



**HAL**  
open science

# L'information sur le dépistage et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles : observations des pratiques des sages-femmes du CHRU de Brest lors de consultations gynécologiques du 16 au 27 septembre 2019

Chloé Anamoutou

► **To cite this version:**

Chloé Anamoutou. L'information sur le dépistage et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles : observations des pratiques des sages-femmes du CHRU de Brest lors de consultations gynécologiques du 16 au 27 septembre 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03066190

**HAL Id: dumas-03066190**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03066190>**

Submitted on 2 Jun 2021

**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

**ECOLE DE SAGES FEMMES DE BREST**  
**UFR de Médecine et des Sciences de la Santé**  
**BREST**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**  
**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**  
**Année 2020**

**L'information sur le dépistage et la prévention des Infections Sexuellement  
Transmissibles :  
Observations des pratiques des sages-femmes du CHRU de Brest lors de  
consultations gynécologiques du 16 au 27 septembre 2019**

**Présenté et soutenu par ANAMOUTOU Chloé**  
**Née le 14 février 1996**

**Sous la direction de Gaëlle DELPECH-DUNOYER**

## **REMERCIEMENTS**

A Madame Gaëlle DELPECH-DUNOYER, pour la direction et la guidance de ce mémoire,

A Madame Anna SAENCO, pour ses conseils méthodologiques,

Aux membres de l'étude qui ont accepté d'y participer,

Je vous remercie d'avoir contribué à ce travail.

A mes parents, ma sœur, mon frère, mes grands-parents, pour m'avoir soutenue depuis toujours et avoir cru en mes choix,

A mes amis les plus fidèles, pour votre présence, vos rires et votre joie,

A toutes ces personnes que j'ai croisées sur mon chemin et qui m'ont fait confiance,

Je vous adresse mes plus sincères remerciements.

## TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	5
II.	MATERIELS ET METHODE .....	7
	1) L'objectif de l'étude .....	7
	2) Le type d'étude.....	7
	3) Le lieu de réalisation .....	8
	4) La population.....	8
	a. La population cible.....	8
	b. La population secondaire.....	8
	5) Les critères d'inclusion .....	9
	6) La durée de réalisation de l'enquête.....	9
	7) Les données à collecter et la méthode de collecte .....	9
	8) Les outils de recherche .....	13
	9) Les considérations éthiques et démarches réglementaires .....	13
III.	RESULTATS DE L'ETUDE .....	13
	1) Le nombre d'observations .....	13
	2) L'attitude des professionnels.....	13
	3) Les symptômes .....	14
	4) Le nombre de partenaires .....	14
	5) Le dépistage de la patiente .....	15
	6) Le préservatif.....	15
	7) Les informations complémentaires sur les IST .....	16
	8) L'examen clinique.....	16
	9) Le temps de la consultation .....	17
IV.	ANALYSE ET DISCUSSION .....	17
	1) Validation des hypothèses .....	17
	2) Les biais et points forts de l'étude.....	17
	3) Discussion autour des résultats.....	18
	4) Explications des résultats .....	24
	5) Questionnement et autres recherches possibles.....	25
V.	CONCLUSION .....	27
VI.	ANNEXES .....	30
VII.	BIBLIOGRAPHIE .....	36

## **ABREVIATIONS**

- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- HAS : Haute Autorité de Santé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Acquis
- CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
- CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
- SSU : Service de Santé Universitaire
- Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

## I. INTRODUCTION

---

L'information de santé est un droit général pour tout patient (loi du 4 mars 2002) et un devoir pour tout professionnel de santé quel que soit son champ de compétences. Elle est définie selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un élément essentiel de la relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient, permettant à ce dernier d'accepter ou de refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés, en toute connaissance de cause.(1)

L'information porte sur l'état de santé du patient ainsi que les alternatives de soins qui lui sont présentées. Elle doit être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par le patient et personnalisée, en soi, adaptée à son statut social et culturel. (1)

Elle expose également les risques fréquents, prévisibles, graves, spécifiques à la personne et les précautions à prendre par cette dernière pour les éviter.

Dès lors, l'information de dépistage et de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) est en lien étroit avec cette définition générale.

Cependant, la résurgence des IST ces dernières années, témoigne d'un constat alarmant, qui laisserait présumer d'un relâchement dans l'information délivrée par les professionnels de santé.

Entre 2012 et 2016, le diagnostic des infections à *Chlamydia Trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* a triplé dans la population de 15-25 ans. (2)

En 2016, en France métropolitaine, 11% des individus ayant découvert leur séropositivité au VIH étaient des jeunes de moins de 25 ans. (3) 68% des individus de 15-17 ans touchés par le virus sont des filles nées à l'étranger ou ayant eu des rapports hétérosexuels.(4)

77 000 nouveaux cas d'infections à *Chlamydia Trachomatis* sont chaque année diagnostiqués en France. (5)

Par ailleurs, la santé sexuelle étant définie comme un « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité », ces infections sont un véritable problème de santé publique, car les pathogènes transmis, augmentent la morbidité et la mortalité et altèrent donc la qualité de vie des populations, leur santé sexuelle et reproductive (notamment chez les femmes). La prise en charge de ces infections représente également un coût dans le budget des systèmes nationaux en matière de santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a ainsi défini une stratégie d'éradication des IST sur 6 ans par la mise en place en mai 2016 des mesures prioritaires suivantes (6) :

-Définir des groupes spécifiques les plus touchés par les IST dans chaque pays : les individus ayant des partenaires multiples (plus de deux partenaires dans l'année), ceux ayant déjà une IST ou un antécédent récent (moins d'un an), les jeunes et surtout les adolescents, les individus consommant de la drogue et ceux touchés par des conflits ou des troubles.

-Etablir une cascade de lutte contre l'évolution des IST par des actions de prévention, de diagnostic, par la mise en place de traitements et de soins pour atteindre les cibles stratégiques dans chaque groupe précurseur, du dépistage jusqu'à la guérison.

-La mise en place de mesures de santé publique par l'établissement de protocoles, de recommandations nationales.

Ainsi, des progrès notables ont déjà été démontrés par la diminution de la transmission mère-enfant de la syphilis ou du VIH grâce à un meilleur accès au traitement et un dépistage des femmes enceintes permettant une prise en charge précoce de ces infections. Dès lors, ces nouvelles mesures mondiales permettront de renforcer ces acquis et d'évoluer vers de nouvelles perspectives dans la lutte contre les IST.

Des mesures nationales ont, de ce fait, été mises en place en France, notamment dans la réévaluation des stratégies de dépistage d'infection à *Chlamydiae Trachomatis* en novembre 2018. Ces nouvelles recommandations ont élargi les cibles dans la population féminine. La HAS recommande (7) :

-Un dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15-25 ans y compris des femmes enceintes.

-Un dépistage opportuniste ciblé des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans ayant au moins un facteur de risque (partenaires multiples, changement de partenaire récent, partenaire ayant une IST, patiente ayant une IST, antécédent d'IST, post-viol).

-Un dépistage opportuniste ciblé des femmes enceintes consultant pour une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) sans limite d'âge.

Ces dépistages doivent être renouvelés tous les ans si le résultat est négatif et si la patiente a eu un ou des rapports non protégés avec un nouveau partenaire dans l'année.

Cependant, le dépistage des IST, complété d'une information adéquate, devrait être effectué auprès de toutes les femmes au moins une fois dans leur vie quel que soit leur statut social et leur demande de consultation (frottis, grossesse, consultation de contraception...) ou devant toute situation de vulnérabilité dans

un parcours de vie (rupture sentimentale, divorce...) ou de conduites addictives (prises de psychotropes, drogues, alcoolisme...) (8)

Dès lors, au vu de ce constat, il est légitime de se demander si la délivrance de l'information de dépistage et de prévention des IST est effectuée par tous les professionnels de santé, lorsque les conditions citées précédemment sont réunies.

L'information, donnée de façon respectueuse des éléments précédents, est l'élément déclencheur de mise en place de moyens de protection par le patient concerné. Elle a donc un rôle majeur dans la prévention des IST. L'HAS recommande notamment une évaluation régulière des pratiques de délivrance de l'information médicale.

Les professionnels de santé et notamment les sages-femmes, sont des acteurs primaires dans la lutte contre les IST. Depuis la loi HPST en 2009, ces dernières peuvent assurer en autonomie l'ensemble des examens cliniques et techniques nécessaires au suivi gynécologique. Le dépistage et la prévention des IST font donc partie de leur champ de compétences. (9)

Concernant cette étude, on peut élaborer deux hypothèses :

- **Hypothèse initiale** : L'information sur le dépistage et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles n'est pas délivrée par les professionnels de santé hospitaliers dans la population générale.
- **Hypothèse secondaire** : L'information sur le dépistage et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles est délivrée de manière incomplète dans les populations présentant des facteurs de risques.

## **II. MATERIELS ET METHODE**

---

### **1) L'objectif de l'étude**

L'objectif est le suivant : observer la manière dont l'information sur les Infections Sexuellement Transmissibles est délivrée par les professionnels de santé hospitaliers.

### **2) Le type d'étude**

Cette étude se base sur une **méthode d'observation** réunissant 4 critères

**-Qualitative** : Une étude destinée à recueillir des éléments non quantifiables sur une population restreinte. Cela permet d'étudier précisément des critères comportementaux dans la relation soignant-soigné ainsi que des attitudes ou des mots utilisés.

**-Non participante** : L'observateur ne participe pas à la consultation, il garde une certaine distance afin d'objectiver de façon neutre sur tous les éléments relationnels et comportementaux entre le professionnel et la patiente.

**-Hypothético-déductive** : Cette observation est orientée vers des concepts qui permettent d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse initiale. Ainsi, l'observateur ne souhaite pas tout examiner lors de la consultation. Il centre son regard uniquement sur les caractéristiques de l'information des IST ainsi que sur les échanges verbaux et les comportements corporels des deux interlocuteurs lorsque cette information est délivrée.

