



HAL
open science

Moyens et techniques de prévention du médecin généraliste pour diminuer le risque d'infection sexuellement transmissible : méthode du patient standardisé

Charlotte Lemelle

► To cite this version:

Charlotte Lemelle. Moyens et techniques de prévention du médecin généraliste pour diminuer le risque d'infection sexuellement transmissible : méthode du patient standardisé . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01742079

HAL Id: dumas-01742079

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01742079>

Submitted on 23 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 214

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Moyens et techniques de prévention du médecin généraliste pour
diminuer le risque d'infection sexuellement transmissible :
méthode du patient standardisé

Présentée et soutenue publiquement
le 11 octobre 2017

Par

Charlotte LEMELLE

Née le 31 janvier 1987 à Saint-Lô (50)

Dirigée par M. Le Docteur François Bloedé, MCA
et Mme Le Docteur Stéphanie Sidorkiewicz, CCU

Jury :

M. Le Professeur Olivier Bouchaud, PU-PH Président
Mme Le Docteur Gladys Ibanez, MCU



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Au Professeur Bouchaud, pour m'avoir si bien accueillie dans son service, m'avoir transmis son savoir mais surtout des valeurs humaines. Merci d'avoir accepté d'être mon président de jury.

Au Docteur Ibanez, vous nous avez si bien accueillis lors de notre présentation à la SFTG. Vous nous avez soufflé de nouvelles idées. Merci d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

A Stéphanie et François, nos deux directeurs de thèse qui nous ont accompagné tout au long de cette aventure qui aura duré 3 ans. Merci pour vos idées, votre temps, et vos encouragements.

À François, mon co-interne, binôme de travail sur ce projet, à nos soutiens mutuels.

À Chloé et Jeremy.

À la SFTG, qui nous a permis en grande partie de réaliser cette thèse.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de faire partie de notre aventure.

À ma famille, mes amis, à Pierre.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	
Liste des figures	
Liste des tableaux	
INTRODUCTION.....	1
1 - La sexualité dans notre société.....	1
2 - État des connaissances de la population française.....	2
3 - État des lieux des infections sexuellement transmissibles.....	3
4 - Rôle central du médecin généraliste.....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	7
1 - Type d'étude : méthode du patient standardisé.....	7
2 - La population de l'étude.....	12
3 - La SFTG, Société de formation thérapeutique du généraliste.....	14
4 - La consultation.....	15
5 - Collecte des données.....	15
6 - Description des variables.....	17
7 - Analyses statistiques.....	18
8 - Les considérations éthiques.....	18
RÉSULTATS.....	20
1 - Description de la population des médecins.....	20
2 - Description de la consultation.....	22
3 - Prévention réalisée pendant la consultation par le médecin généraliste.....	24
4 - Mode de communication utilisé par le médecin généraliste pour réaliser la prévention d'une récurrence d'une prise de risque sexuel.....	40
DISCUSSION.....	59
1 - Les principaux résultats.....	59
2 - Les limites et les points forts de l'étude.....	59
3 - La prévention d'une prise de risque sexuel par le médecin généraliste.....	62
4 - Mode de communication du médecin généraliste pour réaliser sa consultation.....	74
5 - Les pistes d'amélioration de la prise en charge de risque sexuel et de récurrence.....	81
CONCLUSION.....	84
BIBLIOGRAPHIE.....	86
ANNEXES	
Annexe n°1 : Mail pour subvention.....	I
Annexe n°2 : Scénario 1.....	II
Annexe n°3 : Scénario 2.....	V
Annexe n°5 : Mail de recrutement envoyé aux médecins.....	X
Annexe n°6 : Échelle CARE.....	XI
Annexe n°7 : Plan d'analyse des résultats.....	XIII

Liste des abréviations

ARV, traitement antirétroviraux

CDAG, centre de dépistage anonyme et gratuit

CeGIDD, Centres gratuits d'informations, de dépistage et de diagnostic des infections pour le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles

CIDDIST, centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CL, Charlotte Lemelle

CPEF, centre de planification et d'éducation familiale

ED, entretien directif

EM, entretien motivationnel

ET, écart type

FC, François Cherpin

HPV, Papilloma Virus

IST, Infection Sexuellement Transmissible

MST, Maladie Sexuellement Transmissible

OMS, Organisation Mondiale de la Santé

PF, préservatif féminin

PM, préservatif masculin

PrEP, Prophylaxie pré-exposition

RTU, Recommandation temporaire d'utilisation

SIDA, Syndrome d'immunodéficience humaine

SFTG, Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

TPE, Traitement post exposition

TROD, test rapide à orientation diagnostique

VIH, virus de l'immunodéficience humaine

Liste des figures

Figure n°1, phase de recrutement n° 1.....	13
Figure n°2, phase de recrutement n°2.....	13
Figure n°3, diagramme de flux.....	20

Liste des tableaux

Tableau n°1, caractéristiques des médecins.....	21
Tableau n°2, caractéristiques de la consultation.....	22
Tableau n°3, structure de la consultation.....	23

INTRODUCTION

La santé sexuelle est une préoccupation pour de nombreuses personnes dans notre société.

Elle est définie par l'OMS depuis 2006 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et satisfaits. ».

(1)

Le Ministère des affaires sociales et de la santé propose une stratégie nationale de santé sexuelle pour 2017-2030. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité.

Elle se donne pour objectif d'en finir avec l'épidémie du SIDA d'ici 2030, et de faire en sorte que 95 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès au traitement et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale indetectable d'ici 2020. Il s'agit également d'éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles en tant que problèmes majeurs de santé publique. La stratégie nationale de santé sexuelle développe une action volontariste d'information, d'éducation à la santé et de communication, avec une place prioritaire pour la santé des jeunes et permet de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels de santé, notamment de premier recours. (2)

Elle s'inscrit dans une sexualité en pleine mutation.

1 - La sexualité dans notre société.

“Des magazines à la publicité, de la télévision à Internet, des films aux images fixes, la société actuelle subit un vacarme sexuel assourdissant caractérisé par une banalisation de la pornographie et du sexe-marchandise. Le sexe est partout. Il s'achète, se vend, se

loue, et il vend et fait vendre...".(3)

Cette citation du sociologue Richard Poulin met en relief l'omnipotence du sexe dans notre société.

Il est l'héritage d'une révolution sexuelle (4) évoluant depuis les années 1960. Cette révolution est favorisée par :

- la découverte des antibiotiques et le traitement des maladies vénériennes. (5)
- la diffusion plus large du préservatif depuis la seconde guerre mondiale. (6)
- la commercialisation de la pilule contraceptive depuis les années 1960. (7)
- la médicalisation de l'avortement (8), l'assouplissement de son cadre légal dans les années 1970. (9)

L'hyper sexualisation de notre société occidentale exerce une forte pression sur les jeunes débutant leur vie sexuelle mais également sur les adultes. Elle entraîne une modification de la sexualité à tout âge, de l'apparence et du rapport à la séduction. (10)

Dans ce contexte nous pourrions conclure à une bonne connaissance de la sexualité et des infections sexuellement transmissibles : cependant quelques lacunes perdurent.

2 - État des connaissances de la population française

Les enquêtes sur les connaissances, les attitudes, les croyances, et les comportements face au VIH de la population générale adulte vivant en France et en Île-de-France ont été répétées depuis 1992 tous les trois ans (enquête KABP). La dernière date de 2010. (11)

Elle s'inscrit dans un contexte de modification des représentations du VIH/SIDA (12) accompagnée d'un certain relâchement des comportements de prévention. (13)

Nous observons une stabilité du niveau de connaissances relatives aux modes de transmission du VIH. (10) Mais ce sont les 18-30 ans qui maîtrisent le moins bien les mécanismes de transmission et de protection. (11) Si les Franciliens savent à 99 % que le VIH peut être transmis par des rapports non protégés et l'échange de seringue, ils restent 21 % à penser que le VIH peut être transmis par une piqûre de moustique. Une proportion qui grimpe à 25 % chez les plus jeunes, même chiffre qu'en 1992. (14)

Depuis 1998, les Franciliens sont de moins en moins nombreux à considérer le préservatif comme vraiment efficace contre la transmission du virus (59 % en 2010 contre 73 % en 1994). (11)

Il est plutôt mieux perçu et décrit comme banal (75.9 %). Cependant, nous observons que les Franciliennes déclarent moins souvent qu'en 2004 avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport, surtout parmi celles qui fréquentent leur partenaire depuis plus de six mois mais qui ne vivent pas avec lui. (11) Cette moindre utilisation ne semble pas compensée par l'utilisation d'un autre moyen de contraception. (15)

Enfin, si les Franciliens sont plus nombreux à connaître l'existence des traitements antirétroviraux (ARV), c'est chez les jeunes, encore une fois, qu'on trouve la plus grande diminution : en 2010, seuls 59 % des 18-30 ans avaient entendu parler des ARV. (11)

Les jeunes, âgés entre 18 et 30 ans en 2010 sont plus nombreux à connaître le traitement d'urgence que les plus âgés. (11)

Les jeunes craignent plus le sida et les maladies associées (IST, hépatites et tuberculose) et les répondants plus âgés les maladies cardiaques et les démences séniles (11). Ils continuent à se considérer comme ayant plus de risque d'être contaminés par rapport à la moyenne des gens que les plus âgés (11). Ils sont également plus nombreux qu'en 2004 à déclarer avoir eu une IST (hors mycose) dans les cinq dernières années. (16)

Face au relâchement des comportements de prévention, nous observons une augmentation des infections sexuellement transmissibles. (16)

3 - État des lieux des infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes augmentent en France depuis la fin des années 1990 (17). En 2015, le nombre de syphilis précoces, d'infections à gonocoque et de LGV a continué d'augmenter. (16) Cette progression est particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). (18)

Une hausse du nombre de syphilis et de gonococcies est également observée chez les hétérosexuels, malgré un nombre de cas relativement faible. (16)

Entre 2013 et 2015, le nombre d'infections à Chlamydia déclarées a augmenté de 10 %. Cette augmentation est plus importante chez les hommes, progression de 19 % versus 8 %, que chez les femmes. (16)

L'incidence du cancer du col de l'utérus diminue depuis 1980 (15,0 cas pour 100 000 personnes en 1980 contre 6,7 en 2012) avec toutefois un ralentissement de cette baisse depuis les années 2000. (19)

Le nombre de nouveaux cas d'hépatite B aiguë symptomatique est estimé, en 2010, entre 1,6 et 2,5 pour 100 000 habitants soit entre 1 021 et 1 622 nouveaux cas par an. Les personnes les plus touchées sont des hommes entre 20 et 39 ans avec une incidence de 4 pour 100 000. (20)

En France, plus de 150 000 personnes vivent avec le VIH. Et chaque année, ce sont près de 6000 personnes qui découvrent leur séropositivité, un chiffre qui est stable depuis 2011. (21)

Au cours des dernières années, le nombre de découvertes de séropositivité suite à des rapports hétérosexuels diminue, mais il reste élevé pour les hommes homosexuels ou ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, qui représentent 43 % des découvertes. (22)

Entre 2003 et 2012, le nombre de découvertes de séropositivité a presque triplé (x 2,7) chez les jeunes HSH de 15 à 24 ans, puis s'est stabilisé autour de 400 découvertes par an. (23) La région francilienne concentre 42 % des découvertes de séropositivité pour 18 % de la population vivant en France. (21) Le nombre de nouvelles infections n'a pas diminué dans les dernières années, les dernières données font état d'un peu moins de 1900 personnes concernées.

On estime que 50 000 personnes en France ignorent qu'elles sont séropositives pour le VIH ou ne sont pas suivies et qu'elles peuvent transmettre le VIH, en particulier par voie sexuelle. (24)

La recrudescence des IST témoigne d'un relâchement de la prévention et d'une reprise des conduites à risques. Dans cet environnement le rôle du médecin généraliste comme premier recours est prépondérant.

4 - Rôle central du médecin généraliste

Les médecins généralistes estiment très majoritairement que la prévention relève de leur rôle et de leurs compétences. Plus de 95 % s'accordent en effet à dire qu'elle doit être faite par eux-mêmes. Pour 79,7 % d'entre eux, aborder le thème de la vie sexuelle et affective fait partie de leur rôle, mais ils ne sont plus que 58,7 % à déclarer l'aborder facilement. (25)

Une enquête INPES de 2003, 65,4 % des médecins estimaient avoir une efficacité pour changer le comportement de leurs patients vis-à-vis du port du préservatif, contre 75,8 % en 1998. (26)

La propagation du VIH et des IST a considérablement augmenté le besoin pour les médecins généralistes d'enquêter sur la sexualité de leurs patients et la prévention des IST. (27)

Dans de nombreux pays, les autorités sanitaires et les associations médicales recommandent aux médecins d'être proactifs dans ce domaine en éduquant et en conseillant leurs patients, en soutenant les efforts de dépistage de la santé, en enquêtant sur leur exposition au risque, le dépistage des IST, le traitement des troubles diagnostiqués et la prévention de la transmission des IST aux autres. (28–30)

Le rapport Yeni de 2010, propose une nouvelle approche de la prévention. (24) La prévention a été essentiellement fondée jusqu'à maintenant sur l'incitation aux modifications de comportement. Elle était basée sur :

- l'utilisation du préservatif
- l'abstinence
- le report du premier rapport
- la diminution du nombre de partenaires

Cependant, ces interventions n'ont pas entraîné de modifications substantielles des comportements à risque à moyen terme, ni surtout de bénéfice sur la progression de l'épidémie. (31)

Il propose donc une prévention combinée (32), basée sur l'association de la prévention comportementale et :

- l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage. (33)
 - le traitement antirétroviral en pré et post exposition. (24)
- dans un but de réduire la transmission du VIH.

L'accent est mis sur la nécessité de proposer une offre élargie de méthodes de prévention.
(34)

Dans ce contexte il semble intéressant de se poser comme question :

Quels sont les moyens de prévention à disposition du médecin généraliste pour diminuer le risque d'IST et limiter la récurrence d'une prise de risque sexuel chez un patient venant consulter pour une prise de risque sexuel récurrente ? Comment les met-il en œuvre ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour répondre à cette question, nous avons choisi la méthode du patient standardisé. Cette méthode permet d'accéder à la « boîte noire » d'une consultation en recueillant les données directement plutôt qu'en réalisant un questionnaire auprès des patients ou des médecins.

Pour cela, j'ai consulté 20 médecins généralistes en jouant une patiente ayant eu une prise de risque sexuelle récente. J'ai ainsi pu observer au plus près la prise en charge des médecins. Chaque médecin participant a donné son accord de façon préalable mais ne connaissait ni la date de la consultation, ni le thème, ni l'âge, ni le sexe du patient simulé qu'il allait recevoir.

Pour enrichir mes résultats, cette thèse a été réalisée en binôme avec François Cherpin. Il a également consulté 20 médecins généralistes en présentant un scénario identique au mien. François Cherpin réalise un travail sur l'évaluation et la gestion par le médecin généraliste d'une prise de risque sexuel.

1 - Type d'étude : méthode du patient standardisé

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, réalisée auprès de 40 médecins généralistes d'Île-de-France entre juin 2016 et juin 2017. Nous avons utilisé la méthode du patient simulé/standardisé.

1.1 - Description de la méthode du patient standardisé

L'utilisation de la méthode du patient standardisé débute en 1963, aux États-Unis, en Californie du sud. Elle est créée par le Dr Howard Barrows, neurologue, à des fins d'enseignement. Depuis, cette méthode est utilisée plus largement pour la formation des étudiants et des professionnels de santé. (35)

Elle a pour but :

- le transfert de compétence.
- l'évaluation de l'impact de la simulation sur la formation versus la formation classique.
- l'intérêt de la simulation pour améliorer la sécurité des soins et la validation de protocoles standardisés de prise en charge. (36)

Cette méthode trouve aussi une application dans la recherche. (37,38)

Le patient standardisé simule l'histoire d'un patient, reproduit les signes cliniques, la personnalité et les réactions d'après un scénario travaillé en amont. Il consulte plusieurs médecins en présentant toujours le même motif de consultation et la même situation standardisée.

1.2 - Justification du choix de cette méthode

Cette méthode est innovante. Elle n'a pas encore été utilisée pour traiter notre sujet de thèse.

Elle a comme principal avantage de garder une image intacte de la consultation.

En effet, les enquêtes utilisées de façon classique, par exemple les études transversales à base de questionnaires, présentent souvent comme principales limites des biais de réponse de la part des médecins tels que le biais de désirabilité sociale et les artefacts de questionnement, en surestimant les "bonnes pratiques" par rapport à la réalité effective du terrain.

Très souvent le médecin sait répondre à toutes les interrogations des patients. La difficulté est de choisir d'apporter une réponse et de la formuler. Il existe des freins socioculturels.

Notre objectif est de mettre en évidence les thèmes importants qui sont abordés lorsqu'un patient vient consulter pour une prise de risque sexuel.

Cette méthode nous a donc paru appropriée pour répondre à notre problématique.

1.3 - Les investigateurs

Cette étude est réalisée en binôme avec François Cherpin. L'intérêt est d'avoir un investigateur de sexe masculin et un de sexe féminin. Cette dualité a pour but l'observation d'une éventuelle différence de prise en charge si le médecin est homme ou femme face à une patiente ou un patient. Cet objectif est un objectif secondaire, à visée exploratoire.

1.4 - Le financement de l'étude

Après le refus de nombreux organismes de subventionner notre thèse (mails envoyés et liste des associations contactées en annexe 1), nous l'avons donc autofinancée.

1.5 - L'écriture du scénario

Nous avons créé un scénario en tout point identique pour François Cherpin et moi-même.

Après une analyse de la littérature, nous avons dégagé les thèmes importants à aborder dans une consultation pour prendre en charge un patient consultant pour une prise de risque sexuel.

Nous nous sommes également inspirés d'histoires de patients recueillies en consultations ou sur des forums internet pour la construction des personnages.

1.5.1 - Première phase pilote

- Création d'un scénario (annexe 2) avec un ensemble de dialogues pré-définis.
- Scénario joué entre investigateurs et directeurs de thèse.
- Les limites du scénario de la première phase pilote étaient :

- Le patient mène la consultation.
- Absence de spontanéité des 2 parties.
- Non adapté à la multitude de prises en charge possibles proposées par les médecins.
- Non reproductible.

1.5.2 - Seconde phase pilote

- Création d'un scénario évolutif (annexe 3) en fonction des questions du médecin.
- Il est composé d'un trame directrice identique à chaque consultation : "je vous amène les résultats de ma prise de sang" et "je suis rentré(e) dans ma famille, j'ai retrouvé des amis d'enfance on a fait un petit peu la fête, j'ai rencontré quelqu'un, on a passé la nuit ensemble et euh... on n'a pas mis de préservatif".
- Écriture de réponses et relances standardisées pour nourrir la consultation.
- L'ensemble a été écrit pour un maximum d'anticipation et de reproductibilité.
- Il a été amélioré par les nombreuses répétitions du scénario entre investigateurs et directeurs de thèse, toujours dans un souci d'anticipation, de reproductibilité et d'adaptabilité en fonction du médecin.

1.5.3 - Le scénario évolutif

La situation standardisée évolutive présentée à chaque consultation est la suivante :

- Jeune homme de 29 ans travaillant dans une banque ou jeune femme de 29 ans travaillant à la poste.
- Sans antécédents médicaux, chirurgicaux ou familiaux particuliers.
- Sans traitement sauf une contraception par pilule œstroprogestative de 2e génération type « Leelo » pour CL.
- Avec un suivi gynécologique régulier et sans antécédent de grossesse pour CL.
- Sans prise de toxique de façon régulière mais consommation festive d'alcool, parfois excessive.

- Célibataire.
- Consulte pour des résultats de prise de sang comprenant : sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA VDRL, PCR chlamydia et gonocoque sur 1er jet urinaire prescrits par notre médecin de province, et réalisés après une prise de risque sexuelle par oubli de préservatif dans un contexte de consommation d'alcool festive, avec répétition de ces prises de risque dans l'année.
- Au besoin utilisation de relances standardisées :
 - Je suis inquiet(e).
 - Je n'aime pas les préservatifs.
 - Parfois le préservatif craque.
 - Consommation d'alcool.
 - Dernière histoire amoureuse difficile.
 - Nécessité d'un contrôle sérologique.
 - Utilisation du préservatif dans les préliminaires.
 - Existence d'un autre moyen de protection que le préservatif masculin.
- N'a pas de médecin traitant en région parisienne.
- Carte vitale perdue, en cours de régularisation.

1.5.4 - Le bilan biologique

À partir de résultats transmis par des laboratoires de ville, nous avons créé notre fiche de résultats, remis au médecin lors de la consultation.(annexe 4)

Nous avons modifié la date de la réalisation des examens biologiques avant chaque consultation pour que le délai entre le rapport à risque et sa réalisation soit de 2 semaines, et que le délai entre la réalisation des examens biologiques et la consultation ne soit pas trop important pour que la situation reste crédible.

Le nom du laboratoire, son adresse, le numéro de téléphone, le biologiste signant les résultats sont des faux.

Le nom du médecin prescripteur est également inventé.

Il contient comme résultats les sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA VDRL, les PCR chlamydia et gonocoque sur 1er jet urinaire.

2 - La population de l'étude

2.1 - Population de l'étude

Les critères d'inclusions sont :

- Médecin généraliste secteur 1 ou 2.
- Île-de-France.
- Avoir donné son consentement pour participer à la thèse.

Les critères de non inclusions sont :

- Le refus de participer à la thèse.
- La pratique d'une médecine générale avec orientation (acupuncture, homéopathie, allergologie).

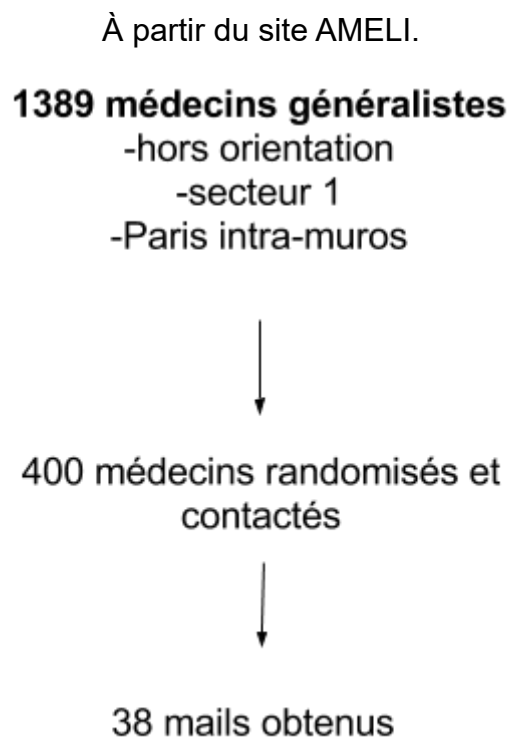
L'inclusion uniquement des médecins généralistes hors orientation est justifiée car leur prise en charge n'est pas l'objet de notre thèse.

2.2 - Mode de recrutement

Le recrutement a été réalisé par 4 internes, François CHERPIN, Chloé CLOPPET, Jérémy BERTONCINI et moi-même.

Phase de recrutement n°1 :

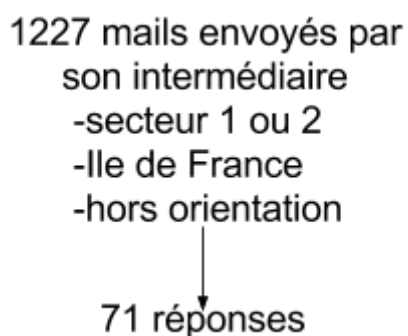
Figure n°1



Phase de recrutement n°2 :

Figure n°2

Par l'intermédiaire des médecins de la SFTG île de France, Société de Formation Thérapeutique du Généraliste.



Le mail envoyé (annexe 5) comporte toutes les informations sur notre étude :

- Des explications sur la méthode utilisée.
- L'anonymisation des données.
- La proposition de participer à une soirée pour échanger sur les résultats.

Il permet de donner son accord à la participation de notre thèse et l'enregistrement de la consultation.

Il ne renseigne pas les médecins ni sur le thème, ni sur le sujet de la thèse, ni sur la date de la consultation simulée.

Grâce à ces deux phases de recrutement successif, nous avons inclus 40 médecins. Chloé CLOPPET et Jeremy BERTONCINI ont de leur côté eux aussi recruté 40 médecins pour leur thèse sur le thème des troubles de la sexualité.

3 - La SFTG, Société de formation thérapeutique du généraliste

Nous sommes venus présenter notre projet de thèse lors d'une soirée de travail fin 2015, dans les locaux de la SFTG Île-de-France. Cette séance de travail a apporté un nouveau regard sur notre thèse et soulevé de nouvelles questions : principalement la place de l'échange des pratiques plutôt que l'évaluation de celles-ci et la confrontation des recommandations contre ce qui est fait et possible de faire lors d'une consultation.

Cette séance a débouché sur notre participation au séminaire de la SFTG sur les IST pour FC et moi. Elle nous a permis d'avoir accès aux dernières recommandations, mais surtout d'échanger avec des intervenants de qualité et les participants sur leurs pratiques et leurs expériences.

La SFTG nous a aussi permis d'augmenter notre recrutement en diffusant notre projet de thèse sur sa mailing liste d'île de France.

4 - La consultation

4.1 - Le déroulement de la consultation

Les consultations étaient sur rendez-vous ou libres. Elles se sont déroulées entre juin 2016 et juin 2017, chez les médecins qui ont donné leur accord préalable pour recevoir un(e) patient(e) standardisé(e). Ils n'avaient pas connaissance de la date de la consultation.

La consultation se déroule selon le scénario pré-établi. Si le médecin avait donné son accord, la consultation était enregistrée grâce à la fonction dictaphone de nos téléphones. Nous avons convenu de refuser tous les examens cliniques intrusifs de type gynécologique ou urologique prétextant au besoin qu'il avait déjà été réalisé par le médecin de province. Nous avons décidé d'accepter la mesure de la tension artérielle, le poids, la taille.

La consultation était réglée, sans présentation de la carte vitale. Les feuilles de soins ont été détruites.

5 - Collecte des données.

5.1 - Le tableau des indicateurs.

Après chaque consultation et grâce à l'enregistrement nous avons retranscrit chacune d'elles. Elles ont été anonymisées après retranscription. L'ensemble des données de chaque consultation est inscrit dans notre tableau des indicateurs.

Chaque consultation a été analysée de façon indépendante par deux investigateurs (CL et FC). Une première par l'investigateur réalisant la consultation et une seconde par son binôme de thèse, FC pour ma part.

Si une trop grande différence de retranscription était perçue, chaque partie discutait de

ses choix, et nous trouvons un consensus.

