



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N°

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation et gestion par le médecin généraliste du risque de  
maladies sexuellement transmissibles : Méthode du patient  
standardisé**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 11 Octobre 2017

Par

**CHERPIN, François**  
Né le 25/10/1988 à Villeurbanne

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

Jury :

M. Le Professeur Bouchaud, Olivier, PU-PH ..... Président du jury  
Mme. Le Docteur Ibanez, Gladys, MCU..... Membre  
M. Le Docteur Bloedé, François, MCA ..... Membre  
Mme. Le Docteur Sidorkiewicz, Stéphanie, CCU..... Membre



# Remerciements

Au Professeur Bouchaud Olivier, pour avoir soutenu avec enthousiasme notre projet. Merci de nous faire l'honneur d'être notre président de jury.

Au Docteur Ibanez Gladys, pour ses précieuses remarques au commencement du projet. Merci d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

Au Docteur Bloedé François, pour son soutien, son empathie, sa gentillesse et ses précieux et indispensables conseils. Un grand merci François pour tout ce que tu m'as transmis pendant ces trois années.

Au Docteur Sidorkiewicz Stéphanie, pour nous avoir aidés et soutenus tout au long du projet. Merci à toi pour ta rigueur, tes précieux conseils et ta bienveillance.

A Charlotte, pour ton sérieux, ton travail, ta disponibilité, ton enthousiasme. Merci à toi pour ton soutien sans faille tout au long de cette aventure.

A la SFTG, pour nous avoir reçus et nous avoir donné de précieuses idées. Un grand merci également d'avoir accepté de nous aider pour le recrutement.

Aux médecins participants, pour avoir accepté de nous recevoir malgré toutes les inconnues que notre rencontre comportait.

Aux médecins du groupe Clémenceau et à tous ceux rencontrés au cours de ma formation qui m'ont transmis l'art d'exercer ce métier passionnant.

Au Docteur Glikman Martine, pour son accompagnement tout au long de l'internat.

A mes parents, ma sœur et mon frère, pour être à mes côtés, soudés depuis toujours. Un très grand merci à mes parents pour m'avoir donné toutes les clés pour avancer et m'avoir transmis les valeurs indispensables à l'exercice de la médecine, l'écoute, la bienveillance, la tolérance.

A mes amis, pour votre joie, votre bonne humeur et votre soutien indispensable.

A Gaëlle, ma femme, un immense merci pour tout. Je n'aurais jamais assez de place pour te remercier comme je le devrais.

# Liste des principales abréviations

CARE : Consultation And Relational Empathy

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, Dépistage et Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles

FSF : Femmes ayant des rapports Sexuels avec des Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MSU : Maître de Stage des Universités

MST : Maladies sexuellement transmissibles

PCR : Polymerase Chain Reaction

RESPADD : Réseau Etablissements Santé Prévention Addictions

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise

TPE : Traitement post-exposition

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

VHA : Virus de l'Hépatite A

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>12</b>
<b>1. TYPE D'ETUDE : METHODE DU PATIENT STANDARDISE.....</b>	<b>12</b>
A. DESCRIPTION DE LA METHODE DU PATIENT STANDARDISE.....	12
B. JUSTIFICATION DU CHOIX DE LA METHODE .....	13
C. LES INVESTIGATEURS.....	14
D. LE FINANCEMENT DE L'ETUDE.....	14
E. ECRITURE DU SCENARIO.....	14
F. LE SCENARIO EVOLUTIF .....	15
G. BILAN BIOLOGIQUE.....	16
<b>2. LA POPULATION DE L'ETUDE ET LE MODE DE RECRUTEMENT .....</b>	<b>17</b>
A. POPULATION DE L'ETUDE.....	17
B. MODE DE RECRUTEMENT.....	17
C. LA SFTG, SOCIETE DE FORMATION THERAPEUTIQUE DU GENERALISTE .....	19
<b>3. LA CONSULTATION .....</b>	<b>20</b>
<b>4. COLLECTE DES DONNEES.....</b>	<b>20</b>
A. LE TABLEAU DES INDICATEURS .....	20
B. RETOURS FAITS AU MEDECIN APRES LA CONSULTATION SIMULEE.....	21
<b>5. DESCRIPTION DES VARIABLES .....</b>	<b>22</b>
<b>6. ANALYSES STATISTIQUES .....</b>	<b>23</b>
<b>7. CONSIDERATIONS ETHIQUES .....</b>	<b>23</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
<b>1. DESCRIPTION DE LA POPULATION .....</b>	<b>25</b>
<b>2. DESCRIPTION DE LA CONSULTATION .....</b>	<b>27</b>

<b>3. ÉVALUATION DE LA PRISE DE RISQUE .....</b>	<b>28</b>
A. INFORMATIONS SUR LE RAPPORT A RISQUE .....	28
B. DEMANDE D'INFORMATIONS SUR LE/LA PARTENAIRE.....	29
C. EXPLORATION DE LA SEXUALITE DU PATIENT .....	30
<b>4. GESTION DE LA PRISE DE RISQUE .....</b>	<b>32</b>
A. PRESCRIPTION D'UN CONTROLE DE LA SEROLOGIE VIH.....	32
B. AUTRES PRESCRIPTIONS BIOLOGIQUES DE CONTROLE .....	32
C. TRAITEMENT POST EXPOSITION .....	33
D. CONDUITE A TENIR EN CAS DE RECIDIVE.....	33
E. INVITATION A RECONSULTER OU A RAPPELER AVEC LES RESULTATS DU CONTROLE BIOLOGIQUE .....	34
<b>5. INFORMATIONS DELIVREES SUR LES DIFFERENTES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....</b>	<b>34</b>
A. VIH .....	34
B. HEPATITE B .....	36
C. SYPHILIS .....	37
D. CHLAMYDIA .....	38
E. GONOCOQUES .....	40
F. HEPATITE C .....	41
G. INFORMATIONS DONNEES SELON LE SEXE DU PATIENT .....	41
H. RISQUES LIES AU RAPPORT BUCCO-GENITAUX.....	42
<b>6. ABORD DE LA SEXUALITE PAR LES MEDECINS POUR RECUEILLIR LES INFORMATIONS NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>44</b>
A. QUESTIONS POSEES POUR ABORDER LA SEXUALITE .....	44
B. ATTITUDE DES MEDECINS.....	45
C. POSITION DU MEDECIN PAR RAPPORT A LA PRISE DE RISQUE.....	50
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>55</b>
<b>1. RESULTATS PRINCIPAUX.....</b>	<b>55</b>
A. ÉVALUATION DU RISQUE.....	55
B. CONTROLE BIOLOGIQUE .....	55
C. RECUEIL DES ELEMENTS NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE.....	56
<b>2. LES FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE .....</b>	<b>57</b>
A. FORCES DE L'ETUDE .....	57
B. FAIBLESSES DE L'ETUDE .....	58
<b>3. INTERPRETATION DES RESULTATS .....</b>	<b>59</b>
A. EVALUATION DU RISQUE.....	59
B. CONTROLES BIOLOGIQUES .....	62
C. ABORD DE LA SEXUALITE ET RECUEIL DES ELEMENTS NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE .....	65
<b>4. LES CHANGEMENTS A PROPOSER .....</b>	<b>69</b>
A. LES THEMES A ABORDER POUR EVALUER ET GERER UNE PRISE DE RISQUE SEXUEL .....	69
B. FICHE SYNTHESE A PROPOSER AUX MEDECINS.....	73
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>76</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXE 1 : DEMANDE DE FINANCEMENT .....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXE 2 : PREMIER SCENARIO .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE 3 : SCENARIO EVOLUTIF .....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 4 : BIOLOGIE PRESENTEE AUX MEDECINS .....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 5 : ECHELLE CARE.....</b>	<b>89</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>91</b>

# Table des illustrations

<b>TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION</b> .....	<b>25</b>
<b>FIGURE 1 : LIEU D'INSTALLATION</b> .....	<b>26</b>
<b>TABLEAU 2 : DUREE DES CONSULTATIONS</b> .....	<b>27</b>
<b>TABLEAU 3 : DOSSIER MEDICAL : TOXIQUES ET VIOLENCES</b> .....	<b>27</b>
<b>TABLEAU 4 : INFORMATIONS SUR LE RAPPORT (TYPE, NATURE, DATE, CONSENTI)</b> .....	<b>29</b>
<b>TABLEAU 5 : INFORMATIONS DEMANDEES SUR LE PARTENAIRE</b> .....	<b>30</b>
<b>TABLEAU 6 : ABORD DES VIOLENCES</b> .....	<b>31</b>
<b>TABLEAU 7 : DELAI CONTROLE SEROLOGIE VIH</b> .....	<b>32</b>
<b>TABLEAU 8 : AUTRES PRESCRIPTIONS BIOLOGIQUES DE CONTROLE</b> .....	<b>33</b>
<b>TABLEAU 9 : INFORMATIONS EXACTES DONNEES SUR LE VIH</b> .....	<b>35</b>
<b>TABLEAU 10 : INTERPRETATION SEROLOGIE HEPATITE B</b> .....	<b>37</b>
<b>TABLEAU 11 : INFORMATIONS SUR LA SYPHILIS</b> .....	<b>38</b>
<b>TABLEAU 12 : INFORMATIONS DONNEES SUR LES CHLAMYDIAE</b> .....	<b>39</b>
<b>TABLEAU 13 : INFORMATIONS EXACTES SUR LES GONOCOQUES</b> .....	<b>40</b>
<b>TABLEAU 14 : INFORMATIONS ERRONEES SUR LES GONOCOQUES</b> .....	<b>40</b>
<b>TABLEAU 15 : INFORMATIONS SUR LE VHC</b> .....	<b>41</b>
<b>TABLEAU 16 : INFORMATIONS DONNEES SELON LE SEXE DU PATIENT</b> .....	<b>42</b>
<b>TABLEAU 17 : RECOMMANDATION DU PRESERVATIF POUR LES PRELIMINAIRES</b> .....	<b>42</b>
<b>TABLEAU 18 : INFECTIONS CITEES COMME A RISQUE LORS D'UNE FELLATION</b> .....	<b>43</b>
<b>TABLEAU 19 : EMPATHIE SELON LE TYPE D'ENTRETIENS</b> .....	<b>46</b>
<b>TABLEAU 20 : EMPATHIE SELON LE SEXE DU PATIENT SIMULE</b> .....	<b>47</b>
<b>TABLEAU 21 : RECAPITULATIF DES RISQUES D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN FONCTION DU TYPE DE RAPPORT</b> .....	<b>71</b>
<b>FIGURE 2 : FICHE SYNTHESE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES</b> .....	<b>73</b>

# Introduction

La prise en charge des maladies sexuellement transmissibles s'est peu à peu organisée en France depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle (1). Dès 1916, des centres antivénéériens sont créés sur l'ensemble du territoire (2). La syphilis est perçue comme une maladie honteuse et les traitements initiaux par mercure puis Salvarsan sont lourds (3). En attendant l'arrivée des antibiotiques, la création de centres permet de pallier à l'absence de thérapeutique facilement administrable en médecine de ville, et elle permet des consultations anonymes et prises en charge par l'Etat.

Par la suite, en 1943, l'utilisation des antibiotiques se généralise et les premiers patients syphilitiques sont guéris par la pénicilline (4). Les traitements sont plus accessibles en médecine générale mais la sexualité reste taboue et les maladies vénériennes honteuses.

Dans les années 1960-1970, les mœurs changent, la sexualité évolue. On assiste à une dissociation entre sexualité et procréation (5), suivie par la législation qui autorise en 1967 la pilule contraceptive (6), puis par la loi du 17 janvier 1975 portée par Simone Weil qui autorise l'avortement. Les centres de planification sont mis en place pour contrôler la natalité et cela permet aussi de faire de l'éducation en santé sexuelle.

A partir des années 1980 et l'épidémie du VIH, la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles s'intensifie. Les premières campagnes nationales de lutte contre le SIDA débutent. Le préservatif, jusqu'alors stigmatisé et interdit de publicité, devient l'objet de campagnes promotionnelles à partir de 1987. Les centres de dépistage anonyme et gratuit se développent et la prise en charge des problématiques liées à la sexualité passe progressivement d'une approche institutionnelle à une approche centrée patient avec des notions d'informations conseils personnalisés ou « counseling », et des techniques d'entretien motivationnel.

Par l'accessibilité des traitements, la libéralisation de la sexualité et cette approche personnalisée, centrée patient, où la relation médecin-malade est essentielle, les médecins généralistes se trouvent au cœur de la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles. L'INPES dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH 2005-2008 recommande aux médecins traitants d'aborder le sujet du dépistage du VIH et des maladies sexuellement transmissibles en population générale, que ce soit face à des signes cliniques évocateurs

d'infections, face à des symptômes gynécologiques ou urologiques mais aussi lors d'une première consultation ou devant des situations de vulnérabilité (7). Le plan national de lutte contre le VIH 2010-2014 insiste sur l'importance du dépistage des maladies sexuellement transmissibles par les professionnels de santé de premier recours (8).

Néanmoins, les données épidémiologiques montrent que l'incidence des maladies sexuellement transmissibles est en augmentation constante depuis les années 2000. Les dernières données de l'Institut National de Veille Sanitaire comparant les données de 2015 à celles de 2013 indiquent une augmentation de 59% des cas de syphilis, surtout chez les patients homosexuels ; une augmentation de 62% des infections à gonocoque majoritairement chez les patients homosexuels mais aussi chez les hétérosexuels avec une croissance de 20% et quelle que soit la région concernée, ainsi qu'une augmentation de 10% du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* (9).

L'incidence du VIH reste stable avec environ 6500 découvertes de séropositivité par an depuis 2007 mais on observe une tendance significative à l'augmentation chez les patients homosexuels depuis 2011 et un tiers des patients est diagnostiqué au stade SIDA (10).

Depuis l'arrivée des traitements antirétroviraux et le changement de représentation du VIH passant d'une maladie incurable à une maladie chronique, le VIH suscite moins de crainte auprès de la population (11).

L'utilisation du préservatif diminue chez les jeunes et les personnes déclarant plusieurs partenaires sexuels dans l'année (12).

En tant que médecin de premier recours, les médecins généralistes sont parmi les mieux placés pour continuer le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, ainsi que l'éducation et la prévention en santé sexuelle (13).

Les médecins généralistes ont les connaissances théoriques principales permettant une prise en charge des maladies sexuellement transmissibles. En 2011, le Collège National des Généralistes Enseignants, en partenariat avec la Société de Pathologie Infectieuse en Langue Française a proposé un programme de formation continue sur la gestion et la prévention en soins primaires des infections sexuellement transmissibles. Dans le but de pouvoir évaluer l'impact de cette formation, les médecins participants ont réalisé un test avant la formation et ils ont obtenu un

taux déjà satisfaisant de bonnes réponses de 85% à une série de questions testant leurs connaissances théoriques globales sur les maladies sexuellement transmissibles (14).

