



HAL
open science

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

Camille Charpentier

► To cite this version:

Camille Charpentier. 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. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01470224

HAL Id: dumas-01470224

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01470224v1>

Submitted on 17 Feb 2017

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

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



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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012

N° 152

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

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

Présentée et soutenue publiquement
le 16 octobre 2012

Par

Camille CHARPENTIER

Née le 11 juillet 1983 à Paris (75)

Dirigée et présidée par M. Le Professeur Philippe Jaury

Jury :

M. Le Professeur Anne-Claude Cremieux

M. Le Professeur Henri Partouche

M. Le Docteur Jonas Bantsimba



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

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jaury qui m'a toujours encouragée et soutenue depuis mon premier stage en ambulatoire dans son cabinet jusqu'à me confier ses patients en tant que remplaçante, et bien sûr tout au long de mon travail pour cette thèse.

Aux membres du jury d'avoir accepté de participer à ce travail :

Au Professeur Crémieux, pour sa bonne humeur et ses bons conseils lorsque j'étais son interne,

Au Professeur Partouche,

Au Docteur Bantsimba.

A Jérôme, qui m'accompagne depuis le début de mes aventures d'étudiante en médecine, il peut effectivement se considérer comme « à moitié » médecin. Merci d'avoir supporté toutes ces périodes parfois difficiles et de m'avoir toujours encouragée! Merci pour ta patience et tes bons conseils lors de la relecture de cette thèse...

A Théophile, qui m'apporte énormément de joie depuis sa naissance, même si son arrivée n'a pas toujours facilité l'avancée de cette thèse...

A mon grand-père, Serge Maffert, qui me manque et qui aurait été fier de me voir enfin docteur.

A ma famille : ma mère, pour son aide et ses conseils particulièrement depuis que je suis mère moi-même ; mon père, pour son optimisme, tous les deux pour leur relecture attentive. Mes frères, Rémi notamment pour m'avoir fait découvrir le logiciel X-Sight! Cyrille pour illustrer les comportements de la jeunesse...! Et ma sœur, Mathilde, qui est loin géographiquement mais bien présente...

A ma belle-famille, René pour sa relecture fastidieuse des entretiens et ses conseils en orthographe, Sophie pour sa gentillesse et son extrême disponibilité.

A Elsa qui a toujours su me rassurer au sujet de nos thèses « mais si, on va y arriver ! » et bien sûr pour son expertise fiscale et administrative dans les remplacements.... !

Aux confrères qui sont devenus de très bons amis : Anne-Laure, Amer, Florence, Anaïs, Audrey, Sonia, Christie et les autres...

Aux amis non médecins qui sont essentiels pour trouver l'équilibre dans ce passionnant métier.

ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée
AME : Aide Médicale d'État
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Ag P24 : Antigène P24
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales
ARS : Agence Régionale de Santé
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC : Center for Disease Control
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNS : Conseil National du Sida
COREVIH : comité de COordination REgionale de la lutte contre l'infection par le VIH
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DO : Déclaration Obligatoire
HAART : Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HAS : Haute Autorité de Santé
HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé d'Île de France
SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UDI : Utilisateur de Drogue par voie Intra-veineuse
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

I. Introduction.....	6
II. Prévention et dépistage de l'infection par le VIH : état des lieux.....	7
1. Rappel socio-historique.....	7
2. Épidémiologie de l'infection par le VIH.....	9
A. Dans le monde.....	9
B. En France.....	10
C. En Ile de France.....	12
3. Dépistage de l'infection par le VIH en France.....	13
A. Enjeux du dépistage du VIH.....	13
B. Outils du dépistage du VIH.....	15
4. Différents outils de prévention.....	16
A. Les méthodes de prévention.....	16
B. Diffusion des messages de prévention.....	18
5. La prévention et le dépistage de l'infection par le VIH en médecine générale .	21
A. Le médecin généraliste comme médecin de premier recours.....	21
B. Opinion des médecins généralistes sur leur rôle dans la prévention et le dépistage du VIH.....	23
C. Les représentations du patient sur la prévention et le dépistage du VIH.....	24
III. L'abord de la sexualité.....	26
1. Sexualité et santé.....	26
A. Rappel historique.....	26
B. De nos jours.....	28
2. Sexualité en médecine générale.....	31
A. Epidémiologie.....	31
B. Troubles de la sexualité en médecine générale.....	33

IV. Étude qualitative.....	35
1. Objectifs.....	35
2. Méthodes	35
A. L'intérêt d'une analyse qualitative.....	35
B. La population étudiée.....	36
C. Entretiens	38
D. Analyse des données	40
3. Résultats	41
A. Données générales sur les entretiens	41
B. Présentation des médecins	41
C. Prévention et dépistage de l'infection par le VIH	50
D. Sexualité.....	68
4. Discussion.....	83
A. Impressions générales sur l'étude	83
B. Impressions générales sur la population interviewée	85
C. Analyses des résultats	86
D. Mise en commun avec la thèse d'Elsa Donguy	96
E. En pratique : comment aider les médecins à améliorer la prise en charge des patients en ce qui concerne l'abord de la sexualité dans le cadre du dépistage VIH	98
V. Conclusion	101
VI. Références.....	102
VII. Annexes	105
1. Procédure d'assurance qualité applicable au médecin exerçant dans un cabinet pour pouvoir réaliser un test rapide d'orientation diagnostic.....	105
2. Guide d'entretien	105
3. Retranscription des entretiens.....	108

I. Introduction

Depuis la découverte du VIH il y a 30 ans, l'évolution des connaissances scientifiques a permis de mettre en place des stratégies de lutte contre l'épidémie. La croissance globale de l'épidémie mondiale de sida semble s'être stabilisée (1), et le nombre annuel de nouvelles infections recule régulièrement depuis le début des années 2000. En 2009, le nombre de personnes nouvellement infectées dans le monde étaient estimé à 2,6 millions. La vision de l'ONUSIDA « Zéro nouvelle contamination. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida. » nécessite encore de grandes évolutions afin de se concrétiser.

En France il existe une relative stabilité du nombre de nouvelles contaminations. Entre 2003 et 2009 le nombre de nouvelles contaminations se situait entre 6500 et 7500 par an (2).

Bien que l'activité de dépistage soit particulièrement importante à l'échelle nationale, il persiste un retard au dépistage de l'infection par le VIH. Le nombre de patients dépistés à un stade avancé de la maladie (stade sida et/ou taux de lymphocytes T CD4 inférieur à $200/\text{mm}^3$) a été estimé entre 25% et 35%. En 2009 en France, il a été estimé qu'environ 40 000 personnes ignoraient leur séropositivité avec une fourchette comprise entre 18 000 et 61 000 (3). Les bénéfices d'un dépistage précoce ont été démontrés au niveau individuel depuis l'arrivée des multithérapies antirétrovirales mais également au niveau collectif. Le dépistage pourrait en effet réduire les taux de transmission par une diminution des pratiques à risque et par la mise sous traitement des patients le nécessitant, entraînant ainsi une diminution de leur contagiosité.

En octobre 2009, la Haute Autorité de Santé (3) recommande de proposer un test de dépistage à la population générale âgée de 15 à 70 ans au moins une fois, hors notion d'exposition à un risque, de poursuivre l'offre systématique d'un dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances, d'encourager le recours volontaire au dépistage en cas d'exposition à un risque et de promouvoir le diagnostic de la primo-infection symptomatique.

Le Plan national de lutte contre l'infection à VIH/sida et les Infections Sexuellement Transmissibles 2010-2014 (4) reprend ces recommandations ainsi que celles du Conseil National sur le Sida pour promouvoir des mesures visant à favoriser et à banaliser le dépistage du VIH.

Les médecins généralistes sont désignés comme les relais principaux de la stratégie de dépistage à l'ensemble de la population. En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste est effectivement un acteur important de santé publique. Mais comment imagine-t-il sa place dans les enjeux de la prévention et du dépistage du VIH ? Quelle est son implication réelle ? Quelles sont ses difficultés ? Quelle est la réalité de ses pratiques ? Et finalement, comment peut-il contribuer à améliorer le dépistage ?

Au-delà des grandes notions de santé collective, le médecin généraliste se retrouve seul face à son patient, confronté notamment à la problématique de l'abord de la sexualité, qui se dessine derrière le dépistage de l'infection par le VIH. Comment et dans quelle mesure aborder l'intimité sexuelle de son patient ? Quelles sont les représentations du médecin sur son rôle dans ce domaine ?

L'abord de la sexualité dans le contexte du dépistage de l'infection par le VIH n'est pas un sujet souvent étudié au cours de la formation médicale et chaque médecin construit son discours en fonction de ce qu'il estime le mieux adapté à une consultation médicale. La manière d'aborder la sexualité dépend d'un point de vue assez personnel du médecin, qui renvoie à son éducation, son vécu et sa culture. C'est l'une des raisons d'avoir choisi deux zones géographiques pour l'étude, d'une part la ville de Saint-Denis dans le 93 et d'autre part des arrondissements parisiens de niveau socio-économique plutôt élevé. Quel est l'impact du contexte socioculturel sur la prévention et le dépistage de l'infection par le VIH et l'abord de la sexualité ?

Pour essayer de répondre à toutes ces questions, une étude qualitative a été réalisée à travers 18 entretiens de médecins généralistes à Saint-Denis et dans Paris (6ème, 7ème, et 15ème arrondissements). L'analyse qualitative permet d'approcher au plus près les pratiques et les représentations d'une population. L'entretien individuel permet de favoriser la liberté d'expression et de susciter des réflexions originales.

Dans une première partie, nous ferons un état des lieux de la prévention et du dépistage de l'infection par le VIH, puis nous aborderons l'abord de la sexualité par le médecin généraliste, ensuite nous présenterons les méthodes utilisées pour mener notre étude et les résultats des entretiens.

II. Prévention et dépistage de l'infection par le VIH : état des lieux

1. Rappel socio-historique

Le 5 juin 1981, l'agence fédérale des Centers for Disease Control (CDC) émet une alerte sur des cas de pneumocystose chez de jeunes patients homosexuels à Los Angeles (5).

Cette maladie rare ne se manifeste habituellement que chez des patients dont le système immunitaire est perturbé. Un deuxième communiqué du CDC est publié, un mois plus tard, signalant une centaine de personnes présentant des infections opportunistes ou des sarcomes de Kaposi. Certains sont décédés, ils étaient tous originaires de New York et homosexuels. Des premières enquêtes épidémiologiques, cliniques et biologiques sont effectuées aux Etats-Unis et en Europe. Ces affections sont également signalées chez des hétérosexuels toxicomanes, des immigrés d'origine haïtienne et des hémophiles. Malgré ces cas avérés, la maladie restera associée à l'homosexualité sous le nom de Gay Related Immune Deficiency (GRID) ou Gay Syndrome. Fin 1982, l'Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS) remplacera ces premières définitions. (6)

En 1983, le Professeur Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi de l'institut Pasteur mettent en évidence une activité de la transcriptase inverse qui signe la présence d'un rétrovirus dans des cellules d'une biopsie ganglionnaire d'un patient du docteur W. Rozenbaum. A l'automne 1983, un prototype de test sérologique ELISA est élaboré. Suite à une compétition des équipes française et américaine pour découvrir le virus, le nom de HIV (Human Immuno-deficiency Virus) ou VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) est finalement attribué à ce nouveau virus en 1986. (6)

Les premières commercialisations des tests ELISA de dépistage du VIH sont apparues en 1985. Les caractéristiques particulières de l'infection par le VIH, son pronostic péjoratif, les possibilités thérapeutiques alors limitées et un bénéfice individuel quasiment inexistant ont contribué à fonder le dispositif de dépistage mis en place sur des principes spécifiques à cette maladie émergente : le dépistage volontaire individuel. Dispositif assez peu habituel dans la lutte contre les maladies infectieuses transmissibles.

Le sida ressemble aux maladies collectives épidémiques qui s'abattaient autrefois sur les populations. L'apparition du sida a été marquée par des réactions de peur et a entraîné la résurgence des représentations les plus traditionnelles de la maladie : la faute et le châtement, la déviance et la sanction (6). Les réactions d'hostilité et les pratiques de discrimination s'expriment d'autant plus que le caractère infectieux de cette nouvelle maladie s'affirme rapidement. La peur de la contagion renforce les angoisses suscitées par une pathologie inconnue qui laisse la médecine démunie.

La stigmatisation s'amplifie pour les quatre H : Homosexuel, Héroïnomane, Haïtien, Hémophile, voire 5 H avec Hookers pour prostituées. Cette expression atteste la représentation d'une épidémie du désordre et de la faute due aux « mœurs douteuses » et à la « libération sexuelle » (6).

Cette forte stigmatisation initiale a contribué à porter une attention très particulière au droit des patients. Très vite se mettent en place des associations de malades, portées essentiellement par le mouvement homosexuel en plein essor dans les années 80. Les notions de groupes à risque entraînent des débats sur les « victimes » et les « responsables » de la maladie. Dès 1982 le Gay's Men's Health Crisis est créé à New York, puis le Terence Higgins Trust à Londres. En 1984, en France c'est l'association AIDES qui voit le jour, puis Arcat-sida en 1985, Sol En Si en 1988, Act Up en 1989, Sida Info Service en 1990, Actions Traitements et Chrétiens et sida en 1991 et l'association d'auto-support des usagers de drogues (ASUD) en 1993 (6).

Les médecins sont confrontés à une pathologie infectieuse d'un nouveau genre : d'une part la maladie ne se manifeste pas par des symptômes cliniques spécifiques comme les autres maladies microbiennes traditionnelles, d'autre part les connaissances initiales ne permettent pas de savoir dans quelle mesure les personnes séropositives vont développer un sida. La prise en charge des patients est également affectée par ces conditions nouvelles qui vont provoquer l'évolution du système de soins. En effet, les services de maladies infectieuses vont devoir se développer rapidement pour accueillir ces patients, alors que les équipes hospitalières sont confrontées à des malades pour lesquels les traitements restent inefficaces malgré l'arrivée de l'AZT (zidovudine, Retrovir[®]) en 1987. Par crainte de la contagion, des pratiques discriminantes vont être mise en place : chambre d'isolement, visites des médecins et des proches avec combinaisons, limitation des visites... Les services sont contraints de se réorganiser pour faire face à une prise en charge lourde et longue des patients et de développer une approche palliative, alors que jusqu'à présent en infectiologie, la médecine curative semblait triompher.

En 1989, le sida est devenu la première cause de mortalité à Paris chez les hommes de 25 à 44ans. (6)

En 1996, l'arrivée des multithérapies entraîne rapidement une baisse de la morbi-mortalité des patients. La prise en charge devient d'avantage ambulatoire, la maladie est devenue chronique. Les représentations vont changer, la compliance et l'observance du patient deviennent un enjeu majeur du suivi. Le patient est un acteur impliqué dans sa prise en charge.

L'apparition du VIH a eu un impact majeur sur les comportements sociaux : la mort et la sexualité sont liées. L'usage du préservatif s'est diffusé massivement dans les groupes sociaux qui ont été touchés par l'épidémie. En parallèle, d'autres mesures de précaution ont été observées : la réduction du nombre de partenaire, l'évitement de certains lieux de rencontre ou l'abandon des pratiques plus à risque (la pénétration anale) (6). Les représentations de la maladie vont avoir un impact important sur les conduites sexuelles de toute la population.

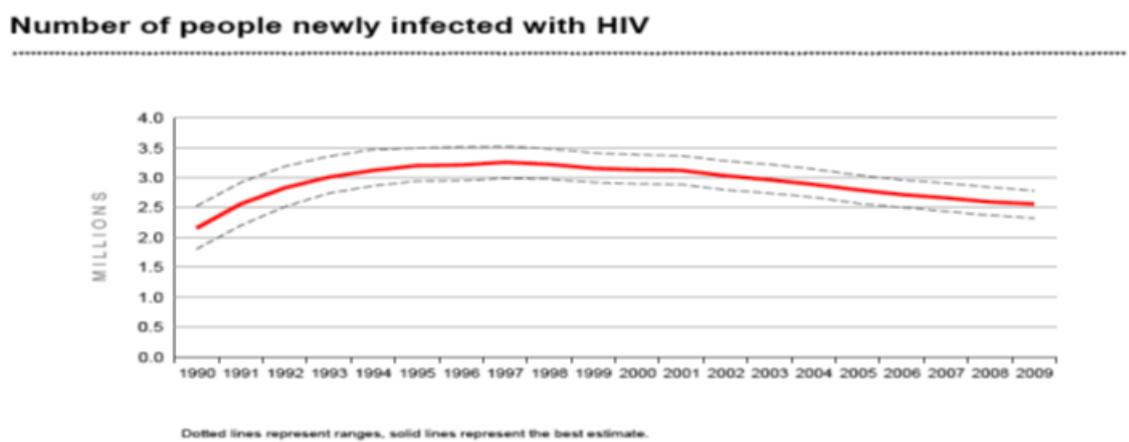
Depuis l'amélioration du pronostic de la maladie, la moindre « visibilité des malades » et la diminution de la médiatisation laissent craindre un certain relâchement des conduites de prévention, ce que nous étudierons à travers différentes enquêtes récentes dans la suite de cette thèse.

2. Épidémiologie de l'infection par le VIH

A. Dans le monde

a. Incidence

Le rapport ONUSIDA 2010 confirme la tendance de la **stabilisation de l'épidémie** avec un nombre de nouvelles infections à VIH qui recule régulièrement depuis une dizaine d'années. Le nombre de décès liés au sida est également en diminution grâce à l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux ces dernières années. L'incidence est estimée à 7000 nouvelles infections par jour, soit 2,6 millions (2,3-2,8) par an pour l'année 2009 (1). Dans 33 pays dont 22 en Afrique subsaharienne, l'incidence du VIH a diminué de plus de 25% entre 2001 et 2009, cette tendance traduit notamment l'impact des efforts de prévention.



Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH. ONUSIDA, rapport mondial 2010 (1)

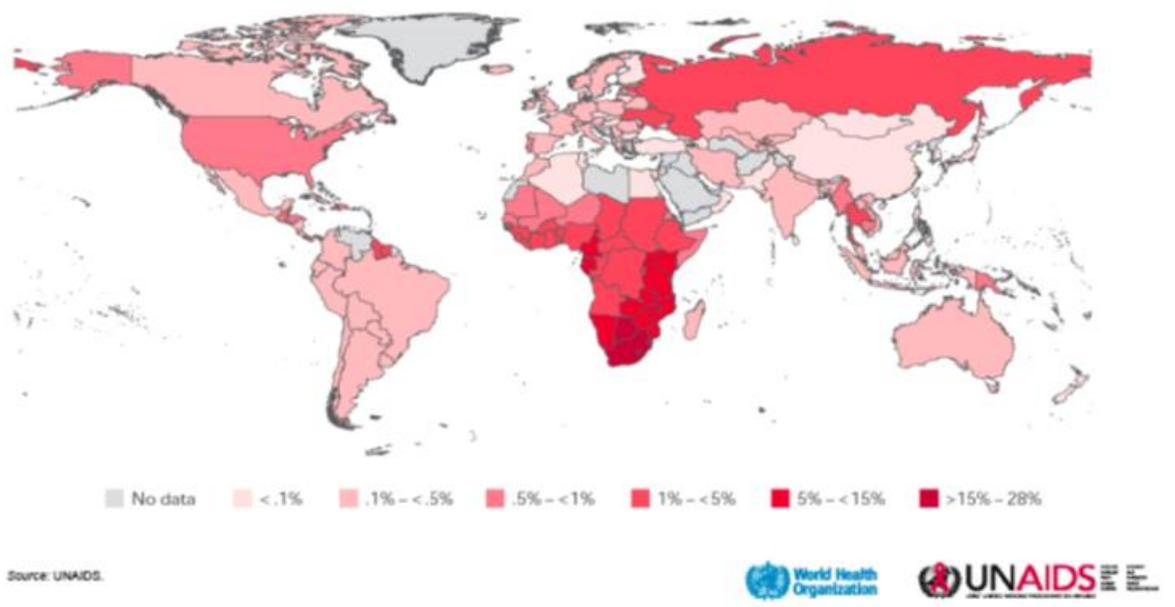
En Europe occidentale, centrale et orientale, en Asie centrale et en Amérique du Nord, les chiffres des nouvelles infections annuelles sont stables depuis au moins 5 ans. Cependant une multiplication des signes indique une reprise des infections à VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). En Europe orientale et en Asie centrale, on enregistre toujours des taux élevés de transmission parmi les usagers de drogue par voie intra-veineuse (UDI) et leurs partenaires sexuels (1).

b. Prévalence

A la fin 2009, L'ONUSIDA estime qu'il y avait 33,3 millions [31,4-35,3 millions] de personnes vivant avec le VIH, contre 26,2 [24,6-27,8 millions] en 1999, ce qui correspond à une augmentation de 27%. En effet, malgré la diminution des nouvelles infections, la prévalence a augmenté du fait de la réduction du nombre de décès liés au sida, grâce à un élargissement et à une intensification significatifs de l'accès au traitement antirétroviral ces dernières années (1).

L'Afrique subsaharienne supporte encore la part la plus importante du poids de l'épidémie mondiale. Sur ces 33,3 millions de personnes, 22,5 millions [20,9-24,2 millions] vivent en Afrique sub-saharienne, soit 68% du total mondial. 4,9 millions [4,5-5,5 millions] vivent en Asie et 1,4 millions [1,3-1,6 millions] en Europe orientale et Asie centrale. En Amérique du Nord, les personnes vivant avec le VIH sont estimées à 1,5 millions [1,2-2 millions] et en Amérique Centrale et du Sud à 1,4 millions [1,2-1,6 millions] (1).

Global prevalence of HIV, 2009



Prévalence du VIH au niveau mondial, 2009. ONUSIDA, rapport mondial 2010 (1)

Le nombre d'enfants vivant avec le VIH a augmenté à 2,5 millions [1,7-3,4 millions] en 2009. La proportion de femmes séropositives est restée stable à un peu moins de 52% du nombre total de personnes infectées par le VIH (1).

D'énormes progrès ont été accomplis dans de nombreux pays. 5 millions de personnes bénéficient aujourd'hui d'un traitement, ce chiffre ne représentant toutefois qu'environ 35% des personnes ayant besoin d'une trithérapie antirétrovirale (1). Les jeunes de 15 à 24 ans (souvent les plus exposés au risque d'infection) ont de plus en plus de connaissances sur l'épidémie et les techniques de prévention, mais ne disposent pas toujours des outils pour réduire les risques (préservatifs, aiguilles stériles). C'est pourquoi de nombreuses mesures sont encore et toujours nécessaires pour freiner voire éradiquer l'épidémie au niveau mondial.

B. En France

a. Sources de données

Nous disposons de différentes sources de données en France qui permettent d'estimer l'épidémiologie de l'infection par le VIH. Tout d'abord les données des déclarations obligatoires (DO) de sida depuis 1983 et de séropositivité depuis 2003 (décret du 6 mai 1999, appliqué à partir de mars 2003), les affections de longue durée (ALD), les cohortes hospitalières suivies par l'ANRS et les tests d'infection récente.

Lors d'une découverte d'une séropositivité, après consentement du patient, les données sont collectées et standardisées puis elles sont transmises de manière anonyme et cryptée aux 28 comités COREVIH, ainsi qu'au ministère de la santé (données économiques), à l'InVS et à l'unité INSERM U943 (données épidémiologiques).

D'autres registres sont également utilisés comme les données sur la mortalité, les registres de cancer...

b. Prévalence

La prévalence en France est calculée à partir des données de l'ALD (numéro 7). Au 31/12/2008, 89 911 patients bénéficiaient de l'ALD pour une infection par le VIH dans le cadre du régime général de l'assurance maladie qui couvre 88% de la population. En extrapolant à l'ensemble de la population, on estime à 102 200 le nombre de patients bénéficiant de l'ALD pour l'infection à VIH. L'entrée dans l'ALD est possible dès le diagnostic de l'infection mais la proportion de personnes qui n'entrent pas en ALD, malgré ce diagnostic, n'est pas connue. Les personnes qui bénéficient de l'Aide Médicale d'État (AME) ne bénéficient pas de l'ALD et l'entrée en ALD n'a pas nécessairement lieu dans l'année de la découverte de la séropositivité. Un petit nombre de patients est pris en charge sans bénéficier de l'ALD et des travaux sont toujours en cours pour évaluer ce nombre. (19)

Les dernières estimations de prévalence en France étaient de 105 800 personnes en 1997 (méthode directe) et de 88 300 (méthode de rétrocalcul) en 2000. En se fondant sur l'hypothèse d'une incidence constante entre 1998 et 2008, actualisée par rapport aux nouvelles estimations d'incidence de l'InVS et d'un nombre de décès stable évalué à 1700 par an (mortalité 2000-2005), la prévalence de l'infection par le VIH a été estimée à 152 000 (135 000 – 170 000) (19).

La différence de ces deux estimations donne une approche du nombre de personnes ignorant leur séropositivité à 50 000 (32 000 – 68 000) (19).

c. Incidence

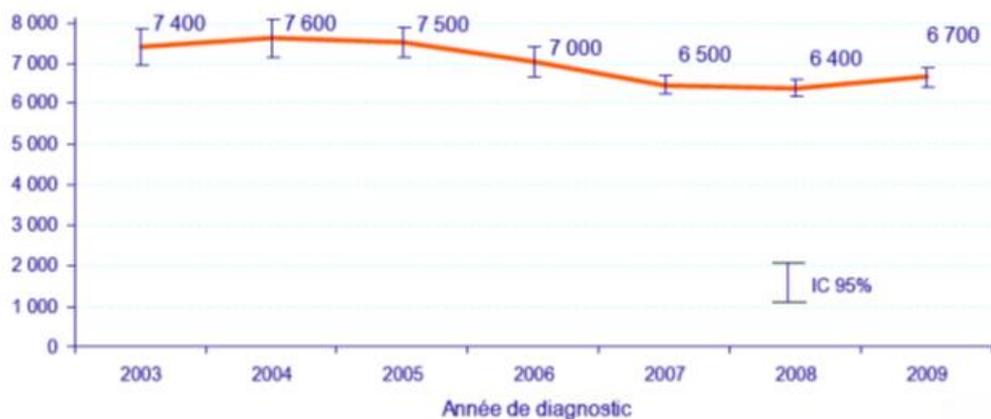
Pour essayer de déterminer le nombre de nouvelles infections, 2 méthodes ont été utilisées. Une méthode directe réalisée par l'InVS, basée sur le test d'infection récente, et une méthode indirecte (INSERM U943) basée sur une modification du rétrocalcul.

L'InVS a adapté au contexte français une méthode développée par les CDC. Grâce aux tests d'infection récente, qui permettent de distinguer biologiquement les personnes infectées depuis moins de 6 mois, et aux caractéristiques des patients (antécédents de dépistage, stade clinique au moment du diagnostic, groupe de transmission, origine), l'InVS a extrapolé le nombre de diagnostics classés en infections récentes pour obtenir le nombre de nouvelles contaminations dans la population française, en tenant compte de la sous-déclaration pour 6 groupes de population (hommes et femmes hétérosexuels de nationalité française, hommes et femmes hétérosexuels de nationalité étrangère, HSH et UDI). Dans leurs hypothèses de calcul, ils envisageaient une stabilité des comportements de dépistage au cours du temps et une indépendance entre la contamination et le recours au dépistage. (19)

L'unité INSERM U943 a utilisé une méthode basée sur le rétrocalcul généralisé, à partir d'estimation des délais entre l'infection et le diagnostic VIH pour les 6 mêmes groupes de population. Ces délais dépendent des comportements vis-à-vis des tests de dépistage.

