

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE  
MEDECINE D'AMIENS**

**Année 2015**

**N° 2015-43**

**Etude qualitative sur les représentations et les pratiques  
concernant le VIH en Picardie par les médecins  
généralistes**

---

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 13 mai 2015**

**Par**

**Edouard Sabbagh**

---

**Président de jury :** Monsieur le Professeur Jean Luc Schmit

**Juges :** Monsieur le Professeur Patrice Fardellone  
Monsieur le Professeur Philippe Merviel  
Monsieur le Docteur Jean Schmidt

**Directeur de Thèse :** Madame le Docteur Marie Claude Leleux

*A mon Président de jury,*

*Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*

*(Maladies infectieuses et tropicales)*

*Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales*

*Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"*

*(D.R.I.M.E)*

*Merci Beaucoup pour votre gentillesse, votre disponibilité, vos conseils. Merci également pour votre patience car vous m'avez guidé lors de la mise en place de mon projet. Aujourd'hui vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

*A mes Juges,*

*Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*

*(Rhumatologie)*

*Responsable du service de Rhumatologie*

*Pôle "Autonomie"*

*Ma formation restera marquée par mon passage dans votre service durant mon internat.  
Votre gentillesse et votre pédagogie représentent un exemple pour moi. Vous m'avez appris  
beaucoup et je vous en remercie. Votre présence aujourd'hui m'honore.  
Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.*

*Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Gynécologie-obstétrique, médecine de la reproduction)  
Chef du Pôle "Femme – Couple - Enfant"*

*Vous avez accepté dans l'urgence de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie.  
Vous avez toujours été disponible pour les étudiants, même quand ils vous importunent entre  
deux consultations.*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de participer à ce jury, recevez à l'occasion de ce travail  
ma profonde gratitude.*

*Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT*

*Maître de Conférences des Universités -  
Praticien Hospitalier Médecine interne*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, Soyez assuré de ma  
respectueuse gratitude.*

*A ma directrice de Thèse,*

*Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX  
Médecin Généraliste*

*Merci beaucoup pour vos conseils, votre aide, votre disponibilité, votre écoute et votre gentillesse. Merci de m'avoir accompagné, guidé, corrigé et soutenu durant ce travail. Merci pour tout le temps que vous y avez consacré.*

*Je vous ai connu au cours de mon SASPAS et déjà vous m'aviez enseigné beaucoup, vous m'aviez toujours guidé pour que je trouve les solutions et vous aviez accepté de transmettre votre savoir.*

*Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.*

*A Eléonore évidemment,  
Pour ton aide, ta patience, ton indulgence, mais aussi pour ton amour. Tu m'as soutenu pour  
ce travail, comme tu me soutiens dans la vie. Merci d'être à mes côtés.*

*A mes Parents,  
Merci de m'avoir guidé, d'avoir été un si bel exemple pour moi. Merci à toi papa de m'avoir  
transmis ta si belle passion et ton amour pour la médecine. Merci d'être un si bel exemple de  
médecin à qui je rêve de ressembler.  
Merci toi maman pour tout ce que tu as fait, tout le travail de l'ombre effectué pour que j'en  
sois là.*

*A Charles, Delphine, Bérénice et Juliette,  
Merci de m'apporter autant de joie. Merci aussi à toi Charles d'avoir toujours été un grand  
frère bienveillant et un modèle.*

*A Papy et Mamie,  
Merci pour leur inconditionnel soutien et leur bienveillance, leur amour et leur tendresse et  
leur porte toujours grande ouverte.*

*A Jeddo et têtà,  
Vous me manquez, je pense à vous.*

*A mon oncle Joseph, Valérie, Héloïse et Agathe,  
Merci pour tous ces moments partagés même si on se voit moins, merci aussi à toi tonton de  
m'avoir inspiré comme tu l'as fait.*

*A Mr et Mme Montaigne,  
Merci pour votre soutien et les chocolats réconfortants.*

*A Christophe,  
Merci de m'avoir inspiré ce sujet. Merci d'être comme un frère pour moi.*

*A Simon,  
Merci d'être toujours là, d'être toi et d'être comme un frère.*

*A Alexandre et Hélène,  
Merci de m'avoir accompagné, soutenu dans les moments difficiles d'avoir toujours été là.  
Merci beaucoup. Je vous dois beaucoup.*

*A tous mes amis,  
Syrine, Amine, Estela, Caroline, Sébastien, Charlotte, Julien, Amandine, José David, Coralie,  
Régis, Eugénie, Pierre, Albine, Joseph, Axelle, Benoît, Gaëlle, Alexandre, Emilie, Marion.  
Merci à vous*

*A Marc, Brigitte, Philippe, Didier, Delphine, Stéphanie et Jocelyne qui m'accueillent si  
chaleureusement au travail*

*A tous les médecins et aux professeurs de médecine générale, madame le Professeur Dufour  
et madame le Professeur Boulnois, qui m'ont formé et transmis leur savoir, merci.*

*A tous les médecins qui ont accepté de se confier à moi au cours des entretiens merci, d'avoir  
rendu mon travail possible.*



<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
1.1	LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN 2013.....	11
1.1.1	<i>En France.....</i>	11
1.1.2	<i>En Picardie.....</i>	12
1.1.3	<i>Tableau 1 : comparatif des données épidémiologiques en 2013.....</i>	13
1.2	ETAT DES LIEUX : RECOMMANDATIONS HAS 2009 ET PLAN VIH/SIDA/IST DU MINISTERE DE LA SANTE 2010-2014.....	14
1.3	LA PROBLEMATIQUE D’ETUDE : LES REPRESENTATIONS ET LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS SUR LE VIH.....	15
<b>2</b>	<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>16</b>
2.1	POPULATION ETUDIEE ET RECRUTEMENT.....	16
2.2	LA PREPARATION ET LA REALISATION DES ENTRETIENS.....	17
2.3	LA TRANSCRIPTION DES DONNEES.....	17
2.4	L’ANALYSE DES ENTRETIENS.....	17
2.5	LA SATURATIONS DES DONNEES.....	18
<b>3</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>19</b>
3.1	LES THEMES ABORDES.....	19
3.1.1	<i>La représentation de la maladie.....</i>	19
3.1.2	<i>Le rôle des médecins généralistes dans la maladie.....</i>	21
3.1.3	<i>Les contextes de prescription.....</i>	24
3.1.4	<i>Les difficultés de prescription.....</i>	28
3.1.5	<i>La formation au VIH.....</i>	32
3.1.6	<i>L’infection VIH au quotidien.....</i>	34
3.1.7	<i>Les pistes d’amélioration.....</i>	35
<b>4</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>38</b>
4.1	DISCUSSION SUR LA METHODE.....	38
4.2	DISCUSSION DES RESULTATS.....	39
4.2.1	<i>La représentation des médecins du VIH : une « normalisation paradoxale » de l’infection.....</i>	39
4.2.2	<i>Les contextes de prescription.....</i>	40
4.2.3	<i>Le rôle des médecins généralistes.....</i>	41
4.2.4	<i>La relation médecin malade frein au dialogue autour du VIH.....</i>	42
4.2.5	<i>La formation.....</i>	43
4.2.6	<i>Les pistes d’améliorations.....</i>	45
<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>47</b>

<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>52</b>
7.1	ANNEXE 1 : LE GUIDE DE L'ENTRETIEN .....	52
7.2	ANNEXE 2 : LES ENTRETIENS RETRANSCRITS .....	53

# 1 Introduction

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est un rétrovirus qui a fait son apparition au début des années 80 quand le Center for Diseases Control and Prevention (CDC américain) annonce une recrudescence d'infections à pneumocystis carinii et de sarcome de Kaposi. Dès 1987 la communauté internationale prend conscience de la gravité de la pandémie et l'Assemblée Générale des Nations Unies invite tous les Etats à coopérer dans la lutte contre le VIH, notamment à travers son programme ONUSIDA créée en 1995.

A ce jour le VIH est le virus le plus étudié dans le monde. Si durant les dernières années la prise en charge thérapeutique a progressé, le dépistage de l'infection quant à lui, présente encore un certain retard, avec notamment un pourcentage encore élevé de diagnostics tardifs.

## 1.1 Les données épidémiologiques en 2013

### 1.1.1 *En France*

On estime à 150 000 le nombre de patients porteurs du VIH, dont 30 000 qui s'ignorent. En 2013, 5,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées soit 79/1000 habitants, ce qui plaçait la France au deuxième rang des pays de l'Europe de l'ouest en matière de dépistage. La majorité des sérologies ont été réalisées en laboratoire de ville, environ 80%, et seulement 7% dans le cadre de Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG). Pour autant 72% des découvertes de séropositivité sont effectuées en milieu hospitalier et 28% par le médecin de ville. En 2003 seulement 24% des découvertes de séropositivité étaient réalisées en ville. Environ 6200 personnes ont découvert leur séropositivité en France en 2013. [1]

Parmi les découvertes de séropositivité, la proportion d'homme a continué d'augmenter, elle était de 68% contre 57 % en 2003. La tranche d'âge des 25-49 ans représente 71% des découvertes, les plus de 50 ans représentaient 17% et les moins de 25 ans 12%. [1]

Parmi les modes de contamination, 55% ont été contaminés par rapport hétérosexuel, 43% par rapport homosexuel et 1% par injection de drogue. [1]

Toutefois en 2013, on notait une diminution des diagnostics tardifs qui représentaient malgré tout 25% des diagnostics contre 39% des diagnostics précoces, taux également en progression. [1]

### *1.1.2 En Picardie*

En 2013, 108 300 sérologies ont été réalisées par les laboratoires privés, publics ou le CDAG, ce qui représentait 56 sérologies /1000 habitants. Les dépistages en CDAG ne représentaient que 5% des sérologies réalisées contre 7% sur le plan national. [2]

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH est estimé à 96 personnes dont 10% de 15-24 ans et 20% de plus de 50 ans. Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité plus de la moitié ont été contaminées par rapport hétérosexuel et un tiers par rapport homosexuel. La proportion de contamination par rapport homosexuel était donc plus faible que sur le plan national. [2]