De plus, les médecins sont d'accord sur le fait que la prise en charge de la santé sexuelle fait partie de leur champ de compétence : dans le baromètre santé des médecins généralistes 2009 réalisé par l'INPES, ils sont 79,7% à déclarer que la prévention en santé sexuelle fait partie de leurs rôles (15).

Aussi, les patients sont demandeurs : dans une étude Suisse réalisée en 2011, ils sont 90,9% à souhaiter que leur médecin leur pose des questions sur leurs antécédents sexuels afin de recevoir des conseils sur la prévention (16).

Dans la pratique, les médecins généralistes éprouvent néanmoins des difficultés. Pour 41,3% d'entre eux, il est difficile d'aborder les questions relatives à la vie affective et sexuelle en consultation (17).

Pour prendre en charge le dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez un patient qui a eu une prise de risque sexuel récente, il est nécessaire d'évaluer la prise de risque.

Le risque varie en fonction du type de rapport. Une méta-analyse publiée en 2010 a permis d'estimer à 1,4% le risque de transmission du VIH lors d'une relation anale passive (18) tandis que le risque associé à un rapport vaginal passif est de 0,08%, soit environ 18 fois plus faible (19). Toutefois, la question ne se résume pas à savoir si le rapport à risque était anal ou vaginal, passif ou actif. Le risque dépend aussi de multiples facteurs tels que le caractère régulier ou occasionnel des partenaires sexuels, l'utilisation concomitante de drogues ou d'alcool, ou le fait que le rapport soit consenti ou non (20).

L'évaluation du risque permet ensuite de savoir quel bilan prescrire et quel suivi organiser. Il est inutile de répéter une sérologie VIH si le rapport à risque a eu lieu avec une personne séronégative et qui n'a pas eu de rapport à risque 6 semaines avant la réalisation de la sérologie VIH.

En cas de rapport de moins de 72h, l'évaluation de la prise de risque permet aussi de réorienter le patient vers un centre hospitalier si un traitement post exposition peut être entrepris (21).

Pour recueillir toutes ces informations et ainsi pouvoir évaluer et gérer la prise de risque, il est indispensable pour les médecins d'aborder la sexualité avec les patients.

En pratique, dans ce travail de thèse, nous allons nous intéresser à comment les médecins généralistes évaluent et gèrent le risque de maladies sexuellement transmissibles chez un patient ayant eu une prise de risque sexuel ? Comment recueillent-ils les informations nécessaires à la prise en charge ?

# 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 le rôle d'un patient ayant eu une prise de risque sexuel 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 Charlotte Lemelle. Elle a également consulté 20 médecins généralistes en présentant un scénario identique au mien. Charlotte Lemelle réalise un travail de thèse qui porte sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles par les médecins généralistes.

## **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 standardisé/simulé.

### **a. Description de la méthode du patient standardisé**

L'utilisation 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 (22).

Elle a pour but :

- le transfert de compétences,

- l'évaluation de l'impact de la simulation sur la formation versus la formation classique,
- l'amélioration de la sécurité des soins et la validation de protocoles standardisés de prise en charge (23).

Cette méthode trouve aussi une application dans la recherche (24)(25).

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.

#### b. Justification du choix de la 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, comme 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 artéfacts du questionnement, en surestimant les « bonnes pratiques » par rapport à la réalité effective du terrain.

Dans ce travail de thèse, notre objectif est la description de l'évaluation et de la gestion par les médecins généralistes du risque de maladies sexuellement transmissibles chez un patient ayant eu une prise de risque sexuelle ? Comment recueillent-ils les informations nécessaires à la prise en charge ?

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

c. Les investigateurs

Cette étude est réalisée en binôme avec Charlotte Lemelle. 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 à un patient. Cet objectif est un objectif secondaire, à visée exploratoire.

d. Le financement de l'étude

Après le refus de nombreux organismes de subventionner notre thèse (mail envoyé en annexe 1), nous l'avons donc autofinancée.

e. Ecriture du scénario

Nous avons créé un scénario en tout point identique pour Charlotte Lemelle 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.

Première phase pilote :

- Création d'un scénario (annexe 2) avec un ensemble de dialogues prédéfinis.
- Scénario joué entre investigateurs et directeurs de thèse.
- Les limites de la première phase :
  - Le patient mène la consultation
  - Absence de spontanéité des 2 parties
  - Scénario non adapté à la multitude de prises en charge possibles proposées par les médecins

- Non reproductible

Seconde phase pilote :

- Création d'un scénario évolutif (annexe 3) en fonction des questions du médecin
- Il est composé d'une trame directrice identique à chaque consultation : « je vous amène les résultats de ma prise de sang » et « je suis rentré(e) dans ma famille il y a 2 semaines et après une soirée où j'avais un peu bu, j'ai rencontré quelqu'un et j'ai eu un rapport sans préservatif »
- Ecriture 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 nourri 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 des médecins participants.

f. Le scénario évolutif

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

- Jeune homme de 28 ans travaillant dans un magasin de téléphonie mobile ou jeune femme de 29 ans travaillant à La Poste
- Sans antécédents médicaux, chirurgicaux ou familiaux particuliers
- Sans traitement sauf une contraception par pilule oestro-progestative de 2ème génération pour Charlotte Lemelle
- Avec un suivi gynécologique régulier et sans antécédent de grossesse pour Charlotte Lemelle
- Sans prise de toxiques de façon régulière mais consommation parfois excessive d'alcool
- Célibataire
- Consulte pour des résultats de prise de sang comprenant : sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA VDRL et PCR chlamydia et gonocoque sur premier jet urinaire prescrits par notre médecin de province, et réalisés 2 semaines après une prise de risque sexuel par

non utilisation du 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

g. Bilan biologique

A partir de résultats biologiques transmis par des laboratoires de ville, nous avons créé nos résultats de laboratoire 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 soit inférieur à une semaine 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, ainsi que les PCR chlamydia et gonocoque sur premier jet urinaire.

## **2. La population de l'étude et le mode de recrutement**

### a. Population de l'étude

Les critères d'inclusions sont :

- Médecin généraliste secteur 1 ou 2
- Médecin exerçant en Île-de-France
- Médecin ayant donné son consentement pour participer à la thèse

Les critères de non inclusion sont :

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

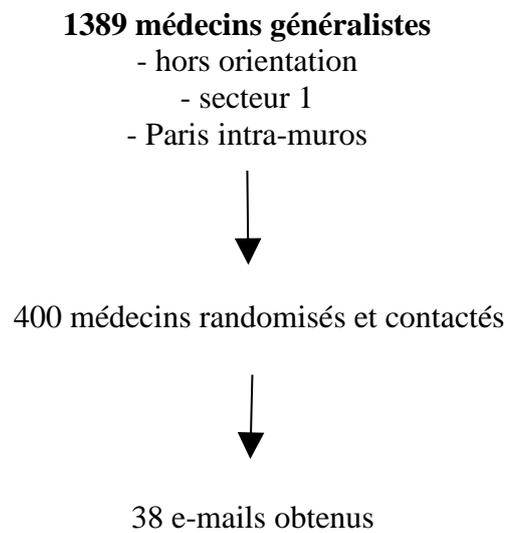
La non inclusion des médecins généralistes avec orientation est justifiée car leur prise en charge n'est pas l'objet de notre thèse.

### b. Mode de recrutement

Le recrutement a été réalisé par 4 investigateurs : Charlotte Lemelle, Chloé Cloppet, Jérémy Bertoncini et moi-même. Chloé Cloppet et Jérémy Bertoncini réalisent 2 thèses sur respectivement la prise en charge du vaginisme et de l'éjaculation précoce.

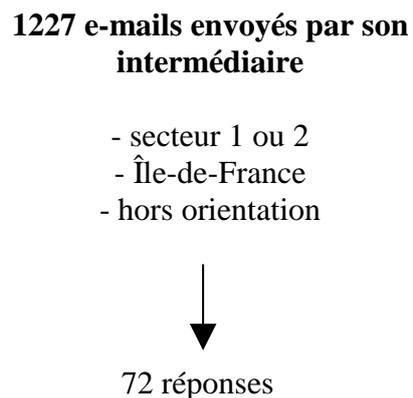
Phase de recrutement n°1 :

A partir du site Ameli-direct.fr de la Sécurité Sociale :



Phase de recrutement n°2 :

Par l'intermédiaire des médecins de la SFTG, Société de Formation Thérapeutique du Généraliste :



Le mail envoyé comporte les informations nécessaires 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 aux médecins de donner leur accord pour la participation de notre thèse et l'enregistrement de la consultation.

Il ne les renseigne pas 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 successives, nous avons inclus 40 médecins.

c. 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. 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 Charlotte Lemelle et moi. Elle nous a permis d'avoir accès aux dernières recommandations, mais surtout d'échanger avec des intervenants de qualité et des 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.

### **3. La consultation**

Les consultations ont été sur rendez-vous ou libres. Elles se sont déroulées entre juin 2016 et juin 2017.

Les médecins qui ont donné leur accord préalable pour recevoir un(e) patient(e) standardisé(e) n'avaient pas connaissance de la date de la consultation.

Les consultations se sont déroulées selon le scénario préétabli. Un enregistrement audio a été réalisé pour chaque consultation, au moyen de nos téléphones portables, après vérification de l'accord du médecin consulté.

Nous avons convenu de refuser tout examen clinique intrusif 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, du poids et de la taille.

Les consultations ont été réglées, sans présentation de la carte vitale. Les feuilles de soins ont été détruites.

### **4. Collecte des données**

#### **a. Le tableau des indicateurs**

Après chaque consultation et grâce aux enregistrements, nous les avons retranscrites. Elles ont été anonymisées après retranscription. L'ensemble des données de chaque consultation a été inscrit dans notre tableau des indicateurs.

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

Notre tableau comprend à la fois les indicateurs utiles pour la thèse de Charlotte Lemelle et pour la mienne.

Nous avons divisé notre tableau d'indicateurs en 9 parties, comprenant pour thèmes :

- Les informations générales des médecins consultés
- Le biomédical, l'interprétation des résultats de la prise de sang
- L'exploration de la sexualité
- La contraception
- Les facteurs de fragilité
- 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 médical

Nous avons choisi d'utiliser, comme échelle d'évaluation d'empathie, l'échelle CARE (the Consultation and Relational Empathy Measure). 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 et à l'étudiant, et de très bonne validité (26).

Seule l'échelle CARE n'a pas bénéficiée de 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.

b. Retours faits au médecin après la consultation simulée

Après chaque consultation, nous avons contacté le médecin par téléphone, e-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 les données de la consultation ont été anonymisées et que la feuille de soins a été détruite.

## **5. Description des variables**

**Quels sont les éléments que recueillent les médecins généralistes pour évaluer et gérer le risque d'infections sexuellement transmissibles chez des patients ayant des prises de risque sexuel ?**

- Type de rapport (vaginal, anal, bucco-génital, homosexuel, hétérosexuel...)
- Date du rapport
- Informations sur le partenaire, statut sérologique
- Nombre de partenaires, usage de drogues par voie intraveineuses, orientation sexuelle
- Rapport consenti, violences
- Rapport sous l'influence de drogues, d'alcool
- Connaissance des différentes maladies sexuellement transmissibles

**Comment les médecins les obtiennent-ils en pratique ?**

- Type de questions (ouvertes, fermées)
- Attitude
- Position par rapport à la prise de risque
- Freins (stress ressenti, peur d'être intrusif)

## **6. Analyses statistiques**

Les variables quantitatives telles que l'âge ou la durée des consultations ont été décrites en moyennes avec écarts-types ou en médianes et interquartiles.

Les variables qualitatives telles que le sexe ou le mode d'exercice ont été décrites en effectifs et pourcentages.

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel 2016 (version 1707) pour réaliser les statistiques.

## **7. Considérations éthiques**

Dans les études étrangères utilisant la méthode du patient simulé, le consentement préalable des médecins évalués n'était pas requis (27)(28).

La première thèse française ayant utilisée cette méthode (J. Dougados-2008) a effectué un recueil systématique du consentement des praticiens avant la visite de la patiente standardisée. (29)

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 lors d'une demande formulée en 2015 par Jennifer Soussan et Anne-Elisabeth Mazel dans le cadre de la réalisation de leurs thèses (30).

Il ne nous paraissait pas acceptable éthiquement d'imposer la participation à notre étude à des médecins sans demander leur consentement.

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

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

Sur les 400 médecins que nous avons contactés par téléphone, nous avons obtenu 38 adresses e-mails. Un total de 24 médecins (6%) a accepté de participer à l'étude.

Sur les 1227 médecins contactés grâce à la mailing liste SFTG, 72 médecins (5,9%) ont accepté de participer à l'étude.

Nous nous sommes ensuite répartis les coordonnées des 96 médecins ayant donné leur accord entre Chloé Cloppet, Jérémy Bertoncini, Charlotte Lemelle et moi.

Chaque investigateur a pu ensuite exclure 4 médecins dont les cabinets n'étaient pas facilement accessibles en transports en commun.

Au total, Charlotte Lemelle et moi avons donc inclus et consulté 40 médecins généralistes, soit 20 médecins chacun.

Sur les 40 médecins inclus, 12 ont été inclus par notre recrutement et 28 par l'intermédiaire de la mailing liste SFTG.

Notre échantillon est majoritairement composé de femmes. Charlotte Lemelle a consulté 13 médecins femmes et 7 médecins hommes, j'ai consulté 14 médecins femmes et 6 médecins hommes.