Nous avons divisé notre tableau d'indicateurs en 9 catégories, avec pour thèmes :

- Les informations générales des médecins consultés.
- Les informations biomédicales, l'interprétation des résultats de la prise de sang.
- L'exploration de la sexualité.
- La contraception.
- Les facteurs de fragilités.
- La prévention d'une prise de risque sexuel.
- L'attitude du médecin durant la consultation, échelle CARE.
- L'ouverture en fin de consultation.
- La constitution du dossier.

Nous avons choisi d'utiliser comme échelle d'évaluation d'empathie l'échelle CARE (Consultation and Relational Empathy Measure) (annexe 6). Le questionnaire est proposé par Mercer SW et al. Il mesure l'empathie qui concerne la consultation de médecine générale. Il est centré sur le patient, adapté au praticien, à l'étudiant et de bonne validité. (39)

Seule l'échelle CARE n'a pas été modifiée par la double lecture car c'est une échelle d'empathie que nous avons complétée au sortir de la consultation, et qu'il n'est pas possible de remplir avec simplement l'enregistrement de la consultation sans le vécu émotionnel.

Nous avons créé une échelle de stress permettant de coter le stress du médecin ressenti lors de chaque consultation. Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation de type Likert : 1- non présent, 2- peu présent, 3- présent, 4- très présent et 5- extrêmement présent.

5.2 - Retours faits au médecin après la consultation simulée.

Après chaque consultation, nous avons contacté le médecin soit par téléphone, mail ou courrier pour le remercier de sa participation à notre travail et afin qu'il puisse supprimer le fichier de la consultation de son dossier médical. Cela nous a également permis de nous présenter et de lui rappeler que la consultation est anonymisée et la feuille de soins détruite.

6 - Description des variables.

Quels sont les moyens de prévention à disposition du médecin généraliste pour diminuer le risque d'IST et limiter la récurrence d'une prise de risque sexuel chez un patient venant consulter pour une prise de risque sexuel récurrente ?

– La prévention comportementale :

- Exploration de la sexualité du patient, traitée par la thèse de FC.
- Le préservatif.
- Le risque de grossesse et la contraception.
- La méthode proposée par le médecin pour limiter la récurrence.

– La prévention combinée :

- Le dépistage, traitée par la thèse de FC.
- Le traitement pré – et post – exposition.
- L'orientation sexuelle.

–Le dépistage des facteurs de fragilité :

- La consommation d'alcool et de drogues.
- La vulnérabilité sociale et psychologique.

Comment les met-il en œuvre ?

- Utilisation de l'entretien motivationnel versus directionnel.
- Échelle CARE.
- Étude de discours de prévention : banalisation, culpabilisation et dramatisation.
- Partage des expériences du médecin.
- Niveau d'anxiété du médecin ressenti par l'investigateur pendant la consultation.
- Relances faites par l'investigateur pour nourrir la consultation.

À partir de ces résultats, une perspective de travail sera de proposer une consultation idéale avec l'abord de l'ensemble des thèmes à explorer et d'évaluer sa faisabilité.

7 - Analyses statistiques.

Les variables quantitatives telles que l'âge ou la durée des consultations seront décrites en moyenne plus écart type ou en médiane et interquartile.

Les variables qualitatives telles que par exemple le sexe ou le mode d'exercice seront décrites en effectifs et pourcentages.

Nous avons utilisé le logiciel Excel pour réaliser l'ensemble de nos calculs.

8 - Les considérations éthiques.

Dans les études étrangères utilisant la méthode du patient simulé, le consentement préalable des médecins évalués n'était pas requis. (40,41)

La première thèse française ayant utilisée cette méthode (J. Dougados-2008) prévoit le recueil systématique du consentement des praticiens avant la visite de la patiente standardisée. (42)

L'inclusion exclusive de médecins acceptant un regard extérieur sur leur pratique induit un biais de sélection que nous n'avons pu éviter pour 2 raisons :

- Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris avait fortement déconseillé de réaliser une étude avec la méthode du patient standardisé sans recueillir le consentement des médecins : une demande avait été effectuée en 2015 par Jennifer Soussan et Anne-Élisabeth Mazel lors de la réalisation de leurs thèses. (9)(43)
- Il ne nous paraissait pas acceptable éthiquement d'imposer la participation à notre étude à des médecins sans leur demander leur consentement.

Dans ce contexte nous avons recueilli l'ensemble des consentements des médecins de notre étude par e-mails.

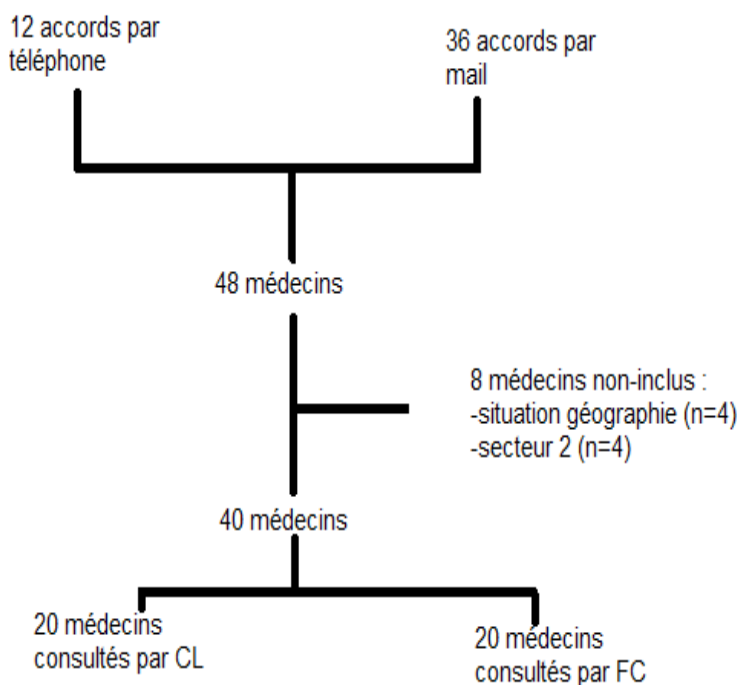
Nous avons réglé chaque consultation sans présenter notre carte vitale et en détruisant les feuilles de soins pour éviter le financement de notre étude par la sécurité sociale et nos mutuelles, à leur insu.

RÉSULTATS

1 - Description de la population des médecins.

Au total, 1627 médecins ont été contactés : 400 par téléphone et 1227 par e-mail (liste de diffusion de la SFTG). Figure 3

Figure 3. Diagramme de flux.



Au final 40 médecins ont été inclus dans l'étude.

L'âge médian des médecins était de 54,5 ans (Q1-Q3 : 35-58,5). Parmi les 40 médecins, 27 étaient des femmes (67,5 %) et 25 appartenaient à la SFTG (62,5 %). Les résultats sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins (n=40)

Sexe	féminin – n (%)	27 (67,5)
	<i>femmes vues par CL</i>	13 (48,15)
	<i>femmes vues par FC</i>	14 (51,85)
	masculin – n (%)	13 (32,5)
	<i>hommes vus par CL</i>	7 (53,85)
	<i>hommes vus par FC</i>	6 (46,15)
Age du médecin (années)	médiane (Q1-Q3)	54,5 (35-58,5)
Lieu de la consultation	Paris – n (%)	23 (57,5)
	Banlieue (92, 93, 94, 78) – n (%)	17 (42,5)
Mode d'exercice	cabinet de groupe – n (%)	26 (65)
	centre de santé – n (%)	6 (15)
	seul – n (%)	8 (20)
Secteur	secteur 2 – n (%)	4 (10)
	secteur 1 – n (%)	36 (40)
Médecin appartenant à la SFTG – n (%)		25 (62,5)
Maître de stage – n (%)		10 (25)
Interne présent lors de la consultation – n (%)		2(5)
Prix de la consultation – euros	moyenne (écart-type)	24.15 (2,81)

Les données sont des valeurs (pourcentages) pour les variables catégorielles et des médianes (Q1, Q3) ou moyenne et écart-type pour les variables quantitatives.

2 - Description de la consultation.

La durée médiane de la consultation était de 14 minutes (Q1-Q3 : 10-16.5) (détails des temps de consultation en fonction de l'investigateur dans le tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques de la consultation.

Durée des consultations (minutes).

	Population totale	Charlotte L	François C
n	40	20	20
Médiane (Q1-Q3)	14 (10-16,5)	15 (12,75-19,25)	11 (10-14)

Durée de la consultation (min) et sexe du médecin.

	Charlotte L		François C	
	hommes	femmes	hommes	femmes
Médiane (Q1-Q3)	15,28 (13-17,5)	17 (13-20)	14 (11,75-14,75)	10,5 (10-13,5)

La constitution d'un dossier médical (recueil des antécédents, allergies, vaccination, traitement en cours) a concerné 33 consultations (82,5 %). La médiane du temps consacrée au dossier médical était de 1,5 minutes (0-3,25). Les facteurs de risque, type tabac, alcool, drogue et violence étaient recueillis dans 22 consultations (55 %). Un examen clinique a été réalisé lors 6 consultations (15 %). Les résultats sont détaillés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Structure de la consultation.

Place du motif de consultation, n (%)	après les salutations	12 (30)
	après les salutations et le dossier administratif ¹	9 (22,5)
	après le dossier administratif et avant le dossier médical ²	3 (7,5)
Dossier médical présent, n (%)	après le dossier médical	16 (40)
		33 (82,5)
Temps consacré au dossier médical (minute), médiane (Q1-Q3)		1,5(0-3,25)
Abord systématique de facteurs de risque (tabac, alcool, drogue et violence), n (%)		22(55)
	facteurs de risque abordés pendant la consultation	
	tabac, n (%)	22 (55)
	alcool, n (%)	16 (40)
	violence, n (%)	3 (7,5)
	drogue, n (%)	9 (22,5)
	tabac, alcool, violence, drogue, n (%)	3 (7,5)
	tabac, alcool, drogue, n (%)	6 (15)
	tabac, alcool, n (%)	7 (17,5)
	tabac seul, n (%)	6 (15)
Examen clinique réalisé, n(%)		6 (15)
	examen chez FC, n (%)	4 (10)
	examen chez CL, n (%)	2 (5)
	consultation avec, n (%)	6 (15)
	prise de tension, n (%)	6 (15)
	taille du patient, n (%)	3 (7,5)
	poids du patient, n (%)	3 (7,5)
	examen dermatologique, n (%)	1 (2,5)

Les données sont des valeurs (pourcentages) pour les variables catégorielles et des médianes (Q1, Q3) ou moyenne et écart-type pour les variables quantitatives.

En fin de consultation, 3 médecins (7.5 %) proposaient une nouvelle consultation, *“et puis si ça reste compliqué vous pouvez aussi revenir me voir [...] je fourmille d'idées [...] ça ne me dérange pas du tout”*.(M-204)

- 1 - Dossier administratif : nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, adresse.

- 2 - Dossier médical : antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, allergie, vaccin, facteurs de risque cardiovasculaire, toxique, addiction.

Six médecins (15 %) proposaient de rappeler avec les prochains résultats au besoin, “vous me rappelez si y'a un souci OK”.(M-219)

Un médecin (2.5 %) proposait un suivi psychologique, “*quand vous me dites « je n'arrive pas à m'imposer, je me retrouve comme une enfant » : il faut peut-être juste travailler la dessus*”.(M-210)

Aucun médecin n'a démasqué le patient simulé.

3 - Prévention réalisée pendant la consultation par le médecin généraliste. (Annexe 7, plan d'analyse des résultats)

3.1 - Prévention comportementale.

3.1.1 - Exploration de la sexualité.

Cette partie est traitée par François Cherpin et ne sera pas présentée dans cette thèse.
(44)

3.1.2 - Abord du préservatif.

3.1.2.1 - Le préservatif masculin.

Il était abordé dans 36 des consultations (90 %). Deux consultations pour FC et deux pour moi ne contenaient pas de message de prévention sur le port du préservatif. La plupart du temps, les médecins sous entendaient le préservatif masculin quand ils évoquaient “*le préservatif*”. (M-206)

Les rôles du préservatif étaient :

- Le seul moyen de prévention des IST pour le patient : “*c'est la meilleure protection que vous ayez contre toutes les MST d'accord.*” (M-209)

Il pouvait prendre une dimension plus directive avec “*c'est quand même un*

indispensable” (M-114) et *“vous n’avez pas le choix.”* (M-205)

- La contraception, *“il faut absolument que vous ayez soit un moyen de contraception efficace ou alors à défaut que vous ayez une protection de type préservatif parce que sinon à chaque fois il y aura l’angoisse.”* (M-209)

Cependant il a ses limites :

- La difficulté d’adhésion du patient au port du préservatif, *“on a déjà du mal à faire mettre aux gens le préservatif.”* (M-105)
- La nuance du rôle absolu du préservatif puisqu’il ne protège pas de toutes les IST, *“en fait il y a des MST, avec ou sans préservatifs, cela se transmet. Voilà faut le dire. Par exemple l’herpès génital, le préservatif ne protège pas vraiment, ça sert pas à grand-chose mais bon en même temps c’est pas très grave. Après en ce qui concerne le papillomavirus, cela ne pose pas trop de problèmes chez l’homme, cela fait des condylomes acuminés, comme des verrues génitales. C’est surtout un problème chez les femmes avec le cancer du col de l’utérus, mais ça c’est pareil le préservatif ne protège pas vraiment.”* (M-103)

Pour une meilleure adhésion à son utilisation certains médecins utilisaient :

- La peur de l’infection par le VIH, *“J’avais eu un patient, une fois, bon ça jette un peu le froid, mais il avait fait juste une fois un rapport non protégé avec une fille super canon qui avait le VIH, mais elle ne le savait pas et lui l’a attrapé, juste à cette fois-là.”* (M-118)
- Le déclenchement d’une prise de conscience du risque pour le patient et/ou son partenaire, *“parce que quelqu’un qui refuse de mettre un préservatif en 2016 c’est quelqu’un qui n’a pas conscience du danger pour lui mais qui éventuellement n’a strictement n’a aucune considération du danger qui pourrait être pour vous parce que dire “mais moi je suis quelqu’un de sain, je suis quelqu’un de fiable” c’est complètement décalé par rapport à la réalité réelle, la réalité réelle c’est qu’on peut être porteur de tout un tas de bestioles et être totalement asymptomatique et être quelqu’un de très bien par ailleurs.”* (M-204)
- La relation d’utilisation du préservatif et le respect de l’autre, de soi, *“ça*

aurait été plus respectueux pour vous-même et pour votre partenaire.”

(M-220)

L'utilisation du préservatif était proposée systématiquement pour chaque nouvelle relation par certain médecin, *“je pense que le plus adapté si c'est des rapports on va dire occasionnel ou si vous ne connaissez pas toujours bien le partenaire c'est le préservatif masculin.”* (M-218)

Cependant des médecins exposaient un avenir sans préservatif avec certaines conditions, *“faut choisir la demoiselle ou le partenaire et puis s'y tenir et au bout de 3 mois, vous laissez tomber tous les plastiques une fois que vous avez fait tous les 2, vos prélèvements.”* (M-109)

3.1.2.2 - Le préservatif féminin.

Il n'était pas abordé dans les consultations de FC, ni par le médecin ni par lui. Pour mes consultations, 12 consultations traitaient de ce sujet. Quatre médecins parlaient spontanément du préservatif féminin, toutes étaient des femmes. Huit l'ont abordé suite à une relance de ma part, *“il n'y a que le préservatif masculin enfin il n'y a rien d'autres ?”*, 3 hommes et 5 femmes.

Ce préservatif était décrit comme une *“vraie plaie”* (M-219) par certains médecins. Il avait donc ses adeptes et ses réfractaires. Il semblait surtout qu'il était moins connu, *“le préservatif féminin c'est pas très connu c'est moins connu que le préservatif”*. (M-205)

Les avantages rapportés par les médecins étaient :

- Protège de l'herpès : *“vu que c'est assez large au niveau de la vulve ça vient protéger de l'herpès aussi.”* (M-205)
- Alternative au préservatif masculin : *“mais ça peut être une idée si le masculin c'est compliqué à mettre ou vous l'oubliez vous pouvez en avoir des féminins.”* (M-203)
- Peut se poser avant le rapport sexuel : *“l'avantage c'est qu'on a pas besoin de le mettre au moment du rapport on peut le mettre avant 1 heure avant 2h avant si besoin.”* (M-201)

- Efficacité : *“il est efficace aussi.”* (M-202)
- Résistance : *“c’est plus résistant.”* (M-213)
- Être acteur de sa prévention : *“c’est une bonne solution le préservatif féminin parce que effectivement... de dire “écoute si tu n’as pas de capote : moi j’ai un préservatif féminin.”* (M-204)
- Facile à mettre : *“maintenant ils sont plus faciles à mettre ça fait pas mal du tout euh c’est pas plus compliqué que de mettre en tampon.”* (M-204)

Les inconvénients étaient :

- Taille : *“ça ressemble à un préservatif masculin en plus gros.”* (M-205)
- Confort : *“pas toujours très confortable non plus.”* (M-202)
- Collant, bruits, coût : *“c’est un vrai plaît... ça colle... c’est plus grand... enfin c’est pas glamour du tout... ça fait du bruit... et en plus c’est cher...”* (M-202)
- Difficulté à la pose et moins sûr : *“c’est moins pratique à mettre... ça s’apprend mais c’est moins pratique à mettre surtout ça bouge plus facilement quoi... c’est-à-dire que effectivement c’est moins sûr on va dire... ça bouge encore plus.”* (M-218)
- Plus difficile à se procurer : *“donc ça s’achète à la pharmacie... je ne sais pas trop si ça s’achète qu’à la pharmacie... ça peut s’acheter sur internet aussi... sinon il y a plusieurs sites qui en vendent sur internet.”* (M-212)
- Gênant à la pose : *“après je pense que c’est plus à faire avec quelqu’un qui est un peu ouvert que vous connaissez un petit peu quoi ça peut être... vous mettre un peu mal à l’aise si... de peur de pas bien le mettre.”* (M-215)

3.1.2.3 - Technique d’utilisation du préservatif.

- La démonstration.

Les consultations de FC ne contenaient pas de message de démonstration du préservatif. Deux médecins, lors de mes consultations, ont proposé une démonstration du préservatif masculin en utilisant comme support l’utilisation d’un vrai préservatif sur un stabilo et l’autre un dessin, *“bon pareil avec le préservatif masculin il faut savoir que quand vous le*

mettez bon vous le mettez sur une verge en érection il faut bien le... pincer le bout... ça aussi c'est pas parce qu'on est un homme qu'on sait forcément le faire, bon de toute façon on regarde toujours la date alors quand vous achetez un préservatif on ouvre pas avec les dents vous voyez j'ai pas abîmé on sort quand on le met on pince la et après on le déroule au niveau du sexe hop jusqu'à la base quand on a le rapport on tient la base là et après quand on sort pareil on va pincer le petit comme ça et après du coup hop et on retire aussi et en jetant... c'est plus simple d'accord." (M-206)

Quatre médecins proposaient une démonstration du préservatif féminin. Deux utilisaient comme support le préservatif en lui-même mais sans utilisation de la Rosine, un, d'un tutoriel sur internet et l'autre d'un mime : *"voilà donc en fait tout simplement vous le mettez quelques heures avant si vous avez un rapport mais sinon si c'est pas sur avant on prend ce petit machin comme ça... on le torsade comme ça... et en fait on le met à l'intérieur du vagin et après on prend les doigts là on essaye de la plaquer contre le vagin contre le col pardon au fond [...] vous plaquez avec vos doigts la comme ça... l'anneau au fond et ça par contre ça doit dépasser, on va dire ça c'est votre vagin et ça ça dépasse à l'extérieur [...] d'accord par contre ce qui est embêtant c'est quand vous avez un rapport la personne il faut bien la guider un petit peu pour qu'il ne se mette pas là d'accord ? [...] hop là et après tout simplement quand vous avez fini votre rapport vous torsadez et vous jetez." (M-206)*

- Les conseils d'utilisation.

Les conseils d'utilisation spécifiques pour le préservatif féminin étaient de l'essayer avant un rapport sexuel, *"vous pouvez toujours l'essayer sur vous pour voir ce que ça donne comme sensation." (M-206)*

Ceux spécifiques pour le préservatif masculin étaient :

- Utiliser un lubrifiant à base d'eau, *"on ne met surtout pas de vaseline la dessus parce que ça les rend poreux [...] normalement il y a des lubrifiants spéciaux à l'eau." (M-206)*
- Taille adapté au pénis, *« si vous êtes trop serré dedans, des fois il faut*

prendre une taille un peu plus grande parce que votre sexe est un peu plus grand donc c'est pas uni-taille quoi.» (M-107)

- Pincer le réservoir, *“il faut vraiment pincer le réservoir en le mettant.” (M-215)*

Ceux communs aux deux types de préservatifs :

- Ne pas ouvrir avec un objet contondant, seulement si emballage intact, *“par contre il ne faut pas l'ouvrir avec les dents [...] pas l'ouvrir pas avec des grands ongles il faut vraiment l'ouvrir où c'est marqué un vous avez le petit machin là il faut l'ouvrir ou c'est indiqué [...] vous l'ouvrez seulement si l'emballage est pas atteint c'est important.” (M-206)*
- Ne pas utiliser deux préservatifs en même temps, *“un seul est suffisant pas besoin de mettre les deux.” (M-212)*
- Respecter la date de péremption, *“bien vérifier la date de péremption aussi très important.” (M-220)*
- Méthode de conservation, *“l'erreur c'est de les mettre dans la poche du jean parce que là ils sont pliés régulièrement et du coup ils peuvent être fragilisés. » (M-119)*
- Usage unique du préservatif, *“oui c'est c'est a utilisé effectivement [...] qu'une fois.” (M-203)*
- Jeter dans une poubelle après usage, *“une fois l'affaire faite on retire le préservatif un nœud et puis dans la poubelle surtout pas dans les toilettes.” (M-220)*

3.1.2.4 - Le préservatif et les préliminaires

Pour deux médecins, l'utilisation du préservatif pendant les préliminaires n'était *“pas obligatoire” (M-208)*, l'un deux avançait comme argument *“on peut attraper la syphilis comme ça mais d'abord la syphilis ça se traite. La malchance d'attraper la syphilis comme ça c'est vraiment... ça peut exister... la femme peut avoir un chancre au fond de la gorge mais enfin vraiment c'est rare. Donc non les préliminaires il n'y a pas de précautions particulières à prendre.” (M-120)*

Le reste des médecins répondaient par une affirmation stricte et d'autres mettaient une certaine nuance dans leur réponse.

Ceux préconisant l'utilisation du préservatif pendant les préliminaires avançaient comme principaux arguments :

- Risque de contamination pour tous les types de rapport sexuel et par les sécrétions, *“il faut en fait à partir du moment où il y a une érection il y a un risque même à partir du moment même sans érection il y a un risque en fait en pratique parce que toutes les infections peuvent passer par les sécrétions y compris lubrifiantes au départ du coup c'est préservatif dès le début [...] et pareil tout ce qui est infection ça passe aussi au niveau de tous les types de sexes pas que vaginal buccal, anal tout ça c'est un risque aussi [...] donc préservatif genre tout le temps préliminaires compris.”* (M-203)
- Risque de contamination par blessure intra-buccale, *“ça vaut peut-être mieux, car on a beaucoup de petites blessures qui passent inaperçues.”* (M-108)
- La méconnaissance du partenaire et qu'ils étaient multiples, *“si vous avez des partenaires nouveaux à chaque fois je vous conseille d'en mettre.”* (M-220)
- Risque de contamination par la syphilis, la chlamydia et le gonocoque, *“je vous conseille d'en mettre, car le risque le plus important c'est la transmission de syphilis, chlamydia et gonocoque.”* (M-220)
- Risque de contamination par l'hépatite A, *“par contre, il y a d'autres maladies qui peuvent se transmettre assez facilement par la salive, la syphilis par exemple, les gonocoques, la chaude pisse, et dans la communauté homosexuelle, l'hépatite A, qui circule par la salive.”* (M-119)
- Risque de contamination par l'herpès, *“l'autre truc c'est que si votre partenaire est en poussée d'herpès, même si vous pénétrez pas, vous pouvez être contaminé.”* (M-102)
- Risque de contamination par le VIH, *“le VIH bah ça s'attrape aussi comme ça... moins souvent mais ça peut s'attraper comme ça.”* (M-205)
- Cependant d'autres pensent l'inverse, *“pour le HIV, il n'y a pas de danger durant les préliminaires.”* (M-119)

- Proposition de préservatif buccal, *“ils ont même inventé des protections buccales pour les rapports oro-génitaux, un préservatif à langue en fait.”* (M-119) ou de préservatifs aromatisés, *“si on utilise des préservatifs, si on veut vraiment avoir un risque zéro il y a des préservatifs aromatisés.”* (M-202)

Les nuances étaient :

- Risque mais faible, augmenté par la présence de sang pour la contamination par VIH, *“ce qui augmente le risque de transmission lors des préliminaires, c’est tout ce qui peut faire saigner de la bouche. Globalement, il faut éviter de se brosser les dents avant les rapports car ça peut faire des micro-lésions au niveau des gencives donc faire des micro-saignements qu’on ne voit pas forcément.”* (M-106)
- Mais pas de preuves scientifiques *“alors le problème des préliminaires, c’est que l’on n’a pas de preuves... euh... scientifiquement parlant pour dire que... que la fellation c’est contagieux... le cunni encore moins. [...] on suppose que la probabilité de contamination est nulle, mais on peut pas le confirmer parce qu’on ne pourra jamais faire d’études en disant : « tenez, il y a une personne VIH, allez-y et on verra bien si vous êtes contaminé » c’est impossible [...] mais c’est vrai que la probabilité de se faire contaminer par le VIH est vraiment très faible, est vraiment, vraiment très faible.”* (M-105)
- Peu répandu dans la population, *“dans l’absolu, faudrait même se protéger pour une fellation, ce qu’on ne fait quasiment jamais.”* (M-118)
- Mais risque de contamination par le VIH moindre que pour la pénétration anale ou vaginale, *« nous on en voit pas donc c’est pas du tout le même risque que avec un rapport sexuel sans préservatif et probablement encore moins de risque que par sodomisation [...] donc nous on considère que le risque max c’est la sodomisation, la pénétration intra-utérine beaucoup moins et la fellation nous on en voit franchement pas, mais il y a des discussions éternelle sur internet ou à la TV.”* (M-207)
- Absence de technique pour limiter le risque de contamination si non utilisation de préservatif, *« il n’existe aucune technique efficace pour se laver la bouche après une fellation pour éviter les risques éventuels de transmission, c’est soit on fait soit on ne fait pas [...] si ce n’est que la brosse*

à dent ou l'alcool ça peut majorer peut-être un peu le risque [...] éviter le sexe oral dans l'heure qui précède ou qui suit le brossage des dents, ou l'utilisation de la soie dentaire [...] éviter le sexe oral après avoir mangé des aliments qui pourraient blesser ou irriter la muqueuse de la bouche [...] après le sexe oral eux ils disent [...] si on les reçoit dans la bouche on sait toutefois que le risque est plus grand lorsque que le liquide reste plus longtemps dans la bouche.” (M-202)

3.1.2.5 - Réponse du médecin face à la relance “du préservatif qui craque”.