Il y avait 1302 patients suivis pour le VIH dont 57,6% d'hommes et 42,4% de femmes. Parmi les 1302 patients, 32% avaient entre 40 et 49 ans, tranche la plus représentée et 11,3% ont plus de 50 ans. Les modes de transmission rapportés montraient une transmission hétérosexuelle dans 60,8%, homosexuelle dans 21,7%, utilisation de drogue dans 6,9% et bisexuelle dans 2,6% des cas. On note donc que le taux de transmission par rapport homosexuel était bien inférieur à la moyenne nationale. [2]

En ce qui concernait les diagnostics, 35% ont été réalisés à un stade très tardif (CD4inf a 200/mm3) contre 28 % à un stade précoce. De plus ¾ des découvertes ont été réalisées à l'hôpital et ¼ en médecine de ville. [2]

Enfin sur la période 2009-2011 on estime que 8 patients sont décédés du VIH par an en Picardie contre 17 il y a 10 ans. [2]

*1.1.3 Tableau 1 : comparatif des données épidémiologiques en 2013*

	France	Picardie
<b>1. Nombre de sérologies pour 1000 habitants</b>	79/1000	56/1000
<b>2. Age de la découverte</b>		
- de 25 ans	12 %	10 %
25-49 ans	71 %	70 %
+ de 50 ans	17 %	20 %
<b>3. Modes de contamination des découvertes en 2013</b>		
Hétérosexuel	55 %	Sup. à 50 %
Homosexuel	43 %	Environ 1/3
Usage de drogue injectable	1 %	Inconnu
<b>4. Nombre de sérologies positives au VIH</b>	2,2 sérologies positives pour 1000 sérologies	1,2 sérologies positives pour 1000 sérologies
<b>5. Dépistage en 2013</b>		
Stade tardif	28 %	35 %
Stade précoce	38 %	28%
<b>6. Répartition des sexes à la découverte</b>		
Hommes	69 %	60 %
Femmes	31 %	40 %
<b>7. Mode de contamination des patients suivis pour le VIH</b>		
Hétérosexuel	55 %	60,8 %
Homosexuel	43 %	21,7 %
Usage de drogue injectable	1 %	6,9 %

## **1.2 Etat des lieux : recommandations HAS 2009 et plan VIH/SIDA/IST du Ministère de la Santé 2010-2014**

L'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques et prophylactiques a renforcé l'intérêt d'un diagnostic précoce de l'infection par le VIH au niveau individuel et collectif.

Au niveau individuel, le dépistage précoce peut ainsi permettre l'instauration précoce d'un traitement antirétroviral dont l'efficacité sur la réduction de la morbidité et la mortalité a été démontrée.

Au niveau collectif, le dépistage pourrait réduire les taux de transmission de l'infection VIH, soit directement par la diminution des pratiques à risque, soit indirectement par l'identification de personnes infectées supplémentaires remplissant les critères de mise sous multithérapie, elle-même à l'origine d'une réduction de l'infectivité des personnes contaminées.

C'est à partir de ces constats sur les dépistages qu'en 2009 la Haute Autorité de Santé a publié « Dépistage de l'infection par le VIH - Stratégies et dispositif de dépistage » [3]. De même le Ministère de la Santé a développé le plan national VIH/SIDA/IST 2010 -2014 [4].

Les objectifs du plan national concernant le VIH et le SIDA étaient de réduire de 50% l'incidence du VIH, et de 50% l'incidence de SIDA, de réduire de 50% l'incidence des personnes découvrant leur séropositivité au stade SIDA et de réduire de 20% la mortalité due au SIDA. Le plan national VIH/SIDA/IST 2010-2014 a développé différents axes de travail sur la prévention, la prise en charge médicale, la prise en charge sociale, la recherche, mais également sur le dépistage.

En ce qui concernait le dépistage, les recommandations ainsi que le plan insistaient sur la nécessité d'un dépistage précoce, et le travail à effectuer sur un dépistage systématique dans la population générale en dehors de toute notion de risque afin d'identifier les personnes ignorant leur séropositivité. La deuxième cible de cette stratégie de dépistage précoce était la

population de personnes identifiées à risque mais sans contact avec des structures de soins et sans démarche de diagnostic volontaire.

Depuis les recommandations d'élargissement du dépistage de 2010, le nombre de sérologies réalisées a faiblement augmenté en France de 5% et de 1% en Picardie. [2]

### **1.3 La problématique d'étude : Les représentations et les pratiques des médecins généralistes picards sur le VIH**

Nous savons que depuis les années 80, l'infection VIH a évolué tant sur le plan thérapeutique que sur le plan sociologique. Le regard des médecins généralistes sur le VIH s'est construit au cours de ces années. De même, les études en faculté de médecine forgent le regard et l'approche des futurs médecins vis à vis du VIH, jusqu'à ce que cette approche soit confrontée à la réalité de l'exercice. Mon expérience en tant que médecin remplaçant m'a donné l'opportunité de confronter mon savoir théorique sur le VIH à la pratique face à des patients porteurs de l'infection. A l'issue de cette expérience, je me suis donc posé la question de ma propre représentation du VIH, cette dernière influe t-elle sur ma pratique ?

De plus, à la lumière des chiffres présentés ci-avant, j'ai complété ma réflexion en me demandant pourquoi existe t-il toujours autant de difficultés dans le dépistage ? Pourquoi en dépit des recommandations, existe t-il encore aujourd'hui un retard dans le diagnostic ? Et pourquoi malgré le fait que la majorité des sérologies soient réalisées en ville par des médecins généralistes, les diagnostics restent toujours en majorité hospitaliers ?

Ainsi, je me suis décidé à interviewer les médecins généralistes picards pour en savoir davantage sur leurs pratiques et leurs représentations dans le domaine du VIH.

## 2 Matériel et méthodes

### 2.1 Population étudiée et recrutement

La population étudiée était celle des médecins généralistes exerçant en Picardie entre la période de septembre 2014 et mars 2015, qu'ils soient installés ou remplaçants.

Le recrutement a été réalisé auprès des médecins généralistes picards, les rendez-vous ont été pris par téléphone, directement au cabinet, en prenant soin de ne pas divulguer mon sujet d'étude. Le recrutement a été réalisé de façon à obtenir un échantillon le plus diversifié possible. Dix entretiens ont été réalisés avant d'arriver à saturation des données.

Parmi les dix médecins interrogés il y avait 3 femmes et 7 hommes, dont 6 exerçaient dans l'Oise, 3 dans la Somme et 1 dans l'Aisne.

Tableau 2 : les médecins interviewés

	AGE	Région	Sexe	Milieu
<b>Médecin 1</b>	36	OISE	FEMME	Semi rural
<b>Médecin 2</b>	60	AISNE	HOMME	Urbain
<b>Médecin 3</b>	63	OISE	HOMME	Rural
<b>Médecin 4</b>	63	OISE	HOMME	Semi rural
<b>Médecin 5</b>	30	SOMME	FEMME	Rural
<b>Médecin 6</b>	?	SOMME	HOMME	Urbain
<b>Médecin 7</b>	56	OISE	FEMME	Semi rural
<b>Médecin 8</b>	?	OISE	HOMME	Semi rural
<b>Medecin9</b>	?	OISE	HOMME	Semi rural
<b>Medecin10</b>	?	SOMME	HOMME	Semi rural



## **2.2 La préparation et la réalisation des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2014 et mars 2015. Un premier entretien test a été réalisé pour ajuster le guide de l'entretien. Ils ont tous été réalisés au cabinet du médecin interviewé et enregistré à l'aide du dictaphone de mon téléphone portable.

Les entretiens ont été préparés à l'aide d'un guide de l'entretien (annexe 1). Il était précisé systématiquement qu'il s'agissait d'entretien anonyme. Dans un premier temps je m'attachais à découvrir le médecin interviewé avec une question « brise-glace ». Dans un deuxième temps j'introduisais le thème des maladies sexuellement transmissibles pour aboutir à mon thème du VIH. Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés.

## **2.3 La transcription des données**

La retranscription des données a été réalisée à partir de l'enregistrement audio des entretiens à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ®. Lors de la retranscription tous les noms de villes, villages ou médecins ont été effacés et remplacés par la première lettre du nom en question. La retranscription a été réalisée consécutivement à chaque entretien.

## **2.4 L'analyse des entretiens**

L'analyse des entretiens a été effectuée à l'aide du logiciel NVIVO 10.1.3 ®, ce qui permettait d'apporter une aide technique au traitement des données, mais n'effectuait aucune interprétation.

Pour l'analyse j'ai utilisé la méthode de théorisation ancrée (ground theory) [5] décrite en 1967 par Glaser et Strauss. Les points de vue de Glaser et Strauss ayant divergé dans les années 80, j'ai utilisé l'approche de Strauss. Cette méthode repose sur l'analyse phrase par phrase des données récoltées. Aucune grille d'analyse, aucuns thèmes ne sont définis par avance. Seul le champ de recherche est défini, dans mon cas il s'agissait du VIH et ses représentations. Au fur et à mesure des entretiens j'ai réalisé un codage, ce qui consistait à extraire des phrases ou des mots et à synthétiser les significations par un ou plusieurs mots qui deviennent alors un code. A l'apparition d'un nouveau code dans un entretien, une relecture

des entretiens précédents, à la recherche de ce code, est effectuée. Le regroupement des codes permettait ensuite de faire émerger des concepts et des thèmes plus généraux [6]. Pour augmenter la validité interne de l'étude, les entretiens ainsi que le codage ont bénéficié d'une relecture avec ma directrice de thèse. De même pour rester dans l'approche de Strauss aucune revue de la littérature n'a été réalisée avant la réalisation des entretiens, seule la recherche d'études similaires sans les lire a été réalisée.

## **2.5 La saturations des données**

Le nombre d'entretiens n'a pas été déterminé par avance. Les entretiens ont été interrompus lorsque aucun nouveau code n'est apparu à l'analyse des deux derniers entretiens.

## 3 Résultats

### 3.1 Les thèmes abordés

#### 3.1.1 La représentation de la maladie

Les médecins ont pour la plupart exprimé le fait que l'infection VIH était devenue une maladie chronique avec des patients qui se portent bien et un traitement qui fonctionne. Pour les médecins déjà installés à l'apparition de l'infection, ils ont notés l'évolution de la perception de la maladie entre le début de l'infection et la situation actuelle.