L'âge moyen des médecins consultés est de 47,7 ans (+/- 12,7).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

### **Sexe**

Féminin – n (%)	27 (67,5)
<i>Femmes vues par CL – n (%)</i>	13
<i>Femmes vues par FC – n (%)</i>	14
Masculin – n (%)	13 (32,5)
<i>Hommes vus par CL – n</i>	7
<i>Hommes vus par FC – n</i>	6

### Age du médecin (années)

Médiane (Q1-Q3)	54,5 (35-58,5)
Moyenne (écart-type)	47,7 (+/- 12,7)

### 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 (90)

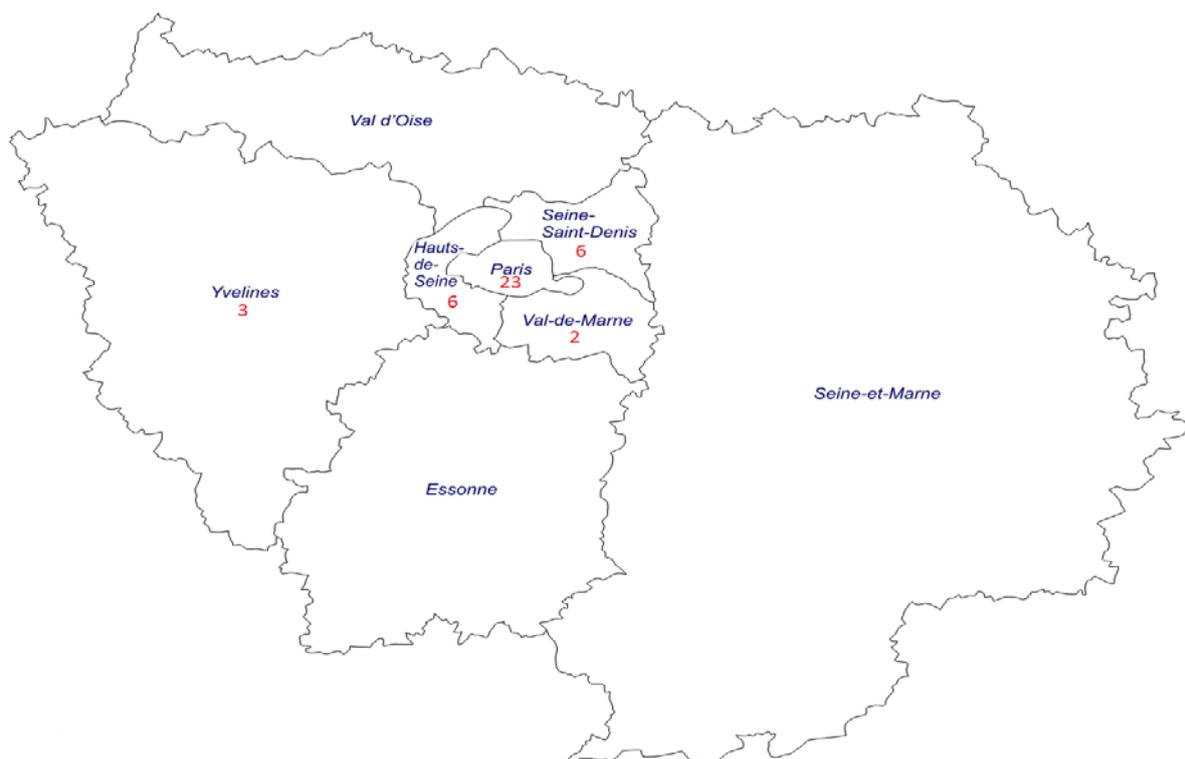
**Médecin appartenant à la SFTG – n (%)** 25 (62,5)

**Maître de stage – n (%)** 10 (25)

Nous avons consulté 23 médecins dans Paris intra-muros, répartis dans les 5<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup>, 17<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements.

Nous avons consulté 17 médecins franciliens hors Paris répartis sur le plan ci-dessous.

Figure 1 : Lieu d'installation



## **2. Description de la consultation**

Les consultations ont eu une durée moyenne de 14 minutes (+/- 4min30). Les consultations de Charlotte Lemelle ont été plus longues.

Tableau 2 : Durée des consultations

	Durée moyenne (Écart type)
Total	14 minutes (4min30)
Consultations C.Lemelle	16 minutes (4min45)
Consultations F.Cherpin	12 minutes (3min)

Etant donné que nous étions un nouveau patient, chaque consultation a été précédée d'un temps pour requérir des données administratives (nom, prénom, adresse, téléphone) et certains médecins ont pris un temps supplémentaire pour réaliser un dossier médical (antécédents, allergies, alcool, drogues, violences).

Un dossier médical a été réalisé par 33 médecins (82,5%).

Le temps moyen passé à réaliser le dossier médical a été de 1 minute et 49 secondes. Il a été de 2 minutes et 13 secondes pour Charlotte Lemelle et d'1 minute et 25 secondes pour moi.

Lors de la réalisation du dossier médical, certains médecins nous ont questionné sur notre consommation d'alcool, de drogues, de tabac et si nous avions été victimes de violence.

Tableau 3 : Dossier médical : toxiques et violences

Abord en systématique	Nombre de médecins (%)
Alcool	16 (40)
Tabac	22 (55)
Drogues	9 (22,5)
Violences	1 (2,5)

Lors de 22 consultations (55%), le motif de la consultation nous a été demandé avant la réalisation du dossier médical.

Un examen clinique a été réalisé par 6 médecins (15%), dans le but de mesurer notre tension artérielle, ainsi que pour la moitié d'entre eux, notre poids et notre taille.

Aucun examen génital ne nous a été proposé. Nous avons, dans tous les cas, prévu de le refuser (cf partie Méthode).

### **3. Évaluation de la prise de risque**

#### a. Informations sur le rapport à risque

##### Rapport à risque hétéro ou homosexuel

Sur les 20 consultations de Charlotte Lemelle, un médecin lui a demandé si son rapport à risque s'était produit avec un homme ou femme.

Sur mes 20 consultations, 6 médecins (30%) m'ont demandé si ce rapport à risque était hétérosexuel ou homosexuel.

##### Pratiques sexuelles

J'ai été interrogé une fois dans le but de savoir si j'avais eu un rapport traumatique ou anal.

Charlotte Lemelle n'a pas été questionnée sur ses pratiques sexuelles lors du rapport à risque.

Aucun médecin ne nous a questionné sur notre nombre de partenaires.

Un médecin a demandé à Charlotte Lemelle si cela lui arrivait souvent de ne pas mettre de préservatifs.

### Date du rapport à risque par rapport à la consultation

Tous les médecins nous ont demandé de préciser la date du rapport à risque par rapport à la date de la consultation.

### Rapport consenti

Un médecin a demandé à Charlotte Lemelle si son rapport était consenti. Aucun médecin ne me l'a demandé.

Tableau 4 : Informations sur le rapport (type, nature, date, consenti)

	Rapport à risque hétéro ou homosexuel – n (%)	Pratiques sexuelles – n (%)	Date du rapport à risque – n (%)	Rapport à risque consenti – n (%)
Consultations C. Lemelle (total=20)	1 (5)	1 (5)	20 (100)	1 (5)
Consultations F. Cherpin (total=20)	6 (30)	1 (5)	20 (100)	0

#### b. Demande d'informations sur le/la partenaire

Au total, 29 médecins (72,5%) nous ont demandé des informations sur notre partenaire et 17 (42,5%) nous ont demandé précisément si nous connaissions le statut sérologique de notre partenaire, dont 8 pour Charlotte Lemelle et 9 pour moi.

Les différentes informations qui nous ont été demandées sur nos partenaires étaient de savoir si nous les connaissions, si c'était un partenaire habituel ou occasionnel, si nous l'avions revu, si nous avons ses coordonnées, s'il avait des maladies particulières, s'il était toxicomane, s'il travaillait, s'il avait une vie normale et si c'était une prostituée.

Tableau 5 : Demande d'informations sur le/la partenaire

	Nombre de médecins (%)
En général	29 (72,5)
Statut sérologique	17 (42,5)
Connaissance du partenaire	17 (42,5)
Régulier/occasionnel	2 (5)
Revu après le rapport	7 (17,5)
Maladies particulières	1 (2,5)
Actif professionnellement	1 (2,5)
Vie normale	2 (5)
Toxicomane	3 (7,5)
Prostitution	2 (5)
Coordonnées connues du partenaire	2 (5)

c. Exploration de la sexualité du patient

Orientation sexuelle

Sur les 40 consultations, 9 médecins (22,5%) nous ont posé la question de notre orientation sexuelle ou si notre rapport à risque avec été homosexuel ou hétérosexuel.

Cette question m'a été posée plus souvent.

Sept médecins sur 20 consultations (35%) m'ont posé la question et deux médecins sur 20 (10%) ont posé la question à Charlotte Lemelle.

### Troubles sexuels associés/trouble de l'érection

Aucun médecin n'a recherché une dysfonction sexuelle associée ou des troubles de l'érection.

### Antécédents de violences sexuelles

La question des violences a été abordée par 3 médecins (7,5%) et uniquement lors de la réalisation du dossier médical.

Tableau 6 : Abord des violences

	Antécédents de violences – n (%)	Antécédents de violences sexuelles – n (%)
Consultations C. Lemelle (total=20)	2 (10)	1(5)
Consultations F. Cherpin (total=20)	1(5)	0

### Consommation d'alcool/drogues pendant les rapports sexuels

Huit médecins (20%) ont cherché à savoir si la consommation d'alcool était associée à nos prises de risque sexuel ; 6 pour Charlotte Lemelle, soit 30% de ses consultations et 2 pour moi, soit 10% de mes consultations.

Aucun médecin ne nous a demandé si nous prenions de la drogue pendant nos rapports sexuels à risque.

### Prostitution

Deux médecins (5%) nous ont demandé si notre partenaire était un(une) prostitué(e). Aucun médecin ne nous a demandé si nous nous étions prostitués ou si nous avions eu un rapport contre des drogues ou des avantages matériels.

#### **4. Gestion de la prise de risque**

##### **a. Prescription d'un contrôle de la sérologie VIH**

Au total, 35 médecins (87,5%) nous ont prescrit un nouveau contrôle biologique, en complément du premier bilan que nous avons réalisé 2 semaines après le rapport à risque et que nous leur avons présenté lors des consultations.

Sur les 35, tous ont prescrit au moins une sérologie VIH. Le délai entre ce nouveau contrôle et la date du rapport à risque diffère selon les consultations.

**Tableau 7 : Délai contrôle sérologie VIH**

Contrôle sérologie VIH à :	Nombre de médecins (%)
- 6 semaines	16 (40)
- 3 mois	14 (35)
- 6 semaines et 3 mois	2 (5)
- 4 semaines	2 (5)
- Dès 3 semaines	1 (2,5)
- Pas de contrôle sérologique	5 (12,5)

##### **b. Autres prescriptions biologiques de contrôle**

En dehors de la sérologie VIH, certains médecins nous ont prescrit un contrôle des sérologies hépatite B, C ou de la syphilis, ainsi qu'un contrôle des PCR chlamydia et/ou gonocoque.

Tableau 8 : Autres prescriptions biologiques de contrôle

Contrôle prescrit :	Nombre de médecins (%)
- Sérologie hépatite C	9 (22,5)
- Sérologie hépatite B	1 (2,5)
- Sérologie syphilis	12 (30)
- PCR chlamydia	2 (5)
- PCR gonocoque	1 (2,5)
Sérologie VIH prescrite seule	10 (25)

Un médecin a également prescrit un examen cyto bactériologique des urines à Charlotte Lemelle.

Charlotte Lemelle a aussi reçu une prescription de sérologies rubéole et toxoplasmose en prévision d'un éventuel futur projet de grossesse, ainsi qu'une exploration des anomalies lipidiques et une glycémie à jeun dans le cadre du suivi de sa contraception oestroprogestative.

c. Traitement post exposition

Quatre médecins sur les 40 consultations (10%) nous ont informé de l'existence d'un traitement post exposition, 3 médecins pour Charlotte Lemelle et 1 pour moi.

d. Conduite à tenir en cas de récurrence

Trois médecins sur 20 (15%) ont conseillé à Charlotte Lemelle d'aller consulter dans un centre de dépistage anonyme et gratuit en cas de récurrence de prise de risque.

Deux médecins (10%) lui ont aussi parlé de l'existence de test de diagnostic rapide disponible en pharmacie, en vente libre et non remboursé.

Aucun médecin ne m'a adressé vers un centre de dépistage en cas de récurrence, ni ne m'a parlé de l'existence de test de diagnostic rapide.

e. Invitation à reconsulter ou à rappeler avec les résultats du contrôle biologique

Sur les 20 consultations de Charlotte Lemelle, 5 médecins (25%) lui ont proposé de rappeler avec les résultats du contrôle sérologique.

Deux autres médecins (10%) lui ont proposé de revenir consulter si besoin avec les résultats biologiques.

Un médecin sur mes 20 consultations (5%) m'a conseillé de le revoir ou de le rappeler avec les résultats du contrôle sérologique.

## **5. Informations délivrées sur les différentes maladies sexuellement transmissibles**

Chaque médecin a interprété et détaillé les résultats biologiques (annexe 4) que nous lui avons apportés en nous donnant des informations sur les différentes maladies sexuellement transmissibles. Le délai entre la réalisation de cet examen biologique et le rapport à risque était de 2 semaines.

a. VIH

Un total de 39 médecins sur 40 (97,5%) nous a délivré de l'information médicale concernant le VIH.

Chaque médecin nous a donné entre 2 et 3 informations sur le virus du VIH.

L'information exacte qui est revenue le plus souvent est qu'il faille reconstrôler la sérologie à distance car le délai entre le rapport sexuel à risque et la prise de sang était trop court.

Tableau 9 : Informations exactes données sur le VIH

Informations exactes données	Nombre de médecins (%)
Nécessité d'un recontrôle de la sérologie VIH	35 (87,5)
Si la sérologie du partenaire est négative, pas de nécessité d'un recontrôle	1 (2,5)
Antigène P24 plus précoce	3 (7,5)
Groupes à risque : toxicomanes	2 (5)
Groupe à risque : partenaires multiples	1 (2,5)
Groupe à risque : homosexuels	1 (2,5)
Traitement antirétroviral à vie	3 (7,5)
Maladie chronique	2 (5)
« Pas de traitement à proprement parler : on vous donne un cachet et c'est fini »	1 (2,5)
« On va plus mourir du SIDA »	1 (2,5)
Effets secondaires des traitements : « foie qui déraile un peu, cœur qui souffre, infarctus jeune »	1 (2,5)
Primo-infection VIH donne des « symptômes grippaux : fièvre, gros ganglions, éruption cutanée »	1 (2,5)
Transmission par voie sanguine ou sexuelle	1 (2,5)
Transmission par voie sexuelle	1 (2,5)
« Quand on est porteur d'une MST, ça favorise la contamination par le VIH »	1 (2,5)
« Il y a moins de séroconversion chez les hétérosexuels »	1 (2,5)
« Probabilité vraiment très faible, même avec quelqu'un qui a le VIH...il suffit d'une fois »	1 (2,5)
« Virus fragile, pas de transmission automatique »	1 (2,5)
Contamination vaginale inférieur à 1%	1 (2,5)
VIH plus répandu en Afrique	1 (2,5)

Certains médecins nous ont aussi donné des informations fausses :

« Il y a un risque sur 10000 d'être contaminé par le VIH. »

« (Le traitement,) c'est quand même 3/4/6 comprimés par jour. (L'incidence du VIH), là depuis 5 ans, 6 ans, ça remonte, ça remonte. »

2 médecins nous ont dit que selon la loi, le laboratoire n'avait pas le droit de nous remettre le résultat de la sérologie VIH sans passer par le prescripteur.

Parallèlement au fait que l'affirmation exacte donnée la plus fréquente est la nécessité de reconstrôler la sérologie VIH à distance du rapport à risque, les affirmations inexactes les plus fréquentes concernent le délai pour reconstrôler cette sérologie. Ces délais sont présentés au paragraphe IV.a.

#### b. Hépatite B

Un total de 39 médecins sur 40 (97,5%) nous a donné des informations concernant l'hépatite B. L'information principale s'est portée sur le fait que notre statut sérologique était en faveur d'une vaccination antérieure (35 médecins sur 39, soit 89,7%).

