ayant pas répondu au questionnaire. Le recueil des questionnaires sera clos le 15 juillet 2008.</p>
Analyse Statistique	<p>L'ensemble des variables du questionnaire de l'étude sera analysé. Les données manquantes seront signalées. Les variables qualitatives seront comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'applique pas. Les variables quantitatives seront comparées par le test de Student.</p> <p>La représentativité des médecins participant sera évaluée en comparant leurs caractéristiques à celles de l'ensemble des médecins généralistes de France métropolitaine (sexe, âge, année d'installation, zone d'installation urbaine, rurale, mode d'exercice associé ou non, salarié ou non).</p>
Calendrier	<p>Mise en ligne de l'enquête : 10 juin 2008</p> <p>Clôture de l'enquête : 15 juillet 2008</p> <p>Rapport de l'enquête : fin décembre 2008</p>

Table des matières

1. INTRODUCTION	4
2. OBJECTIFS DE L'ENQUETE	7
2.1. OBJECTIF PRINCIPAL	7
2.2. OBJECTIFS SECONDAIRES	7
3. PLAN EXPERIMENTAL ET METHODOLOGIE	7
3.1. SELECTION DES MEDECINS ENQUETEURS	7
3.2. TYPE D'ENQUETE.	8
3.3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	9
3.4. RECUEIL DES DONNEES.....	9
4. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET LEGALES	9
4.1. CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ENQUETE.....	9
4.2. OBLIGATIONS LEGALES.....	9
4.3. MONITORAGE ET CONTROLE DES DONNEES	9
4.4. UTILISATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	9
5. ANALYSE DES RESULTATS.....	10
6. CALENDRIER DE L'ETUDE	10
7. REFERENCES	10
8. ANNEXES.....	12
8.1. LISTE D'EXPERTS AYANT VALIDE LA GRILLE DE REPONSES.....	12
8.2. QUESTIONNAIRE ET REPONSES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

1. Introduction

Les infections gonococciques

Les infections gonococciques non compliquées, dues à *Neisseria Gonorrhoeae*, se traduisent le plus souvent par une urétrite douloureuse à la miction chez l'homme et une cervicite peu symptomatique chez la femme [1]. Ce sont des infections sexuellement transmissibles.

- Syndrome clinique :
 - inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un écoulement urétral;
 - en cas d'écoulement urétral, ce dernier peut être mucoïde, mucopurulent ou purulent;
 - l'urétrite peut aussi se manifester par une dysurie, un prurit urétral ou un érythème au niveau du méat.
- Définition microscopique : présence de ≥ 5 leucocytes polynucléaires (PN) sur un frottis dans 5 champs d'observation aléatoirement choisis et non adjacents à grossissement $\times 1\ 000$ (immersion à l'huile).

Le traitement par antibiotique est simple et efficace, le plus souvent probabiliste devant la symptomatologie douloureuse chez l'homme. La ciprofloxacine, per os en dose unique, a été pendant plusieurs années le traitement probabiliste de premier choix des urétrites. L'émergence des souches résistantes en augmentation chaque année a conduit l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) à faire de nouvelles recommandations en 2005 pour la prise en charge des urétrites et cervicites non compliquées. L'Afssaps recommande d'utiliser la ceftriaxone en traitement probabiliste de première intention et la cefixime en traitement probabiliste de seconde intention. La ciprofloxacine doit être réservée uniquement aux cas où la souche est sensible sur l'antibiogramme ou en cas d'allergie ou d'intolérance aux deux traitements de première intention [2].

L'incidence des infections à gonocoques, comme celle d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), est en progression depuis plusieurs années (Figure 1) [3]. La courte période d'incubation et la symptomatologie bruyante des urétrites gonococciques chez l'homme en font un indicateur épidémiologique très réactif quant à l'évolution des comportements sexuels et de leurs éventuelles dégradations.

Contexte de la surveillance des infections gonococciques en France

La surveillance des infections à gonocoque est réalisée avec le réseau de laboratoires Renago depuis 1986. L'analyse des données de surveillance permet de suivre l'évolution temporelle des infections à gonocoques en France et de décrire les caractéristiques des malades et des souches de gonocoque, notamment de réaliser le suivi des résistances aux antibiotiques.