*Médecin 6 : « on a l'impression que le VIH voilà on prend un traitement et on est euhh alors c'est un traitement, une maladie chronique mais avec un traitement qui marche, avec des gens qui vont bien [...] »*

*Médecin 5 : « Le VIH euh. Pour moi, je vois ça maintenant comme une pathologie infectieuse chronique qui...voilà qui qui qui se soigne, qui se guérit pas mais avec qui on vit très bien enfin très bien avec qui on vit. »*

*Médecin 3 : « Bahh ça évoque une maladie infectieuse dont on connaît actuellement la prévention euhh dont on avance dans le traitement en tout cas dans la stabilisation ni plus ni moins. »*

Parmi les médecins interrogés un seul a exprimé son désaccord avec la notion de maladie chronique, pour exprimer le fait que le VIH reste une maladie mortelle.

*Médecin 10 : « Ben le VIH actuellement on a tendance à le banaliser en di en disant que c'est une maladie qui est devenue chronique, et je pense que c'est toujours une maladie mortelle [...] »*

Mais ce n'était pas le seul à redouter la banalisation de l'infection.

*Médecin 6 : « Ah oui oui oui alors ça peut-être aussi un écueil c'est un danger ça sur le sur le sur le voilà c'est quelque chose de relativement banalisé ce qui fait qu'on y pense plus et mmm et voilà, on sait bien je veux dire qu'il y a plein de VIH en circulation, [...] »*

D'autres médecins mettaient en avant la banalisation de la maladie au sein de la population.

*Médecin 7 : « j'ai l'impression queeee par contre les jeunes ne se protègent plus du tout comme à un moment. En fait je pense qu'ils pensent que ça peut arriver qu'aux autres et ...et qu'on a du mal à leur faire prendre conscience que euhhh que ça peut leur arriver aussi à eux . »*

*Médecin 9 : « par contre, je trouve queee au niveau prévention, il y a eu euhh y a eu une période, où la prévention, qu'elle soit médiatique, médicale, était euhh présente plus plus plus, j'ai l'impression que c'est un petit peu en chute libre par rapport à ça, quoi. »*

La plupart des médecins qui assimilent aujourd'hui le VIH à une infection chronique, ont fondé leur point de vue en comparaison avec le début de l'infection, qui évoquait à cette époque, pour eux aussi, le thème de la mort.

*Médecin 8 : « j'ai pas de statistique ni rien mais j'ai moins la notion de mort par rapport au SIDA aujourd'hui que je pouvais l'avoir il y a 20 ans. »*

*Médecin 6 : « J'ai l'impression que les les euhh en tout cas pour moi les choses se sont vraiment extrêmement euhh calmées quoi euhhhh toute la charge d'angoisse et tout ce côté mortifère je veux dire du VIH EUHH il y a quelque années [...] »*

*Médecin 4 : « J'ai plein de patients qui sont morts euhh la trithérapie .. ils meurent plus quoi. »*

Ils étaient également revenus sur le côté angoissant et la peur que l'infection VIH pouvait susciter ainsi que sur le regard que certains patients pouvaient avoir vis à vis de la maladie, notamment le sentiment « honteux ».

*Médecin 1 : « après je pense que les personnes qui sont concernées aussi, comme c'est une maladie qui fait tellement peur qu'elles reculent [...] »*

*Médecin 7 : « Une maladie quand même qui fait peur. Enfin moi je trouve que même si on guérit maintenant parce que il y a la trithérapie et tout euhh je pense que c'est quand même une maladie qui est angoissante. »*

*Médecin 1 : « c'est plutôt une maladie, pour ceux que je côtoie en tout cas qui ne veulent pas divulguer parce que c'est une maladie un peu de la honte, on a l'impression encore »*

### *3.1.2 Le rôle des médecins généralistes dans la maladie*

#### *3.1.2.1 Le dépistage et la prévention*

Au cours des entretiens, lorsque j'ai évoqué avec les médecins, le rôle qu'ils pouvaient jouer dans le domaine du VIH, ils ont unanimement évoqué leur rôle dans le dépistage.

*Médecin 3 : « un rôle de dépistage, un rôle dépistage essentiellement [...] »*

*Médecin 5 : « Dépistage et prévention. Oui. »*

*Médecin 6 : « Dans le dépistage. Je pense que si on a un rôle à jouer c'est effectivement au niveau du dépistage. [...] »*

*Médecin 10 : « Nous, je je dirais que notre rôle se cantonne, entre guillemets, au dépistage, hein. »*

Dans la majorité des cas, les médecins ont exprimé l'importance de la prévention mais également celle de l'éducation et du conseil.

*Médecin 1 : « la prévention, évidemment, par exemple dans la contraception où je préviens que voilà ça évite les grossesses mais pas les maladies sexuellement transmissibles [...] »*

*Médecin 8 : « je suis plus dans le préventif hein. »*

*Médecin 9 : « Ouais, dans dans la prévention effectivement euh pour euh pour les jeunes qui ont des rapports sexuels et à la limite dans l'éducation pour ceux qui n'en ont pas encore, quoi. »*

Deux médecins ont également exprimé la nécessité de dépister les porteurs qui s'ignoraient.

*Médecin 6 : « Alors bon il faut repérer effectivement ceux qui sont porteurs ça c'est notre boulot faut euh parce qu'il faut les traiter très vite. Hein euhh l'intérêt de la trithérapie intervenir quand même assez précocement euh mais euhh voilà y'a plus ce y'a plus ce flippe quoi sur .. sur le VIH [...] on sait bien je veux dire qu'il y a plein de VIH en circulation, des gens qui s'ignorent euhh qui ignorent leur séropositivité [...] »*

*Médecin 7 : « Sûrement. Parce que je sais qu'il faut demander..on demande pas assez de sérologies HIV. Qu'y a plein de gens qui sont ...c'est sous estimé. »*

### 3.1.2.2 Traitement

Si les médecins généralistes ont tous revendiqué leur rôle dans le dépistage et la prévention, a contrario, ils ont tous admis n'avoir aucun rôle à jouer dans le traitement. Evoquant pour la plupart la complexité de celui-ci et leur manque de compétences dans le domaine.

*Médecin 1 : « donc j'ai aucun rôle, je ne m'en sentirais pas capable de toute façon, j'ai aucun rôle dans la gestion du traitement [...] »*

*Médecin 4 : « Je suis complètement incompetent au niveau de la manipulation des traitements du VIH [...] »*

*Médecin 6 : « Si si si on me demandait de de décrire le traitement actuellement du VIH je suis incapable ; je recopie des trucs et je les oublie immédiatement quoi. »*

*Médecin 10 : « le problème du VIH, nous généralistes, on a plutôt l'impression que c'est réservé aux aux spés hein, pathologies infectieuses, notamment tout ce qui est traitement, etc., c'est déjà quelque chose de de de de bien spécialisé [...] »*

Tous s'accordaient pour exprimer le fait que le traitement relevait de la médecine spécialisée.

*Médecin 3 : « J'ai eu, j'ai eu des patients chez qui le diagnostic a été fait par d'autres collègues, qui ont changé de région et qui ont un suivi, un traitement qui est fait par des centres spécialisés hospitalo universitaires [...] »*

*Médecin 4 : « J'ai l'impression que c'est quelque chose de bien cerné et la thérapeutique me paraît très complexe. euhh Elle est efficace manifestement. Donc je laisse, vraiment c'est vraiment quelque chose que je laisse aux mains des spécialistes. [...] »*

*Médecin 6 : « En plus comme ça change ça évolue, c'est pas mon truc quoi. Clairement c'est quelque chose qui relève pour moi de la médecine spécialisée et qui m'intéresse pas euhh. »*

### 3.1.2.3 Suivi

En ce qui concernait le suivi, les médecins ayant des patients VIH limitaient leur champ d'action à la médecine générale, mais également aux événements liés au VIH ou aux effets secondaires du traitement. Ce qu'ils considéraient comme faisant partie intégrante du suivi de médecine générale en prenant le patient dans son ensemble. Mais pour la plupart cela ne représentait pas un suivi de la maladie puisqu'ils n'intervenaient jamais sur le traitement ou la surveillance de l'infection.

*Médecin 6 : « Le suivi c'est..c'est essentiellement du renouvellement de traitement et puis du du du euhh., s'occuper des pathos annexes liées au VIH, mais le VIH lui même on peut pas dire qu'on le qu'on qu'on fasse des suivis de VIH [...] »*

*Médecin 1 : « je vais gérer plutôt tout ce qui est à côté et potentiellement les effets secondaires du traitement [...] »*

*Médecin 2 : « Alors, que je voyais quand même régulièrement, euh pas pour son traitement, mais pour euh, pour des épiphénomènes liés à sa maladie [...] »*

### 3.1.3 Les contextes de prescription

Les médecins ayant tous déclaré avoir essentiellement un rôle dans le dépistage, nous avons abordé ensemble le contexte dans lequel ils étaient amenés à prescrire une sérologie VIH. Tous les médecins reconnaissaient que la majorité des prescriptions étaient réalisées à la demande du patient que ce soit dans le cadre d'une nouvelle relation, d'une conduite à risque



ou de la consommation de drogue ; et précisant que la demande émanait le plus souvent de patients jeunes.

*Médecin 8 : « Alors après on a souvent des demandes de bilan par exemple euhh dans les jeunes qui se rencontrent et qui au bout de quelques mois, pour faire sauter le préservatif viennent demander unnnnn un bilan infectieux surtout hépatite C et SIDA. »*

*Médecin 4 : « par contre c'est assez courant que des patients viennent me voir en disant euhhh il faudrait un dépistage [...] »*

*Médecin 9 : « effectivement c'est plus euhh dans le cas euhh de gens euhh qui savent qu'ils ont des conduites à risques euh, qui demandent quoi, [...] » « globalement c'est quand même eux qui abordent le sujet, hein, parce que ils se posent des questions aussi euhh par rapport àààà des histoires extra-conjugales, en fait, hein. »*

*Médecin 7 : « il y a des gens qui viennent spontanément, qui prennent même rendez-vous en disant mais j'ai juste besoin d'une ordonnance pour faire une sérologie HIV. »*

Pour certains d'entre eux, ils ne ressentaient pas la nécessité d'avoir une justification, à la demande.