Dans dix des consultations de François, il n'obtenait pas de réponses à sa relance. Quatorze médecins banalisaient leur réponse, *“ah ça, ça peut arriver effectivement, c'est quand même un peu rare. Puis même s'il craque, on se retire, on arrête mais oui c'est sûr... OK.” (M-101)*

D'autres proposaient des solutions pour éviter que cela ne se reproduise :

- Ne pas ouvrir avec les dents, les ongles, *“après il peut y avoir des petites erreurs au moment où on le prend le préservatif, les ongles ou les trucs comme ça peuvent vraiment fragiliser la membrane du préservatif.” (M-118)*
- Taille du préservatif adapté, *“essayez de prendre des modèles un peu plus grands éventuellement s'ils ont tendance à craquer, si vous êtes trop serré dedans, des fois il faut prendre une taille un peu plus grande parce que votre sexe est un peu plus grand donc c'est pas uni-taille quoi, un peu comme les chaussures quoi.” (M-107)*
- Marque du préservatif, *“parce que les modèles Made In China, et souvent le standard n'est pas bon, ceux qui sont vendus pas chers fabriqués en chine ou en inde la qualité va avec, donc si ça arrive il faut prendre des préservatifs de marques types Durex.” (M-201)*
- Vérifier la date de péremption et condition de stockage, *“il n'était pas périmé ? [...] il n'a pas traîné dans une poche de jean pendant toute la soirée avant d'être utilisé ? [...] le fait de le chauffer par exemple vous le mettez dans une poche de jean toute la soirée ça chauffe c'est à la température du corps et du coup au bout*

de quelques heures ça va devenir poreux et plus facilement d'abîmer.” (M-203)

- Revoir la pose du préservatif, *“alors ça c'est parce que vous avez un partenaire qui ne sait pas s'en servir, en principe au bout du préservatif il y a un petit réservoir [...] en fait c'est le réservoir qui va se remplir de sperme d'accord [...] si au lieu de faire ça le mec sait pas s'en servir il tire comme un fou sur son truc et qu'il le met comme ça... et bien il explose lors de l'éjaculation parce qu'il n'y a pas assez de place pour le sperme.” (M-218)*
- Lutter contre la sécheresse vaginale, *“est-ce que vous vous sentez sèche au niveau vaginal ? [...] alors c'est peut être parce que des fois c'est pas assez lubrifié qu'il se casse [...] ou quand c'est trop lubrifié du coup il va trop rester en vous et puis quand Mr se retire le préservatif il est resté il s'est retourné enfin voila il y a un juste milieu à trouver, je vais vous prescrire un lubrifiant qui est un hydratant qui est neutre à base d'acide hyaluronique.” (M-213)*
- Taux de rupture et matériaux, *“après ils ne sont pas tous parfaits les préservatifs ils ont tous un taux de pétage toléré, c'est horrible, vous le saviez ça ? [...] alors quand on fait les normes NF ça veut dire qu'il y en a 1 sur x quand on fait les tests qu'on les fait gonfler paf ça pète [...] donc il y a toujours un risque alors après dès qu'ils sont marqués NF c'est tous les mêmes alors après peut-être que vous préférez la marque je ne sais pas quoi ceux qui sont plus résistants sont ceux qui sont sans latex en polyuréthane.” (M-213)*
- Incrimine la violence du rapport pour l'expliquer, *“vous n'avez pas l'impression que c'est lié à un rapport un peu trop violent... enfin pas violent mais...” (M-215)*
- Ne pas mettre deux préservatifs, *“mais que ça craque hélas oui de temps en temps ça arrive il ne faut surtout pas en mettre deux pour autant ça ne sert à rien.” (M-217)*
- Laisser poser le préservatif par l'homme, *“bah écoutez peut-être laissez... c'est..même quand ça a craqué quand c'était le partenaire qui l'avait mis ? [...] du coup dans ces cas-là vaut mieux laisser faire faire... le laisser poser par le... par l'homme vous vérifiez quand même qu'il l'a bien mis parce que parfois... on a des mauvaises euh... [...] donc vous vérifiez.” (M-215)*
- Prise en charge équivalente à un rapport sans préservatif, *“et que s'il craque, on est sur un rapport contaminant potentiel, surtout si vous êtes avec quelqu'un dont vous n'avez aucune idée de son statut sérologique. Et dans ce cas-là les tests vont*

s'imposer quand même." (M-118)

3.1.3 - Le risque de grossesse, le rôle de la contraception.

Dix médecins, consultés par moi-même avaient abordé le risque de la grossesse pendant leur consultation, 3 hommes et 7 femmes : *"c'est important, car le principal risque de tout ces rapports à droite et gauche c'est la grossesse, c'est ce que l'on voit tout le temps ça les grossesses c'est pas du tout le sida de cette façon-là."* (M-207)

Le risque de grossesse était abordé par trois médecins femmes consulté par François : *"pour ce qui est du risque de grossesse, le liquide pré séminal, donc les petites gouttes qui sortent avant, peuvent contenir du sperme donc là vous pouvez en effet provoquer une grossesse aussi."* (M-111)

Pour ce qui était de la contraception, aucune des consultations de François ne contenait d'informations.

La contraception était abordée dans toutes mes consultations, 16 médecins le faisaient de façon spontanée et 4 avec une relance de ma part. Elle était demandée pendant la création du rapport médical pour 11 consultations et pendant l'exploration de la prise de risque pour 8 consultations. Une consultation l'abordait dans les deux cas.

Le type de contraception était demandé dans 17 consultations, *"vous avez une contraception du coup ? qu'est-ce que vous avez ?"* (M-206)

L'oubli, dans 9 consultations, *"oui ça marche bien... ça marche si vous le prenez tous les jours vous l'oubliez pas ?"* (M-218) Il n'était pas abordé la prise en charge en cas d'oubli.

La tolérance de la contraception était questionnée dans 4 consultations toutes menées par des médecins femmes, *"pas de soucis avec ?"* (M-220)

La pilule du lendemain apparaissait dans deux consultations, *"la pilule du lendemain pour la grossesse ça, ça marche très bien c'est anonyme c'est gratuit pour les filles de moins de 18 ans elle donne pas leur nom, elle ne paie pas elles n'ont pas d'ordonnance pas vu le médecin pouf direct à la pharmacie dans toute la France c'est pratique, vous on vous demande de payer c'est tout c'est très peu cher d'ailleurs, mais on peut vous le donner comme ça"*. (M-207) Le frottis à jour était abordé dans 10 consultations mais la vaccination HPV n'a jamais été abordée ni si le choix de ma contraception était adapté à mon mode de vie.

3.1.4 - Méthode proposée par le médecin pour limiter la récurrence.

Un total de 25 médecins avaient proposés une méthode, 8 médecins consultés par FC et 16 par CL.

Les méthodes proposées étaient :

- Avoir un préservatif avec soi, *“Ouais le préservatif, faut toujours en avoir sur soi [...] ça prévient pas, donc faut toujours en avoir.”* (M-114)
- Le jeu sexuel, *“c’est aussi un argument quand les garçons veulent pas... attends, on peut faire une caresse, un câlin avec le préservatif”* et au contraire *ça peut exacerber le plaisir, vous voyez au contraire.”* (M-217)
- Proposition du préservatif féminin, *“ah bah y’a des préservatifs féminins qui existent [...] mais y’a des adeptes y’a des femmes qui utilisent ça... donc euh...[...] donc si ça vous tente d’essayer vous en achetez quelques un et puis vous essayez quoi... vous voyez... peut-être que ça peut effectivement vous convenir et vous enlever vos angoisses... Et d’avoir des rapports protégés sans dépendre... Voilà [...] de toute façon tout ce qui vous protège c’est une bonne solution.”* (M-205)
- Le mensonge, *« vous pouvez dire aussi que vous avez arrêtée la pilule ou dire que vous ne la prenez pas “écoute c’est aussi un moyen de contraception je ne suis pas sûr d’avoir bien pris ma pilule cette semaine parce que... là je ne suis pas en couple.”* (M-204)
- Avoir des connaissances, *“je pense que quand on ne se sent pas complètement à l’aise dans le fait d’en parler [...] on ne sait pas bien comment l’aborder on se dit c’est pas le moment et puis après quand c’est pas le moment c’est plus le moment puis... le fait de lire un peu des arguments... bah voilà moi c’est comme que je m’y prends pour en parler... ça aide.”* (M-204)
- L’abstention, *“parfois c’est mieux et puis c’est pas mal d’attendre un peu ça fait plaisir après, on se dit qu’on a envie, envie c’est aussi ça fait partie du plaisir de la rencontre, se dire “j’ai super envie de la revoir, est-ce qu’il va toujours me plaire une fois qu’il y aura un peu de lumière, est-ce que je vais lui plaire tiens je sens qu’il y a des petits papillons dans le ventre” c’est chouette.”* (M-204)
- Rassurer le/la partenaire, *“c’est vrai que la sensation est un peu moins alors je ne sais pas pour les femmes mais pour les mecs c’est un peu moins... [...] il y a des hommes enfin j’imagine c’est des garçons jeunes avec qui vous êtes qui sont pas habitués et donc ils ont peur que ça marche moins bien alors en réalité ça marche aussi bien il faut les rassurer.”* (M-218)

- Imposer le préservatif, *“ouais après ouais, faut faut faut imposer le préservatif je crois que c’est... y a pas d’autres... ouais[...] après ouais non je pense qu’il faut... ouais.. il faut... c’est... voilà... c’est vous... qui... c’est vous qui... qui êtes la première intéressée donc... faut faire... [...] ouais c’est sûr que ouais, il faut essayer d’être euh... ouais d’être euh... de pas déroger de votre... Voilà... d’imposer...”* (M-214)
- Pourquoi savoir dire non :
 - Si refus du partenaire, *“et puis vous avez le droit de refuser un rapport si le partenaire refuse le préservatif je crois qu’il faut... [...] essayer d’être un petit peu plus ferme [...] essayer de dire non et de vraiment refuser si c’est pas des hommes très responsable tout ça non ?”* (M-212)
 - Respect de l’autre et de soi, *“ouais... quand on dit non ou quand on essaye de dire non et qu’on essaye de s’imposer on fait attention à quoi, pourquoi il faut dire non ou s’imposer qu’est-ce qui est important ? [...] et ouais c’est le respect de votre corps.. un et de son corps aussi d’ailleurs c’est le respect de votre corps de mettre en préservatif en systématique et c’est le respect de son corps parce que c’est dans les deux sens [...] c’est une marque importante de respect de savoir dire non et de savoir ne pas continuer même si c’est pas facile à faire je comprends bien.”* (M-217)
 - Pas de honte à en parler, *“et puis dites-vous il n’y a pas de honte à parler de ça euh... y a pas de honte c’est un truc très concret on peut le dire de façon très basique [...] mais bon je pense qu’on peut apprendre à la faire “lui dire bah NON ! non pas comme ça, j’ai pas envie comme ça après on s’angoisse”, non quoi.”* (M-204)
 - Être maître de la situation, *“et bien dans ces cas-là il n’a rien ah ah, il ne veut pas bah tant pis il va voir quelqu’un d’autre [...] c’est préservatif ou rien vous lui dites [...] voilà et puis c’est tout après s’il ne veut pas tant pis pour lui [...] c’est pas lui qui décide c’est vous.”* (M-208)
 - Penser aux conséquences / choix à deux : *“oui mais c’est pas si simple mais bon après il faut penser aux conséquences on ne sait jamais là on peut avoir de la chance mais y a des gens qui savent pas, [...] après si le garçon vous ne le connaissez pas et qu’il vous dit ça me soûle de mettre le préservatif non ! on choisit à deux.”* (M-206)
 - Sécurité pour soi, *“il faut que vous preniez une sécurité pour vous, parce que dans l’affaire y a pas que lui y a vous aussi d’accord.”* (M-209)
 - Comparaison des sérologies du partenaire et des siennes, *“après si vous*

êtes sur une relation même ponctuelle mais avec quelqu'un qui aurait fait des sérologies récentes [...] c'est-à-dire qu'il peut vous présenter ses sérologies vous éventuellement les vôtres si elles ont été faites c'est déjà quelques choses qui est un peu plus clair.” (M-209)

3.2 - Prévention combinée.

3.2.1 - Le dépistage.

Je ne détaillerai dans ma thèse que les résultats des autos tests et des tests diagnostics rapides proposés en prévention. Le reste des informations (type de dépistage, quand y avoir recours, pour quelle population) est détaillé dans le travail de FC.(44)

Un médecin proposait le dépistage par “l’auto test”, “qu’on fait soi-même c’est en vente libre c’est pour le sida il vaut dans les 23/25 euros pas remboursé, mais il est fiable [...] pareil c’est le même principe c’est le même décalage donc ça ne vous apporte aucun avantage vous payez en plus mais quelquefois les gens ne veulent pas consulter et ils n’y vont pas il vaut mieux faire l’auto test tout seul que de ne rien faire c’est sûr [...] vous prenez une toute petite goutte de sang.” (M-207)

L’autre proposait le test diagnostic rapide, “sinon il y a des tests de diagnostic rapide c’est 3 semaines, mais on ne les a pas.” (M-206)

3.2.2 - Le traitement pré et post-exposition.

Quatre médecins proposaient des informations sur ces traitements, 3 consultés par CL et 1 par FC.

- *Traitement post-exposition, “il y a des référents dans les hôpitaux euh... donc il faut aller les voir le plus précocement possible et si il y a le référent en gros VIH... parce qu’on peut traiter précocement que le VIH euh... qui va analyser un petit peu tous les facteurs de risque... [...] qui vous donne le traitement s’il y a lieu de le donner*

[...] c'est pas du tout systématique... voilà... en fonction du type de rapport [...] on vous fait la prise de sang pour vérifier que vous n'êtes pas infecté avant quand même un... et puis si le médecin estime qu'il faut faire un traitement vous pouvez l'avoir.” (M-215)

- *Traitement pré-exposition, “vous avez entendu parler du traitement que l'on donne aux homosexuels utilisé en pré rapport ? [...]actuellement on ne le donne pas chez les hétéros, car le risque est tellement faible que c'est disproportionné mais ça existe [...] mais peut être qu'un jour on le fera c'est des comprimés qu'on prend sur très court et qui empêche que le virus ne se multiplie.” (M-207)*

3.2.3 - Orientation en cas de récurrence de la prise de risque sexuel

Cinq médecins proposaient une orientation, soit vers :

- *Un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), “vous savez qu'il y a des centres de dépistage anonyme et gratuit [...] qui s'appellent des CDAG qui sont justement anonymes et gratuits et qui vous permettent d'y aller et d'avoir le résultat quelques jours après en y retournant [...] ils sont pas mal, bon accueil plein de conseils » (M-203)*
- *Un CHU, “il faut aller les voir le plus précocement possible et si il y a le référent en gros VIH [...] qui va analyser un petit peu tous les facteurs de risque [...] vous vous réveillez le lendemain matin... et que vous voulez faire tout de suite quelque chose y a cette solution là dans les hôpitaux.” (M-215)*

3.3 - La recherche des facteurs de fragilité.

3.3.1 - Consommation d'alcool et/ou drogue pendant le rapport.

Huit médecins avaient abordé la consommation d'alcool pendant le rapport sexuel à risque, *“et puis effectivement soyez juste un tout petit peu prudente avec l'alcool juste parce que l'alcool c'est un très bon anxiolytique ça désinhibe [...] on peut plus facilement*

faire des choses qu'éventuellement on ne ferait pas dans d'autres circonstances [...] parfois on se laisse convaincre en se disant "oui c'est pas grave" [...], demandez-vous quand vous buvez en soirée le 4e verre si vous en avez vraiment envie ou si c'est autre chose qui se passe [...] mais voilà c'est un peu dommage de se réveiller le lendemain en se disant "j'aurais pas dû" [...] c'est un peu bête." (M-204)

Trois médecins l'avaient abordé à la fois pendant la constitution du dossier médical et pendant la prise de risque sexuelle :

- Pendant le dossier médical : *"au niveau de l'alcool quelle est votre consommation ? quotidienne ou hebdomadaire ? [...] vous diriez combien de verres par semaine ?" (M-210)*
- Pendant le fond de la consultation : *"vous me dites qu'il n'y a pas de toxique mais est ce qu'il y a une prise d'alcool lors de ces rapports est ce qu'il y a des choses qui font... ? [...] c'est évident que lorsque l'on va avoir un rapport sexuel dans un contexte éventuellement festif voilà on n'est plus dans la rationalité voilà on est dans le plaisir, dans la fête, dans l'immédiateté et évidemment que l'on va pas réfléchir comme le lendemain ou on se dit il faut faire ma prise de sang en urgence et puis ça turbine et on se dit qu'est-ce que j'ai pu faire." (M-210)*

Aucun médecin n'a abordé la consommation de drogue concomitante à la prise de risque sexuel.

3.3.2 - Vulnérabilité sociale et psychologique.

La recherche de vulnérabilité sociale :

- Aucun médecin n'a soulevé le risque de la prostitution.

La recherche de vulnérabilité psychologique :

- Trois médecins ont recherché des antécédents de violence, *« est-ce que vous avez déjà été victime de violences dans votre vie ? [...] à l'école, dans votre famille, la vie, la rue ? Je pose la question car cela peut avoir des conséquences sur la*

santé. » (M-111)

- Antécédent de violence sexuelle, *“et vous avez déjà vécu ou êtes victime de violence et de souffrances ou de violence sexuelle ?”* (M-213)

Ces recherches d'antécédents de violence et de violence sexuelle ont eu lieu pendant la constitution du dossier médical.

- Le consentement du rapport, *“et c'est quand même des rapports on va dire consentis ?”* (M-218)
- Antécédent d'histoire amoureuse douloureuse, *“M : vous avez déjà eu un partenaire régulier ? C : ouais, il y a un an de ça et depuis c'est un peu compliqué... M : d'accord ça a été difficile... la séparation a été difficile ? C : ouais M : oui vous êtes un peu fragile ? C : un peu M : d'accord, c'est peut être un peu pour ça que vous avez des expériences un peu... bon alors il va falloir... vous allez reprendre ?”* (M-217)
- Antécédent de dépression et/ou d'anxiété, *“est-ce que c'est quelque chose de plus général dans l'affirmation de soi, est-ce que vous diriez que vous avez peu confiance en vous ? vous avez du mal à vous affirmer,[...] mais voilà dans votre vie de tous les jours, vos relations familiales, professionnelles est ce que c'est quelque chose qui... ?”* (M-210)
- Aucun médecin n'avait fait préciser l'état d'anxiété ou une tendance à la dépression pendant la prise de risque sexuel.
- Conduite à risque autre que sexuelle et toxique, *“est-ce qu'il y a eu d'autres prises de risque je ne parle pas de risque sexuel, est-ce que vous avez l'impression que ça s'intègre dans d'autre comportement à risque par ailleurs, je ne sais pas dans la conduite... les choses voilà de... ?”* (M-210)

4 - Mode de communication utilisé par le médecin généraliste pour réaliser la prévention d'une récurrence d'une prise de risque sexuel.

Nous aborderons le mode de communications en deux temps :

- 1) Dans un premier temps, nous détaillerons les consultations motivationnelles.

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. William R. Miller et Stephen Rollnick (45), psychologues et professeurs d'université aux États-Unis et au Royaume-Uni, définissent ainsi cette forme d'entretien qu'ils ont conceptualisée au cours des années 90 pour le traitement des dépendances à l'alcool. Il est maintenant utilisé dans de nombreux champs de la santé. L'entretien est centré sur la personne et se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante. Il repose sur cinq compétences : poser des questions ouvertes, valoriser, refléter, résumer, informer. (46)

2) Dans un second temps, nous détaillerons les consultations directives.

Ce type d'entretien se rapproche de la méthode du questionnaire. Il est constitué d'une liste de questions fermées pré-établies. Il est sécurisant pour le médecin. Mais, il ne laisse qu'une petite marge de manœuvre. Il donne peu de liberté au patient.(47)

Nous nous sommes basés sur ces définitions pour étudier nos consultations et classer nos consultations. Ce classement a été réalisé indépendamment par deux investigateurs (FC et CL).

4.1 - Entretien motivationnel.

4.1.1 - Questions ouvertes.

Deux médecins n'ont utilisé aucune questions ouvertes dans leur consultation. (M-211, M-104)

Le nombre moyen de questions ouvertes était de 2,4 (ET : 2,39). Le maximum était de 12. Sept consultations utilisaient un mode motivationnel, 6 de CL et 1 de FC. Elles contenaient plus de questions ouvertes avec un nombre moyen de 6,57 (ET : 2,70).

4.1.2 - Questionnement du médecin sur « ce que je sais du préservatif masculin » et « du préservatif féminin »

Aucun médecin n'a utilisé de questions ouvertes pour ces sujets.

4.1.3 - Questions posées par le médecin pour limiter la récurrence.

Neuf médecins posaient des questions ouvertes, 8 médecins consultés par CL et 1 par FC.

Pour limiter la récurrence le médecin posait des questions sur les thèmes de :

- Le préservatif : *“ça vaut vraiment le coup parce que là vous venez de vous offrir une bonne semaine d'angoisse c'est pas la première fois en plus on se sent toujours un peu bête un peu coupable “on se dit j'ai 29ans je devrais le savoir” voilà mais bon... peut-être simplement vous avez juste pas pris le temps de vous poser avec la question de comment on s'y prend ?, comment on en parle ?”* (M-204)
- Le pourquoi de la prise de risque sexuel, *“et alors l'explication c'est laquelle ?”* (M-205)
- Le vécu de la prise de risque, *“est-ce que pour vous le risque il est réel il est faible euh... comment voilà sur le risque que vous prenez comment vous l'avez vécu ?”* (M-210)
- Les manifestations de l'inquiétude, *“et qu'est-ce qui vous inquiète alors ?”* (M-212)
- Comment limiter la récurrence, *“après le problème c'est vraiment celui-là au jour d'aujourd'hui j'ai vraiment l'impression de voir pas mal de jeunes qui vont à des soirées c'est un petit peu alcoolisé ponctuellement, du coup on ne se souvient plus de ce qui s'est passé et y a quand même un risque après on flippe et j'ai pas de méthodes miracles, c'est comment faire pour qu'il n'y ait plus ça ?”* (M-202)

4.1.4 - Valorisation.

Dix-sept médecins utilisaient la valorisation.

Les thèmes abordés étaient :

- La valorisation de la démarche de la patiente, *“ce qui est rassurant c’est que vous n’avez pas d’autre conduite à risque c’est pas un comportement qui se retrouve dans d’autres sphère de votre vie donc voilà je pense que c’est quelque chose que beaucoup de personnes traversent lors de ces rencontres et de ces relations voilà c’est pas quelque chose d’inhabituel avec ce genre d’épisodes alors il ne faut pas culpabiliser non plus déjà consulter, faire un bilan, en discuter, déjà il y a une prise de conscience qui est largement au-dessus de la plupart des personnes donc voilà je ne suis pas inquiet.”* (M-210)
- Les résultats d’examen, *« donc c’est parfait tout ça [...] oui vos analyses sont parfaites, pas de soucis [...] et vous n’avez aucun risque particulier au niveau mode de vie donc pas d’inquiétude à avoir.”* (M-119)
- Les propositions de changement de la patiente, *“c’est pas mal du tout [...] oui c’est un très bon début [...] oui c’est une bonne idée [...] je suis d’accord avec vous ça aurait été plus respectueux pour vous-même et pour votre partenaire.”* (M-220)
- La confirmation de la complexité de la situation, *“c’est vrai que c’est un sujet qui n’a jamais été bien solutionné parce que c’est évident comme recommandation c’est pas pour ça que c’est facile en situation.”* (M-216)

4.1.5 - Demander, fournir, demander.

Il s’agit d’une méthode pour accompagner son patient dans le changement. (48)

- 1) DEMANDER : demander à son patient ce qu’il sait déjà, nous reconnaissons ainsi son expérience personnelle. Cette attitude diminue la résistance du patient et augmente l’intérêt de celui-ci en favorisant d’avantage le changement, car elle tient compte de sa réalité.
- 2) FOURNIR : après avoir validé ce que le patient connaît déjà, lui demander la permission de compléter ou d’ajuster l’information. En sollicitant sa permission, il sera plus réceptif et plus enclin à prendre en compte l’information délivrée. Il convient d’utiliser un discours adapté au patient.
- 3) DEMANDER : demander au patient ce qu’il pense de l’information transmise lui redonne la main et lui permet de réagir et d’exprimer ce qu’il en retire.

Aucun médecin n’utilisait ce genre de méthode.

4.1.6 - Temps de parole du médecin/ du patient en nombre de mots.

Concernant le médecin :

- Le nombre moyen de mots utilisé par les médecins étaient de 1607 (ET, 748).
- Le nombre moyen de mots pour les consultations de CL étaient de 1764 (ET, 681) et pour la consultation de FC de 664.

Concernant le patient :

- Le nombre moyen de mots utilisé par le patient était de 468 (ET, 179).
- Le nombre moyen de mots pour CL étaient de 517 (ET, 133) et pour FC de 169.

4.1.7 - Niveau de langage : scientifique, courant, familier.

Les médecins utilisaient uniquement un niveau de langage courant pour faire de la prévention.

4.2 - Consultations directives.

4.2.1 - Questionnement du médecin sur « ce que je sais du préservatif masculin »

Un médecin utilisait une question fermée sur ce thème, « *et vous êtes plutôt contre le préservatif vous ?* » (M-107)

4.2.2 - Questionnement du médecin sur « ce que je sais du préservatif féminin. »

Un médecin utilisait une question fermée pour ce thème, “*vous en avez déjà vu ?*” (M-201)

4.2.3 - Questions posées par le médecin pour limiter la récurrence.

Douze médecins posaient des questions fermées sur ce thème, 7 consultés par CL et 5 par FC.

Les thèmes abordés pour limiter la récurrence étaient :

- Le préservatif, « *et vous êtes plutôt contre le préservatif vous ? [...] et les filles, elles en ont marre aussi un peu ? [...] pas de soucis à pas en mettre ?* » (M-107)
- L'inquiétude, « *donc ça vous inquiète de vous retrouver à chaque fois, régulièrement dans des situations à risque ?* » (M-204)
- Savoir poser les limites, « *vous ne savez pas poser les limites ?* » (M-216)
- Le plaisir procuré par le rapport, « *et puis voilà après vous réfléchissez à comment progresser dans votre fonctionnement comme vous avez des relations dans le feu de l'action ce qui est...ça vous fait du plaisir ?* » (M-217)
- La consommation d'alcool pendant la prise de risque sexuelle, « *et là vous aviez l'air de dire que vous aviez bu un petit peu ?* » (M-113)
- La description du partenaire, « *d'accord et donc c'est voilà, donc c'est une femme dont vous pouvez dire qu'elle couche avec des hommes sans faire attention aux infections sexuellement transmissibles ?* » (M-119)
- L'accord des deux parties, « *Et du coup tous les deux vous étiez OK ?* » (M-118)

4.2.4 - Analyse de discours.