Ces deux méthodes produisent des estimations proches de l'ordre de 7000 à 8000 nouvelles contaminations par an, soit un taux d'incidence de 17 à 19 pour 100 000 par an. Environ 40 à 50% des nouvelles contaminations sont retrouvés chez les HSH (19).

Les nouvelles infections diagnostiquées en 2009 étant évaluées à 6700 (estimations de l'InVS à partir des DO VIH au 31/03/2010 en tenant compte de la sous-déclaration, des données manquantes, du travail de correction et de la marge d'incertitude), le nombre actuel de nouveaux diagnostics semble donc insuffisant pour faire baisser le nombre de personnes ignorant leur séropositivité.



Source : InVS, données DO VIH au 31/03/2010 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes



d. Caractéristiques des patients découvrant leur infection par le VIH

Les caractéristiques des patients ayant découvert leur séropositivité vis-à-vis du VIH en France en 2010 ont été publiées dans le BEH du 29 novembre 2011 (7) :

- Il s'agit d'homme dans 68% des cas.
- L'âge médian de ces patients est de 37,9 ans (36,3 chez les femmes et 38,7 ans chez les hommes), la proportion des plus de 50 ans étant la tranche d'âge qui a le plus augmenté depuis 2003.
- Un peu plus de la moitié étaient nés en France et un tiers en Afrique sub-saharienne. La majorité des femmes étaient nées en Afrique sub-saharienne (59%).
- 57% des patients ont été contaminés par rapports hétérosexuels (97% des femmes, 38% des hommes), 40% par rapports sexuels entre hommes et 1% par usage de drogues injectables.
- Le motif de dépistage le plus fréquent était la présence de signes cliniques (35%), qu'ils soient liés à une primo-infection ou à un stade tardif de l'infection. Les autres motifs les plus courants étaient une exposition récente au VIH (23%) et un bilan systématique (19%).
- Stade clinique : 11% étaient au stade primo-infection, 62% à un stade asymptomatique, 12% à un stade symptomatique non sida et 15% au stade sida.
- Statut immunologique : 29% avaient un taux de CD4 inférieur à 200/mm³, 20% entre 200 et 349/mm³, 21% entre 350 et 499/mm³, et 30% supérieur à 500/mm³

C. En Ile de France

L'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France (ORS) publie chaque année en décembre un bulletin de santé épidémiologique sur la région (8). En effet l'Ile de France est une des régions les plus touchées par l'épidémie. En 2009, le nombre de Franciliens ayant découvert leur séropositivité a été estimé à 2856 [2721-2991] par l'InVS, soit une incidence de 24,3 pour 100 000 habitants, 4 fois supérieure à celle observée hors Ile de France (6,6) et plus de 2 fois supérieure à la moyenne nationale (10,1). Le nombre de patients diagnostiqués à un stade sida, en 2009, est estimé à 4,6 pour 100 000 habitants soit 2,7 fois plus qu'en dehors de l'Ile de France (1,7).

On observe une grande disparité entre les différents départements franciliens, les deux départements les plus touchés par l'épidémie étant ceux de Paris et de la Seine-Saint-Denis. A Paris, 1234 patients ont découvert leur séropositivité en 2009, soit 43% de l'ensemble des découvertes, ce qui représente une incidence de 55,6 pour 100 000 habitants. En Seine-Saint-Denis, l'incidence

calculée est de 30,2 pour 100 000 habitants. C'est pourquoi ces deux départements ont été choisis dans le cadre de l'étude qualitative.

Ces données, calculées à partir des DO, vont dans le même sens que les résultats estimés à partir des ALD. Le nombre de personnes affiliées au régime général entré en ALD pour infection à VIH en 2010 est plus élevé dans tous les départements franciliens que celui observé en France métropolitaine (11 pour 100 000 habitants). Le taux parisien est le plus élevé, à 56,2 pour 100 000, suivi par la Seine-Saint-Denis à 40 pour 100 000.

Le nombre de découvertes de séropositivité semble stable en Ile de France depuis 2007, autour de 2800-2900 personnes par an. L'incidence serait également stable ces dernières années à Paris, autour de 1200 découvertes. En Seine-Saint-Denis, après une augmentation constatée en 2008 (534 découvertes) et une diminution en 2009 (459 découvertes), le nombre de découvertes semble aussi se stabiliser (453 découvertes) en 2010.

Malgré une relative stabilité des nouvelles découvertes, on peut observer une disparité importante au sein des différents sous-groupes de population. Ainsi le nombre de diagnostic a diminué chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, surtout chez les personnes de nationalité étrangère, moins chez les hétérosexuels français. En revanche, chez les personnes contaminées par voie homosexuelle, le nombre de nouvelles découvertes ne diminue pas. Ce qui confirme que l'épidémie reste toujours active en Ile de France, tout particulièrement à Paris et en Seine-Saint-Denis, notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

3. Dépistage de l'infection par le VIH en France

A. Enjeux du dépistage du VIH

Les premières stratégies de dépistage ont été mises en place à la fin des années 80, avec notamment la création des CDAG. Le dépistage relève alors d'une démarche volontaire et personnelle. A cette époque, le bénéfice immédiat à connaître son statut sérologique est faible, en raison de l'absence de traitement efficace et de la forte stigmatisation qui pèse sur les personnes infectées par le VIH. Les politiques de santé publique préfèrent donc favoriser les messages de prévention. Depuis l'apparition de traitements efficaces à la fin des années 90, l'intérêt d'un dépistage précoce individuel a été démontré en termes d'amélioration de qualité de vie, et de morbi-mortalité. Puis avec le concept de « treatment as prevention », le dépistage précoce de l'infection a démontré son intérêt au niveau collectif, en diminuant le taux de nouvelles contaminations.

Avec l'amélioration de l'évolution pronostique et thérapeutique de la maladie depuis 30 ans, les principes du dépistage ne sont plus ancrés dans ce que certains ont qualifié de « l'exceptionnalisme » du VIH, c'est-à-dire une approche assez éloignée du cadre général du contrôle des maladies transmissibles, et très protectrice des droits de l'individu. Il s'agit selon De Cock, dès 1998, de « considérer désormais le VIH/Sida comme les autres maladies chroniques infectieuses pour lesquelles un diagnostic précoce est essentiel afin de délivrer des thérapeutiques et des mesures préventives appropriées, dans le respect du consentement éclairé et de la confidentialité » (9).

Progressivement, l'idée d'un dépistage de routine proposé dans des structures d'offre de soins émerge (10).

Au niveau international, l'OMS, dès 2004, infléchit sa position vers un dépistage plus large en se prononçant en faveur d'une politique d'offre de dépistage en routine dans les pays confrontés à une forte prévalence d'infection par le VIH et disposant de traitements antirétroviraux (11).

Aux Etats-Unis, en 2006 les CDC proposent de nouvelles recommandations sur le dépistage : il est recommandé pour les patients, dans toutes les structures d'offre de soins et après notification que le test sera réalisé, sauf si le patient s'y oppose, le consentement général aux soins étant considéré comme suffisant (12).

En France en 2006, le CNS précise que le modèle de dépistage mis en place au début de l'épidémie ne correspond plus aux besoins ni aux techniques nouvelles (13).

Le double constat d'un recours trop tardif au dépistage et du bénéfice d'un diagnostic précoce s'impose et conduit à l'évolution des stratégies de dépistage.

Publiées en octobre 2009, les nouvelles recommandations de l'HAS sur le dépistage de l'infection par le VIH conseillent un dépistage de la population générale de 15 à 70 ans, indépendamment de la notion de prise de risque, et un dépistage ciblé et régulier pour certaines populations: HSH, UDI, multipartenaire, population des départements français d'Amérique, personnes originaires de zone de haute prévalence notamment d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes, personnes en situation de prostitution, partenaire de patient infecté par le VIH (3). Une étude de l'InVS montre que cette généralisation de l'offre de dépistage est coût-efficace (14).

Le dépistage a en effet démontré son efficacité autant d'un point de vue individuel, en raison du sur-risque de décès chez les patients pris en charge tardivement, que d'un point de vue collectif, pour réduire le risque de transmission chez les patients en succès virologique. Les recommandations du Conseil National du Sida et de l'HAS sont d'ailleurs reprises par le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014, qui fait du dépistage l'un de ses cinq axes stratégiques, placé « au cœur du dispositif de la prise en charge et de la prévention du VIH. » (4).

L'activité de dépistage en France est désormais élevée avec près de 5 millions de tests réalisés par an, soit environ 80 pour 1000 habitants. L'InVS estime qu'environ 1,23 millions sont réalisés en Île de France en 2010, soit 104 tests pour 100 000 habitants contre 77 en moyenne au niveau national en 2009. De plus la proportion de sérologies positives est deux fois supérieure en Île de France : 4,5 sérologies positives pour 1000 tests réalisés contre 2,2 en France (15).

Les données 2010 montrent des disparités importantes entre les départements : l'activité de dépistage est particulièrement élevée à Paris (208 tests pour 100 000 habitants) et la plus faible dans le Val d'Oise (64 pour 100 000). Les taux de sérologies positives les plus élevés sont à Paris (6,6 tests positifs pour 1000 tests réalisés) dans le Val de Marne (4,7) et en Seine-Saint-Denis (4,5). Le taux le plus faible est dans les Yvelines (1,6).

Malgré l'intensité de cette activité de dépistage, on constate que la moitié des personnes découvrant leur séropositivité le fait à un stade trop tardif (lymphocytes CD4 inférieur à 350/mm³) et, pour plus d'un quart, à un stade de déficit immunitaire avancé (lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³). Et il persiste toujours 50 000 personnes infectées ignorant leur séropositivité.

Ces retards au diagnostic concernent deux types de populations : des personnes appartenant à un groupe à risque identifié, qui n'ont pas fait une démarche volontaire de dépistage, n'ont pas été en contact avec le système de soins ou n'ont pas été dépistées lors de ce contact ; et des personnes à faible risque « apparent ».

B. Outils du dépistage du VIH

a. Dépistage classique

Le diagnostic biologique de l'infection par le VIH repose sur une stratégie en deux temps : une première analyse de dépistage est toujours suivie d'une seconde analyse de confirmation, qui s'effectue sur le même prélèvement. Depuis 2008, il n'est plus nécessaire de pratiquer deux techniques d'analyse de dépistage lors de la première étape, du fait de l'amélioration des performances des tests disponibles. (16)

Pour l'analyse de dépistage, les biologistes réalisent un test ELISA combiné de 4^{ème} génération, comprenant les recherches des anticorps VIH-1 et VIH-2, ainsi que la détection de l'AgP24, avec un seuil minimal requis par la réglementation européenne, fixé à 50pg/ml D'Ag VIH en 2008.

Un résultat négatif de l'analyse signe l'absence d'infection par le VIH, sauf en cas d'une possible exposition datant de moins de 6 semaines.

Pour l'analyse de confirmation, la technique utilisée est le western blot (WB) ou l'immunoblot (IB). Les critères d'interprétation du WB sont définis par les recommandations de l'ANAES en 2000 (positivité certaine, positivité probable, profil à contrôler, négativité) et par l'OMS. Il est recommandé de procéder à la différenciation entre l'infection due au VIH-1 et celle due au VIH-2. L'affirmation de l'infection par le VIH nécessite toujours de disposer des résultats concordants de deux prélèvements distincts, afin d'éliminer une erreur d'identité.

b. Tests Rapides d'Orientation Diagnostic

Les tests rapides d'orientation diagnostic (TROD) sont des tests unitaires de réalisation simple, effectués sur du sang total, de la salive, du sérum ou du plasma, et qui permettent une lecture rapide des résultats, sans procédure automatisée, en moins de 30 minutes généralement.

En 2008, la HAS recommande leur utilisation dans des situations d'urgences médicales, associée dans tous les cas à la réalisation d'un test ELISA combiné, et propose leur pratique chez des populations qui ont un recours insuffisant au dépistage classique.

Dans les recommandations d'octobre 2009, la HAS rappelle que *« l'utilisation des TROD en cabinet de médecine générale pourrait être envisagée afin non seulement de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque pour diverses raisons mais aussi d'améliorer l'accès aux résultats du dépistage. »*

L'arrêté du 9 novembre 2010 (37) fixe les conditions de réalisation des TROD. Il est précisé dans l'article 1 que les TROD peuvent être réalisés *« chez toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et recueilli son consentement libre et éclairé »*, par différents protagonistes médicaux, paramédicaux ou non-professionnel de santé, intervenant dans certaines structures de prévention ou structures associatives. Est notamment mentionné en premier, le *« médecin exerçant en cabinet libéral »*. L'article 4 précise que, pour réaliser ces tests, le médecin doit mettre en place une procédure d'assurance qualité, formalisée dans un document écrit (cf annexe 1).

Depuis 2008, plusieurs expérimentations utilisant des TROD sont menées dans des milieux communautaires HSH (Prédermavi par Actis, Com'test par Aides et Checkpoint par le Kiosque). Les résultats semblent montrer l'intérêt d'une proposition de tests rapides (4).

L'étude Checkpoint, publié en 2011 dans *Transcriptases* (17), est un exemple de dispositif de dépistage du VIH « hors les murs », utilisant des TROD, et s'adressant à des hommes majeurs et assurés sociaux, ayant des rapports sexuels avec des hommes. Parmi les 1594 personnes dépistées, 30 cas de séropositivité VIH ont été confirmés, soit une fréquence de 1,88%. Le test utilisé n'a pas révélé de difficultés d'utilisation. Le dispositif est attractif pour des sujets ne consultant pas de médecin et a surtout permis le diagnostic de nombreuses infections récentes, voire très récentes.

En médecine générale, il n'y a encore eu que peu d'études sur la pratique des TROD. Une étude DEPIVIH a été présentée en juin 2011 sur la faisabilité et l'acceptabilité de la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH par les médecins de ville en France (18). Dans cette étude, la réalisation de TROD a été proposée à 95 médecins de ville, majoritairement médecins généralistes. 382 TROD ont été réalisés avec aucun résultat positif. 59,4% des médecins se disent prêts à utiliser le TROD dans leur pratique quotidienne. Les principaux obstacles rencontrés sont le recueil de la goutte de sang et, surtout, le caractère chronophage de la procédure. Du point de vue du patient, la satisfaction est importante avec 93,8% qui recommanderaient le test à un ami, 96,9% qui trouvent la remise immédiate du résultat préférable, 84% qui trouvent le test moins douloureux qu'une prise de sang, et 82,3% qui n'avaient pas réalisé une sérologie prescrite dans le passé.

Actuellement, les TROD ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Le médecin généraliste peut se procurer ces tests directement auprès des industriels qui les commercialisent (Biomerieux VIKIA TROD® 30 minutes, 1.98 euros, ou Nephrotek INSTI TROD® 30 secondes, entre 3.9 et 12 euros selon le conditionnement).

c. Les autotests

Les autotests, interdits en France, s'achètent sur internet. Sur un de ces sites, il est possible d'acheter une boîte de 6 tests à 70 euros, livrée à domicile. Sur un autre site, on peut en trouver à 40 dollars le test. Ces tests sont non autorisés, les conséquences d'une découverte de séropositivité sans accompagnement médical restant difficiles à évaluer.

Aux USA, en 2012, la Food and Drug Administration (FDA) autorise la commercialisation des autotests. Le test salivaire OraQuick® sera en vente libre en octobre 2012.

4. Différents outils de prévention

A. Les méthodes de prévention

Il existe différents moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Pour le Professeur Delfraissy, directeur de l'ANRS, « l'idée est de pouvoir utiliser un arsenal de moyens de prévention, complémentaires les uns des autres, sans bien sûr oublier que le principal moyen de prévention reste le préservatif ».

Dans les différents moyens de prévention existants ou en cours d'évaluation, on peut noter :

- Les barrières physiques : le préservatif, masculin et féminin, reste le principal moyen de prévention et l'outil le plus utilisé dans la lutte contre le VIH.
- L'abstinence : technique sûre, prônée notamment par certains courants religieux, mais peu réaliste d'un point de vue épidémiologique pour enrayer l'épidémie de sida...

- Les microbicides (en cours d'évaluation)

De nombreuses molécules sont actuellement testées pour être utilisées comme moyen de prévention. Dans l'étude CAPRISA 004 présentée en 2010, un gel microbicide de 3ème génération contenant du tenofovir réduisait de 39% le risque d'infection par le VIH par rapport à un placebo. L'incidence du VIH a été de 54% plus basse chez les femmes qui faisaient une bonne utilisation du gel. L'étude CAPRISA 008 a été approuvée en mai 2012 pour évaluer la mise en œuvre, l'efficacité et la tolérance à ce gel de ténofovir en Afrique du Sud. (20)

- La circoncision

Du fait de différents mécanismes, la circoncision entraîne une protection lors de rapports insertifs : diminution de la surface de la muqueuse réceptive, disparition des cellules cibles préputiales, kératinisation de la muqueuse malpighienne du gland, meilleure hygiène post-coïtale et diminution des IST. Trois essais randomisés ont montré que la circoncision permettait de réduire de 60% le risque d'acquisition du VIH chez les hommes hétérosexuels (21). L'OMS recommande que la circoncision soit mise en place rapidement dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée et où le taux de circoncision est déjà élevé (22). En France, la situation épidémique dans la population hétérosexuelle ne justifie pas d'inclure la circoncision dans les stratégies préventives pour réduire le niveau de prévalence (69).

- Traitement des autres maladies sexuellement transmissibles

De nombreuses études constatent que la présence d'une IST augmente la charge virale VIH dans le liquide séminal. Une étude montrait que la charge virale séminale était multipliée par 8 en cas d'IST (23). Il est donc essentiel de dépister et traiter toutes les IST dans le cadre de la prévention du VIH.

- Traitement antirétroviral

Le traitement anti-rétroviral peut être utilisé comme moyen de prévention de différentes manières : comme traitement local dans les microbicides (cf ci-dessus), en traitement post-exposition ou pré-exposition, ou encore en traitement optimal (HAART : Highly Active Anti-Retroviral Therapy) des patients infectés, afin de diminuer leur contagiosité.

L'efficacité du **traitement post-exposition** a été démontrée chez l'animal dès 1998, puis dans le cadre de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Il est toujours recommandé sous réserve d'une évaluation de la balance bénéfices/risques (19). Une étude rétrospective sur 10 ans (24) de traitement post-exposition préconise la mise en route du traitement si la personne source appartient à un groupe à haut risque d'infection par le VIH. Le dépistage du sujet source reste le seul moyen d'éviter une prescription inutile et coûteuse, pouvant exposer les patients à des effets indésirables.

Le traitement **pré-exposition** est en cours d'évaluation en France avec l'étude ANRS IPERGAY lancée début 2012. L'étude iPrEx, publiée en 2010, montrait que les ARV par voie orale pouvaient être envisagés, comme outil additionnel de prévention destiné à réduire le risque d'infection par le VIH chez les HSH (25).

Aux Etats-Unis, le 16 juillet 2012, la Food and Drug Administration a approuvé la mise sur le marché du Truvada® comme traitement pré-exposition. Il est destiné à être utilisé à titre prophylactique avant contact avec le VIH chez des adultes à haut risque en association avec d'autres mesures de prévention.

Le traitement par **HAART** des patients infectés par le VIH réduit fortement le risque qu'ils transmettent le VIH (26). Le concept du « treatment as prevention » est donc au cœur du dispositif de dépistage systématique.

- Vaccins anti-VIH (études en cours)

Plusieurs vaccins sont en cours d'évaluation. Un essai de phase III réalisé sur 16 000 personnes en Thaïlande, en 2009, montrait l'efficacité partielle d'une double vaccination (27).

Les moyens de prévention pour lutter contre la transmission sanguine du VIH sont d'une part le dépistage des dons du sang et d'organes, et d'autre part une prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse avec un accès large à du matériel stérile d'injection et le développement des traitements de substitution.

B. Diffusion des messages de prévention

Pour espérer qu'un maximum de personnes soit sensibilisé à ces méthodes de prévention, il est important de multiplier les messages d'information ainsi que les canaux de diffusion. L'impact de ces messages est notamment primordial pour faciliter le travail de discussion et de dépistage des médecins généralistes qui, en tant que médecin de premier recours, se retrouvent en première ligne. Au-delà de la situation du médecin généraliste, ces messages sont essentiels pour atteindre une population qui consulte peu.

a. Les campagnes d'information

De grandes campagnes de santé publique sont organisées chaque année, notamment lors de la journée du premier décembre. De l'affiche dans les espaces publics aux brochures dans les salles d'attente, l'INPES propose un large choix de documents destinés à informer la population. Par exemple en décembre 2010 et 2011, ces affiches ont été largement diffusées :



Les milieux associatifs sont également actifs en terme de prévention, tant en agissant directement sur le terrain, qu'en relayant largement des informations sur internet. La télévision reste un moyen privilégié pour diffuser des messages préventifs, comme le dernier spot de l'association AIDES pour faire connaître les TROD et promouvoir le dépistage avec la voix d'Omar Sy qui

conclut : « *On a tous une arme pour en finir avec le sida : une goutte de sang au bout du doigt et quelques minutes suffisent pour un dépistage. Si on le fait tous, c'est le sida qui disparaît.* »

b. Les œuvres artistiques : cinématographiques, littéraires, musicales

De nombreuses personnalités de différents mondes artistiques ont rendu publique leur maladie afin de sensibiliser la population et de diffuser des messages de prévention. L'acteur américain Rock Hudson est le premier à rendre publique sa maladie lors de son hospitalisation à Paris peu de temps avant sa mort en 1985. Beaucoup d'autres artistes ont également dévoilé leur maladie par la suite. D'autres artistes ont écrit, joué, filmé ou chanté au sujet du sida pour promouvoir des messages de prévention. Le Sidaction réunit également un grand nombre de personnalités qui continuent de sensibiliser la population, tout en récoltant des fonds pour la recherche.

- Filmographie

De nombreux films permettent d'aborder l'infection par le VIH.

La majorité des films abordent le VIH à travers l'histoire de personnages homosexuels. Les mouvements gays ont effectivement eu un rôle important dans la diffusion des messages de prévention. Un des premiers films à évoquer cette maladie est *Encore* de Paul Vecchiali sorti en 1987 qui retrace le destin fatal d'un homme quittant sa femme à 40 ans pour vivre son homosexualité et meurt du sida. *Un compagnon de longue date* de Norman René sort en 1990. Ce film est centré sur un groupe de personnages homosexuels vivant à Los Angeles entre 1981 et 1989. Ils vont accompagner un des leurs jusqu'à la mort. Une tragédie personnelle dans un drame collectif. *Les Nuits fauves* de Cyril Collard sorti en 1992 est un film autobiographique. Ce jeune réalisateur bisexuel meurt des suites du sida trois jours avant la cérémonie des Césars de 1993. Son film sera récompensé notamment dans la catégorie « meilleur film » et « meilleure première œuvre ». L'écrivain Hervé Guibert, après son roman *Al'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, va vouloir montrer au public les images des derniers moments de vie à travers un documentaire *La Pudeur ou l'Impudeur*. Il meurt en décembre 1991, son film sera diffusé un mois plus tard.

En 1993, dans *Philadelphia*, réalisé par Jonathan Demme, Tom Hanks incarne un brillant avocat homosexuel qui est licencié lorsque ses associés apprennent sa séropositivité. Il va devoir se battre pour faire reconnaître ses droits. Inspiré de la vie de Geoffrey Bowers, ce film sera un succès auprès du public et gagnera de nombreuses récompenses, notamment l'oscar du meilleur acteur. On peut également citer *N'oublie pas que tu vas mourir* de Xavier Beauvois sorti en 1996.

Plus récemment, en 2007, le film *Les Témoins* d'André Téchiné raconte l'arrivée d'un jeune homosexuel qui va bouleverser le destin de trois autres personnages en 1984. En 2008, Renaud Bertrand réalise *Sa raison d'être* qui retrace la vie d'un jeune homme qui a 20 ans en 1981 ou comment réinventer l'amour pour triompher de la mort.

Quelques films proposent une approche du VIH à travers des femmes. *Clara et moi* d'Arnaud Viard sortie en 2003 raconte une histoire d'amour qui bascule lorsque le couple apprend la séropositivité de la jeune femme. Dans *Jeanne et le garçon formidable*, comédie musicale d'Olivier Ducastel sortie en 1998, l'héroïne vit un coup de foudre réciproque avec un garçon qui disparaît lorsqu'il lui apprend sa séropositivité.

Les Soldats de l'espérance, sorti en 1993, raconte la vie d'un jeune virologue du CDC qui est confronté aux premiers cas de sida en Centre-Afrique. Le point de vue d'un médecin sur les dix premières années de la maladie. Dans *Les Témoins*, cité précédemment, on voit également les angoisses des médecins confrontés à cette maladie inconnue et incurable.

3 needles (2005) de Fitzgerald retrace trois destins face au sida en Chine, en Afrique du Sud et au Canada.

- Littérature

Hervé Guibert, un écrivain qui plaça le sida au cœur de son œuvre et qui dévoila sa maladie en 1990 dans l'ouvrage *A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, il est décédé en 1991.

Cargo vie de Pascal De Duve publié en 1993 se présente comme un journal de bord du 28 mai au 22 juin 1992 d'un jeune homme atteint du sida. Le livre est sous-titré *vingt-six jours du crépuscule flamboyant d'un jeune homme passionné*. L'auteur est mort le 16 avril 1993 à l'âge de 29 ans.

On n'est pas sérieux quand on a 17 ans de Barbara Samson paru en 1994 est un témoignage de l'auteur contaminée par son premier amoureux toxicomane alors qu'elle a 17 ans. L'auteur participera à de nombreuses manifestations dans les collèges, lycées, universités et entreprises pour promouvoir des messages de prévention.

On peut noter également une bande dessinée *Les Pilules bleues*, scénario et dessins de Frédéric Peeters publiée en 2001. Il s'agit d'une histoire abordant les thèmes de l'amour et de la mort à partir d'une rencontre entre le héros et une jeune femme séropositive. Une approche simple du quotidien dans la maladie dans une œuvre réaliste et pleine d'humour malgré la gravité du thème.

- Musique

Freddie Mercury, chanteur du groupe Queen, est un des plus célèbres symboles des dangers de la maladie, il rend sa maladie publique le 23 novembre 1991 et meurt le lendemain.

En 1987, Barbara chante *Sid'Amour à mort* : mélancolie et tristesse pour ceux qui partent.
« Si s'Aimer d'Amour /C'est mourir d'Aimer /Sont mourus d'Amour /Sida Sidannés /Les Damnés d'Amour /A mourir d'Aimer /Ils sont morts d'Amour /D'Amour Sidanné, O Sida Sida /Danger Sida /O Sida Sida /Sid'Amour à Mort /O Sida, Sid'assassin recherché, Mais qui a mis l'Amour à Mort ».

En 1989, c'est *Sid'Aventure* de Jean-Louis Aubert : « Sid'aventure tu nous quittais / Sid'aventure tu partais / Sid'aventure tu nous laissais / Cette blessure à jamais mon amour ».

Mano Solo infecté par le VIH en 1986, annoncera sa séropositivité lors d'un concert en 1995. Il est mort en 2010. Sa chanson *Pas du gâteau*, sortie en 1993, chante ses angoisses :
« Et même si j'ai le SIDA / Moi ça me coupe pas l'envie / Moi je me dis pourquoi pas / Je voudrais mordre à pleines dents / Dans les joues roses d'un enfant / Je lui dirais salut mon petit gars / Lui me dirait salut papa ».