*Médecin 3 : « Généralement les gens demandent sans dire le pourquoi ; souvent ils viennent : « eh bien j'aimerais bien un bilan sanguin et si c'est possible les maladies sexuellement transmissibles » disons les MST. Donc je n'essaye pas de savoir le pourquoi parce qu'ils ont pas envie de me le dire [...] »*

*Médecin 4 : « Après le côté avoir tiré un coup de façon illicite, j'ai pas à rentrer dans ce, dans cette problématique ça c'est son histoire quoi euhh moi je suis là pour soigner, je suis pas là pour juger. »*

Lorsque la prescription d'une sérologie était proposée, ou, la prévention abordée par le médecin, cela se faisait dans un certain nombre de contextes qui apparaissent de façon récurrente dans les entretiens. Ainsi la prescription d'une contraception ou la grossesse ressortaient comme deux moments clés où ils pouvaient aborder le sujet et proposer la réalisation d'une sérologie HIV.

*Médecin 3 : « rôle de dépistage et de conseil notamment lorsque je prescris et j'initie un traitement de contraception [...] j'attire l'attention deeee mes jeunes patients sur le fait que d'avoir une contraception n'épargne pas une maladie sexuellement transmissible, j'explique les modalités, je dirais, de prévention et la nécessité deeee, d'avoir une prise de sang de part et d'autre des deux partenaires lorsqu'il s'agit de faire des rapports sans préservatifs. »*

*Médecin 8 : « je le propose aussi très régulièrement c'est au moment des grossesses. »*

*Médecin 1 : « Du potentiel patient c'est la prévention, évidemment, par exemple dans la contraception où je préviens que voilà ça évite les grossesses mais pas les maladies sexuellement transmissibles [...] »*

La sérologie VIH sera également, assez largement, proposée chez les patients consultant pour des symptomatologies génito-urinaires ou autre MST.

*Médecin 1 : Moi spontanément c'est quand même plus quand j'ai des ... quand il y a eu des contacts sexuels ... avérés inconnus et qu'ils sont inquiets. Ou quand il y a des MST qui sont distinguées, détectées autrement [...] En général seulement quand il y a un problème de MST à côté[...].*

*Médecin 7 : « elle hurle de douleur la pauvre parce qu'elle avait un herpès très étendu au niveau vulvaire, tout ça. Donc je l'ai vue en consulte euhh bah écoute j'ai un peu complété les médicaments, c'est vrai que je l'ai mis un peu sous Zelitrex qu'elle n'avait pas eu ..euhh et puis j'ai mis des anti douleurs ... Un petit peu, et puis elle a été*

*faire sa prise de sang quand même. [...] sérologie herpétique, on avait fait le HIV et puis c'est tout. »*

*Médecin 2 : « je l'ai demandé, c'est quelqu'un qui avait euh une ...une MST avec des adénopathies...inguinales »*

*Médecin 3 : « Jamais non mais si la consultation peut évoquer aussi bien par l'interrogatoire que par les symptômes euuuh une situation qui peut orienter vers une maladie sexuellement transmissible : oui mais pas systématique. »*

Dans deux entretiens, la prescription d'une sérologie VIH ressortait devant un tableau d'asthénie ou de perturbation de bilan sanguin.

*Médecin 5 : « C'est toujours plus délicat de le lancer mais les tableaux d'asthénie et compagnie un peu bâtard qu'on on comprend pas trop d'où ça vient. Sortir la petite carte bilan : « Et dans un même temps pourrions-nous peut-être vérifier vos sérologies ? » »*

*Médecin 2 : « La 2ème fois que je l'ai demandé, je crois que c'était à peu près pareil. Même motif. Après si, je le demande aussi euh... euh... pff...sur des perturbations de l'état général, par exemple une asthénie avec des signes cliniques quand même, hein il faut quand même euh il faut des adénopathies enfin il faut... une altération de l'état général, après sur les perturbations de bilans biologiques. »*

Et une fois dans le cadre de la transfusion.

*Médecin 10 : « Bon après y a des des des rares cas où on peut proposer dans le cadre de transfusion ou des choses comme ça mais bon, moi je prescris plus à des jeunes. »*

La prescription d'une sérologie était plus facilement proposée lorsque le médecin avait connaissance des pratiques sexuelles à risque (multipartenaire), de l'utilisation de drogues ou de l'homosexualité de son patient.

*Médecin 10 : « généralement c'est les plus les patients qui me le proposent mais bon parfois s'il y s'agit euh de toxicomanes, euh, je leur en parle hein. »*

*Médecin 7 : « Des dépistages oui chez les gens à risques. [...] Enfin les gens qui ont multi partenaires, tout ça.*

*(Moi : Et est-ce que c'est facile à identifier les personnes à risque justement ?)*

*Oui parce que c'est des gens qu'on connaît un peu quand même, en médecine générale, depuis le temps, on connaît un peu les gens »*

*Médecin 5 : « je me suis déjà fait la remarque des patients qui euh, dans la discussion, j'avais compris qu'ils étaient euh homosexuels et de me faire la remarque : « Tiens, il faudrait que je lui propose peut-être une sérologie. [...] »*

*Médecin 8 : « Alors ouais ou si tu sais par exemple qui qu'y a une homosexualité euhhh chez les patients et puis avec une vie quand même un peu dissolue, je vais le proposer [...] »*

### *3.1.4 Les difficultés de prescription*

Lorsque, au cours des entretiens, a été évoquée la difficulté des médecins à parler eux-mêmes du VIH avec leurs patients, les réponses ont été très variées et nuancées.

En effet certains médecins admettaient que le sujet pouvait parfois être compliqué à aborder, notamment lorsqu'ils l'abordaient en premier.

*(Moi : « Est-ce que quand vous l'abordez, est-ce que vous trouvez ça simple à aborder ? »)*

*Médecin 2 : « Ah non c'est pas simple, non. C'est jamais simple, surtout le VIH. [...] »*

*Médecin 6 : « c'est un domaine où c'est, je trouve que c'est pas facile et où on peut, on peut euhh où on peut omettre un certain nombre de choses simplement parce qu'on ose pas quoi, [...] »*

*Médecin 5 : « Ben, faut leur poser des questions. C'est difficile. »*

La raison principale qui rendait le sujet difficile à aborder était l'image renvoyée au patient lorsque le médecin parlait du VIH.

*Médecin 6 : « on peut omettre un certain nombre de choses simplement parce qu'on ose pas quoi, on ose pas poser certaines questions qui pourraient, qui pourraient blesser les gens »*

*Médecin 6 : « il y a toujours un peu de de de moralisme derrière ça quoi ou les gens peuvent le percevoir comme tel quoi. Le fait qu'on les interroge sur leur ...ouais sur leur vie euhh leur vie intime quoi. [...] »*

*Médecin 6 : « c'est toujours une question quand même qui peut être très très mal vécue quoi... »*

*Médecin 2 : « Ah non c'est pas simple, non. C'est jamais simple, surtout le VIH. Hein parce que même vis à vis des gens euh...euh...non seulement des patients mais surtout de leur famille, quand tu discutes avec eux, ça a ça a quand même une connotation assez euh... assez désastreuse, quoi. Les gens, ils sont...il y a le sentiment de honte, y a le sentiment d'être marginalisé. Euh...euh même vis à vis de sa propre famille, quoi. »*

*Médecin 10 : « Je pense plutôt que c'est dans une relation de confiance, quelqu'un qui vient vous voir, qui vient vous voir pour la première fois, vous n'allez pas lui dire euh ça, ça parce que ça peut être quand même mal vécu hein. [...] En disant qu'est-ce que le médecin pense de moi pour pour qu'il me propose ça. »*

Une autre difficulté rencontrée pouvait provenir de la présence d'un conjoint ou des parents.

*Médecin 4 : « Bah il faut être seul à seul avec le patient. Parce que souvent il a une compagne ou un compagnon et donc euhh c'est...[...] C'est plus délicat de poser la question.*

*Médecin 9 : « Alors c'est pas toujours facile à aborder dans le sens où en fait euhh cette période euhh où il y a eu des rapports on ne la connaît pas forcément parce qu'en consultation il y a souvent les parents, et il y a encore des sujets qui sont tabous au niveau rapport parents enfant, donc en fait on sait euhh les premiers rapports, des fois euhh plus-tard, en fait hein. »*

Un des médecins évoquait également le fait que les médecins pouvaient ne pas être à l'aise avec le sujet de la sexualité.

*Médecin 6 : « Parce que c'est quand même, c'est une interrogation sur la sexualité et on est pas forcément nous médecins très à l'aise par rapport à ça parce qu'on est quand même dans l'intime des gens et leur dire vous avez combien de partenaires, c'est toujours une question quand même qui peut être très très mal vécue quoi... »*

Enfin pour l'un des médecins, la difficulté venait de l'attitude des patients face au VIH. En effet si certains étaient conscients de la nécessité du dépistage, d'autres préféraient ignorer le risque :

*Médecin 3 : « l'attitude de la population est variée selon la personnalité des intéressés. Certains veulent savoir et faire face. D'autres ne veulent pas savoir »*

Pour d'autres, il ne s'agissait pas d'un sujet difficile à aborder.

*Médecin 4 : « Je suis assez à l'aise avec mes patients et donc j'aime bien les titiller sur leur vie sexuelle, parce que de là découlent beaucoup de choses donc j'hésite pas des fois à les violenter avec sympathie, mais euhh non j'hésite pas à leur poser des questions. [...] »*

*(Moi : « Et est-ce que du coup c'est facile à aborder comme sujet ou est-ce que c'est ... )*

*Médecin 8 : Moi je trouve pas que ce soit trop dur en fait. [...] Non mais même quand on leur parle, je pense que si tu présentes ça fait partie de la vie, c'est rentré. Je trouve que les gens sont moins traumatisés aujourd'hui par le SIDA qu'ils pouvaient l'être il y a 20 ans.*

Si ces médecins n'éprouvaient pas de difficultés à parler du VIH ou de sexualité avec leur patients, c'est parce qu'ils mettaient en avant la relation de confiance et la connaissance de leurs patients à risque. Relation de confiance qui leur permettait d'aborder le sujet et pour les patients d'en parler librement.