Trente-trois médecins utilisaient le mode directif pour leur consultation, 14 consultés par CL et 19 par FC.

Structure grammaticale :

- Je + verbe d'action, « *moi je pense* » (M-211), « *je ne vous dis pas* » (M-108), « *je trouve ça.* » (M-209)
- Il faut + adverbe, « *il faut toujours.* » (M – 209)
- Il faut + verbe d'action, « *il faut le changer* » (M-219), « *il faut mieux faire.* » (M-206), « *il faut le mettre à l'intérieur du vagin.* » (M-201)
- Impératif, « *arrêtez de vous inquiéter.* » (M-218), « *allez en mettre un directement* »

dans le portefeuille. » (M-109)

- On + verbe d'action, “*on s’est embarqué un peu trop.*” (M-216), “*on met un préservatif.*” (M-204)

4.2.5 - Temps de parole du médecin/ du patient en nombre de mots.

Concernant le médecin :

- Le nombre moyen de mots utilisé par le médecin était de 1158 (ET, 806).
- Le nombre moyen de mots pour les consultations de CL étaient de 1631 (ET, 1019).
- Le nombre moyen de mots pour les consultations de FC étaient de 809 (ET, 322).

Concernant le patient :

- Le nombre moyen de mots utilisé par le patient était de 294 (ET, 140).
- Le nombre moyen de mots pour CL était de 407 (ET133).
- Le nombre moyen de mots pour FC était de 210 (ET, 69).

4.2.6 - Niveau de langage : scientifique, courant, familier.

Six médecins utilisaient un discours scientifique, « *micro-lésions* », “*micro-saignements*” . (M-106)

Trois médecins avec un discours dominant courant et quelques propos familiers, “*bestiole*”. (M-120)

Le reste des médecins utilisaient un discours courant.

4.3 - Échelle CARE.

Elle comprend 10 items avec une cotation de 1 à 5.

1. Cotation pour l'item n°1, « Vous a mis à l'aise » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	3,1 (1,1)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	3,0 (1,3)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3,6 (0,5)
consultations de FC, moyenne (ET)	3,3 (1,2)
– médecins hommes :	3,8 (1,5)
– médecins femmes	3 (1)
consultation de CL, moyenne (ET)	3 (1)
– médecins hommes	2,9 (1,1)
– médecins femmes	3,1 (0,9)

2. Cotation pour l'item n°2, « Vous a laissé exposer votre problème » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,8 (0,9)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,6 (0,9)
pour les entretiens dérivationnels, moyenne (ET)	3,4 (0,5)
consultations de FC, moyenne (ET)	2,8 (1)
– médecins hommes	3,7 (1)
– médecins femmes	2,5 (0,8)
consultation de CL, moyenne (ET)	2,7 (0,9)
– médecins hommes	2,6 (0,8)
– médecins femmes	2,8(1)

3. Cotation pour l'item n°3, « Était à votre écoute » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,6 (1,1)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,4 (1)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3,7(0,5)
consultations de FC, moyenne (ET)	2,5 (1,2)
– médecins hommes	3,3 (1,5)
– médecins femmes	1,1 (0,9)

consultation de CL, moyenne (ET)	2,7 (1)
– médecins hommes	2,3 (1)
– médecins femmes	2,9 (1)

4. Cotation pour l'item n°4, « S'est intéressé à vous dans votre globalité » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,8 (1,1)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,6 (1,1)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3,9 (0,4)
consultations de FC, moyenne (ET)	2,8 (1,1)
– médecins hommes	3 (1,6)
– médecins femmes	2,6 (0,8)
consultation de CL, moyenne (ET)	3 (1,1)
– médecins hommes	2,6 (1)
– médecins femmes	3,1(1,2)

5. Cotation pour l'item n°5, « À pleinement compris votre problème » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,6 (1,2)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,4 (1,2)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3,4 (0,5)
consultations de FC, moyenne (ET)	3,4 (0,5)
– médecins hommes	3,3 (1,8)
– médecins femmes	2 (0,9)
consultation de CL, moyenne (ET)	2,4 (1,4)
– médecins hommes	2,6 (0,8)
– médecins femmes	2,8 (1,1)

6. Cotation de l'item n°6, « A montré de l'attention et de la compassion » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,9 (1,2)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,7 (1,2)

pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3,9 (0,7)
consultations de FC, moyenne (ET)	2,9 (1,4)
– médecins hommes	3,5 (2)
– médecins femmes	2,7 (1)
consultation de CL, moyenne (ET)	2,9 (1,1)
– médecins hommes	2,6 (0,8)
– médecins femmes	3,1 (1,2)

7. Cotation de l'item n°7, « A été positif » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,7 (1)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,6 (1,1)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3 (0,6)
consultations de FC, moyenne (ET)	2,6 (1,1)
– médecins hommes	2,8 (1,7)
– médecins femmes	2,4 (1)
consultation de CL, moyenne (ET)	2,8 (1)
– médecins hommes	3 (1,2)
– médecins femmes	2,8 (1)

8. Cotation de l'item n°8, « A expliqué clairement les choses » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	3,1 (1)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	3 (1,1)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3,6 (0,5)
consultations de FC, moyenne (ET)	3 (1,1)
– médecins hommes	3,1 (1,5)
– médecins femmes	3 (1)
consultation de CL, moyenne (ET)	3,2 (1)
– médecins hommes	3,0 (1)
– médecins femmes	3,3 (1)

9. Cotation de l'item n°9, « Vous a aidé à l'autonomie » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,3 (1,2)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,2 (1,2)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3,3 (0,5)
consultations de FC, moyenne (ET)	2 (1,1)
– médecins hommes	2,8 (1,6)
– médecins femmes	1,6 (0,7)
consultation de CL, moyenne (ET)	2,8 (1,1)
– médecins hommes	2,4 (1,1)
– médecins femmes	3 (1)

10. Cotation de l'item n°10, « A élaboré un plan d'action avec vous » :

pour toutes les consultations, moyenne (ET)	2,3 (1,1)
pour les entretiens directifs, moyenne (ET)	2,1 (1,1)
pour les entretiens motivationnels, moyenne (ET)	3 (0,7)
consultations de FC, moyenne (ET)	2 (1)
– médecins hommes	2,7 (1,4)
– médecins femmes	1,6 (0,6)
consultation de CL, moyenne (ET)	2,7 (1,1)
– médecins hommes	2,4 (1,1)
– médecins femmes	2,8 (1,1)

4.4 - Discours de prévention : banalisation, dramatisation et culpabilisation.

4.4.1 - Banalisation.

Douze médecins utilisaient la banalisation dans leur consultation.

Les thèmes abordés étaient :

- Le préservatif, *“non bien ça reste le préservatif le recours, mais on est d'accord ça ne résout pas toutes les questions.”* (M-216)
- La rupture du préservatif, réponse à la relance *“et parfois mon préservatif craque”,* préservatif qui craque : *« ça peut arriver effectivement. »* (M-101)
- Le préservatif et les préliminaires, *« donc j'ai envie de dire pour les préliminaires, c'est pas forcément utile, maintenant si on veut être très carré, c'est censé être oui. »* (M-116)
- Le partenaire, *“je ne suis pas inquiet [...] je pense que c'est quelque chose que beaucoup de personnes traversent lors de ces rencontres et des ces relations voilà c'est pas quelque chose d'inhabituelle avec ce genre d'épisodes.”* (M-210)

4.4.2 - Dramatisation.

Onze médecins utilisaient la dramatisation dans leur consultation.

Les thèmes abordés étaient :

- Le préservatif, *« malheureusement, euh, on ne peut pas s'en passer encore [...] sincèrement, c'est vrai que le préservatif c'est pas génial mais c'est encore indispensable [...] c'est pour ça, faites gaffe, parce qu'effectivement tout le monde en a un peu marre »* (M-107)
- Le préservatif et la prise de risque sexuelle, *“comme vous devez le comprendre le préservatif est le seul moyen qui protège [...] parce que voilà c'est juste l'histoire d'un soir mais si vous aviez été infecté, c'est tout votre vie quoi, donc c'est important.”* (M-110)
- Le préservatif et les préliminaires, *“mais oui, même pour les préliminaires, ça vaut peut-être mieux, car on a beaucoup de petites blessures qui passent inaperçues.”* (M-108)

- Le partenaire, *“on ne sait jamais là on peut avoir de la chance mais y a des gens qui savent pas, vous pouvez connaître quelqu’un depuis longtemps et que lui il pense ne rien avoir pas parce qu’il vous ment mais qu’il ne sait pas qu’il a quelque chose c’est pour ça que c’est important.”* (M-206)
- La relation ponctuelle, *“c’est vrai que les relations d’un soir, c’est pas très pratique pour ça, on n’a pas d’autres solutions.”* (M-106)

4.4.3 - Culpabilisation.

Trente médecins utilisaient la culpabilisation pour leur consultation.

Les thèmes abordés étaient :

- Le préservatif, *“il n’y a pas de baguette magique contre ça il faut se conditionner un peu. »* (M-210)
- Préservatif et grossesse, *“vous devez vous protéger si ce n’est pas un désir c’est la grossesse parce que celui-là aussi il vous pend au nez.”* (M-209)
- Rupture du préservatif, *“là vous n’avez pas de chance si vous cumulez les accidents parce que... du coup dans ces cas là faut mieux laisser faire faire... le laisser poser par le... par l’homme vous vérifiez quand même.”* (M-215)
- Préservatif et prise de risque sexuel, *“sinon vous pouvez m’expliquez pourquoi il était sans préservatif ce rapport ?”* (M-220)
- Préservatif et relation ponctuelle, *“il faut essayer de... d’éviter les rapports à risque...[...] mais après ça le truc, c’est qu’on n’a pas trop le choix [...] en gros si c’est des relations d’un soir, vous n’avez pas vraiment le choix.”* (M-106)
- Préservatif et partenaire, *“moi je pense c’est que c’est compliqué quand on est en couple stable, car on se dit bon on peut quand même se faire confiance quand on ne se connaît pas je crois que ça devrait être une précaution élémentaire ça devrait faire partie d’un comportement élémentaire.”* (M-211)
- Partenaire stable, *“pas de soucis, je sais je sais de toute façon on a aucune méthode 100 % fiable si ce n’est d’avoir un copain et encore le copain on est jamais complètement sûr à 100 % qu’il ne peut pas éventuellement aller voir ailleurs, après il y a la confiance qui se met en place quand même vous pouvez vivre et arrêter de flipper tout le temps.”* (M-202)

- Le/la partenaire du rapport sexuel à risque, *“donc vous n’avez pas eu de contact avec elle après pour pouvoir éventuellement discuter tout ça.”* (M-116)
- Savoir dire non, *“qu’est-ce que vous en pensez de dire “et bien tant pis j’y vais quand même”? [...] que tout ça c’est bien gentil de le dire maintenant je suis bien d’accord avec vous mais c’est une marque importante de respect de savoir dire non et de savoir ne pas continuer même si c’est pas facile à faire je comprends bien [...] c’est un peu dommage quoi un ? [...] donc il faut que vous essayiez de réfléchir à...”* (M-217)
- Alcool et prise de risque sexuel, *“au jour d’aujourd’hui j’ai vraiment l’impression de voir pas mal de jeunes qui vont à des soirées c’est un petit peu alcoolisé ponctuellement, du coup on ne se souvient plus de ce qui s’est passé et y a quand même un risque après on flippe et j’ai pas de méthodes miracles.”* (M-202)
- Conséquences et prise de risque sexuel, *“vous venez de vous offrir une bonne semaine d’angoisse c’est pas la première fois en plus on se sent toujours un peu bête un peu coupable “on se dit j’ai 29ans je devrais le savoir” voilà mais bon.”* (M-204)
- Démarche de la prise en charge, *“c’est pas possible ça, donc il faut faire un petit peu attention parce que la méthode de faire les tests après c’est pas très logique c’est bien mais c’est pas très logique c’est quand même.”* (M-207)

4.5 - Partage des expériences du médecin concernant la prévention.

Neuf médecins partageaient leur propre expérience.

Les thèmes abordés étaient :

- Le préservatif féminin, *“c’est un peu gros c’est vrai mais la sensation je l’ai pas utilisé mais les gens disent que ça transmet bien la chaleur c’est juste le bruit qui est un peu désagréable.”* (M-206)
- Le préservatif masculin, *“dans ce domaine-là enfin moi c’est l’expérience qui me fait dire ça quand on discute avec les gens on se rend compte que les filles sont un peu plus réfléchies que les garçons je crois, donc c’est un peu à vous de gérer ça en demandant d’en mettre et puis si vous en avez sur vous des fois c’est plus facile que d’aller en chercher évidemment au dernier moment.”* (M-218)

- Le préservatif et les préliminaires, *“je ne sais pas si je vous réponds en tant que médecin ou en tant que personne mais bon, euh, franchement, il y a un petit risque mais c’est plus s’il y a des plaies dans la bouche ou si la personne a de l’herpès, clairement, c’est pas idéal, que ce soit herpès buccal ou génital.”* (M-116)
- Les conséquences de la prise de risque sexuelle, *“mais bon maintenant je crois qu’en général maintenant quand on a ce genre de... de crainte et tout ça... on recommence pas trop.”* (M-215)

4.6 - Niveau d’anxiété du médecin ressenti par l’investigateur pendant la consultation.

4.6.1 - Échelle d’hétéro-évaluation du stress (1-5).

Pour les 40 médecins, la moyenne (ET) était de 2 (0,9).

Pour les consultations de FC, 1,5 (0,7), avec pour les médecins femmes 1,4 (0,5) et hommes 1,7 (1).

Pour les consultations de CL, 2,3 (0,9), avec pour les médecins femmes 2,2 (1,1) et les hommes 2,4 (0,5).

4.6.2 - Arguments de langage.

- S’excuse de son discours, *“pardon, c’est pas toujours très simple.”* (M-111)
- Lit des informations sur internet, *“oui oui... alors... (lit sa recherche sur ordinateur) alors risque même s’il est moins grand... alors c’est moins important parce que c’est pas de muqueuse génitale à muqueuse génitale mmm [...] alors je vais essayer de trouver des chiffres un petit peu [...] alors ça c’est le Québec ils sont peut-être plus cools que nous..... euh voilà... faible risque... ils sont quand même..... beaucoup moins risqué qu’une pénétration vaginale ou anale, mais des cas d’infection par...”* (M-202)
- Enchaînement de mots/ de phrases sans logique évidente, *“mais... il ne vous a pas parlé de faire un... en fait parce que en général... enfin ça tombe bien parce qu’il*

- n'y a rien... enfin je finis de regarder et je vous explique après.*" (M-112)
- Mots de liaison et silence au milieu d'une phrase, "*ouais c'est sûr que ouais, il faut essayer d'être euh... ouais d'être euh... de pas déroger de votre... voilà... d'imposer...[...] après ouais non je pense qu'il faut... ouais... il faut... c'est... voilà... c'est vous... qui... c'est vs qui... qui êtes la première intéressée donc... faut faire...[...] après c'est sûr que si ça devient sérieux OK on voit si on peut... si on peut faire autrement... mais... si comme ça... après vous revoyez pas les personnes... c'est que...*" (M-214)
 - Le médecin met fin à la consultation, "*très bien je pense qu'on en a terminé...*" (M-219)
 - Auto-coaching du médecin, "*précision parce que derrière on essaie d'être au complet.*" (M-216)
 - Ne termine pas ses phrases, "*après ouais non je pense qu'il faut... ouais... il faut... c'est... voilà... c'est vous... qui... c'est vous qui... qui êtes la première intéressée donc... faut faire...*" (M-214)
 - Utilisation de l'humour, "*non personne n'a fait de ballon à eau avant ?*" (M-203)
 - Rire du médecin, "*C : bah, enfin, ça m'inquiète quand même un peu car c'est pas la première fois que ça m'arrive c'est un peu compliqué quoi... M : rire du médecin.*" (M-208)
 - Accélère son débit de parole une fois le motif de consultation donné. (M-206)
 - Parle à voix basse. (M-211, M-214)
 - Diminution de l'intonation de la voix quand mal à l'aise. (M-210, M-205)
 - Parle vite et fort. (M-213)

4.6.3 - Attitude physique, non verbale.

Les attitudes notables marquant l'anxiété étaient :

- Se frotte les mains quand il est mal à l'aise. (M-201)
- Regarde souvent son ordinateur. (M-202, M-216)
- Sort une feuille de soin après 5 minutes de consultation. (M-202, M-208)

- Pas de connexion entre nos regards. (M – 208, M-211, M-214, M-219, M-117)
- À distance de son bureau, très éloigné. (M-104, M-108, M-113, M-116)

4.6.4 - Nombre de silence dans les consultations.

Sur l'ensemble des consultations, le nombre moyen des silences était de 13,6 (ET, 21), avec un maximum à noter à 80 (M-215).

Pour les consultations de FC, le nombre moyen de silence était de 1,8 (ET, 1,6) avec pour les médecins femmes 1,7 (ET, 1,5) et pour les hommes 2,2 (ET, 2).

Pour les consultations de CL, il était de 25.4 (24.87) avec pour les médecins femmes 28.23 (27.05) et pour les hommes 20.14 (21.09).

4.7 - Relances faites par l'investigateur pour alimenter la prévention.

Les relances étaient :

- Le préservatif craque.
- J'aime pas le préservatif.
- Consommation d'alcool.
- Histoire sentimentale douloureuse.
- Utilisation du préservatif pendant les préliminaires.
- Autres moyens de protection que le préservatif masculin.

4.7.1 - Nombre de relances.

Le nombre moyen de relance utilisé était de 2,3 (ET, 1,3).

Pour les consultations de FC, il était de 2,25 (ET, 1,3).

Pour les consultations de CL, il était de 2 (ET, 1,4).

Pour les consultations réalisées par un médecin femme le nombre moyen de relance était de 2,2 (ET, 1,5).

Pour les consultations réalisées par un médecin homme, il était de 2,1 (ET, 1,2).

4.7.2 - Types de relance.

Dans 34 consultations, était utilisée la relance du “préservatif qui craque” : 17 consultations avec FC et 17 avec CL.

Dans 9 consultations, était utilisée la relance du “j’aime pas le port du préservatif” : 6 avec FC et 3 avec CL.

Dans 2 consultations, était utilisée la relance de “la consommation d’alcool” : 2 de FC.

Dans 25 consultations, était utilisée la relance “du préservatif et des préliminaires” : 18 consultations avec FC et 7 avec CL.

Dans 10 consultations, était utilisée la relance “d’autres méthodes de protection que le préservatif masculin” : 10 consultations de CL.

Dans 2 consultations, j’avais utilisé plusieurs fois la même relance pour obtenir une réponse (M-206, M-212).

“C : et parfois aussi j’ai eu des soucis avec des préservatifs ou cette fois ci on en avait et pour autant ça a craqué M : ah oui ça ça peut craquer, ça peut arriver C : ça peut arriver ? M : oui ça arrive C : d’accord, et y a pas... je me dis que j’ai mal fait, que j’ai mal mis ou que c’est mon partenaire ? M : non ça peut arriver, la fréquence j’en sais rien, j’en sais vraiment rien je ne sais pas s’il y a des études qui ont été faites, enfin c’est des femmes qui arrivent en disant le préservatif a craqué elles sont enceintes on ne sait pas si elle l’avait vraiment mis des fois... elles disent peut-être qu’il a craqué on ne sait jamais, enfin ça arrive C : enfin ça met déjà vraiment arrivé et... M : oui oui le préservatif peut craquer ça arrive C : d’accord, mais c’est pas parce que je l’ai mal mis ? M : non voyez y a des marques... vous n’avez pas regardé sur internet il y a peut être des préservatifs qui sont plus solides que d’autres et bah regardez donc sur internet il y a peut être des comparaisons entre les marques, peut être... je ne sais pas si c’est fonction du prix ou quoi je ne sais pas du tout, il faudrait regarder sur internet il y a forcément des choses à dire.” (M-212)

4.7.3 - Relances incomprises.

Dix médecins n’avaient pas saisi la relance du “préservatif qui craque”, 3 faites par CL et 7

par FC, *"-F et ça m'arrive qui craque – M euh... là vos examens sont rassurants, mais il faut que vous en fassiez un de contrôle, car les résultats sont trop précoces"* (M-110).

Deux médecins n'avaient pas saisi la relance du "préservatif non agréable" toutes les deux faites par FC, *"-F en fait j'aime pas trop le préservatif – M voilà (me tends l'ordonnance pour le contrôle de la sérologie HIV)."* (M-120)

Un médecin n'avait pas saisi la relance "préservatif et préliminaire" lors d'une consultation de FC, *"-F oui, je voulais vous demander, pour les préliminaires aussi, c'est...-M prééééservaaatiff dans la poche..."* (M-115)

Un médecin n'avait pas saisi la relance de FC pour la "consommation d'alcool", *"dans quel contexte vous avez préféré ne pas mettre de préservatif ? F je n'en avais pas, j'avais bu un verre ou deux... M OK, euh... vous n'en aviez pas sur vous, et ça vous arrive régulièrement ?"* (M-110)

DISCUSSION

1 - Les principaux résultats.

L'abord du préservatif masculin était la méthode la plus répandue pour parler de prévention elle concernait 36 médecins de nos consultations, soit 90 % d'entre eux. Cet abord était complété par des conseils d'utilisation par 12 des médecins (30 %).

Dans 25 consultations (62,5 %), un travail était réalisé pour limiter la récurrence de cette prise de risque. Le conseil le plus répandu était, pour 17 des médecins (42,5 %) d'avoir un préservatif sur soi.

La consommation concomitante d'alcool pour 11 médecins (27,5 %) était le principal facteur de fragilité recherché lors de la prise de risque sexuel.

En ce qui concerne le mode de communication, 33 médecins (82,5 %) utilisaient un discours directif.

Cependant, on retrouvait un score d'empathie plus élevé mesuré par l'échelle CARE, chez les médecins qui avaient utilisé un discours motivationnel, et ce, pour tous les items de l'échelle. Les scores étaient plus importants si le médecin et le patient étaient de même sexe.

Les discours de prévention contenaient principalement des paroles culpabilisantes pour 30 médecins (75 %).

2 - Les limites et les points forts de l'étude.

2.1 - Les limites.

2.1.1 - Les caractéristiques de la population.

Notre population de médecins est constituée de 27 femmes (67,5 %) et 13 hommes (32,5 %). La moyenne d'âge est de 47,7 ans.

L'Atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2016, rapporte un âge moyen à 52 ans. Elle décrit une proposition de 54 % d'hommes médecins généralistes contre 46 % de femmes. (49)

Notre population n'est pas tout à fait représentative de la population française de médecins généralistes puisqu'elle est plus féminine et plus jeune.

2.1.2 - Le biais de recrutement.

Le recrutement s'est fait après accord du médecin généraliste. Un recrutement sans l'accord du médecin aurait permis d'avoir un échantillon plus représentatif de la population. Cependant en limitant un biais de recrutement nous aurions créé un problème éthique.

Le second biais de recrutement survient lorsque nous avons fait appel à la SFTG pour diffuser notre projet de thèse. Nous pouvons supposer que les médecins adhérents à cette société sont des médecins curieux, bénéficiant d'une meilleure formation continue et potentiellement exerçant une médecine plus ouverte sur les dernières recommandations et nouvelles techniques de communication.

Dans la population des médecins généralistes, en 2016 il y avait 15 % de maîtres de stage. Dans notre population il y en a 27 %. (50)

2.1.3 - La taille de notre échantillon.

Notre échantillon est de 40 consultations au total. Un échantillon plus important aurait certainement permis de mettre en évidence certaines subtilités de la prise en charge.

Cependant pour une raison de coût et de temps nécessaire pour réaliser les consultations nous nous sommes limités à 40 consultations.

2.1.4 - Deux investigateurs.

Nous étions deux individus à part entière, un homme et une femme jouant un scénario préétabli. Un nombre plus important d'investigateurs de chaque sexe aurait permis d'affiner nos résultats.

2.1.5 - Le lieu de la consultation.

Nous avons recruté 23 médecins localisés sur Paris et 13 en Banlieue (92, 94, 93, 78). Pour un échantillon homogène nous aurions dû avoir autant de médecins sur Paris qu'en banlieue. Actuellement nous ne pouvons savoir si la prise en charge varie en fonction du lieu de consultation.

2.1.6 - Le biais lié au nouveau patient.

Le fait d'être un nouveau patient peut être perçu comme chronophage puisqu'il faut constituer un nouveau dossier médical. Celui-ci était réalisé dans 82,5 % des consultations et le médecin lui consacrait une médiane de temps de 1,5minutes.

La médiane de temps de nos consultations était de 14 minutes, donc le dossier médical représente 11 % du temps de la consultation ce qui représente une durée non négligeable.

2.1.7 - Le biais d'interprétation.

Une étude descriptive entraîne obligatoirement un biais d'interprétation. Cependant nous avons réussi à le diminuer en réalisant une triangulation des investigateurs. D'autre part, une autre limite est l'utilisation d'une échelle non validée pour mesurer le stress ressenti pendant les consultations.

2.2 - Les points forts.

2.2.1 - La méthode du patient simulé.

Grâce à cette méthode, nous avons accès à la “boîte noire” de la consultation. Elle permet l’observation d’une grande quantité d’informations intactes.

Une étude de 2000, menée par Peabody et al. a comparé différents modes de recueil de données cliniques : le dossier médical, le recueil à partir d’acteurs simulant un patient et à l’aide d’un scénario clinique. Les données rapportées par les acteurs reflétaient plus significativement les pratiques cliniques des médecins. (51)

Elle permet l’absence du biais de désirabilité sociale que l’on retrouve dans les entretiens semi-dirigés.

Elle apporte une reconnaissance de la valeur des pratiques des médecins. (52)

Les avantages de la recherche qualitative incluent la capacité de fournir des données riches et d’explorer un phénomène complexe dans un contexte réel. (53)

2.2.2 - Enregistrement des consultations.

Grâce à l’enregistrement de chaque consultation et à sa retranscription mot pour mot nous avons pu limiter le biais de mémorisation.

3 - La prévention d’une prise de risque sexuel par le médecin généraliste.

3.1 - Le préservatif masculin.

Les médecins généralistes de notre étude mettent au cœur de la prévention le préservatif

masculin.