**-Ouvverte** : L'observateur informe le professionnel ainsi que la patiente de sa présence. Cela permet d'écarter les problématiques éthiques et morales évidentes si l'observation se faisait sans leur accord. De plus, le fait d'être présent facilite d'une part, la prise de notes et l'observateur a un regard direct et objectif sur la situation. Cependant, l'observateur ne délivre pas le sujet de l'observation afin de ne pas influencer le professionnel dans la délivrance de l'information.

### **3) Le lieu de réalisation**

Les observations ont été réalisées dans les services de consultations gynécologiques et au Centre de Planification du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest sur le mois de septembre 2019.

### **4) La population**

#### **a. La population cible**

La population cible était celle des sages-femmes hospitalières.

#### **b. La population secondaire**

Les patientes à partir de 15 ans sexuellement actives venant consulter dans le service de consultations externes de gynécologie du CHRU de Brest ou au Centre de Planification.

## **5) Les critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion concernant la population cible étaient les suivants :

- Les sages-femmes en consultations externes de gynécologie
- Les sages-femmes consultant au CPEF

Les critères d'inclusion concernant les patientes :

- Au minimum 15 ans
- Sexuellement actives
- Comprenant et s'exprimant en français
- Autorisant l'observation du chercheur

## **6) La durée de réalisation de l'enquête**

Les premières observations ont débutées en septembre pendant une semaine dans le service de consultations gynécologiques puis se sont terminées par une semaine au CPEF (du 16 au 27 septembre).

## **7) Les données à collecter et la méthode de collecte**

Tous les éléments délivrés par le professionnel concernant l'information sur les IST ont été collectés. L'attention de l'observateur portait sur l'information médicale concernant les IST : les questions du professionnel pour objectiver des facteurs de risques chez la patiente (le nombre de partenaires, les dépistages effectués, les moyens de protection mis en place par la patiente et son/ses partenaire(s), les symptômes évocateurs d'IST...).

L'observateur prenait également en compte tous les critères comportementaux qui composent l'échange entre les deux interlocuteurs lorsque cette information médicale est délivrée : l'attitude du professionnel envers la patiente (attitude de retrait, d'empathie...), le vocabulaire employé (médical ou adapté au statut de la patiente), les silences utilisés, les questions posées à la patiente, les réponses argumentées ou non du professionnel, les explications fournies...

Afin de recueillir tous ces éléments, une grille d'observation a été utilisée (*Cf Annexe I*).

Cette dernière contenait des informations générales sur la patiente et le professionnel et était divisées en deux grandes parties ; la première permettant d'évaluer si l'information sur les IST était délivrée. La deuxième comportant tous les éléments sur l'attitude générale du professionnel. L'organisation de cette grille permettait à l'observateur de cocher les détails (cases) correspondant à la consultation.

Les éléments constitutifs de cette grille d'observation étaient les suivants :

- **Les renseignements délivrés par la patiente** : d'elle-même ou à la suite de l'interrogatoire de la sage-femme.
  - Les symptômes (leucorrhées malodorantes, d'aspect inhabituel, algies pelviennes) : La plupart des IST étant le plus souvent asymptomatiques, la présence de symptômes peut cependant révéler une infection aiguë ou chronique. Il est donc nécessaire d'en prendre compte dans l'interrogatoire afin d'orienter la suite de la consultation et la prise en charge de la patiente.
  - Le nombre de partenaires : cette question permet de définir le statut initial de la patiente. En effet, une patiente avec des multipartenaires (plus de 2 partenaires dans l'année) est considérée comme une patiente à risque pour laquelle un dépistage opportuniste ciblé doit être effectué accompagné d'une information médicale complète.
  - Le test de dépistage effectué par la patiente : Rarement demandé en premier lieu par les patientes, le dépistage devrait être abordé par le professionnel au début de la consultation afin d'avoir une connaissance du statut de la patiente et de sa régularité dans le dépistage. Ces informations permettront d'établir sa prise en charge. En effet, si une patiente n'a jamais effectué un test de dépistage, cette consultation pourra être une opportunité de faire le point sur ses avantages et de transmettre une information complète sur les IST.
  - Le test de dépistage effectué par le(s) partenaire(s) de la patiente : Il est indissociable de celui de la patiente. Sa régularité dans le dépistage n'impose pas une éviction de celui de son/ses partenaire(s) car il n'aurait alors aucun intérêt chez elle. La sage-femme n'ayant pas la possibilité de prescrire un dépistage pour le(s) partenaire(s) de la patiente, elle doit cependant lui transmettre l'information sur sa nécessité et lui conseiller de se faire délivrer une prescription par un autre professionnel.
  - L'utilisation du préservatif : A ce jour, restant le seul moyen de protection contre les IST et étant remboursé par l'assurance maladie depuis décembre 2018 dans le cadre d'une stratégie nationale de santé, les sages-femmes devraient saisir cette opportunité en questionnant les patientes sur son usage.

- **L'information délivrée par le professionnel** : Elle devra comporter tous les éléments permettant une compréhension adéquate de la patiente lui permettant de prendre des décisions en toute connaissance de causes.
  - Présentation des différentes IST : Cela permet de définir chaque IST et leur mode de transmission, certaines infections ne se transmettant pas de la même façon. Le professionnel devra également prendre en compte les connaissances de la patiente, son âge, son statut social.
  - Information sur les risques des IST : Le professionnel devra aborder tous les risques sur sa santé et sur la possible contamination de son/ses partenaire(s).
  - Information sur les conduites à risques : La patiente doit avoir pleine conscience des conséquences des conduites qu'elle met en place pour sa propre santé et celle de son/ses partenaire(s) sexuel(s). Une action considérée comme anodine par la patiente devrait être redéfinie par le professionnel comme une conduite à risque. D'autres conduites moins courantes (toxicomanie avec injection intraveineuse, tatouage dans les années 70, transfusions dans les années 80) devraient être questionnées, au moins lors de la première consultation.
  - Information sur les centres de dépistage : Il serait intéressant, pour les sages-femmes, de définir les centres de dépistage comme un prolongement de leur prise en charge. Elles donnent, certes, une information initiale sur les IST, mais elles peuvent également orienter la patiente vers ces établissements pour d'éventuelles questions plus précises ou une prise en charge régulière sans contrainte (au CeGIDD, il a été mis en place des jours de dépistage sans rendez-vous, ce qui pourrait être avantageux pour certaines patientes).
- **Les actions effectuées par le professionnel** : les tests de dépistage sanguins prescrits, les prélèvements biologiques (cervico-vaginaux, urinaires, kit d'auto-prélèvement) effectués, la distribution de prospectus ou des sites internet conseillés afin de se renseigner sur les IST devront être évalués.

- **L'attitude du professionnel** : La manière dont l'information médicale est délivrée a un impact sur la compréhension de la patiente et sa prise de décision finale. En effet, une information complète ne pourra faire écho pour la patiente si le professionnel n'y a pas apporté les formes adéquates.
  - Les gestes physiques: Est-il dans un mouvement d'accueil et d'écoute de la patiente ? (corps ouvert, assis, jambes et bras ouverts vers elle, regard soutenu envers la patiente). Est-il plutôt dans un mouvement de repli ? (corps fermé, assis, jambes et bras croisés, détournant souvent le regard).
  - L'échange oral : Son intonation de voix est-elle plutôt basse ou élevée ? Le débit de parole est-il rapide ou lent ? Il peut parfois utiliser des silences, ce qui donne plus d'ampleur à ces propos et laisse le temps à la patiente pour réfléchir et trouver ses mots.
  - Les questions posées par le professionnel : Ouvertes ou fermées ; des questions ouvertes laisseront libre choix à la patiente d'apporter plus de détails à la réponse, ce qui enrichira l'anamnèse.
  - Les réponses du professionnel : il doit apporter un maximum de détails sur le sujet évoqué par la patiente tout en utilisant un vocabulaire adapté à son statut. Il peut même s'appuyer sur des documents écrits, des schémas anatomiques, des objets en taille réelle pour apporter plus de sens à ses propos tout en s'assurant de la compréhension de la patiente en lui posant la question ou en reformulant certaines phrases.
  - L'examen clinique : le professionnel doit expliquer à la patiente les gestes à effectuer, les prélèvements... Il doit encore une fois s'assurer de sa compréhension et lui demander son consentement pour effectuer ses examens cliniques.
  
- **Le temps de la consultation** : Élément indispensable d'analyse permettant d'évaluer la répartition de l'information médicale et la prise en charge de la patiente lors d'une consultation. Cela permet également d'évaluer l'opportunité du professionnel pour délivrer l'information sur les IST. Lors d'une consultation durant plus de 40 minutes, il serait intéressant de parcourir tous les champs de la vie gynécologique et sexuelle de la patiente (contraception, vie sexuelle et prévention des IST).

## **8) Les outils de recherche**

L'outil principal utilisé était la grille d'observation.

## **9) Les considérations éthiques et démarches réglementaires**

Le consentement du professionnel était nécessaire pour effectuer ces observations ainsi qu'un simple accord de la patiente. Toutes les données collectées ont été anonymisées et retranscrites dans un fichier sécurisé par un code d'accès.

# **III. RESULTATS DE L'ETUDE**

---

## **1) Le nombre d'observations**

21 observations ont été réalisées ; 12 observations auprès de sages-femmes consultant au sein du service de consultations gynécologiques et 9 observations de sages-femmes réalisant des consultations au Centre de Planification Familiale.

La première et la quatrième sage-femme observée réalisait des consultations gynécologiques : 7 observations ont été réalisées pour la première et 4 pour la quatrième.

La deuxième et la troisième sage-femme observée réalisait des consultations au Centre de Planification Familiale : 5 observations ont été réalisés pour la deuxième et 4 pour la troisième.

Les motifs et le déroulement de chaque consultation ont été détaillés en annexe. (*Cf Annexe 2*)

## **2) L'attitude des professionnels**

Les attitudes observées ont été détaillées dans *l'annexe 4*. Les sages-femmes présentaient toutes une ouverture physique (bras ouverts sur la table, jambes décroisées). Le bureau était le seul élément de séparation avec les patientes. Elles soutenaient pour la plupart leur regard et le détournaient uniquement pour prendre des notes (sur l'ordinateur ou sur des dossiers).