*Médecin 4 : « J'ai la chance de soigner la même population depuis longtemps donc il y a beaucoup de patients que je connais de longue date ..euhh où là il y a une relation de confiance et puis je connais un petit peu leur mode de vie. [...] »*

*(Moi : D'accord et est-ce que vous pensez que c'est difficile, un sujet difficile à aborder avec vos patients ?)*

*Médecin 3 : « Euhhh en principe non, en principe non. »*

*(Moi : En pratique pardon.)*

*Médecin 3 : « Bah en pratique , comme j'ai une clientèle qui a relativement vieilli avec moi, y compris les jeunes que j'ai connus, je dirais enfant et qui ont continué à me consulter, généralement ils m'en parlent, ils me disent si ...voilà que « il y a eu des rapports non protégés, qu'ils aimeraient bien en savoir plus [...] »*

Si le sujet pouvait sembler plus ou moins difficile à aborder selon les cas, cela ne posait alors aucune difficulté, lorsque le contexte se présentait ou que le patient en parlait.

*(Moi : « D'accord Ok. Et Euhhh est-ce qu'il y a eu des soucis dans la prescription, est-ce que le patient a posé des questions par rapport aux maladies recherchées ou est-ce que il a posé des questions par rapport à la prescription ? )*

*Médecin 3 : « Il était demandeur de prescription et lorsque je lui ai expliqué donc il y a des choses qu'on peut trouver dans une prise de sang, dans une analyse d'urine ou des choses qui ne peuvent se voir qu'au bout de certain nombre de mois ou des fois qu'aux prélèvements donc locaux. Il a accepté l'ensemble des prélèvements [...] »*

*(Moi : D'accord. Est-ce que ça vous semble facile à aborder comme sujet avec les patients ?)*

*Médecin 1 : (long silence) EUHHH oui quand même (rire) [...] en même temps c'est dans un contexte. C'est peut être mon tort c'est que je le fais que dans un contexte particulier. Autrement c'est vrai que sur chaque consultation je vais pas me poser la question forcément. Et que dans ce contexte là ça me paraît tellement indispensable que ...*

### *3.1.5 La formation au VIH*

Lorsque la question de la formation des médecins généralistes au VIH a été posée, certains médecins pensent que leur niveau de formation ou de connaissance n'était pas optimal.

*(Moi : « C'est à dire est-ce qu'on a donné assez d'informations aux médecins ? »)*

*Médecin 4 : « Bah non ou alors il faudrait faire des formations [...] »*

*Médecin 8 : « Alors je vais te dire un truc, je pense que euhh il y a 20 ans euhhh je m'y intéressais plus peut-être, j'ai peut-être pas obligatoirement remis toutes connaissances à jour et je trouve qu'on est peut-être moins véhiculés aussi par le*



*euuh les formations sur le SIDA aujourd'hui. [...] Alors après est-ce que c'est moi qui les occulte et qui les vois pas mais j'ai pas l'impression que dans les thèmes aujourd'hui ça soit un thème qui soit ..qui revienne très souvent. »*

*Médecin 10 : « le problème du VIH, nous généralistes, on a plutôt l'impression que c'est réservé aux aux spés hein, pathologies infectieuses, notamment tout ce qui est traitement, etc., c'est déjà quelque chose de de de de bien spécialisé. Je pense que nous n'avons pas la formation euuh suffisante. Hein. »*

*(Moi : « Oui, alors mon sujet concerne effectivement plus particulièrement les MST. »)*

*Médecin 7 : Où on a pas eu d'ailleurs de formations depuis longtemps*

*Médecin 7 : « on est pas très formés, non. Si on veut pas se former on est pas formés. »*

Pour la plus jeune des médecins, elle pensait avoir reçu suffisamment d'informations durant ses études.

*(Moi : « Est-ce que vous pensez que la formation dispensée aux médecins par rapport au VIH est euuh suffisante ou vous pensez ne pas avoir assez d'informations ?)*

*Médecin 5 : « Ben, l'information en soi, on a pas ...pas besoin d'en avoir plus. Je sais puff..Ouais Je ... Après euuh oui je sais, ça serait intéressant de voir si ils prescrivent plus les vieux médecins, tiens. Parce que moi, je pense qu'on a, qu'on en a quand même mangé les sérologies à tout va pendant nos études. [...] »*

Enfin, un médecin affirmait ne pas être assez formé et ne pas être intéressé par une formation supplémentaire.

*Médecin 4 : «Bah non ou alors il faudrait faire des formations. J'irais jamais faire un ...une formation complémentaire sur le VIH. Ca ne me passionne pas quoi. [...] »*

Concernant, les moyens d'informations dont disposaient les médecins, deux ont évoqué les Formations Médicales Continues et un la littérature médicale.

*Médecin 9 : « dans la presse euuh médicale euuh, je tombe souvent sur des articles euuh qui permet effectivement de rester un petit peu au goût du jour par rapport à ça. »*

*Médecin 7 : « Moi je suis formée parce qu'on a eu l'EPU [...] Donc on est sensibilisés par ça mais c'est vrai que sinon non on est pas très formés, non. Si on veut pas se former on est pas formés»*

### *3.1.6 L'infection VIH au quotidien*

La majorité des médecins interviewés ont été confrontés à des patients porteurs du VIH mais cela ne représentait pas une problématique du quotidien.

*Médecin 2 : « Donc j'en ai 2 dans ma patientèle [...]»*

*Médecin 4 : « j'ai plusieurs patients qui sont VIH. [...]»*

*(Moi: « est-ce que vous êtes amené à suivre d'autres patients pour le VIH ? Ou.. ? )*

*Médecin 9 : « Ouais. »*

*Médecin 8 : « En phase active j'ai deux SIDA, qui vont bien ? [...]»*

*Médecin 6 : « enfin ça arrive mais je pas dire que les MST c'est quand même pas, c'est pas du quotidien quoi hein c'est pas .., on est pas confrontés à ça en permanence [...]»*

*Médecin 4 : « Le VIH, oui oui ça reste anecdotique quand même [...] »*

*Médecin 5 : « C'est pas marginal parce que marginal, je vois ça comme quelque chose d'exceptionnel, mais c'est pas euh...C'est pas du systématique, du tout. [...] »*

*Médecin 2 : « La 2ème fois que je l'ai demandé, parce que je ne l'ai pas demandé souv..très souvent en fait. [...] »*

*Médecin 4 : « c'est pas du tout dans mes prescriptions courantes »*

### *3.1.7 Les pistes d'amélioration*

Certains médecins reconnaissaient pouvoir mieux faire dans la prise en charge du VIH et étaient conscients des problèmes rencontrés actuellement dans le dépistage de l'infection. Le fait d'améliorer la sensibilisation des patients faciliterait le dialogue ainsi que le travail de dépistage. Le moyen le plus fréquemment retenu étant la campagne de dépistage.

*Médecin 2 : « Chez les médecins euh...euh fff moi je vais te faire une réponse de normand euh je vais te dire peut mieux faire. »*

*(Moi: « Et quelles pourraient être les solutions qu'on pourrait mettre en place pour euh pour aider à la prescription ?) »*

*Médecin 3 : « Alors moi j'ai connu la période ou avant de s'u..., avant le mariage on avait l'obligation d'avoir un certificat médical avec une prise de sang euuhh en vue du mariage, alors ceci a été annulé. Je pense qu'on peut faire mieux..[...] »*

*Médecin 7 : « Je pense que campagnes de prévention [...] »*

*Médecin 2 : « Peut-être, peut-être si il y avait des, comme il y a eu un certain moment, des campagnes de sensibilisation un peu plus importantes, un peu plus fréquentes, peut-être... je pense...que les gens en parleraient mieux ou plus facilement. [...] »*

*Médecin 5 : « C'est vrai que si oui, si y a une espèce de campagne d'information, un peu genre nationale à la télé ou quoi. Ça passerait peut-être mieux parce que comme pour le le la vaccination contre le papillomavirus par exemple, les gens ont entendu parler et donc du coup quand on leur en parle c'est plus facile parce qu'ils sont sensibilisés déjà. »*

*Médecin 6 : « si c'est débusquer d'une certaine façon les séropo euhh qui s'ignorent et les séropo HB et VIH qui s'ignorent euhhh , je sais pas après c'est des campagnes de , c'est des campagnes de ..Des campagnes de masse là [...] »*

Un médecin exprimait le fait que les patients étaient déjà noyés de recommandations médicales.

*Médecin 4 :« Alors le patient, il a les plaquettes sur le diabète le cholestérol, sur le truc machin, c'est pas drôle de vivre si c'est ...non j'y crois pas parce que ils sont assommés d'informations. Faut leur foutre la paix. »*

Un seul médecin évoquait la formation des médecins mais affirmait que cela ne servirait à rien.

*Médecin 4 : « On est noyés de boulot en ce moment on a pas besoin d'aide, on a pas besoin ...pouf.. [...] (long silence) La plaquette d'information qu'on va distribuer au médecin, j'y crois pas, il la lit pas.*

D'autres médecins évoquaient la réalisation de tests diagnostics rapides pour améliorer le dépistage.

*Médecin 1 : « Un dépistage rapide qui puisse faire au cabinet en effet avec la personne sous le coude . ET EUHHHH et que ça permette de dédramatiser un petit peu , alors je dis pas que c'est pas un drame d'avoir un SIDA , d'être séropositif mais de dédramatiser le dépistage en fait . [...] »*

*Médecin 8 : « Bah je dirais que si on arrive à des tests rapides et quasi ambulatoires, ça serait bien. [...] Ca pourrait être intéressant. [...] BAH je pense qu'à la limite on est aussi les mieux placés en les connaissant mieux pour leur pour leur exprimer quoi ... »*

Enfin deux médecins évoquaient la possibilité de réaliser un dépistage systématisé alors que pour l'un d'entre eux cela n'était pas concevable.