En 1994, Elmer Food Beat a marqué toute une génération avec sa chanson : *Le Plastique, C'est Fantastique* : « Bang bang, t'as le cœur à l'envers Juste avant de te rouler les mécaniques Tu sais que pour lui faire l'affaire Il vaudrait mieux sortir les élastiques Bang bang, les guibolles en compote Quand il est temps de passer à l'action Petit lapin, couvre-toi la carotte Si tu sens qu'elle en a après tes rognons D'accord ce n'est pas réellement du gâteau Mais la cellophane te préserve le morceau Surtout ne revient pas sur ta décision Tant pis si tu y perds de l'inclinaison Bienvenu au club et félicitations Le plastique, c'est fantastique Le caoutchouc, super doux Nous l'affirmons sans complexe Nous sommes adeptes du latex Le plastique, c'est fantastique Le caoutchouc, super doux C'est une question de réflexe Nous sommes adeptes du latex Non, non, jamais les chocottes De te choper la mort ou bien un moufflet Pas vraiment tout nu quand tu ôtes la culotte Mais vaut mieux ça que d'éternels regrets ... ».

En 1995, c'est Raggasonic qui insiste sur le préservatif dans sa chanson *j'entends parler du sida* :

« J'entends parler du SIDA / Il est passé par ici, il est passé par là / Une chose est sûre, c'est qu'il ne passera pas par moi / Rude Boy faut te protéger / La vie est un long combat inachevé / Doucement jeune fille, il ne faut pas oublier ».

En 1997 Charles Aznavour dans sa chanson *Amour Amer* exprime l'intrication de la mort et de la sexualité depuis l'arrivée du sida :

« De l'amour à la mort il n'y avait qu'un pas
Et l'amour l'a franchi qui peut dire pourquoi
Qui peut dire comment il a mis une proie
Sur nos rêves d'amants décrétant l'amour
Hors la loi

Plus le mal se répand plus le diable est heureux

Sur ces agissements Dieu a fermé les yeux

Le destin et la mort ont pactisé un jour

Depuis le mal dévore et la vie et l'amour

Refrain : Amour amer / Amants à mort / À vos enfers / Feu dans le corps / Amour amer ».

En 2004 le chanteur M dans sa chanson *Le Radeau* rappelle qu'il suffit d'une fois :

« Tu dérives, quelle insolence / Moi qui pensais qu'ça n'arriverait jamais / Il a suffi d'une seule fois / Malchance, une imprudence / une fausse note et la vie s'en va ».

En 2004 également, la chanteuse Diam's dans *Maladif* : « Aime moi mon amour, je suis ton préservatif... ».

Ces références ne sont pas exhaustives, et une étude plus approfondie de l'impact de tous ces canaux de diffusion de message préventifs serait intéressante.

5. La prévention et le dépistage de l'infection par le VIH en médecine générale

A. Le médecin généraliste comme médecin de premier recours

Quelques mois avant la publication des recommandations de l'HAS, la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) proposent un consensus sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale (28). Deux axes sont étudiés : un premier axe qui concerne tous les médecins généralistes en tant que médecin de santé primaire, et un deuxième axe qui s'adresse aux médecins désirant s'engager de manière plus approfondie dans la prise en charge du VIH.

Dans les missions de soins de santé primaires, le médecin généraliste doit :

- aborder la question de la transmission et de la prévention des IST en général, de l'infection par le VIH en particulier,
- informer les patients de la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH,
- identifier les situations cliniques devant faire évoquer une infection par le VIH,
- proposer le dépistage de l'infection par le VIH et prescrire les tests adaptés au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH,
- annoncer un diagnostic d'infection par le VIH à un patient,

- accueillir une personne ayant été exposée à un risque de transmission du VIH, lui proposer une orientation, et l'adresser à un service d'urgences ou de maladies infectieuses dans les délais adaptés,
- s'assurer de l'observance de son traitement par le patient,
- prendre contact rapidement avec un médecin spécialiste en cas d'effet indésirable grave en relation avec un traitement antirétroviral,
- proposer systématiquement un test de dépistage du VIH aux femmes enceintes. (28)

Les « missions avancées » du deuxième axe impliquent uniquement les médecins qui le souhaitent, sur la base du volontariat et de l'engagement personnel. Ces missions concernent plus le suivi et la surveillance du patient sous traitement, ce qui sort du contexte de dépistage et de prévention de cette thèse.

Il est précisé que, dans ses pratiques professionnelles, le médecin doit proposer un test de dépistage dans les circonstances suivantes :

- personnes qui consultent pour : une grossesse, une IST, la découverte d'une hépatite virale B ou C, des questions gynécologiques (contraception, frottis, IVG, signes cliniques), un risque d'exposition au VIH suite à un accident de préservatif ou une prise de risque, de violence sexuelle.
- à des moments particuliers du parcours de vie des patients : en cas de relation stable en vue d'abandon du préservatif, au début d'une nouvelle relation, après rupture ou divorce (y compris chez les plus de 50 ans), aux personnes sortant de prison.
- aux personnes exposées du fait de leurs pratiques ou de la prévalence de l'infection VIH dans leur communauté : personnes ayant des partenaires multiples, HSH, travailleurs du sexe, usagers de drogues, personnes originaires d'une zone de forte endémie (Afrique sub-saharienne).

Et un test diagnostic :

- en cas de tableau évocateur de primo-infection
- dans les situations cliniques mineures classant au stade B de la classification internationale, telle qu'une candidose oro-pharyngée, une leucoplasie orale chevelue, un zona, une mononévrite ou polynévrite, une dysplasie du col utérin,
- certaines manifestations dermatologiques inhabituelles, telles qu'un prurigo, un prurit inexplicé, une dermite séborrhéique récurrente,
- des situations biologiques, telles qu'une thrombopénie, une lymphopénie, une hyperlymphocytose avec syndrome mononucléosique
- dans des situations cliniques majeures classant au stade C de la classification internationale.

En conclusion de ces recommandations, il est noté qu' « il n'est pas nécessaire d'avoir identifié des comportements à risque pour proposer un test de dépistage (accord fort sur le caractère approprié) »

On peut souligner également un chapitre de ce texte sur la valorisation de l'activité du médecin de ville qui s'implique dans la prise en charge du VIH. (28)

A travers ce consensus le médecin généraliste est désigné comme un acteur essentiel de la prévention et du dépistage du VIH. Ce que confirme le rapport Yéni 2010 : « cette stratégie nécessite la participation active [...] en premier lieu des médecins généralistes qui doivent être les relais principaux de cette stratégie de proposition du test de dépistage à l'ensemble de la population. » (19).

Ce rôle est encore accentué par la loi relative à l'assurance maladie parue au journal officiel le 17 août 2004, qui crée l'obligation pour chaque patient de plus de 16 ans de déclarer un médecin traitant auprès de la CPAM. (29)

Le médecin généraliste se retrouve ainsi au centre du parcours de soin, cette nouvelle position achevant de le désigner comme vecteur idéal des messages de prévention et de dépistage.

B. Opinion des médecins généralistes sur leur rôle dans la prévention et le dépistage du VIH

En théorie, le médecin généraliste est donc le médecin de premier recours qui est le mieux situé pour promouvoir un dépistage systématique de la population. Mais en pratique, on peut se demander quelle est l'implication réelle et les possibilités concrètes des médecins généralistes dans ce domaine ? Plusieurs études récentes nous permettent d'aborder ce questionnement.

Une étude ANRS : *opportunités manquées de dépistage du VIH en France parmi des patients nouvellement diagnostiqués* a été réalisée entre 2009 et 2010. Il s'agissait d'une étude multicentrique (69 centres) en France, incluant 1008 patients. Elle avait pour but de déterminer quelles étaient les opportunités manquées de dépister plus précocement les patients infectés par le VIH. On constate qu'elles restent très nombreuses.

Les résultats montrent que 32% des patients diagnostiqués étaient à un stade avancé de l'infection VIH, 32% n'ayant jamais réalisé de dépistage auparavant. Pourtant, 89% d'entre eux voyaient annuellement un médecin généraliste et 99% avaient eu recours à une structure de soins, au moins une fois dans les trois années précédant le diagnostic.

Parmi les patients appartenant à un groupe à risque (HSH), 48% ne l'avaient pas mentionné à une structure de soin. En revanche, 55% de ceux qui l'avaient mentionné avaient eu une opportunité manquée de dépistage du VIH (test non proposé par le soignant).

Parmi les patients ayant consulté pour un symptôme pouvant être relié au VIH, 82% avaient eu une opportunité manquée de diagnostic VIH.

Cette étude met en évidence certaines limites de la stratégie de dépistage : d'une part, l'échec des soignants à identifier les personnes à risque et à leur proposer un test VIH même après identification du risque ; d'autre part, une proportion d'opportunités manquées restant très élevée pour les patients consultant avec des symptômes pouvant être reliés au VIH. (30)

Il n'en reste pas moins que les médecins généralistes prescrivent un grand nombre de tests de dépistage et que la proportion des diagnostics réalisés en ville augmente. Selon le BEH 2011, la grande majorité, 77%, des tests de dépistage réalisés en 2010 le sont par des laboratoires de ville. Proportion qui reste stable depuis 2007. On constate également que parmi les sérologies positives en 2010, 40% ont été réalisées en laboratoire de ville (7). Enfin, si la majorité des découvertes a été effectuée à l'hôpital, la part des diagnostics réalisés par des médecins de ville est passée de 24% en 2003 à 32% en 2010 (7).

Le constat d'une certaine ambivalence s'impose à la lecture de ces premières données. L'implication du médecin généraliste dans son rôle de médecin de santé primaire, pour proposer le dépistage du VIH, est certes incontestable. Pourtant, l'on constate d'importantes lacunes en termes de détection de la maladie et de précocité du diagnostic, qui semblent révéler une difficulté de mise en œuvre des recommandations théoriques.

L'étude baromètre santé médecins généralistes 2009 (31) apporte un éclairage sur les raisons de cette situation. Selon cette étude, la pratique du dépistage par les médecins généralistes repose encore largement sur le modèle ayant eu cours jusqu'à présent, c'est-à-dire fondée sur la demande de la personne et la notion d'exposition au risque.

Réalisée auprès de 2083 médecins généralistes français, juste avant la sortie des recommandations HAS 2009, elle se fixait pour objectif de déterminer les opinions et les pratiques

des professionnels de santé. Elle cherchait notamment à mieux cerner leurs attentes mais aussi leurs freins face à certaines pratiques.

Elle met en lumière le fait que la pratique actuelle est orientée par le profil de risque et non par une attitude classique de dépistage d'une pathologie non symptomatique bénéficiant d'un traitement efficace. Si le principe d'un dépistage en population générale sur l'initiative du médecin suscite un certain niveau d'adhésion (43% « plutôt d'accord »), les avis sont plus nuancés quand il s'agit de proposer un test aux « personnes sans facteur de risque apparent » (63% « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »).

Neuf médecins sur dix ont prescrit au moins un test dans le mois précédant l'enquête. Un médecin généraliste prescrit en moyenne 5,9 tests par mois. Le nombre maximum de tests est prescrit en Ile de France : 8,5 par mois. Seul 13,4% des médecins ont eu à annoncer un résultat positif, mais ceux qui exercent en Ile de France sont 29% à avoir affronté cette situation.

Dans la majorité des cas, 58,2%, la prescription du test s'est faite à la demande du patient. Elle ne s'est faite qu'à 34% à l'initiative des médecins ou dans le cadre d'un protocole de dépistage comme une grossesse (7%).

La proposition systématique d'un test par le médecin dépend du type de situation envisagée. En présence d'une IST, 72,9% le proposent automatiquement. Mais ils ne sont plus qu'un tiers devant un patient originaire d'un pays de forte endémie et moins d'un quart en cas de changement dans la vie affective du patient. (31)

Ce premier aperçu peut-être utilement complété par une revue de la littérature américaine (32), publiée en 2007, sur les freins à la prescription du test VIH. En dépit des recommandations des CDC de proposer le dépistage du VIH en routine à partir de 2006, sept barrières fréquentes étaient notamment identifiées : le manque de temps, la lourdeur du processus de consentement, le manque de connaissances et de formation, le manque d'acceptation des patients, les prérequis nécessaire au counseling pré-test, d'autres priorités, et enfin un remboursement inadéquat.

De nombreuses barrières politiques, logistiques et éducationnelles étaient par ailleurs relevées, les conclusions de l'étude pointant la nécessité qu'elles soient mieux étudiées par les CDC pour permettre la mise en place effective du dépistage VIH en routine.

C. Les représentations du patient sur la prévention et le dépistage du VIH

Les enquêtes KABP (Knowledge, Attitude, Belief and Practice) sur la connaissance, les attitudes, les croyances et les comportements face au VIH ont été réalisées en France en 1992, 1994, 1998, 2001, 2004 et 2010. Les résultats de 2010 sont disponibles pour la région Ile de France, les résultats nationaux ne sont pas encore publiés à la mi-2012.

Les dernières enquêtes KABP indiquent que plus de dix ans après l'apparition des traitements anti-rétroviraux, le VIH/sida est une maladie de moins en moins visible dans la population générale et qu'elle suscite moins de craintes.

La répétition des enquêtes a pour but de suivre l'évolution des connaissances sur le VIH et le sida, des attitudes et des opinions à l'égard des personnes atteintes et de la perception du risque de se contaminer par le virus, du recours au test de dépistage et de l'utilisation du préservatif. 11019 personnes âgées de 18 à 69 ans ont été interrogées en 2010, dont 2781 en Ile de France (40).

- Connaissance sur le VIH et le sida :

Globalement les Franciliens ont plutôt une bonne connaissance de la maladie, des modes de transmission et des méthodes de prévention. Toutefois, ils sont en 2010 toujours aussi nombreux qu'en 2004 à penser à tort que le virus peut se transmettre « par une piqûre de moustique » (21%), « dans les toilettes publiques » (13%) ou encore « en buvant dans le verre d'une personne contaminée » (6%).

Trois quarts des Franciliens considèrent qu'utiliser un préservatif « est quelque chose de banal ». L'efficacité du préservatif pour se protéger du VIH est reconnue par une large majorité de Franciliens.

« Demander un test de dépistage à ses partenaires » est une stratégie plus fréquemment envisagée comme efficace pour se protéger du VIH en 2010 qu'en 2004, 84% versus 77%.

- Attitudes à l'égard des personnes séropositives :

Un Francilien sur 5 (21,6%) déclare connaître un parent, un ami, un collègue ou un partenaire séropositif ou malade du sida en 2010. Cette proportion baisse depuis 1998 (31,8%). Or, l'efficacité des traitements augmentant la proportion de personnes vivant avec le VIH, la probabilité de connaître dans son entourage une personne séropositive devrait également croître. Ces résultats indiquent que le VIH est moins visible, aussi bien parce que moins perçu par l'entourage que parce que les personnes atteintes se manifestent moins.

Les Franciliens acceptent plutôt favorablement les personnes atteintes : plus de 90% acceptent de travailler, de partager un repas ou de partir en vacances avec elles. Plus les circonstances impliquent un degré de proximité élevé, moins elles sont acceptées : moins de 20% auraient des relations sexuelles protégées avec une personne séropositive. Pour la première fois depuis 1992, ce sont les jeunes qui refusent davantage que leurs aînés.

73% des Franciliens estiment que pour « éviter les discriminations, une personne séropositive a raison de garder son diagnostic secret. »

L'adhésion au dépistage obligatoire est en hausse. Alors que le dépistage n'est obligatoire que pour les dons volontaires (sang, sperme...), les Franciliens sont nombreux à être en faveur d'un dépistage obligatoire pour les femmes enceintes (80%), pour les usagers de drogue (79%), pour les prostitué(e)s (78%). On observe également une augmentation de l'adhésion au dépistage obligatoire pour toute la population 44,2% sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord »

- Croyances

Depuis 1994, le sida est une maladie qui fait de moins en moins peur. En 2010, 27% des Franciliens déclarent craindre « beaucoup ou pas mal le sida » pour eux-mêmes.

Mais la crainte d'avoir été contaminé est en augmentation. En 2010, 38% des Franciliens ont déjà craint d'avoir été contaminé. Cette proportion est en hausse constante depuis 1998.

- Pratiques du dépistage

En 2010, 66% des Franciliens et 79% des Franciliennes déclarent avoir effectué au moins un test de dépistage VIH. Proportion en constante augmentation depuis 1992. La majorité des tests, effectués dans les 12 derniers mois, a été réalisée dans un laboratoire d'analyse suite à la prescription d'un médecin pour 43% des hommes et 61% des femmes. Le test a été réalisé sans prescription pour 16% des hommes et 7% des femmes. Le recours au CDAG reste stable, soit 10% des hommes et 6% des femmes.

Près de 70% des Franciliens accepteraient de se faire dépister lors de leur prochaine visite chez un dentiste et 80% lors de leur prochaine visite chez le médecin ou lors d'un passage dans un service d'urgence.

III. L'abord de la sexualité

1. Sexualité et santé

A. Rappel historique

Jusque dans les années 1950, les sources concernant la sexualité sont extrêmement limitées. Les frasques amoureuses des divinités, racontées dans les récits mythologiques de l'antiquité gréco-romaine, contrastent avec l'austérité de la morale sexuelle chrétienne qui va perdurer pendant plusieurs siècles. Les sociologues et historiens ont pu retracer une histoire de la sexualité des dix premiers siècles de notre ère à partir de textes émanant des Pères de l'Église. En effet, l'étude des pénitentiels, manuels prescrivant les peines relatives aux différents péchés, a permis d'approcher une connaissance des pratiques sexuelles de l'époque. Au cours des siècles suivants, les mœurs sont renseignées par l'étude des textes religieux (manuels de confession, textes canoniques précisant la doctrine de l'Église) et des textes laïcs, écrits par des médecins ou des magistrats lors des procès intentés au contrevenant de la morale sexuelle ou encore à partir des chansons populaires (33).

Ce n'est seulement qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que des statistiques apparaissent, notamment sur la prostitution et les déviances en tout genre. Puis à partir de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les études sur les comportements sexuels se multiplient.

a. Le rôle de l'Église

Contrairement à d'autres religions, par exemple l'hindouisme ou le taoïsme, où l'érotisme est sacralisé, la doctrine chrétienne est complexe et controversée dans le domaine de la sexualité. Trois thèmes apparaissent récurrents : la condamnation de la chair et le rejet du plaisir, la confession et la nécessité de l'aveu, et la réglementation du mariage et l'obligation de la procréation (33). Ces notions vont induire des sentiments de culpabilité massifs dans la société.

L'ancien testament paraît relativement tolérant à l'égard de la sexualité, même si on y retrouve des interdits communs à un grand nombre de civilisations : l'inceste, la nudité, l'homosexualité, la sodomie et le coït pendant les menstruations. Dans le décalogue, le sixième commandement est le seul relatif à la sexualité : « Tu ne commettras pas d'adultère ».

Le nouveau testament insiste sur la chasteté et le célibat tout en faisant l'éloge du mariage monogame et indissoluble. L'apôtre Paul prône l'abstinence, à condition que celle-ci soit atteinte à la suite d'un état de grâce qui inhibe les concupiscences : « s'ils ne peuvent se contenir, qu'ils se marient : mieux vaut se marier que brûler [...] Celui qui se marie avec sa fiancée fait bien, mais celui qui ne se marie pas fait mieux encore » (Corinthiens 7) (33).

Au IV^{ème} siècle, les réflexions de Saint Augustin vont préciser la morale : L'accouplement, permis dans le seul cadre du mariage et dans un but unique de procréation, doit se dérouler sans passion, avec retenue. Pour Saint Jérôme « l'amoureux trop ardent de sa femme » est condamné. La condamnation de la chair s'accroît jusqu'à l'assimilation du péché de chair avec le péché originel. Le plaisir est banni, la masturbation est prohibée.

La réforme grégorienne, au travers du concile de Latran II (1139), va imposer le célibat aux ecclésiastiques, la sexualité étant réservée aux laïcs.

Au XIII^{ème} siècle, Saint Thomas adoucit les rigueurs de la sexualité conjugale, le plaisir est permis s'il est la conséquence de l'acte sexuel et non son but.

Au XXème siècle, dans une encyclique de Paul VI (1968), l'Église récuse toutes les méthodes de contraception, chimique ou mécanique, et souhaite une amélioration des méthodes naturelles. L'avortement demeure une œuvre de mort. En mars 2009, Benoit XVI rappelle le rejet du préservatif par l'Église même à des fins préventives face au sida.

Malgré la séparation de l'Église et de l'État en 1905, le sentiment de culpabilité judéo-chrétien persiste et explique en partie les comportements sexuels actuels.

b. Les comportements sexuels

Dans le monde chrétien, la sexualité n'est légitime que dans le mariage. Dans certaines régions les fréquentations pré-nuptiales sont autorisées, l'essentiel étant que la jeune fille arrive vierge au jour de ses noces. En Corse et dans le Pays Basque, les fiancés cohabitent avant que le curé ne consacre leur union, mais dans la majorité des régions les futurs époux attendent chastement le jour du mariage pour se connaître bibliquement. A la fin du XIXème siècle, dans les familles bourgeoises se met en place une procédure de sexualité d'attente : le flirt qui se généralisera à tous les groupes sociaux au cours du XXème siècle (33).

Le plaisir solitaire est un acte sexuel contraire à la procréation, la masturbation est considérée comme un péché contre nature. Chez les garçons, la perte de la semence devient un péché dès lors qu'ils atteignent l'âge physiologique de la reproduction. Les médecins s'attachent à justifier scientifiquement cette position de l'Église, tel le Dr Tissot qui publie en 1760 *Onanisme ou dissertation physique sur les maladies produites par la masturbation*.

Jusqu'au XXème siècle, la sexualité conjugale débute par le rituel initiatique de la nuit de noces. Nuit éprouvante pour le garçon qui doit prouver sa virilité et violente pour la jeune fille qui sera par la suite soumise aux désirs de son mari. Selon l'historien Flandrin « La jeune fille devenait, une fois mariée, esclave de son mari, qui était en droit d'exiger d'elle du plaisir par la force et par les coups plutôt que par amour. »(33). La soumission de l'épouse à son mari fera force de loi jusqu'au milieu du XXème siècle.

Au VIème siècle, les clercs et les médecins codifient la vie sexuelle des époux pour assurer une descendance optimale. L'accouplement est interdit durant les périodes d'impureté de la femme, les fêtes et les jeûnes, il ne reste au couple plus que 91 jours par an pour s'unir. Le devoir conjugal doit s'accomplir sans concupiscence dans des conditions définies. Une seule position est admise « la femme étant renversée, dos contre terre, l'homme la surmontant, parce que, disaient-ils, elle était le plus favorable à la procréation et sans doute surtout parce qu'elle est symbolique de la domination virile et du geste fécondant du laboureur. » [Flandrin, 1976]

Au XVIIème siècle, le docteur Venette étudie les conséquences des positions de l'amour : l'amour debout et assis sont proscrits, seul l'amour face à face donne de beaux enfants, cependant l'amour par derrière est conseillé en cas de grossesse.

Jusqu'au XXème siècle, les comportements sexuels sont ainsi dictés par la doctrine de l'Église, le discours médical confortant le plus souvent le discours religieux par sa caution scientifique.

B. De nos jours

a. Première partie du XXème siècle - Naissance de la sexologie

Plusieurs mouvements contestataires naissent au début du XXème siècle, comme le mouvement néo-malthusien, qui dénonce les interdits sexuels, la loi du mariage et l'aliénation de la femme. On assiste ainsi à la naissance d'un militantisme pour le libre choix de la maternité, largement appuyé par les premiers mouvements de libération de la femme. Face à ces ébauches d'évolution des mentalités, on constate un mouvement inverse de repli sur les valeurs familiales, qui atteindra son apogée sous le régime de Vichy pendant la deuxième guerre mondiale (33). En 1920, le parlement français vote une loi interdisant la propagande anti-conceptionnelle. En 1942, pour le gouvernement de Vichy, l'avortement est un crime passible de peine de mort.

Le fondateur de la psychanalyse, Sigmund Freud, exerce une influence considérable sur l'approche de la sexualité tout au long du XXème siècle et ses travaux sont au cœur de l'évolution des mentalités dans ce domaine. Il dérange profondément l'ordre social en bousculant de nombreuses normes évoquées ci-dessus. Notamment dans son ouvrage *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), il est l'un des premiers à instituer la séparation théorique entre sexualité et procréation. La découverte de la sexualité infantile et de la quête du plaisir prouve que le but de la sexualité n'est pas la procréation. Freud est qualifié d'immoral et d'obscène, ses textes lui vaudront l'opprobre général avant de connaître un succès international.

La sexologie clinique fait ses premiers pas dans la foulée de ces premières avancées théoriques. Le premier institut de sexologie est ainsi fondé à Berlin en 1919 par Magnus Hirschfeld, l'un des précurseurs de la révolution sexuelle. Il préconise l'égalité politique et sexuelle de l'homme et de la femme, la libération du mariage de la tutelle de l'Église et de l'État, l'abolition des lois sur la contraception, la réforme des lois entravant l'avortement, l'éducation sexuelle des jeunes et la tolérance envers les homosexuels. Son institut sera détruit par les nazis en 1933.

Dans les années 50, le Dr Alfred Kinsey publie deux livres sur le comportement sexuel humain : *Sexual behavior in the human male* (1948) et *Sexual behavior in the human female* (1953). Il établit que la majorité des enfants et adolescents se masturbent, que le mariage n'est pas nécessaire pour commencer son activité sexuelle, que les couples ont des relations bien plus fréquentes que celles nécessaires à la procréation et qu'une bonne majorité utilise des stimulations bucco-génitales, considérées comme un délit dans certains états américains. A l'époque, ces publications provoquent une polémique, et même si la méthodologie utilisée pour ces enquêtes est discutable, il s'agit des premières statistiques sur les comportements sexuels humains.

Avec la création de la Masters and Johnson Clinic à Saint-Louis, Missouri, à la fin des années 50, William Masters, médecin et Virginia Johnson, psychologue entreprennent une vaste étude physiologique des comportements sexuels.

Jusqu'à l'apparition du sida, il y aura très peu d'autres études sociologiques sur les comportements sexuels.

Ces pionniers de la sexologie clinique avaient des formations de médecin, de psychothérapeute, psychologue ou psychanalyste. Chacun analysait les difficultés sexuelles soit d'un point de vue plutôt organique et biophysiological soit plutôt d'un point de vue psychologique. Ces prismes se sont peu à peu confondus pour donner naissance à une approche plus complexe et globale de la sexologie, qui s'est aujourd'hui affirmée comme une discipline à part entière. Elle prend notamment en compte l'évaluation « péri-sexologique » des patients, approche qui intègre des composantes biologiques, psychologiques, socio-culturelles et du fonctionnement du couple, mais aussi une composante plus spécifique à la sexualité avec notamment l'excitation sexuelle. (34)

En dépit de ce début de reconnaissance de la sexologie en tant que discipline médicale, nous verrons dans la partie suivante qu'elle reste encore peu enseignée dans le cursus de formation des médecins généralistes. Un manque que nous questionnerons, comme pouvant avoir un retentissement sur la prise en charge des patients.

b. Révolution sexuelle

En 1959, dans une enquête française de l'IFOP, *les Françaises et l'amour*, un tiers des femmes mariées déclarent « s'être données à leur futur mari avant le mariage ». Cependant deux tiers des hommes et trois quart des femmes pensent qu'une femme devrait être vierge le jour de ses noces. Le mariage semble alors être le point d'apprentissage de la sexualité.

Depuis le début du XX^{ème} siècle le mariage d'amour remplace le mariage arrangé avec la généralisation du flirt. La jeune fille grandit dans l'idée du mariage comme seul mode d'insertion et de promotion sociale. La liberté de choix du conjoint semble plus apparente que réelle malgré la disparition des mariages arrangés en France.