Sept médecins (17,5%) ont été surpris par notre taux d'anticorps à 6450 :

« Anticorps anti-Hbs, vous êtes à 6450 donc vous êtes très bien vacciné ! Félicitation ! Là, je pense que vous serez vacciné à vie ! Pas besoin de faire de rappel avec un taux aussi élevé, vous ne risquez plus rien. Vous pouvez tremper les mains dans du sang hépatite B ! »

Quatre médecins (10%) ont interprété la sérologie en donnant 2 hypothèses, soit une vaccination, soit une guérison de l'hépatite B. Sur ces 4 médecins, 3 nous ont demandé de rapporter notre carnet de santé pour vérifier nos antécédents de vaccination lors d'une éventuelle prochaine consultation.

Tableau 10 : Interprétation sérologie hépatite B

Interprétation sérologie VHB	Nombre de médecins (%)
Vacciné	35 (87,5)
Vacciné ou guéri	4 (10)
Pas d'information donnée	1 (2,5)

c. Syphilis

Environ la moitié des médecins consultés (21/40, soit 52,5%) nous a donné des précisions sur la syphilis.

« Bon si vous avez vu ce très joli film qui s'appelle « out of Africa » ; qui est un vieux film maintenant, Meryl Streep, c'est ça qu'elle attrape et que son mari lui refile c'est des voilà ... des gens de très très bonne famille mais bon il va ailleurs et puis il ne se protège pas mais bon il n'y avait pas trop de préservatifs à l'époque donc voilà ... »

« La syphilis c'est une petite lésion sur le gland qui est propre, qui dure une semaine et qui disparaît complètement, donc le temps de dire ouf, on se dit « tiens on va aller chez le médecin », la semaine est passée on se dit « tiens elle est partie et je fais rien » donc tout bouton sur le sexe est suspect. Surtout, plus il est propre et plus il est suspect. »

Tableau 11 : Informations sur la syphilis

Information sur la syphilis	Nombre de médecins (%)
Au moins une information donnée	21 (52,5)
Disponibilité d'un traitement curatif	3 (7,5)
Tendance à l'augmentation du taux d'incidence	5 (12,5)
Groupe à risque : homosexuel	1 (2,5)
Incubation/1 <sup>er</sup> symptômes possibles à partir de J15 post rapport	2 (5)
Anticorps positifs à 2-3 semaines du rapport	2 (5)
Sérologie syphilis fiable à 6 semaines du rapport	1 (2,5)
Primo-infection à type de chancre/ulcération/aphte, non douloureux/propre, sur le sexe	5 (12,5)

Douze médecins (30%) ont prescrit un contrôle de la sérologie syphilis. Le délai du recontrôle a été de 6 semaines pour 4 médecins (33,3%), de 3 mois pour 3 médecins (25%), de 6 semaines et 3 mois pour 2 médecins (16,7%), de 5 semaines pour 1 médecin (8,3%), de 4 semaines pour un médecin (8,3%) et de 3 semaines pour un médecin également (8,3%).

d. Chlamydia

Vingt-deux médecins (55%) nous ont donné des informations sur les infections à Chlamydia.

Sur les 20 consultations de Charlotte Lemelle, 2 médecins (10%) ont critiqué le fait que l'analyse ait été réalisé sur un échantillon d'urines et ont prescrit une analyse sur prélèvement vaginal.

« Sur les urines ça marche sur les hommes mais chez les femmes, les gonocoques c'est pas dans les urines, c'est pas super fiable... Chez les hommes forcément ça passe par le même endroit tout ça l'urine et le sperme... Donc ça se voit... Par contre chez les femmes, le vagin c'est pas la même chose que la vessie quoi... Jusqu'à preuve du contraire. »

Aucun médecin n'a critiqué le fait que mon prélèvement ait été réalisé sur une PCR.

Tableau 12 : Informations données sur les Chlamydiae

Informations données sur les Chlamydiae	Nombre de médecins (%)
Infertilité secondaire	5 (12,5)
Souvent asymptomatique	4 (10)
Disponibilité d'un traitement curatif	2 (5)
Risque de salpingite	1 (2,5)
Traitement du partenaire si positif	1 (2,5)
Taux d'incidence en augmentation	1 (2,5)
Certains sérotypes peuvent rendre aveugle	1 (2,5)

Dix pour cent des médecins consultés (2 pour Charlotte Lemelle et 2 pour moi) nous ont dit qu'ils n'auraient pas prescrit de recherche de Chlamydia sans symptômes.

e. Gonocoques

Dix-huit médecins (45%) nous ont donné des informations sur les infections à gonocoques.

« Si vous avez fait un peu de lettres, on lit ça dans les romans du XVIII et du XIX siècle, alors c'était la maladie honteuse qu'on attrapait dans les maisons closes mais il ne faut pas rêver, c'était les bourgeois qui l'avaient parce que c'étaient eux qui allaient dans les maisons closes. »

Tableau 13 : Informations exactes sur les gonocoques

Informations exactes données sur les gonocoques	Nombre de médecins (%)
Responsable de « Chaude pisse » chez l'homme	11 (27,5)
Traitement curatif disponible	1 (2,5)
Infection à gonocoque en augmentation sur Paris	1 (2,5)
Maladie sexuellement transmissible	7 (17,5)

Tableau 14 : Informations erronées sur les gonocoques

Informations erronées sur les gonocoques	Nombre de médecins (%)
Infection toujours symptomatique chez la femme	2 (5)
Les gonocoques ne peuvent pas être retrouvés dans les urines chez la femme	1 (2,5)

f. Hépatite C

Vingt médecins (50%) nous ont donné des informations sur l'hépatite C.

Onze médecins (27,5%) ont remis en question la pertinence de cette prescription dans les suites d'un rapport sexuel à risque.

Tableau 15 : Informations sur le VHC

Informations sur le VHC	Nombre de médecins (%)
N'est pas considérée comme une maladie sexuellement transmissible	7 (17,5)
Groupe à risque : usagers de drogues intra-veineuses	5 (12,5)
Groupe à risque : homosexuels	2 (5)
Iatrogène après opération/transfusion	2 (5)
Prévalence très rare	2 (5)
Survient au cours de rapport très traumatique	1 (2,5)

Deux médecins nous ont donné des informations erronées sur l'hépatite C :

« On parle souvent du HIV, mais il vous a fait aussi hépatite C, c'est vraiment autant à risque que le HIV. »

« Il y a moins de 20% de transmission par les rapports sexuels. »

g. Informations données selon le sexe du patient

Charlotte Lemelle et moi avons reçu autant d'informations sur les différentes maladies sexuellement transmissibles.

Les médecins consultés nous ont davantage parlé du VIH et de l'hépatite B.

Tableau 16 : Informations données selon le sexe du patient

	Nombre de médecins ayant donné des informations à C.Lemelle (%)	Nombre de médecins ayant donné des informations à F.Cherpin (%)
VIH	20 (100)	19 (95)
Hépatite B	20 (100)	19 (95)
Syphilis	9 (45)	12 (60)
Chlamydia	12 (60)	10 (50)
Gonocoque	8 (40)	10 (50)
Hépatite C	9 (45)	11 (55)

h. Risques liés au rapport bucco-génitaux

Aucun médecin ne nous a parlé spontanément des risques spécifiques liés aux rapports bucco-génitaux.

Sur les 40 médecins consultés, nous avons demandé à 28 d'entre eux s'il fallait mettre un préservatif pour les préliminaires (9 pour Charlotte Lemelle et 19 pour moi).

21 médecins sur 28 (75%) nous ont recommandé l'utilisation du préservatif pendant la fellation en raison du risque infectieux.

Tableau 17 : Recommandation du préservatif pour les préliminaires

Recommandation du préservatif pour les préliminaires	Consultation F.Cherpin (n=19)	Consultation C.Lemelle (n=9)	Total (n=28)
OUI	14 (74%)	7 (78%)	21 (72%)
NON	1 (5%)	1 (14%)	2 (7%)
Ne sait pas	4 (21%)	1 (14%)	5 (17%)

Un quart de ces médecins (7 sur 28) nous ont donné d'autres recommandations pour la réduction des risques lors de la fellation. Tous nous ont déconseillé de pratiquer des fellations non protégées en cas de plaies buccales ou gingivite. Un médecin nous a déconseillé de boire de l'alcool pour éviter une irritation des gencives, et d'éviter de nous brosser les dents avant et après les rapports. Un autre médecin a également recommandé de ne pas se brosser les dents avant les rapports.

Trois médecins (11%) nous ont précisé que le risque de transmission était plus élevé chez la personne qui fait la fellation.

Certains médecins nous ont précisé quelles étaient les infections transmissibles par la fellation. L'infection qui a été le plus citée est la syphilis, suivi du gonocoque, du VIH, de l'herpès, des chlamydiae, du papilloma virus et de l'hépatite A.

Tableau 18 : Infections citées comme à risque lors d'une fellation

Infections citées comme à risque lors d'une fellation	Nombre de médecins (%)
Syphilis	7 (25)
Gonocoque	6 (21)
VIH	5 (18)
Herpès	4 (14)
Chlamydia	3 (11)
Papilloma virus	1 (4)
Hépatite A	1 (4)

## **6. Abord de la sexualité par les médecins pour recueillir les informations nécessaires à la prise en charge**

### a. Questions posées pour aborder la sexualité

La majorité des médecins consultés a évalué notre prise de risque en nous posant des questions sur un mode directif.

Sur les 40 médecins consultés, 33 (82,5%) ont utilisé des questions fermées pour recueillir des informations sur le rapport à risque.

Les questions fermées posées étaient par exemple :

- « Vous connaissiez la personne ? »
- « Vous pensez que c'était un rapport contaminant ? » ; « C'est un rapport à risque vous pensez ? »
- « Vous n'avez pas de partenaire régulier, c'est ça ? »
- « Vous ne l'avez pas revu ? »
- « Votre partenaire, il a fait un bilan ? »
- « Ce n'était pas une prostituée ? »
- « C'était avec une personne qui vous paraît éventuellement à risque ? »
- « Vous avez des rapports qu'avec des femmes ? ou c'est avec des hommes aussi ? »
- « C'était un peu festif alors on s'est embarqué un peu trop ? »
- « Et là, vous aviez l'air de dire que vous aviez bu un petit peu ? »
- « Et, c'est quand même des rapports on va dire consentis ? »

Sept médecins (17,5%, 6 pour Charlotte Lemelle et 1 pour moi) ont eu une approche motivationnelle et nous ont posé des questions ouvertes pour obtenir des informations.

Ces questions étaient :

- « Dans quel contexte vous avez préféré ne pas mettre de préservatif ? Cependant qu'est-ce que vous prévoyez pour la suite ? »
- « Et qu'est-ce qui vous inquiète alors ? »
- « Sur le risque que vous prenez comment vous l'avez vécue ? / Comment vous l'avez vécue justement après ? / Comment vous interprétez cette prise de risque, ces comportements ?
- « Ah parce que vous avez des comportements pas toujours euh maîtrisés ... ou qu'est-ce qu'il se passe ? »
- « Sinon vous pouvez m'expliquer pourquoi il était sans préservatif ce rapport ? / D'accord et que pensez-vous de votre choix ? / Que pensez-vous de ces oublis ? »
- « Qu'est-ce qui vous inquiète ? / Et alors l'explication c'est laquelle ? »

b. Attitude des médecins

Empathie

Charlotte Lemelle et moi avons rempli une échelle hétéro-évaluative de l'empathie des médecins consultés au sortir de chaque consultation. Ces résultats reflètent nos impressions sur l'ensemble de la consultation.

L'échelle CARE (annexe 5) porte sur 10 items notés entre 1 et 5.

Les médecins ayant utilisé des techniques d'entretien motivationnel ont obtenu un meilleur score d'empathie sur les 10 items.

Tableau 19 : Empathie selon le type d'entretiens

ITEM : le médecin	Ensemble des médecins (n=40)	Entretiens directifs (n=33)	Entretiens motivationnels (n=7)
-Vous a mis à l'aise	3,13 (1,06)	3,03 (1,13)	3,57 (0,53)
-Vous a laissé exposé votre problème	2,78 (0,95)	2,64 (0,96)	3,43 (0,53)
-Etait à votre écoute	2,6 (1,08)	2,36 (1,03)	3,71 (0,48)
-S'est intéressé à vous dans votre globalité	2,83 (1,08)	2,61 (1,06)	3,86 (0,38)
-A pleinement compris votre problème	2,55 (1,2)	2,36 (1,22)	3,43 (0,53)
-A montré de l'attention et de la compassion	2,93 (1,21)	2,73 (1,21)	3,86 (0,69)
-A été positif	2,7 (1,04)	2,64 (1,11)	3 (0,58)
-A expliqué clairement les choses	3,13 (1,04)	3,03 (1,10)	3,57 (0,53)
-Vous a aidé à l'autonomie	2,35 (1,17)	2,15 (1,18)	3,29 (0,49)
-A élaboré un plan d'action avec vous	2,30 (1,09)	2,12 (1,08)	3,14 (0,69)

Les scores d'empathie ont aussi été supérieurs entre médecins et patients du même sexe.

Tableau 20 : Empathie selon le sexe du patient simulé

ITEM : Le médecin	Consultation F.Chérpin		Consultation C.Lemelle	
	Médecin homme (n=6)	Médecin femme (n=14)	Médecin homme (n=7)	Médecin femme (n=13)
-Vous a mis à l'aise	3,83 (1,5)	3 (0,96)	2,86 (1,07)	3,08 (0,95)
-Vous a laissé exposé votre problème	3,67 (1,03)	2,5 (0,76)	2,57 (0,79)	2,77 (1,01)
-Etait à votre écoute	3,33 (1,5)	2,44 (0,86)	2,29 (0,95)	2,92 (0,95)
-S'est intéressé à vous dans votre globalité	3 (1,55)	2,64 (0,84)	2,57 (0,98)	3,08 (1,19)
-A pleinement compris votre problème	3,33 (1,86)	2 (0,96)	2,57 (0,79)	2,77 (1,09)
-A montré de l'attention et de la compassion	3,5 (1,97)	2,71 (0,99)	2,57 (0,79)	3,08 (1,19)
-A été positif	2,83 (1,7)	2,43 (1,01)	3 (1,15)	2,77 (1,01)
-A expliqué clairement les choses	3,12 (1,5)	3 (0,96)	3 (1)	3,31 (1,03)
-Vous a aidé à l'autonomie	2,83 (1,6)	1,57 (0,65)	2,43 (1,13)	2,92 (1,04)
-A élaboré un plan d'action avec vous	2,67 (1,4)	1,64 (0,63)	2,43 (1,13)	2,77 (1,09)

### Stress du médecin

Dans l'ensemble, les médecins ne nous ont pas paru stressés. Nous avons essayé d'évaluer le stress ressenti entre 1=pas de stress et 5=très stressé. Nous obtenons ainsi une moyenne de 1,88 avec un écart type de 0,91.

Cependant, lors des questions portant directement sur la sexualité, nous avons pu noter davantage de stress, d'hésitation ou une diminution du niveau sonore de la voix des médecins.