Les laboratoires participant (233 en 2006) envoient les souches isolées à l'Institut Alfred Fournier (Centre National de Référence des gonocoques) avec une fiche épidémiologique incluant des informations concernant le sexe, l'âge, le site de prélèvement et le code postal du laboratoire pour chaque patient.

L'Institut Alfred Fournier teste la sensibilité des souches de *Neisseria Gonorrhoeae* à 6 antibiotiques (la pénicilline, la tétracycline, la ciprofloxacine, la ceftriaxone, le thiamphénicol et la spectinomycine). Les critères de définitions des résistances utilisés sont ceux du National Committee for Clinical Laboratory Standards [4].

Résistance des gonocoques à la ciprofloxacine

En France, la proportion des gonocoques résistant à la ciprofloxacine augmente chaque année depuis la fin des années 90 : elle est passée de 0,7% en 1998 à 43% en 2006 (Figure 2). Cette croissance annuelle de la résistance à la ciprofloxacine est également observée dans d'autres pays européens, notamment au Royaume-Uni (21,7% en 2005 vs 14,1% en 2004) et aux Pays-Bas (26% en 2005 vs 14,9% en 2004) [5-6] ainsi qu'aux Etats-Unis [7]. Cependant la France se situe parmi les pays où la proportion de résistance des gonocoques à la ciprofloxacine est la plus élevée. En France, aucun groupe particulier de patients ne semble plus à risque d'être infecté par une souche résistante. Un tel accroissement de l'incidence de la résistance suggère le maintien d'une importante « pression de sélection » consécutive à la non application par les médecins prescripteurs des recommandations émises par l'Afssaps en 2005 concernant le traitement probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées (<http://www.afssaps.sante.fr/>).

Cette augmentation persistante de la résistance à la ciprofloxacine est inquiétante. L'utilisation de la ciprofloxacine comme traitement probabiliste est à l'origine d'échecs thérapeutiques contribuant à la transmission des infections avec des souches résistantes. Cette situation d'une part pourrait en partie expliquer l'augmentation du nombre d'infection chez la femme et d'autre part augmente la susceptibilité des patients à d'autres IST, notamment le VIH.

Pourquoi s'intéresser à la médecine générale ?

L'évolution de la résistance aux antibiotiques par le réseau Renago reflète l'évolution des résistances chez des patients consultant en médecine de ville. En effet, les trois quarts des laboratoires participant au réseau Renago sont privés et reçoivent les prélèvements urétraux ou cervicaux prescrits ou réalisés par des médecins libéraux exerçant en ville. Une étude réalisée auprès de ces médecins permettrait donc d'objectiver les pratiques de prise en charge probabiliste de la majorité des cas d'urétrites masculines en France. L'étude proposée ici s'intéresse aux pratiques des médecins généralistes français en s'appuyant sur le réseau Sentinelles de l'Inserm.

Le réseau Sentinelles, constitué de 1240 médecins généralistes en France métropolitaine, surveille l'incidence des urétrites masculines depuis 1984. Les gonocoques sont avec les chlamydias, les étiologies des urétrites masculines les plus fréquemment rapportées par ces médecins [8]. Les questions qui se posent sont : comment les médecins généralistes prennent en charge les urétrites masculines ? Quels sont leurs critères de diagnostic ? Quels antibiotiques sont prescrits lors d'un traitement probabiliste ?