A partir des années 60, cette évolution s'accélère, la question du statut social de la femme devenant l'une des principales luttes sociales de cette époque. Rappelons que le droit de vote n'a été accordé aux femmes qu'en 1944 et qu'elles n'obtiennent l'indépendance financière au sein du couple marital qu'à partir de 1965. La question de la liberté sexuelle émerge dans la foulée de ces premières évolutions. Elle se confondra largement avec l'apparition de la pilule contraceptive qui apporte aux femmes, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, un contrôle entier de leur sexualité, qui n'est plus automatiquement associée à la maternité. Ce combat se prolongera jusque dans les années 1970 puisque la mise en vente libre de la pilule contraceptive, autorisée dès 1967 par la Loi Neuwirth, ne deviendra effective qu'en 1974 après promulgation des décrets d'application. Enfin, en 1975, la loi Veil autorise « la femme en situation de détresse » à interrompre sa grossesse dans les dix premières semaines. Ce dernier acte législatif vient clore la période historique de la « révolution sexuelle » en donnant à la femme le choix de la libre maternité.

Une nouvelle forme de « cohabitation consensuelle » apparaît dès lors, qui précède où même se substitue à l'union légale. En 1971, un enfant sur quatre a été conçu avant le mariage. La conjugalité s'est complexifiée, l'amour réciproque étant désormais le fondement revendiqué du couple. La sexualité y prend une place nouvelle et grandissante, comme facteur de cohésion du couple.

Les autorités publiques prennent acte de ces évolutions. En 1969, l'État mène la première grande enquête nationale sur les comportements sexuels, afin de définir une politique d'éducation sexuelle.

Cette période a véritablement transformé les conceptions et les comportements sociaux vis-à-vis de la sexualité. L'institution de la famille en ressort bouleversée et l'on note une augmentation rapide des divorces (un mariage sur 10 en 1960, un sur trois en 1985).

Surtout, le droit au plaisir sexuel devient une réalité vécue librement par beaucoup et la courte période qui sépare l'apparition de la pilule contraceptive de celle de l'épidémie du VIH/Sida, au début des années 1980, sera surnommée par certains « la parenthèse enchantée ».

c. Définition de la sexualité et droits sexuels par l'OMS

Le concept de santé sexuelle est défini par l'OMS à cette même époque. L'origine de ce concept provient d'une part de la définition de la santé de 1946 « la santé est un état de complet

bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et d'autre part de l'apparition d'une sexualité récréative et libérée de la reproduction depuis l'arrivée de la contraception.

En 1975, l'OMS définit la santé sexuelle comme « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour. »

Le concept, formulé à l'époque de la libéralisation des mœurs, prend un relief nouveau avec l'apparition du sida. La maladie fait prendre conscience de l'importance de la santé sexuelle et des comportements qui permettent de la conserver et de l'améliorer.

Les nouvelles définitions des concepts de « sexualité » et de « santé sexuelle » publiées en 2002 par l'OMS représentent une synthèse de ces évolutions.

La sexualité y est définie comme « un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

Et la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité [qui] ne saurait être réduit à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. »

Marqueur essentiel de plusieurs décennies d'évolution des comportements sociaux, le concept de droits sexuels y apparaît pour la première fois. Les droits sexuels s'inscrivent désormais dans les droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les instruments internationaux relatifs aux droits humains et autres textes bénéficiant d'un large consensus.

Ils incluent, entre autres droits accordés à toute personne, sans aucune contrainte, discrimination ni violence :

- le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction,
- le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité,
- le droit à une éducation sexuelle,
- le droit au respect de son intégrité physique,
- le droit au choix de son partenaire,
- le droit de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non,
- le droit à des relations sexuelles consensuelles,
- le droit à un mariage consensuel,
- le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir des enfants, au moment de son choix,
- le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque.

L'exercice responsable des droits humains exige de chacun qu'il respecte les droits des autres.

2. Sexualité en médecine générale

A. Epidémiologie

a. *La sexualité en France*

Une grande Enquête Contexte Sexualité en France (CSF) a été réalisée en 2006, dont les premiers résultats sont parus en 2007. Il s'agit de la troisième enquête de ce type, une première ayant été menée en 1970 et une deuxième en 1992. Il est intéressant de noter la différence évidente de contexte entre cette dernière enquête de 2006 et la précédente (1992), du fait de l'évolution de l'infection par le VIH. Les représentations du sida et des risques liés à la sexualité ont été profondément modifiées entre ces deux époques. Les personnes interrogées étaient âgées de 18 à 69 ans. (38)

L'âge du premier rapport sexuel est en baisse dans les années 2000 surtout chez les femmes : 17,2 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes (38). Dans l'enquête KABP 2010, l'âge de l'initiation sexuelle est estimé à 16,5 ans pour les hommes et 17,2 ans pour les femmes (40) La baisse de l'âge au premier rapport a débuté dans les années 60-70, puis s'est stabilisée dans les années 80-90, au moment de la diffusion de l'épidémie VIH. A partir des années 2000, une nouvelle tendance à la baisse apparaît (38).

Le nombre de partenaires sexuels augmente pour les femmes, mais l'écart avec les hommes reste important : 4,4 partenaires pour les femmes versus 11,6 partenaires pour les hommes.

Parmi les personnes ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois (87,2% des femmes et 91,4% des hommes), le nombre mensuel moyen de rapports est de 8,7 pour les deux sexes. La fréquence des rapports sexuels diminue progressivement à partir de 25 ans chez les femmes et dès 20 ans chez les hommes. Chez les femmes de plus de 50 ans en couple, la fréquence des rapports sexuels augmente : en 1970, elles n'étaient que 53% à déclarer une activité sexuelle dans les 12 derniers mois, puis 77% en 1992 et près de 90% en 2006 (38).

L'homosexualité reste stable chez les hommes autour de 4,1% et est en augmentation chez les femmes, actuellement à 4% contre 2,6% en 1992. On note une meilleure acceptation de l'homosexualité, la majorité des personnes considérant qu'elle est « une sexualité comme une autre ». Les hommes de générations plus anciennes adhèrent davantage à une vision pathologique de l'homosexualité : 40% des 60-69 ans considèrent qu'il s'agit d'une sexualité « contre nature » (38).

Pour les différentes pratiques sexuelles : la masturbation est expérimentée chez 90% des hommes, toutes générations confondues. Chez les femmes, elles sont 60% à avoir déjà pratiqué la masturbation contre 42% en 1992. Le sexe oral s'est développé et diffusé massivement depuis les années 70-80 et est devenu une composante très ordinaire du répertoire sexuel. En revanche la pénétration anale est peu pratiquée, 37% des femmes et 45% des hommes en ont fait l'expérience. La sodomie reste une pratique plus occasionnelle que régulière, seulement 12% des femmes et 15% des hommes la pratiquent « souvent » ou « parfois » (38)

Le préservatif est largement utilisé chez les jeunes à l'entrée dans la sexualité. 89% des femmes et 88% des hommes de 18 à 24 ans ont utilisé un préservatif lors du premier rapport. L'utilisation du préservatif est plus faible chez les non diplômés, à 77% versus 86% chez les diplômés du supérieur. L'utilisation du préservatif est plus fréquente lorsque le premier rapport sexuel a eu lieu après la fin des années 80, ce qui atteste d'un succès des campagnes de prévention. L'utilisation du préservatif est loin d'être systématique chez les personnes qui commencent une relation ou chez celles qui ont eu au moins deux partenaires dans les douze derniers mois. Dans l'enquête KABP 2010, parmi les personnes ayant eu plusieurs partenaires ou au moins un nouveau

partenaire dans les douze derniers mois, 16,4% des hommes et 16,6% des femmes n'ont jamais utilisés un préservatif (40).

Une personne sur deux a fait un test de dépistage VIH au cours de sa vie (38). Les jeunes générations sont moins nombreuses à penser connaître une personne contaminée par le VIH ou à déclarer craindre d'avoir déjà été contaminées par le VIH.

Ces dernières données confirment la moindre visibilité sociale du sida déjà soulignée dans l'enquête KABP 2004 (39). Elle souligne le lien étroit entre l'évolution de la sexualité et l'évolution de l'épidémie par le VIH (38).

Ces résultats sont utiles pour mieux comprendre les représentations de la sexualité et peuvent permettre aux médecins d'adapter leurs messages de prévention pour améliorer la santé sexuelle de leurs patients.

b. Dysfonctions sexuelles

Plusieurs études internationales, surtout américaines, constatent que les dysfonctions sexuelles concernent une part importante de la population et sont souvent difficilement prises en charge par les professionnels de santé.

Dans une étude aux USA, sur 1749 femmes et 1410 hommes de 18 à 59 ans, la prévalence des dysfonctions sexuelles était de 43% pour les femmes et de 31% pour les hommes. Ces troubles avaient une influence sur la qualité de vie des personnes. Seulement 10% des hommes et 20% des femmes envisageaient une consultation médicale pour les aider (41).

En Grande-Bretagne, l'enquête NATSAL (National Surveys of Sexual Attitudes and Lifesyles) est réalisée entre 1999 et 2001. Sur les 11 161 hommes et femmes âgés de 16 à 44 ans interrogés, 34,8% des hommes et 53,8% des femmes ont connu un trouble sexuel. Les troubles les plus fréquents chez l'homme sont la baisse de la libido, l'éjaculation prématurée et l'anxiété de performance. Chez les femmes, ces troubles sont la difficulté d'atteindre l'orgasme et les douleurs intercurrentes. Chez 32% des hommes et 62% des femmes ces difficultés entraînent un évitement des relations sexuelles.

Seulement 10% des hommes et 21% des femmes pensent se faire aider. Parmi ceux qui pensent consulter un médecin, 63,8% des hommes et 74,3% des femmes consultent en priorité un médecin généraliste. Uniquement 9% des hommes et 5% des femmes envisagent de consulter un spécialiste. (42)

En France, dans l'enquête CSF, une minorité de personnes disent avoir rencontré souvent des difficultés sexuelles au cours des douze derniers mois. A la question « au cours des 12 derniers mois avez-vous eu une absence ou une insuffisance de désir sexuel ? » 6,8% des femmes et 1,9% des hommes répondent « souvent » et 29% des femmes et 20,1% des hommes répondent « parfois ». Pour les troubles de l'érection, 7% des 18-24 ans sont concernés et 30% des 60-69 ans. (38)

L'épidémiologie des dysfonctions sexuelles est divergente selon les études, mais ces troubles concernent une partie non négligeable de la population. Le médecin généraliste est donc susceptible d'y être confronté fréquemment.

B. Troubles de la sexualité en médecine générale

a. Représentations des médecins

Dans le plan de lutte nationale de lutte contre le VIH et les autres IST 2010-2014, il est observé que « *le dialogue autour de la sexualité avec les professionnels de santé est difficile. Les patients ont peu recours aux professionnels de santé lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur vie sexuelle. Les généralistes sont les plus sollicités dans ce cas. [...] Ainsi le plus souvent ces professionnels ont une réponse médicalisée aux demandes des patients, sans prendre en compte les enjeux individuels psychologiques et relationnels de la sexualité qui peuvent être déterminants dans le risque d'exposition aux IST.* » (4)

L'abord de la sexualité est peu enseigné. Une étude sur des internes de médecine générale à Saint-Étienne montre qu'une majorité des futurs médecins a rencontré des patients ayant une plainte sexuelle. Le plus souvent, ils n'ont pas été à l'aise pour y répondre. Dans plus de 90% des cas, ils ont ressenti un besoin de formation pour prendre en charge ces plaintes. La méconnaissance du sujet et le manque de formation prédominaient sur l'aspect tabou ou « gêne ». Plus de 80% des internes estimaient ne pas avoir bénéficié de formation universitaire ou extra-universitaire sur ce thème alors qu'ils terminaient leur cursus. Les attentes de formation concernaient essentiellement le domaine psychologique, sexologique et thérapeutique. Aucun interne n'a répondu que la plainte sexuelle ne faisait pas parti du champ médical (43).

A la faculté de médecine Paris V – Paris Descartes, les futurs médecins généralistes ont deux heures d'enseignement leur permettant de découvrir la sexologie lors de leur troisième cycle. C'est une première approche utile pour sensibiliser les futurs praticiens, mais l'abord de la sexualité est un sujet complexe qui nécessiterait sûrement une formation plus approfondie.

Selon Alain Giami, chercheur à l'INSERM (U822), qui a consacré de nombreux écrits à la sexualité, « *l'abord de la sexualité s'inscrit de façon sélective dans le cadre de la pratique actuelle de la médecine générale et cette sélectivité est fondée sur des critères psychosociaux - donc des critères non médicaux – plus que sur des critères de rationalité médicale ou de santé publique. Cette sélectivité peut être construite à partir de différentes postures qui vont de l'évitement, ou au moins de l'expression de réticences à aborder la sexualité, à l'obtention d'une formation dans ce domaine, en passant par des modes d'investissement intermédiaire.* » (44)

Une enquête qualitative réalisée auprès de médecins généralistes (44), visant à explorer leurs représentations de la sexualité, a été réalisée entre 2002 et 2004. 35 médecins généralistes étaient interviewés dans trois régions : Île de France, Pays de Loire et Normandie. L'analyse des entretiens permet d'identifier quatre postures qui renvoient à des ensembles d'attitudes professionnelles et personnelles, de représentations médicales, scientifiques ou de sens commun des médecins généralistes à l'égard de la sexualité :

- L'évitement de l'abord de la sexualité

Les médecins attribuent leur évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité, à leur ignorance, leur absence de formation et aux difficultés liées à leur gêne pour aborder ces questions.

- Entre appropriation médicale des problèmes de la sexualité et évitement relatif

Les médecins traitent les problèmes liés à la sexualité selon le modèle de l'appropriation médicale, à partir de l'approche par la nosographie et les traitements médicaux.

- Une approche « globale », « holistique » des problèmes de la sexualité

Les médecins abordent la sexualité en prenant en compte la dimension psychologique et relationnelle.

- Devenir sexologue : quel type de spécialisation ou de spécialité ?

Un petit groupe de médecins place la sexualité au centre de leur pratique en médecine générale et considère qu'elle constitue une dimension du bien-être. Dans ce groupe, les médecins ont suivi des formations de sexologie et montrent un intérêt poussé pour la psychologie en général.

Ces différentes postures constituent des modes de construction de l'activité professionnelle en réponse à des problèmes et des situations pour lesquels les médecins généralistes n'ont pas reçu de formation universitaire. Pour justifier leur absence d'intérêt pour l'abord des problèmes de la sexualité, les médecins déclaraient avoir focalisé leur activité sur d'autres spécialisations, notamment la pédiatrie ou la gériatrie. On reviendra sur cette étude dans la discussion.

Une étude américaine a évalué dans quelle mesure les médecins interrogeaient leurs patients sur la sexualité. 416 médecins d'Atlanta (médecin généraliste, gynécologue, interniste, pédiatre) ont été questionnés sur leurs habitudes à se renseigner sur l'histoire sexuelle de leurs patients : 79% se sentaient à l'aise pour poser ces questions, 58% posaient la question de l'activité sexuelle en consultation de routine, mais 12% seulement posaient des questions sur les composants de la vie sexuelle. 76% posaient des questions sur la vie sexuelle s'ils estimaient que cela relevait de la plainte principale. Finalement l'histoire sexuelle des patients en routine ou en médecine préventive était peu abordée par les médecins. (45)

b. Représentations des patients

Une étude américaine a été publiée en 1990 sur les attentes des patients concernant leur santé sexuelle auprès des médecins généralistes. Selon cette enquête le médecin généraliste est le professionnel le plus adapté pour aborder ces sujets. Les 62 hommes interrogés attendent professionnalisme, empathie et confiance de la part de leur médecin. 97% ont déjà eu un trouble sexuel, 19% en ont discuté avec leur médecin. Les patients préfèrent que ce soit le médecin qui initie la discussion. (46)

Dans une étude allemande sur les problèmes sexuels masculins en médecine générale, des questionnaires ont été distribués aux médecins et aux patients. (47)

- Chez les patients : 93% ont déjà eu un trouble sexuel occasionnel, tel que la baisse de la libido (73%) ou l'éjaculation précoce (66%). La moitié pense que ces problèmes sont causés par le stress, par exemple l'anxiété de performance (28%), ou des problèmes de couple (19%). Pour 13% les troubles résultent des comorbidités et pour 9% ils sont causés par un traitement médicamenteux. Sont également évoquées des inhibitions résultant d'une éducation stricte ou la pression résultant d'attentes externes (8%). Les conséquences de ces plaintes sexuelles sont importantes puisque 18% présentent des symptômes dépressifs, 14% des troubles du sommeil et 14% des difficultés relationnelles dans leur couple.

84% considèrent qu'il est important de parler avec leur médecin généraliste de leur difficulté sexuelle. 45% préfèrent que ce soit le médecin qui initie la discussion et 2/3 aimeraient que leur médecin signale son ouverture d'esprit en demandant directement s'il y a des troubles sexuels pendant la consultation. Uniquement 12% ont déjà consulté pour un problème sexuel, se montrant alors satisfaits de la prise en charge (56% à l'issue d'une simple discussion, 29% ont reçu une prescription médicamenteuse et 24% ont été adressés à un spécialiste).

- Chez les médecins : différentes situations donnaient l'opportunité aux médecins d'initier la discussion sur la sexualité : devant des symptômes psychosomatiques (84%), dans le cadre du planning familial (53%), lors de questions sur le VIH (47%), lors d'une consultation pour un diabète (79%), ou une hypertension artérielle (63%). Devant un trouble sexuel, les médecins vont

changer le traitement de leur patient à 79% et adresser leur patient à un urologue dans 74% des cas. La moitié des médecins pensent que l'arrivée du sildenafil a motivé des consultations pour troubles sexuels.

Pour les médecins, les raisons de ne pas aborder la sexualité sont le manque de temps et le manque de connaissances. 17 médecins sur 19 pensent qu'un sentiment de honte empêche les patients d'en parler (47).

IV. Étude qualitative

1. Objectifs

L'un des principaux objectifs de cette étude est de confronter l'ensemble des **données théoriques** abordées dans la première partie de cette thèse, à une certaine « **réalité du terrain** », telle qu'exprimée par 18 médecins généralistes d'Ile de France.

Cette confrontation permettra notamment de réaliser un **état des lieux des pratiques** concernant l'abord de la sexualité par les médecins généralistes, dans le contexte de la prévention et du dépistage du VIH. A cet égard, on essaiera d'approfondir la compréhension des différentes **représentations** des médecins généralistes dans ces domaines et de révéler dans quelle mesure les difficultés à aborder la sexualité constituent un obstacle au dépistage du VIH.

Plus que d'étudier sur le terrain les problématiques de mise en œuvre des recommandations d'experts en ce qui concerne le dépistage VIH, il est surtout intéressant d'entendre la **perception du médecin sur son rôle** dans le dépistage en tant que médecin de famille et acteur de santé publique. L'abord de la sexualité est le plus souvent nécessaire pour parler à un patient d'une infection sexuellement transmissible comme le VIH, mais la manière d'aborder (ou de ne pas aborder) la sexualité dépend surtout de la personnalité du médecin et de ses représentations.

L'étude s'appuie sur deux types de population de médecins généralistes, une partie des entretiens étant réalisée à **Saint-Denis** en Seine-Saint-Denis (93) et l'autre à **Paris** (75), dans les 6^{ème}, 7^{ème}, et 15^{ème} arrondissements. Un autre objectif de l'étude est donc d'étudier l'impact de la **précarité** et des **origines sociales et culturelles** sur la prévention et le dépistage VIH dans l'abord de la sexualité au cabinet.

2. Méthodes

A. L'intérêt d'une analyse qualitative

L'analyse qualitative est un outil privilégié des sciences sociales, développé dès le début du XX^{ème} siècle. Elle se justifie par le constat que les populations interrogées lors d'enquêtes statistiques souhaitent parler de sujets sans rapport avec les questions préconstruites des questionnaires, et surtout que leurs réponses ne sont souvent interprétables qu'en fonction du contexte dans leur discours. Déjà en 1862, Le Play dans son enquête sur *Les Ouvriers européens* (48) affirmait « mieux vaut écouter qu'interroger ». L'analyse qualitative est donc un des moyens de parvenir aux représentations d'une population en la laissant parler avec souplesse.

Le recours aux enquêtes qualitatives a vite intéressé d'autres domaines. En premier lieu, la psychologie, notamment sous l'influence de Jean Piaget qui publie en 1926 son étude *La Représentation du monde chez l'enfant* : « l'art du clinicien consiste, non à faire répondre, mais à

faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer. » (48). L'étude des questions spontanées des enfants permettait en effet d'avoir accès à leur vision du monde et à leur imaginaire beaucoup plus librement sans imposer des concepts par des questions construites.

En encourageant les médecins généralistes à développer leur point de vue et en leur permettant de poser leurs questions, on peut espérer approcher la réalité de leurs difficultés face à un sujet complexe comme l'abord de la sexualité dans le cadre du dépistage VIH. La subjectivité des informations recueillies est indispensable pour comprendre les modes de pensée des médecins généralistes.

Pour essayer d'obtenir les véritables sentiments des médecins généralistes et non pas ce qu'ils pensent être conforme de répondre, l'analyse qualitative paraît donc être la plus appropriée. Les enquêtes sur les représentations et les pratiques font partie des domaines d'application validés pour les études fondées sur les entretiens (48).

B. La population étudiée

a. Choix de la population

La population étudiée est composée de médecins généralistes installés (ou remplaçants) en cabinet libéral. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours, avec un accès direct à la population générale et un rôle de santé publique déjà évoqué dans la prévention et le dépistage. Cette étude le considère également dans sa dimension de « médecin de famille », qui a un rôle d'écoute et de conseil au sein de sa patientèle.

La détermination du nombre d'entretiens nécessaires (la taille du corpus) dépend de différents paramètres : l'aspect faiblement ou fortement multidimensionnel du thème abordé, de la diversité des attitudes supposées par rapport au thème, du type d'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire), du type d'analyse projetée et enfin des moyens dont on dispose (en temps et en argent). Par ailleurs à partir d'un certain nombre d'entretiens, et après avoir recherché un maximum de diversification, les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau. C'est le point de « saturation » qui clôt la période d'entretiens. Dans l'étude le nombre d'entretiens nécessaires avait été estimé à une vingtaine avec une répartition à peu près équivalente dans les deux secteurs géographiques.

Le choix de la ville de Saint-Denis s'est fait en raison des caractéristiques de ses habitants : importante précarité, grand nombre de migrants, accès aux soins difficile et importante prévalence et incidence de l'infection par le VIH (8).

Selon une étude de l'ARS sur l'état de santé et les inégalités sociales et territoriales (49), la ville de Saint-Denis appartient à un territoire en difficulté avec « une population jeune, avec une proportion d'étrangers plus importante que les moyennes départementales, un taux important de familles monoparentales et de personnes non diplômées, une forte représentation des bénéficiaires de la CMUc et des revenus plus bas que les revenus moyens du département. Le contexte économique s'est dégradé sur ce territoire [...] La densité en omnipraticiens est plus faible que les moyennes départementales [...] l'accès au soin de premier recours est un enjeu central ».

La ville de Saint-Denis comportait 101 880 habitants en 2007. Les moins de 40 ans y constituent 64% de la population (50). Elle compte près de 70 médecins généralistes, soit environ un médecin généraliste pour 1550 habitants.

La forte proportion de migrants était un critère essentiel car selon la même étude de l'ARS, « la proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité VIH atteignait 48% en 2008. En Ile-de-France, ce sont essentiellement les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne qui sont concernés, représentant 50% des découvertes de séropositivité VIH, dont près de 60% de femmes. Chez ces personnes, le retard au diagnostic est plus fréquent, avec un taux de découvertes de séropositivité à un niveau avancé d'immunodéficience plus important que chez les personnes nées en France, ce retard au dépistage ayant des conséquences importantes en termes de morbidité. » (49).

Un des objectifs était également de prendre en compte l'impact de la dimension culturelle et religieuse sur les thèmes abordés, aussi bien en ce qui concerne la patientèle que le médecin lui-même.

Par opposition, il a été choisi trois arrondissements parisiens de niveau socio-économique élevé avec un accès aux soins plus aisé. Les thèmes du dépistage du VIH et de l'abord de la sexualité y étaient tout aussi intéressants car l'hypothèse était qu'ils étaient probablement sous-évalués dans cette région géographique. Dans le 6^{ème} arrondissement il y a 48 médecins généralistes pour 43 976 habitants, soit un médecin pour 916 habitants. Dans le 7^{ème} arrondissement, on retrouve 62 médecins généralistes pour 58 309 habitants, soit un médecin pour 940 habitants. Dans le 15^{ème} arrondissement, 169 médecins généralistes pour 238 914 habitants, soit un médecin pour 1413 habitants (51).

b. Recrutement de la population

Le recrutement des médecins interviewés s'est fait de manière **aléatoire** par annuaire téléphonique (Pages Jaunes), à l'exception de deux entretiens à Saint-Denis, réalisés par le biais du bouche-à-oreille (le premier grâce à l'intervention d'une secrétaire dans un cabinet de groupe, qui a proposé aux autres associés du cabinet de participer à l'étude ; l'autre par l'intermédiaire d'un médecin interviewé qui pensait que son associée serait intéressée par le sujet).

Il s'agit donc d'un **mode d'accès direct** à la population étudiée dans la majorité des cas, ce qui a l'avantage d'être neutre dans la mesure où il n'y a pas d'intermédiaire et donc moins de contraintes (amicale, sociale) pour l'interviewé.

Les médecins ont été contactés selon l'ordre des pages jaunes aléatoire sur internet. S'ils étaient joignables directement, ils pouvaient donner ou non leur accord pour l'interview. Sinon, un message était laissé au secrétariat ou sur une boîte vocale. Parfois les numéros n'étaient plus attribués...

La participation à l'étude était proposée comme suit :

« Bonjour, je suis en fin d'internat de médecine générale et dans le cadre de ma thèse je cherche à rencontrer des médecins généralistes à Saint-Denis/à Paris pour réaliser des entretiens dans le cadre d'une étude qualitative. J'imagine que vous êtes très occupé, mais si vous aviez un petit peu de temps à m'accorder... L'entretien dure environ 30 minutes, je peux venir à votre cabinet et je suis très disponible. »

Lors du contact téléphonique le thème de l'étude n'était pas précisé. Lorsque des précisions étaient demandées, il était répondu qu'il est préférable de ne pas connaître le sujet à l'avance pour ce type d'entretien, afin de ne pas réfléchir au sujet et d'avoir un point de vue le plus spontané possible. En cas d'insistance soutenue, il était précisé qu'il s'agissait d'un thème de prévention et dépistage.

Lors de ce premier contact téléphonique, il n'était pas indiqué non plus qu'il y avait une autre thèse à laquelle il leur serait demandé de participer par la suite. Les questionnaires sur les représentations des patients étaient proposés en fin d'interview : « merci infiniment du temps que

vous m'avez consacré. Si vous l'acceptez, je voulais vous proposer de participer à une autre thèse faite par un confrère sur le même sujet mais pour analyser le point de vue du patient. Il s'agit d'une vingtaine de questionnaires à distribuer à tous vos patients de 18 à 75 ans sur quelques jours. Voilà un courrier pour tout vous expliquer avec les coordonnées de ma confrère (Elsa Donguy), ainsi qu'une boîte à questionnaires. ».

La majorité des médecins ont accepté les questionnaires : 7 médecins ont accepté d'emblée, 6 médecins voulaient en discuter avec Elsa Donguy avant d'accepter, je n'ai pas eu l'occasion de proposer à 3 médecins (2 très pressés, 1 oubli de ma part), 1 avait accepté mais s'est rétracté, 1 qui a refusé pour ne pas surcharger sa secrétaire et qui pensait que la majorité de ses patients étaient illettrés mais finalement son interne a accepté de les distribuer.