Par exemple, pour demander l'orientation sexuelle du patient :

- « Il y a des hommes, **enfin j'imagine** ce sont des garçons avec qui vous êtes ? »
- « Si, par contre, **excusez-moi de vous poser cette question** mais vous avez des rapports qu'avec des femmes ? ou c'est avec des hommes aussi ? »
- « D'accord, alors, euh... je vais préciser si c'est des rapports... hétéro ou homosexuels ? **Pardon, c'est pas toujours très simple.** »

Ou pour parler des risques de maladies sexuellement transmissibles lors des rapports bucco-génitaux :

- « C'est une bonne question en principe **c'est quand même... après... c'est vrai** le risque pour une fellation est beaucoup moins important / Mais s'il y a des lésions dans la bouche, s'il y a des petites choses comme ça, ça peut quand même c'est pas zéro mais c'est quand beaucoup moins important que de muqueuses à muqueuses. »
- « Le HIV ça peut être transmissible par la fellation **euh donc euh... voilà.** »
- « Normalement, vous ne risquez rien car **ça se passe plus du côté masculin sur le côté féminin euh (silence)** et je dirai qu'il faut quand même que la virémie soit bien puissante pour que ça passe, **à moins que... (silence) mais théoriquement c'est possible aussi... enfin je pense** que c'est surtout, surtout, pour les pénétrations. »
- « C'est une bonne question. Je ne sais pas si je vous **réponds en tant que médecin ou en tant que personne mais bon, euh, franchement** »
- « **Euh... ouais... (rires) Euh...** dans les rapports oro-génitaux euh oui parce que pour plusieurs raisons, parce que d'abord euh l'homme peut transmettre à la femme. La femme peut être porteuse d'un gonocoque ou d'une syphilis et transmettre à l'homme, voilà. Ah ouais ! **Si c'est juste attouchement comme ça... voilà.** »

A l'inverse, certains médecins se sont sentis très à l'aise pour aborder la sexualité :

- « 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 cuni encore moins. En fait c'est juste qu'on dit que c'est les liquides sexuels et le sang qui sont contagieux donc normalement c'est le rapport parce qu'il y a frottement et donc il y a échange entre les deux liquides sexuels qui sont en contact ; donc pour, par exemple la fellation, il faudrait qu'il y ait une plaie dans la bouche de la personne, de la dame qui le fait, pareil pour le cuni, mais c'est encore plus limite parce que c'est pas vraiment dans la bouche donc c'est vraiment, vraiment... 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. Voilà donc c'est plus de la... voilà... et on n'a pas assez de cas d'expérience pour dire : « ah ba oui elle, ou ah ba oui lui, il a été contaminé » On n'a pas de cas. En général, il n'y a pas que les préliminaires. »
- « Alors en fait, c'est assez simple. Si vous êtes avec une partenaire ou plus tard avec une autre partenaire que vous ne connaissez pas, en réalité, si vous êtes un chaud du cunnilingus ou elle une chaude de la fellation, à partir du moment où il y a des sécrétions, il y a contamination potentielle. »

Sur mes 20 consultations, j'ai posé 19 fois la question : « Pour les préliminaires, je me demandais si c'était utile le préservatif ? ». Je n'ai pas posé la question lors d'une consultation car je ne me sentais pas à l'aise.

Lors de leur réponse :

7 médecins (35%) m'ont semblé à l'aise ou très à l'aise pour répondre à ma question.

10 médecins (50%) m'ont semblé gêné ou m'ont donné une réponse brève, assez vague.

1 médecin (5%) m'a semblé très mal à l'aise.

1 médecin (5%) m'a semblé agacé par ma question.

c. Position du médecin par rapport à la prise de risque

La majorité des médecins consultés a eu tendance à banaliser ou au contraire dramatiser la prise de risque sexuel. Certains médecins ont eu des discours alternant la banalisation sur certains aspects et la dramatisation sur d'autres.

Médecin ayant reçu une patiente

Sur les 20 médecins consultés par Charlotte Lemelle :

- 13 médecins (65%) ont eu tendance à banaliser la prise de risque.
- 2 médecins (10%) ont eu tendance à dramatiser la prise de risque.
- 3 médecins (15%) ont tenu des propos banalisants et d'autres dramatisants
- 2 médecins (10%) ont eu un discours neutre.

La banalisation de la prise de risque s'est surtout portée sur la sous-estimation du risque de transmission du VIH :

- « Vous pensez qu'il y avait un risque ? Non c'est comme ça que vous avez fait ça ? / Donc on va en refaire une (de prise de sang) c'est pas méchant / **non il y a un risque sur 10 000 c'est pas.../ mais bon après la probabilité qu'il ait le VIH...** »
- « Non bon en théorie c'était pas un toxicomane, pas un travestie, c'est quelqu'un de normal quoi entre guillemets quelqu'un qui ne sort pas de l'ordinaire non ? / donc **le risque est faible, le risque est très faible.** »
- « Mais bon c'est pas grave, **vous faites ça par sécurité parce que franchement le risque est très très faible** / Autant le sida il y a très très peu de chance que vous tombiez... sur ce que je vous disais, sur **une contamination, c'est possible mais c'est rarissime / il n'y a pas de risque mais on ne peut jamais vous le dire à 100% mais nous on en voit pas** / non mais il ne faut pas trop baliser la dessus quand même »
- « Mais soyez pas trop inquiète... / Non non mais après... heureusement... enfin il ne faut pas dire que le risque n'existe pas... **en général quand même ceux qui sont contaminés comme ça il y a eu une attitude sexuelle à risque...** voilà... il y a tout un comportement à risque qui va avec... »

- « Non non **il n'y a pas de soucis** / il ne faut pas psychoter complètement **la plupart des gens sont en bonne santé et pas malade** / et du coup, je vous dis, **il ne faut pas non plus que ça vous empêche d'avoir des rapports**, il ne faut pas psychoter **la majorité des garçons de votre âge sont en bonne santé quoi** / une infection il peut y en avoir une... Méfiez-vous de ceux qui sont toxicomanes évidemment mais... la majorité... **la probabilité de tomber sur un gars qui a le sida est quand même pas...**/ non non ne vous inquiétez pas... **arrêtez de vous inquiéter faites votre vie normalement** il ne faut pas non plus... »
- « Il n'y a que la sérologie VIH à refaire car elle a été faite trop tôt mais bon **c'est qu'une formalité.** »

Le fait que le préservatif craque a aussi été banalisé :

- « Mais oui malheureusement des fois, il y a des accidents de préservatifs **ça arrive.** »
- « Oui **ça arrive** aussi (que le préservatif craque). »
- « Oui **ça arrive** des fois... faut le changer et puis c'est bon. »

A contrario, certains médecins ont eu un discours dramatisant la prise de risque, que ce soit sur le risque de transmission des maladies sexuellement transmissibles, sur la confiance que l'on peut avoir dans son partenaire ou sur l'acceptabilité des traitements :

- « On ne sait jamais, **là on peut avoir de la chance mais** il y a des gens qui savent pas, vous pouvez connaître quelqu'un depuis longtemps et il pense ne rien avoir, pas parce qu'il vous ment mais parce qu'il ne sait pas qu'il a quelque chose c'est pour ça que c'est important. »
- « 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, c'est à dire que **les bactéries ou les virus ne regardent pas votre CV avant de s'introduire dans votre corps** il faut le savoir de temps en temps, il faut se le rappeler, c'est à dire **qu'elles ne toquent pas à la porte et elles ne vérifient pas si ..**

**ni votre fiche de paye ni votre cursus universitaire ni vos qualités morales** c'est-à-dire, c'est complètement indépendant il faut se le dire enfin voyez et le HIV ca ... alors je dis le HIV parce que c'est c'est une espèce de hantise qu'on a tous mais le chlamydia c'est pas rigolo non plus »

- « Actuellement la jeune génération prend quand même des risques parce qu'ils n'ont pas vu leurs copains mourir du SIDA, **ils n'ont pas eu la génération qu'on a connu nous il y a 20/30 ans des gens qui mouraient de ça**, maintenant ils ne meurent plus les gens du sida ils se soignent ça marche bien, **c'est lourd mais ça se soigne** du coup **ils ne voient pas leurs copains disparaître du coup il y a un relâchement des conduites** et c'est un peu plus excitant il y a des ambiances... »
- « **Vous ne devez pas compter sur l'autre / il suffit d'une fois pour attraper une cochonnerie.** »

#### Médecin ayant reçu un patient masculin

Sur les 20 médecins que j'ai consultés :

- 7 médecins (soit 35%) ont eu tendance à banaliser la prise de risque.
- 4 médecins (soit 20%) ont eu tendance à dramatiser la prise de risque.
- 6 médecins (soit 30%) ont tenu des propos banalisants et d'autres dramatisants
- 3 médecins (soit 15%) ont eu un discours neutre.

Comme pour Charlotte Lemelle, la prise de risque a été banalisée en sous-estimant le risque de transmission des maladies sexuellement transmissibles :

- « Mais bon chez vous, il y a **quand même peu de risques.** »
- « Mais bon après, quand même ce qu'il faut dire, c'est que, comment dire, euh, dans les rapports sexuels, **le risque est pas nul mais faut surtout se méfier avec les femmes qui ont beaucoup de rapports ou à risque**, à risque étant les homosexuels ou les usagers de drogues intraveineuses. Il y a aussi des risques avec des femmes de certains pays, le VIH est beaucoup répandu en Afrique, l'hépatite B en Asie euh.... **Donc on peut toujours mettre un préservatif euh... y'a pas... euh...** » *Relance de ma part*  
« *Donc faut pas trop stresser quoi ?* » « **Ouais** »

- « Je ne suis pas très inquiète / **Je suis pas inquiète, si elle vous a rien dit, il y a quand même des gens honnêtes, malgré tout.** »
- « Après il faut vraiment se rassurer, enfin se rassurer, ça dépend parce que on a déjà du mal à faire mettre aux gens le préservatif, mais c'est vrai que **la probabilité de se faire contaminer par le VIH est vraiment très faible, est vraiment, vraiment très faible.** Euh donc **on ne le dit pas trop fort parce que, déjà qu'on a du mal, mais euh, voilà même si c'est avec quelqu'un qui a le VIH, déjà même un rapport c'est pas...** Il suffit d'une fois ! Mais en général la probabilité est très faible. »
- « Alors, faut pas que cela vous prenne la tête, car c'est déjà extrêmement rassurant et que c'est un **pourcentage infime.** Bon après, faut quand même savoir, **bon je ne devrais pas dire ça, c'est vrai qu'il faut quand même qu'il y ait un rapport avec du sang, quelque chose pour que ça soit risqué quoi.** »
- « Donc les préliminaires, en fait, oui, **après je pense qu'on y va tous quand même,** enfin selon les situations, après voilà. »
- « Ça dépend aussi évidemment dans quel milieu on évolue, c'est-à-dire **les toxicos, etc.** **Ce sont des gens qui ont plein de maladies, on peut attraper plein de trucs.** *Réponse de ma part :* « *Ce n'est pas trop mon cas.* » « **Voilà, c'est ce que... c'est l'impression que vous donnez, c'est pour ça que je suis rassurant.** Par contre ce sont ces milieux-là qui sont les plus à risque et qui prennent le moins de précautions. »

Le fait que le patient simulé ait été confronté à des préservatifs qui craquent a aussi été banalisé :

- « **Ça peut arriver** effectivement »
- « **Ça arrive** »
- « Si ça craque, changez de marque, ou prenez quelque chose de meilleure qualité »
- « Oui, **ça arrive, de temps en temps** »
- « Oui voilà, **ça peut arriver aussi.** Sur un préservatif qui craque, c'est pareil, **faut faire normalement ces analyses-là** »

Un médecin a aussi banalisé l'utilisation du préservatif :

- « En fait il y a des maladies sexuellement transmissibles, avec ou sans préservatif, 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. »

Au contraire, d'autres médecins ont dramatisé la prise de risque sexuel en insistant sur les symptômes, les conséquences ou le risque de transmission :

- « Et euh, la gono est fréquente à Paris. Elle est bruyante, **bruyant ça veut dire que ça brûle, qu'il y a du pus.** »
- « Donc tout bouton sur le sexe est suspect ! Surtout, **plus il est propre et plus il est suspect.** Vous le saviez ça ? »
- « 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. »
- « Je n'en fais plus beaucoup des diagnostics de HIV mais **ça arrive de temps en temps et c'est jamais très agréable.** »
- « 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.** »

# Discussion

## 1. Résultats principaux

### a. Évaluation du risque

Pour évaluer le risque pris par un patient ayant eu un rapport sexuel à risque, tous les médecins consultés ont commencé par préciser la date exacte du rapport à risque.

Ensuite, les médecins ont été 72,5% à demander des informations sur le partenaire et 42,5% ont demandé au patient simulé s'il connaissait le statut sérologique de son partenaire vis-à-vis du VIH.

Un total de 35% des médecins a demandé au patient simulé homme s'il avait eu un rapport hétéro ou homosexuel ou s'il était hétéro ou homosexuel et 10% ont posé la question à la patiente simulée. Un médecin a demandé si le rapport avait été anal ou traumatique.

Huit médecins (20%) ont noté que la prise de risque sexuel du patient simulé était associée à une prise d'alcool.

### b. Contrôle biologique

Après avoir évalué le risque, 87,5% des médecins ont prescrit une sérologie VIH de contrôle ; 40% nous ont prescrit une sérologie VIH à 6 semaines et 35% des médecins ont prescrit une sérologie à 3 mois.

Egalement 87,5% des médecins ont interprété la sérologie hépatite B comme étant en faveur d'une vaccination antérieure.

Douze médecins (30%) ont prescrit un contrôle de la sérologie syphilis. Neuf de ces médecins (75%) ont prescrit un contrôle de la sérologie syphilis entre 6 semaines et 3 mois, cette prescription était associée au contrôle de la sérologie VIH.

Neuf médecins (22,5%) ont prescrit un contrôle de la sérologie hépatite C.

c. Recueil des éléments nécessaires à la prise en charge

Pour recueillir les informations permettant l'évaluation du risque, la majorité des médecins (82,5%) a mené un entretien direct avec des questions fermées.

Les scores obtenus sur l'échelle d'empathie CARE sur les items « le médecin vous a mis à l'aise », « vous a laissé exposé votre problème » et « était à votre écoute » ont été plus faibles chez les médecins utilisant des questions fermées par rapport à ceux qui ont utilisé des questions ouvertes et une approche motivationnelle.

Peu de médecins ont abordé la prise de risque de façon neutre, ils ont eu tendance à banaliser la prise de risque en se basant souvent sur l'image que renvoyait le patient simulé :

- « Mais bon chez vous, il y a quand même peu de risques »
- « C'est l'impression que vous donnez, c'est pour ça que je suis rassurant »

ou à dramatiser :

- « 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 ».