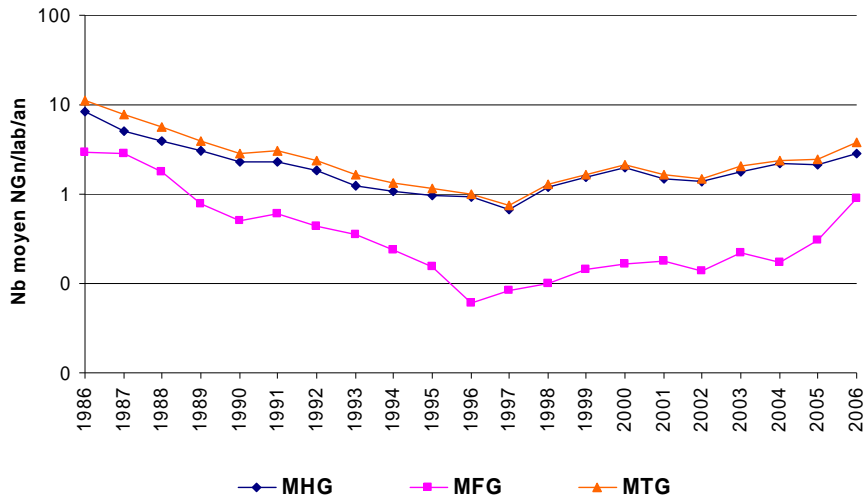


Figure 1. Evolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif par an pour l'ensemble des patients, chez les hommes et chez les femmes, réseau de surveillance Renago, France, 1986-2006.

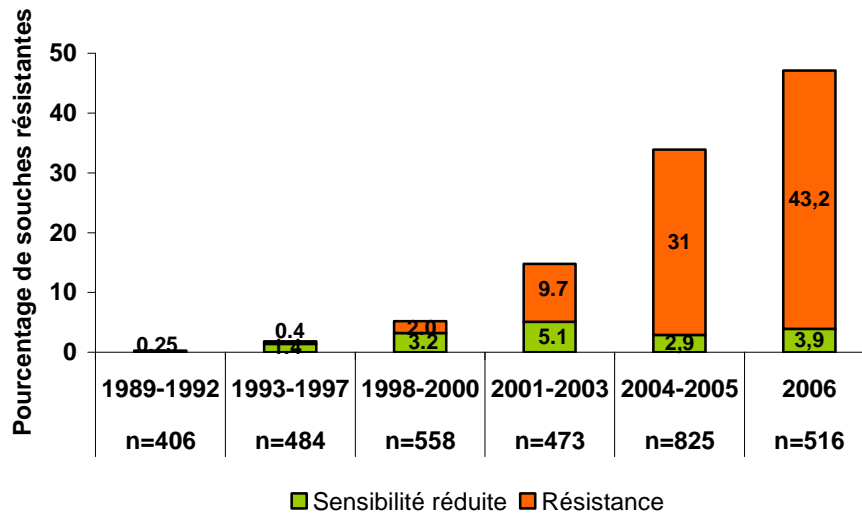


Figure 2. Evolution de la résistance à la ciprofloxacin des gonocoques, réseau de surveillance Renago, France, 1989-2006.

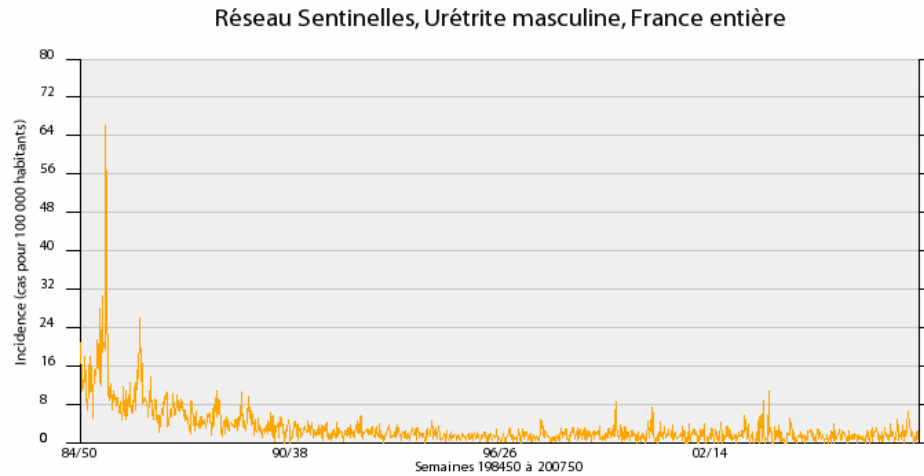


Figure 3. Evolution de l'incidence hebdomadaire des urétrites masculine vues en médecine générale entre 1984 et 2007, réseau Sentinelles.