La sage-femme 4 maintenait cependant son regard vers l'ordinateur même lorsqu'elle posait des questions à la patiente. Cette dernière présentait également un débit de paroles rapide et une intonation de voix élevée. Cela donnait la sensation que la consultation se déroulait plus rapidement (que la patiente suivait alors ce mouvement de rapidité dans ses questions ou lors de l'examen clinique pour aller au même rythme que la sage-femme).

La sage-femme 2 avait un débit de paroles lent, une intonation de voix basse et utilisait beaucoup de silences. Cela créait une atmosphère intime et les patientes se livraient davantage dans leurs réponses (plus détaillées ou bien elles prenaient plus de temps pour expliquer certaines choses à la sage-femme). Même si ce sont ses consultations qui ont duré le moins longtemps (12 minutes en moyenne), elle prenait tout de même son temps pour écouter la patiente et lui donnait des explications éventuelles.

Les sages-femmes 1 et 4 (de consultations gynécologiques) posaient des questions fermées alors que celles du centre de planification (sage-femme 2 et 3) posaient des questions plus ouvertes, surtout sur le nombre de partenaires (« *Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?* », « *C'est votre seul partenaire ?* »).

La sage-femme 1 donnait des réponses courtes, non détaillées mais qui semblaient tout de même être comprises des patientes (acquiescement de leur part, réponse « *oui* » lorsque la sage-femme leur demandait si elles avaient compris).

Il y avait peu d'explications fournies sur les IST, sur l'ensemble des consultations mais lorsqu'elles étaient données, les sages-femmes apportaient beaucoup d'éléments ; la sage-femme 4 s'est une fois aidée de schémas anatomiques explicatifs pour détailler les risques possibles d'une infection à *Chlamydia Trachomatis*. La sage-femme 3 quant à elle se basait dans ce cas sur les connaissances des patientes (surtout des mineurs).

### **3) Les symptômes**

Dans la majorité des cas, cette question étaient posée systématiquement, de façon ouverte ; « *Ressentez-vous une douleur dans le bas du ventre, accompagnée de pertes vaginales malodorantes ou inhabituelles ?* ». Cela ne semblait pas gêner les patientes, qui répondaient de manière précise en détaillant parfois leurs symptômes ; « *J'ai une douleur dans le bas du ventre depuis plusieurs jours* » et elles montraient la localisation de la douleur, « *J'ai des pertes de couleurs inhabituelles, qui ne sentent pas très bon* ». Si elles présentaient des symptômes, un prélèvement vaginal était effectué en systématique, dans le cas de la 4ème sage-femme.

Les autres sages-femmes essayaient de trouver une explication à ces symptômes avant de leur faire un prélèvement. Par exemple, la sage-femme 1 leur posait par la suite des questions sur leur cycle menstruel, leur ovulation, ce qui pouvait alors expliquer ces douleurs.

### **4) Le nombre de partenaires**

C'était la question la plus souvent posée sur les IST (*Cf Annexe 3*) et toujours de la même manière ; « *Etes-vous en couple ?* ». A cette question, beaucoup de patientes ne semblaient pas la comprendre (silence des patientes, rougissement ou ne répondent pas à la question). Le professionnel dans ce cas, reposait la question d'une autre manière « *Avez-vous un partenaire sexuel ?* ». On ressentait souvent une certaine gêne qui s'installait chez les deux protagonistes (rougeur, moment de silence ou bien la patiente qui prend du temps à

trouver ses mots). L'incompréhension de cette dernière semblait également dérouter le professionnel (moment de silence de son côté, ou reconstruction de la question pour qu'elle semble plus claire).

A la suite de cette question simple, à laquelle les patientes répondaient oui ou non, les sages-femmes 1 et 4 observées ne leur demandaient pas plus de détails et ne recherchaient donc pas d'éventuels facteurs de risque indispensables pour la suite de la consultation (partenaires multiples, changement de partenaire récent).

Les consultations au CPEF étaient les seules où les professionnels approfondissaient cette question ; « *Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?* », « *C'est votre seul partenaire sexuel ?* ». Cependant, la question ne semblait pas orientée dans le sens de recherche des facteurs de risque d'IST, mais plus orientée dans la consultation de l'IVG, afin d'évaluer l'environnement de la patiente (contexte de rupture, soutien éventuel de son partenaire avec qui la patiente est en couple depuis plusieurs années...).

## **5) Le dépistage de la patiente**

C'est la deuxième question qui a été le plus souvent posée (*Cf Annexe 3*). Cependant, cette question était peu orientée vers le/les partenaire(s) de la patiente : « *Avez-vous déjà effectué un dépistage des infections sexuellement transmissibles ?* ».

La sage-femme 4 demandait plus de détails « *Quand l'avez-vous effectué pour la dernière fois ?* » « *Votre partenaire l'a également effectué ?* ». Encore une fois, à cette question, il semblait y avoir beaucoup d'incompréhension de la patiente (moment de silence, ou elle ne répondait pas franchement à la question ; « *Je ne sais plus trop* », « *Je n'ai jamais abordé le sujet avec mon partenaire* »). Certaines ne répondaient pas directement à la question. Elles répondaient simplement « *Je suis mariée* », « *Je suis en couple depuis des années avec mon conjoint* », « *Je lui fais confiance* » ou « *On ne va pas voir ailleurs avec mon conjoint* ». La plupart des sages-femmes n'insistaient pas et prenaient ceci comme réponse au dépistage.

Parfois, certaines proposaient le dépistage sans avoir auparavant demandé si la patiente l'avait déjà effectué.

Seule la 4ème sage-femme insistait lorsque les patientes refusaient au premier abord et elle leur disait le plus souvent « *ça ne vous engage à rien et au moins vous serez au clair là-dessus* ».

En revanche, aucune sage-femme n'a expliqué précisément l'intérêt du dépistage.

## **6) Le préservatif**

Le sujet du préservatif était moins abordé par rapport aux sujets précédents (*Cf Annexe 3*). La question était plus posée aux jeunes patientes (<20 ans) ou lors de facteurs de risque (changement de partenaire récent, multipartenaires) et toujours de la manière suivante « *Utilisez-vous des préservatifs ?* ». Lorsqu'elles répondaient non et qu'elles avaient des facteurs de risques, les professionnels ne leur expliquaient pas l'importance de se protéger dans ce genre de situation.

Les patientes quant à elles, semblaient laisser ressurgir une légère culpabilité quand elles disaient ne pas se protéger (rougeur, moment de silence, rire nerveux, ou bien certaines répondaient « *Oui je sais que ce n'est pas bien, on ne s'est jamais protégé* », ou « *On fait attention* »).

## **7) Les informations complémentaires sur les IST**

Les sages-femmes donnaient plus de détails sur les IST à la suite de la question sur le dépistage. Elles détaillaient les IST recherchées si jamais la patiente souhaitait le dépistage. Parfois, elles leur demandaient si elles connaissaient les IST citées ; le VIH était le virus connu par toutes les patientes. L'hépatite B et la syphilis relativement moins. La chlamydiae et le gonocoque étaient très bien connus des patientes (certaines se souvenaient avoir déjà effectué un dépistage pour chlamydiae).

Les risques d'infertilité étaient parfois évoqués ainsi que le fait de contaminer d'autres partenaires sexuels.

Cependant, aucune sage-femme n'a évoqué les conduites à risques de certaines patientes (chez 10 patientes présentant des conduites à risques, aucune ne s'est vue délivrer une information sur ses conduites – Cf *Annexe 3*) et aucune n'a transmis les coordonnées d'un centre de dépistage.

## **8) L'examen clinique**

L'examen par le toucher vaginal bi-manuel était systématiquement effectué par toutes les sages-femmes, sauf celles du Centre de Planification, en justifiant toujours à la patiente que certaines consultations de contraception, d'IVG, de renouvellement de dépistage ne nécessitaient pas un examen clinique et que celui-ci pouvait être effectué une prochaine fois. Aucun examen clinique n'a donc pu être observé lors de ces consultations.

La sage-femme 1 détaillait aux jeunes patientes le déroulement en leur présentant le spéculum ou les kits de prélèvements cervico-vaginaux. Elle demandait toujours par la suite aux patientes si « *tout était clair* » pour elles. Elle leur laissait le temps nécessaire pour se déshabiller et elle respectait leur intimité en essayant de les mettre à l'aise, en parlant d'un sujet de la vie quotidienne (du travail, de la météo) et leur demandait systématiquement leur consentement avant d'effectuer un geste (« *Je peux y aller madame ?* » ou « *Vous me dites quand vous êtes prête* »).

La sage-femme 4 quant à elle n'expliquait pas le déroulement de l'examen clinique. Elle ne respectait pas réellement l'intimité de la patiente (elle restait par exemple auprès d'elle lorsqu'elle se déshabillait). L'une des patientes semblait très stressée par cet examen (elle tremblait légèrement, elle rougissait et a dit à la sage-femme « *je n'aime pas ce genre d'examen* »). La sage-femme répondait alors « *Détendez-vous, ça sera rapide* ». Elle ne demandait pas de réel consentement. Elle disait simplement « *J'y vais madame* » avant de réaliser ses gestes.

Par ailleurs, aucune n'a expliqué son intérêt aux patientes.

### **9) Le temps de la consultation**

Le temps moyen des consultations était de 22 minutes, les plus courtes de 15 minutes et les plus longues de 40 minutes (généralement les consultations de contraception).

Les sages-femmes 1, 3 et 4 avaient en moyenne le même temps de consultation (une trentaine de minutes par consultation).

La sage-femme 2 avait le temps de consultation le plus court (une douzaine de minutes par consultation).

Certaines sages-femmes semblaient être pressées parfois par le temps ; elles regardaient leur montre, elles parlaient plus vite soudainement dans la conversation.

## **IV. ANALYSE ET DISCUSSION**

---

### **1) Validation des hypothèses**

Concernant les hypothèses de cette étude, elles sont toutes deux confirmées ; les sages-femmes délivrent l'information sur les IST lors de consultations gynécologiques dans la population générale, selon l'hypothèse principale.