Le recueil des informations nécessaires à la prise en charge a aussi occasionné du stress chez les médecins consultés :

- « Si, par contre, **excusez-moi de vous poser cette question** mais vous avez des rapports qu'avec des femmes ? ou c'est avec des hommes aussi ? »,
- « D'accord, alors, euh... je vais préciser si c'est des rapports... hétéro ou homosexuels ? **Pardon, c'est pas toujours très simple.** »

## 2. Les forces et faiblesses de l'étude

### a. Forces de l'étude

#### Méthode du patient standardisé

L'utilisation de cette méthode nous a permis d'être au cœur des consultations et de recueillir les informations telles qu'elles ont été données par les médecins généralistes.

Contrairement aux enquêtes réalisées à base de questionnaires, nous avons ainsi pu éviter les biais de désirabilité sociale et artéfacts du questionnement qui ont tendance à inciter les médecins à répondre ce que les investigateurs attendent d'eux en idéalisant leurs pratiques.

De plus, cette méthode permet d'observer les compétences et non simplement les connaissances utilisées. Les médecins généralistes savent que le risque de transmission du VIH est plus élevé lors de rapport homosexuel mais nous avons pu observer qu'ils ne posaient pas systématiquement la question du type de rapport face à un patient ayant eu un rapport sexuel non protégé.

#### Comparaison en fonction du sexe du patient simulé

Le fait d'avoir un patient simulé de sexe masculin et un de sexe féminin nous a donné la possibilité d'observer des similitudes et des différences de prises en charge.

Les thèmes abordés pour évaluer et gérer le risque ont été dans l'ensemble comparable selon le sexe en dehors des questions sur l'orientation sexuelle. Par contre, nous avons vu une différence au niveau de l'empathie. Les médecins du même sexe que le patient simulé ont obtenu des scores d'empathie supérieurs.

#### Enregistrement et double lecture des résultats

En enregistrant les consultations, nous avons ainsi pu retranscrire mot pour mot les consultations et ainsi se soustraire des biais de mémorisation.

L'analyse des consultations retranscrites a ensuite été effectuée par 2 investigateurs différents pour limiter au maximum les erreurs d'interprétations.

b. Faiblesses de l'étude

Caractéristiques de la population

Notre population n'est pas représentative des médecins généralistes d'Île-de-France, ce qui présente une limite à la généralisabilité de nos résultats. En effet, en Île-de-France, la moyenne d'âge des médecins généralistes est de 53,1 ans et 50,8% des médecins sont des femmes (31). Les médecins généralistes inclus dans l'étude sont composés de 67,5% de femmes pour 32,5% d'hommes. L'âge moyen des médecins de notre étude est de 47,7ans.

Faible effectif

Nous avons inclus 40 médecins généralistes dont 20 qui ont reçu une patiente simulée et 20 qui ont reçu un patient simulé. Cet échantillon est faible, surtout pour les analyses en sous-groupes. Nous n'avons pas pu augmenter le nombre de médecins inclus du fait du coût et du temps nécessaire pour réaliser les consultations. Nous n'avons pas, non plus, eu le financement pour employer des patients simulés.

Biais de recrutement

Etant donné nos considérations éthiques, nous avons demandé l'accord des médecins avant de les inclure dans les études. Par ce biais, nous avons donc sélectionné des médecins acceptant un regard extérieur sur leur pratique, même si tous les résultats sont anonymisés.

Aussi, nous avons recruté des médecins par l'intermédiaire de la SFTG. Les médecins présents sur la mailing liste SFTG sont susceptibles de participer à davantage de formations que l'ensemble des médecins généralistes. Toutefois, depuis la loi du 4 mars 2002 (32), les médecins généralistes ont une obligation de formation médicale continue.

Le pourcentage de médecins maîtres de stage des universités (MSU) est de 27% dans notre étude. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le collège des généralistes enseignants a recensé 8550 MSU (33) sur un total de 56347 médecins généralistes exerçant en France avec une activité libérale ou mixte (31), soit une proportion de 15% de MSU.

### 3. Interprétation des résultats

#### a. Evaluation du risque

##### Date du rapport à risque

Tous les médecins ont demandé au patient simulé de préciser la date exacte du rapport à risque. Cette information permet de décider d'une potentielle prise en charge urgente à organiser. Selon les recommandations, un traitement post exposition par antirétroviraux permet de réduire le risque de transmission du VIH s'il est introduit dans les 48h suivant un rapport contaminant (34).

La connaissance de la date du rapport à risque permet aussi de décider de la nécessité et des délais d'éventuels contrôles biologiques.

##### Statut sérologique du partenaire

Les médecins ont été 72,5% à demander des informations sur le partenaire et 42,5% ont demandé au patient simulé s'il connaissait le statut sérologique de son partenaire vis-à-vis du VIH. Le « non » à la question posée le plus fréquemment qui était « connaissez-vous votre partenaire ? » a le plus souvent fermé l'interrogatoire au sujet du partenaire.

Cette information si elle est connue du patient et si le résultat est négatif peut permettre de rassurer immédiatement le patient et d'éviter des recontrôles de la sérologie VIH qui peuvent être anxiogènes et coûteux. Dans le cas d'un rapport à risque de moins de 48h, cette information fait partie des critères permettant de décider ou non de la mise en place d'un traitement post exposition (34).

Le deuxième intérêt à poser la question est d'enseigner au patient la question à poser à son partenaire s'il est de nouveau confronté à une prise de risque.

## Risque et nature de l'exposition

La troisième information importante pour caractériser le risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles, et en particulier du VIH, est le risque et la nature de l'exposition (35).

Un total de 35% des médecins a demandé au patient simulé homme s'il avait eu un rapport hétéro ou homosexuel ou s'il était hétéro ou homosexuel et 10% ont posé la question à la patiente simulée.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) font partie des groupes les plus à risque de nouvelles contaminations par le VIH. C'est le seul groupe où on observe une augmentation significative du nombre de nouveaux cas depuis 2011 et particulièrement en Île-de-France (10). Les dernières recommandations HAS de mars 2017 recommandent un dépistage de la sérologie VIH tous les 3 mois chez les patients HSH (36).

Dans l'enquête EGaLe-MG réalisée par Thibaut Jedrzejewski en 2016, auprès de patients homosexuels, les résultats montrent une présomption d'hétérosexualité chez les médecins généralistes : « pour les répondants consultant plusieurs médecins qui ne sont pas toujours au courant de leur orientation sexuelle, 85,5% des femmes et 62,1% des hommes sont toujours ou souvent considérés d'office comme ayant des partenaires du sexe opposé » (37).

Le fait que les médecins généralistes ne posent pas la question de l'orientation sexuelle peut être en faveur d'une présomption d'hétérosexualité, mais peut aussi s'expliquer par les freins qu'ils ressentent pour poser les questions relatives à la vie affective et sexuelle du patient.

Un médecin a demandé si le rapport avait été anal ou traumatique :

- « Sauf si vous avez eu un rapport très traumatique, où il y a eu du sang ? » « *Non* »  
« Voilà donc, après, c'est plus par rapport anal, c'est pourquoi je pose des questions. »

Les risques de transmission du VIH diffèrent en fonction du type de rapport, le rapport anal réceptif étant le plus à risque avec un taux de transmission du VIH par acte de 1,4% (18) (19).

Cette donnée fait aussi partie des éléments permettant de décider de la mise en place ou non d'un traitement post exposition (34).

### Alcool et risque de transmission du VIH

Huit médecins (20%) ont noté que la prise de risque sexuel du patient simulé était associée à une prise d'alcool. La consommation d'alcool augmente le risque de transmission du VIH par de multiples mécanismes.

Il est prouvé qu'une prise abusive d'alcool augmente les comportements sexuels à risque (38), et une étude randomisée réalisée en Grande Bretagne sur plus de 200 patients associant prise de risque sexuel et alcool montre qu'une intervention brève sur ce sujet par un professionnel de santé diminue la consommation abusive d'alcool ainsi que les rapports à risque associés (39).

De plus, l'alcool entraîne une inflammation des muqueuses et ainsi le nombre de cellules cibles du VIH, tout en augmentant aussi, chez les patients séropositifs, la réplication virale du VIH, ce qui peut augmenter la concentration du virus dans le sperme et les sécrétions vaginales (40).

### Autres facteurs liés à l'évaluation du risque

#### - Consommation de drogues

Aucun médecin ne nous a demandé si notre prise de risque était associée à une consommation de drogues.

Comme l'alcool, la consommation de drogues entraîne une augmentation du risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles (41).

Récemment, le réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) a publié une brochure pour sensibiliser les professionnels de santé sur le Chemsex. Il désigne un ensemble de pratiques, spécifiques à certains homosexuels masculins, qui consistent à consommer des produits psychoactifs dans le cadre de sessions sexuelles. Ces pratiques augmentent fortement les risques de transmission du VIH et de l'hépatite C par transmission sexuelle mais aussi sanguine en cas d'usage de drogues par voie intra-veineuse (42).

- Rapport consenti

Un médecin a demandé à Charlotte Lemelle si son rapport à risque était consenti.

Lors des viols, le risque de transmission de maladies sexuellement transmissibles est majoré. Ce sont des rapports traumatiques, le risque augmente en fonction du degré des lésions qui surviennent (43). Les indications de proposition d'un traitement post exposition sont plus nombreuses (35).

- Rapport contre de l'argent

Deux médecins (5%) nous ont demandé si notre partenaire était un(une) prostitué(e). Aucun médecin ne nous a demandé si nous nous étions prostitués.

La prévalence du VIH et des maladies sexuellement transmissibles est plus élevée chez les personnes qui se prostituent mais aussi chez les clients.

b. Contrôles biologiques

Prescription contrôle sérologie VIH

Après avoir évalué le risque, 87,5% des médecins ont prescrit une sérologie VIH de contrôle.

Seize médecins (40%) nous ont prescrit une sérologie VIH à 6 semaines du rapport comme recommandé depuis 2009 par la HAS et confirmé sur les nouvelles recommandations de 2017 (36). Quinze médecins (35%) ont prescrit une sérologie à 3 mois comme recommandé avant 2009 et l'arrivée des tests dits de 4ème génération qui sont depuis imposés par la loi aux laboratoires (44).

Les médecins qui ne nous ont pas prescrit de contrôle ont estimé que le test était fiable dès 2 semaines ou que le risque de séroconversion lors de notre rapport à risque était très faible et qu'il ne nécessitait pas de contrôle.

Les recommandations sont en faveur d'un contrôle de la sérologie VIH à 6 semaines même s'il est vrai, qu'à partir de 15 jours post exposition, les antigènes P24 peuvent commencer à être détectés (45).

### Interprétation sérologie hépatite B

La majorité des médecins (87,5%) ont interprété notre sérologie hépatite B comme étant en faveur d'une vaccination antérieure. Certains médecins ont hésité entre une vaccination antérieure et une hépatite B guérie. Les anticorps anti-HBc négatifs renseignent sur le fait que le patient n'a jamais été en contact avec le virus de l'hépatite B.

L'interprétation est souvent donnée par les laboratoires et permet d'apporter une réponse aux médecins qui auraient des doutes, même si comme nos résultats le montrent, ces médecins sont minoritaires.

### Contrôle sérologie syphilis

Douze médecins (30%) nous ont prescrit un contrôle de la sérologie syphilis dont les trois quarts avec un délai de 6 semaines à 3 mois par rapport au rapport à risque.

La sérologie syphilis se positive dès 4 semaines après le rapport contaminant, soit 2 semaines après un éventuel chancre (46).

Les médecins ont prescrit de façon conjointe les contrôles de la sérologie VIH et ceux de la syphilis.

Les recommandations préconisent en effet d'effectuer un contrôle conjoint des sérologies VIH et syphilis à 6 semaines d'un rapport à risque (34).

### Contrôle PCR chlamydia/gonocoque

Un médecin a prescrit un contrôle gonocoque et chlamydia à Charlotte Lemelle et un médecin m'a prescrit un contrôle chlamydia.

Les infections à gonocoques et chlamydia ont une période d'incubation courte allant de 2 à 7 jours pour les gonocoques et de 3 à 14 jours pour les chlamydiae (47).

Les cervicites à chlamydia sont asymptomatiques chez la femme dans 80% des cas mais peuvent être responsables d'infections génitales hautes et de stérilité tubaire. Chez l'homme, les urétrites à chlamydia sont symptomatiques dans 50% des cas.

Les cervicites à gonocoques sont asymptomatiques chez 70% des femmes. Chez l'homme, les urétrites à gonocoques sont responsables d'un tableau bruyant avec un écoulement purulent dans 90% des cas (48).

Le rapport Morlat 2013 ne recommande pas de PCR chlamydia et/ou gonocoque systématique dans les suites d'un rapport à risque sexuel chez les patients asymptomatiques (34). Cependant, l'HAS recommande depuis 2003 un dépistage des infections à Chlamydia trachomatis chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30ans ayant des comportements sexuels à risque. Tout en précisant que ce dépistage peut être étendu aux femmes de plus de 25 ans et aux hommes de plus de 30 ans multipartenaires (49).

L'HAS recommande aussi depuis 2010 un dépistage des infections à gonocoque chez les patients HSH, multipartenaires, ayant eu un partenaire avec une IST récente ou ayant eu une IST récente (50).

Les dépistages par PCR chlamydia et gonocoque sont recommandés sur un auto-prélèvement vaginal chez la femme et sur urine du 1<sup>er</sup> jet chez l'homme, ainsi que sur prélèvement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles. (51)

### Contrôle sérologie hépatite C

Neuf médecins (22,5%) ont prescrit un contrôle de la sérologie hépatite C.

Selon les recommandations, celui-ci n'est recommandé qu'en cas de rapport traumatique ou sanglant, ou en cas de rapport anal réceptif avec un partenaire virémique pour le VHC ou de sérologie inconnue.

Les sérologies de contrôle sont à réaliser à 6 semaines et 3 mois du rapport potentiellement contaminant (34).

## Risques liés aux rapports bucco-génitaux

Les médecins généralistes consultés considèrent la fellation comme une pratique sexuelle à risque faible mais suffisamment élevé pour qu'ils recommandent à 72% une protection par préservatif. En effet, le risque de transmission du VIH n'a jamais été prouvé lors d'une fellation mais celui des autres maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis, les gonocoques, l'herpès, les chlamydiae, le papilloma virus et l'hépatite A est non négligeable et participe à la transmission de ces maladies particulièrement chez les hommes ayant des rapport avec des hommes (52).

Certains médecins nous ont aussi recommandé de ne pas pratiquer de rapports bucco-génitaux en cas de plaie buccale, de consommation d'alcool et d'éviter de nous brosser les dents avant ou après le rapport.

En effet, certaines précautions peuvent permettre de limiter les risques (52)(53) :

- Ne pas pratiquer de fellation ou cunnilingus non protégé en cas de plaies buccales
- Ne pas se brosser les dents avant et après le rapport
- Ne pas garder en bouche, ni avaler le sperme
- Eviter la consommation d'alcool et les bains de bouche alcoolisés pouvant être responsable d'irritation des muqueuses.

### c. Abord de la sexualité et recueil des éléments nécessaires à la prise en charge

#### Abord de la sexualité

L'abord de la sexualité est indispensable pour évaluer une prise de risque sexuel. Une majorité des médecins généralistes déclare des difficultés à aborder ce sujet. Les raisons principalement évoquées sont la peur d'être intrusif et de gêner le patient (54).