Il existe également dans la littérature un consensus sur le rôle central de celui-ci dans le programme de prévention des IST/VIH. (5)

L'ONU SIDA dans une déclaration de 2009, (55) juge le préservatif masculin en latex comme «la technologie la plus efficace pour réduire la transmission sexuelle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles ».

Cependant nous assistons à une baisse d'utilisation de celui-ci. (56)

En 2013, la SMEREP réalise une enquête sur la santé des étudiants : 41 % des étudiants disent utiliser systématiquement un préservatif et 30 % disent ne jamais le faire. (57)

Les médecins le valorisaient d'autant plus qu'il s'agissait d'une nouvelle relation ou de relations à court terme et multiples.

Bajos et al en 2007, mettent en évidence une relation entre l'augmentation de l'utilisation du préservatif et l'augmentation du nombre de partenaire. (58)

Les femmes rapportent une moindre utilisation du préservatif que les hommes lorsqu'elles ont des relations avec de nouveaux partenaires. L'écart entre les déclarations des hommes et des femmes atteste pour partie des difficultés auxquelles sont confrontées certaines femmes à négocier l'utilisation du préservatif, surtout lorsqu'elles vivent une sexualité socialement peu acceptée ou qu'elles perçoivent comme telle. (58)

Pour augmenter l'adhésion du préservatif certains médecins réalisaient une démonstration de la mise en place de celui-ci mais aucuns n'avaient de support spécifique. Il existe « le manège enchanté », support comportant plusieurs pénis en érection. (59) Il permet la démonstration et aussi l'utilisation par le patient du préservatif masculin pour éviter toute erreur de manipulation, conservation et mise en place. (60)

3.2 - Le préservatif féminin.

Dans notre étude peu de médecins connaissaient bien le préservatif féminin et beaucoup avaient des préjugés à son égard.

Il est commercialisé en France depuis 1998-99 mais est peu diffusé et mal connu.

En 2003, les femmes représentaient 39 % des nouvelles séropositivités diagnostiquées en

France. (61) Le préservatif féminin est un outil de prévention supplémentaire, les femmes maîtrisent alors leur sexualité et ses risques. (62,63)

Prudhommes et al. (64), comparent l'avis des femmes avant et après utilisation du préservatif féminin.

Si l'on compare l'avis des femmes avant et après utilisation :

- La mise en place au tout début du rapport sexuel (avec ou sans érection) représente l'avantage le plus fréquemment cité avant utilisation (55 %) et le plus confirmé (63 %).
- La solidité est l'avantage le plus cité avant utilisation (63 %), confirmé dans 56 % des cas.
- Le retrait différé est confirmé comme avantage par 52 % des femmes qui le citent avant utilisation.

Après utilisation du préservatif féminin, les avantages les plus fréquemment cités par les partenaires sont le fait qu'il soit placé par la femme (49,5 %), la mise en place au tout début du rapport sexuel (46 %), la solidité supérieure à celle du préservatif masculin (44 %), le retrait différé (35 %), le fait qu'il permette de ressentir du plaisir (27 %).

Parmi les femmes satisfaites du préservatif féminin, 90 % sont prêtes à le réutiliser et 89 % des partenaires satisfaits sont aussi prêts à le réutiliser.

L'importance de l'entretien motivationnel effectué par le professionnel de santé qui présentait le préservatif féminin est à souligner. Dès lors qu'une femme trouvait un avantage au moins au préservatif féminin, elle le testait deux fois plus.

Certains médecins de notre étude ont réalisé une démonstration de l'utilisation du préservatif en mimant le vagin avec leur main. Il existe « La Rosine » qui représente un vagin pour la démonstration de la pose du préservatif. (65)

Dans notre étude les médecins mettaient également en avant qu'il était difficile à trouver et plus cher que le préservatif masculin.

En moyenne une boîte de 3 revient à 8.70 euros. (66)

3.3 - Le préservatif et les préliminaires

La fellation et le cunnilingus sont devenus des composantes très ordinaires du répertoire sexuel avec une augmentation nette de ces pratiques. (58)

Les adolescents ont des rapports oraux avant leur première expérience de rapport sexuel (67). Plus l'adolescent a expérimenté le sexe oral avant un rapport sexuel avec pénétration et moins il utilise de protection pour le sexe oral. (68)

Potoczny et al. étudient les pratiques oro-génitales et l'utilisation du préservatif. Celui-ci n'a été utilisé en systématique que dans 3 % des cas et jamais dans 88 % des cas. (69)

Tout comme dans notre étude les médecins rapportaient que le port du préservatif pour les préliminaires n'était pas rependu.

Cependant la plupart d'entre eux le recommandaient. Mais ils expliquaient que le risque de transmission du VIH pouvait être caractérisé de « cas d'école ».

La littérature n'apporte pas de conduite stricte pour la transmission du VIH lors des préliminaires.

Il n'existe pas d'estimations, de méta-analyses en ce qui concerne le sexe oral (cunnilingus ou fellation) car le nombre d'études de qualité menées est trop faible. Dans une analyse des études disponibles publiée en 2008, on concluait que les relations sexuelles orales vaginales et péniennes présentaient une « probabilité de transmission faible, mais *pas nulle* ». (70)

Peu de médecins insistaient sur les autres risques de transmission d'IST.

Alors que dans la littérature l'utilisation de préservatifs ou la digue dentaire est recommandée en cas de fellation, cunnilingus et anulingus. Le sexe oral est pourvoyeur de la syphilis (28), du gonocoque (71), de l'herpès (72), de la chlamydia (73), de l'HPV (25), de l'hépatite A.

Une bonne hygiène bucco-dentaire est recommandé pour créer une barrière de défense contre les bactéries et virus. (75) Il est également préconisé de :

- Limiter l'exposition aux liquides sexuels.
- Veiller à ce qu'aucune coupure ou blessure ne soit présente dans la bouche ou sur les

organes génitaux.

– Vérifier l'absence de saignement des gencives, des plaies des lèvres, des coupures et de l'épithélium oral.

Toutes ces recommandations diminuent énormément les chances de transmission d'une IST.

On peut conseiller pour la fellation, des préservatifs non lubrifiés pour plus de confort. (76)

Pour la pratique du cunnilingus, un médecin recommandait l'utilisation d'un « préservatif de langue ». Il fait référence à une digue dentaire. (75)

3.4 - La rupture du préservatif.

3.4.1 - La rupture du préservatif masculin.

Dans notre étude 35 % des médecins banalisaient leur réponse à cette rupture en expliquant que « ça arrive ». Cependant la littérature démontre que les principales causes de rupture ou mauvaise utilisation sont humaines. (77)

Les erreurs sont :

- Une application tardive du préservatif. (78–83)
- Une application précoce. (83–88)
- Un déroulement complet du préservatif avant de le mettre. (78,89)
- L'effacement du réservoir lors de la pose. (78,81,89)
- L'air du réservoir n'avait pas été chassé avant utilisation du préservatif. (78)
- Débuter une relation avant que le préservatif ne soit déroulé jusqu'à la base du pénis. (81,89)
- Utilisation d'objet tranchant pour l'ouverture du préservatif. (81,82,89)
- Absence d'inspection du préservatif retrouvée. (81,89)
- L'utilisation d'un lubrifiant à base d'huile. (81,89)
- Un retrait incorrect. (78)
- La réutilisation du préservatif. (78,81,89)
- Un stockage incorrect. (81,82,89)

Quant aux problèmes rencontrés :

- Le taux de rupture du préservatif varie de 0.8 % à 40.7 %. (78,79,81,82,89–99)
- Un glissement pendant le rapport (81,82,89) ou pendant le retrait. (89)
- Un problème d'érection associé à l'utilisation du préservatif. (81,82,89,121)

Tous ces résultats font écho à l'importance de la prévention et la nécessité de revoir avec le patient et la patiente la technique d'utilisation du préservatif.

Dans notre étude certains médecins incriminaient la taille du préservatif non adapté à la taille du pénis responsable de la rupture.

Smith et al. mettent en évidence qu'il existe une association entre rupture et circonférence du préservatif mais pas pour le glissement de celui-ci. Cela suggère donc un besoin d'augmenter la gamme des préservatifs et de choisir un préservatif adapté à la taille du pénis. (112)

D'autres médecins parlaient d'un manque de lubrification et proposaient d'en utiliser un. Smith et al. démontrent que l'utilisation du lubrifiant a un intérêt lors d'une pénétration anale, car elle diminue les risques de glissement. Cependant lors d'une pénétration vaginale elle augmente ce risque. Il n'a pas été démontré de lien entre lubrification et baisse de la rupture du préservatif. Les messages d'éducation sur l'utilisation d'un lubrifiant supplémentaire devraient tenir compte de la diversité des pratiques sexuelles. (105)

Un médecin proposait l'utilisation de préservatif à base de polyuréthane en expliquant qu'il était plus résistant que celui au latex.

Cependant une étude démontre que le préservatif avec latex peut se rompre dans 1 cas sur 120 lors de rapports hétérosexuels, contre 1 cas sur 26 avec un préservatif sans latex. (122) Par conséquent en l'absence d'allergie au latex il vaut mieux promouvoir celui en latex.

3.4.2 - La rupture du préservatif féminin.

L'OMS a défini les modes de défaillance du préservatif féminin. (123) Il a été convenu qu'il existe quatre catégories d'échecs : rupture, invagination, mauvaise orientation et glissement.

Les études menées à ce jour sur les PF ont montré que les taux de rupture sont généralement inférieurs à ceux rapportés pour les préservatifs masculins (63,76) et vont de 0,11 % (111) à 2,7 % (124).

L'invagination est spécifique au PF et semble être l'un des modes d'échec les plus courants (2-3 %, (111,125,126)). Il se produit lorsque l'anneau externe du PF est poussé partiellement ou complètement dans le vagin.

Une mauvaise direction se produit lorsque le pénis pénètre sur le côté du FC et se trouve entre le FC et la paroi vaginale (0,64-2 %, (126,127)).

Le glissement survient lorsque le FC glisse ou est sorti du vagin pendant les rapports sexuels ou le retrait (2,8 %, (111)).

Beksinska et al. mettent en évidence que le taux d'échec du PF diminue après l'utilisation des cinq premiers avec une courbe d'apprentissage courte. (128)

Pour une efficacité maximale contre la grossesse et les IST, le préservatif doit être utilisé correctement.

3.5 - Le risque de la grossesse et rôle de la contraception.

Le préservatif est utilisé lors des premiers rapports sexuels à près de 90 %. Toutefois, pour plus d'un homme et d'une femme sur dix qui arrêtent d'utiliser le préservatif au cours du premier trimestre de la première relation, les rapports sexuels ne sont pas protégés des risques de grossesse. (15)

Une étude de 2007, retrouve que parmi les femmes ayant recours à une IVG, 66 % avaient une contraception dans le mois précédent la grossesse dont 16 %, le préservatif. Parmi les utilisatrices du préservatif, 84 % déclaraient qu'il avait glissé ou s'était déchiré.

(129)

Les résultats montrent que le recours à l'IVG est plus fréquent si les hommes et les femmes n'ont pas utilisé de préservatif au début de la relation et si les femmes n'ont pas relayé l'arrêt du préservatif par une autre méthode de contraception. (129)

Un total de 25% des médecins de notre étude parlaient du risque de grossesse à une femme, comme un risque plus important que le VIH. Et seulement deux médecins sensibilisaient sur l'utilisation de la contraception d'urgence.

Le risque de grossesse n'était abordé pour FC que par 3 médecins et toutes des femmes.

Des recherches récentes sur les jeunes hommes ont révélé qu'ils connaissaient relativement peu la contraception. Ils ont exprimé leur inquiétude de devoir compter sur leurs partenaires féminins pour le contrôle efficace des naissances. (130,131)

Ces résultats interrogent les points de vue entre un discours préventif du VIH et des autres IST basés sur la promotion du préservatif et les campagnes sur la contraception des grossesses non prévues informant de l'offre contraceptive disponible.

Pour pallier cette moindre protection au fil de la relation on peut se demander s'il ne serait pas nécessaire de promouvoir davantage et ce, dès l'entrée dans la sexualité, le préservatif comme un outil préventif, contraceptif et d'informer femmes et hommes de l'offre contraceptive disponible, en particulier sur la contraception d'urgence qui peut pallier les échecs du préservatif.

3.6 - Limiter les récurrences.

Les médecins de notre étude ont mis en évidence de nombreuses techniques pour limiter la récurrence de la prise de risque sexuel. Ils recommandaient d'avoir un préservatif avec soi.

Ils mettaient également en avant son utilisation ludique lors de jeu sexuel. Crosby et al. suggèrent que la participation de la femme à la décision d'utiliser des préservatifs peut être partiellement protectrice contre certaines erreurs. (87)

Ils proposaient au patient d'avoir accès à de nombreuses connaissances pour obtenir un panel argumentaire le moment venu si le partenaire refusait de mettre un préservatif. La

compréhension du patient des risques qu'il prend améliore sa capacité à se prendre en charge.

De nombreux médecins se sont intéressés au « savoir dire non » et pourquoi dire non. Albert Camus écrivait qu'en disant non « l'homme révolté démontre avec entêtement qu'il y a en lui quelque chose qui vaut la peine de, qui demande qu'on y prenne garde ». (132) Le non constitue un processus dynamique révélant un être en devenir, un être qui peut changer, se transformer grâce à l'autre.

3.7 - La prévention combinée.

3.7.1 - Le dépistage du VIH.

Le dépistage du VIH fait partie intégrante de la prévention. De nouvelles techniques de dépistage rapide ont été développées. Deux médecins dans notre étude nous donnaient des informations à ce sujet.

Il existe donc le test diagnostique rapide ou TROD et l'autotest.

Les TROD réalisés par des structures associatives ou de prévention représentaient un nombre beaucoup plus faible de tests (environ 62 200 en 2015, stable par rapport à 2014), mais avec un taux de positivité plus élevé (7,7 positifs pour 1 000 tests). Ce dispositif cible donc des populations fortement exposées au VIH.(133)

L'autotest est un TROD composé d'un kit complet et une notice explicative permettant la réalisation du test par un utilisateur novice à la maison. Le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé.

Depuis septembre 2015, les autotests VIH sont commercialisés dans les pharmacies françaises (entre 25 et 30 €) et la HAS a édité un guide à destination des professionnels pour les aider à répondre aux interrogations des utilisateurs potentiels et à les accompagner dans leur démarche de dépistage.(134)

La principale différence entre le TROD, autotest et la sérologie classique est le délai : pour

les premiers sont de 12 semaines alors que pour la sérologie classique il est de 6.

3.7.2 - Traitement pré et post exposition.

Quatre médecins proposaient des informations sur ce sujet.

La prophylaxie pré-exposition (PrEP), consiste en une utilisation préventive de traitements antirétroviraux chez des personnes non-infectées. En janvier 2012, l'avis du Conseil National du Sida (137) souligne l'intérêt de la PrEP en tant qu'outil de prévention additionnel, dont la promotion et l'accès doivent être envisagés en complément des outils déjà existants dans une approche de prévention combinée.

L'année 2015 a été marquée par la publication des résultats concordants des deux essais IPERGAY (89) et PROUD (90) qui ont consolidé et validé l'intérêt de la PrEP, aboutissant à son autorisation en France dans le cadre d'une RTU (recommandation temporaire d'utilisation) du Truvada® par la Ministre des affaires sociales et de la santé en janvier 2016 pour la population homosexuelle.

Ces deux études arrivent à une même conclusion : la PrEP est un bon moyen de prévention du VIH, les comportements sexuels des participants ont été peu modifiés avec un nombre inchangé de partenaires et une fréquence équivalente des IST dépistées. (135) (136)

En ce qui concerne le traitement post-exposition, les recommandations reposent sur un dispositif hospitalier, défini dans ses objectifs et son organisation par la circulaire du 13 mars 2008. (138)

Il permet l'accès rapide au traitement mais aussi la prise en charge globale et la prévention des situations d'exposition au risque viral. Le TPE est d'autant plus efficace qu'il est administré précocement (délinéament dans les 4h suivant l'exposition et au plus tard 48h). (33)

3.7.3 - L'orientation.

Dans notre étude, 5 médecins proposaient de se rendre dans un Centre de dépistage anonyme et gratuit. Ceci pour tester des préservatifs, poser des questions et faire un nouveau test si une récurrence de prise de risque arrivait.

Depuis 2009, plusieurs rapports recommandent de simplifier l'offre de dépistage pour le VIH, les hépatites et les IST et de mieux baliser le parcours de soins et la prise en charge. En effet, en France, coexistaient encore il y a peu, le CDAG (centre de dépistage gratuit et anonyme), le CIDDIST (centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) et le CPEF (centre de planification et d'éducation familiale).

À ce jour, ces recommandations ont trouvé un écho avec la création au 1er janvier 2016 (139) des Centres gratuits d'informations, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). Ces dispositifs remplacent les anciens CDAG et CIDDIST. Ainsi les CeGIDD ont pour missions : la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ; la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ; la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription et la délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence ainsi que la vaccination.

3.8 - Les facteurs de fragilités.

Dans notre étude, 8 médecins se sont intéressés à notre consommation d'alcool concomitante à la prise de risque. Ils ne se sont pas intéressés à la prise de drogue, ni au risque de prostitution. Trois avaient abordé de façon systématique la violence dans la création du dossier médical et un médecin recherchait d'autres domaines de conduite à risque.

3.8.1 - La consommation d'alcool, de drogue et symptômes anxio-dépressifs.

La conduite à risque est définie comme la recherche active et répétée du danger, impliquant pour un sujet la mise en jeu de sa propre vie. Cette pratique peut devenir une réelle dépendance.

Dépendance qui peut désigner une appétence non seulement de drogues chimiques mais aussi de conduites comme une sorte de toxicomanie sans drogue. (140)

D'après une étude (145) :

– 9,8 % des personnes interrogées rapportent avoir consommé de la drogue avant le premier rapport sexuel avec un nouveau partenaire.

– 26,2 % avoir bu de l'alcool dont près d'un tiers reconnaissent avoir été un peu ou beaucoup ivres.

L'analyse des résultats souligne que la consommation d'alcool conduit à un relâchement des comportements de prévention et notamment à une moindre utilisation du préservatif, celui-ci étant d'autant moins utilisé que les répondants reconnaissent avoir été un peu ou beaucoup ivre lors du rapport sexuel. En effet, 82,6 % des personnes n'ayant pas consommé d'alcool ont utilisé le préservatif lors du premier rapport avec leur nouveau partenaire contre 73,3 % pour celles ayant consommé de l'alcool sans être ivres et seulement 53,8 % des personnes déclarant avoir été un peu ou beaucoup ivres.(141)

Stiffman et al. ont mis en évidence une relation entre l'existence de troubles psychiatriques dans l'adolescence et en particulier d'abus d'alcool, de tentatives de suicide et de troubles des conduites avec une plus grande fréquence de conduites à risque à l'âge adulte. Les symptômes dépressifs étaient plus particulièrement associés aux conduites de prostitution. Plus les troubles psychiatriques étaient nombreux dans les antécédents, plus les conduites de risque étaient fréquentes.(142)

3.8.2 - La vulnérabilité psychologique.

Les enquêtes Knowledge, Attitude, Beliefs and Practices-KABP (143) et Contexte de la sexualité en France-CSF (58) expriment les différences entre hommes et femmes. Ainsi,

les femmes sont plus souvent que les hommes dans la situation d'accepter des rapports sexuels non protégés, en particulier celles qui ont un faible niveau d'éducation.

Les femmes rapportent trois fois plus souvent avoir été victimes d'une agression sexuelle. Lors des ruptures, les femmes, et en particulier celles de plus de 35 ans, sont en difficulté pour négocier une protection avec leurs nouveaux partenaires.

3.8.3 - Une personnalité hédoniste, impulsive et timide.

Les recherches comportementales ont tenté de comprendre les déterminants de l'activité sexuelle à haut risque (pratique non protégée avec des partenaires multiples) (144).

On peut s'attendre à ce qu'une personnalité hédoniste ait du mal à accepter la diminution du plaisir par le port du préservatif.

Qu'un individu impulsif pourrait rencontrer des difficultés à interrompre le "feu de l'action" pour prendre ses précautions.

Enfin l'utilisation du préservatif peut être refusée par des personnalités timides ou avec une estime de soi fragile.

Ces idées suggèrent que la personnalité pourrait jouer un rôle déterminant dans l'adoption des conduites sexuelles à risques et qu'il serait bon de les repérer. (145)

4 - Mode de communication du médecin généraliste pour réaliser sa consultation.

Aujourd'hui les compétences en communication des médecins deviennent fondamentales. Elle est liée à l'évolution de la société et des pratiques. Les médecins (146,147) et les patients (148,149) reconnaissent les bénéfices d'une bonne communication médecin-patient.

Des études suggèrent que la communication médecin/patient sur le thème de la sexualité doit être amélioré. (150,151)

4.1 - Entretien directif versus motivationnel.

Dans notre étude 82,5 % des médecins avaient recours à l'entretien directif pour réaliser leur consultation.

Cet entretien est basé sur un ensemble de questions fermées pour obtenir des réponses précises aux questions posées. Elles ne laissent à son destinataire que des choix prédéfinis de réponse comme « oui » ou « non ».

Ce type d'entretien dit aussi confrontationnel est basé sur une relation hiérarchique, où le médecin se fait le guide du patient. La stratégie thérapeutique est fondée sur une approche dichotomique. L'entretien est basé sur ce que le médecin pense être bon pour lui. C'est donc le médecin qui argumente et insiste sur les inconvénients. Les conséquences de ce type d'entretien sur celui-ci est qu'il diminue le sentiment d'efficacité personnel et il augmente la résistance du patient. La répétition épuise le message. Il rend le médecin rigide, entraîne même un épuisement, car celui-ci reste préoccupé par le besoin de convaincre.

Ce type d'entretien est également utilisé pour un supposé gain de temps.

Il est rassurant pour le médecin car c'est ce dernier qui mène la consultation et laisse peu de place au patient pour s'exprimer.

Dans notre étude les médecins utilisaient en moyenne 1157 mots versus 1606 lors d'un entretien motivationnel et le patient disait en moyenne 293 mots lors d'un entretien directif versus 468 mots lors d'un motivationnel. L'augmentation du nombre de mots est notable pour le patient avec un facteur de 1,5. La quasi-stabilité du nombre de mots des médecins laisse à penser qu'un entretien directionnel ou motivationnel ne prend pas plus de temps mais qu'il laisse plus de place au patient.

Il replace donc le patient au cœur de la consultation. Le patient devient donc acteur de sa prise en charge. Il s'agit d'une alliance thérapeutique.

La technique de l'entretien motivationnel est développée par Rollnick et Miller. Elle éclaire par des questions ouvertes les freins et les attentes d'une personne pour déclencher un changement. (152)

Selon STEWART et al. (154), pour parvenir à une approche centrée sur le patient, le médecin doit explorer les quatre dimensions suivantes :

- Le point de vue du patient quant à l'explication de son problème de santé : quelles sont les causes, selon lui ? (cause)
- Ses sentiments par rapport à ce problème : a-t-il des inquiétudes ou des préoccupations particulières ? (craintes)
- L'influence de ce problème sur son fonctionnement : comment ce problème modifie-t-il son quotidien, à la maison, dans ses loisirs, au travail ? (répercussions)
- Ses attentes à l'égard du médecin : a-t-il des attentes précises quant à l'investigation et au traitement ? (souhaits)

L'approche centrée sur le patient a de nombreux avantages :

Selon Levenstein (155), elle influence favorablement son degré de satisfaction et son observance des recommandations.

Selon Tuckett et al, cela permet au patient de comprendre et retenir l'information donnée.

Les limites retrouvées sont (153) :

- 1) Les représentations sociales favorisent l'individu à adopter les représentations collectives au dépend de ses propres perceptions. Cela peut être source d'immobilisme et de dépendance normative.
- 2) De ne pouvoir explorer la dimension inconsciente des patients.

Une autre notion importante dans la relation thérapeutique est l'empathie. Il s'agit de la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis du patient, sans aller vers la sympathie ou l'antipathie. (156)

Les conditions de la réussite de l'entretien motivationnel dépendent de l'empathie que le médecin éprouve pour son patient, la confiance qu'il lui accorde et l'affranchissement de tout jugement. Le médecin doit donc renoncer à manipuler le discours du patient.(153)

Elle permet au patient d'accéder à une meilleure autonomie dans sa prise en charge. (157–160)

La participation du patient à sa santé est reconnue par l'OMS comme facteur essentiel pour la promotion de la santé. (161)

Nous avons utilisé une échelle d'empathie, l'échelle CARE pour connaître le ressenti du patient sur la consultation.

Nous avons comparé les résultats obtenus pour les 10 items lors des entretiens motivationnels et directionnels. Nous pouvons conclure à un meilleur score de façon globale sur l'ensemble des items lors des EM.

Ce qui pourrait sous entendre une meilleure adhésion de la prise en charge par le patient lors d'un EM.

4.2 - Les types de discours utilisés pour réaliser la prévention.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence une dominante de discours culpabilisant, retrouvés dans 30 consultations. Ils étaient retrouvés à la fois dans des consultations dites directives et d'autres motivationnelles.

On peut se poser la question de son rôle et de l'impact qu'il a sur le message de prévention. Mais également sur l'incitation à changer de comportement.

Il a pour vocation un électrochoc. Cependant, tout comme l'entretien de la peur pour initier le changement de comportement, son efficacité peut être remise en cause. Un ton plus neutre et basé sur des données scientifiques permettrait de mettre une certaine distance et très probablement une meilleure adhésion à la réception d'informations.

Dans une idée plus positive, les signes de soutien exprimés par le médecin sont vécus positivement par le patient alors que les manifestations d'optimisme sont en règles générales mal interprétées. (162)

4.3 - Difficultés à aborder la sexualité.

Nous avons mis en évidence dans notre étude certaines difficultés par les médecins à parler de sexualité. Il transmet alors au patient une certaine anxiété qui se manifeste dans

son discours mais aussi dans son comportement général.

Nous avons pu voir des médecins qui s'excusaient de leurs questions, d'autres qui réalisaient un auto-coaching. Mais aussi certains qui tenaient un discours déconstruit entre réflexions personnelles et informations au patient. Ou encore des questions posées par le patient laissées sans réponse.