En revanche, elles délivrent une information incomplète lorsque les patientes présentent des facteurs de risque en accord avec l'hypothèse secondaire.

### **2) Les biais et points forts de l'étude**

L'un des points forts de cette étude était ma présence aux observations. Je pouvais vraiment analyser le comportement des professionnels vis-à-vis des patientes. Leurs échanges étaient authentiques et cela me permettait d'avoir une vision directe de l'information transmise et ainsi de la caractériser spécifiquement pour chaque professionnel.

De plus, je n'ai eu aucun refus de participation à mes observations de la part des patientes ou des sages-femmes. Ces dernières étaient très conciliantes et elles essayaient d'organiser la consultation de manière à ce que je puisse avoir le plus d'informations. Par exemple, elles me demandaient si j'avais tous les détails qu'il me fallait pour l'étude, si leur discussion avec la patiente était claire pour moi et si je n'avais pas de questions éventuelles.

Cependant, cette étude a présenté certaines difficultés. Tout d'abord, mon rôle en tant qu'observatrice, qui n'a pas été évident. Je ne pouvais pas intervenir pendant les consultations, je prenais des notes, je devais

observer les gestes, les échanges et parfois j'avais le sentiment d'être comme une intrus. C'était parfois délicat de ne pas montrer mon avis ou mon étonnement sur certains sujets, en soi de rester la plus neutre possible.

Je devais également ne pas délivrer le sujet de cette étude car cela aurait ajouté des biais. C'est le point qui a été le plus difficile selon moi, car je ne devais rien laisser transparaître au sujet des IST. Certaines sages-femmes me demandaient si je pouvais leur donner quelques informations sur mon étude et je ne devais rien leur dévoiler. Ce n'était alors pas évident de devoir garder l'enjeu de ces observations et les résultats pour moi sans échanger avec elles.

De plus, j'ai dû refuser certaines demandes des professionnels qui me proposaient de participer à l'examen clinique. Ce que je comprends, du fait de ma position d'étudiante. Mais je devais dans ce cas leur expliquer de nouveau le principe de cette étude et l'intérêt de ma non-participation aux consultations.

Enfin, l'analyse des résultats est tirée uniquement de mes subjectives, de ce que j'ai pu ressentir lors des consultations. Elle n'est pas définitive et se base sur mon approche du sujet et la manière dont j'observais les professionnels. D'autres explications sont donc possibles.

### **3) Discussion autour des résultats**

#### **- Les recommandations nationales**

Les recommandations nationales concernant l'infection à *Chlamydia Trachomatis* de novembre 2018, préconisent que le dépistage soit effectué à plus grande échelle. Auparavant réalisé dans des centres spécialisés (CEGIDD, CEPF, SSU), il doit désormais être élargi aux cabinets de médecine générale, aux sages-femmes et gynécologues. Ces professionnels ayant le plus souvent suivi une formation approfondie afin d'effectuer des consultations gynécologiques, doivent renforcer les actions de dépistage auprès d'une population de proximité qui pourrait adhérer à l'information transmise, lorsqu'une relation de confiance a auparavant été établie. L'hôpital public reste le lieu primaire d'application de ces nouveaux protocoles, car les professionnels y travaillant, se doivent de respecter les recommandations nationales et d'adhérer aux principes de santé publique. (7)

Les sages-femmes observées lors de cette étude ont dans la majorité, respecté ces recommandations car la question sur le dépistage revenait fréquemment. La 4<sup>ème</sup> observée le proposait systématiquement et en a alors prescrit davantage. En discutant avec elles à la fin de mes observations, la plupart semblaient comprendre l'intérêt de ces actions de santé publique et y adhérer.

## - Les compétences des sages-femmes

Malgré la loi HPST de 2009, les sages-femmes restent limitées dans leurs champs de compétences et particulièrement dans le domaine des IST. En effet, elles ne peuvent prescrire un test de dépistage chez le(s) partenaire(s) d'une patiente ou un traitement conjoint. Leur prise en charge ne peut donc aboutir car si le(s) partenaire(s) de la patiente n'est/ne sont pas traité(s) et/ou dépisté(s) il y a un risque de récurrence chez cette dernière. De plus, une consultation gynécologique prend en compte la vie sexuelle d'une patiente ; son/ses partenaire(s) est/sont également impliqué(s) dans cette sexualité.

Lors des observations, certaines patientes étaient présentes avec leur partenaire et dans ce cas, la question du dépistage était posée aux deux individus. Cependant, on peut se demander quelle position aurait dû prendre une sage-femme si l'un des partenaires ne s'était jamais fait dépister ou si l'une des patientes présentait une infection et qu'un traitement devait être mis en place, car elles n'ont également pas le droit de prescription des traitements des IST. Elles doivent les orienter vers d'autres professionnels ayant la possibilité de les prescrire. Ce qui peut, sans nul doute, aboutir à un échec de prise en charge si la patiente ne se rend pas d'elle-même vers un autre professionnel ou si celui-ci ne transmet pas aux sages-femmes les prescriptions nécessaires.

## - L'interruption volontaire de grossesse et la délivrance de l'information sur les IST

Les recommandations nationales concernant l'infection à *Chlamydia Trachomatis*, préconisent un dépistage opportuniste ciblé des femmes venant consulter pour une IVG sans limite d'âge.

Une consultation d'IVG devrait donc être un moment opportun pour faire le point sur la vie sexuelle de la patiente, la stabilité au sein de son couple, les dépistages récents effectués.

Les patientes sont dans un moment de vie de rupture avec elle-même et atteinte psychologiquement. La plupart d'entre elles ont déjà mobilisé des mécanismes propres à la maternité et cette réorganisation psychique les place dans une disponibilité intense. Elles sont à l'écoute et seront donc plus ouvertes à une information adéquate sur les IST. (10)

Une des sages-femmes au CPEF présentait souvent aux jeunes patientes (mineures) les différentes IST et leur donnait donc une information complète. Elle se basait sur leurs connaissances antérieures en leur demandant « *Connaissez-vous des infections sexuellement transmissibles ?* ». Partir de la connaissance des patientes permet de délivrer une information fondée sur des données connues de la patiente ; elle y portera alors plus d'intérêt et sera plus attentive.

La 2<sup>ème</sup> sage-femme observée au CPEF quant à elle, ne présentait jamais les différentes IST et ne prenait pas en compte les connaissances des patientes. Elle posait des questions précises sur les partenaires (stabilité, multipartenaire, changement de partenaire récent) mais cela semblait être lié à la consultation

d'IVG, car à la suite, d'autres questions suivaient sur le ressenti de la patiente vis-à-vis de son partenaire et de cette grossesse ; « *Etes-vous en couple depuis longtemps avec votre partenaire ?* » permettait de rechercher un éventuel soutien de son conjoint dans cette épreuve.

Dès lors, cette grossesse inattendue survenant parfois dans une situation à risque (dans le cas de patientes ne prenant aucun contraceptif et ne se protégeant pas par le port de préservatifs), il serait important de leur rappeler leur conduite à risque et les précautions envisageables, ce qui était, en revanche, rarement effectué par les sages-femmes au CPEF.

### - **Le nombre de partenaires**

Il est judicieux de questionner une patiente sur son/ses partenaire(s) sexuel(s) car cela permet dans un premier temps d'identifier d'éventuels facteurs de risque d'IST. En effet, une patiente ayant des multipartenaires sexuels, est exposée à une plus large population d'hommes ou de femmes et donc ayant plus de risques de rencontrer un individu potentiellement porteur d'une IST, tout en sachant qu'à partir de deux partenaires sexuels, la patiente est considérée plus à risque.

Les observations ont permis d'évaluer l'approche des sages-femmes sur le(s) partenaire(s) de la patiente. Cependant, la question restait toujours très simple ; « *Etes-vous en couple ?* ». Le plus souvent, elles ne leur demandaient pas si elles en avaient d'autres ou si elles avaient changé récemment de partenaire (ceci étant également considéré comme un facteur de risque d'IST).

De plus, cette question semblait susciter une certaine gêne de la part des patientes. Sans doute pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, en abordant le sujet du/des partenaire(s) de la patiente, les professionnels élargissaient leur interrogatoire à un environnement extérieur. Dans ce cas, cela pouvait être déroutant car elle avait l'idée que cette consultation était faite pour elle et ne comprenait pas pourquoi on lui posait une question sur ses/son partenaire(s).

Or, l'évolution actuelle de la société redéfinie la place des patients au sein de la relation soignant-soigné. Leur autonomie est primordiale et la communication se fait désormais sur un mode participatif, c'est-à-dire que le professionnel de santé doit prendre en compte les attentes du patient et ce dernier prendra une décision à partir de l'information transmise. Ceci permet d'améliorer la relation soignant-soigné, d'assurer une meilleure observance des traitements de la part des patients et diminuer leurs angoisses. (11)

Dès lors, au vu de l'incompréhension des patientes sur la question des partenaires, les sages-femmes auraient dû leur en expliquer l'intérêt et prendre en compte leurs éventuelles inquiétudes afin de les impliquer dans la consultation et qu'elles puissent par la suite prendre une décision (sur le dépistage par exemple) en toute connaissance de causes.

D'autre part, la réponse à cette question semblait peut être logique. Beaucoup d'entre elles ont répondu «*Oui bien sûr que je suis en couple, depuis plusieurs années avec mon conjoint* ». Elles ne comprenaient donc pas qu'on puisse « remettre en question » leur couple.

Finalement, cette question permettait aux professionnels d'avoir une approche de la vie intime de la patiente. Certaines savaient déjà peut être que cette question engendrait d'autres questions sur les IST (comme le dépistage, le port de préservatif) et elles n'étaient peut-être pas prêtes à en parler ouvertement. C'est encore une fois le rôle du professionnel de les mettre à l'aise.

### - **L'intérêt du dépistage et les centres spécialisés**

Il est important pour les patientes d'être au clair vis-à-vis de toutes les IST, pour leur propre santé mais également par rapport à leur(s) partenaire(s). Cela permet d'actualiser leur statut, en rapport avec une vie sexuelle antérieure.