*Médecin 3 : « ça peut être au moment d'un bilan systématique pourquoi pas l'inclure dans le bilan systématique [...] »*

*Médecin 5 : « Il faudrait peut-être pfff systématiquement le ... Oui mais alors à ce moment-là, à tout le monde pendant un mois. On se dit : « Allez à tous mes patients, je leur propose une sérologie VIH ». Oui. Oui. Comme y a la saison de la grippe... c'est vrai on pourrait le mois de la sérologie. (Rires) [...] »*

*Médecin 6 : « C'est à dire que si c'est une prescription systématique un truc standardisé euhh genre un truc qu'on ferait comme au centre d'examen de santé où on fait le VIH et l'Hbs , on peut .., on a pas le droit de faire ça sans avoir dit aux gens pourquoi on le faisait [...] »*

## 4 Discussion

### 4.1 Discussion sur la méthode

L'objectif de l'étude étant d'explorer les représentations et les pratiques des médecins généralistes picards dans le VIH, la réalisation d'une étude qualitative, méthode de référence dans ce domaine, était donc la plus adaptée pour ce travail [7].

Deux études récentes ont examiné les représentations des médecins généralistes dans le domaine du VIH. J'ai pris connaissance de la première étude « Impress » [8] après le début de mon travail mais j'ai choisi de ne pas lire les résultats afin que mon travail de codage et de recherche de thèmes ne soit pas influencé. Pour la deuxième étude [9] il s'agissait d'une thèse de médecine générale : « *Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne* » écrite en 2014 à la faculté de Lille et dont la publication n'a été retrouvée que début 2015, après mon travail d'analyse. Il existe donc très peu d'études sur le sujet malgré le rapport de l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (AnRS) qui relevait, en 2012, la nécessité de faire des études qualitatives sur le sujet [10].

De plus le choix d'une étude qualitative reposait sur la volonté de faire émerger des hypothèses et des théories.

Concernant, le choix de réaliser des entretiens individuels par rapport au focus group, la réflexion a porté essentiellement sur le fait que la confrontation des différents points de vue des participants aurait pu limiter l'expression libre de leur opinion [7] [11].

Le nombre de médecins interviewés était faible puisque dix entretiens de médecins furent nécessaires pour atteindre la saturation des données. La triangulation des données permettait d'augmenter la validité interne d'un travail de recherche qualitative. L'enquête a été réalisée uniquement auprès de médecins généralistes. La triangulation a été réalisée par la double

retranscription des entretiens et analyse des verbatims et du codage d'une part par le chercheur et par le directeur de thèse. Par ailleurs la méthode qualitative n'a pas vocation à mesurer une puissance et l'échantillon n'a pas de valeur représentative.

La double lecture des données permettait également de diminuer le biais d'interprétation lors de l'analyse des thèmes.

En ce qui concernait maintenant les biais liés à la méthode d'entretien, le principal biais de la méthode était l'interviewer [12]. En effet *le discours produit par l'entretien est une co-construction de la part des partenaires du dialogue*. Autrement dit, si le choix de l'entretien par focus group a été écarté pour ne pas limiter l'expression d'opinion, ma présence a pu le faire.

La capacité du chercheur à réaliser l'entretien était également un point important. Pour remédier à ce biais un entretien test a été réalisé et les difficultés rencontrées durant les premiers entretiens se sont effacées au fur et à mesure.

## **4.2 Discussion des résultats**

### *4.2.1 La représentation des médecins du VIH : une « normalisation paradoxale » de l'infection*

Au cours de notre étude, si quelques médecins mettaient en garde contre la banalisation de l'infection, la plupart considéraient le VIH comme une maladie chronique avec des traitements efficaces. Ils notaient tous que l'amélioration de la thérapeutique avait changé la vision « mortifère » que le VIH véhiculé au début de la pandémie.

Le sociologue Michel Setbon a étudié l'évolution de la perception du VIH et parle de « normalisation paradoxale » du VIH.[13]

En effet Michel Setbon s'est interrogé sur « *les causes et les conséquences de la fin du statut exceptionnel qui caractérisait les réponses publiques et les réactions sociales au SIDA en 1985* ». Si durant les années 80, le VIH était perçu comme « *un risque inacceptable* » entraînant une mobilisation exceptionnelle, le développement de la thérapeutique et la « *réduction de l'incertitude* » entraînait une « *normalisation* » et donc une « *acceptabilité du risque* ».

Toujours, selon Michel Setbon, il en résultait un « *découplage paradoxal entre la perception du risque et la réalité épidémiologique* » ayant deux conséquences. La première étant l'augmentation des comportements à risque et la deuxième étant la tentation de certains à « *interpréter cette acceptabilité sociale comme la marque de la disparition du problème* »

Notre étude montrait que le regard des médecins généralistes interrogés avait évolué vis à vis de l'infection VIH et que cette représentation de l'impact de la maladie en termes de santé publique pouvait amener à considérer le VIH comme un problème plus ou moins préoccupant.

#### *4.2.2 Les contextes de prescription*

Dans notre étude les médecins reconnaissaient que la majorité des prescriptions étaient réalisées à la demande du patient. L'enquête « Baromètre Santé médecine générale 2009 » montrait que 58% des prescriptions étaient faites à la demande des patients et seuls 34% relevaient de l'initiation des médecins [14].

En ce qui concerne les prescriptions à l'initiative du médecin, nous avons vu que la prescription intervenait soit à des moments clés de la vie, notamment chez les femmes lors de la prescription de contraceptions ou dans le cas de grossesses, soit à la découverte d'une IST. De même les prescriptions étaient davantage proposées aux patients jeunes, homosexuels, usagers de drogue injectable ou les patients évoquant des pratiques à risques. Ces résultats d'entretiens se retrouvaient également dans l'enquête sur les pratiques de dépistage du VIH chez les médecins généralistes de Nantes Métropole réalisée en 2008 [15] mais aussi dans les études réalisées à Rouen et à Lille [16] [ 9].



La politique et le système de dépistage de l'infection au VIH en France, ainsi que dans la majorité des pays développés, ont été établis dès le début des années 80, dans un contexte où le risque de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH était particulièrement important et où les bénéfices individuels et collectifs du dépistage étaient limités en l'absence de traitements efficaces. Ce contexte a contribué à établir un certain nombre de principes spécifiques dans le dépistage du VIH, principes dérogatoires par rapport aux principes habituels de la lutte contre les maladies transmissibles. Le dépistage reposait ainsi sur le volontariat.

Le dépistage systématique est proposé lors de la première consultation prénatale chez les femmes enceintes [17] et en cas d'incarcération [18].

Ainsi la pratique du dépistage du VIH par les médecins généralistes repose encore très largement sur le modèle mis en place durant les trente dernières années, c'est à dire principalement sur la base du volontariat des patients, ce qui semblait pourtant en inadéquation avec la perception qu'ils avaient actuellement de la maladie et en inadéquation avec les recommandations de prescription élargies à la population générale.

#### *4.2.3 Le rôle des médecins généralistes*

L'étude « Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville »[19], publiée en 2009 à l'initiative de la société française de lutte contre le SIDA et la société de pathologie infectieuse de langue française, recommandaient deux types de missions : la première était une mission de soins primaires destinée aux médecins généralistes et la deuxième était une mission avancée destinée aux médecins de ville spécialistes ou médecins généralistes qui le souhaitaient.

Notre étude montrait que la représentation qu'avaient les médecins de leur rôle à jouer était en adéquation avec les recommandations de cet article dans les domaines de la prévention, du dépistage, de l'annonce diagnostic, de la prise en compte dans leurs prescriptions des traitements anti rétroviraux, la réalisation de tests chez les femmes enceintes ainsi que la prise en charge des effets indésirables. Par ailleurs, nous ne retrouvons pas d'éléments dans notre étude mentionnant la pratique des vaccinations recommandées.

Les médecins généralistes interrogés semblaient donc répondre assez largement aux recommandations de soins primaires. Mais aucun d'eux n'avait fait part d'un intérêt pour des missions plus avancées dans le domaine.

#### *4.2.4 La relation médecin malade frein au dialogue autour du VIH*

Au cours des entretiens, lorsque j'évoquais avec les médecins la difficulté ou non à aborder le thème de l'infection VIH, les réponses étaient très variables.

Une partie des médecins trouvait le sujet compliqué à aborder en raison de l'image que cela renvoyait à leurs patients. En effet certains médecins pensaient qu'une partie de la population avait toujours des préjugés sur les modes de transmission et les personnes pouvant être à risque, ceux-ci basant leurs jugements sur la représentation d'une certaine « norme sexuelle ». Ainsi les médecins appréhendaient que leurs patients se sentent stigmatisés et craignaient par conséquent de provoquer un malaise au sein de leur relation. Il apparaissait donc évident que cette crainte représentait un frein dans l'éducation, la prévention et le dépistage du VIH.

Cependant, certains médecins, au contraire, ne présentaient pas de difficultés à parler de sexualité ou de VIH avec leurs patients. Ils mettaient alors en avant la relation de confiance établie avec leur patients, laquelle leur permettait d'aborder le sujet mais également de placer le patient dans une situation lui permettant d'aborder le sujet librement .

Néanmoins, en 2012, une enquête qualitative auprès de patients non à risque sur le dépistage du VIH [20], montrait que tous les patients avaient confiance en leurs médecins ; mais que les types de relation pouvaient être en réalité séparés en deux catégories : les relations situées dans le domaine de l'affect (relation presque amicale, paternaliste..) et les relations plus « fonctionnelles ». Les patients inscrits dans une relation fonctionnelle apparaissaient comme plus favorables à aborder les questions intimes que les patients davantage situés dans l'affect. La relation affective se révélant ici être un frein à l'évocation par le patient du sujet de la sexualité et ce dû à l'appréhension du jugement du médecin.

Ainsi les représentations de la relation singulière médecin-malade, tant celle du médecin que celle des malades, ont une influence sur la prévention et le dépistage du VIH. Malgré la proposition de réaliser un dépistage systématique pour éliminer la notion de gène

ressentie par le médecin et le patient, les rapports de mi parcours de la mise en place du plan VIH/SIDA 2010 -2014 ne montraient pas d'évolution notable dans les comportements.