18 entretiens ont été réalisés :

- Dans le 6^{ème} arrondissement : L'entretien préparatoire a été réalisé avec un médecin rencontré dans le cadre du département de médecine générale de Paris V, lors du premier stage en ambulatoire.
- A Saint Denis, 43 médecins ont été contactés, 11 interviews ont été réalisées (26%)
- Dans le 15^{ème} : 9 médecins ont été contactés, 3 interviews réalisées (33%)
- Dans le 7^{ème} : 17 médecins ont été contactés, 3 interviews réalisées (17%)

La majorité des entretiens ont été réalisés lorsque le médecin était joint directement, sauf pour 3 qui ont rappelé à la suite du message laissé.

A part un « je suis trop vieux et dégoûté de la médecine », la majorité des refus était « je suis trop occupé », « débordé », « pas le temps », « ça ne m'intéresse pas ». 2 médecins ont refusé car ils ne pratiquaient plus que de l'acupuncture.

Les refus sont indépendants de l'enquête mais ne sont pas aléatoires et ne sont donc pas sans conséquences sur les résultats de l'enquête. Ils sont toutefois impossibles à contrôler. Le fait de ne pas préciser le thème de l'enquête permettait d'éviter que les médecins refusent à cause du sujet.

Les entretiens n'ont pas été rémunérés.

C. Entretiens

a. Préparation du guide d'entretien

L'étude a été réalisée par l'intermédiaire d'entretiens **qualitatifs individuels semi-directifs**. Le guide d'entretien, qui reprend la liste des sujets à aborder, a été réalisé initialement à partir des objectifs et des différentes hypothèses de l'étude, les relances et les questions ont été réfléchies à partir des données de rapports d'experts (notamment le rapport Yéni 2010) et des recommandations de l'HAS.

Le guide a été testé lors d'un **entretien préparatoire**. Puis modifié par ajouts et retraits de questions, au fur et à mesure des premiers entretiens, pour obtenir le guide d'entretien final qui a servi à la majorité des interviews.

Le guide a été ainsi réalisé en trois parties : tout d'abord quelques questions générales sur le médecin, sa pratique quotidienne, son mode d'exercice, l'année d'installation et son implication dans des réseaux ou une faculté. Le médecin est ici invité à se présenter et peut être relancé sur quelques domaines plus particuliers, notamment son point de vue sur le dépistage et la prévention en général. Ensuite suivent plusieurs questions sur le VIH, la prévention et le dépistage et enfin la manière d'aborder la sexualité. Le guide d'entretien figure en annexe 1.

Les grandes questions à poser ou à susciter sont regroupées ainsi :

- Y a-t-il eu un impact de l'émergence du sida sur leur vie professionnelle?
- Comment/quand/à qui proposent-ils le test de dépistage du VIH?
- Quelles barrières ressentent-ils éventuellement à le faire?
- Quelles connaissances ont-ils sur le dépistage du VIH? Connaissent-ils les dernières recommandations sur le dépistage VIH?
- Comment appliquent-ils les recommandations de l'HAS et qu'en pensent-ils?
- Comment, selon eux, améliorer la prévention et le dépistage VIH par les médecins généralistes?
- Quelles peuvent être les difficultés à aborder la sexualité pour le médecin ?
- S'il y a une gêne à l'abord du thème de la sexualité, celle-ci est-elle plus importante de la part du médecin ou du patient?
- Pensent-ils que la culture, la religion ou les origines sociales, de la patientèle comme du médecin, peuvent influencer l'abord du dépistage du VIH et plus généralement du thème de la sexualité?

Par la suite, une fois le guide d'entretien construit, il était utile de préparer les types d'intervention et les modes de relance au cours des entretiens. Dans une étude réalisée aux Pays-Bas sur le comportement sexuel d'immigrants marocains face au sida, il est ressorti que l'énonciation des pratiques sexuelles relevait de la sphère intime mais aussi des sphères religieuse, sociale et médicale. Les différents entretiens exploratoires avaient permis de faire apparaître cinq registres d'énonciation : « le mode respectable et instruit, aligné sur le langage littéraire et religieux; le mode socio-médical adoptant la terminologie européenne des campagnes de prévention; le mode usuel décent parlé dans la vie quotidienne entre tiers et aussi pour initier une relation; un parler de rue indécent pratiqué en bande par les jeunes en arabe ou berbère; enfin un mode impudent et abusif, réservé à l'insulte d'un tiers ou la bagarre entre partenaires. » Le choix de l'un ou l'autre de ces registres était important pour la formulation de la consigne et des relances (48).

Dans notre étude, il était difficile de réaliser un grand nombre d'entretiens exploratoires, mais le registre socio-médical était assez logiquement le plus souvent utilisé par les médecins généralistes.

Dans le cours des interviews, pour espérer approcher la réalité au plus près et laisser s'exprimer la subjectivité des interviewés, les questions étaient souvent posées sous forme de **projection** : « Certains de nos collègues ont des difficultés à... » « Certains médecins peuvent avoir du mal à... ». En effet, il est plus aisé de formuler ses propres difficultés et ses doutes en les projetant sur d'autres.

Dans la mesure du possible, les questions étaient d'abord énoncées de manière vague pour finalement être plus précises et personnelles : « Pensez-vous qu'il soit difficile en général » « Avez-vous des exemples de... ».

b. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont tous eu lieu au cabinet du médecin, à ses heures disponibles.

Il y a eu deux périodes de recrutement et de réalisation des entretiens. Afin d'obtenir plus facilement un rendez-vous, l'intervieweuse se devait d'être extrêmement disponible. Les 12 premiers rendez-vous ont eu lieu entre mi-octobre 2010 et fin janvier 2011 puis les 6 derniers entre janvier et février 2012. La totalité des entretiens n'a pu être enregistrée en une fois en raison des contraintes personnelles et professionnelles (fonction hospitalière de mai à novembre 2011) de l'intervieweuse.

Pour le lieu des entretiens, le cabinet du médecin était idéal, autant d'un point de vue pratique pour l'interviewé qui pouvait organiser son temps, que d'un point de vue théorique pour le

bon déroulement de l'entretien. En effet le médecin se sentait à sa place de soignant dans les mêmes conditions que ses habitudes professionnelles et pouvait ainsi rester dans son rôle de médecin généraliste.

L'attitude générale de l'intervieweuse a été, le plus possible, neutre et sans jugement pour encourager un discours sincère. Deux théoriciens de l'entretien appliqué à l'enquête qualitative, Roethlisberger et Dickson, précisaient, en 1943, que l'intervieweur « se devait d'être patient, bienveillant, parfois intelligemment critique, non autoritaire ; il ne devait pas conseiller, juger, ni discuter avec l'interviewé. Il devait intervenir pour aider l'interviewé à parler, dissiper ses inquiétudes, encourager l'expression fidèle et précise de ses pensées et sentiments, aiguiller le discours sur les points oubliés ou négligés, soutenir l'émergence de l'implicite et susciter si nécessaire l'explication. » (48)

Le fait d'être une femme jeune (pour les 12 premiers entretiens de plus en plus enceinte) a forcément influé sur la tonalité de certains entretiens. Dans l'ensemble les médecins interviewés ont été très accueillants et intéressés par les sujets abordés même s'il ressort que l'abord de la sexualité et le dépistage du VIH ne font pas partie de leurs sujets prioritaires.

Le début des entretiens débutait toujours par une explication sur le déroulement de l'entretien : l'intérêt de parler librement et sincèrement de leurs pratiques professionnelles et de leur ressenti face à certaines situations, leur accord pour enregistrer l'entretien, le rappel de l'anonymat dans la restitution ultérieure des résultats.

D. Analyse des données

L'analyse des discours s'est effectuée sur l'ensemble des 18 entretiens réalisés. Les entretiens ont d'abord été retranscrits à partir des enregistrements. Cette partie du travail a été longue et fastidieuse. Entre 5 et 7 heures étaient nécessaires par entretien. La retranscription a été faite mot à mot, sans reformulation, sans chercher à corriger les fautes de langage.

Il s'agit donc d'un langage oral transposé à l'écrit. Les gestuelles, mimiques et attitudes des médecins ne ressortent pas sur le papier mais les temps de réflexion, les rires et les interruptions ont été notés en italique. L'analyse consiste à sélectionner et à extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits.

L'analyse se concentre essentiellement sur le contenu pour étudier et comparer la signification du discours et mettre à jour les systèmes de représentations. Le registre de langage utilisé étant principalement celui du discours socio-médical, l'analyse des composants de langage a été moins approfondie.

Le logiciel X-Sight 2 a été utilisé pour l'analyse du contenu. Il s'agit d'un logiciel développé pour les analyses qualitatives marketing. Les entretiens ont été importés dans ce logiciel, puis les personnages ont été définis avec différentes caractéristiques (nom d'anonymisation, sexe, localisation), et trois chapitres ont été développés : caractéristiques du médecin, prévention/dépistage VIH et abord de la sexualité.

A l'intérieur de ces chapitres, des sous-parties ont été créées. Des morceaux de texte ont été sélectionnés et répartis dans les différents chapitres et sous-parties. Un système de « tags » a également été utilisé pour caractériser des extraits particulièrement représentatifs ou intéressants ou mettant en relief les contradictions ou la méfiance des médecins, ainsi que tout ce qui relève des barrières au dépistage ou à l'abord de la sexualité.

3. Résultats

A. Données générales sur les entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 38 minutes, au minimum 17 minutes et au maximum 58 minutes. La durée totale des entretiens est de 11 heures et 30 minutes.

Le temps consacré à l'entretien était variable : certains interviewés acceptaient l'interview dans une période de consultations sans rendez-vous, ce qui compliquait sérieusement leur disponibilité lorsqu'ils sentaient que la salle d'attente se remplissait. D'autres avaient oublié le rendez-vous et n'y accordaient du coup que peu de temps, entre leurs consultations et leurs visites. La majorité bloquait un créneau de consultation et un seul a préféré réaliser l'interview un jour où il ne travaillait pas au cabinet, pour être sûr de ne pas être dérangé.

L'attitude des médecins était très variable, allant d'un visage très ennuyé, peu concerné ou très pressé, à une atmosphère très accueillante dans laquelle ils réfléchissaient et rebondissaient facilement sur les questions posées.

En analysant les éléments de langage, on observe que certains médecins restent très protocolaires, comme ne désirant pas sortir de leur rôle. D'autres au contraire ont pu montrer plus de familiarité et se laisser aller à des considérations plus spontanées.

Quelques médecins ont semblé soulagés de « vider leur sac » sur le système de soins, les politiques de santé et leurs conditions de travail.

B. Présentation des médecins

Le tableau ci-dessous est une synthèse des caractéristiques des médecins interviewés.

Nom	H / F	âge	Lieu	Date installation	Secteur	Groupe/ individuel	Rdv/libre / Visite	Nb de Consult	Informatisé / papier	Durée entretien	% CMU / AME	Divers
Achille Talon	H	61	93200	1978	1	I	Libre + RDV + V	30	papier	33	10%	Né au Maroc, arrivé France indépendance. Gériatrie
Alpha	H	33	93200	Thèse 2007	1	I	Libre	25-30	papier	24	90%	Remplacement depuis 4 ans dans le cabinet. Urgences
Astérix	H	53	93200	1989	1	I	Libre +V	25	Informatisé	19	40%	
Bonemine	F	56	93200	1986	1	G	Libre + RDV	25	papier	49	15-20%	Maitre de stage
Castafiore	F	54	75007	1989	2	G	RDV	15-20	Informatisé	37	0%	Homéopathe, oligo-éléments salariée centre santé 15ème
Dantes	H	56	75015	1995	1	G	RDV	15-20	Informatisé	45	0%	10 ans en cancéro, URPS
Falbala	F	46	75007	2005	2	G	RDV	12-15	Informatisé	30		15-20 ans service VIH. Haptonomie
Fantasio	H	66	75006	1973	2	G	RDV + V	17-18	Papier	43		Maitre de stage 10 ans MDM
Garulfo	H	57	93200	1982	1	I	Libre + V	20-25	Pas dossier	26	10-15%	Né au Maroc, visite dans Paris
Largo Winch	H	45	75015	1996	1	G	RDV + V	25-35	Informatisé	41	1%	Rhumatologue
Major Jones	F	40	93200	2006	1	G	RDV	30-35	Informatisé	59	50-60%	Née aux Comores, études à Besançon
Natacha	F	51	93200	2000	1	G	RDV	40-50	Papier	42	50%	
Rozanna	F	40	93200	2006	1	G	RDV	25-30	Mixte	46		Nutrition
Scorpion	H	66	93200	1972	1	G	RDV + V	30	Informatisé	18		Syndicat, Ordre, Expert
Secotine	F	39	93200	2004	1	G	RDV	20	Informatisé	49	30-50%	
Spirou	H	51	93200	1991	1	G	RDV + Libre	20	Mixte	47	20-25%	Maison santé St Denis
Tramp	H	35	75015	2007	1	G	RDV + V	20	Informatisé	47	10%	Tabacologue, urgences, syndicat, URPS
XIII	H	37	75007	2011	1	G	RDV + V	12-13	Informatisé	27	1-2%	Originaire Alsace

a. Généralités

18 médecins ont été interviewés, 11 exerçant dans la ville de Saint-Denis et 7 exerçant dans Paris (6^{ème}, 7^{ème} et 15^{ème} arrondissement). Il s'agit de 11 hommes et de 7 femmes. Leur âge moyen est de 49 ans (33 ans - 66 ans). Ils sont installés depuis 20 ans en moyenne (10 mois – 39 ans). Le nombre moyen de consultations par jour est d'environ 25.

En grande majorité, les médecins sont conventionnés en secteur 1, 15/18 soit 84%, et seulement 3/18 en secteur 2, soit 16%. Ils exercent plutôt dans des cabinets de groupe 14/18 et seulement 4/18 en cabinet individuel.

b. CMU/AME

A Saint-Denis, tous les médecins interviewés sont en secteur 1, avec une part estimée importante de leur patientèle en CMU et AME (estimations déclarées allant de 10 à 90% de la patientèle) : certains ont été rechercher les chiffres fournis par la CPAM et d'autres ont donné leurs impressions en se basant sur leurs dernières semaines de consultations. Mis à part l'unique médecin remplaçant qui annonce 90% des patients en CMU ou AME, de manière peut-être exagérée, les médecins de Saint-Denis ont une estimation moyenne de 30 à 50% de leur patientèle en CMU ou AME. L'importance de ces chiffres révèle les difficultés sociales de la population de Saint-Denis.

'Alors j'ai pris un mois, par exemple sur 7000 euros sur le mois, j'ai été payé en chèque-espèce 2000 et le reste c'est que la sécu. Donc plus que 50%. Lundi j'ai eu 2 chèques et 30 euros, sinon c'est la sécu. C'est le choix d'être à Saint-Denis aussi.... Qu'est-ce qu'ils disent les autres?' Major Jones – Saint-Denis

Les médecins de Saint-Denis ont en général conscience des difficultés socio-économiques de leurs patients et de l'impact que cela peut avoir sur leur prise en charge médicale.

'Des fois je me demande quand on a l'aide médicale d'état si on n'est pas moins bien soigné, je pose la question' Major Jones - Saint Denis

L'un des médecins, le Dr Spirou, s'occupe en particulier d'un groupe de travail sur la démographie médicale de la ville pour essayer d'améliorer l'accès au soin.

'On est très très sous doté. Donc on essaye de réfléchir avec la ville de Saint-Denis pour déjà maintenir ceux qui y sont et donner envie à de jeunes professionnels de santé de s'installer' Spirou - Saint Denis

A Paris, 3 médecins sont en secteur 2 et 4 en secteur 1. On ne retrouve que très peu de CMU/AME, de 0 à 10% de la patientèle estimée.

'Pas beaucoup, de tête comme ça, je dirai moins de 1% de CMU, je n'en sais rien, mais ce n'est pas énorme' Largo Winch - Paris

'C'est zéro, ça n'est pas une vague idée, rires, non c'est pas zéro, mais c'est un de temps en temps, ma patientèle n'est pas faite comme ça' Dantès - Paris

'J'ai une activité mixte, je suis en libéral ici et je travaille dans un centre de santé dans le 15^{ème}, donc là les CMU pas de problème, je les vois là-bas, et niveau paperasse, je préfère les voir là-bas,

enfin je ne suis pas fermée, il y a des gens, par exemple les étudiants je les prends à 23 euros, je ne suis pas une...rapia. Mais les CMU j'aime bien être prévenue avant quand même' Castafiore - Paris

c. Activité d'enseignement – lien avec une faculté

L'une des médecins de Saint-Denis est maître de stage à l'Université Paris 7. A Paris, l'entretien préparatoire a été réalisé avec un maître de stage de l'Université Paris 5. Un autre médecin a également été maître de stage à Paris 5 mais avait arrêté cette activité lors de l'interview. Une des médecins à Paris accueille une externe de l'Université Paris 5 depuis 2 ans.

d. Dossiers médicaux : informatique / papier

La majorité des médecins interviewés sont informatisés (10/18) ou ont des dossiers « mixtes », moitié papier moitié informatisé (2/18). 5 médecins ont uniquement des dossiers papiers et un médecin n'a pas de dossier.

'Dossier papier, c'est le seul cabinet où je travaille où c'est dossier papier. C'est la galère pour les sortir, on s'arrache les doigts, c'est illisible. Enfin il y a des médecins que je remplace qui n'ont pas de dossier c'est encore plus rapide...' Alpha – Saint-Denis

'Vous êtes informatisée?'

Dr B : Pas vraiment, mais ça va venir d'ici quelques mois, car le minitel va être supprimé. En fait nous on télétransmet par minitel' Bonemine – Saint-Denis

'Rien du tout, je ne tiens même pas mes dossiers. Mais j'ai une mémoire phénoménale. Et puis je ne jette rien' Garulfo – Saint-Denis

On peut s'interroger sur l'intérêt des logiciels pour faciliter les activités de dépistage des médecins généralistes.

e. Trois médecins d'origine étrangère

Trois médecins à Saint-Denis sont d'origine étrangère, 2 étant originaires du Maroc et une originaire des Comores.

'Je suis né au Maroc dans une petite ville qui se trouve à la frontière algéro-marocaine et je suis arrivé après l'indépendance du Maroc à Paris directement à la République en partant d'une petite ville du Maroc, ça faisait une drôle d'impression. J'ai fait mes études à Paris, mes études de médecine au CHU Lariboisière - Saint Louis et voilà.' Achille Talon – Saint-Denis

'Non moi j'ai fait mes études à Besançon, je suis arrivée à l'âge de 18 ans en France, j'avais fait mon bac aux Comores' Major Jones – Saint-Denis

'Je suis né au Maroc, je suis arrivé en France en 1971 à l'âge de 16 ans, j'ai fait toutes mes études à Lariboisière - Saint Louis.' Garulfo – Saint-Denis

Il est intéressant de noter que leurs origines culturelles ont été signalées lors de la discussion sur l'abord de la sexualité.

'Mais je crois que ça, ça peut venir de ma culture à moi, mes origines à moi' Major Jones – Saint-Denis

'Je crois que c'est notre culture qui fait qu'ils n'abordent pas ces problèmes' Achille Talon - Saint-Denis

f. Choix d'installation Saint-Denis / Paris

Le choix géographique d'installation des médecins relève principalement du hasard ou des opportunités de rencontre.

' Je me disais je n'y arriverai jamais, et puis finalement la pathologie est extrêmement riche, quand j'ai fait mes premiers remplacements à La Plaine-Saint-Denis, je n'avais jamais vu de gale, je n'avais jamais vu de bilharziose urinaire, c'est très très riche pour apprendre, pour débiter ça a été une formation excellente' Rozanna – Saint-Denis

'C'était tout à fait par hasard, je faisais fonction d'interne dans une clinique à Saint Denis et un médecin de Saint Denis a appelé la clinique pour avoir un remplaçant en urgence et j'ai atterri là, c'est le hasard, le destin.' Achille Talon – Saint-Denis

'La raison de Saint Denis, je pense que ça s'est fait tout doucement, le fait d'avoir remplacé ici, d'avoir été un peu médecin de quartier, d'avoir connu un peu les gens, donc j'ai plutôt ressenti le besoin d'être là. J'ai remplacé ailleurs, j'ai remplacé dans d'autres départements, et puis petit à petit, affinité avec les médecins du quartier. C'est surtout que j'ai ressenti le besoin d'être là, je me sentais utile' Major Jones – Saint-Denis

'Non je suis née à Meaux, mais j'ai grandi dans le 93, à Blanc-Mesnil, dans les HLM, donc je voulais être docteur pour soigner les gens dans les HLM. Donc je suis revenue ici, j'ai tourné dans la banlieue sud, en province parce qu'il y a eu un moment où j'ai eu envie de partir à la campagne, donc j'ai été dans l'Oise, c'était funeste.' Natacha – Saint-Denis

g. Activité en dehors de la médecine générale

1) Spécialisations médicales

Presque la moitié des médecins interviewés ont une activité en parallèle de la médecine générale.

Un médecin a une activité plus particulière en gériatrie : *'Oui j'ai des malades dans une résidence médicalisée du 3^{ème} âge [...] et je suis aussi médecin dans une unité de maladie d'Alzheimer'* Achille Talon – Saint-Denis

Un médecin a une orientation « homéopathie-oligoéléments-auriculothérapie » : *'J'ai repris une patientèle il y a deux ans, en restant sur place, j'ai repris les dossiers, oligo-éléments, nutrition, c'est une pratique très spéciale, je fais aussi l'auriculothérapie pour aider à maigrir bien et arrêt du tabac'* Castafiore - Paris

Une autre a gardé une activité en nutrition : *' J'avais une activité de nutrition dans une clinique, j'ai fait une formation de nutrition.[...] En général ce sont des consultations très longues, alors j'en fais quelques-unes pour mes patients que je connais très très bien et qui me le demande alors je les fais venir exprès le samedi matin pour ça. Mais sinon je le fais exceptionnellement.'* Rozanna – Saint-Denis

Un médecin a une activité d'expert en médecine agréée : *'Je suis vieux, donc je fais beaucoup de*

choses, par exemple ce matin, je n'ai pas fait de médecine générale, j'ai fait de la médecine agréée, c'est-à-dire l'équivalent de médecin conseil pour la fonction publique. Donc on voit tous les agents, en recrutement, en accident du travail qu'on appelle accident de service dans la fonction publique, consolidation, détermination du taux d'IPP, c'est une activité d'expert. Scorpion – Saint-Denis

L'un est spécialisé dans le sevrage tabagique : *'Tabacologue'* Tramp - Paris

L'un est rhumatologue : *'J'étais rhumatologue au départ puis j'ai basculé dans la médecine générale [...] j'ai encore une vacation de rhumato à l'hôpital'* Largo Winch - Paris

Un autre médecin a exercé à l'hôpital en cancérologie avant de s'installer : *'J'ai travaillé 10 ans dans un service de médecine interne cancéro'* Dantès - Paris

La dernière médecin interviewée a travaillé dans une unité de prise en charge de patients VIH avant de s'installer pour pouvoir exercer l'haptonomie : *'Je n'étais que hospitalière, praticien attaché en faisant que du VIH pendant 15-20 ans'*

'Je pense que c'est 60% médecine générale et 40% haptonomie,' Falbala - Paris

2) Syndicat / associatif

Trois médecins ont une activité syndicale :

' Je suis syndiqué, j'ai une activité syndicale, je suis élu aux Unions Libérales des Praticiens de Santé' Tramp - Paris

'Je m'occupe d'un syndicat, je suis conseiller ordinal à Paris ' ' élu aux URPS' Dantès - Paris

'J'ai aussi une activité extra-professionnelle mais dans le cadre syndical, ordinal, voilà.' Scorpion – Saint-Denis

Deux médecins ont des activités associatives dans le milieu médical.

' C'est l'atelier santé-ville, enfin c'est un peu compliqué, c'est une association à qui la ville de Saint Denis a délégué le volet santé de la politique de la ville.' Spirou – Saint-Denis

'10 années de participation active associative à la création de Médecins Du Monde.' Fantasio - Paris

h. Représentation de leur rôle de médecin généraliste dans la prévention

1) Prévention et dépistages en général

On observe une certaine ambivalence de la plupart des médecins entre leur volonté de faire leur « devoir » de médecin généraliste et leur rôle effectif dans la prévention et le dépistage. Ils reconnaissent l'importance de leur rôle dans ce domaine mais certains relèvent les nombreuses contraintes qui limitent cette activité au quotidien.

- *Le facteur manque de temps est souvent évoqué*

'Ça dépend pourquoi ils viennent, si c'est une angine, c'est 5min, pas besoin de plus...' Alpha – Saint-Denis

'Oui j'essaye, alors parfois ça passe à l'as s'ils viennent pour autre chose, malheureusement on n'a pas assez de vraies consultations où il n'y a rien où on fait le point. Du coup comme c'est court... Enfin si je regarde vaccination et prévention oui, j'ai l'impression que je le fais' Natacha – Saint-Denis

'En tant que médecin généraliste je pense toujours à la prévention. [...] on se fait prendre par la consultation quotidienne, il faut qu'on y pense, moi j'essaie d'y penser.' Major Jones – Saint-Denis

- *Parfois un manque de motivation*

'Je fais mon devoir de généraliste qui fait tant qu'il peut le faire, stimuler autant qu'il peut stimuler, du dépistage du cancer du sein, hémocult, comme tout le monde, pas avec une motivation particulièrement agitée.' Fantasio - Paris

- *Une non reconnaissance de l'activité de prévention et sa non-rémunération*

'C'est pas payé ça, on bosse gratos quoi, on a vraiment une mission de service public qui est payé zéro, voir payé moins quelque chose parce qu'on y passe plus de temps.' Tramp - Paris

'Et ensuite je pense que s'il y avait un corps médical qui fonctionne correctement dans un rapport sain avec les institutions et les autorités de santé, on serait beaucoup plus puissant. Un médecin qui aurait autorité, qui aurait vraiment une mission de santé publique qui serait clairement définie, rémunérée comme telle etc, il y aurait une puissance de feu qui serait majeure. A mon avis il y a une vraie réforme sur le statut de la médecine générale à mener, ça n'est pas le sujet mais... La clé elle est certainement là' Tramp - Paris

- *L'idée d'une consultation dédiée à la prévention et aux dépistages a été évoquée par certains médecins pour sensibiliser les patients et avoir du temps disponible pour ces domaines essentiels.*

'Les femmes sont plus éduquées que les hommes là-dessus parce qu'il y a la gynéco, les accouchements, etc. Donc elles ont plus l'habitude, et elles sont plus, entre guillemets, civilisées et cortiquées que les hommes' 'les hommes pas du tout, donc il faut qu'il y ait ces consultations de prévention' Dantès - Paris

'Il n'y a pas, par exemple, une fois par an une consultation de dépistage. Donc le dépistage ou la prévention se fait en même temps qu'autre chose. Et quand vous avez 40 de fièvre, c'est un peu dur de dire et votre mammographie ?' Dantès - Paris

2) Gynécologie

Dans le cadre de la prévention, une question était posée sur leur activité ou non de gynécologie médicale. L'intérêt était également de voir si une activité de gynécologie facilitait l'abord de la sexualité avec les patientes.

Une médecin a une **activité importante en gynécologie médicale**

'Oui beaucoup! Frottis, pose de stérilet, retrait de stérilet.' Bonemine – Saint-Denis

Les autres **ne font pas ou très peu de gynécologie** dans leur cabinet pour différentes raisons :

- *L'absence de demande :*

' Je tente d'en faire, c'est un peu compliqué, entre celles qui préfèrent voir leur gynéco, celles qui sont gênées parce que c'est un homme, et puis nous on propose pas forcément aux bonnes personnes, j'en fais plus dans le cadre de l'urgence et s'il y a une demande, mais j'aimerais bien en faire un peu plus' Tramp - Paris

- *La localisation du cabinet est également évoquée à ce sujet*

Certains médecins hommes basés à Saint-Denis déclarent que ça n'est pas possible du fait de l'origine culturelle de leur patientèle. A Paris, d'autres évoquent le fait que leurs patientes préfèrent

voir directement leur gynécologue.