La question du dépistage était posée seulement aux patientes (et non en incluant leur partenaire) lorsqu'elles étaient seules à la consultation et les sages-femmes proposaient par la suite très souvent une prescription d'un test de dépistage sanguin.

L'une des sages-femmes le proposait en systématique quel que soit le motif de consultation. C'est donc elle qui a prescrit le plus de dépistages. Elle insistait lorsque l'une d'entre elles ne le souhaitait pas mais sans véritablement en expliquer l'intérêt.

Par ailleurs, aucune sage-femme n'a abordé les centres de dépistage vers lesquels les patientes pouvaient s'orienter en cas de besoin. Ces structures ont un rôle primaire dans la lutte contre les IST. En effet, de nombreux professionnels formés sur ces infections sont habilités à recevoir des patientes chaque jour et à leur fournir une information médicale détaillée, avec des conseils et des prescriptions éventuelles. Un suivi régulier et différents horaires de consultations sont également proposés afin de faciliter l'accès à tout type de patient. En outre, ces centres devraient être perçus par les sages-femmes comme une complémentaire de leur prise en charge initiale et comme un aboutissement de leur consultation, en soi dans l'orientation des patientes vers d'autres professionnels spécialisés si besoin. Ces centres sont des références de prévention vers lesquels chaque professionnel de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes...) devrait s'orienter.

Le plan de santé sexuelle de 2017 préconisait même des stages de formation dans ces lieux de soins afin que chacun d'entre eux ait des connaissances scientifiques, médicales, juridiques communes et multidisciplinaires sur la santé sexuelle. (12)

## - **Le préservatif**

Lors des observations, à la présentation des différents moyens de contraception, le préservatif était souvent mis à l'écart, justifié par le fait que c'est le moyen de contraception le moins fiable. Il serait judicieux d'insister sur le fait que c'est à contrario le seul moyen de protection contre les IST.

Les patientes démontraient également une sorte de culpabilité quand les sages-femmes leur demandaient si elles se protégeaient (elles rougissaient ou elles n'arrivaient plus à trouver leurs mots, ne répondaient pas véritablement oui ou non à la proposition de prescription de préservatifs). Cela dénote une prise de conscience des patientes dans leur prise de risque et les sages-femmes auraient sans doute dû les questionner sur leurs connaissances du préservatif et leurs éventuelles peurs lorsqu'elles ne l'utilisaient pas. Cela donnait lieu ainsi à des consultations non abouties car même si les sages-femmes prescrivaient un dépistage et leur donnaient une information sur les IST, elles délaissaient souvent la question du port de préservatif ou bien une proposition de prescription. Dès lors, si les patientes effectuent des dépistages réguliers mais qu'elles ne se protègent jamais, ou bien qu'elles n'envisagent pas le préservatif comme un moyen de protection contre les IST, l'information ne peut donc aboutir et la patiente ne peut y adhérer.

De plus, la prescription de préservatifs étant désormais possible, il serait concevable de profiter de cette nouvelle opportunité et de proposer plus largement leur prescription ; chez des jeunes qui n'ont pas forcément les moyens de s'en procurer, des personnes présentant des facteurs de risque d'IST, utilisant le préservatif, ou tout autre personne qui pourrait être intéressée. (13)

Le plan de santé sexuelle de 2017 préconisait également de dynamiser l'image du préservatif en le définissant comme un outil indispensable dans la vie sexuelle.

## - **Les conduites à risques**

Ces observations permettent également de faire un constat sur les actions des professionnels de santé face aux conduites à risques. Sur 10 patientes présentant des conduites à risques (changement de partenaire récent, non port de préservatif en l'absence de dépistage récent, instabilité de la part du partenaire d'une patiente), aucune information sur les risques de ces comportements n'a été délivrée de la part des sages-femmes.

Ces conduites étaient présentes chez des patientes mineures ou de moins de 25 ans, sans situation stable au niveau de leur partenaire sexuel.

Elles sont parfois inscrites dans des habitudes en lien avec des aprioris comme par exemple le port du préservatif qui diminue les sensations ou ne protège pas véritablement contre les IST. Ces comportements n'étant pas forcément en rapport avec une non connaissance des risques mais plutôt avec un rejet des discours préventifs adultes, surtout chez les adolescents, afin d'affirmer leur pleine puissance dans une construction

d'identité. (14) C'est donc au rôle des professionnels de santé d'essayer de se placer différemment du discours adulte « populaire » et de replacer ces conduites comme des comportements à risques.

Cependant, ceci est sans doute plus difficile à mettre en place auprès de patientes adultes ayant eu depuis toujours ces attitudes. Leur rééducation vis-à-vis des IST se base sur des connaissances beaucoup plus anciennes et sans doute moins fondées que les patientes plus jeunes, voir adolescentes.

### - **L'examen clinique**

Le toucher vaginal bi-manuel permet de déceler d'éventuels signes d'infections. Une masse latéro-utérine est recherchée ou une douleur à la palpation abdominale. Une sensibilité en fosse iliaque droite peut faire suspecter une salpingite.

L'examen sous spéculum permet dans un second temps d'inspecter des leucorrhées inhabituelles (mousseuses, verdâtres...) et d'évaluer l'état du col de l'utérus. Un aspect inflammatoire ou tacheté, un écoulement purulent laisseraient présumer une infection bactérienne à *Chlamydia*, *gonocoque* ou parasitaire à *Trichomonas*. Dans ce cas, des prélèvements peuvent être effectués afin d'identifier l'agent pathogène. Cet examen est donc primordial, même en l'absence de symptômes décrits par la patiente.

Lors des observations, il était pratiqué systématiquement par toutes les sages-femmes, hormis celles du planning familial, ce qui est compréhensif. En effet, les patientes venaient consulter dans la plupart des cas pour une interruption de grossesse dans un état émotionnel intense. L'examen pouvait donc être décalé lors d'une prochaine consultation.

Cependant, l'intérêt de cet examen n'était jamais décrit aux patientes. Ce qui aurait été judicieux, car étant un examen intime et relativement stressant pour beaucoup d'entre elles, cela aurait pu apaiser leurs craintes et créer une confiance envers le professionnel.

Là encore, les enjeux de la relation soignant-soigné sont mis en avant. En effet, cette relation reste asymétrique car le professionnel de santé est consulté pour ses connaissances scientifiques et le patient éprouve des symptômes et n'en connaît pas l'origine. Il est donc vulnérable et ceci doit être pris en compte par le professionnel dans sa communication et son examen clinique pour ne pas accentuer son ascendance et rétablir une part d'égalité dans la relation.

Ces principes doivent être davantage pris en compte lors d'une consultation gynécologique car la patiente dévoile une part de son intimité, ce qui peut être déstabilisant pour elle mais également pour la sage-femme (ou le gynécologue). (15)

### - **Le temps de consultation**

Le temps moyen des consultations lors des observations était de 22 minutes et les professionnels délaissaient l'information sur les IST par rapport à la contraception. Ce sujet étant certes un élément majeur

dans la vie sexuelle d'une patiente, l'information sur les IST devrait être également fondamentale au sein d'une consultation, d'autant plus annuelle. Le point ne sera fait qu'une fois dans l'année, autant délivrer une information complète avec une proposition de dépistage et/ou de préservatifs. La contraception faisant partie de la sexualité des patientes, elles sont généralement à l'aise pour en parler ou pour demander une prescription. Il serait intéressant qu'il en soit de même pour les IST. Les professionnels ont donc un rôle à jouer en essayant de limiter les aprioris sur ce sujet et en parler plus ouvertement.

On peut, dès lors, se demander pourquoi les patientes et les professionnels semblent plus à l'aise pour parler de contraception plutôt que des IST. Quel chemin a été parcouru par les générations passées pour qu'actuellement, ce sujet ne soit plus « tabou » ? Et pourquoi parler d'IST engendre du stress, de la gêne, du mensonge sans doute parfois, de la peur du VIH (ou Sida pour la plupart des gens) mais de la méconnaissance des autres infections tout aussi dangereuses ?

L'ouverture d'esprit actuelle de notre époque devrait permettre une liberté d'expression sur le sujet mais également une connaissance plus approfondie de la population du fait de l'élargissement de l'accès à l'information par les médias, internet, les cours sur la santé sexuelle...

#### **4) Explications des résultats**

Les sages-femmes observées ont délivré l'information sur les IST lors de consultations gynécologiques car elles sont dans une certaine obligation professionnelle de le faire. Elles ont donc respecté les recommandations officielles. Cependant, il n'y en a pas de véritables sur la manière de le faire ainsi que sur l'attitude que les professionnels doivent adopter pour transmettre une information complète sur les IST, qui doit être adaptée aux besoins de la patiente et en prenant en compte ses craintes et ses aprioris. Elles n'étaient sans doute pas à l'aise elles-mêmes pour en parler et se contentaient d'évoquer le sujet sans entrer dans les détails afin de jouer leur rôle de professionnel médical.

L'âge des sages-femmes ne permettait pas d'expliquer les différences observées dans l'information transmise; la plus jeune des sages-femmes était celle qui évoquait le plus souvent le dépistage et la plus âgée se basait sur les connaissances des patientes et présentait la plupart des IST ainsi que leurs risques de façon claire. Chacune avait donc des éléments intéressants ou discutables.

Les caractéristiques des patientes avaient tout de même un impact sur l'information délivrée. En effet, les patientes de moins de 25 ans, présentant au moins un facteur de risque d'IST se voyaient proposer un dépistage dans la plupart des cas et certaines avaient une information complète. Cela démontre que les sages-femmes se basent toujours sur les recommandations officielles de dépistage et délaissent alors une autre grande partie des patientes dans la prévention. En effet, celles mariées ou en couple depuis plusieurs années avec leur partenaire n'avaient jamais une information complète.

Le problème ici se pose donc sur les représentations de chacun. Pour les sages-femmes, une patiente en couple stable n'a sans doute pas de facteur de risque d'IST. Il n'y avait donc pour elles aucune nécessité de la questionner davantage sur ses antécédents, ses dépistages ou bien même de lui proposer une prescription de préservatifs.