Les médecins estiment que la prévention relève de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardiovasculaire et le tabagisme. Ils sont 79,7 % à déclarer la prévention faire « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle dans le domaine de la vie affective et sexuelle. Les thèmes jugés les moins faciles à aborder sont la consommation d'alcool (60,4 %), la vie affective et sexuelle (58,7 %) et l'usage de drogues (57,0 %). (25) La facilité serait moindre lorsqu'il s'agit d'un sujet touchant à l'intime, avec une dimension éducative, et vis-à-vis duquel le médecin craint d'être intrusif ou pas assez « outillé » pour la prise en charge. (163)

Des études quantitatives ont mis en évidence qu'il existait des freins chez les médecins généralistes à aborder le thème du VIH et à proposer le test de dépistage. (164,165)

Certains évoquent une gêne personnelle, une certaine pudeur qui les conduit à être mal à l'aise pour aborder ce sujet. D'autres expriment aussi le sentiment d'être trop intrusif vis-à-vis des patients dans le fait de les interroger sur leur vie sexuelle ou en abordant le sujet spontanément. (166) D'autres pensent qu'ils doivent attendre de mieux connaître leur patient pour aborder ce thème. (166)

Les médecins craignent également ouvrir la « boîte de pandore » en s'intéressant à la sexualité de leur patient. (167)

Une étude de 2014, montre que l'abord de la prévention et du dépistage du VIH est fortement imprégné de la façon dont les médecins envisagent l'approche de la sexualité avec leurs patients. Cela les renvoie à leur propre pudeur, à leurs propres limites et à la capacité qu'ils ont à les dépasser. On constate que la sexualité reste un sujet tabou pour un grand nombre d'entre eux, qui préfèrent se ranger derrière l'idée que si le patient a besoin d'en parler il le fera, et un frein important au dialogue sur les questions touchant au VIH. (168)

Dans une étude réalisée auprès de patients, 93 % d'entre eux ne ressentait pas comme intrusif le fait de parler de leur sexualité lorsque les médecins les interrogeaient. (169)

Ainsi le médecin devrait être rassuré car l'abord de la sexualité sera à priori bien reçu par le patient.

4.4 - Communication non verbale et para-verbale.

Nous nous sommes également intéressés à l'attitude des médecins pendant la consultation. Nous avons remarqué des conduites d'évitements comme l'absence de connexion dans les regards, un éloignement entre lui et nous, l'interface de l'ordinateur entre autres.

La communication non verbale se définit comme tout moyen corporel de transmettre une information, indépendamment de la parole : posture, attitude, attention visuelle, mouvements ostentatoires du corps mais également les expressions du visage. Il faut l'élargir au champ du langage para-verbal (intonation, tournure, changement de rythme) qui renforce l'expression d'une émotion et d'une intention.

La communication non verbale joue un rôle important tout au long de l'entretien médical et constitue une variable importante dans les interactions médecin-patient. Elle aide à construire la relation, fournit des indices sur la préoccupation et les émotions non verbales sous-jacentes et contribue à renforcer ou à contredire nos commentaires verbaux. (170)

L'article de Marcinowicz et al rappelle que les patients observent attentivement leurs médecins dans les consultations. (171)

Byrne et Heath, pionniers britanniques de l'étude de la consultation, ont constaté que le contact visuel et la posture du médecin influencent les informations données par le patient. (172)

Au cours des 20 dernières années, un travail a démontré la relation entre la communication non verbale des médecins (sous forme de contact visuel, position et tonalité de la voix) avec les résultats suivants : satisfaction du patient, la compréhension du patient, la détection par un médecin de la détresse émotionnelle et l'historique des demandes de maltraitance chez les médecins. (170)

Selon Marsh, c'est le langage du corps qui joue le plus grand rôle (55 %) dans la communication, suivi de près par les caractéristiques de la voix et les indices para linguistiques (38 %), et en dernier lieu viennent les mots (7 %). (173)

Quand il y a contradiction entre le non-verbal et le verbal, il semble qu'on fasse plus confiance au non-verbal, par lequel il est plus difficile de mentir.

La capacité des patients à se souvenir des informations données par le médecin est médiocre. Le pourcentage d'information oublié varie de 40 à 80 %. (174) Par conséquent des méthodes efficaces de communication verbale et para-verbale semblent importantes.

4.5 - Différence de prise en charge médecin homme/femme-patient homme /femme.

Nous nous sommes rendus compte avec notre étude d'une différence de prise en charge avec un médecin homme ou femme.

Tout d'abord, les consultations étaient plus longues et le score de l'échelle CARE plus important lorsque patient et médecin étaient de même sexe.

La littérature ne met pas en évidence une telle différence. Mais elle démontre que les médecins femmes se sont engagées dans des discussions plus positives, en créant des partenariats, en posant des questions et en donnant des informations. De même, lorsque les médecins femmes étaient comparées aux médecins hommes, les patients se sont engagés dans des discussions plus positives, plus de partenariats et d'informations liées à des sujets biomédicaux et psychosociaux. (176)

Ensuite le préservatif féminin était proposé spontanément uniquement par des médecins femmes à CL et n'a jamais été abordé lors des consultations de FC. Le risque de la grossesse était abordé par une dominante de médecin femme face à moi-même et seulement par 3 médecins femmes face un FC.

Dans la littérature, nous retrouvons également une différence de prise en charge en

fonction du sexe du patient et du médecin. Lurie et al rapporte une différence de 40 % du taux de dépistage entre les médecins hommes et femmes pour le frottis et 33 % pour la mammographie. (175)

Une méta-analyse a révélé un modèle d'échange dans lequel les patientes ont reçu significativement plus d'informations et une communication plus complète de leurs médecins que les patients. (177). Les patientes ont également utilisé plus de déclarations émotionnelles, de désaccord et de déclaration positive que les patients. (178)

5 - Les pistes d'amélioration de la prise en charge de risque sexuel et de récurrence.

Grâce à ce travail d'étude de la littérature, des 40 consultations et du travail de François Cherpin, nous pouvons maintenant proposer aux médecins généralistes une fiche synthétique pour évaluer, gérer et prévenir les risques de maladies sexuellement transmissibles après un rapport sexuel à risque.

Evaluation, gestion et prévention du risque de maladies sexuellement transmissibles

ÉVALUER LA PRISE DE RISQUE

- Date du rapport à risque
- Informations sur le partenaire, en priorité son statut sérologique vis-à-vis du VIH
- Risque et nature de l'exposition : rapport à risque hétéro ou homosexuel, rapport vaginal, anal, passif, actif, bucco-génital
- Rapport à risque sous l'influence de toxiques
- Rapport consenti ou non

BILAN INITIAL ET A DISTANCE

- Sérologie VIH avec un contrôle à 6 semaines du rapport à risque
- Sérologie syphilis avec un contrôle à 6 semaines conjoint avec la sérologie VIH
- Sérologie hépatite B si pas de vaccination antérieure avec un contrôle à 3 mois
- Sérologie hépatite C uniquement en cas de rapport traumatique, sanglant ou anal réceptif avec des contrôles à 6 semaines et 3 mois
- PCR chlamydia même si le patient est asymptomatique sur auto-prélèvement vaginal chez les femmes et sur urine du 1er jet chez les hommes
- Recherche des gonocoques par PCR gonocoques chez les femmes même si asymptomatique, ou par culture à partir d'un prélèvement urinaire chez les hommes

INDICATION DU TPE

La mise en place d'un traitement post exposition peut être indiquée dans les 48h suivant un rapport potentiellement contaminant. Le tableau ci-dessous détaillant les indications du TPE est tiré des recommandations du rapport MORLAT 2013 :

Expositions sexuelles				
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	positif		inconnu	
	CV détectable	CV indétectable*	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH >1 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

*** Un TPE peut néanmoins être envisagé au cas par cas en présence de facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou buccale, IST associée, saignement).

RECHERCHE DES FACTEURS DE FRAGILITES ET VIOLENCES

- Questionner sur la consommation concomitante de toxiques et les antécédents d'abus
- Repérer des personnalités prédisposées : hédoniste, impulsive et timide
- Recherche des antécédents de violence
- Évaluer le risque de prostitution ou de rapports contre de l'argent
- Évaluer les antécédents et le risque de dépression

REDUCTION DES RISQUES DES DIFFERENTS RAPPORTS

- Promouvoir le préservatif masculin et féminin pour les patients hommes et femmes pour tous les types de rapports, sans émettre de préjugés
- Pour les rapports oraux, promouvoir l'utilisation du préservatif, de la digue dentaire, et des conseils de réduction des risques
- Rappeler que le préservatif est aussi un moyen de contraception
- Parler risque de grossesse et contraception aussi bien à un patient homme que femme
- Rappeler que le préservatif est aussi un mode de contraception
- Vérifier les connaissances de la patiente sur sa contraception, conduite à tenir en cas d'oubli
- Mettre en place une stratégie avec le patient pour limiter la récurrence d'une prise de risque sexuel : avoir un préservatif sur soi, jeu sexuel, savoir dire non
- Promouvoir le dépistage répété
- Informer des nouvelles techniques de dépistage : test diagnostique rapide et TROD, mais aussi leurs limites
- Informer sur les lieux de dépistage et de prévention complémentaire de la consultation
- Inciter le patient à prévenir ses partenaires pour les dépister et les traiter

PRECAUTION ORATOIRE POUR EVALUER LE RISQUE ET PARLER DE PREVENTION

- Utiliser des questions ouvertes pour aborder la sexualité sans se sentir intrusif et laisser le choix au patient de répondre :
 - « Dans quel contexte s'est produit votre rapport à risque ? »,
 - « Qu'est-ce qui vous inquiète ? »,
 - « Qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas mis de préservatif ? »,
 - « Qu'est-ce qui a favorisé cette prise de risque ? »,
 - « Quel lien faites-vous entre la consommation d'alcool et la prise de risque ? »
- Utiliser des questions fermées pour obtenir les informations indispensables à l'évaluation du risque si le patient ne donne pas les informations de lui-même :
 - « Etait-ce un rapport hétéro ou homosexuel ? Avec un ou plusieurs partenaires ? »,
 - « Etait-ce un rapport consenti ? »,
 - « Savez-vous si votre partenaire est séropositif au VIH ou s'il a lui aussi consulté et fait des tests ? Pensez-vous pouvoir lui poser la question ? »
- Promouvoir un mode de communication de type motivationnel pour mettre au cœur de la consultation le patient et le rendre acteur dans le but de déclencher le changement
- Questionner le patient sur :
 - Son point de vue,
 - Ses sentiments sur le problème,
 - Son influence
 - Ses attentes à l'égard du médecin
- Demander si le patient souhaite des informations
- Laisser plus de temps de parole au patient
- Faire preuve d'empathie pour une meilleure autonomie et adhésion du patient au projet thérapeutique
- Utiliser un discours neutre, basé sur des données scientifiques

CONCLUSION

La prise en charge de la prévention d'une prise de risque sexuel est un thème récurrent de consultation en médecine générale.

Grâce à notre étude qui a analysé les pratiques de 40 médecins généralistes et aux données de la littérature, nous avons pu dégager de grands axes de prévention qui nous semblent importants à aborder pour réaliser une prévention de qualité lors d'une prise de risque sexuel.

Dans notre étude, les principes importants de prévention sont connus des médecins généralistes. Ils délivrent des conseils pour l'utilisation du préservatif et créent très souvent une stratégie avec le patient pour limiter les récurrences.

Certains points restent également à aborder et à ne pas négliger :

- Promouvoir le préservatif féminin,
- Revoir la technique de pose d'un préservatif,
- Promouvoir l'utilisation du préservatif ou de la digue dentaire pour les rapports oraux,
- Évaluer le risque de grossesse aussi bien avec une patiente qu'un patient,
- Promouvoir l'association du préservatif et de la contraception,
- Promouvoir le dépistage des IST et son accessibilité,
- Évaluer les facteurs de fragilités.

Cependant un changement de vision, moins focalisé sur les risques de la sexualité pourrait être opéré. Ainsi une approche globale et positive permet de travailler sur les dimensions affectives de la sexualité, les compétences relationnelles, l'estime de soi et les questions de genre (l'orientation sexuelle, le respect dans les relations et l'égalité des sexes) pour donner à chaque individu les moyens de vivre une sexualité épanouie et responsable.

Renforcer ses connaissances et sa pratique en technique de communication semble également important pour délivrer une information de qualité qui trouve un impact.

Dans le souci d'une pratique quotidienne, nous avons élaboré avec François Cherpin une fiche récapitulative des thèmes principaux qui nous semblent importants à aborder pour réaliser une prise en charge optimale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva : World Health Organization ; 2006.
2. Ministère des affaires sociales et de la santé. Paris. FRA. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2017.
3. Richard Poulin, Pornographie et hyper sexualisation, Enfances dévastées, tome II, Ottawa, Éditions L'Interligne, 2008, p34.
4. Jaspard M. Sociologie des comportements sexuels. Paris : Éditions La Découverte ; 2005. (Repères.).
5. Janier M. 12 – Syphilis. In : Les infections sexuellement transmissibles (1e édition) Paris : Elsevier Masson ; 2009. p. 66-78.
6. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. (C.R.I.P.S.). Paris. FRA. Le préservatif : dossier documentaire. 1997 ; 69p.
7. Cherbonnier A, Vekemans M, Gerard H, Vilquin.. Dossier contraception : la révolution hormonale. CEDIF INFO. déc 1985 ;(28) :7-10.
8. Le Naour, J, Valenti C, Histoire de l'avortement. XIXe-XXe siècles. Paris : Seuil ; 2003. (L'univers historique.).
9. Veil S, Herve C. Verbatim de la conférence : La femme et la grossesse : trente ans après la loi de 1975 : Conférence prononcée par Simone Veil le 8 janvier 2007 en la faculté de médecine Paris-Descartes. Rev Gen DROIT Med. 1 mars 2015 ;(54) :246-61.
10. Francine Duquet avec la collaboration d'Anne Quéniart, Perceptions et pratiques de jeunes du secondaire face à l'hypersexualisation et à la sexualisation précoce, Mai 2009.
11. Saboni L, Beltzer N, Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. Numéro Thématique VIH sida En Fr Données Surveill études. 1 déc 2012 ;(46-47) :525-9.
12. Gremy I, Chauveau J, Vongmany N, Beltzer N, D'une maladie mortelle à une maladie chronique : Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida : évolution 1992-2001. Sida 20 Après. sept 2002 ;(40) :26-30.
13. Halfen S, Gremy I, Goudjo A, Heard M, Observatoire Régional de la Santé d'Île de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA, Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. (C.R.I.P.S.). Paris. FRA. Suivi de l'infection à VIH-SIDA en Île-de-France. Bull SANTE Epidemiol EN ILE--Fr. déc 2002 ;(6) :8p.
14. Beltzer N, Echevin D, Gremy I, Observatoire Régional de la Santé d'Île de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA, Groupe Kabp. INC. Les connaissances, attitudes, croyances,

comportements face au sida en France. Évolutions 1992 – 1994 – 1998. Paris : ORS Île-de-France ; 1999 avr p. 156p. Report No.: 2-73-71-1303-2.

15. Beltzer N, Moreau C, Bajos N, Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? Rev Epidemiol SANTE PUBLIQUE. févr 2011 ; 59(1) :15-21.
16. Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, Épidémiologie des IST bactériennes. Rev Prat Med Gen. oct 2016 ; 30(967) :6489.
17. BOHBOT JM, BERREBI A, SPENATTO N, AYOUBI JM, PARANT O, TANGUY LE GAC Y, et al. IST d'aujourd'hui. GYN-OBS. févr 2003 ;(463) :14-24.
18. BOZON M, DORE V, SEMAILLE C, MICHEL A, LOT F, LARSEN C, et al. Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins : un nouveau rapport au risque. Paris : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales ; 2007. (Sciences sociales et sida.).
19. N. Duport, I Heard, S. Barré, A. Woronoff. Pathologie cervico-utérine : dépistage et surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses. Bull Epidemiologique Hebdomadaire 2014. (n°13-14-15, 20 Mai 2014).
20. BOUSQUET V, BROUARD C, LARSEN C, LEON L, LOT F, PIOCHE C, SEMAILLE C Incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique en France en 2010, enquête LaboHep 2010 BEH, 2013, n°19, pp. 210-213.
21. Charles Roncier, Le VIH en 2017, les clefs pour comprendre, Crips Île-de-France et vih.org, Mars 2017.
22. CAZEIN F, PILLONEL J, LE STRAT Y, PINGET R, LE VU S, BRUNET S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 24 mars 2015 ;(9-10) :152-61.
23. LOT F, DOLLFUS C, PILLONEL J, LE STRAT Y, BARIN F, CAZEIN F, et al. Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. Numéro Thématique Journée Mond Sida 1er Décembre 2015. 1 déc 2015 ;(40-41) :744-51.
24. YENI P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris : La Documentation française ; 2010 p. 417p. Report No.: 978-2-11-008038-7.
25. GAUTIER A, BERA N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis : Inpes ; 2011. (Baromètres santé.).
26. GAUTIER A, GUILBERT P. Médecins, pharmaciens : un rôle confirmé dans la prévention. Médecins Pharm Nouv éducateurs. 04 2005 ;(376) :1920.
27. European Centre for Disease Prevention and Control(ECDC). Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Technical report. Stockholm : 2009.
28. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Transmission of primary and secondary syphilis by oral sex – Chicago, Illinois, 1998-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004 ;

53 :966–8.

29. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevention strategic plan through 2005 : extended through 2010. Atlanta GA : The Centers ; 2007.
30. Agency for Health care Research and Quality. Guide to clinical preventive services,2008. Rockville, MD : TheAgency ; 2008.
31. UNAIDS. Report for the global AIDS epidemic. Geneva : UNAIDS, 2009.
32. Michael Merson, Nancy Padian, Thomas J Coates et al. Combination HIV prevention Lancet 2008, 372 : 1805-1806.
33. Rapport 2010, sous la direction du Pr Yeni, prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, chapitre 17, prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte, p 350.
34. Bertozzi SM, Laga M, Bautista-Arredondo S et al. Making HIV prevention programmes work. Lancet, 2008, 372 : 831-844.
35. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. AAMC. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juin 1993 ; 68(6) :443-451 ; discussion 451-453.
36. Evaluation des pratiques des professionnels de santé avec des patients standardisés incognito : une méthode à développer ? RISQUES Qual EN MILIEU SOINS. 1 sept 2014 ; 11(3) :71-8.
37. Lorenzo A, Schildt P, Lorenzo M, Falcoff H, Noel F. Acute low back pain management in primary care : a simulated patient approach. Fam Pract. août 2015 ; 32(4) :436-41.
38. Glasier A, Manners R, Loudon JC, Muir A. Community pharmacists providing emergency contraception give little advice about future contraceptive use : a mystery shopper study. Contraception. déc 2010 ; 82(6) :538-42.
39. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. Fam Pract. juin 2005 ; 22(3) :328-34.
40. Rethans JJ, van Boven CP. Simulated patients in general practice : a different look at the consultation. Br Med J Clin Res Ed. 28 mars 1987 ; 294(6575) :809-12.
41. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C. Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients. Br J Gen Pract. mars 1991 ; 41(344) :97-9.
42. Dougados J, Falcoff H. Comment le médecin généraliste réagit-il face à une clairance de la créatinine abaissée ? Évaluation par la méthode du patient standardisé. Thèse de médecine Université Paris Descartes. 2008.
43. Mazel A-É. Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé. 17 mars 2015 ; 102.

44. Cherpin François. Évaluation et gestion par le médecin généraliste du risque de maladie sexuellement transmissibles : méthode du patient standardisé. Octobre 2017.
45. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior. New York : Guilford Press, 1991.
46. Rollnick S, Miller WR, Bulter C, Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation. Paris : InterEditions ; 2009.
47. Blanchet A, Gotman A, De Singly F. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin ; 2007. (Collection 128. Sociologie.).
48. Rollnick S, Miller W, Butler C. (2008). Motivational interviewing in health care. New York. Guilford Press, 200.
49. Le Breton, Lerouvillois G, Rault JF, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins ; 2016 juin p. 326p.
50. CP CNGE Avril 2014 – Effectifs de Maîtres de stage des universités et nombre de stages en Médecine générale : une augmentation continue. 2014.
51. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR,, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction : a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. JAMA. 2000 ;(283) :17515-22.
52. Agence Nationale d'Évaluation et d'Accréditation en Santé. L'ANAES et l'évaluation de pratiques médicales. Vers une évaluation volontaire des pratiques des médecins libéraux. Service communication – service évaluation des pratiques. Paris : ANAES, septembre 2002.
53. Miles M.B., Huberman A.M. An expanded sourcebook : qualitative data analysis (2nd ed.), Sage, Thousand Oaks (CA) (1994).
54. Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, Green EC, Hearst N, Kirby D, et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. Lancet 2004. (364) :1913-5.
55. UNAIDS. Condoms and HIV prevention : position statement by UNAIDS, UNFPA and WHO. Geneva : UNAIDS ; 2009.
56. Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France, Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida en Île-de-France. « Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France, spécificités des femmes : épidémiologie et aspects de la prévention ». Bull de Santé décembre 2003 ; (n°8).
57. SMEREP. Enquête santé des étudiants-SMEREP. 2013 ;
58. BAJOS Nathalie, BOZON Michel, DORE Véronique et al. Enquête sur le Contexte de la Sexualité en France [CSF]. Premiers résultats. par Françoise Jauzein – Dernière modification 11/03/2009 13 :46 Enquête sur le Contexte de la Sexualité en France [CSF]. Premiers résultats. ANRS INSERM INED. 2007 ; 27.

59. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. (C.R.I.P.S.). Paris. FRA / concept. Le manège enchanté. 2007 ; 1u.
60. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Vanves. FRA. Mode d'emploi du préservatif masculin. déc 2004 ; 8p.
61. BONNARD C, Laboratoire Roche. Division Pharma. Neuilly-sur-Seine. FRA. Infection à VIH chez la femme. 2003 juill p. 20p.
62. Deniaud F, Melman C. « De l'appréhension des maladies sexuelle – ment transmissibles à la prévention du VIH ». Presse Médicale Mars 2002 N ° 9.
63. Piet E. « Un moyen pour l'autonomie des femmes ». « Combat Face Au Sida ». sept 1999 ; n°17.
64. Prudhomme M, Boucher J, Delberghe P, Christman H, Leroux M-C. Préservatif féminin ou masculin : proposez les deux ! Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2005 ; 33(11) :891-7.
65. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. (C.R.I.P.S.). Paris. FRA / concept. La Rosine. 2007 ; 1u.
66. CRIPS (Provence-Alpes-Côte d'Azur). « Le préservatif féminin », synthèse documentaire. sept 1997 ;
67. Boekeloo BO, Howard DE. Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. Am J Health Behav. 2002 ; 26(306–14).
68. Halpern-Felsher BL, Cornell JL, Kropp RY, Tschann JM. Oral versus vaginal sex among adolescents : Perceptions, attitudes, and behavior. Pediatrics. 2005 ; 115 :845-51.
69. M. Potoczny, F. Truchetet, G. Gratier de St Louis. Le préservatif masculin comme moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles. Quels facteurs influences sont utilisation ? Rev Sage-Femme. 2016 ;(415) :5.
70. Baggaley RF, White RG, Boily M-C. Systematic review of orogenital HIV-1 transmission probabilities. Int J Epidemiol. déc 2008 ; 37(6) :1255–65.
71. Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, editors. Sexually Transmitted Diseases. 3rd ed. New York, NY : McGraw Hill, Co.; 1999. pp. 451–66.
72. Jin F, Prestage GP, Mao L, Kippax SC, Pell CM, Donovan B, et al. Transmission of herpes simplex virus types 1 and 2 in a prospective cohort of HIV-negative gay men : The health in men study. J Infect Dis. 2006 ;(194 :561) :70.
73. Edwards S, Carne C. Oral sex and transmission of non-viral STIs. Sex Transm Infect. avr 1998 ; 74 :95-100.
74. Edwards S, Carne C. Oral sex and the transmission of viral STIs. Sex Transm Infect. 1998 ; (74) :6-10.
75. tarun Kumar, Gagan Puri, Konidena Aravinda, Neha Arora. oral sex and oral health : An enigma in itself. Indian J Sex Transm Dis. déc 2015 ; 36 :129-32.

76. Ghosn J, VIH et prévention. In : VIH et sida : prise en charge et suivi du patient. Paris : Masson ; 2004. p. 152-7. (Abrégés.).
77. Stéphanie A. Sanders, William L. Yarber, Erin L. Kaufman, Richard A Crosby, Cynthia A. Graham and Robin R. Milhausen,. Condom use errors and problems : a global view. CSIRO Publ Sex Health. 2012 ;(9) :81-95.
78. Grimley DM, Annang L, Houser S, Chen H. Prevalence of condom use errors among STD clinic patients. Am J Health Behav. 2005 ; 29(4) :324-30.
79. Paz-Bailey G, Koumans EH, Sternberg M, Pierce A, Papp J, Unger ER, et al. The effect of correct and consistent condom use on chlamydial and gonococcal infection among urban adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005 ;(159) :536-42.
80. AllmanD, XuK, MyersT, AguinaldoJ, CalzavaraL, MaxwellJJ, etal. Delayed application of condoms with safer and unsafe sex : factors associated with HIV risk in a community sample of gay and bisexual men. AIDS Care 2009. 209apr. J.-C.; 775-84.
81. SandersSA, GrahamCA, YarberWL, CrosbyRA. Condom use errors and problems among young women who put condoms on their male partners. J Am Med Womens Assoc. 2003 ; (58) :95-8.
82. Crosby R, Sanders S, Yarber WL, Graham CA. Condom-use errors and problems : a neglected aspect of studies assessing condom effectiveness. Am J Prev Med. 2003 ; 24 :367-70.
83. Salazar LF, DiClemente RJ, Yarber WL, Caliendo AM, Staples-Horne M. Condom misuse among adjudicated girls : associations with laboratory-confirmed chlamydia and gonorrhea. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 ; 339-43.
84. Warner L, Newman DR, Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Zenilman J, et al. Problems with condom use among patients attending sexually transmitted disease clinics : prevalence, predictors, and relation to incident gonorrhea and chlamydia. Am J Epidemiol. 2008 ; (167) :341-9.
85. Hensel DJ, Stupiansky NW, Herbenick D, Dodge B, Reece M. When condom use is not condom use : an event-level analysis of condom use behaviors during vaginal intercourse. J Sex Med 2011 ; 8(1) : 28–34.
86. Crosby R, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA, Arno JN. Slips, breaks and ‘falls’: condom errors and problems reported by men attending an STD clinic. Int J STD AIDS 2008 ; 19(2) : 90–3.
87. Crosby R, Milhausen R, Sanders S, Graham C, Yarber W. Two heads are better than one : the association between condom decision-making and condom use errors and problems. Sex Transm Infect 2008 ; 84 : 198–201.
88. SandersSA, MilhausenRR, CrosbyRA, GrahamCA, YarberWL. Do phosphodiesterase type 5 inhibitors protect against condom-associated erection loss and condom slippage ? J Sex Med 2009 ; 6(5) : 1451–6.
89. CrosbyRA, SandersSA, YarberWL, GrahamCA, DodgeB. Condom use errors and problems

among college men. *Sex Transm Dis.* 2002 ; 552-7.