2. Objectifs de l'enquête

2.1. Objectif principal

- Evaluer les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées. La prise en charge sera évaluée en terme de :
 - critères de diagnostic clinique et biologique
 - critères utilisés pour un traitement probabiliste
 - antibiothérapie prescrite, leur mode d'administration et leur posologie
 - moment de la prise de l'antibiotique probabiliste si un prélèvement est réalisé pour confirmation étiologique du diagnostic.

2.2. Objectifs secondaires

- Evaluer la connaissance des recommandations faites par l'Afssaps en 2005 pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées ;
- Evaluer la connaissance de la campagne faite par l'INPES en décembre 2007 sur le dépistage du VIH et des IST

3. Plan expérimental et méthodologie

3.1. Sélection des médecins enquêteurs

Le réseau Sentinelles est un réseau de 1 260 médecins généralistes libéraux (2 % de la totalité des Médecins Généralistes Libéraux en France métropolitaine) bénévoles et volontaires répartis sur le territoire métropolitain français. Ce système national de surveillance permet le recueil, l'analyse, la

prévision et la redistribution en temps réel de données épidémiologiques issues de l'activité des médecins généralistes libéraux. Il s'intègre aux dispositifs de surveillance mis en place par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (avis favorable de la CNIL n°471 393). Le réseau Sentinelles surveille l'incidence des urétrites masculines depuis 1984.

3.2. Type d'enquête.

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale menée auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm.

Méthodologie choisie : il s'agit d'un cas clinique. Celui-ci consiste à reproduire une situation plausible à l'aide d'une brève description à propos de laquelle les médecins sont questionnés [9]. Son postulat central est que les comportements révélés à partir de la simulation se rapprochent des comportements réels des répondants. Cette capacité du cas clinique à refléter les comportements a été investiguée et décrite dans la littérature [10-12] et comporte de nombreux avantages dont l'efficience et la flexibilité [12, 13-16].

Elaboration du cas clinique : l'élaboration du cas clinique comprend six étapes :

- **Première étape** : réflexion quant au contenu à inclure, il a été décidé avec le comité scientifique que le contenu du cas clinique devait :
 - I. Reconstituer les étapes d'une prise en charge typique d'un patient atteint d'une urétrite masculine,
 - II. Illustrer l'évolution de la phase du diagnostic clinique et diagnostic biologique,
 - III. Illustrer les critères utilisés pour un traitement probabiliste des urétrites masculines non compliquées, dont antibiothérapie prescrite, leur mode d'administration et leur posologie, moment de la prise de l'antibiotique probabiliste si un prélèvement est réalisé pour confirmation étiologique du diagnostic,
 - IV. Evaluer la connaissance des recommandations faites par l'Afssaps en 2005 pour la prise en charge probabiliste des urétrites masculines non compliquées,
 - V. Evaluer la connaissance de la campagne faite par l'INPES en décembre 2007.
- **Deuxième étape** : analyse de la littérature afin d'identifier la présence de cas cliniques déjà existants. L'analyse de la littérature a permis d'identifier un cas clinique relativement similaire [12], qu'a servi de guide pour développer celui de la présente étude.
- **Troisième étape** : rédaction du cas en s'adjoignant du comité scientifique ;
- **Quatrième étape** : rédaction des réponses attendues et validation par des expertes externes, les experts sollicités pour la validation de la grille des réponses (cf. 8.1)
- **Cinquième étape** : pré-test auprès de médecins généralistes proches de ceux qui sont visés par la recherche ;
- **Sixième étape** : la rédaction d'une version finale et la mise en ligne

3.3. Déroulement de l'enquête

L'auto-questionnaire sera disponible sur format électronique sur le site www.sentiweb.org, pour l'ensemble des médecins du réseau Sentinelles.

Deux relances par téléphone ou par courrier électronique seront effectuées auprès des médecins n'ayant pas répondu au questionnaire. Le recueil des questionnaires sera clos le 15 juillet 2008. Les médecins n'ayant pas répondu à l'enquête seront contactés pour connaître les raisons de non participation.

3.4. Recueil des données

Les données des questionnaires seront exploitables à partir du site web dans le quel ils sont recueillis. L'analyse de données sera réalisée à l'aide du logiciel de traitement statistique R (www.r-project.org).