Lors des questions portant sur la vie affective et sexuelle du patient, nous avons pu noter du stress, des hésitations ou une diminution du niveau sonore de la voix des médecins : « Si, par contre, excusez-moi de vous poser cette question mais vous avez des rapports qu'avec des femmes ? ou c'est avec des hommes aussi ? », « D'accord, alors, euh ... je vais préciser si c'est des rapports ... hétéro ou homosexuels ? Pardon, c'est pas toujours très simple. »

Les observations faites dans notre étude sont cohérentes avec celles déjà observés dans de précédentes études.

Dans le baromètre santé 2009 réalisé par l'INPES sur un échantillon de plus de 2000 médecins généralistes, ils ont été 58,7% à déclarer aborder facilement les questions relatives à la vie affective et sexuelle contre 96,1% quand il s'agit d'aborder les risques cardio-vasculaires (17). Les médecins généralistes sont donc nombreux à éprouver des difficultés pour aborder la vie affective et sexuelle des patients.

Dans l'étude qualitative réalisée par Camille Charpentier dans le cadre de sa thèse d'exercice soutenue en 2012 et intitulée « L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin », la majorité des médecins interrogés par l'intermédiaire d'entretiens disent avoir des difficultés à aborder le sujet du VIH. Ils pensent qu'il y a encore de nombreux tabous pour les patients mais aussi pour eux-mêmes. Plusieurs médecins déclarent aussi que l'orientation sexuelle de leur patient ne les regarde pas sauf en cas de conduites à risque ou d'autres pensent savoir mais préfèrent attendre d'avoir des informations dans le discours du patient. Une difficulté est aussi notée pour aborder la sexualité avec un patient du sexe opposé (54).

L'utilisation de la méthode du patient simulé nous a permis d'observer qu'en cas de conduite à risque évoquée par le patient et d'abord de la sexualité par le patient, l'abord de la sexualité par les médecins reste difficile :

- « Euh... ouais... (rires) Euh... dans les rapports oro-génitaux euh oui parce que pour plusieurs raisons, parce que d'abord euh l'homme peut transmettre à la femme. La femme peut être porteuse d'un gonocoque ou d'une syphilis et transmettre à l'homme, voilà. Ah ouais ! Si c'est juste attouchement comme ça... voilà »,
- « C'est une bonne question en principe c'est quand même... après... c'est vrai le risque pour une fellation est beaucoup moins important / Mais s'il y a des lésions dans la bouche, s'il y a des petites choses comme ça, ça peut quand même c'est pas zéro mais c'est quand beaucoup moins important que de muqueuse à muqueuse ».

La sexualité fait référence à l'intime, l'individu derrière le médecin est davantage présent, ce qui peut expliquer que les médecins aient plus de facilités à dialoguer avec un patient du même sexe :

- « Je ne sais pas si je vous répons en tant que médecin ou en tant que personne mais bon, euh, franchement »,
- « Donc les préliminaires, en fait, oui, après je pense qu'on y va tous quand même, enfin selon les situations, après voilà. »

Par ailleurs, peu de médecins ont abordé la prise de risque sexuel de façon neutre, ils ont eu tendance majoritairement à banaliser la prise de risque en se basant souvent sur l'image que renvoyait le patient simulé et en essayant d'optimiser leur intuition : « mais bon chez vous, il y a quand même peu de risques », « c'est l'impression que vous donnez, c'est pour ça que je suis rassurant. »

Certains ont aussi dramatisé la prise de risque : « 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 ».

### Recueil des éléments nécessaires à la prise en charge

Pour recueillir les informations permettant l'évaluation du risque, la majorité des médecins (82,5%) a mené un entretien direct avec des questions fermées.

En parallèle, nous avons pu observer sur l'échelle d'empathie CARE, que les scores sur les items « le médecin vous a mis à l'aise », « vous a laissé exposé votre problème » et « était à votre écoute » ont été plus faibles chez les médecins utilisant des questions fermées par rapport à ceux qui ont utilisés des questions ouvertes et une approche motivationnelle.

Interroger un patient sur sa sexualité suscite du stress chez les médecins généralistes (55). Nous avons pu le constater dans notre étude par certaines formulations « Excusez-moi de vous poser cette question » ou « pardon, c'est pas toujours très simple » ou par des questions détournées : « Non bon en théorie c'était pas un toxicomane, pas un travestie, c'est quelqu'un de normal quoi entre guillemets quelqu'un qui ne sort pas de l'ordinaire non ? » « Vous pensez qu'il y avait un risque ? Non c'est comme ça que vous avez fait ça ? »

Si utiliser des questions ouvertes et une approche motivationnelle, peut permettre au patient de se sentir plus à l'écoute, plus à l'aise et si cela lui permet d'exposer son problème plus facilement, cela peut également permettre aux médecins d'aborder plus facilement les questions de sexualité avec les patients et de recueillir les informations nécessaires à l'évaluation et la gestion du risque.

Le RESPADD dans son livret d'information pour les professionnels et intervenants de santé concernant le Chemsex donne aussi des conseils sur la manière d'intervenir simplement. Il recommande de :

- Être à l'aise et mettre à l'aise : « on sera d'autant plus efficace pour aborder ces sujets que l'on sera soi-même à l'aise avec et qu'on laissera la possibilité à la personne de fixer elle-même les limites de ce qu'elle voudra dire ou non »
- Ne pas juger
- Mettre en œuvre de bonnes pratiques relationnelles :
  - En faisant ressentir à la personne qu'elle est bienvenue et en l'acceptant de façon inconditionnelle (c'est-à-dire en adoptant une attitude de non-jugement et d'accueil, même si l'on ne partage pas les valeurs et le contenu de ses discours)
  - En laissant parler la personne et en l'aidant à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique
  - En exprimant son empathie en reflétant et en résumant ce que dit la personne ce qui lui permet de se sentir comprise, ou à défaut d'exprimer en quoi elle ne l'est pas
  - En privilégiant les questions ouvertes et en limitant l'utilisation des questions fermées à la recherche des informations indispensables
  - En donnant des informations après avoir demandé l'autorisation d'en apporter, en évitant le jargon et en vérifiant après sa délivrance ce que l'information donnée provoque chez la personne
- Questionner : « que pouvez-vous me dire de votre usage de drogues pendant vos rapports sexuels ? » « D'après vous, quels sont les risques potentiels liés à telle ou telle pratique ? »(42)

## 4. Les changements à proposer

Lors de la réalisation de cette étude, nous avons eu la chance de pouvoir observer au plus près la pratique de 40 médecins généralistes d'Île-de-France. A partir des observations effectuées et de l'analyse des données de la littérature, il nous est à présent possible de synthétiser les thèmes à aborder pour évaluer et gérer une prise de risque sexuel et d'avoir des pistes pour les aborder au mieux.

### a. Les thèmes à aborder pour évaluer et gérer une prise de risque sexuel

#### Evaluation

- Date du rapport à risque
- Informations sur le partenaire, en priorité son statut sérologique vis-à-vis du VIH puis si cette information n'est pas connue, recherche d'appartenance à un groupe à risque (partenaires multiples, toxicomanes, originaire d'une région de forte prévalence du VIH : Afrique subsaharienne et des caraïbes)
- Rapport à risque homosexuel ou hétérosexuel/orientation sexuelle
- Rapport anal, vaginal, passif, actif, buccogénital
- Rapport à risque sous l'influence de l'alcool ou de drogues
- Rapport consenti ou non

#### Biologie à prescrire

- Sérologie VIH à 6 semaines du rapport à risque
- Sérologie syphilis à 6 semaines couplée à la sérologie VIH(46)
- PCR chlamydia même si le patient est asymptomatique sur auto-prélèvement vaginal chez les femmes et sur urine du 1<sup>er</sup> jet chez les hommes
- Recherche des gonocoques par PCR gonocoques chez les femmes même si asymptomatique, culture à partir d'un prélèvement urétral pour les hommes symptomatiques uniquement

- Recherche du portage oral ou anal des gonocoques et des chlamydiae chez les patients homosexuels même si une révision de la nomenclature doit être envisagé puisqu'actuellement, la recherche sur un seul site de prélèvement est remboursée (51)
- Dépistage de l'hépatite C recommandé devant des rapports violents de type viol, des rapports anaux traumatiques (56)
- Dépistage de l'hépatite B si absence de vaccination antérieure
- Dépistage du papillomavirus recommandé chez les femmes par un frottis cervico-utérin tous les 3 ans et vaccination recommandée chez les jeunes filles. Dépistage recommandé par examen proctologique chez les patients homosexuels masculins et vaccination recommandé jusqu'à l'âge de 26 ans avec mise en place du vaccin à disposition dans les CeGIDD (57)
- La vaccination contre l'hépatite A est recommandée chez les patients homosexuels masculins (58)

Tableau 21 : Récapitulatif des risques d'infections sexuellement transmissibles et des contrôles biologiques en fonction du type de rapport (34) (52) (59)

	Hétérosexuel	HSH	FSF	Viol	Bucco-génital
VIH (sérologie à 6 semaines)	+	+	-	+	-
Syphilis (sérologie à 6 semaines)	+	+	+	+	+
Hépatite B (sérologie sauf en cas de vaccination antérieure)	+	+	+	+	+
Gonocoques (PCR) / Chlamydia (PCR)	+ (sur 1 <sup>er</sup> jet urinaire ou prélèvement vaginal chez la femme)	+ (ainsi que portage anal et pharyngé selon les pratiques)	+ pour les chlamydiae uniquement/ - pour les gonocoques	+	+
Papilloma virus (dépistage et vaccination)	+ (pour les femmes)	+	+	+	+
VHA (vaccination)	-	+(vaccination)	+	-	-(sauf si anulingus)
VHC (sérologie)	-(sauf si traumatique)	+	-	+	-

+ : présence d'un risque nécessitant un contrôle biologique

- : risque nul ou non prouvé

## Comment recueillir les informations nécessaires ?

Pour recueillir les informations nécessaires, la réalisation d'un entretien directif avec des questions fermées paraît compliquée. Le plus souvent, il ne permet ni au patient, ni au médecin de se sentir à l'aise.

Les questions ouvertes peuvent être un moyen pour permettre aux médecins de se sentir moins intrusifs et d'être plus à l'écoute. Des questions ouvertes simples peuvent être employées :

- Dans quel contexte s'est produit votre rapport à risque ?
- Qu'est-ce qui vous inquiète ?
- Qu'est-ce qui a fait que vous ne mettiez pas 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 ?

Toutefois, certaines questions nécessitent une approche plus fermée si le patient ne donne pas de réponses de lui-même. Dans ce cas, les formulations les plus simples sont souvent les plus faciles à poser et les moins gênantes pour le patient comme pour le médecin :

- Était-ce un rapport consenti ou non ?
- Avez-vous déjà été confronté à des violences ?
- Avez-vous demandé à votre partenaire si lui aussi était inquiet et s'il avait réalisé des tests ?
- Était-ce un rapport homosexuel ou hétérosexuel ?

La question ci-dessus se rapportant simplement au rapport est plus facile à poser et plus facile à recevoir que la question de l'orientation sexuelle qui peut sembler stigmatisante pour le patient. Dans un second temps, davantage préventif, la question de l'orientation sexuelle pourra être abordée en fonction de l'acceptabilité de cette première question par le patient.

Un objectif en matière d'abord de la sexualité est de se montrer ouvert et à l'écoute pour éviter d'être insistant auprès des patients qui ne souhaitent pas aborder ces questions mais en ouvrant des portes pour les patients demandeurs :

- Pour mieux évaluer le risque que vous avez pris, m'autorisez-vous à vous poser des questions sur votre sexualité ?

Il est également important d'essayer d'adopter un discours neutre en essayant de ne pas faussement se rassurer par ses intuitions.

### Formation initiale et continue

Pour lever les freins liés à l'interrogatoire et à l'approche du patient en vue d'aborder les questions portant sur la sexualité, une solution est de s'entraîner par l'intermédiaire de jeux de rôles.

Les facultés de médecine générale, dont la faculté Paris Descartes, mettent en avant l'apprentissage des techniques d'entretien motivationnel et essaient d'intégrer de plus en plus l'apprentissage par jeux de rôles. La HAS a publié un guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé (59).

Lors des formations SFTG sur les infections sexuellement transmissibles comme celle à laquelle nous avons participé, des temps sont aussi dédiés à des mises en situation sous forme de jeux de rôles pour s'entraîner à aborder la sexualité.

La simulation permet de nous rendre compte de nos freins et difficultés mais aussi de mettre en avant les points sur lesquels nous sommes à l'aise. L'observation des pratiques des autres médecins et l'échange qui suit permet de progresser rapidement et efficacement.

#### b. Fiche synthèse à proposer aux médecins

Le regroupement de mes résultats avec ceux de la thèse de Charlotte Lemelle nous permet de proposer une fiche de synthèse avec les points importants pour évaluer, gérer et prévenir les risques de maladies sexuellement transmissibles après un rapport sexuel à risque.

### Figure 2 : Fiche synthèse à destination des médecins généralistes

## 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 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, des drogues ou des avantages
- 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
- 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 diagnostic rapide et TROD, mais aussi leurs limites
- Informer sur les lieux de dépistage et de prévention complémentaires 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 ? »,
  - « 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
- Utiliser un discours adapté à chaque patient
- Prendre en compte l'impact de la communication non verbale

# Conclusion

L'évaluation et la gestion du risque de maladies sexuellement transmissibles est une prise en charge complexe. Elle nécessite de nombreuses connaissances et compétences telles que savoir aborder les thèmes relatifs à la vie affective et sexuelle des patients.

La méthode du patient simulé nous a permis de nous mettre à la place des patients et d'accéder à la « boîte noire » des consultations grâce aux enregistrements audios. Nous avons ainsi pu étudier au plus près l'attitude et les réactions des médecins.

Les médecins consultés ont mobilisé de nombreuses connaissances sur les différentes maladies sexuellement transmissibles, leurs modes de transmission et les modes de dépistage.

Grâce à cette méthode innovante, nous avons pu observer que l'abord de la sexualité par les médecins généralistes était souvent source de difficultés, que ce soit pour poser les questions nécessaires à l'évaluation du risque ou pour répondre aux interrogations du patient.

Pour recueillir des données précises et indispensables à l'évaluation du risque, telles que la nature de l'exposition ou le statut sérologique du partenaire, les questions fermées peuvent être les plus efficaces. Toutefois, nous nous sommes sentis plus à l'aise, à l'écoute et libres d'exposer notre problème avec les médecins posant des questions ouvertes.

Grâce aux quarante médecins consultés avec Charlotte Lemelle, aux données de la littérature et à nos travaux respectifs sur l'évaluation, la gestion et la prévention des risques de maladies sexuellement transmissibles, nous avons pu réaliser une fiche de synthèse à l'usage des médecins généralistes avec les grands axes qui nous semblent importants.