90. Crosby R, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA. Condom discomfort and associated problems with their use among university students. *J Am Coll Health* 2005 ; 54(3) : 143–7.
91. Crosby R, Mettey A. A descriptive analysis of HIV risk behavior among men having sex with men attending a large sex resort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004 ; 37(4) : 1496–9.
92. Crosby RA, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA, McBride K, Milhausen RR, et al. Men with broken condoms : who and why ? *Sex Transm Infect* 2007 ; 83(1) : 71–5.
93. Messiah A, Dart T, Spencer B E, Warszawski J. Condom breakage and slippage during heterosexual intercourse : a French national survey. French National Survey on Sexual Behavior Group (ACSF). *Am J Public Health* 1997 ; 87(3) : 421–4.
94. Choi SY, Chen KL, Jiang ZQ. Client-perpetuated violence and condom failure among female sex workers in southwestern China. *Sex Transm Dis* 2008 ; 35(2) : 141–6.
95. Steiner MJ, Taylor D, Hylton-Kong T, Mehta N, Figueroa JP, Bourne D, et al. Decreased condom breakage and slippage rates after counseling men at a sexually transmitted infection clinic in Jamaica. *Contraception* 2007 ; 75(4) : 289–93.
96. de Visser RO, Smith AM, Rissel CE, Richters J, Grulich AE. Sex in Australia : experience of condom failure among a representative sample of men. *Aust N Z J Public Health* 2003 ; 27(2) : 217–22.
97. Kirkkola AL, Mattila K, Virjo I. Problems with condoms – a population-based study among Finnish men and women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005 ; 10(2) : 87–92.
98. Spruyt A, Steiner MJ, Joanis C, Glover LH, Piedrahita C, Alvarado G, et al. Identifying condom users at risk for breakage and slippage : findings from three international sites. *Am J Public Health* 1998 ; 88(2) : 239–44.
99. Stone E, Heagerty P, Vittinghoff E, Douglas JM, Koblin BA, Mayer KH, et al. Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1999 ; 20(5) : 495–501.
100. Macaluso M, Blackwell R, Jamieson DJ, Kulczycki A, Chen MP, Akers R, et al. Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse : a randomized clinical trial. *Am J Epidemiol* 2007 ; 166(1) : 88–96.
101. Macaluso M, Blackwell R, Carr B, Meinzen-Derr J, Montgomery M, Roark M, et al. Safety and acceptability of a baggy latex condom. *Contraception* 2000 ; 61(3) : 217–23.
102. Wong ML, Chan RK, Koh D, Wee S. A prospective study on condom slippage and breakage among female brothel-based sex workers in Singapore. *Sex Transm Dis* 2000 ; 27(4) : 208–14.
103. Crosby R, Diclemente RJ, Yarber WL, Snow G, Troutman A. An event-specific analysis of condom breakage among African American men at risk of HIV acquisition. *Sex Transm Dis* 2008 ; 35(2) : 174–7.

104. Albert AE, Warner DL, Hatcher RA, Trussell J, Bennett C. Condom use among female commercial sex workers in Nevada's legal brothels. *Am J Public Health* 1995 ; 85(11) : 1514–20.
105. Smith AM, Jolley D, Hocking J, Benton K, Gerofi J. Does additional lubrication affect condom slippage and breakage ? *Int J STD AIDS* 1998 ; 9(6) : 330–5.
106. Ruggao S, Beyrer C, Tovanabutra S, Natpratan C, Nelson KE, Celentano DD, et al. Multiple condom use and decreased condom break age and slippage in Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997 ; 14(2) : 169–73.
107. Rosenberg MJ, Waugh MS. Latex condom breakage and slippage in a controlled clinical trial. *Contraception* 1997 ; 56(1) :
108. Reece M, Herbenick D, Sanders SA, Monahan P, Temkit M, Yarber WL. Breakage, slippage and acceptability outcomes of a condom fitted to penile dimensions. *Sex Transm Infect* 2008 ; 84(2) : 143–9.
109. Walsh TL, Freziers RG, Peacock K, Nelson AL, Clark VA, Bernstein L, et al. Effectiveness of the male latex condom : combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials. *Contraception* 2004 ; 70(5) : 407–13.
110. Macaluso M, Kelaghan J, Artz L, Austin H, Fleenor M, Hook EW, et al. Mechanical failure of the latex condom in a cohort of women at high STD risk. *Sex Transm Dis* 1999 ; 26(8) : 450–8.
111. Valappil T, Kelaghan J, Macaluso M, Artz L, Austin H, Fleenor ME, et al. Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 2005 ; 32(1) : 35–43.
112. Smith AM, Jolley D, Hocking J, Benton K, Gerofi J. Does penis size influence condom slippage and breakage ? *Int J STD AIDS* 1998 ; 9(8) : 444–7.
113. Potter WD, de Villemeur M. Clinical breakage, slippage and acceptability of a new commercial polyurethane condom : a randomized, controlled study. *Contraception* 2003 ; 68(1) : 39–45.
114. Callahan M, Mauck C, Taylor D, Freziers R, Walsh T, Martens M. Comparative evaluation of three Tactylon(TM) condoms and a latex condom during vaginal intercourse : breakage and slippage. *Contraception* 2000 ; 61(3) : 205–15.
115. Duerr A, Gallo MF, Warner L, Jamieson DJ, Kulczycki A, Macaluso M. Assessing male condom failure and incorrect use. *Sex Transm Dis* 2011 ; 580–6.
116. Crosby RA, Yarber WL, Graham CA, Sanders SA. Does it fit okay ? Problems with condom use as a function of self-reported poor fit. *Sex Transm Infect* 2010 ; 86(1) : 36–8.
117. Nguyen NT, Nguyen HT, Trinh HQ, Mills SJ, Detels R. Clients of female sex workers as a bridging population in Vietnam. *AIDS Behav* 2009 ; 13(5) : 881–91.
118. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Salazar LF, Rose E, Levine D, et al. Condom failure among adolescents : implications for STD prevention. *J Adolesc Health* 2005 ; 36(6) :

534–6.

119. Crosby RA, Diclemente RJ, Wingood GM, Salazar LF, Rose E, Levine D, et al. Correlates of condom failure among adolescent males : an exploratory study. *Prev Med* 2005 ; 41(5–6) : 873–6.
120. Wang D. Contraceptive failure in China. *Contraception* 2002 ; 66(3) : 173–8.
121. Graham CA, Crosby R, Yarber WL, Sanders SA, McBride K, Milhausen RR, et al. Erection loss in association with condom use among young men attending a public STI clinic : potential correlates and implications for risk behaviour. *Sex Health* 2006 ; 3(4) : 255–60.
122. Préservatifs masculins sans latex : ruptures plus fréquentes. *Rev Prescrire.* 2012 ; (32) :343-71.
123. World Health Organization Female Condom Technical Review Committee report of meeting, 16–18 Jan 2006, Geneva, Switzerland (2006).
124. J.K. Ruminjo, M. Steiner, C. Joanis, E.G. Mwathe, N. Thagana Preliminary comparison of the polyurethane female condom with the latex male condom in Kenya East Afr J Med, 73 (1996), pp. 101-106.
125. S. Jivasak-Apimas, J. Saba, V. Chandeying, et al. Acceptability of the female condom among sex workers in Thailand *Sex Transm Dis*, 28 (2001), pp. 648-654.
126. M. Macaluso, M.L. Lawson, G. Hortin, et al. Efficacy of the female condom as a barrier to semen during intercourse *Am J Epidemiol*, 157 (2003), pp. 289-297.
127. M. Beksinska, J. Smit, Z. Mabude, G. Vijayakumar, C. Joanis Performance of the Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype : a randomized cross-over trial among South African women *Contraception*, 73 (2006), pp. 386-393.
128. Beksinska M, Smit J, Greener R, Piaggio G, Joanis C. The female condom learning curve : patterns of female condom failure over 20 uses. *Contraception.* 1 janv 2015 ; 91(1) :85-90.
129. VILAIN A. Les femmes ayant recours à l’IVG : une diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Interruption Volontaire Grossesse.* 03 2011 ;(1) :117-47.
130. T.R. Raine, J.C. Gard, C.B. Boyer, et al. Contraceptive decision-making in sexual relationships : young men’s experiences, attitudes and values *Cult Health Sex*, 12 (2010), pp. 373-386.
131. R.D. Merkh, P.G. Whittaker, K. Baker, L. Hock-Long, K. Armstrong Young unmarried men’s understanding of female hormonal contraception *Contraception*, 79 (2009), pp. 228-235.
132. Camus A, *l’homme révolté*, Gallimard, nrf ; 1951, p25.
133. Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Pillonel J, et al. Dépistage de l’infection par le VIH en France, 2003-2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016 ;(41-42) :745-8.
134. HAUTE AUTORITE DE SANTE Autotests de dépistage de l’infection par le VIH : information à l’intention des professionnels de santé et des associations Saint-Denis : HAS,

2015, 51 p.

- 135 MC CORMACK S, DUNN D, DESAI M, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD) : effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial *Lancet*, 2016, vol. 396, n°10013, pp. 53-60.
- 136 SAGAON-TEYSSIER L, SUZAN-MONTI M, DEMOULIN B, et al. Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial *AIDS care*, 2016, vol.28, supp. n°1, pp.48-55.
- 137 CONSEIL NATIONAL DU SIDA Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PREP) Paris : CNS, 2012, 34.
- 138 Circulaire no DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- 139 Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES *Journal officiel de la République française*, 2016, n° 0151, 11 p.
- 140 Fenichel O. *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris : PUF ; 1979.
- 141 Beltzer N *Histoire sexuelle d'une relation entre deux partenaires : comment est géré le risque du VIH* Paris : ORS Île-de-France, ANRS, 2000, 104 p.
- 142 Stiffman AR, Doré P, Earls F, Cunningham R. The influence of mental health problems on AIDS-Related risk behaviors in young adults. *J Nervous Mental Disease* 1992 ; 180/5 : 314–320.
- 143 Beltzer N, Lagarde M, Wu Zhou X, Vongmany N, Gremy I, Observatoire Régional de la Santé d'Île de France. (O.R.S.I.F.). Paris. FRA, et al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. évolutions 1992 – 1994 – 1998-2001-2004. étude ANRS-EN15-KABP 2004*. Paris : ORS Île-de-France ; 2005 nov p. 200p. Report No.: 2-7371-1115-3.
- 144 McCould MD, Haslam N. Predicting high risk sexual behaviour in heterosexual and homosexual men : the roles of impulsivity and sensation seeking. *Pers Individual Differences* 2001 ; 31 :1303-10.
- 145 Pinkerson SD, Abramson PR. Decision making and personality factors in sexual risk-taking for HIV/AIDS : a theoretical intregation. *Pers Individual Differences* 1995 ; 19 :713-23.
- 146 Lemasson A, Gay B, Duroux G et al. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? *Médecine*, 2006 ; 1(2) : 38-42.
- 147 Bornet L. Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode par focus group-101 p. *Th Med*, Lyon 1, 2002, N°139.

- 148 Dedianne M.C, Hauzanneau P, Labarere J. et al. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? La Rev du Prat Med Gen, 2003 ; 17(612) : 653-6.
- 149 Klein S. et Moronvalle L, La communication et la relation médecin-patient : critères de satisfaction des patients au cours d'une consultation de médecine générale.-218p. Th Med, Tours, 2004, N°3081-3082.
- 150 B.O. Boekeloo Will you ask ? Will they tell you ? Are you ready to hear and respond ? : Barriers to physician-adolescent discussion about sexuality JAMA Pediatr, 168 (2014), pp. 111–113.
- 151 A.A. Zehetner Paediatricians should do more to address male adolescent sexual health J Paediatr Child Health, 51 (2015), pp. 255–258.
- 152 Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. Paris : InterÉditions ; 2006.
- 153 CORNET P, GUY JL, HOMMEY N. éducation thérapeutique au cabinet du médecin généraliste : place et limites de l'entretien motivationnel. Med Rev UNAFORMEC. 2013 ; 9(7) :319-21.
- 154 Stewart M.A. et al, The impact of patient centered care on outcomes. Journal of the Royal College of General Practitioners, 2000 ; (29) : 77-82.
- 155 Levenstein J.H et al, The patient-centred general practice consultation. South africa family Practice, 1984 ; (5) : 276-82.
- 156 Winckler M. Le patient, le récit et le soignant : littérature et formation médicale. Les Tribunes de la santé ; 2009 ; n° 23 : 37-42.
- 157 Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. J Altern Complement Med. 2005 Aug ; 11(4) :591-600.
- 158 Hudon C, Fortin M, Rossignol F, Bernier S, Poitras ME. The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting : a reliability study. BMC Family Practice 2011, 12 :71.
- 159 Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy : a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. BMC Fam Pract. 2012 Feb 8 ; 13(1) :6.
- 160 Mercer SW, Watt GC, Reilly D. Empathy is important for enablement. BMJ. 2001 Apr 7 ; 322(7290) :865.
- 161 Charte d'Ottawa, WHO, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17–21 novembre 1986.
- 162 Little P, Withe P, Kelly J et al. Verbal and non verbal behaviour and patient perception of communication in primary care : an observationnal study. Por J Gen Pr. 2015 ; 65 : e357-65.
- 163 Turban F. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations,

- pratiques et attentes des praticiens de la Somme [thèse de doctorat en médecine]. Amiens : Université de Picardie-Jules-Verne, 2008 : 136 p.
- 164 Garry B. État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008. [Thèse d'exercice]. Nantes : Université de Nantes ; 2009.
- 165 Roussignol S. Dépistage et prévention du VIH par les médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise. [Thèse d'exercice]. Rouen : Université de Rouen ; 2010.
- 166 Temple-Smith M1, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust Fam Physician* 1996 Sep259 Suppl 2S71-4.
- 167 Gott M1, Galena E, Hinchliff S, Elford H. « Opening a can of worms » : GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pr* 2004 Oct215528-36.
- 168 PIGACHE C, Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne. 2014.
- 169 Zeler A, troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. 2017 ;
- 170 Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R (1995) Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Appl Prev Psychol* 4(1) :21–35.
- 171 Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C (2010) Patients' perceptions of GP non-verbal communication : a qualitative study. *Br J Gen Pract* 60(571) :83–87.
- 172 Byrne PS, Heath CC (1980) Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations. *J R Coll Gen Pract* 30(215) :327–331.
- 173 Lussier MT Richard C, La communication professionnelle en santé, Quebec, Edition ERTI, 2005 :117-90.
- 174 R.P. Kessels Patients' memory for medical information *J. R. Soc. Med.*, 96 (2003), pp. 219–222.
- 175 Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening ? *J Gen Int Med* 1997 ; 12 :34–43.
- 176 Roter D, Lipkin Jr. M, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care* 1991 ; 29 :1083–93.
- 177 Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988 ; 26 :657–75.
- 178 Hall JA, Roter DL. Patient gender and communication with physicians : results of a community-based study. *Women's Health* 1995 ; 1 :77–95.

ANNEXES

Annexe n°1 : Mail pour subvention

Bonjour,

Je suis Charlotte Lemelle, actuellement interne en médecine générale, en 4e semestre à la Faculté de Descartes Paris. Nous sommes actuellement 4 internes souhaitant réaliser une thèse collective sur l'évaluation de la pratique des médecins généralistes lors d'une prise de risque sexuelle chez un patient. Nos directeurs de thèse sont le doct BLOEDE et le doct SIDORKIEWICZ, tous les deux médecins généralistes, travaillant au département de médecine générale de la faculté de Paris Descartes. Cette thèse utilisera la méthode du patient simulé. Nous allons créer un scénario d'une/d'un patient(e) ayant pris un risque sexuel, type oublie du préservatif. La seconde étape sera de jouer la/le patient(e) auprès d'un médecin généraliste dans son cabinet. Les médecins sont recrutés sur du volontariat, ils savent qu'ils vont recevoir un patient simulé, mais ne connaissent pas le thème de la consultation ni quand aura telle lieu. Notre travail sera ensuite de retranscrire la consultation pour évaluer le travail de prévention, dépistage des IST, prise en charge psychologique. Notre travail sera ensuite exposé aux médecins participants lors d'une présentation avec discussion et nous leur remettrons une fiche de prise en charge pour ne rien oublier, les numéros utiles, les orientations possibles. Nous avons besoin de réaliser une vingtaine de consultation par interne pour obtenir un panel suffisamment important de situation. La question se pose du financement de ces 40 consultations puisque ni la faculté ni l'ARS ne peut nous aider dans le financement de cette étude.

Je me tourne donc vers vous, voulez-vous faire partie de notre aventure en débloquant des fonds pour notre thèse ?

Merci d'avance de votre réponse.

Charlotte Lemelle

Nous avons envoyé ce mail à INPES santé, AIDES, Solidarité Sida, SIDACTION, VIH, SIS association

Annexe n°2 : Scénario 1

Médecin : Bonjour

serre la main ?

CL : Bonjour, *la lettre tenue à deux mains, en évidence sur la poitrine*

Médecin : installez-vous, *montre la chaise, me met-il a l'aise ?*

Que puis-je faire pour vous ?

CL : *je lui tends la lettre à deux mains*, j'ai été chercher mes résultats au laboratoire ce matin, je n'ai pas pu ouvrir le courrier toute seule

Médecin : *blanc ?* Je comprends votre inquiétude mademoiselle mais pour que je puisse lire et comprendre vos résultats biologiques il faut que nous fassions plus ample connaissance. Je vous écoute, parlez-moi de vous

CL : voilà, je m'appelle charlotte Lemelle j'ai 28ans, je suis fleuriste, je n'ai jamais eu de soucis de santé particulier, je viens vous voir parce qu'il y a 15jours j'ai eu un rapport sexuel non protégé avec un garçon. C'était juste une histoire d'un soir, vous savez... j'étais sortie avec des amies et dans un bar j'ai rencontré ce garçon, j'étais sous le charme en 2min et de fils en aiguilles on s'est retrouvé chez lui et la... Au petit matin me rendant compte de ma bêtise j'ai consulté le premier médecin venu qui m'a examiné, j'ai pris la pilule du lendemain et prescrit une prise de sang.

Médecin : *ouvre le courrier, les analyses sont toutes négatives*, rassurez-vous mademoiselle, toutes vos analyses sont négatives

CL : *grand ouf de soulagement !* Je suis rassurée merci, au revoir alors....., *tente de me lever et tend la main pour partir*

Médecin : j'ai encore quelques questions à vous poser mademoiselle ras-saillez vous, ce qui c'est passé n'est pas anodin, *phrase moralisatrice ?*, *paternaliste ?* Vous prenez de grand risque à ne pas vous protéger lors de rapports sexuels. Connaissez-vous les risques que vous prenez ?

CL : oui je risque de tomber enceinte, d'avoir le SIDA, ou des Chlamydia

Médecin : c'est pas mal, on va reprendre tout ça ensemble, tout d'abord avez vous une contraception ?

CL : oui Lilou

Médecin : vous l'oubliez combien de fois par semaine ? *Question sur l'oubli ?*

CL : jamais je suis très sérieuse, j'ai même mis une alarme sur mon téléphone pour ne

pas l'oublier ma plaquette traîne toujours dans mon sac à main

ah et sinon mon dernier frottis date d'il y a moins d'un an et je suis vaccin par gardasil

Médecin : vous fumez ?

CL : non c'est tres mauvais pour la santé ! *Avec de l'insolence*

Médecin : vous consommez de l'alcool régulièrement, un verre tous les jours, une bière fraîche au soleil ?

CL : seulement quand je sors le WE avec mes amis, mais jamais à ne plus me souvenir de ma soirée

Médecin : et d'un point de vue vie sexuelle, vie intime vous en êtes où ? Vous rencontrez souvent des hommes, des femmes pour un soir ?

CL : elle est ponctuée d'histoire fugace, mais seulement avec des hommes

Médecin : vous utilisez le préservatif ?

CL : normalement oui...

Médecin : que c'est il passé cette nuit-là ? Vous ou il n'en avait pas ? Il n'a pas voulu ou bien c'était vous ? Il s'est rompu pendant le rapport ?

CL : normalement c'est comme la pilule j'en ai toujours un ou deux dans mon sac, mais ce soir la j'ai oublié d'en remettre avant de partir avec mes amies et de toute façon je suis sur qu'il n'aurait pas voulu en porter un

Médecin : pourquoi dites vous ça ?

CL : quand je lui ai demandé s'il en avait il m'a dit que non et de toute façon qu'il détesté ça le préservatif, que ça diminuait son plaisir,

Médecin : ya-t-il eu fellation ? Ou cunnilingus ?

CL : oui pour les deux

Médecin : je ne vous apprends peut être rien mais le préservatif est la seule barrière actuellement contre les IST : VIH, herpes génital, Chlamydia ou gonocoque, et la grossesse aussi, le VIH responsable du SIDA n'est pas réservé qu'à la population homosexuelle, la population hétérosexuelle est aussi touchée. Que le plaisir avec ou sans préservatif est le même, les industrielles regorgent d'idées pour l'améliorer. Et surtout si votre partenaire ne veut pas du préservatif masculin il existe aussi le préservatif féminin.

CL : ah oui et comment ca marche ?

Médecin : *démonstration ? Explication ? Un exemplaire ?*

CL : et pour la fellation c'est pareil , avec préservatif ?

Médecin : c'est exact, d'ailleurs mon confrère vous a-t-il examiné entièrement, bouche, organe génitaux et anus ?

CL : oui

Médecin : si vous aviez eu un préservatif ce soir-là, et que votre partenaire refuse de le mettre qu'auriez vous fait ?

CL : je serais partie

Médecin : j'ai du mal à comprendre qu'une jeune fille pétillante comme vous puisse se retrouver dans ce genre de situation risquée.

CL : je sors d'une longue histoire d'amour, c'était ma première en plus il y a 1ans elle a durée 6ans, on avait des projets... et du jour au lendemain c'était terminé depuis je me suis jurée de ne plus m'attacher à aucun homme, juste des histoires sans lendemain

Médecin : vous en aviez déjà parlé de cette blessure avant ?

CL : non c'est la première fois

Médecin : pensez-vous qu'en parler vous aiderait à dépasser cette épreuve ?

CL : certainement

Médecin : seriez vous prête à voir un psychologue ? En plus d'une nouvelle consultation avec moi dans 2 semaines ?

CL : oui mais je n'ai pas d'adresse

Médecin : je vais vous envoyer chez une personne de confiance, vous allez voir elle est très bien

CL : merci

Médecin se lève charlotte aussi, serrage de main le médecin ouvre la porte et petit mot dans l'embrasure : plus de bêtise maintenant, il y a trop de risque pour un si court bénéfice.

Annexe n°3 : Scénario 2

Partie administrative

nom prénom adresse tel

Médecin : pourquoi moi ?, proche de mon lieu de travail

profession : fleuriste/dans la communication

ATCD : RAS

TT : RAS

Allergie RAS

tabac : non, OH festif

Frottis à jour, vaccination HPV faite

Carte vitale cassée renouvellement en cours

Statut sérologique du partenaire

Médecin : que puis je faire pour vous ?

Interne : il y a 15jours j'ai eu un rapport sans préservatif, soirée entre ami(e)s dans un bar, rencontre fille/garçon, j'étais sous le charme

consultation en urgence le lendemain matin (1ier MG trouvé / Médecin de famille chez ses parents), il m'a examiné

prescription bilan

Tendre les résultats (serologies VIH VHB VHC PCR Chlamydia, gonocoque et syphilis)

Médecin :

1. C'est normal, puis rien
2. Normal et donne des explications uniquement en listant les MST recherchées
3. Normal, liste les MST recherchées, interroge sur les prise de risque sexuelle

Interne :

1. mais vs êtes sûr que je n'ai rien du tout
2. je suis inquiet(e) car ce n'est pas la première fois que cela m'arrive
3. cela m'est arrivé $\frac{3}{4}$ fois depuis le début de l'année

Médecin : pourquoi ?

Interne : je n'en avais pas/ je n'aime pas trop les préservatifs

Médecin :

1. éducation sur les risques MST, pratiques sexuelles
2. interroge sur les facteurs de fragilité
3. pourquoi le patient ne souhaite pas de préservatif ?

Interne :

1. je ne savais pas qu'il y avait autant de MST et que je prenais tant de risque, mais ce n'est pas toujours facile quand l'autre ne veut pas
2. j'ai eu une longue histoire qui s'est terminée il y a 1an
3. j'ai moins de sensation et je ne suis pas sûr de son efficacité en plus ça m'est arrivé 2 fois qu'il craque déjà.

MEDECIN	INTERNE
pratique sexuelle ?	que des rapports avec des femmes/hommes, assez classique
et pour la fellation utilisation de préservatif ?	pas toujours
ça veut dire quoi classique ?	quelques préliminaires et des rapports vaginaux
rapports anaux, objets ?	non
pourquoi ne pas en avoir sur vous ?	j'en ai à la maison, mais j'ai oublié d'entreprendre avec moi
pourquoi vous n'aimez pas en porter ?	moins de sensation avec, je ne suis pas sûr que ça protège
Comment ça a craqué ?	c'est déjà arrivé qu'il craque ps le rapport un truc bizarre le bout c'est déchiré
c'était quand ? qu'avez vous fait ?	il y a 3/4 mois comme la j'ai vu un médecin et tout était normal
que pouvez vs faire pour en avoir sur vous ?	portefeuille sac
vous pourriez utiliser un préservatif féminin vous connaissez le préservatif féminin	oui c'est quoi non
comment faire pour mettre un préservatif	je n'en sais pas trop c'est mon partenaire qui le met

vous pouvez m'expliquer comment vous mettez un préservatif	je l'ouvre je le prends je le mets et le déroule
	RELANCE : histoire sentimentale longue avec projets... et depuis j'enchaîne les histoires courtes
mais pourquoi	je pense qu'il me faut du temps pour me remettre
	RELANCE en ce moment je sors surtout pour faire la fête boire un verre entre amis
vous buvez combien de verre	OH occasionnel pas tous les jours le soir non seul non au travail non le we uniquement et jamais seul
vous consommez de la drogue	non
	RELANCE mon/ma partenaire n'aime pas toujours le préservatif et en plus je ne sais pas dire non dans ce cas la surtout après 2/3 verres
pourquoi ça vous gêne de dire non	j'ai peur de sa réaction
vous êtes victime de violence	non
vous demandez de l'argent contre vos charmes	non
qu'est que vous pensez faire pour améliorer les choses et diminuer les prises de risques	<ul style="list-style-type: none"> – avoir un préservatif avec moi – savoir dire non si mon partenaire refuse – faire moi d'excès pour avoir les idées plus claires
vous êtes triste proposition psychologue se revoir en consultation	oui
y a til des symptômes sexuels associés	non
	RELANCE : contrôle sérologique à faire ?