'Non, non. Le quartier ne le permet pas' 'Non ce n'est pas possible qu'un médecin homme fasse ce genre d'examen. Ce serait ambigu, compliqué et sujet à de gros problèmes à mon avis. Pour une femme ça n'est pas pareil.' Astérix – Saint-Denis

'C'est difficile de faire de la gynéco quand on n'est pas une femme et dans le quartier où je suis, les patientes vont voir le gynéco directement' Dantès - Paris

i. Sentiments sur leur profession

Les médecins interviewés m'ont bien accueillie et ont quasiment tous pris du temps pour répondre à l'entretien. On a pu observer une certaine **solitude** du médecin généraliste qui a un besoin important de s'exprimer et de faire entendre ses doutes, ses craintes sur sa profession. L'impression générale dominante est qu'ils étaient **plutôt contents de pouvoir parler de leurs difficultés**.

'On a besoin de parler de nous c'est clair.' Tramp - Paris

'Je serais curieuse de voir ce que disent les autres, c'est vrai qu'on est souvent un peu dans notre bulle' Bonemine – Saint-Denis

'Je crois qu'après votre passage, ça va me motiver un peu plus. Il faut un petit peu d'aiguillon de temps en temps dans ma routine de médecin généraliste. Il m'arrive de ne pas être toujours toujours au top niveau pour aborder ces problèmes.' Achille Talon – Saint-Denis

Le médecin remplaçant était en **grande interrogation sur sa future vie professionnelle** et songeait à quitter la médecine.

'On va voir.... Ou arrêter complètement et faire autre chose....' Alpha – Saint-Denis

Quasiment tous les médecins se trouvent **débordés**, en surcharge de travail. Une médecin était en arrêt de travail pour un burn-out au moment de l'entretien. Ils pensent qu'on en demande beaucoup à cette profession.

'C'est toujours sur les médecins généralistes... bons à tout faire...' Alpha – Saint-Denis

'Puisque c'est eux qui s'y collent à chaque fois' Largo Winch - Paris

'Oui, moi je m'occupe beaucoup de prévention déjà, c'est pour ça aussi que c'est long... C'est encore charger la barque quoi! Alors je suis peut être moyennement motivée, ça c'est possible. Je suis plus motivée pour d'autre trucs : pour le frottis, de faire un dosage du diabète surtout s'il y a des diabétiques dans la famille, enfin bon des choses comme ça' Bonemine – Saint-Denis

'On est saturé, saturé.' Castafiore - Paris

Beaucoup évoquent également un **manque de reconnaissance**

de la part du patient

'Parce qu'il y a moins de respect par rapport au médecin, moins d'écoute de ce qu'on leur demande de faire. Ils ont leur part de réflexion et leur part de décision. Ici si on leur dit, ils le font, c'est plus facile' Astérix – Saint-Denis

'Ils nous considèrent parfois comme des prestataires d'ordonnances, j'ai ressenti ça déjà. Je ne sais pas si les autres docteurs ressentent ça aussi' Major Jones – Saint-Denis

de la part de la société

'Parce qu'on a des missions de service public et en même temps on est des libéraux et on porte seul les contraintes de l'aspect libéral. Ce qui fait qu'il y a forcément une réticence, et chez moi il y en a une certainement, d'obéir aux injonctions qui viennent d'en haut. Dès qu'on lit la presse médicale, le généraliste est au centre de tout' Tramp - Paris

'Il y a une désaffection, on gagne moins que les autres, et puis on bosse dans des conditions pourries, je le maintiens par rapport à la médecine spécialisée. Et on n'est pas valorisé alors qu'on fait un exercice difficile, compliqué, qui nécessite beaucoup de formation continue et ça, ça n'est pas pris à bras le corps' Tramp - Paris

'Donc il y a un moment donné où les médecins généralistes, ils en ont ras-le-bol en fait. Je pense qu'il y a aussi ça, il y a de la résistance passive ou inconsciente parce que l'institution ne nous reconnaît pas mais fait que nous mettre du boulot dans la besace. Allez, vous allez faire ça en plus, hop là! C'est ça qui est un peu usant' Tramp - Paris

'Ou alors il faut nous reconnaître autrement, améliorer les conditions d'exercice, il faut permettre un meilleur épanouissement professionnel, la possibilité de carrière évolutive, il y a des idées à avoir, ça n'est pas forcément plus payer mais c'est reconnaître notre travail.' Tramp - Paris

C. Prévention et dépistage de l'infection par le VIH

a. Impact de l'émergence du VIH sur la vie professionnelle des MG

1) Impact modéré

Certains médecins n'ont pas été particulièrement marqués par l'émergence du sida dans leur vie professionnelle. Différentes explications sont données par les médecins.

Les patients infectés par le VIH étaient surtout pris en charge dans des centres **spécialisés** et les médecins généralistes ne les voyaient que très peu en consultation et donc **ils ne se sentaient pas particulièrement concernés** par cette maladie émergente.

'Je me souviens c'est sorti en 1985 à la fin de mon internat en médecine générale.' 'C'était hyper-spécialisé, donc' Castafiore - Paris

'Peut être pas tant que ça, en fait' Bonemine – Saint-Denis

Des médecins plus jeunes ont débuté leur profession après la période dramatique où l'accès aux thérapeutiques était très limité pour les patients infectés par le VIH, ils expliquent **qu'ils n'ont pas ressenti le même traumatisme que leurs confrères plus âgés**.

'Non pas du tout, j'ai fait des maladies infectieuses, même de la réa infectieuse et le sida n'a pas fait parti des choses qui ont transformé fondamentalement ma vie.' 'Quand j'étais interne, la trithérapie existait, je ne considère pas que le sida soit une maladie mortelle en soi, on n'est plus dans la situation d'il y a 20 ans' Seccotine – Saint-Denis

2) Impact important

En grande majorité, les médecins se souviennent d'anecdotes et d'un fort ressenti à cette période de leur vie professionnelle.

Certains ont vécu ça comme un certain **traumatisme** :

'Mon premier stage d'externe c'était en maladies infectieuses chez Bricaire à la Pitié Salpêtrière. [...] J'ai vu les gens mourir comme des mouches, on avait que l'AZT à l'époque et c'était terrible, moi ça m'a beaucoup marqué' Rozanna – Saint-Denis

'À l'époque tout le monde était très désemparé, très désorienté...' Fantasio - Paris

'Moi j'ai fait un stage à l'institut Pasteur à ce moment-là, donc j'ai été dedans... J'ai été très traumatisée par la jeunesse des patients, par l'état de cachexie et par l'absence de solution complètement au départ.' Natacha – Saint-Denis

D'autres ont **appris** beaucoup auprès de ces patients, notamment dans la **relation médecin-patient** :
'Ils nous disaient « vous osez nous serrer la main? » [...] et ça m'a marqué dans ma vie professionnelle pour tous les contacts avec les patients' Dantès - Paris

Un médecin a vécu **un tournant dans sa carrière** auprès d'un patient en particulier :

'Moi j'ai eu énormément de patients, et j'étais même maître en l'art du sida, car j'avais un patient qui était multimillionnaire, très très très riche, et je m'occupais, enfin, j'étais son médecin comme d'autres ont leur chauffeur etc, exclusif, c'est à dire tous les jours je le voyais, il me payait pour ça. Il était extrêmement riche. Et donc j'ai été obligé de me documenter, et après autour de lui, parce que le pauvre, il se droguait, j'en ai vu plein plein plein.' Garulfo – Saint-Denis

Une médecin a choisi **un début de carrière hospitalière** auprès de patients infectés par le VIH et est resté 15 ans spécialisée dans ce domaine avant de retourner en cabinet de médecine générale :
'ça c'est fait assez naturellement parce que là où je passais ma thèse, le chef de service de gastro ouvrait son unité de VIH en hôpital de jour, voilà, il m'a proposé et j'ai dit oui alors que je n'avais pratiquement pas vu de patients VIH.' Falbala - Paris

b. Suivi dans leur patientèle de patients infectés par le VIH

Tous les médecins interviewés ont dans leur patientèle des patients infectés par le VIH, sauf celui qui vient de s'installer. A part celle qui a emmené une partie de sa patientèle VIH hospitalière et qui en suit environ 50, les médecins suivent régulièrement entre 2 et 15 patients infectés par le VIH (6 en moyenne).

Les patients infectés par le **VIH ne représentent donc pas une part importante de leur patientèle**

'Non, curieusement non, je ne sais pas pourquoi. Par contre, quand les autres médecins partent, il y en a quand même pas mal. Je ne sais pas pourquoi, c'est peut-être le secteur. On est plus à l'extérieur de la cité, ils sont peut-être plus à l'intérieur. Mais j'en ai très peu' Astérix – Saint-Denis

Les médecins trouvent avoir plutôt de **bons rapports avec les équipes hospitalières**, même s'ils estiment que les patients sont quasiment exclusivement suivis à l'hôpital.

'Oui, ça dépend si le patient y va... Mais quand ils y vont j'ai de bons retours' Seccotine – Saint-Denis

'Pour être tout à fait franc, c'est quasiment tout le temps l'hôpital qui les suit de manière complète et nous on est là pour faire les trucs en plus, c'est vrai qu'on finit par oublier qu'ils sont VIH, enfin non, on n'oublie pas parce que ça fait parti des alarmes...' Largo Winch - Paris

'Mais je me demande quand un patient à Saint-Denis se fait suivre à l'hôpital, est-ce que franchement ils ont un médecin généraliste?' Major Jones - Saint Denis

Il est à noter que les médecins ne montrent que **peu, voire pas d'implication du tout**, dans la prise en charge spécifique de l'infection par le VIH.

'D'abord les gens qui sont VIH depuis plusieurs années ils sont parfaitement au courant de tout, le généraliste lambda qui n'est pas très branché VIH comme moi, il sert un peu comme ça au coup par coup de suivi de dépannage. J'en ai un ou deux un peu lourds que je vois beaucoup...' Fantasio - Paris

'Je leur dis franchement, tout ce qui n'est pas sida, ok, je gère mais tout ce qui est sida je ne gère pas' Dantès - Paris

Effectivement et certainement à juste titre, la prise en charge des patients infectés par le VIH est considérée par les médecins comme **trop spécialisée** :

'Quand on est dans le bain, on connaît les trucs sur le bout des doigts, après on prend de la distance, il y a des nouveaux produits, on est dépassé [...] je considère que je n'ai plus la compétence, je pense qu'il faut en faire souvent, qu'il faut en voir souvent pour tout ce qui est interactions médicamenteuses etc' Dantes - Paris

'J'ai un DU sur le VIH, mais ça remonte à... (il cherche dans sa bibliothèque) 1994, à Jean Verdier à Bondy. Mais après, ça s'est tellement spécialisé et complexifié au niveau des traitements que bon, on ne suit plus.' Spirou – Saint-Denis

Un des médecins s'interrogeait sur la possibilité de créer des **réseaux** ville-hôpital pour le suivi des patients infectés par le VIH, dans l'hypothèse où le rôle du médecin généraliste se développerait dans la prise en charge de ces patients.

'Il va falloir se remettre à niveau, car c'est une maladie pour laquelle j'ai beaucoup d'interrogations, pas la maladie, mais le suivi des médicaments, les effets secondaires des médicaments, moi ça me semble compliqué. Après ce qui existe dans le cancer et qui est très bien fait, c'est l'équipe de référence [...] on appelle un numéro et il y a toujours quelqu'un qui peut répondre qui a le dossier.' Seccotine – Saint-Denis

c. Pratique actuelle d'une activité de dépistage du VIH

La pratique actuelle en terme de dépistage des médecins peut s'étudier de différents points de vue :

1) Comment et quand les médecins proposent-ils le dépistage?

Nous pouvons observer des médecins que nous qualifierons plutôt d'**attentistes** : ils attendent en général que le patient fasse la demande de réaliser le test.

'C'est eux qui viennent pour faire le test. 9 fois sur 10 c'est eux qui viennent' Garulfo – Saint-Denis

'C'est les deux, surtout à leur demande, les jeunes surtout sont très impliqués, ils le demandent de façon assez soutenue, sinon c'est moi' Astérix – Saint-Denis

'Les patients, ils en parlent mais quand ils ont peur, quand ils ont eu une conduite à risque ' Dantès - Paris

D'autres qui sont plus **interventionnistes**, ils proposent le test assez facilement.

'Quand je prescris un bilan, je demande « vous en êtes où? ». Oh non je pose la question, je suis directe, il n'y a pas de soucis. L'avantage de l'expérience, il y a des questions qui ne me gênent plus. Quand j'étais jeune oui, il ne fallait pas parler de tout ça!' Castafiore - Paris

'C'est pourquoi je le mets dans le bilan, et comme c'est sur l'informatique, le bilan il est automatique.' Rozanna – Saint-Denis

Ces derniers ont conscience que le patient peut ressentir une certaine gêne à demander ce type de test. Il est donc nécessaire de poser la question au patient simplement.

'Oui ça m'arrive souvent quand je prescris un bilan je leur demande vous voulez un test ? Certains répondent oui, non, certains sont très contents qu'on leur pose la question car ils n'osaient pas en parler, d'autres ça ne sert à rien du tout parce que tatata. ' Fantasio - Paris

'Oui, parce que c'est comme si ils n'osaient pas demander et le fait que nous on demande, ça libère des tensions.' Falbala - Paris

D'autres sont plus dans la **banalisation** du dépistage, surtout chez les médecins qui se sentent moins impliqués dans la prévention

'Soit il demande, soit je propose, c'est pas compliqué, on va pas rester une heure à discuter la dessus' Alpha – Saint-Denis

Un fin psychologue...

'Moi je les engueule, parce que si ils font le test c'est qu'ils devraient faire attention avant [...] Il faut éviter les risques, voilà' Scorpion – Saint-Denis

2) A qui les médecins proposent-ils le dépistage?

Presque tous les médecins regrettent la disparition de l'obligation du **certificat pré-nuptial**, en précisant que c'était le moment idéal pour proposer ce test à toute une catégorie de la population qui consulte très rarement leur médecin généraliste.

La **grossesse** reste un moment privilégié et plutôt bien accepté par les patientes pour proposer le test selon les médecins.

'Ça m'arrive oui bien sûr, fréquemment... pas assez, je l'avoue. Ça arrive principalement à quelle occasion aujourd'hui ? je dirai que de plus en plus, du moins depuis 4-5 ans, c'est les patients qui le demandent, par exemple à la suite d'une rupture de préservatif ou quelque chose comme ça, soit au cours des examens pré-nuptiaux mais qui n'existent plus, soit surtout pour les grossesses bien sûr, soit j'ai beaucoup de patients primo arrivant ou arrivés récemment de pays où il y en a pas mal quoi, donc à un moment ou à un autre, pas forcément à la première consultation, ils me demandent un bilan, ils me demandent tous un bilan, et dans le bilan je leur propose systématiquement le VIH, je n'ai jamais de refus, c'est plutôt bien accepté. Sur des signes cliniques, ça j'avoue c'est rare, ça peut arriver mais c'est rare.' Spirou – Saint-Denis

'C'est vrai qu'il y a les nouvelles recommandations, qu'il faut le faire à tout le monde. C'est vrai qu'à certains moments, on le propose systématiquement : les femmes enceintes, avant quand il y avait le certificat pré-nuptial mais qui n'existe plus.' Bonemine – Saint-Denis

En majorité les médecins **continuent à cibler les populations à risque** :

- Les comportements sexuels à risque, les usagers de drogues intraveineuses :

'Ceux qui sont partenaires multiples, ceux qui se droguent... Surtout ça. Et puis ceux qui demandent ou qui ont des facteurs de risque' Alpha – Saint-Denis

'Il n'y a pas d'âge, j'ai des patients qui ont 60-65 ans qui ont une vie active sexuelle dans le sens où ils changent de partenaire souvent, donc à ce moment-là je leur propose' Dantès - Paris

- Les migrants de zones de forte endémie :

'Beaucoup de migrants oui, des pays d'Afrique. Effectivement on devrait leur demander beaucoup plus de tests, je suis tout à fait d'accord' Achille Talon – Saint-Denis

Le dépistage systématique n'est pas vraiment passé dans les habitudes des médecins. Ils pratiquent un dépistage peut-être parfois **trop ciblé**.

'Comme je n'ai pas de toxico, je n'ai aucun patient de ce type-là' Scorpion – Saint-Denis

'Les jeunes jusqu'à 30 ans. A partir de 30 ans, c'est vraiment une démarche personnelle' Astérix – Saint-Denis

'Non non, je demande des tests essentiellement quand c'est des populations à risque : homo ou africains, voilà...' Garulfo- Saint-Denis

'Oui c'est ça, essentiellement les homosexuels et les toxicomanes et ceux qui voyagent aussi en Afrique enfin maintenant tout le monde fait tellement gaffe que bon, oui les cadres supérieurs qui voyagent en Afrique font gaffe quand même, ceux qui font pas gaffe, ils la ramènent pas... rires. Donc j'en ai pas dépisté beaucoup' Fantasio - Paris

On peut se demander si les premières représentations de la maladie n'ont pas tellement marqué les médecins **qu'ils sont restés sur les cibles originelles du dépistage** et n'ont pas tout à fait intégré l'évolution de l'épidémiologie.

'Alors écoutez, moi, je ne reçois aucun toxicomane donc je n'ai pas un cabinet à risque.' Achille Talon – Saint-Denis

'Bien sûr, surtout les africains ou les homos. Parmi les hétéro, il n'y en n'a pas des masses ' Garulfo – Saint-Denis

Pour certains médecins, notamment ceux de Paris, leur **patientèle est peu concernée** par le dépistage.

'Ah oui dans le 93, vous aurez plus de clients dans ce coin-là. Pour dépister les VIH il doit y en avoir d'avantage je pense, c'est pas sûr !' Fantasio - Paris

'Sinon vous avez des gens assez rangés quand même, dans l'ensemble, depuis le temps, ils sont éduqués' Castafiore - Paris

'Ça n'est pas quelque chose qui est très présent dans mon exercice franchement' Natacha – Saint-Denis

3) Confusion entre test de dépistage et test diagnostic

Il y a parfois une certaine confusion entre le test de dépistage chez des patients asymptomatiques et le test diagnostic lorsque le patient présente des symptômes pouvant faire évoquer une infection par le VIH.

'Non, s'il n'y a pas de signe d'appel' Astérix – Saint-Denis

'Voilà, c'est pas sûr que je fasse systématiquement, si il n'y a pas de pathologie ou de signes d'appel, le dépistage c'est pas sûr' Natacha – Saint-Denis

'Soit le patient l'aborde et je me sens en droit d'aborder le sujet, soit c'est moi qui y pense parce que le patient a des ganglions et qu'il a perdu du poids et je me sens en droit et même en devoir d'aborder le sujet. Ça ne me pose strictement aucun problème. Après je ne vais pas demander aux gens s'ils se font sodomiser ou s'ils font des fellations, je m'en fous, ça ne me regarde pas et c'est leur vie et puis voilà.' Seccotine – Saint-Denis

d. Les recommandations HAS 2009 et les avis d'experts

1) Connaissance de ces recommandations

11 médecins ont eu connaissance des recommandations de l'HAS 2009 en ce qui concerne le dépistage VIH, mais 7 médecins ne sont pas au courant ou n'ont pas le souvenir d'avoir entendu parler de ces recommandations.

'Oui j'ai lu ça dans la presse.' Fantasio - Paris

'Oui j'en ai entendu parler' Spirou – Saint-Denis

'Je ne sais pas déjà si vous aviez entendu parler de ces recommandations-là?'

Dr MJ : Non' Major Jones – Saint-Denis

2) Avis des médecins généralistes sur les recommandations de dépistage systématique

• *Médecins favorables aux recommandations*

Une minorité des médecins sont motivés et adhèrent complètement à ces recommandations de dépistage systématique de la population.

Dans ce cas, ils considèrent le dépistage systématique comme **une aide pour le médecin** : le côté systématique va diminuer la nécessité d'aborder ce qui peut être gênant pour le médecin ou le patient, notamment la sexualité. Proposer le test à tout le monde évite ainsi d'entrer dans des questions intimes.

'Donc le dépistage systématique que propose le ministère c'est peut-être une bonne idée, parce qu'on va dire « voilà, le ministère, avec un grand M, propose que tout le monde le fasse, bon voilà ce sera peut-être plus simple, mais bon. »' Bonemine – Saint-Denis

D'autres considèrent que ces recommandations vont dans la **logique d'une médecine globale** où le dépistage est essentiel et où le médecin généraliste joue un rôle majeur.

'Oui il est là pour la prévention et un peu de curatif quand même, mais globalement je pense que la mission du médecin, elle est là en premier' Rozanna – Saint-Denis

'Oui, moi je suis persuadé qu'il faut booster le médecin généraliste pour être un acteur de santé publique' 'Mais moi je pense que c'est au généraliste de mettre en place le dépistage' Dantès - Paris

'Oui une sérologie dans le dossier ça ne me paraît pas idiot, ensuite c'est toute la question de la prévention en médecine générale, qui est une question politique de santé.' Tramp - Paris

- *Médecins réticents aux recommandations*

Pour la majorité des médecins, ces recommandations ne semblent pas avoir beaucoup d'intérêt ni de sens, pour différentes raisons :

- Remise en cause de l'intérêt de ces recommandations

'Oui j'en ai entendu parler, mais honnêtement quand j'en ai entendu parlé j'étais un peu septique, qu'est-ce que signifie un dépistage systématique de la population?' Spirou – Saint-Denis

'Je ne crois pas qu'on soit dans une période où les risques sont vraiment énormes au point d'engager un dépistage de masse...' Garulfo – Saint-Denis

'D'abord est-ce que c'est vraiment un problème de santé publique de dépister cela? Est-ce qu'il y a vraiment une nécessité impériale [impérieuse ?] de dépenser autant d'argent et d'énergie pour ça? Par rapport à tous les autres problèmes de santé publique, peut-être? Mais moi je ne crois pas...' Largo Winch - Paris

'Oui c'est une bonne question, est-ce que les 50 000 ce ne sont pas des gens qui ne veulent pas se faire dépister parce qu'ils sont au courant inconsciemment, franchement je ne sais pas, mais moi le proposer à la population générale ça ne paraît pas logique' XIII - Paris

- Mauvaise image de l'HAS

'L'HAS une année c'est blanc une année c'est noir' Alpha – Saint-Denis

'Alors la recommandation de l'HAS pour être tout à fait clair ça n'est pas mon Graal, ça n'est absolument pas là-dessus que je me base, quelque soit... Il y a les histoires de conflits d'intérêt dont je ne vais pas reparler parce que je pense qu'on va s'énerver, enfin surtout moi.' Largo Winch - Paris

'Alors disons que déjà la problématique des recommandations de l'HAS et de la médecine générale c'est un vaste débat' Tramp - Paris

- Refus de la systématisation

'Et vouloir faire un truc un peu systématique, intrusif, direct, enfin c'est complètement débile. Enfin je me trompe peut être!' 'Faire un dépistage tout azimuth ça n'a aucun sens, mais quand je dis aucun sens, c'est aucun.' Largo Winch - Paris

'C'est comme toutes ces campagnes de prévention ou de dépistage, ou comme les check-up de la sécu, quand c'est fait de manière systématique et aveugle la rentabilité du dépistage est très faible, et ça coûte cher pour des résultats bon... mais si on cible sur les populations à risque ou sur des suspicions de diagnostic ou autres, bah oui on aurait envie de voir ça comme ça, vous voulez mon

avis je vous le donne, mais je ne suis pas ministre de la santé !' Fantasio - Paris

'Non, mais je mets la liberté comme valeur suprême de la vie, je veux laisser la liberté aux gens'
Garulfo – Saint-Denis

'Oui ceux qui sont vraiment à risque, mais pas tous ceux qui viennent comme ça, sincèrement non.'
Garulfo – Saint-Denis

'À mon avis ce serait peut-être plus intéressant de cibler, enfin de cibler...' Spirou – Saint-Denis

- Générateur d'angoisse

'Oui vous allez emmerder et stresser la population générale pour finalement trouver 50 000 personnes sur 60 millions' XIII - Paris - secteur 1

'Le fait de demander un VIH, c'est culpabilisant.' Dantès - Paris

'Ça paraît difficile, parce que déjà il faut proposer à tout le monde. Il y en a beaucoup qui n'ont aucune envie de le faire. Celui qui ne veut pas le faire au laboratoire il ne le fera pas non plus chez le médecin. Et puis : « je vais vous faire un test de dépistage. Vous croyez que je ne suis pas sérieux, vous croyez que j'ai le sida, vous croyez quoi? »' Alpha – Saint-Denis

- Problème de santé publique

Dans ce cas, les médecins estiment que le dépistage systématique devrait être organisé en amont du médecin généraliste, à l'instar d'autres dépistages de masse. Il ne doit pas reposer uniquement sur le médecin généraliste.

'C'est une décision politique, nationale, qui suppose une pédagogie au niveau de la population qui soit bien faite' Fantasio - Paris

'Moi je pense qu'il faudrait que ce soit national, que ce soit détaché, pas délégué aux médecins généralistes' Natacha – Saint-Denis

'S'il y a une décision de faire un dépistage systématique, il n'y a pas besoin de passer par un cabinet de médecine générale, ils vont au laboratoire directement se faire leur dépistage, le problème sera de savoir qui va financer cette campagne et comment ça va être fait.' Fantasio - Paris

'D'abord ça dépasse largement la pratique dans un cabinet, c'est une décision d'en haut, un peu citoyenne qui concerne l'ensemble de la population française. Donc ce n'est pas à nous d'instrumentaliser cette décision.' Fantasio - Paris

'Moi je trouve que ça serait très bien, je pense que ça ne devrait pas se passer au cabinet du médecin généraliste, ça devrait être quelque chose qui est remboursé, on devrait recevoir un bon pour le dépistage et voilà' Natacha - Saint Denis

Un médecin pense qu'une campagne d'information des patients par les autorités sur le dépistage est vraiment nécessaire pour créer une dynamique qui faciliterait la mise en œuvre du dépistage par le médecin généraliste.

'Je pense que la sécurité sociale, pourrait envoyer des informations, des courriers à tous les malades, quand elle engage une campagne de dépistage ça motive beaucoup plus de monde. Et s'ils viennent au cabinet en me disant j'ai appris ça, c'est beaucoup plus facile pour moi de proposer un

test de dépistage.' Achille Talon – Saint-Denis

Les patients préféreront que le dépistage se fasse en dehors du cabinet de leur médecin généraliste *'donc à mon avis s'ils veulent faire ce dépistage, ils devraient trouver le moyen de faire autrement. Les gens, ils iront. Déjà à l'instant, vous m'avez dit que c'est gênant pour tout le monde, il y a ça, donc par rapport à ce genre de situations ils ne viendront pas, ils seront gênés.'* Major Jones – Saint-Denis

- Théorie du complot

'Oui mais allez savoir qui vend les réactifs, les laboratoires... Il y a toujours des arrières pensées des labo et des machins...' Garulfo – Saint-Denis

- *Application des recommandations?*

Aucun des médecins n'applique réellement les recommandations de dépistage systématique de la population. Comme on peut s'en apercevoir grâce aux nombreuses réticences ci-dessus, certains médecins sont opposés aux recommandations et ne les appliqueront pas tant que le dépistage ne sera pas clairement organisé par les autorités sanitaires.