Si certains médecins craignaient d'embarrasser leurs patients en parlant de sexualité ou du VIH, d'autres admettaient qu'ils pouvaient également être embarrassés lorsque ces sujets étaient abordés. Une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes visant à explorer leurs représentations sur la sexualité [21], réalisée par Alain Giami, montrait que certains médecins revendiquaient des stratégies d'évitement lors de la prise en charge de problèmes liés à la sexualité. Les médecins attribuaient cela à un manque de formation ainsi qu'aux difficultés ressenties liées à la gêne pour aborder ce sujet. Une étude américaine [22] a également montré que lorsque le dialogue touchait au thème de la sexualité les médecins ne cherchaient pas à recueillir des informations dans ce domaine, ils étaient nerveux, leur discours était fracturé et ils mettaient en place des stratégies d'évitement. Une étude intitulée « sexualité encore un tabou pour les médecins généralistes ? » [23] montrait qu'ils ne parlaient quasiment jamais spontanément de sexualité et que ce thème n'était abordé qu'à la demande des patients. L'étude « Impress » retrouvait également la difficulté des médecins à parler de sexualité.

Or le travail de prévention primaire, de dépistage, d'évaluation des risques par contamination sexuelle nécessite d'aborder le thème de la sexualité auquel le VIH est étroitement lié dans la conscience collective. Cela représente donc également un frein au dépistage.

#### *4.2.5 La formation*

En 1997, l'ouvrage « La médecine générale face au SIDA » [ 24] mettait en évidence la nécessité de renforcer l'information et la formation sur le VIH auprès de l'ensemble des médecins pour faire face au risque dérivé de la banalisation de la maladie.

La plupart des médecins interrogés dans notre étude admettaient ne pas avoir la formation optimale concernant le VIH.

Dans le texte « Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville » de 2009, des objectifs de soins primaires adressés aux médecins

généralistes, ont été énoncés. Les savoirs nécessaires aux missions de soins de santé primaires sont enseignés, dans le cadre de la formation initiale *au cours du 2e cycle des études de médecine, où une initiation aux soins de santé primaires est délivrée à l'ensemble des étudiants en médecine. Et au cours du 3e cycle d'études médicales, par des modules spécifiques du DES de médecine générale, et par une information sur les soins de santé primaires au sein de modules de DES d'autres spécialités* [19]. Mais aussi dans le cadre de la formation continue par les associations de formation médicale continue, locales et nationales, ou les facultés de médecine, dans le cadre d'actions de formation continue organisées en leur sein, à destination des médecins de ville.

Concernant les formations initiales, la moyenne d'âge des médecins généralistes picards étant de 51,6 ans, et la médecine générale étant devenue une spécialité avec 3 ans de DES en 2004, nous pouvions nous poser la question de la formation initiale au VIH.

A propos de la formation médicale continue, la plupart des médecins interviewés réalisant une FMC au sein de structures ont admis que le thème du VIH n'avait pas été abordé depuis longtemps. Sachant que 50% des connaissances devenaient obsolètes au bout de 7 ans, nous pouvions donc nous poser la question de la réelle efficacité de la FMC. D'ailleurs parmi les médecins interviewés, lorsque certains parlaient de dépistage systématique et que j'évoquais alors le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, aucun d'eux ne connaissaient cette recommandation.

De plus, la plupart des médecins ne se sentaient que très peu concernés par le sujet. Certains affirmaient même qu'ils ne participeraient pas à une formation sur le VIH car ils n'étaient pas intéressés.

Pour améliorer l'éducation, le dépistage et la prise en charge des patients, il paraît indispensable de pouvoir proposer plus de formations, mais également de convaincre des médecins généralistes, peu confrontés à l'infection et surchargés de travail, de s'y intéresser.

#### 4.2.6 *Les pistes d'améliorations*

Les pistes d'améliorations évoquées par les médecins interrogés reposaient essentiellement sur l'information des patients que cela soit à travers des campagnes de sensibilisation ou des affiches dans la salle d'attente.

En effet, depuis 2000, les stratégies de communication autour du VIH sont devenues la prérogative de l'Institut National de Prévention et d'Éducation (INPES), sous tutelle du Ministère de la santé, à travers le programme « Santé, sexualité et prévention du VIH et des IST »[25]. Le dispositif est organisé autour de deux volets : le dispositif « populations générales » et un dispositif ciblé en direction des populations prioritaires de la lutte contre le SIDA, à savoir les homosexuels masculins et les migrants d'Afrique. La communication envers les populations ciblées se faisait par l'intermédiaire de media communautaire. En ce qui concerne le dispositif « population générale », il prend la forme de campagnes télévisées qui durent en moyenne trois semaines par an en juin et en décembre. Les campagnes sont axées sur la prévention et l'utilisation du préservatif, sur les dépistages et sur la lutte contre la discrimination. A chaque fois les études pré et post campagne notent une augmentation des ventes de préservatifs et de la pratique des tests VIH. L'INPES est également en charge de campagnes de sensibilisation à destination des médecins ; l'institut a ainsi réalisé un guide en 2011 [26].

Dans la proposition d'améliorations concernant la sensibilisation des patients, les médecins exprimaient la nécessité de responsabilisation de ces derniers, et ainsi confortaient l'idée selon laquelle le dépistage se faisait sur la base du volontariat des patients.

D'autres médecins ont évoqué la réalisation de tests systématiques, au cours d'un bilan systématique, mais ces mêmes médecins ignoraient l'existence du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et IST 2010-2014.

Enfin quelques médecins ont évoqué le test de diagnostic rapide qui leur permettrait selon eux d'être plus spontanés et plus directs dans la proposition de dépistage, celui-ci donnant lieu à un résultat rapide et sans que cela puisse poser le problème d'une annonce de diagnostic positif, le test étant réalisé dans le cadre d'une relation de confiance. Trois études ont été effectuées sur les tests rapides d'orientation diagnostique pour le VIH (TROD), deux sur l'utilisation des médecins et une sur l'acceptabilité des patients. L'étude DEPIVIH

[27]: « *Faisabilité et acceptabilité de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France* » rapportait que 61% des médecins se déclaraient satisfaits du TROD et 77,6% trouvaient que la remise du résultat du test relevait de la même difficulté ou était moins difficile que la remise des résultats d'une sérologie conventionnelle. 60% des médecins ayant utilisé le TROD étaient prêts à continuer. La deuxième étude [28] « *Evaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité des TROD en médecine générale* » soulignait la même acceptabilité des médecins mais affirmait que la faisabilité pratique et l'intérêt des TROD étaient limités en médecine générale en raison du peu d'occasions et du peu de demandes pour une pathologie rare, d'une manipulation du test complexe, des difficultés à proposer le test, de la crainte d'avoir à annoncer une séropositivité sans préparation préalable, et enfin d'un rallongement majeur de la durée de consultation. La dernière étude [29] « *Acceptabilité de la réalisation d'un Test Rapide d'Orientation Diagnostique, TROD, de l'infection par le VIH dans un cabinet de médecine générale des Deux-Sèvres* » montrait la bonne acceptabilité par la population de la réalisation des TROD en cabinet.

Toutefois il est nécessaire de rappeler que l'utilisation de TROD n'est pas un test de dépistage mais un test d'orientation devant être réalisé à trois mois d'un risque et devra être complété par un test ELISA. De plus il nécessite une formation à l'utilisation. Les médecins ayant déjà peu de temps à consacrer à des formations sur le VIH, sont-ils véritablement en mesure de consacrer du temps à la formation au TROD, qu'ils utiliseront par ailleurs que très peu ?

A travers les entretiens, les médecins ont exprimé pour certains la nécessité d'améliorer leur pratique et de devoir faire mieux notamment dans le dépistage. Cependant, aucun d'eux n'a évoqué une piste d'amélioration les concernant directement.

## 5 Conclusion

Au fil des interviews réalisées auprès des médecins généralistes picards, nous sommes forcés de constater que les représentations du VIH ont évolué en parallèle des progrès thérapeutiques réalisés. Par ailleurs, nous devons également noter que cette évolution n'a pas eu de réel impact sur leur pratique du dépistage qui a peu évolué au cours des trente dernières années.

Ainsi, notre étude a mis en évidence plusieurs raisons à ce phénomène. L'infection par le VIH est rare et peu ancrée dans la pratique quotidienne et par conséquent peu prégnante pour les médecins picards. Il en découle une faible proposition de formation au VIH aux médecins généralistes mais également une absence de demande de formation de la part des médecins généralistes. Enfin les difficultés à aborder la sexualité dans le colloque singulier de la relation médecin-malade, ainsi que l'appréhension des réactions de chacun constituent une raison de plus au décalage entre la représentation des médecins de la maladie et leurs pratiques.

Au terme de l'étude menée, un certain nombre de questions se posent. Tout d'abord, comment mieux sensibiliser les médecins généralistes au VIH ? En effet, si la perception de la maladie s'est « normalisée » aux yeux des médecins et malgré sa rareté, comment alors inciter les médecins à suivre des formations médicales autour du VIH et par extension les IST, leur permettant ainsi d'intégrer plus régulièrement des sérologies VIH à leur bilan et de se sentir plus à l'aise avec le sujet ? Que faire pour que le thème du VIH suscite le même intérêt qu'ont les médecins sur des sujets auxquels ils sont davantage confrontés ? Un certain nombre de médecins adhèrent à des programmes de FMC, nous pourrions donc envisager d'intégrer le sujet du VIH aux autres IST et aux maladies génito-urinaires au sein d'une même formation ; les infections génito-urinaires, comprises dans leur ensemble, relevant davantage du quotidien des médecins et, par conséquent, étant à même de susciter plus d'intérêt de leur part.

La deuxième question que soulève l'étude est comment dépasser les freins que représentent l'abord de la sexualité et la peur du jugement vécue par le patient dans le dépistage ?