4. Considérations éthiques et légales

4.1. Cadre réglementaire de l'enquête

L'enquête sera conduite selon les recommandations de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie élaborées par l'Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF). Cette enquête ne nécessite pas le recueil de données cliniques auprès des patients dans le cadre de la prise en charge de leur pathologie et n'engendre pas de modification de la prise en charge médicale habituelle des personnes concernées. En conséquence, l'enquête ne s'inscrit pas dans le champ d'application de l'article L.1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

4.2. Obligations légales

Cette enquête entre dans le cadre des enquêtes réalisées par le réseau Sentinelles qui a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (avis n° 471393, septembre 1996).

4.3. Monitoring et contrôle des données

Afin de garantir la qualité des données épidémiologiques, le réseau Sentinelles suit les normes de qualité internationales. Il est ainsi certifié ISO 9001v2000 depuis le 22 août 2006, et possède le label Health On the Net (HON). Le monitoring sera effectué par l'unité 707 de l'Inserm. Les procédures de monitoring et d'audit élaborées par l'unité 707 de l'Inserm seront suivies.

4.4. Utilisation des résultats de l'enquête

Toutes les informations relatives au fonctionnement du réseau Sentinelles, ou les données scientifiques fournies par l'Inserm et non encore publiées, sont confidentielles et demeurent la propriété de

l'Inserm. Le médecin enquêteur s'engage à n'utiliser ces informations que sous la conduite de l'enquête et pour aucun autre motif sauf accord préalable écrit du responsable du réseau Sentinelles. Les résultats de l'enquête pourront faire l'objet de publications dans des journaux scientifiques ou de présentations lors de réunions scientifiques. Pour toute publication rédigée par le réseau Sentinelles, le réseau Sentinelles se réserve le droit de sélectionner les personnes qui seront désignées comme auteurs et en tant que tels rédigeront le document. Le rapport final sera mis en ligne, après que le travail ait été publié dans des revues médicales et/ou scientifiques, sur le site du réseau à l'adresse suivante www.sentiweb.fr et son accès sera libre de tous droits.

5. Analyse des résultats

L'ensemble des variables du questionnaire de l'étude sera analysé. Les données manquantes seront signalées. Les variables qualitatives seront comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'applique pas. Les variables quantitatives seront comparées par le test de Student. Stratégie d'analyses prévues (un modèle de régression logistique univariée, puis multivariée. La représentativité des médecins participant sera évaluée en comparant leurs caractéristiques à celles de l'ensemble des médecins généralistes de France métropolitaine (sexe, âge, année d'installation, zone d'installation urbaine, rurale, mode d'exercice associé ou non, salarié ou non).

6. Calendrier de l'étude

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ▪ Etape 1: début juin 2008 | Mise en ligne de l'enquête |
| ▪ Etape 2: juin-juillet 2008 | relance des médecins |
| ▪ Etape 3: mi-juillet 2008 | fin de réceptions des questionnaires |
| ▪ Etape 4 : décembre 2008 | Présentation du rapport final d'étude |

7. Références

1. Halioua B, Lassau F, Janier M, Dupin N, Bouscarat F, Chartier CH, et la section MST de la FD. Maladies sexuellement transmissibles: Recommandations diagnostiques et thérapeutiques. Anales de dermatologie et de vénérologie 2006 ; 133 : 2S11-2.
2. Le traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Afssaps, Bon usage - Mise au point, septembre 2005. <http://www.afssaps.sante.fr/>.
3. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996 -2005. Institut de veille sanitaire. Mars 2007.
4. Wayne PA. Approved standard M100-38. Performances standards for antimicrobial susceptibility testing. National Committee for Clinical Laboratory Standards, 2007.
5. GRASP steering group. The Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme. Annual report 2005. London. Health Protection Agency

http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/stigonorrhoea/publications/GRASP_2005_Annual_Report.pdf