D'autres médecins ont des propos plus contradictoires :

'Ça je le fais depuis je crois tout le temps! Moi souvent je leur dis « vous ne voulez pas faire ça? » je le fais depuis bien avant 2009, à toute personne quand je peux, je le propose' Falbala - Paris
'Faut pas le faire non plus de façon systématique' Falbala - Paris

'Test rapide oui, dépistage systématique non' Seccotine - Saint Denis
'Oui voilà, je me dis que je vais peut-être rajouter dans mes dossier, le VIH en quelle année je l'ai fait...' Seccotine - Saint Denis

La discussion autour de ces recommandations entraîne une certaine réflexion, et finalement certains médecins envisagent d'élargir le dépistage.

'Continuer d'y penser, y penser chez les personnes à risque, et puis effectivement s'il n'y a pas de sérologie HIV dans le dossier essayer d'y remédier d'une façon subtile en tout cas y remédier lors du prochain bilan.' Tramp - Paris

e. Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD)

Aucun médecin n'avait connaissance du décret autorisant la pratique des TROD par les médecins généralistes. En envisageant que ces tests soient facilement disponibles et pris en charge par la sécurité sociale, la question était de savoir si le médecin généraliste était intéressé et prêt à utiliser ces tests dans son cabinet.

1) Opinion positive

Réaliser les TROD au cabinet pourrait entraîner un bénéfice pour les patients. Différents arguments sont développés par les médecins :

- *Simplification du dépistage, par rapport à une prise de sang classique*

'Oui car ça met moins de barrière car le malade il faut qu'il aille voir son médecin traitant, qu'il explique pourquoi il veut une prise de sang, qu'il aille au laboratoire, qu'on lui rende les résultats, qu'avec les résultats il aille voir son docteur parce que le laboratoire n'est pas censé rendre les résultats même s'ils ne le font pas. Tout ça fait une espèce de chemin de croix, et il y a plein de patients qui s'arrêtent au milieu je pense. [...] Plus on simplifie le parcours...' Seccotine – Saint-Denis

'Oui c'est vrai il y en a qui n'aiment pas les prises de sang, qui ne veulent pas se faire piquer. Moi je pense que ça peut être bien. Je ne savais pas qu'on pouvait le faire, je pensais que c'était que dans les hôpitaux' Rozanna – Saint-Denis

- *Possibilité de rassurer rapidement un patient*

'J'ai eu une patiente qui avait très très peur, je l'aurais eu le test, je pense qu'elle aurait été soulagée qu'on le fasse ici' 'Je pense qu'il faut qu'on l'ait à disposition, mais après est-ce qu'on l'utilisera, c'est pas évident' Falbala - Paris

'Dépister certainement des gens qui ont peur des prises de sang et de découvrir la réalité' Achille Talon – Saint-Denis

'Peut être ça n'est pas si mal que ça. Parce qu'il y a une grosse angoisse des gens quand vous les envoyez faire le test, ils ont peur d'y aller, on n'est jamais sûr qu'ils y aillent, et après ils attendent, c'est de l'angoisse surajoutée. Je trouve que ce serait pas mal de le proposer, on fait ça ensemble' Castafiore - Paris

'Oui bien sûr, parce que ce sont des patients en difficulté, de la même façon qu'on fait un ECG pour libérer d'une douleur cardiaque, c'est important de libérer, bien sûr.' Dantès - Paris

- *Faciliter et améliorer l'accès au dépistage*

'Pourquoi pas. Pas systématiquement, ça c'est sûr. Mais je pense que si les gens sont un peu habitués, on les prévient, peut être avec l'affiche ou si les médias en parlent, ça nous aiderait bien. Faire campagne de santé publique en disant et bien voilà dans les mois qui viennent, votre médecin vous proposera un test... Nous déjà, ça nous permettrait de gagner du temps' Bonemine - Saint-Denis

2) Opinion négative

- *Méfiance des médecins sur la fiabilité de ces tests*

Quasiment tous les médecins émettent des doutes sur la fiabilité de ces TROD

'Non mais la fiabilité, je ne suis pas tellement sûr... [...] non vaut mieux quelque chose de sûr. Si on dit n'importe quoi au patient on n'est plus médecin. Moi il me faut au moins 99% de fiabilité.' Alpha – Saint-Denis

'Oui s'il a une bonne fiabilité, parce que si on annonce à la personne qu'elle est séropositive et qu'une fois sur deux le test démonte votre annonce, ça me paraît difficile' Astérix – Saint-Denis

'Donc il y aura des faux positifs, ça c'est pas possible' Natacha – Saint-Denis

'Justement je ne sais pas si c'est très très fiable tout ça. Faux positif, faux négatif...' Rozanna – Saint-Denis

- *Toujours le facteur temps, qui reste une des préoccupations centrales du médecin généraliste*

'Et ça prend combien de temps de le faire?' Alpha - Saint Denis - secteur 1

'Oui bien sûr, c'est combien de temps que ça prend? 3 minutes?' Dantès - Paris

'Je pense que ça pourrait être utile mais il faut que ça soit aussi pratique pour se les procurer que les tests à angine, c'est à dire à la sécu, on commande. Et il ne faut pas que ça soit compliqué et trop long à faire' Falbala - Paris

'Mais en un quart d'heure-20 minutes, quand vous avez une salle d'attente pleine derrière, non en médecine générale je ne vois pas l'intérêt, franchement je ne vois pas.' Largo Winch - Paris

Si les médecins sont inquiets sur la durée de la réalisation d'un test, peu ont évoqué la durée prolongée d'une consultation dans le cas où le test se révélerait positif...

- *Inquiétude des médecins sur les conséquences d'un dépistage au cabinet*

'C'est trop grave de conséquences, on ne peut pas faire du dépistage comme ça' Natacha – Saint-Denis

'Je pense que c'est quand même des maladies graves dans la tête des gens, même si on a des traitements, ça reste grave, on ne peut pas se permettre de faire ça dans la routine' Major Jones – Saint-Denis

- *Questionnement sur l'utilité des TROD en médecine générale*

D'autres tests plus utiles sont attendus en médecine générale :

'Moi je pense que ça serait très bien, mais avant le VIH, le test de la grippe, voilà c'est tout' Falbala - Paris

Le cabinet du médecin généraliste n'est pas le lieu approprié, le dépistage au laboratoire fonctionne, donc ces TROD n'ont pas d'intérêt pour le généraliste :

'Oui si vous avez vraiment des gens dans une grande précarité [...] mais pas dans un cabinet de médecin généraliste, moi ça ne me paraît pas gérable' Natacha – Saint-Denis

'Non, moi non, sincèrement non, ils vont au labo et puis voilà.' Garulfo – Saint-Denis

'Alors quel intérêt dans un cabinet de médecine générale d'avoir un diagnostic minute de ce genre de chose?' Largo Winch - Paris

'Pfff, pour les généralistes c'est ridicule, pour le mec qui va être opposant aux soins, suffisamment précaire, pour qu'on ait besoin de faire ça, quel est l'intérêt? En plus on va se dire ok est-ce que j'ai bien lu, le test de l'angine il faut attendre bien 5 minutes, une fois le test à 6 minutes il se positive un

peu alors vous regardez, vous écarquillez, c'est compliqué et là ça n'est pas l'angine à streptocoque, c'est la séropositivité, donc les faux positifs aussi' Tramp - Paris

Crainte de brusquer ses patients qui n'oseront pas refuser ces TROD
'Alors là on va encore plus leur forcer la main!' Bonemine – Saint-Denis

- *L'annonce de la séropositivité VIH*

Certains médecins s'estiment à l'aise avec l'annonce d'une séropositivité, d'autres semblent moins sereins quant à leur compétence dans ce domaine et souhaiterait une formation dans ce sens s'ils pratiquent un jour ces TROD à leur cabinet.

'Moi personnellement je serais plutôt pour, plutôt qu'un dépistage systématique avec prise de sang etc... Alors évidemment ça implique que... c'est pas forcément facile à gérer, si par hasard on tombe sur un positif...' Spirou – Saint-Denis

'Et de gérer l'annonce de la séropositivité?

Dr Sc : je vous dis, le dernier c'était il y a au moins un an et demi. Je ne l'ai pas revu. Je lui ai annoncé, il était surpris, c'était un africain et je ne l'ai jamais revu.' Scorpion – Saint-Denis

'Avec peut-être une formation, comment réagir en cas de test positif ?

Dr S : oui bien sûr, sûrement oui' Spirou – Saint-Denis

'Moi je n'ai jamais fait une découverte de sida, je n'ai jamais eu à annoncer' Seccotine – Saint-Denis

f. Représentations du rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du VIH

1) La prévention du VIH

Quand on demande aux médecins ce qu'ils pensent être le plus efficace pour stimuler la population à la prévention, les réponses sont variées :

L'école semble être le lieu privilégié pour sensibiliser la population dès le plus jeune âge pour beaucoup de médecins

'Aller parler dans les lycées, oui, y aller.' Castafiore - Paris

'Il y a peut-être un travail à faire plutôt à l'école' Largo Winch - Paris

'C'est à l'école qu'il faut les choper' XIII - Paris

'Je pense qu'il faut continuer à faire de la prévention dans les collèges et les lycées, j'ai encore des gamines qui me racontent qu'on peut attraper le sida en se mettant sur les toilettes et qui mélangent tout, le cancer du col de l'utérus, les relations sexuelles donnent le cancer, c'est pas très gai, ça oui, au collège-lycée, on les tient dans une salle' Seccotine – Saint-Denis

La **télévision** qui est un média qui touche une grande partie de la population :

'Déjà il y a le médecin, parce que c'est lui qu'ils vont voir, et puis la pub à la télé, ils passent leur journée devant la télé donc ils en parlent à leur médecin après. Moi j'ai pas de télé, je ne sais pas. Les campagnes, je pense pas trop que ça marche, non c'est les pub à la télé. « vu à la télé » ça

marche sur beaucoup de monde.[...] Tout le monde est lobotomisé par la télé maintenant.' Alpha – Saint-Denis

'Je pense profondément que si vous avez un talk-show avec un type qui a le sida et qui va faire pleurer dans les chaumières pendant 6 mois, ça va beaucoup motiver les gens mais pour le reste...' Seccotine – Saint-Denis

'Concrètement, je pense que la publicité a quand même un gros effet sur les patients. Globalement les grands médias avec la publicité ça marche pas mal.' Tramp - Paris

Internet est un espace où les patients demandeurs peuvent trouver de nombreux renseignements. Cela peut être un moteur de discussion avec le médecin :

'Et c'est bien d'avoir ce moteur, d'avoir des conneries entre guillemets sur internet, ça suscite l'envie d'en parler, donc c'est un point de départ. Donc au contraire, depuis qu'il y a cet outil internet, pour toutes les pathologies c'est très intéressant.' Largo Winch - Paris

La salle d'attente du médecin est un lieu intéressant pour passer des messages :

'Écoutez, les affiches dans la salle d'attente c'est bien, ça interpelle beaucoup les gens, ça leur permet de lire ces affiches, de s'instruire, de se renseigner et pourquoi pas de demander au médecin ce qu'il en pense, son avis.' Achille Talon – Saint-Denis

'C'est vrai que le temps resté dans la salle d'attente permettrait une meilleure exploitation de ce temps perdu avec une assistante sociale ou n'importe quoi qui pourrait intervenir dans les salles d'attente, ça ce serait utile. Une médiatrice, quelqu'un qui aiderait tous ces gens qui sont là à perdre du temps à s'informer sur beaucoup de choses. Je pensais même à mettre des films. On aurait pu très bien mettre ça, mais c'est très compliqué. [...] Théoriquement dans une salle d'attente avec des rendez-vous respectés, il ne devrait pas y avoir d'attente en salle d'attente' Scorpion – Saint-Denis

Et finalement **le médecin généraliste** ??

'Pour ceux qui ont un médecin, je pense que c'est le médecin. Mais il y a sûrement une partie de la population en particulier chez les jeunes qui ne vont jamais chez le médecin, alors là ça passe plutôt par les éducateurs, les référents de quartier, les grands frères... Il faut passer par tous les canaux possibles. Mais je suis un peu sceptique sur l'efficacité de pouvoir toucher une certaine partie de la population jeune, hors circuit si je puis dire. Hors circuit scolaire, hors circuit professionnel évidemment, hors circuit soins, hors circuit tout quoi. C'est pas évident.' Spirou – Saint-Denis

2) VIH, maladie encore taboue?

Une minorité de médecins considère que cette maladie ne présente **pas de tabou** et que c'est un sujet assez aisé d'abord :

'Inquiétant oui, tabou mais moins tabou qu'il y a un certain temps, ohlala, c'était un sujet très difficile à aborder, maintenant ça devient courant.' Achille Talon – Saint-Denis

La majorité des médecins ont des difficultés à aborder le sujet du VIH et pensent qu'il y a **encore de nombreux tabous** :

pour les patients

'Alors il reste énormément de tabous.' 'C'est toujours quelque chose de tabou, c'est pas comme quelqu'un qui va dire j'ai un cancer tout le monde le sait, le sida on ne va pas le dire.' Falbala -

Paris

mais aussi pour les médecins

'Le sida ça reste un sujet extrêmement tabou, je trouve. Y compris pour les médecins et, on s'autocensure, clairement. Bien plus que l'hépatite alors que ça s'attrape pareil...' Seccotine – Saint-Denis

'C'est quand même resté une maladie qui est honteuse!' Major Jones – Saint-Denis

On retrouve une difficulté pour les médecins à **employer le terme VIH** ou sida :

'Je dis jamais VIH tout seul, je leur dis je vous mets le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C, le diabète... et le cholestérol, ça, ça plaît tout le temps. Donc je le maquille dedans, je ne vais pas leur dire directement je vous fais le VIH, alors non ça, ça ne va pas du tout, pourquoi moi le VIH qu'est-ce que j'ai fait et pourquoi vous y pensez à moi? Moi particulièrement? Les premiers temps je mettais un peu les pieds dans le plat, mais maintenant non, je le fais comme ça, ça passe très très bien' Rozanna – Saint-Denis

'Alors attention je ne leur dis pas qu'ils ont le sida, c'est un mot qu'il faut manipuler avec prudence' Achille Talon – Saint-Denis

3) Impact de la différence socio-culturelle dans le dépistage VIH

A Saint-Denis, les médecins sont confrontés aux différences culturelles et religieuses d'une forte partie de leur patientèle originaire du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne. Ils observent dans cette patientèle des attitudes particulières et des difficultés qui leur sont propres.

Ces médecins estiment qu'il est plus difficile d'impliquer ces patients dans des démarches de prévention et de dépistage du fait de **l'illettrisme** ou des **barrières linguistiques**.

'On met une affiche, mais il y a beaucoup de gens qui sont analphabètes, donc bon l'affiche je ne sais pas très bien ce que ça va donner.' Bonemine – Saint-Denis

'Quand on a une barrière linguistique, c'est un problème global!' Rires' Spirou – Saint-Denis

Ils notent également **un tabou encore plus important** chez ces populations.

'Ce sont des africains, donc c'est terrible pour eux, c'est plein de non-dit, de secrets, parce que c'est infamant. C'est une maladie infamante' Natacha – Saint-Denis

'Maintenant le proposer aux jeunes mariés, surtout quand ils viennent du pays, du Maghreb ou d'ailleurs, c'est très très choquant pour eux.' 'Celles qui débarquent c'est non. Alors c'est non, certaines parce qu'elles estiment qu'elles sont arrivées vierges au mariage, enfin elles ne me le disent pas mais je le sais, et que voilà. Celles qui disent non, ce sont peut-être plus celles qui ont une pratique religieuse un peu plus poussée' Bonemine – Saint-Denis

La différence **religieuse** et **culturelle** est une des explications au refus du test de dépistage pour un des médecins.

'La femme enceinte qui vient du bled, elle dit non' Bonemine – Saint-Denis

'Je peux les comprendre les gens qui refusent, ils sont assez égoïstes certes, mais dans la plupart des pays d'Afrique c'est la catastrophe sociale, c'est un rejet immédiat de toute la société. [...] mais bon ça reste une grande catastrophe. Ils préfèrent se voiler les yeux' Bonemine – Saint-Denis

'C'est toujours un peu compliqué ce test, parce que les gens à qui on voudrait absolument le

proposer, ceux-là le refusent. Par exemple, jeune homme africain, débarquant d'Afrique, celui-là on aimerait beaucoup, mais eux ils font partie des gens qui refusent.' Bonemine – Saint-Denis

Pour un autre médecin, au contraire, les migrants sont plutôt **demandeurs de soins et de dépistage**: *'J'ai beaucoup de patients primo-arrivant ou arrivés récemment de pays où il y en a pas mal quoi, donc à un moment ou à un autre, pas forcément à la première consultation, ils me demandent un bilan, ils me demandent tous un bilan, et dans le bilan je leur propose systématiquement le VIH, j'ai jamais de refus, c'est plutôt bien accepté.'* Spirou – Saint-Denis

Deux médecins évoquent la notion de **suivi médical pour espérer régulariser leur situation**, voire même **de bénéfice secondaire** à être infecté par le VIH pour pouvoir rester sur le territoire français.

'Ils sont contraints de faire un suivi médical pour avoir l'autorisation de rester ici. Ils savent très bien que s'ils ne sont pas suivi sur le plan médical, ils auront du mal à obtenir le droit de rester.' Astérix – Saint-Denis

'Tout à fait, après c'est compliqué, vous savez, il y a plein d'africains qui nous demandent des tests et on ne sait jamais si c'est parce qu'ils ont pris des risques ou si c'est parce qu'ils prient le bon Dieu pour avoir le VIH parce que ça va leur donner des papiers. La pathomimie du patient primo-arrivant africain, non ça n'est pas les primo-arrivant, en général, les primo-arrivant ils sont tous naïfs, mais ceux qui sont là depuis 4-6-7 ans ils se trouvent toutes les maladies de la terre pour essayer de rester y compris le VIH et ça n'est pas toujours facile de savoir ce qui est de la vraie demande parce que je ne suis pas sûr que quand on est africain en foyer à 15 dans la même chambre qu'on n'a pas de boulot, qu'on n'a pas de fringues, est-ce qu'on peut se taper des nanas pour être très honnête. Je ne sais pas ce qui est de la vraie demande de ce qui est du domaine de l'anxiété ou du domaine de la demande de papiers. Je ne sais pas ou je trouve ça trop compliqué à démêler' Seccotine – Saint-Denis

Le mode de vie des travailleurs en foyer en France avec une famille restée au pays est noté comme une situation complexe par plusieurs médecins.

'On a aussi une population particulière qui vit seule, alors il doit sûrement y avoir des consommateurs de... sexe précaire mais pas tant que ça finalement, alors c'est très subjectif... Ils sont beaucoup dans la solitude alors ils repartent au pays, alors c'est vrai que s'il y a eu un séjour de 6 mois ou de 3-4 mois on peut refaire des bilans mais c'est vrai que...' Natacha – Saint-Denis

'Olala, ça qu'est-ce que c'est compliqué! Les mecs qu'on dépiste positif et la femme est à Kayes, il faut dépister la femme les enfants... Je passe le relais à l'hôpital' Seccotine – Saint-Denis

'Souvent, vous savez tous les hommes célibataires qui vivent au foyer entre hommes, avec une femme en Algérie, des enfants en Algérie, ils ont une maîtresse attirée ici très souvent. Et quand il y a une maladie comme le sida qui arrive c'est très délicat d'appeler le médecin d'Algérie pour lui dire qu'il y a un mari qui est contaminé par le sida et qu'il faut qu'on fasse des tests à la femme et souvent la femme est contaminée sans le savoir.' Achille Talon – Saint-Denis

'Et comme tous les hommes qui sont célibataires qui n'ont pas de relation à part le travail et le foyer, il y a des femmes qui sont là pour ça et malheureusement si elles sont malades elles contaminent 30 ou 40% des hommes. Il y a eu beaucoup de cas comme ça que je ne soigne pas moi, mais j'ai des confrères, ils m'ont raconté la même chose.' Achille Talon - Saint Denis -secteur 1

La question **du retour au pays occasionnel** est également un sujet difficile pour certains médecins : *'Oui mais les pauvres femmes, elles ne peuvent pas faire grand-chose, elles ne vont pas imposer le*

préservatif. Mais quand les hommes partent au pays, moi je ne me vois pas trop... Le problème c'est les Noirs africains de la campagne, je ne parle pas du Noir africain des villes, une immigration plus récente, eux ils fonctionnent comme nous, on peut parler de tout. Mais je ne me vois pas dire au Noir africain retraité qui retourne dans sa campagne « monsieur avec votre deuxième ou troisième femme, ce serait quand même mieux de mettre un préservatif » Je ne me vois absolument pas. Le type, il me fusille du regard, il y a un problème culturel aussi. Donc j'ai pas encore trouvé les mots pour ça. Et puis ce sont des choses qu'ils ne peuvent absolument pas entendre. Mais c'est vrai que le fait que vous m'en parliez, la prochaine fois que je vois le groupe des 10 médecins je leur demanderai comment vous faites-vous? Avec le gars qui retourne 3-4 mois au pays en laissant les enfants, les femmes se débrouillent, en sachant pertinemment qu'il y a une seconde épouse là-bas... Qu'est-ce que vous leur dites ??' Bonemine – Saint-Denis

Enfin, la **différence culturelle** peut être un frein au dépistage de la part du médecin lui-même *'Je n'ai pas de difficultés particulières y compris avec les populations africaines. Ceci dit c'est vrai qu'il y a peut-être une espèce d'auto-censure en particulier vis à vis des populations des femmes maghrébines, bizarrement. En particulier celles qui portent un voile, un foulard, qui viennent avec leur mari, c'est vrai que...'* Spirou – Saint-Denis

4) Barrières au dépistage du VIH

Finalement nous pouvons essayer de mettre en avant les principaux obstacles des médecins à aborder la prévention du VIH et à proposer le dépistage du VIH.

- *Le manque de temps*

'Mais déjà une consultation où on suspecte un diabète où on fait un bilan de santé, c'est déjà long, si en plus il faut demander le sida, blablabla etc. Moi je trouve ça compliqué, parce qu'il faut demander à la personne si elle a eu des rapports non protégés, si elle a déjà fait un test pour le sida....Pffff...' Seccotine – Saint-Denis

'Écoutez voilà vous venez pour une bronchite mais on va faire le test, déjà que les consultations sont longues... On ne peut pas dire voilà je vous donne l'ordonnance et allez le faire, c'est une discussion, déjà qu'en moyenne les patients viennent avec 4 motifs de consultation, on va en rajouter un cinquième ?' Bonemine – Saint-Denis

- *Le manque d'informations ou de formations*

'Non aucun toxicomane. Je n'ai pas d'homosexuels, ce sont les populations à risque. Ce n'est pas du sectorisme ou du racisme, ni de la discrimination, attention. C'est parce que dès le début de mon activité je n'ai pas voulu prendre en charge ce genre de patient.' Achille Talon – Saint-Denis

Ce manque se confondant parfois avec la crainte de devoir annoncer un résultat positif.

'Qui annonce le résultat? Si ce n'est pas le généraliste...'

Dr N : Une structure créée pour ça, avec une vraie formation, je pense qu'il y a plein de médecins qui ne sont pas à la hauteur pour ça et moi je ne sais pas si je le serais....' Natacha – Saint-Denis

'Si on vient me voir parce qu'on a eu une relation sexuelle la veille à risque, pour faire le VIH, je leur dis c'est ridicule, maintenant vous allez attendre, je ne vais pas faire un diagnostic de

génomique viral pour vous faire plaisir, vous allez attendre la montée des anticorps, ça ne leur plaît pas, mais ça n'est pas à nous à payer leurs pratiques' Castafiore - Paris

'Oui on n'est pas suffisamment formés sur les perspectives, certes on les connaît, on est dans l'abord et tout mais on peut les recevoir après, après que ça a été annoncé. Et c'est beaucoup plus rassurant d'être pris en charge par quelqu'un de spécialisé d'emblée et d'aller voir son médecin s'il y a des choses qu'on n'a pas compris, pour poser des questions. Donc il faut se donner les moyens de la prévention qu'on veut faire.' Natacha – Saint-Denis

- *La différence d'âge entre le médecin et son patient*

'En fait je le propose assez systématiquement aux jeunes etc, les filles qui viennent pour la contraception. Pour moi ça pose aucun problème. Enfin là où ça me pose problème, c'est chez les gens qui sont plus âgés, qui sont en couple par exemple [...] Alors que les jeunes limite ils s'en fichent, limite ils ne savent pas ce que c'est. C'est assez impressionnant' Tramp - Paris

'Non, les vieilles bourgeoises, j'évite de leur poser la question' XIII - Paris

- *La non perception d'un enjeu important / non adhésion aux recommandations*

'Moi je leur dis, après ils se débrouillent. On va pas tourner autour du pot pendant 10 minutes, il y a du monde en salle d'attente, il faut pffuit, il faut aller vite. Donc s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas. Moi je leur dis c'est pour vous.' Alpha – Saint-Denis

'Je pense qu'on est comme les patients, on l'a oublié le sida, c'est beaucoup moins tragique maintenant' Seccotine – Saint-Denis

- *L'impression que les « les gens savent » / patientèle non concernée*

'C'est vrai que dans ce type de bassin de population, le profil du 6^o arrondissement c'est des cadres moyens ou supérieurs et généralement ils sont au courant' Fantasio - Paris

'Vous savez dans les bourges du 6^o arrondissement, les gens sont au courant' Fantasio - Paris

'A mon avis oui ils sont plus renseignés' Achille Talon - Saint Denis

'Enfin sur les populations qui sont censées être un peu au courant, cortiquées, qui ont entendu parler de l'épidémie du sida, ceux-là j'ai un peu tendance à leur dire, écoutez si vous n'avez pas les neurones, si vous n'êtes pas capables de vous prendre un peu en charge, c'est tant pis pour vous, enfin ça n'est pas tant pis pour vous, mais je ne vais pas faire l'effort de vous emmerder avec ça. ' - Largo Winch - Paris

'On est dans le 15ème, un peu riche, les types ils vont voter, ils ont une opinion sur tout et sur rien, ceux-là ils sont au courant quand même que le fait de se shooter ou d'avoir une attitude à risque c'est dangereux donc à ce moment-là, ils me demandent un test et c'est un peu à eux de se prendre en charge aussi.' Largo Winch - Paris

- *La non reconnaissance et la non rémunération*

'Faut le faire, mais quand on regarde prévention et dépistages il n'y a pas de consultation avec les lettres clés dédiées à ça.' Dantès - Paris

'Ça nous paraît aussi un truc qu'il faut payer aussi, voilà, faire un examen complet à un patient et aborder tous les aspects de prévention liés à son âge, son sexe, son statut social etc, ça prend un temps fou, il faut que ça soit payé, nous on le demande de nos vœux les plus fervents c'est clair' Tramp - Paris

'C'est pas payé ça, on bosse gratos quoi, on a vraiment une mission de service public qui est payé zéro, voir payé moins quelque chose parce qu'on y passe plus de temps.' Tramp - Paris

- *Discrimination*

'Je pense que ça doit toucher une certaine catégorie de population sur lesquelles il ne faut surtout pas discriminer, car si on commence à dire que tous les Maliens doivent aller faire leur test, j'imagine pas le bordel que ça va être, le problème il est là' Fantasio - Paris

'À partir du moment où on ne peut pas imaginer un dépistage obligatoire à la stalinienne, c'est-à-dire qu'il faut encourager les gens à aller faire la démarche de dire je vais me faire dépister, du même style que le dépistage colo-rectal, il faut des campagnes télévisées. Le problème ça va être est-ce qu'il y a un débat politique autour de ça ? « -oui vous stigmatisez une population - non non pas du tout, c'est tous les français ». Enfin on sait quelles sont les populations à risque, les statistiques existent... Elles ne sont pas toutes publiées... Enfin oui on va voir...' Fantasio - Paris

'Je ne force pas mais je pose la question, s'il ne sont pas migrants je pose la question, s'il le sont je ne pose pas la question, je fais un peu de discrimination en passant... rires' Natacha – Saint-Denis

- *La nature de la relation médecin-malade*

'Oui voilà, et aller faire le dépistage où on veut et qu'on ne soit pas obligé forcément d'y mêler son généraliste, même si c'est dommage, l'espoir ça serait d'avoir une relation suffisamment tranquille, mais justement quand vous êtes le médecin de la famille c'est problématique. Et puis il y en a qui ont des rapports avec vous très particulier, il y a même des fois où vous découvrez qu'ils sont suivis ailleurs pour autre chose mais qu'il ne vous en a jamais parlé, vous savez pas pourquoi ils ont rangé ça comme ça' Natacha - Saint Denis

'C'est vrai que je n'y ai pas trop réfléchi, donc c'est vrai que maintenant je me dis qu'à chaque fois que je fais une prise de sang, je pourrais peut-être rajouter ça, en disant bon vous êtes d'accord? Je pense qu'ils vont... En plus moi ça n'est pas ma manière de faire, comment dire? De les obliger, de les forcer, je ne peux pas faire ça. A l'hôpital on peut forcer les gens, mais pas ici. Comme la relation est basée sur une très grande confiance, on ne peut pas dire « allez faut le faire », c'est un manque de respect.' Bonemine – Saint-Denis

'Un truc marrant, j'en vois un qui me dit : « j'ai été voir une fille, une vraie salope, et j'ai des brûlures, ça me fait mal, je pense à des gono, je le mets sous antibio, je prends sa carte, vous êtes à 100%, c'est pourquoi? Ah bah j'ai le sida »' Alpha – Saint-Denis

- *Les tabous liés à cette maladie / L'abord de la sexualité*

'Plus nous on est mal à l'aise, plus eux ils le sentent, plus eux aussi vont être mal à l'aise.' Falbala - Paris

'Mais si on est soi-même en difficulté et c'est souvent le cas, il y a des choses qu'on ne dépiste pas

parce qu'on n'est pas à l'aise suffisamment avec le sujet et du coup comme on n'est pas à l'aise on ne va pas chercher l'info' Dantès - Paris

'Je ne sais pas, un couple 50-60 ans, je fais le VIH à monsieur, je fais le VIH à madame, ça peut être gênant quand même!' Castafiore - Paris

'Après est-ce que ça n'est pas moi qui m'auto-censure?' Seccotine - Saint Denis

'On n'est pas responsable des maladies des gens' Largo Winch - Paris

D. Sexualité

a. Pratiques des médecins généralistes

1) Comment et avec qui aborder la sexualité?