## **5) Questionnement et autres recherches possibles**

Afin de mieux comprendre les finalités de cette étude, dans laquelle beaucoup de questions restent en suspens, il serait intéressant d'identifier les aprioris des sages-femmes ou des patientes sur les IST.

La sexualité est construite sur les représentations de chacun (les expériences, les morales personnelles ou familiales, l'apprentissage sexuel...). Les professionnels ont donc parfois des sujets « tabous » qui leur sont difficiles à aborder avec les patientes, selon leur propre intimité. Cependant, une consultation médicale se veut également empathique et ceci nécessitant de travailler sur ses propres freins psychiques afin d'avoir une ouverture d'esprit vers la patiente et être dans l'écoute et l'accompagnement. Il est donc important pour un professionnel de santé, de prendre conscience de ses préjugés personnels et de les écarter afin de se centrer davantage sur la patiente. (16)

Des travaux futurs, en accord avec la réglementation de la recherche, pourraient être menés différemment afin de prendre en compte ces aprioris et comprendre les consultations. Par exemple, en filmant l'échange entre le professionnel et la patiente puis un entretien d'auto-confrontation avec l'un ou l'autre permettrait de les interroger sur certains points qui susciteraient notre attention. Cette question des prérequis de chacun restant pour ainsi dire une véritable limite de cette étude...

De plus, certaines études relèvent que des médecins généralistes pensent ne pas avoir une formation suffisante pour aborder le sujet « sensible » des IST avec leurs patients. Dès lors, un apprentissage complémentaire pourrait être proposé à l'ensemble des professionnels de santé de premier recours (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue...) afin de travailler sur leurs propres limites et aborder plus ouvertement la sexualité et notamment, les IST, faisant partie de ce domaine. (17)

Les propositions de stages de découverte de centres de prévention et de dépistage pour ces derniers, proposées dans le plan de santé sexuelle de 2017, pourraient être également une solution adéquate afin d'acquérir une connaissance complémentaire et approfondie de ces lieux de soins.

Ces recommandations du gouvernement préconisent finalement de mettre un point d'honneur sur l'éducation en santé sexuelle, par une offre de formation continue des professionnels en santé sexuelle passant notamment par un mode de communication adapté avec les patients. De ce fait, la communication brève liée à la sexualité définie par l'OMS est recommandée dans la prévention des IST. Cette méthode se base sur les dimensions psychologiques, sociales, biologiques et sexuelles des patients en prenant en compte leurs attentes à part entière et leur permettre de vivre leur sexualité de manière autonome, sans risques. Elle doit inciter le

professionnel à se rendre disponible pour le patient en lui posant des questions sur ce qu'il pourrait lui apporter ; « *Avez-vous des questions sur une infection sexuellement transmissible en particulier ?* » ou « *Avez-vous besoin d'une ordonnance pour des préservatifs ?* ». Il doit également intervenir en posant des questions plus intimes qui laisseraient apparaître certains facteurs de risque ; « *Depuis combien de temps êtes-vous en couple avec votre partenaire ?* ». La personnalisation est également un élément clé de la communication permettant de mettre en avant les interrogations et les attentes éventuelles du patient ; « *Pourquoi n'utilisez-vous pas de préservatifs ? Est-ce parce que vous n'aimez pas cela ou parce que vous n'en voyez pas l'utilité ?* ». Puis, à la fin de la consultation, proposer des solutions aux problèmes rencontrés. Si un patient s'interroge sur les IST et qu'il n'a jamais effectué de dépistage, une information complète peut lui être transmise avec la prescription d'un dépistage sanguin et le numéro d'un centre adapté s'il souhaite des informations supplémentaires. (18)

Par ailleurs, il pourrait être intéressant que les professionnels s'aident d'une trame écrite ou mentale, sous forme de check list, pour ne pas délaissier certains sujets dans l'interrogatoire sur les IST. Des questionnaires pré établis pourraient être proposés afin d'aborder ce sujet avec les patients en consultation. La méthode BERCER, utilisée pour une consultation de contraception pourrait être un moyen de ne délaissier aucun sujet et de prendre en compte les attentes des patients pour une compréhension finale et une adhérence à l'information transmise. (19)

Le sujet des patientes mineures doit également être redéfini. Certains actes de soins peuvent être pratiqués sur ces dernières sans l'autorité parentale. Le dépistage des IST en fait partie. Il est important dans ce sens que le professionnel de santé s'appuie sur ce droit afin de transmettre une information complète, avec les mêmes caractéristiques que celles délivrées pour un adulte mais en prenant en compte le degré de maturité de la patiente, qui est de ce fait, plus vulnérable et nécessite une protection de l'adulte consultant, donc une évaluation rigoureuse de ses risques éventuels. Il doit pouvoir l'orienter vers un centre de prévention et de dépistage spécialisé ou vers le CPEF si elle souhaite effectuer les tests de façon anonyme. (20)

Concernant le préservatif, son image doit être revalorisée, bien que ces dernières années, les annonces marketing l'aient davantage mis en avant par diverses tailles, goûts, marques, sensations, en s'adaptant aux envies de chacun. Il serait intéressant d'ouvrir plus largement la prescription de préservatifs féminins cette fois-ci, ou bien avec des caractéristiques différentes des premiers préservatifs masculins prescrits. Les patients y montreraient sans doute plus d'intérêts.

Des outils définis dans les recommandations mondiales devraient également être utilisés par les professionnels de santé. En effet, l'OMS a décrit une cascade de lutte contre les IST, en partant de groupes précurseurs pour atteindre des cibles stratégiques. (*Cf Annexe 5*)

- Le groupe de prévention : toute la population est concernée par l'information sur les IST. Elle doit donc être délivrée à chaque patiente lors d'une consultation gynécologique. Lors des observations, ce groupe était délaissé par les sages-femmes.
- Le groupe dépisté : ceux présentant des facteurs de risques, comme les patientes n'ayant jamais effectué de dépistage ou ayant changé récemment de partenaire. C'est le groupe qui a été le plus exploité par les sages-femmes au cours de cette étude. Elles prescrivaient plus de dépistage chez des patientes présentant un éventuel facteur de risque et une information était alors transmise.
- Le groupe connaissant son statut : à la suite du dépistage, les individus infectés ou non. Ceux infectés devront se voir délivrer une information complète sur l'infection en cause ainsi que sur leurs conduites à risques. Ceux non infectés sans facteurs de risques appartiennent de nouveau au groupe de prévention et ceux présentant des facteurs de risques au groupe dépisté (un renouvellement de dépistage leur sera fréquemment proposé).
- Le groupe pris en charge/groupe ayant commencé un traitement : les individus infectés pour lesquels une information complète sur leur infection et sur les traitements envisageables a été donnée. Une surveillance régulière de leur statut sérologique sera également mise en place.
- Le groupe guéri : Les patients ne présentant plus aucune IST qui appartiennent désormais au groupe dépisté. Un dépistage récent devra leur être proposé à la suite de leur infection, les classant dans un groupe avec un facteur de risque.

Enfin, l'action des sages-femmes serait également plus pertinente en élargissant leurs champs de compétences ; dépistage du/des partenaires de la patiente ou la prescription de traitement des IST, bien que cela relève d'une problématique organisationnelle des professions de santé. Cependant, des choses simples pourraient être mises en place comme par exemple la distribution de cartons d'invitation pour un dépistage dans un centre spécialisé au partenaire de la patiente. Ce ne sera pas la sage-femme qui effectuera son dépistage mais elle y aura contribué si ce dernier s'y rend.

## V. CONCLUSION

---

Les Infections Sexuellement Transmissibles se sont largement développées ces dernières années. Celles autrefois en diminution sont désormais en recrudescence, comme les infections à *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae* ou à *Treponema Pallidum* responsable pour ce dernier de la syphilis. Leur caractère asymptomatique est nécessairement problématique, entraînant une chronicité, une co-infection massive d'autres individus et parfois une mortalité. Leurs conséquences en santé publique ont occasionné la mise en place de recommandations sur le plan mondial et national.

Dès lors, les professionnels de santé sont des acteurs primaires d'intervention auprès des patients dans la prévention de ces infections. De plus, les compétences des sages-femmes ayant été revalorisées dans le domaine gynécologique en 2009 par la loi HPST, elles ont un rôle essentiel à jouer dans cette lutte.

En outre, la manière dont l'information est transmise au patient a un véritable impact sur sa prise de décision et sur sa santé. Ce droit inhérent doit être respecté par tout professionnel et délivré de manière complète et appropriée. Une confiance pourra ainsi s'établir, ce qui donnera lieu à une adhérence du patient à cette information.

La HAS recommandant une évaluation régulière des pratiques professionnelles, cette étude a donc permis d'observer la façon dont les sages-femmes hospitalières du CHRU de Brest, délivraient l'information sur la prévention et le dépistage des IST, lors de consultations gynécologiques.

L'information est délivrée dans la plupart des consultations. Les sujets les plus abordés étaient les symptômes de ces infections, la situation de la patiente (en couple ou célibataire) et le dépistage. Un examen clinique bi-manuel et sous spéculum était également effectué dans la plupart des cas.

Cependant, les observations ont montré que les sages-femmes ne détaillaient pas leurs questions et délaissaient ainsi des points essentiels sur la prévention et le dépistage des IST. Les questions sur le multipartenaria ou la régularité dans la relation étaient rarement abordées. Le sujet du préservatif était délaissé et peu de sages-femmes proposaient une prescription, désormais possible. Celles du Centre de Planification apportaient parfois plus de détails dans leurs questions sur ces sujets. Cela semble nécessairement lié à la population rencontrée ; des patientes jeunes, mineures pour la plupart et présentant souvent au moins un facteur de risque.

Par ailleurs, les centres de dépistage comme le CeGIDD, pourtant essentiels dans la prévention contre les IST, n'ont jamais été évoqués.