Annexe n°4 : Résultats de laboratoire

TURBIGO
- No : 85 3 80113 5-
Tel : 0152720351
42/44 rue TURBIGO 75003 PARIS

Monsieur/Madame XXXXX
XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX

Dr XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Demande n° **14/09/2016-3-0056** -LONL-MERCE-TP Le lundi 19 septembre 2016
Prélèvements reçus le 14/09/2016 à 09h48 sous réserve de mention contraire

Immuno-Enzymologie

Valeurs de référence	Antériorités
----------------------	--------------

- Sérodiagnostic du HIV

Dépistage VIH 1/2..... Négatif
ARCHITECT Ag/Ac VIH Combo, Abbott CHIMILUMINESCENCE (CMIA) (Sérum)

Sérologie hépatite C

Anticorps anti VHC Négative
ARCHITECT anti-HCV, CHIMILUMINESCENCE (CMIA) (Sérum)
Indice E/VS..... 0,1
Interprétation de l'indice E/VS
E/VS inférieur à 1 : Négatif
E/VS supérieur ou égal à 1 : Positif
Conclusion : absence de contact avec le VHC sauf infection récente avant séroconversion ou immunodépression sévère. En cas de suspicion d'infection récente, la HAS recommande de refaire le dosage des AC anti-VHC 3 mois après.

Sérologie	Valeurs de référence	Antériorités
-----------	----------------------	--------------

- Sérodiagnostic de la Tréponematose (Syphilis)

V.D.R.L charbon..... Négatif
(CHARBON) (Sérum)
T.P.H.A..... Négatif

Validé par XXXXXXXX

1/2

Sérologie hépatite B

- ANTIGENE HBS

Antigène HBS..... Négatif

ARCHITECT agHBs, CHIMILUMINESCENCE (CMIA) (Sérum)

Index S/CO..... 0,19 Seuil de positivité >1

- ANTICORPS ANTI HBS

Anticorps anti-HBS IgG. Positif

ARCHITECT anti-HBs, CHIMILUMINESCENCE (CMIA) (Sérum)

Taux Ac anti-HBs..... 6 450 mUI/mL Seuil de positivité >10

Chg OMS

- ANTICORPS ANTI HBC totaux

Anticorps anti-HBC Totaux. Négatif

ARCHITECT anti-HBs, CHIMILUMINESCENCE (CMIA) (Sérum)

Indice E/VS..... 0,1 Seuil de positivité ≥ 1

Biologie moléculaire par P.C.R

Valeurs de référence Antériorités

- Recherche de **chlamydiae** PCR

Origine du prélèvement. 1^{er} jet urinaire

Recherche : Négative

Technique P.C.R temps réel ABBOTT

- Recherche de **Neisseria Gonorrhoeae**

Origine du prélèvement. 1^{er} jet urinaire

Recherche : Négative

Technique P.C.R temps réel ABBOTT

Biologiste : XXXXXXXX

2/2

Annexe n°5 : Mail de recrutement envoyé aux médecins

Chère consœur, cher confrère,

Nous sommes 4 internes du Département de Médecine Générale de Paris V qui allons étudier, sous la direction de Stéphanie Sidorkiewicz (Chef de clinique, données personnelles retirées) et François Bloede (MCA, données personnelles retirées) la prise en charge d'un thème spécifique à la médecine générale.

Nous avons choisi la méthode du patient simulé, méthode de référence qui garantit la plus grande objectivité. L'objectif n'est pas de juger nos pratiques généralistes mais de les comparer aux recommandations actuelles, de repérer ce qui est pertinent et réalisable dans le temps d'une consultation.

Il s'agira pour vous, si vous acceptez, de recevoir ce patient simulé. La consultation vous sera réglée, et la feuille de soins détruite. La consultation sera enregistrée pour permettre une double lecture et les informations seront anonymisées.

Nous vous contacterons dès la fin de l'étude pour vous informer de l'identité du patient simulé et du sujet de la thèse et vous convierons à une réunion d'échange sur le sujet au cours de laquelle nous vous présenterons les résultats de notre travail.

Merci, si vous acceptez de recevoir un patient « simulé-standardisé » de donner votre accord via ce lien en quelques clics:

<http://app.evalandgo.com/s/?id=JTIDbCU5QW0IOUI=&a=JTICbyU5NW8IOTY=>

Merci d'avance de votre réponse

Bien cordialement

Annexe n°6 : Échelle CARE

The CARE Measure

© Stewart W Mercer 2004

1. S'il vous plaît, veuillez remplir le questionnaire concernant la consultation que vous venez de passer. Veuillez cocher au moins une case pour chaque question et remplir chaque question.

	insuffisant	moyen	bon	Très bon	excellent	Sans objet
le médecin stagiaire :						
1. Vous a mis à l'aise..... <i>(chaleureux vis à vis de vous , avec respect Ni froid, ni cassant)</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū
2. Vous a laissé exposer votre problème <i>(laissé du temps pour décrire vos maux avec votre vocabulaire, Sans vous interrompre ou vous perturber)</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū
3. Etait à votre écoute ... <i>(Attentif à ce que vous dites, sans regarder ses notes ou l'ordinateur pendant que vous parliez)</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū
4. S'est intéressé à vous dans votre globalité. <i>(a demandé et cherché à connaître les détails pertinents de votre vie, votre situation,</i>	ū	ū	ū	ū	ū	ū

sans vous prendre pour un "numéro »)

5. A pleinement compris vos problèmes ũ ũ ũ ũ ũ ũ

(montré qu'il avait pleinement compris vos problèmes sans en écarter aucun)

**6 A montré de l'attention et
de la compassion.**

ũ ũ ũ ũ ũ ũ

(a semblé personnellement concerné par vous, humain, sans être indifférent ou détaché)

7. A été positif.....

ũ ũ ũ ũ ũ ũ

(avoir une approche et une attitude positive;

Être honnête et objectif sur vos problèmes)

8. A expliqué clairement les choses...

ũ ũ ũ ũ ũ ũ

(répondu à toutes vos questions expliqué clairement

donné une information claire sans être flou),

9. Vous a aidé à l'autonomie.....

ũ ũ ũ ũ ũ ũ

(exploré avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé plutôt que vous faire la leçon)

10. A élaboré un plan d'action avec vous

ũ ũ ũ ũ ũ ũ

(discuté les choix possibles, vous a impliqué dans les décisions sans négliger votre point de vue)

Annexe n°7 : Plan d'analyse des résultats

3) Prévention réalisée par le médecin généraliste

3.1 Prévention comportementale

3.1.1 exploration de la sexualité

Cette partie est traitée par François Cherpin,

3.1.2 le préservatif

3.1.2.1 Le préservatif masculin

- seul moyen de se protéger contre les IST 206, 107, 203, 211, 209, 212, 214, 210, 216, 220, 101, 109, 110, 111, 113, 117, 119 (42.5 %)
- obligation 202, 208, 215, 219, 205, 106, 114 (17.5 %)
- utilisé comme moyen de contraception 209 (2.5 %)
- reconnaît que c'est difficile à le faire porter 105 (2.5 %)

- ne protège pas contre toutes les IST 103 (2.5 %)
- population plus à risque 207, 102, 103, 113, 120 (12.5 %)

- rareté du VIH mais une exposition suffit 105, 118 (5 %)
 - prise de conscience du risque pour soi et/ou son partenaire si non utilisation 204, 217, 212, 220, 113 (12.5 %)
- forme de respect mutuel 220, 113 (5 %)

- systématique avec un nouveau partenaire 206, 202, 207, 211, 209, 218, 205, 106, 108, 119 (25 %)
- peut être arrêté si test des 2 côtés 211, 106, 109, 113 (10 %)

3.1.2.2 le préservatif féminin

proposition spontanée du médecin :

médecin femme, 206, 203, 213, 215 (10 %)

médecin homme, 0

proposition avec relance

médecin femme, 202, 204, 212,214, 205 (12.5 %)

médecin homme, 201, 218, 219 (7.5 %)

AVANTAGES INCONVÉNIENTS

-protège de l'herpès 205,

-plus gros 203, 204, 205,

-alternative au PM 202, 205

-moins confortable que le PM 215, 201

-posé avant le rapport sexuel 219,

-colle 202, 212,215

-aussi efficace 201, 202, 219,

-grand 213

-plus résistant 204, 213, 219

-coût plus important 204

-être acteur de sa protection 201, 212, 218,

-plus difficile à mettre 204

-pas difficile à mettre 204, 212, 219, 202,

-bruits218

-ça bouge 218

-moins sur 204, 212, 215,

-peu répandu 213, 215,

3.1.2.3 Technique d'utilisation du préservatif

- La démonstration

du préservatif masculin : 206, 218

du préservatif féminin : 206, 201, 213, 205

support utilisé :

– préservatif sans manège enchanté, ni de Rosine 206, 205

– tutoriel sur internet, 201

– dessin, 218

– mime 213

- Les conseils d'utilisation du préservatif
 - féminin : l'essayer avant un rapport sexuel, 206, 201
 - masculin : lubrifiant à base d'eau 206, 201, 215
 ne pas utiliser de corps gras, 206
 taille adapté au sexe du partenaire, 102.107.203
 pincer le réservoir, 201, 203, 204, 215, 205, 220

- masculin et féminin : ne pas ouvrir avec un objet contondant, 206, 201, 220, 118
 - ouvrir sur la pré-découpe, 206
 - ne pas utiliser si emballage abîmé, 206
 - respecter la date de péremption, 206, 203, 215, 220
 - méthode de conservation, 203, 119
 - usage unique du préservatif, 218, 203
 - jeter dans la poubelle, 220
 - ne pas utiliser 2 préservatifs en même temps, 206, 203, 212

3.1.2.4 Le préservatif et les préliminaires

1 médecin femme, que j'ai consulté, m'a parlé spontanément du préservatif pendant les préliminaires (204).

12 consultations ne contenaient pas cette discussion, 11 des miennes et 1 de François.

27 consultations avaient bénéficié de la relance "est ce que je dois utiliser le préservatif pendant les préliminaires ?", 19 de François et 8 des miennes.

Réponse négative :

la syphilis se soigne, 120

pas obligatoire, 208

Réponse positive :

préservatif buccal, 119

partenaires multiples, 220, 219, 102, 117, 108

virus et bactéries contenues dans les sécrétions, 203, 204

risque de contamination pour tous les types de sexe, 203

peu répandu mais pertinent, 113, 111

systématique, 115, 219

risque de contamination pour VIH, 205, 220, 204

risque de contamination par syphilis, gonocoque, chlamydia, 220, 205, 101, 102, 103, 119

risque de transmission de l'herpès, 102

risque de transmission de l'hépatite A, 119

pas de risque de contamination par VIH, 119

présence de blessure intra-buccale, 215, 101, 108

Réponse négative mais... :

présence d'un risque mais faible, 116, 109, 106, 107

risque plus faible que pour une pénétration, 107

risque augmentation avec la présence de sang, 106, 105

pas d'étude pour avec une réponse stricte, 105

Réponse positive mais... :

mais quasi jamais fait, 118, 207

mais présence de sang obligatoire (VIH), 112, 207, 202, 207

mais risque de contamination par le VIH moindre que pour la pénétration anale ou vaginale, 110, 207, 202

pas de réponse à 100 % fiable, 202, 207

qui est le partenaire, 202

utilisation possible de préservatif aromatisé, 202,

si absence de préservatif pour la fellation pas de technique pour limiter le risque de contamination, 202

3.1.2.5 Réponses du médecin face à la relance "du préservatif qui craque"

Je n'ai pas utilisé cette relance dans deux de mes consultations (208, 210).

Réponses des médecins :

– banalisation, 107, 207, 211, 209, 212, 216, 217, 219, 205, 101, 110, 111, 113, 204

– revoir la pose du préservatif, 203, 204, 214, 215, 218, 220, 205, 102, 118

– équivalent à un rapport à risque, 114, 118

– ne pas ouvrir avec les dents, ongles longs, 206, 220

– taille du préservatif, 107, 203, 102

– marque du préservatif, 201, 215, 110, 118

- date de péremption, 203, 220
- condition de stockage 203, 119
- norme européenne, 213
- sécheresse vaginale, 213, 215
- matériaux 213
- violence du rapport, 215, 118
- laisser poser le préservatif par l'homme, 215
- ne pas en mettre deux, 217
- aucune réaction, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 112, 116, 117, 120

3.1.3 le risque de grossesse, le rôle de la contraception

Nombre de médecin abordant le risque de la grossesse

médecin de Charlotte : 7 femmes (202, 203, 204, 208, 209, 212, 215) et 3 hommes (201, 207, 218)

médecin de François : 3 femmes (111,109,106)

Nombre de consultation abordant la contraception

consultation de François : 0

consultation de Charlotte : 16 avec abord spontané par le médecin et 4 avec relance de l'interne

Lieu d'exploration de la contraception dans les consultation de Charlotte

pendant la réalisation du dossier médical :11

pendant l'exploration de la prise de risque sexuelle : 8

pendant les deux : 1

Nombre de médecin abordant :

– le type de contraception : 5 hommes (201, 211, 210, 216, 218) et 12 femmes (206, 202, 203, 204, 208, 212, 213, 214, 215, 217, 220, 205)

– l'oubli de la pilule : 4 hommes (201, 211, 210, 218) et 5 femmes (206, 203, 215, 213, 220)

– la prise en charge de l'oubli de pilule : 0

– la pilule du lendemain : 2 hommes (218, 207)

– le frottis à jour : 3 hommes (211, 209, 219) et 7 femmes (206, 203, 212, 213, 217, 220, 205)

– la tolérance de la pilule : 4 femmes (220, 217, 203, 206)

– contraception et mode de vie : 0

3.1.4 Méthode proposé par le médecin pour limiter la récurrence

25 médecins avaient proposés un méthode, 8 médecins consultés par FC et 16 par CL.

Les méthodes proposées étaient :

- avoir un préservatif avec soi : 206, 202, 204, 207, 208, 209, 210, 212, 107, 109, 110, 112, 114, 115, 117, 119
- le jeu sexuel : 204, 217, 218
- proposition du préservatif féminin : 203, 204, 212, 205
- le mensonge : 204, 212
- avoir des connaissances : 204, 217
- l'abstention : 204, 208, 209, 220, 219
- rassurer le/la partenaire : 218
- imposer le préservatif : 210, 214, 218
- pourquoi savoir dire non :
 - si refus du partenaire : 206, 204, 212, 220, 205
 - respect de l'autre et de soi : 204, 210, 217, 113
 - pas de honte à en parler : 204
 - être maître de la situation : 208
 - penser aux conséquences : 206, 210
 - choix à deux : 206
 - sécurité pour soi : 209
 - comparaison des sérologies du partenaire et de soi : 206, 209

3.2 Prévention combinée

3.2.1 le dépistage

Je ne donnerai que les résultats des tests diagnostics rapide et autotest proposé en prévention. Le reste des informations sera donné par FC.

- TROD : 206
- auto test : 207

3.2.2 le traitement pré et post-exposition

4 médecins proposaient des informations sur ces traitements, 3 consultés par CL et 1 par FC.

- Traitement post-exposition : 207, 215, 216, 112
- Traitement pré-exposition : 207

3.2.3 orientation

5 médecins proposaient un orientation soit vers :

- une centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) : 203, 204, 207, 112
- un CHU : 215, 112

3.3 La recherche des facteurs de fragilité

3.3.1 la consommation d'alcool et/ou drogue pendant le rapport

8 médecins avaient abordés la consommation d'alcool pendant le rapport sexuel à risque, 118, 113, 217, 216, 213, 210, 204, 202

3 médecins l'avaient abordé à la fois pendant la constitution du dossier médical et pendant la prise de risque sexuelle, 118, 217, 210

Aucun médecin n'avait abordé la consommation de drogue concomitante à la prise de risque sexuel.

3.3.2 la vulnérabilité sociale et/ou psychologique

la recherche de vulnérabilité sociale :

- prostitution : 0

la recherche de vulnérabilité psychologique :

- antécédent de violence : 111, 213, 210
- antécédent de violence sexuelle : 213
- le consentement du rapport : 218
- antécédent d'histoire amoureuse douloureuse : 212, 217
- antécédent de dépression et/ou d'anxiété : 112, 210
- antécédent de dépression et/ou anxiété pendant le rapport : 0

- conduite à risque autre que sexuelle et toxique : 210

4) Mode de communication utilisée par le médecin généraliste pour réaliser la prévention d'une récurrence

4.1 Entretien motivationnel

4.1.1 questions ouvertes

2 médecins n'utilisaient pas de questions ouvertes dans leur consultation (211, 104)

La moyenne du nombre de questions ouvertes était de 2.4 avec un écart type de 2.39. Le maximum était de 12.

7 consultations utilisaient plutôt un mode motivationnel (202, 210, 212, 217, 220, 205, 110)

4.1.2 questionnement du médecin sur ce que je sais du préservatif masculin

Aucun médecin n'a utilisé de questions ouvertes pour ce sujet.

4.1.3 questionnement du médecin sur ce que je sais du préservatif féminin

Aucun médecin n'a posé de questions ouvertes pour ce sujet.

4.1.4 questions posées par le médecin pour limiter la récurrence

14 médecins posaient des questions pour limiter la récurrence

3 utilisaient des questions uniquement ouvertes

5 uniquement des questions fermées

6 des questions ouvertes et fermées

9 médecins utilisaient au final des questions ouvertes

Pour limiter la récurrence le médecin posait des questions sur les thèmes de :

- le préservatif : 204, 208, 212, 220, 118
- le pourquoi de la prise de risque sexuel : 205, 204, 212, 210
- le vécu de la prise de risque : 210, 217
- les manifestations de l'inquiétude : 205, 212
- le comment limiter la récurrence : 202, 205

4.1.5 valorisation

17 médecins utilisaient la valorisation : 107, 120, 119, 118, 116, 112, 109, 105, 101, 210, 220, 204, 206, 209, 207, 216, 203.

Les thèmes abordés étaient :

- la valorisation de la démarche de la patiente : 210
- les résultats d'examen : 107, 120, 119, 118, 116, 112, 105, 101, 206, 209, 207, 203
- les propositions de changement de la patiente : 220, 204
- la confirmation de la complexité de la situation : 216

4.1.6 demander, fournir, demander

Aucun médecin n'utilisaient cette méthode.

4.1.7 temps de parole du médecin/ du patient

4.1.8 niveau de langage : scientifique, courant, familier

Les médecins utilisaient uniquement un niveau de langage courant.

4.2 entretien directionnel

4.2.1 questionnement du médecin sur ce que je sais du préservatif masculin

Un médecin utilisait une question fermée sur ce thème, « *et vous êtes plutôt contre le préservatif vous ?* » (107)

4.2.2 questionnement du médecin sur ce que je sais du préservatif féminin

Un médecin utilisait une question fermée pour ce thème, "*vous en avez déjà vu ?*" (201)

4.2.3 questions posées par le médecin pour limiter la récurrence

12 médecins utilisaient des questions fermées.

Les thèmes abordés pour limiter la récurrence étaient :

- le préservatif : 107, 203, 204, 212, 220, 110, 118, 119
- l'inquiétude : 204, 205
- savoir poser les limites : 216
- le plaisir procuré par le rapport : 217
- la consommation d'alcool pendant la prise de risque sexuelle : 113

- la description du partenaire : 119
- l'accord des deux parties : 118

4.2.4 analyse sémiologique

33 médecins utilisaient le mode directifs pour leur consultation, 14 consultés par CL et 19 par FC.

structure verbale :

- je + verbe d'action, 211, 206, 204, 218, 108, 209
- il faut + adverbe, 209, 219
- il faut + verbe d'action, 219, 218, 215, 214, 213, 211, 208, 207, 203, 201, 206
- impératif, 109, 155, 218, 203, 107
- on + verbe d'action, 216, 204, 206

4.2.5 temps de parole du médecin/ du patient

4.2.6 niveau de langage : scientifique, courant, familier

7 médecins utilisaient un discours scientifique (201, 207, 213, 103, 104, 111, 106)

3 médecins avec un discours dominant courant et quelques propos familier (102, 114, 120)

le reste des médecins utilisaient un discours courant.

4.3 échelle CARE

- vous à mis à l'aise
- vous a laissé exposer votre problème
- était à votre écoute
- s'est intéressé à vous dans votre globalité
- à pleinement compris votre problème
- a montré de l'attention et de la compassion
- a été positif
- a expliqué clairement les choses
- vous a aidé à l'autonomie

- a élaboré un plan d'action avec vous

4.4 discours de prévention : banalisation, dramatisation et culpabilisation

4.4.1 banalisation

12 médecins utilisaient la banalisation dans leur consultation.

Les thèmes abordés étaient :

- le préservatif (216)
- la rupture du préservatif (206, 211, 219, 101,110, 111, 114,107)
- le partenaire (210, 110)
- le préservatif et les préliminaires (116,118)

4.4.2 dramatisation

11 médecins utilisaient la dramatisation dans leur consultation.

Les thèmes abordés étaient :

- le préservatif (204, 107, 110, 109)
- le partenaire (206, 217)
- le préservatif et les préliminaires (113, 111,108)
- la relation ponctuelle (106)
- le préservatif et la prise de risque sexuelle (110)

4.4.3 culpabilisations

30 médecins utilisaient la culpabilisation pour leur consultation

Les thèmes abordés étaient :

- le préservatif (206, 202, 209, 212, 210, 219, 205, 109, 110, 114, 115, 117)
- préservatif et grossesse (209)
- rupture du préservatif (215, 217, 110)
- préservatif et prise de risque sexuel (217, 220, 108)
- préservatif et relation ponctuelle (106)
- préservatif et partenaire (207, 211, 209, 214, 205, 109, 113)
- partenaire stable (202)
- le partenaire (208, 212, 116)
- savoir dire non (212, 217, 218, 219)
- alcool et prise de risque sexuel (202, 204, 216, 213)
- conséquences et prise de risque sexuel (204,206, 209, 205, 118)

- démarche de la prise en charge (207)

4.5 partage des expériences du médecin

9 médecins partageaient leur propre expérience

les thèmes abordés étaient :

- le préservatif féminin (213, 206)
- le préservatif masculin (218, 107, 210,212)
- le préservatif et les préliminaires (116, 202)
- les conséquences de la prise de risque sexuelle (215)

4.6 niveau d'anxiété du médecin ressenti par l'investigateur pendant la consultation

4.6.1 échelle d'hétéro-évaluation du stress (1-5)

cotation entre 1 et 5 (1- non présent, 2-peu présent, 3-présent, 4-très présent, 5-extrêmement présent)

4.6.2 arguments de langage

- rire du médecin (106, 103, 215, 208)
- s'excuse de son discours (111, 218)
- lit des informations sur internet (202)
- enchaînement de mots/ de phrases sans logiques évidentes (112, 217, 214, 213)
- mots de liaison et silence au milieu d'une phrase (120, 106, 103, 216, 215, 214, 212, 210, 209, 211, 203, 202, 201, 111, 205, 218, 217, 201)
- le médecin met fin à la consultation (219)
- auto-coaching du médecin (216, 206)
- ne termine pas ses phrases (212, 214, 210)
- utilisation de l'humour (203)
- accélère son débit de parole une fois le motif de consultation donné (206)
- parle à voix basse (211, 214)
- diminution de l'intonation de la voix quand mal à l'aise (210, 205)
- parle vite et fort (213)

4.6.3 attitudes physiques

Les attitudes notables marquant l'anxiété étaient :

- se frotte les mains quand il est mal à l'aise (201)
- regarde souvent son ordinateur (202, 216)
- sort une feuille de soin après 5 minutes de consultation (202, 208)
- pas de connexion entre nos regards (208, 211, 214, 219, 117)
- à distance de son bureau, très éloigné (104, 108, 113, 116)

4.6.4 nombre de silence dans les consultations

4.7 relances faites par l'investigateur

4.7.1 nombres de relances

4.7.2 types de relance

Dans 34 consultations avaient été utilisé la relance du "préservatif qui craque" (206, 107, 201, 202, 203, 204, 207, 211, 212, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 219, 120, 205, 101, 103, 105, 106, 108, 109, 110)

Dans 9 consultations avaient été utilisé la relance du "j'aime pas le port du préservatif" (206, 214, 217, 101, 103, 108, 109, 110, 120)

Dans 2 consultations avaient été utilisé la relance de "la consommation d'alcool" (109, 110)

Dans 25 consultations avaient été utilisé la relance "du préservatif et des préliminaires" (107, 202, 203, 203, 207, 215, 220, 219, 205, 101, 102, 103, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120)

Dans 10 consultations avaient été utilisé la relance "d'autres méthodes de protection que le préservatif masculin" (201, 202, 204, 207, 212, 214, 216, 218, 219, 205)

Dans 2 consultations, j'avais utilisé plusieurs fois la même relance pour obtenir une réponse (206, 212)

4.8.3 relances non saisies

- préservatif qui craque : 206, 202, 211, 101, 103, 105, 109, 110, 111, 112
- préservatif non agréable : 103, 120

- préservatif et préliminaire : 115
- consommation d'alcool : 110

- **Moyens et techniques de prévention du médecin généraliste pour diminuer le risque d'infection sexuellement transmissible : méthode du patient standardisé.**

- Introduction : Les infections sexuellement transmissibles sont en hausse en France. Le médecin généraliste est le professionnel de santé de premier recours dans le cas d'une prise de risque sexuel. Sa prévention est un thème important à aborder avec le patient pour limiter les récives.
- Méthode : Nous avons utilisé la méthode du patient simulé auprès de 40 médecins généralistes d'Île-de-France après obtention de leur accord. Ils n'avaient aucune connaissance du thème ni de la date de la consultation.
- Résultats : L'abord du préservatif masculin est la méthode la plus répandue pour parler de prévention pour 90 % des médecins. Il est complété dans 30 % des cas par des conseils d'utilisation. Dans 62,5 % des consultations, un travail est réalisé pour limiter la récive de cette prise de risque. Le conseil le plus répandu est pour 42,5 % des médecins d'avoir un préservatif sur soi.
- Le principal facteur de fragilité recherché (27,5% des médecins) est la consommation d'alcool.
- En ce qui concerne le mode de communication, 82.5 % des médecins utilise un discours directif. Cependant l'échelle CARE, donnait un score plus élevé aux médecins qui ont utilisé un discours motivationnel pour tous les items de l'échelle. Les scores sont plus importants si le médecin et le patient sont de même sexe.
- Conclusion : Les médecins généralistes connaissent les principaux thèmes de prévention à aborder. Cependant il semble important de rechercher également les facteurs de fragilités. Une communication motivationnelle semble être un atout majeur pour faire passer un message durable.

- Mots clés : IST, prévention, prise de risque sexuel, sexualité, communication, médecine générale

- **Université Paris Descartes**
- **Faculté de Médecine Paris Descartes**
- **15, rue de l'Ecole de Médecine**
- **75270 Paris cedex 06**