6. Koedijk FD, Borgen K, van Loo IH, van de Laar MJ. Further increase of quinolone resistance of gonococci in the Netherlands and proposal for a new surveillance. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007; 151:142-3.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted disease surveillance 2005: Gonococcal isolate surveillance project (GISP), Annual report 2005. 2007, p.1 – 33. <http://www.cdc.gov/std/Gisp2005/GISPSurvSupp2005short.pdf>
8. Bilan annuel du Réseau de surveillance Ssentinelles, 2006. http://rhone_b3e_jussieu.fr/senti/php/doc/bilans/2006.
9. Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations. Do they predict physician behaviour. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 805-15.
10. Dresselhaus TR, Peabody JW, Luck J, Bertenthal D. An evaluation of vignettes for predicting variation in the quality of preventive care. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1013-8.
11. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresslhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients and chart abstraction. A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-21.
12. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansan J, Spell M. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: A prospective validation study. *Ann Intern Med* 2004; 141: 771-81.
13. Gould D. Using vignettes to collect data for nursing research studies: how valid are the findings. *J Clin Nurs* 1996; 5: 207-12.
14. Hughes R, Hubby M. The application of vignettes in social and nursing research. *J Adv Nurs* 2002; 37:382-6.
15. Rahman N. Caregivers' sensitivity to conflict. The use of the vignette methodology. *Journal of Elder Abuse Neglect* 1996; 8: 35-47.
16. Schigelone AS, Fitzgerald JT. Development and utilisation of vignettes in assessing medical student's support of older and younger patients' medical decisions. *Eval Health Prof.* 2004 ; 27:265-84.

8. Annexes.

8.1. Liste d'experts ayant validé la grille de réponses

- **Dr. ALCARAZ, Isabelle**
Dermatologie et Vénérologie
C.H. Gustave Dron
Rue du President Coty
59208 Tourcoing (Nord)
E-mail : isabellealcaraz@hotmail.com
- **Dr. BOHBOT Jean-Marc**
Médecine Générale
Institut Alfred Fournier
25, boulevard Saint-Jacques
75014 Paris
E-mail : jeanmarc.bohbot@institutfournier.org
- **Dr. CASTANO Fabienne**
Médecine Générale CDAG
Institut Alfred Fournier
25, boulevard Saint-Jacques 75014 Paris
E-mail : fabienne.castano@institutfournier.org
- **Dr DHOTTE Philippe**
Praticien attaché
Hôpital COCHIN SAINT-VINCENT DE PAUL
Dermatologie et Vénérologie Pavillon TARNIER Groupement
hospitalier universitaire Ouest
E-mail: philippe.dhotte@paris.fr
- **Dr DROBACHEFF-THIEBAUT
Christine**
PH Dermatologie
CHU St Jacques. 25030 BESANCON CEDEX
E-mail: drobache@ufc-chu.univ
- **Pr DUPIN Nicolas**
PU-PH
Dermatologie 89, RUE D'ASSAS - PARIS 6EME
HOPITAL COCHIN - SAINT-VINCENT DE PAUL
Groupement hospitalier universitaire Ouest
E Mail : nicolas.dupin@cch.aphp.fr
- **Dr. FROGET Fabienne**
Médecine Générale
Institut Alfred Fournier
25, boulevard Saint-Jacques
75014 Paris
E-mail : fabienne.froget@institutfournier.org
- **Dr JANIER Michel**
PH
HÔPITAL SAINT-LOUIS - 75 PARIS 10^{ème}
Groupement hospitalier universitaire Nord
E-mail : michel.janier@sls.aphp.fr
- **Dr PASSERON, Alain**
Chef de service
CDAG Centre de dépistage anonyme et gratuit
74 avenue Georges-Clemenceau
06400 Cannes
E-mail : apasseron@cg06.fr
- **Dr PICOT ERIC**
Médecin Dermatologie
Hôpital SAINT-ELOI
80, avenue Augustin FLICHE
34295 MONTPELLIER cedex 5
E-mail : e-picot@chu-montpellier.fr
- **Dr SPENATTO Nathalie**
PH CDAG CIDDIST
Dermatologie et Médecine sociale
Pôle Spécialités Médicales
Hôpital La Grave
Place Lange - TSA 60033 - 31059 Toulouse cedex 9
E-mail : spenatto.n@chu-toulouse.fr
- **Dr VERNAY-VAISSE Chantal**
Médecin Référent des CDAG au
Conseil Général 13
Bureau A 1039 Hôtel du Département
52 avenue St Just - 13256 MARSEILLE Cedex 20
E-mail: chantal.vernayvaise@cg13.fr