Toutes n'ont pas présenté les différentes infections possibles en se basant sur les connaissances antérieures des patientes et les conduites à risques évidentes ; multipartenaires, changement de partenaire récent, absence de dépistage régulier, antécédent d'infection ou partenaire infecté, non port de préservatif en l'absence de dépistage récent...

Ces observations ont permis de constater que la prévention et le dépistage des IST sur Brest au Centre Hospitalier de Morvan n'est pas optimal du fait d'une information incomplète. Il y a encore des améliorations nécessaires dans la pratique des professionnels afin d'être en accord avec le projet de lutte contre ces infections.

De plus, cela a démontré qu'il existe des limites à la délivrance de cette information. La formation évidente des professionnels pour pouvoir en parler librement, car ce sujet reste à priori toujours tabous. Et l'attitude des patientes, imprévisibles ; certaines sont à l'aise pour en parler librement ou répondre à des questions plus intimes (le nombre de partenaires, le port de préservatifs, les dépistages dans le couple...) et d'autres peuvent se fermer rapidement et même sembler frustrées par certaines questions. La réticence des

professionnels à en parler est alors tout à fait compréhensible, d'autant que certains d'entre eux sont également sans doute limités sur certains points de la sexualité (de manière personnelle ou de par leur formation). Ces comportements et ces représentations sur les IST trouvent aujourd'hui uniquement des explications subjectives.

De ce fait, il pourrait être intéressant d'envisager dans les années à venir, une étude reprenant les résultats de cette recherche en menant des interrogatoires auprès des sages-femmes ou même des patientes sur leurs a priori de certaines questions spécifiques sur les IST. Pourquoi une patiente mariée est décontenancée par une question sur le port de préservatif au sein de son couple ? Ou bien pourquoi une sage-femme ne pose jamais la question de la stabilité dans un couple ? Comment cela se fait-il que les centres de prévention et de dépistage ne soient jamais évoqués ? Cela serait un complément de ce travail et des réponses pourraient alors être trouvées.

De plus, comme expliqué précédemment, des formations complémentaires plus approfondies devraient être proposées afin que les professionnels soient plus habilités à ouvrir la parole sur les IST en consultations. Des outils de communication adaptés à la patiente pourraient leur être proposés.

Et surtout, la découverte des centres de prévention et de dépistage, par des stages de courte durée par exemple, pourraient être réellement bénéfiques dans la pratique médicale en gynécologie. Ces lieux devraient par la suite être évoqués systématiquement à toutes les patientes en cas d'interrogations éventuelles ou pour un suivi régulier.

## VI. ANNEXES

### Annexe 1 : Grille d'observation

<b>Renseignements généraux</b>	
<b>Patiente</b>	-âge : ..... -situation (en couple, mariée, célibataire) : ..... -Motif de consultation : .....
<b>Professionnel</b>	-âge : ..... -Année de diplôme : ..... -Formation(s) complémentaire(s) : ..... -Années de pratique en consultations : .....

<b>Information IST</b>	<b>Renseignements délivrés par la patiente</b>	Symptômes : leucorrhées malodorantes, d'aspects inhabituels, algies pelviennes			
		Test de dépistage déjà effectué par la patiente vis-à-vis de son ou ses partenaire(s)	oui	non	
		Partenaire(s) ayant effectué un test de dépistage	oui	non	
		Préservatif utilisé par la patiente avec son ou ses partenaire(s)	oui	non	
	<b>Information(s) délivrée(s) par le professionnel/questions posées à la patiente</b>	Présentation des ≠ IST			
		Interrogatoire sur les antécédents d'IST			
		Interrogatoire sur les dépistages de la patiente et de son ou ses partenaire(s)			
		Interrogatoire sur les symptômes			
		Questionnement de la patiente sur sa connaissance des IST			
		Questions sur le nombre de partenaires			
		Information sur les risques des IST			
		Présentation des conduites à risques			
		Présentation des moyens de protection			
	Information sur les centres de dépistage				
	<b>Action(s) effectuée(s)</b>	Prescription d'un dépistage sanguin			
		Prélèvements biologiques			
Prescription de préservatifs					
Distribution de prospectus, sites internet conseillés					

Attitude du professionnel	Gestuelle	Retrait physique	
		Ouverture physique	
	Verbale	Débit de paroles rapide	
		Débit de paroles lent	
		Intonation de voix basse	
		Intonation de voix élevée	
		Vocabulaire médical	
		Vocabulaire adapté au statut de la patiente	
		Silence utilisé	
	Question/réponse à la patiente	Question(s) posée(s) à la patiente	
		Aucune question posée à la patiente	
		Réponse ample et argumentée du professionnel	
		Réponse brève non argumentée du professionnel	
		Explications/informations détaillées	
		Explications/informations courtes et non détaillées	
	Examen clinique	Aucun examen clinique pratiqué	
		Toucher bi-manuel effectué	
		Examen sous spéculum effectué	
		Explication du déroulement de l'examen	
		Aucune explication fournie	
Consentement demandé à la patiente			
Aucun consentement demandé à la patiente			
Bienveillance concernant la nudité de la patiente			
Absence de bienveillance concernant la nudité de la patiente			

Durée totale de la consultation : .....

## Annexe 2 : Motifs et sujets abordés lors des consultations

### Consultations de la 1<sup>ère</sup> sage-femme observée

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5	Patiente 6	Patiente 7
<b>Age</b>	35 ans	41 ans	30 ans	29 ans	28 ans	33 ans	18 ans
<b>Motif de consultation</b>	Cs* annuelle	Cs annuelle	Retrait d'implant	Cs annuelle	Cs annuelle	Cs annuelle	1 <sup>ère</sup> cs de contraception
<b>Symptômes</b>	Leucorrhées malodorantes, algies pelviennes	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
<b>Partenaire(s)</b>	Mariée	Mariée	En couple	En couple	En couple	En couple stable	En couple stable (1 <sup>er</sup> partenaire sexuel)
<b>Port de préservatifs</b>	?	?	?	?	?	Non utilisés	Utilisés
<b>Dépistage</b>	?	?	?	?	?	Jamais effectué par la patiente et son partenaire	Jamais effectué par la patiente et son partenaire
<b>Question(s) posée(s) par le professionnel</b>	-symptômes -partenaire	Aucune	-partenaire	-partenaire	-symptômes -partenaire	-symptômes -partenaire (stabilité, nombre) -port de préservatifs -dépistage	-symptômes -partenaire (stabilité, nombre) -port de préservatifs -dépistage
<b>Action(s) mise(s) en place par le professionnel</b>	-examen clinique : TV* bi-manuel, examen sous spéculum, prélèvement cervico-vaginal	-examen clinique : TV bi-manuel, examen sous spéculum	-examen clinique : TV bi-manuel, examen sous spéculum	-examen clinique : TV bi-manuel, examen sous spéculum	-examen clinique : TV bi-manuel, examen sous spéculum	-examen clinique : TV bi-manuel, examen sous spéculum -prescription dépistage IST*	-prescription dépistage IST -prescription préservatifs

### Consultations de la 2<sup>ème</sup> sage-femme observée

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5
<b>Age</b>	29 ans	17 ans	20 ans	35 ans	15 ans
<b>Motif de consultation</b>	Cs pré-IVG	Renouvellement pilule et dépistage IST	Cs pré-IVG	Cs pré-IVG	Test de grossesse pour oubli de pilule il y a 15 jours
<b>Symptômes</b>	?	?	?	?	?
<b>Partenaire(s)</b>	En couple	En couple (changement de partenaire récent)	Célibataire (séparation récente, ex-conjoint multipartenaires)	En couple	En couple
<b>Port de préservatifs</b>	?	Utilisés	Non utilisés	Non utilisés	Utilisés
<b>Dépistage</b>	Déjà effectué par la patiente et son partenaire	Déjà effectué par la patiente et son partenaire	?	?	Déjà effectué par la patiente
<b>Question(s) posée(s) par le professionnel</b>	-partenaire -dépistage	-partenaire (stabilité, nombre) -port de préservatifs -dépistage	-partenaire (stabilité, nombre)	-partenaire -port de préservatif	-partenaire -port de préservatif -dépistage
<b>Action(s) mise(s) en place par le professionnel</b>	-renouvellement dépistage IST (refus patiente) -prélèvement urinaire chlamydia/gonocoque accepté par patiente	-prescription dépistage IST -prélèvement urinaire chlamydia/gonocoque	Aucune action	Aucune action	-présentation des différentes IST -information sur les risques des IST

Consultations de la 3<sup>ème</sup> sage-femme observée

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4
<b>Age</b>	41 ans	19 ans	17 ans	16 ans
<b>Motif de consultation</b>	Cs pré-IVG	Cs pré-IVG	Cs pré-IVG	Renouvellement de contraception et test de grossesse pour un oubli de pilule il y a 15 jours
<b>Symptômes</b>	?	?	?	Aucun
<b>Partenaire(s)</b>	Mariée	Célibataire (séparation récente)	En couple	En couple stable
<b>Port de préservatifs</b>	Utilisés	Non utilisés	?	?
<b>Dépistage</b>	?	Déjà effectué par la patiente	?	Déjà effectué par la patiente et son partenaire
<b>Question(s) posée(s) par le professionnel</b>	-port de préservatif	-partenaire (stabilité, nombres) -port de préservatifs -dépistage	Aucune question posée sur les IST	-symptômes -partenaire (stabilité, nombres) -dépistage
<b>Action(s) mise(s) en place par le professionnel</b>	Aucune action	-information sur les risques des IST -prescription dépistage IST	Aucune action	-présentation des différentes IST -information sur les risques des IST -présentation du préservatif -prélèvement urinaire chlamydia et gonocoque