# Bibliographie

1. Le Naour J-Y. Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918). *Ann Démographie Hist.* 2002;103(1):107-20.
2. Delatour F, Daniault K, Troussier T. De la prévention des maladies sexuellement transmissibles à la santé sexuelle. [Internet]. [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf>
3. Camous D. Traitement de la syphilis : un an de pratique du Salvarsan (606 d'Ehrlich) / Dr Camous [Internet]. Paris: A. Maloine; 1911 [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5695493h>
4. Willcox RR. Traitement de la syphilis. *Bull World Health Organ.* 1982;60(1):25-34.
5. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé [Internet]. Paris: La Découverte; 2008. 612 p. (Hors Collection Social). Disponible sur: <http://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
6. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967\\_legalisation\\_pilule/](http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/)
7. Le Lay E. Dépistage du VIH et des IST [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf>
8. Plan national lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014.pdf [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf)
9. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles (IST) / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
10. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique du 1er avril 2016. / Actualités / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-1er-avril-2016>
11. Rapport KABP 2011.pdf [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport\\_KABP\\_2011.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf)

12. Grémy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point? *AIDS LondEngl*. 26 mars 2004;18(5):805-9.
13. Kersaudy-Rahib D, Clément J, Lamboy B, Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. *Santé Publique*. 2013;S1(HS1):13-23.
14. Blin S. Infections sexuellement transmissibles : impact d'une formation continue en médecine générale [Internet]. [cité 16 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011\\_Medecine\\_BlinSebastien.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011_Medecine_BlinSebastien.pdf)
15. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. [cité 16 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
16. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 8 mars 2011;141:w13178.
17. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *Actual Doss EN SANTE PUBLIQUE*. déc 2011;(77):6-10.
18. Baggaley RF, White RG, Boily M-C. HIV transmission risk through anal intercourse : systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol*. août 2010;39(4):1048-63.
19. Boily M-C, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act : systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis*. févr 2009;9(2):118-29.
20. Draughon JE. Sexual assault injuries and increase risk of HIV transmission. *Adv Emerg Nurs J*. mars 2012;34(1):82-7.
21. Organisation mondiale de la santé. Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH [Internet]. [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines_fr.pdf)
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.

26. 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.
27. 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.
28. 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 GenPract.* mars 1991;41(344):97-9.
29. Dougados J, Falcoff H. Comment le médecin généraliste réagit-il face à une clairance de la créatinine abaissée? Evaluation par la méthode du patient standardisé. Thèse de médecine Université Paris Descartes. 2008.
30. Mazel A-É. Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé. 17 mars 2015;102.
31. Atlas de la démographie médicale2016.pdf [Internet]. [cité 28 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
32. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
33. Maitres de stage des universités et stages de médecine générale: poursuite de la progression de l'offre [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/160517\\_Nombre\\_MSU\\_et\\_stages\\_\\_2\\_\\_1.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/160517_Nombre_MSU_et_stages__2__1.pdf)
34. Rapport Morlat2013 [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Morlat\\_2013\\_Mise\\_en\\_ligne.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf)
35. Exposition accidentelle aux liquides biologiques : conduite à tenir [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue11-362-web.pdf>
36. Réévaluation de la stratégie de dépistage du vih, synthèse [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation\\_de\\_la\\_strategie\\_depistage\\_vih\\_-\\_synthese\\_reco.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_reco.pdf)
37. Jedrzejewski T.EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Internet]. [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210\\_JEDRZEJEWSKI\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf)
38. Logan DE, Koo KH, Kilmer JR, Blayney JA, Lewis MA. Use of Drinking Protective Behavioral Strategies and Sexual Perceptions and Behaviors in U.S. CollegeStudents. *J SexRes.* juin 2015;52(5):558-69.

39. Roderick P, S Sundaram S, Dimitrov BD, Dewhirst S, Tucker LJ, Leydon G, et al. Assessing feasibility and acceptability of a brief intervention for risky alcohol consumption in sexual health clinic attendees : a randomised controlled trial. *J Fam Plann Reprod Health Care*. avr 2016;42(2):143-51.
40. Pandrea I, Happel KI, Amedee AM, Bagby GJ, Nelson S. Alcohol's Role in HIV Transmission and Disease Progression. *Alcohol Res Health*. 2010;33(3):203-18.
41. Butt ZA, Shrestha N, Wong S, Kuo M, Gesink D, Gilbert M, et al. A syndemic approach to assess the effect of substance use and social disparities on the evolution of HIV/HCV infections in British Columbia. *PloS One*. 2017;12(8):e0183609.
42. Respadd. Chemsex, livret d'informations [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: [http://vih.org/sites/default/files/fichierattaches/chemsex\\_by\\_respadd.pdf](http://vih.org/sites/default/files/fichierattaches/chemsex_by_respadd.pdf)
43. Organisation mondiale de la santé. Violence exercée par le partenaire et VIH/SIDA [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.who.int/gender/hiv\\_aids/fripvhiv.pdf](http://www.who.int/gender/hiv_aids/fripvhiv.pdf)
44. Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence.
45. Dépistage du VIH | Checkpoint [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://mycheckpoint.ch/fr/generic/node/216>
46. Aubert JP, Crickx B, Santana P, Nougairède M. Sérologie de la syphilis, quand traiter ? [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3283\\_MG\\_2007\\_754\\_17.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3283_MG_2007_754_17.pdf)
47. Guglielminotti C. IST [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/du/grenoble/dutai-grenoble-ist-cguglielminotti.pdf>
48. Cedef. Item 95 – Maladies sexuellement transmissibles : infections urogénitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre). *Ann Dermatol Vénéréologie*. oct 2012;139(11):A57-61.
49. Chlamydia [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia\\_tome2\\_synth.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf)
50. Argumentaire gonocoque [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire\\_gonocoque\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf)
51. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
52. Netgen. Fellation non protégée : quels risques ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-401/Fellation-non-protgee-quels-risques>

53. Etes-vous sûrs de tout savoir sur le VIH et le SIDA [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1553.pdf>
54. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin [Internet]. [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01152545/document>
55. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. 18 févr2010;147-67.
56. Hépatite C, du dépistage au traitement[Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1055.pdf>
57. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=553>
58. GuideVaccinations2012 Vaccination contre hépatite A.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur : [http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012\\_Vaccination\\_contre\\_hepatite\\_A.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_hepatite_A.pdf)
59. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre Sex Société [Internet]. 29 juin 2009 [cité 30 juill 2017];(1). Disponible sur: <https://gss.revues.org/951>
60. Jeux de rôles [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/08\\_jeux\\_de\\_roles.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/08_jeux_de_roles.pdf)

# Annexes

## Annexe 1 : Demande de financement

Bonjour,

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 Dr BLOEDE et le Dr 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 oubli 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 elle aura lieu. Notre travail sera ensuite de retranscrire la consultation pour évaluer le travail de prévention et de dépistage des IST. 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 consultations 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.

## Annexe 2 : Premier scénario

Médecin : Que puis-je faire pour vous ?

Patient : je lui tends la lettre à deux mains, j'ai été chercher mes résultats au laboratoire ce matin.

Médecin : blanc ? Je comprends votre inquiétude 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.

Patient : voilà, je m'appelle François, j'ai 28ans, je vends des téléphones, 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 sans préservatif. J'étais sorti avec des amis dans un bar, j'ai rencontré quelqu'un. Le lendemain, j'étais inquiet, je suis allé voir un médecin qui m'a prescrit cette prise de sang.

Médecin : ouvre le courrier, les analyses sont toutes négatives, rassurez-vous.

Patient : *grand ouf de soulagement* ! Je suis rassuré merci, au revoir alors..., *tente de se lever et tend la main pour partir*

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

Patient : oui je risque d'avoir le SIDA, ou des Chlamydiae

Médecin : c'est pas mal, on va reprendre tout ça ensemble. D'un point de vue vie sexuelle, vie intime vous en êtes ou ? Vous rencontrez souvent des hommes, des femmes pour un soir ?

Patient : elle est ponctuée d'histoire fugace, mais seulement avec des femmes.

Médecin : vous utilisez le préservatif ?

Patient : normalement oui ...

Médecin : que s'est-il passé cette nuit-là ?

Patient : normalement j'en ai toujours un dans mon portefeuille, mais ce soir-là, j'ai oublié.

Médecin : je ne vous apprends peut-être rien mais le préservatif est la seule barrière actuellement contre les IST. J'ai du mal à comprendre qu'un jeune homme comme vous puisse se retrouver dans ce genre de situation risquée.

Patient : je sors d'une longue histoire qui s'est terminée il y a 1 an.

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

Patient : non c'est la première fois

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

Patient : certainement

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

Patient : 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

Patient : merci

## Annexe 3 : scénario évolutif

### Partie administrative

Nom Prénom Adresse Tel

Med : pourquoi moi ? : Je travaille à côté

Profession : fleuriste/téléphonie mobile

ATCD : RAS

TTT : RAS

Allergies : RAS

Tabac : non

OH festif

Frottis à jour, vaccination HPV faite

Carte vitale cassée, renouvellement en cours

Statut sérologique du partenaire non connu

---

Médecin : que puis-je faire pour vous ?

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

Consultation en urgence le lendemain matin (premier médecin trouvé / médecin de famille chez ses parents), examen clinique fait et prescription bilan

Tendre les résultats

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

Patient :

1. Mais vous 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 ?

Patient : 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 ?

Patient :

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 1 an
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	PATIENT
Pratique sexuelle ?	Que des rapports hétérosexuels
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'entre prendre avec moi
Pourquoi vous n'aimez pas en porter ?	Moins de sensations avec, je ne suis pas sûr que ça protège
Comment ça a craqué ?	C'est déjà arrivé qu'il craque pendant le rapport, un truc bizarre, le bout s'est déchiré
C'était quand ? qu'avez-vous fait ?	Il y a 3-4 mois, j'ai vu un médecin et tout était normal
Que pouvez-vous 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 ne 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
	<b>RELANCE</b> : 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
	<b>RELANCE</b> : en ce moment je sors surtout pour faire la fête, boire un verre entre amis

Vous buvez combien de verres ?	OH occasionnel, pas tous les jours, le soir, non seul, non au travail, non le week-end uniquement et jamais seul
Vous consommez de la drogue ?	Non
	<b>RELANCE</b> mon/ma partenaire n'aime pas tjrs le préservatif et en plus je ne sais pas dire non dans ce cas-là surtout après 2-3 verres
Parce que 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-ce que vous pensez faire pour améliorer les choses et diminuer les prises de risques ?	-avoir un préservatif avec moi -savoir dire non si mon partenaire refuse -faire moins d'excès pour avoir les idées plus claires
Vous êtes triste ?	Oui
Y-a-t-il des symptômes sexuels associés ?	Non
	<b>RELANCE</b> : contrôle sérologique à faire ?

## Annexe 4 : Biologie présentée aux médecins

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

---

Sérologie	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 Tréponématose (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  $\geq 1$

---

## Biologie moléculaire par P.C.R

---

Valeurs de référence Antériorités

### - Recherche de **chlamydiae** PCR

Origine du prélèvement. 1<sup>er</sup> jet urinaire

Recherche : Négative

Technique P.C.R temps réel ABBOTT

### - Recherche de **Neisseria Gonorrhoeae**

Origine du prélèvement. 1<sup>er</sup> jet urinaire

Recherche : Négative

Technique P.C.R temps réel ABBOTT

Biologiste : XXXXXXXX

2/2

## Annexe 5 : Echelle 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
<b>le médecin stagiaire :</b>						
<b>1. Vous a mis à l'aise.....</b> <i>(chaleureux vis à vis de vous , avec respect Ni froid, ni cassant)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>2. Vous a laissé exposer votre problème</b> <i>(laissé du temps pour décrire vos maux avec votre vocabulaire, Sans vous interrompre ou vous perturber)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>3. Etait à votre écoute ...</b> <i>(Attentif à ce que vous dites, sans regarder ses notes ou l'ordinateur pendant que vous parliez)</i>	<input type="checkbox"/>					
<b>4. S'est intéressé à vous dans votre globalité.</b> <i>(a demandé et cherché à connaître les détails pertinents de votre vie, votre situation,</i>	<input type="checkbox"/>					

<i>sans vous prendre pour un "numéro » )</i>						
<b>5. A pleinement compris vos problèmes</b>	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(montré qu'il avait pleinement compris vos problèmes sans en écarter aucun )</i>						
<b>6 A montré de l'attention et de la compassion. ....</b>	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(a semblé personnellement concerné par vous, humain, sans être indifférent ou détaché)</i>						
<b>7. A été positif.....</b>	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(avoir une approche et une attitude positive; Être honnête et objectif sur vos problèmes)</i>						
<b>8. A expliqué clairement les choses...</b>	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(répondu à toutes vos questions expliqué clairement donné une information claire sans être flou),</i>						
<b>9. Vous a aidé à l'autonomie.....</b>	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(exploré avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé plutôt que vous faire la leçon)</i>						
<b>10. A élaboré un plan d'action avec vous</b>	ü	ü	ü	ü	ü	ü
<i>(discuté les choix possibles, vous a impliqué dans les décisions sans négliger votre point de vue)</i>						

## **Évaluation et gestion par le médecin généraliste du risque de maladies sexuellement transmissibles : Méthode du patient standardisé**

Introduction : L'incidence des MST est en augmentation. Les médecins généralistes, médecins de premier recours, sont souvent confrontés à des patients ayant des prises de risque sexuel. Nous avons pu observer comment les médecins généralistes évaluent et gèrent le risque de MST.

Méthode : Nous avons réalisé une étude utilisant la méthode du patient standardisé. Chaque médecin participant a reçu un(e) patient(e) simulé(e) ayant eu un rapport sexuel récent sans préservatif.

Résultats : Nous avons inclus 40 médecins généralistes. Pour évaluer le risque, tous les médecins ont précisé la date exacte du rapport. Puis 72,5% ont demandé des informations sur le partenaire et 42,5% ont demandé le statut sérologique du partenaire. Un total de 35% des médecins a demandé au patient simulé homme s'il avait eu un rapport hétérosexuel ou homosexuel, 10% ont posé la question à la patiente simulée.

Un contrôle de la sérologie VIH a été prescrit par 87,5% des médecins dont 40% à 6 semaines du rapport à risque. Ce contrôle a été associé à une sérologie syphilis pour 30% des médecins consultés.

Pour recueillir les informations nécessaires à l'évaluation du risque, 82,5% des médecins ont posé des questions fermées. Les scores obtenus sur l'échelle d'empathie CARE ont été plus faibles chez ces médecins.

Conclusion : Poser les questions sur la sexualité des patients, nécessaires à l'évaluation du risque, est souvent source de difficultés pour les médecins. L'utilisation de questions ouvertes peut permettre au patient et au médecin de se sentir plus à l'aise. Au-delà des connaissances, les formations à destination des généralistes doivent continuer à développer les compétences en communication.

Mots clés : Maladies sexuellement transmissibles, prise de risque sexuel, patient standardisé, patient simulé, médecins généralistes, sexualité