Si le plan national de lutte contre le VIH /SIDA et le IST 2010-2014 avait en partie pour vocation de permettre de dépasser ce frein que représentait la nécessité d'aborder la sexualité avec des patients identifiés comme a « priori non à risque », nous avons pu observer

que cela n'avait pas permis de changer les pratiques chez les médecins. En effet si les recommandations ont été adressées aux médecins, elles étaient inconnues du grand public et par conséquent le fait de proposer systématiquement un dépistage VIH dans le cadre d'un colloque singulier ne pouvait prendre sens. Si le dépistage systématiquement proposé par le médecin avait été connu du public au titre de prévention, la proposition de test par les médecins aurait-elle été plus facile ? Le risque que le patient puisse se sentir jugé par la proposition systématique aurait-elle été moins forte ? Et les médecins auraient-ils eu moins la crainte de prescrire une sérologie ? Aussi, afin d'améliorer encore les chiffres du dépistage, ces questions énoncées appellent à l'avenir, à la réflexion autour de la mise en place d'une campagne d'information destinée aux patients, laquelle les informerait sur la pratique systématique du dépistage VIH du médecin généraliste. Et ainsi permettre aux patients d'intégrer le dépistage VIH, IST, comme un contrôle de suivi.

Tout l'enjeu étant maintenant de sortir de la banalisation de la maladie pour entrer dans la banalisation du dépistage.



## 6 Bibliographie

[1] Institut de Veille Sanitaire. Dépistage du VIH en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 32-33. 2014.

[2] Guerin O, Debuissier S, Michelot F, Thomas N, Trugeon A. SIDA et infection par le VIH en Picardie. Amiens. 2014

[3] Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France, Stratégies et dispositif de dépistage. 2009

[4] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

[5] Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research. Aldine Transaction ed. Chicago 1967.

[6] Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.1. Lille 2009:38.

[7] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;9(84):142-145.

[8] Trouillet H, Lorenzo P. Projet Impress Health 2 ,Enquêtes qualitative auprès des patients et de médecins généralistes. 2014

[9] Pigache C. Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne .Lille ; 2014

[10] Partouche H. Renard V. Dépistage de l'infection par le VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté. ANRS et CNGE; 2012.

- [11] Pope C, Mays N. Chapter 1: Qualitative Methods in Health Research. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative Research in Health Care. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2006. p. 1-11.
- [12] Blanchet A., Gottman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. 2ème éd. Paris: Armand Colin; 2010.
- [13] Setbon M. La normalisation paradoxale du Sida. Rev Fr Socio. 2000 Jan;41(1):61- 78.
- [14] Gautier A, dir. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ? Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis: INPES, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p
- [15] Garry B . Etat des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole. Nantes ;2008. P 22-69
- [16] Roussignol S. Dépistage et prévention du VIH par les médecins généralistes de l'agglomération Rouennaise. [Thèse d'exercice]. Rouen: Université de Rouen; 2010.
- [17 ]Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 .Art 48 .JORF 30 janvier 1993
- [18] Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 Décembre 1996 relative a la lutte contre l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine en milieu pénitentiaire prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et informations personnelles
- [19] Société de Pathologie infectieuse de langue française, Société Française de lutte contre le SIDA. Consensus formalisé :Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville .Bordeaux ;2009. P 15-23
- [20] Quéré J. Dépistage de la contamination VIH par le médecin généraliste : qu'en pensent les patients "non à risque" ? [Thèse d'exercice]. Nantes: Université de Nantes; 2012

[21] Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In : Bloy G, Schweyer FX dir. Singuliers généralistes - Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 147-167.

[22] Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K, Beckman HB. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med.* 1998 Mar 15;128(6):435-442.

[23] Montesi E. Sexualité : encore un tabou pour les MG ? *Revue de la médecine générale.* 2010 Mar;(271):120-121

[24] Morin M, Moatti JP, Obadia Y. La médecine générale face au SIDA. Paris: INSERM; 1997

[25] Lydie N, Rahib D, Lamboy B, Arwidson P, Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé. Leçons tirées de 20 ans de campagnes de lutte contre le SIDA .Paris; 2011. P 46-55

[26] Institut national de prevention et d'education pour la santé. Depistage du VIH et des Infections sexuellement transmissible: information et ressource pour les professionnel de santé. 2011

[27] Gautier R. Etude DEPIVIH : Faisabilité et acceptabilité de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France .Paris ; 2011.P77-92

[28] Poirier C. évaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité des TROD en médecine générale. Tours ;2014. P85-93

[29] Savigny S. Acceptabilité de la réalisation d'un test rapide d'orientation Diagnostique (TROD) de l'infection par le VIH dans un cabinet de médecine générale des Deux-Sèvres. Poitiers ;2013. P46-56

## **7 Annexes**

### **7.1 Annexe 1 : Le guide de l'entretien**

#### **Présentation de la démarche aux médecins interrogés :**

Bonjour, merci de me recevoir, je réalise un travail pour ma thèse. Ce travail a pour sujet le VIH. Pour ce faire, je procède à des entretiens qualitatifs.

#### **Explication des règles :**

Dans le cadre de ce travail j'ai instauré quelques règles :

- 1- il s'agit d'un recueil de données anonymes, l'entretien restera donc anonyme.
- 2- Je suis présent en temps qu'interviewer pour poser des questions, pour faire naître la discussion mais je ne me prononcerai jamais sur le sujet, je ne donnerai jamais mon avis.
- 3- Il ne s'agit pas de juger mais de comprendre.
- 4- Il est nécessaire pour mon travail que l'entretien soit enregistré.

Est ce que cela vous convient ? Me donnez-vous votre accord ?

#### **Grille d'entretien:**

- 1- La première partie concerne le médecin généraliste interviewé sur son exercice, depuis quand il est installé, son historique d'installation, son âge, son mode d'exercice, sa patientèle (les caractéristiques de la patientèle) pour au fur et à mesure déterminer s'il a des patients VIH dans sa patientèle.
- 2- Mon travail concerne les IST, pouvez-vous me parler de la dernière consultation concernant cette pathologie ?
- 3- Si je vous parle plus particulièrement du VIH que pouvez-vous me dire? Pour vous qu'est-ce que le VIH ? Qu'est ce que cela représente ?

(Relance sur la représentation de la maladie, la représentation de la mortalité de la maladie, de l'évolution de la maladie, des patients à risque).

- 4- Pouvez-vous me parler des conditions dans lesquelles vous prescrivez un dépistage VIH ? Ou dans quel contexte est abordée la question du VIH ? Cela vous paraît-il facile ?
- 5- Selon vous qu'est ce qui permettrait de faciliter la démarche de dépistage ? Vous sentez vous concerné par la question ?

## **7.2 Annexe 2 : les entretiens retranscrits**

Sur CD ROM



## **Titre : Etude qualitative sur les représentations et les pratiques concernant le VIH en Picardie par les médecins généralistes**

**Introduction :** L'objectif de notre étude est d'explorer les représentations ainsi que les pratiques des médecins généralistes picards dans l'infection VIH, afin d'expliquer les données épidémiologiques actuelles et rechercher des pistes d'amélioration.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Dix médecins ont été interrogés avant d'arriver à saturation de données. L'analyse thématique des entretiens a été réalisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 10 selon la méthode de théorisation ancrée.

**Résultats :** Pour la majorité des médecins le VIH est une maladie chronique avec des traitements efficaces mais ne relevant pas du quotidien. Ils interviennent dans le dépistage et la prévention, mais jamais dans le traitement et le suivi des patients. Les sérologies sont réalisées à la demande du patient ou dans le cadre de la contraception, d'une grossesse, d'une MST détectée ou chez les patients ayant des comportements à risque. Pour certains, le sujet est difficile à aborder en raison de l'image que cela renvoie au patient, ou à leur propre gêne. Pour d'autres la relation de confiance, permet d'aborder le sujet. Ils pensent ne pas avoir une formation ou information suffisante. Les pistes d'amélioration les plus citées sont les campagnes de sensibilisation, le TROD et le bilan systématique.

**Discussion :** Les médecins répondent bien à leur rôle de soins primaires sauf en ce qui concerne le traitement pour lesquels ils ne se sentent pas concernés car relevant d'autres spécialités et pour le dépistage car ils ne le pratiquent pas selon les dernières recommandations. Le regard sur le VIH s'est « normalisé » mais les pratiques reposent sur le modèle mis en place durant les 30 dernières années. Le colloque singulier, l'abord de la sexualité, l'image véhiculée par le VIH et le manque de formation restent des freins difficiles à contourner.

**Conclusion :** L'enjeu est de sortir de la banalisation du VIH pour rentrer dans la banalisation du dépistage.

**Mots clés :** VIH, médecins généralistes, représentation, pratiques, Picardie.

## **Title : Qualitative study on representations and practices concerning the HIV in Picardy by the general practitioners**

**Introduction:** The aim of this study was to explore representations as well as practices in the HIV management of the general practitioners (GP) of Picardie, to explain current epidemiological data and to explore tracks of improvement.

**Patients and methods:** It was a qualitative study by semi-run discussions. Ten doctors were questioned before arriving at saturation of data. The thematic analysis of discussions was accomplished using the QSR NVIVO 10 software according to the method of anchored theorising.

**RESULTS:** Most of practitioners are considering HIV as a non-daily chronic disease with efficient treatments. They are involve in the screening and prevention, but never in the treatment and monitoring of the patients. Serologic tests of HIV are accomplished at the request of the patient or as part of contraception, pregnancy, sexually transmitted disease management or in high-risk patients. For some practionners, this disease is hard to discuss because of the picture which it returns to the patient, or to their own discomfort. For others the relation of confidence allows to approach the subject. They think they have no training or sufficient information. The most named tracks of improvement are the compaign, the quick HIV screening and the systematic balance sheet.

**Discussion:** The GP are in concordance with their role of primary care safe despite for the treatment of HIV in which they do not feel concerned because raising other specialities and for screening because they do not practice it according to the last recommendations. The look on the HIV normalized but practices are based on the model set up during 30 last years. Peculiar symposium, sexuality practices, picture promoted by the HIV and lack of training remain brakes difficult to by-pass.

**Conclusion:** Challenge is to go out of the banalization of the HIV to go into the banalization of screening.

**Key words:** HIV, general practitioners, representation, practice, Picardie.