Consultations de la 4<sup>ème</sup> sage-femme observée

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5
<b>Age</b>	19 ans	38 ans	36 ans	39 ans	24 ans
<b>Motif de consultation</b>	1 <sup>ère</sup> cs gynécologique	Cs annuelle	Retrait d'implant	Cs annuelle	Contrôle DIU
<b>Symptômes</b>	Algies pelviennes (antécédent d'infection récente à chlamydia <1 mois)	Aucun	Algies pelviennes	?	Aucun
<b>Partenaire(s)</b>	En couple	Mariée	En couple instable	En couple	Célibataire (partenaires occasionnels)
<b>Port de préservatifs</b>	?	Non utilisés	?	Utilisés	?
<b>Dépistage</b>	Déjà effectué par la patiente	Déjà effectué par la patiente	Déjà effectué par la patiente	?	Déjà effectué par la patiente
<b>Question(s) posée(s) par le professionnel</b>	-symptômes -antécédents d'IST -dépistage	-symptômes -partenaire -port de préservatifs -dépistage	-symptômes -partenaire (stabilité, nombre) -dépistage	-port de préservatif	-partenaire (stabilité, nombre) -dépistage
<b>Action(s) mise(s) en place par le professionnel</b>	-dépistage proposé (refus de la patiente) -prélèvements cervico-vaginaux	-dépistage proposé (refus de la patiente)	-prescription dépistage IST -prélèvements cervico-vaginaux	Aucune action	-dépistage proposé (refus de la patiente)

Cs : consultation

TV : toucher vaginal

Dépistage IST : dépistage sanguin VIH 1 et 2, syphilis et hépatite B

### Annexe 3 : Tableau récapitulatif des consultations

Thématique IST	Total	Sage-femme 1	Sage-femme 2	Sage-femme 3	Sage-femme 4
Questions sur les symptômes	12	7	0	1	4
Patiente présentant des symptômes	3	1	?	0	2
Questions sur le nombre de partenaires	17	6	5	2	4
Questions sur le dépistage de la patiente	11	2	3	2	4
Questions sur le dépistage de son/ses partenaire(s)	5	2	2	1	0
Dépistage déjà effectué par la patiente	9	?	3	2	4
Question sur le port de préservatif	10	2	4	2	2
Utilisation préservatif	5	1	2	1	1
Présentation des différentes IST	2	0	1	1	0
Information sur les risques des IST	4	1	1	2	0
Patiente présentant des conduites à risques	10	2	4	2	2
Information sur les conduites à risques	0	0	0	0	0
Présentation des moyens de protection	1	0	0	1	0
Information sur les centres de dépistage	0	0	0	0	0
Prélèvement biologique effectué (cervico-vaginal ou urinaire)	6	1	2	1	2
Test de dépistage proposé	11	2	2	2	4
Test de dépistage prescrit	7	2	1	2	1
Préservatifs proposés	1	1	0	0	0
Préservatifs prescrits	1	1	0	0	0
Nombres de patientes	21	7	5	4	5

### Annexe 4 : Attitude des sages-femmes lors des consultations

Attitude de la sage-femme	Sage-femme 1	Sage-femme 2	Sage-femme 3	Sage-femme 4
<b>Gestuelle</b>	Assise derrière le bureau, jambes ouvertes, bras reposants sur la table ouverts vers la patiente. Se tient droite, soutient le regard de la patiente. Prend des notes sur l'ordinateur.	Assise derrière le bureau, jambes croisées, bras ouverts ou parfois mains croisées sur la table, regard souvent détourné vers sa prise de notes (une feuille sur le bureau).	Assise derrière le bureau, jambes ouvertes, bras ouverts vers la patiente, regard soutenu avec la patiente, détourne uniquement le regard pour prise de notes.	-ouverture physique -regard très centré sur l'ordinateur et sa prise de notes, ne regarde pas tout le temps la patiente
<b>Débit de paroles</b>	Débit raisonnable	Lent	Débit raisonnable	Rapide
<b>Intonation de la voix</b>	Elevée	Basse	Elevée	Elevée
<b>Vocabulaire utilisé</b>	Adapté au statut de la patiente	Adapté à la patiente	Adapté à la patiente	Adapté à la patiente
<b>Questions posées à la patiente</b>	-Courtes et fermées le plus souvent sur le nombre de partenaires et les symptômes. -Questions posées de la même façon à chaque patiente, avec la même intonation de voix	-silences utilisés -ouvertes, le plus souvent sur le nombre de partenaires et la relation avec le partenaire (temps en couple, relation de confiance...) -questions adaptées à chaque	-ouvertes, autant sur le nombre de partenaire que sur le dépistage -questions adaptées à chaque patiente, différentes d'une patiente à une autre	-courtes et fermées le plus souvent sur les symptômes, le dépistage et le nombre de partenaires -Questions posées de la même façon à chaque patiente, avec la même

		patiente, différentes d'une patiente à une autre		intonation de voix
<b>Réponse aux questions de la patiente</b>	Réponses courtes et non détaillées mais semblant être comprises par la patiente	-réponses amples et argumentées, apportant des informations complémentaires si pas de compréhension de la part de la patiente	-réponses amples et argumentées, apportant des informations complémentaires si pas de compréhension de la part de la patiente	-réponses amples et argumentées, apportant des informations complémentaires si pas de compréhension de la part de la patiente
<b>Explications, qualité de l'information</b>	-Peu d'informations générales sur les IST -présentation à une seule patiente des risques des IST et dans ce cas, explications rapides et non détaillée mais semblant être comprises par la patiente	-peu d'informations générales sur les IST -présentation à une seule patiente des risques des IST -présentation des IST à une seule patiente et dans ce cas explications détaillées, semblant être comprises par la patiente	-quelques explications sur les IST notamment sur les risques -explications semblant être comprises par la patiente	-utilisation de schémas explicatifs de l'anatomie féminine -explication de l'intérêt du dépistage lors du refus des patientes -peu d'informations générales sur les IST
<b>Examen clinique</b>	-consentement demandé -explication détaillée du déroulement de l'examen clinique, présentation du spéculum -intimité de la patiente respectée -accompagnement de la patiente dans la détente tout au long de l'examen et prise en compte de ses craintes. -examen sous spéculum et TV bi-manuel en systématique	Aucun examen clinique pratiqué car consultations ne nécessitant pas un examen.	Aucun examen clinique pratiqué car consultations ne nécessitant pas un examen.	-parfois absence de consentement demandé -examen sous spéculum et TV bi-manuel en systématique
<b>Temps moyen des consultations</b>	24 minutes (la plus courte 15 minutes, la plus longue 40 minutes)	12 minutes (la plus courte 10 minutes, la plus longue 15 minutes)	27 minutes (la plus courte 15 minutes, la plus longue 40 minutes)	26 minutes (la plus courte 20 minutes, la plus longue 40 minutes)

## Annexe 5 : La chaîne des services de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et la cascade de prise en charge



## VII. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Haute Autorité de Santé - Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante)
2. Santé publique France - Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
3. Point\_VIH\_SIDA\_281117.pdf.
4. Prévention et prise en charge des IST: Un avis et des recommandations du CNS | Vih.org [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <http://vih.org/20170207/prevention-et-prise-en-charge-ist-avis-et-recommandations-du-cns/138941>
5. Haute Autorité de Santé - Enquête nationale - Dépistage des infections à Chlamydia trachomatis [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2732247/en/enquete-nationale-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2732247/en/enquete-nationale-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis)
6. WHO-RHR-16.09-fre.pdf [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250242/WHO-RHR-16.09-fre.pdf;jsessionid=178C4A19F235D30F7AEE395C8DFD0358?sequence=1>
7. Haute Autorité de Santé - IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes)
8. inpes\_829-2.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/inpes\\_829-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/inpes_829-2.pdf)
9. Suivi gynécologique et contraception - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
10. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. /data/revues/03682315/00330002/125/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 11 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/114949>
11. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(5):413-25.

12. strategie\_nationale\_sante\_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
13. CAB\_Solidarites, CAB\_Solidarites. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>
14. Conduites à risques [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: [https://cache.media.eduscol.education.fr/file/couv\\_synthese\\_sante\\_sociale\\_2009-2011/91/0/Portail\\_EAS\\_fiche10\\_635910.pdf](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/couv_synthese_sante_sociale_2009-2011/91/0/Portail_EAS_fiche10_635910.pdf)
15. Relations médecins-patients et abus à caractère sexuel [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/relations-medecins-patients-abus-caractere-sexuel>
16. La santé en action [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-jan-mars-2013-n-423-sante-sexuelle-a-quels-professionnels-s-adresser>
17. Meunier M. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles par les médecins généralistes de Haute-Normandie: étude qualitative de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et du suivi par rapport aux recommandations de 2016 de la société française de vénérologie et de la revue de la littérature. :77.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. COMMUNICATION BRVE RELATIVE LA SEXUALIT: recommandations pour une approche de sant publique. Place of publication not identified: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2016.
19. guide\_contraception.pdf [Internet]. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_contraception.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf)
20. Le patient mineur [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/prise-charge/patient-mineur>

## RESUME

**Objectif :** L'objectif de cette étude était d'observer la manière dont l'information médicale sur la prévention et le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles étaient délivrée par les sages-femmes hospitalières lors de consultations gynécologiques chez des patientes sexuellement actives à partir de 15 ans.

**Matériels et méthode :** Nous avons mené des observations selon une méthode qualitative, non participante, hypothético-déductive et ouverte. Elles se sont déroulées du 16 au 27 septembre 2019 au CHRU de Brest dans les services de consultations gynécologiques et CPEF.

**Résultats :** Au terme de cette étude, nous en avons déduit que l'information médicale sur la prévention et le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles est délivrée de manière incomplète. Les sujets principaux abordés étant les symptômes évocateurs d'IST, le dépistage et le nombre de partenaires sexuels. Le préservatif étant délaissé lors des consultations et les centres spécialisés (comme le CeGIDD) jamais évoqués.

**Conclusion :** Le CHRU de Brest n'est pas optimal dans la prévention et le dépistage des IST. Des formations complémentaires sur l'approche des IST en consultation devraient donc être proposées et des études approfondies pourraient également permettre de comprendre les représentations des professionnels et/ou des patientes sur le sujet.

**Mots-clés :** Information - Prévention – Dépistage – Infections Sexuellement Transmissibles

**Titre :** L'information sur le dépistage et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles : Observations des pratiques des sages-femmes du CHRU de Brest lors de consultations gynécologiques du 16 au 27 septembre 2019

**Chloé ANAMOUTOU, Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest 2020**