- *Généralités*

La sexologie est une discipline assez **peu enseignée**. L'abord de la sexualité relève donc d'une **approche personnelle** du médecin, susceptible d'évoluer au cours de son **expérience**. Chaque médecin a donc des idées assez spécifiques sur la manière d'aborder ou pas le sujet.

La sexualité n'est pas considérée comme un thème de prévention habituel pour l'ensemble des médecins interviewés, il faut un contexte particulier pour évoquer la sexualité en consultation.

'On aborde la sexualité quand il y a une raison' Spirou – Saint-Denis

Les médecins ont en général conscience que c'est un domaine où ils pourraient intervenir, mais **la place du médecin reste assez floue**.

'Oui les 25-40 ans ont souvent une activité sexuelle assez débridée, mais c'est vrai que.... Quelle est la place?... On pourrait s'interroger, est-ce qu'on pourrait l'orienter un peu plus?' Largo Winch - Paris

Le fait d'être **le médecin de la famille** peut interférer dans la relation médecin-malade lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité.

'Si si, vous avez raison de parler de ça, effectivement c'est pas simple d'évoquer la sexualité quand vous connaissez le couple et les enfants éventuellement, ça c'est compliqué.' Tramp - Paris

'Bon « ça pourrait être une maladie sexuellement transmissible que vous avez...? Vous savez que vous pouvez me parler, je suis tenu au secret, est-ce que vous avez eu des rapports en dehors de votre couple ? » Mais c'est vrai que c'est compliqué. Ça demande un effort.' Tramp - Paris

- *Question d'âge?*

- *Les adolescents et les jeunes adultes*

- L'abord de l'adolescent en consultation

L'abord de la sexualité en consultation avec les adolescents ne semble pas poser de problèmes pour une minorité des médecins. 3 d'entre eux estiment même que c'est **facile** avec cette tranche d'âge

'Non les ados c'est facile.' Garulfo – Saint-Denis

Une certaine contradiction chez ce médecin...

'Chez les adolescents c'est plus facile, parce qu'elles viennent pour leur pilule donc c'est plus facile à aborder et chez les garçons aussi' XIII - Paris

'C'est difficile chez les adolescents' XIII - Paris

Mais pour quasiment l'ensemble des interviewés, l'adolescence est **une période pas forcément évidente** pour parler sexualité avec son médecin généraliste

'Et bien avec les adolescents on n'en parle pas, pas avec le médecin de famille' Achille Talon – Saint-Denis

'Je suis incapable d'aborder la sexualité avec des adolescents, je ne sais pas faire. Les ados pour moi sont un grand écran de fumée. Je les regarde me faire la gueule et je me demande comment je vais aborder quoique ce soit avec eux [...] Ça je ne sais pas faire' Seccotine - Saint Denis

Quelques médecins soulignent qu'avec **les jeunes filles**, l'abord de la sexualité est plus facile qu'avec les adolescents hommes. En effet, d'un point de vue **gynécologique**, la jeune femme va être confrontée plus fréquemment à parler de son intimité avec son médecin.

'Oui, quand on aborde avec les jeunes filles, parce que c'est l'histoire du monde, ce sont toujours les femmes qui sont exposées, enfin c'est plus facile, on commence à parler du frottis, des maladies sexuellement transmissibles, comment ça se transmet, pourquoi. Les jeunes hommes qui ont 18 ans, en général, ils ont des préoccupations qui ne sont pas... On ne peut pas leur demander de prendre en charge ça' Largo Winch - Paris

Un médecin note la difficulté de trouver le bon moment, **ni trop tôt, ni trop tard**, pour commencer à informer sur la sexualité.

'Alors souvent, on en parle, souvent, soit trop tôt, soit trop tard. Finalement, on se dit on aurait dû en parler parce qu'il y a une IVG, la maman n'est pas au courant, vlan, et on se dit ah bon cette gamine-là, elle avait l'air tellement petite. Et si on en parle trop tôt, la maman, elle est effarée et la gamine elle vous regarde avec des yeux, en se disant mais... Bon c'est assez délicat.' Natacha – Saint-Denis

Certains médecins notent des **difficultés dans l'abord de l'adolescent de manière plus globale**, en dehors de la sexualité

'Oh les adolescents c'est compliqué en général. Sexualité ou pas sexualité. Ouille ououille !!' Bonemine – Saint-Denis

'Oh oui mais là c'est beaucoup plus facile, on sait bien que ça fait partie de leur vie au moins de leurs fantasmes, eux ils sont en plein dedans, rires, même s'ils n'ont pas forcément de rapports, mais ils y pensent. Le problème des ados ce n'est pas l'abord de la sexualité, c'est plutôt le problème de l'abord des ados en général, d'abord on ne les voit pas ou très peu, et quand ils viennent, le dialogue n'est pas facile avec ceux qui justement posent des problèmes. Quand on les connaît depuis qu'ils sont petits, c'est souvent plus facile, c'est très étonnant d'ailleurs, il y a une espèce de proximité, sauf s'ils pensent qu'on est trop proche des parents, là ça pose problème. Ceux qu'on

connaît depuis qu'ils sont petits c'est plus facile, les autres alors là c'est compliqué le dialogue avec les ados. J'ai quelques questions que je pose assez facilement, mais ils ont du mal de toute façon par nature à s'exprimer, à mettre des mots sur leurs idées, donc c'est compliqué ' Bonemine – Saint-Denis

- Conduites à risque

3 médecins pensent qu'il y a un **relâchement des pratiques de prévention** chez les jeunes et qu'ils ont plus de conduites à risque qu'auparavant du fait de l'évolution de la maladie aussi bien d'un point de vue pronostique que surtout médiatique.

'Je pense qu'il y a un hiatus un peu générationnel, parce que nous le sida, c'est évidemment le sida, peut-être que les enfants de 18 ans aujourd'hui ils sont un peu légers. En tout cas c'est l'impression que j'ai eu en discutant un peu avec eux.' Largo Winch - Paris

' Il y a une certaine nonchalance chez les jeunes. Donc il y a un travail très très important à faire, comme ils n'ont pas connu la psychose qu'on a connue. Il n'y a pas du tout la même anxiété' Largo Winch - Paris

'Oui, j'ai un petit frère... Mais les gamins de 18 ans, ils n'en ont rien à taper, moi j'ai été de la génération où on nous a bassiné des kilotonnes, par contre eux rien, et c'est vrai que ça fait une sacrée différence' 'Ils n'en ont rien à foutre, affolant' XIII - Paris

'Ils font n'importe quoi' 'Ah non ils ignorent complètement les risques, ils couchent sans capote en se disant on se connaît bien « non mais moi je le connais, je ne vois pas pourquoi » et c'est complètement aberrant' Tramp - Paris

- Connaissances des adolescents

Certains médecins évoquent une **éducation sexuelle** de la jeune génération assez **limitée**, notamment sur les risques liés à la sexualité.

'Alors les jeunes filles qui viennent pour le Gardasil®, elles sont systématiquement accompagnées par leur maman qui sont très désireuses que leur filles se vaccinent. J'essaye de me battre pour qu'elles fassent plutôt des frottis. Est-ce que j'aborde la sexualité avec elles? J'aborde le risque réel d'une sexualité normale, voilà. J'ai trop de gamines qui m'ont dit « avoir des relations sexuelles ça donne le cancer ». C'est pour ça que c'est absolument affreux cette histoire de Gardasil®, ça leur met des idées très bizarres dans la tête. Donc j'explique ce que c'est qu'un col utérin, un frottis, à quoi ça sert de faire un examen gynécologique. C'est exactement la même chose avec les jeunes maghrébines qui viennent de se marier, elles ont 23 ans, elles ont des relations sexuelles depuis 3 mois, et elles viennent me voir en me disant, j'ai besoin d'un examen gynéco, pfff... On va commencer par la base. La sexualité à aborder avec des jeunes filles, c'est de l'anatomie qu'il faut faire d'abord, j'en suis là. Qu'est-ce que c'est qu'un ovaire, qu'est-ce c'est un utérus, je travaille beaucoup avec google image, qu'est-ce que c'est une trompe, un col, pourquoi on fait un frottis, pourquoi il faut le faire tous les 2 ans.' Seccotine – Saint-Denis

- Craintes judiciaires

3 médecins notent le risque qu'ils peuvent ressentir à parler sexualité avec une jeune fille et **leur crainte d'être confronté à des poursuites judiciaires.**

'Non on ne les fait pas sortir [les parents], car il y a un problème déontologique. Voir des mineures sans... Après on risque des plaintes et de se retrouver...' Dantès - Paris

'Oui et attendez, pour les hommes ça ne doit pas être évident de recevoir les filles seules, attention'
Castafiore - Paris

- *Les personnes âgées*

L'abord de la sexualité avec les sujets âgés est peut-être encore plus difficile que chez les adolescents. La grande majorité des médecins évoquent une gêne, un **tabou** à questionner leurs patients âgés sur leur vie sexuelle.

'Peut-être que les personnes âgées c'est une gêne de ma part, c'est peut être moi qui suis gêné vis à vis des gens plus âgés, je sais pas, peut-être. Mais eux-mêmes de toute manière ne se livrent pas'
Garulfo – Saint-Denis

'C'est vrai, les femmes âgées, elles font partie d'une génération qui n'allait pas beaucoup chez le gynécologue, c'est vrai qu'elles ne courent pas chez le gynécologue du tout, c'est vrai que je ne fais pas trop d'examen gynéco chez les femmes âgées, ça m'arrive quand elles ont mal au ventre, mais en examen systématique, à part les seins, je ne fais pas trop ça c'est sûr. Passé 65 ans je ne fais plus de frottis. C'est vrai que des fois on en parle, c'est plus si elles dépriment, ou si elles ont l'air particulièrement pas satisfaites de leur vie ou des choses comme ça, ça m'arrive. C'est vrai que je ne cours pas forcément après. Je trouve qu'on a tellement de choses à aborder...' Bonemine – Saint-Denis

'Je me vois mal... C'est vrai c'est idiot, parce qu'on peut avoir des tabous, on ne sait pas, la vie sexuelle des personnes âgées ça existe, il y a des messieurs tout seuls qui... Je pense qu'ils font attention... 60 ans ils sont un peu déchaînés. Mais c'est plutôt une population qui vient me demander qui est consciente quand même' Castafiore - Paris

Un médecin pense qu'il peut arriver à aborder le sujet si besoin.

'Mais avec les personnes âgées, oui on se dit toujours qu'ils risquent d'être choqués. Tiens la mamie est-ce que je vais lui parler de ça? Oui c'est un peu gênant mais ça n'empêche pas, non, je peux le faire' Tramp - Paris

Un autre médecin, au contraire, règle le problème en estimant que cela n'a pas lieu d'être...

'Justement, aborder la sexualité chez les personnes âgées? C'est quelque chose qui peut être délicat?

Dr XIII : ça n'existe pas! Rires' XIII - Paris

En dehors des **troubles de l'érection** qui reste la principale raison d'aborder la sexualité chez la personne âgée, le domaine de la sexualité reste un sujet tabou en gériatrie.

'En général ce sont des problèmes d'impuissance chez les messieurs qui demandent maintenant la pilule du bonheur, alors là on peut commencer à aborder le sujet, c'est souvent ce biais-là. Chez les femmes c'est souvent des problèmes de sécheresse vaginale, des problèmes de ménopause, des choses comme ça et là on peut glisser un peu là-dessus. C'est vrai que finalement ça ne s'aborde pas aussi bien que ça chez les personnes plus âgées. Je suis peut-être un petit peu moins à l'aise'
'Comme quoi il y a des tabous encore! Rires Même chez les docteurs!' Largo Winch - Paris

'Encore plus, oui oui, honnêtement, ça peut paraître idiot, non pas qu'un certain nombre de personnes âgées ont une vie sexuelle mais..... ça n'est pas courant d'aborder le sujet, sauf par le biais des problèmes d'érection chez l'homme' Spirou – Saint-Denis

'La sexualité en soi, je pose assez facilement la question aux hommes âgés qui sont diabétiques, hypertension, cholestérol...' Seccotine – Saint-Denis

- *L'homosexualité*

- *« Cela ne me regarde pas »*

Plusieurs médecins ont une réponse très spontanée : l'orientation sexuelle de leur patient ne les concerne pas, ils ne posent pas la question directement.

'Non s'il vient pour autre chose, ça ne regarde que lui, ça ne me concerne pas' Largo Winch - Paris

'Mais alors moi je pars du principe que en un ça ne nous regarde pas et en deux ça n'est pas une question d'orientation sexuelle mais de prises de risque' 'Non parce que j'estime que ça ne me regarde pas. S'ils ont envie de m'en parler ils m'en parlent. Par contre conduite à risque oui, mais je ne pense pas que ça dépende de l'orientation sexuelle' 'Non moi clairement je ne pose pas la question de l'orientation sexuelle' XIII - Paris

'Je ne pose pas la question, et je pars du principe que ça n'a pas grosse importance. En revanche il y en a qui me le dise, ça, ça arrive, ça change pas grand-chose, même rien du tout' Fantasio - Paris

'Dr B : Alors avec l'expérience moi je les vois! Les femmes et les hommes!

C : Et vous posez la question?

Dr B : Mais je m'en fous' Bonemine – Saint-Denis

- *L'orientation sexuelle fait partie de l'anamnèse*

D'autres estiment qu'il est important d'un point de vue médical de connaître l'orientation sexuelle de leur patient. Parmi ces médecins on peut distinguer :

- **Ceux qui posent la question facilement**

'Non il faut le savoir parce que les mœurs ne sont pas les mêmes, les rapports ne sont pas les mêmes, les risques ne sont pas les mêmes.' Dantès - Paris

'Non je n'ai pas de soucis par rapport à ça, quand on n'a pas de tabou pour aborder ces questions, ça se passe bien, on pose la question, vous êtes homosexuel?' Dantès - Paris

'C'est hyper important de le savoir, pour certaines pathologies infectieuses ou autres, moi c'est direct vous êtes homo ou hétéro [...] Non je ne prends même pas de précaution oratoire, je pose direct la question parce que effectivement la première fois que j'ai dû la poser je me suis senti mal, je me suis lancé et j'ai vu que ça ne posait aucun problème.' Tramp - Paris

- **Ceux qui pensent que c'est important de le savoir mais préfèrent attendre** d'avoir des informations dans le discours du patient plutôt que de poser la question

'Oh non quand j'ai vraiment un doute et que ça me trotte un peu, j'arrive toujours... C'est rare que je n'entende pas « mon ami » une fois ou deux' Largo Winch - Paris

'Oui oui bien sûr, il y a des patients que je sais homosexuels parce qu'ils me l'ont dit ou parce que

c'est tellement évident que... Parce qu'ils me parlent de leur copain. Dans d'autres cas des patients que je connais moins bien par exemple, sauf si je... Comment dire...non je ne pose pas la question, ça ne m'est jamais arrivé, je crois, de poser la question directement de but en blanc à quelqu'un : êtes-vous homosexuel ?' Spirou – Saint-Denis

' Je soupçonne mais ils n'abordent pas [le sujet] avec moi' Achille Talon – Saint-Denis

- Parfois, il faut **beaucoup de temps....**

'Par exemple, c'est drôle j'ai un patient que je suis depuis plus de 20 ans et je ne savais pas, il ne me l'avait jamais dit, déclaré qu'il était homosexuel et un jour il m'a dit je vous envoie mon ami, je m'en doutais, il y avait beaucoup de pudeur, mais il lui a fallu beaucoup de temps et ça ne me serait pas venu à l'idée de trop le brusquer, c'est très bizarre et il y en a pas mal qui vous en parlent spontanément aussi, donc ça c'est bien.' Castafiore - Paris

- Mais comment demander à son patient son orientation sexuelle? Le fait de le demander implique que le médecin s'interroge à ce sujet, le médecin peut donc **craindre de se tromper et/ou d'induire une gêne**

'Il y a même des patients je n'ose pas demander, alors je suis emberlificotée, on se dit peut-être mais... C'est curieux, dès fois c'est pas forcément...ou alors il faut que ça sorte direct dans l'interrogatoire du début, mais quand on les connaît, que le dossier a été fait et que ça n'a pas été demandé, alors pour revenir la dessus....' Natacha – Saint-Denis

'Il y en a un la dernière fois que je croyais homo, qui est très efféminé, il m'a dit non, mais par contre il est venu parce que... qu'est-ce qu'il m'avait dit? C'était un petit jeu, voilà, jeu sado-maso, et il est revenu, pas défiguré mais pas loin... On voit de tout quoi!' Garulfo – Saint-Denis

▪ *Une communauté qui sait...?*

On peut observer que plusieurs médecins pensent que les homosexuels ont une meilleure connaissance des risques liés à leur sexualité. Du fait d'une meilleure sensibilisation, notamment au risque du VIH, ils se dépistent mieux. Mais aucun médecin n'évoque le fait de renforcer la prévention par le préservatif chez ces patients.

'Mais ce sont des intellectuels, donc ils sont très conscients du danger et ils demandent eux-mêmes un dépistage régulier.' 'Oui ce sont des gens élaborés. Des cadres supérieurs. Ils connaissent bien et ils demandent eux-mêmes à se faire dépister. Donc quand un homme me demande à se faire dépister souvent, bon vous avez compris sa pratique.' Achille Talon – Saint-Denis

'Parce que dans la population homosexuelle où ils ont des capacités intellectuelles plus élaborées et ils ont compris les dangers de cette maladie, pas tous, mais ils sont mieux informés et se protègent beaucoup plus malgré les prises de risque lorsqu'ils changent de partenaires toutes les secondes' Achille Talon – Saint-Denis

'Bien sûr, en même temps, ce sont eux qui se prennent le mieux en charge car c'est plus culturellement, entre guillemets, développé' Dantès - Paris

'Oui mais en général, ils connaissent, et franchement ça n'est pas les plus mal soignés. Ce sont des gens qui font attention à leur corps.' Rozanna – Saint-Denis

- *Encore plus tabou dans le 93?*

A Saint-Denis plus particulièrement, l'homosexualité est encore un sujet tabou. On peut penser que les origines religieuses ou culturelles de la population entraînent des non-dits et que l'homosexualité est cachée et moins facilement abordée.

'L'homosexualité par exemple...

Dr MJ : Moi je n'y pense franchement pas beaucoup. Peut-être parce que je suis à Saint Denis, je ne suis pas à Paris.

C : Il y en a aussi à Saint Denis!

Dr MJ : Rires. Oui mais il y a une ouverture d'esprit dans Paris qui fait qu'on en parle. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas, mais que c'est caché ' Major Jones – Saint-Denis

'Non, en 1 on ne le sait pas et en 2 ici c'est un sujet très tabou, donc je ne pense pas qu'il l'aborderait naturellement, surtout si on connaît la famille. Personne ne me l'a dit. Quand je l'ai su, je l'ai su, mais personne n'est venu ne me le dire. Non non ' Astérix – Saint-Denis

'Enfin l'homosexualité est un sujet compliqué et difficile.' Seccotine – Saint-Denis

'Honnêtement, si vous voulez, contrairement à certains quartiers de Paris, ici non pas que ça n'existe pas, mais il y a encore une sorte de tabou et probablement les homosexuels sont plus discrets. Moi ça ne me viendrait pas à l'idée, ce n'est pas quelque chose qui me vient à l'esprit, hors contexte particulier comme maladies sexuellement transmissibles, à ce moment-là je me débrouille en posant des questions pour essayer de savoir si il y a un copain ou une copine, je dis « est-ce que votre ami... » et en fonction de la réponse je comprends. A la limite ça n'a pas une grosse importance, je comprends que l'ami en question, avec un i ou un ie, a lui-même ou elle-même des symptômes, enfin bref on se débrouille toujours pour savoir, mais je n'ai jamais posé la question « êtes-vous homosexuel? »' Spirou – Saint-Denis

'Dr AT : J'ai une personne qui doit l'être, homosexuel

C : Qui doit l'être ou vous en êtes sûr?

Dr AT : Qui doit l'être. Il ne m'a jamais parlé d'une copine et c'est un homme de 50 ans hein. Et depuis 20 ans que je le soigne, il n'est qu'avec des copains, ils partent en randonnée ensemble, ils font des excursions ensemble, des sorties ensemble... Il y en a 2 comme ça, 2, je ne donne pas les noms parce que...' Achille Talon – Saint-Denis

- *Le poids de l'éducation, de la culture et de la religion dans l'abord de la sexualité*

Comme on a pu le voir pour le dépistage du VIH (partie C. f. f3), la manière d'aborder la sexualité est en partie liée à l'environnement dans lequel le médecin et le patient ont été élevés.

- D'un point de vue religieux

Chrétienté

'C'est l'histoire de la société aussi, on est dans une société judéo-chrétienne culpabilisante' Dantès - Paris

Islam

'Même si ce sont des femmes voilées avec leur mari par exemple?

Dr As : non ça on ne pourra pas discuter. Celles avec qui on peut en parler ce sont celles qui sont émancipées et elles sont très sensibles à ce sujet.' Astérix - Saint Denis

'À part une population de femmes musulmanes qu'on sent un peu, entre guillemets, soumises au mari, là c'est un peu difficile. Quand une femme qui vient avec son mari, je ne parle pas forcément des intégristes, j'en ai pas des intégristes enfin pas que je sente comme tel, des femmes un petit peu traditionalistes on va dire, quand je leur demande de se défaire un petit peu pour que je puisse les ausculter, elles regardent leur mari, elles demandent l'autorisation de leur mari et le mari dit oui, il fait un signe de tête. Avec ce genre de femme, probablement que je n'aborderai pas le problème de la sexualité! Rires, mais à part ça il n'y a pas de tabou majeur' Spirou – Saint-Denis

- D'un point de vue culturel

Une médecin d'origine comorienne relie le fait qu'elle ne parle pas de sexualité avec ses patients à ses origines

'Moi je n'ai jamais pensé à le faire, mais je crois que ça, ça peut venir de ma culture à moi, mes origines à moi' Major Jones – Saint-Denis

2) Quand et de quoi parler en matière de sexualité?

• *Attendre la demande du patient?*

Les avis sont partagés... Environ **la moitié des médecins pensent que c'est à eux d'initier le sujet**:

'Oh non je rentre dans le lard moi, j'y vais, quand je sens que c'est ça le sujet du jour... ça c'est toute l'histoire de la médecine générale, les gens viennent pour un motif, c'est souvent pas celui-là qui est le plus important, c'est celui où ils n'ont pas envie d'en parler tout de suite' Largo Winch - Paris

'Oui c'est au médecin d'initier le sujet. Le patient diabétique, il ne dira jamais qu'il est impuissant.' 'Tous les patients qui ont hypertension-cholestérol-diabète, il faut leur dire! Sinon ils ne vont rien dire.' Alpha – Saint-Denis

'Oui voilà, on tend la perche s'il n'a pas envie d'en parler, il n'en parlera pas, par contre il sait que sur une prochaine fois il peut revenir et tenter vous m'aviez dit ça, finalement j'ai réfléchi, s'il n'a pas envie de parler il ne parle pas, si par contre ça peut l'aider à amorcer la chose, ça peut être très très bien.' Falbala - Paris

'Oui peut-être. Je crois que c'est au médecin de le faire' Major Jones – Saint-Denis

L'autre moitié préfère **attendre qu'il y ait une demande** de la part du patient :

'Non pas gênant du tout, si on me pose des questions c'est pas gênant. Si moi je rentre dans leur intimité alors qu'ils ne le veulent pas... Il faut être très délicat dans ce domaine. S'ils me parlent, s'ils me tendent un petit peu la perche...' Achille Talon – Saint-Denis

'Moi c'est vrai que j'attends toujours qu'ils m'en parlent, donc j'initie pas le sujet.' XIII - Paris

'C'est vrai qu'à l'occasion de pilule, qu'à l'occasion de déficience enfin de troubles de l'érection des choses comme ça, on peut en parler s'il y a un moyen un peu indirect d'aborder le sujet. Mais c'est vrai qu'on ne va pas l'aborder directement.' Largo Winch - Paris

'Il faut qu'il y ait une demande encore une fois, je ne vais pas leur tomber dessus en leur disant

tiens on va causer sexualité, alors ça va ?' Fantasio - Paris

'Oui il faut qu'il tende des perches, mais il ne tend pas une perche quand il a une angine avec 40° de fièvre. S'il dit j'ai un peu de mal à uriner ou bon voilà...' Dantes - Paris

Dans l'évolution de la discussion, un médecin pense qu'elle est peut-être trop attentiste...

'C'est peut être une défaillance, ce serait à moi de poser les questions.' Castafiore - Paris

3) Sexualité : vaste sujet... De quoi parlent-ils?

En restant intentionnellement vague sur l'abord de la sexualité, on s'aperçoit que les médecins ont des représentations assez différentes sur les sujets potentiels qu'ils pourraient évoquer en consultation.

Le début de l'entretien étant focalisé sur l'infection par le VIH, quand les questions deviennent plus centrées sur la sexualité, les médecins pensent en priorité à des **risques médicaux** liés à la sexualité : les **IST** et les **IVG**.

'La place du médecin, par rapport à la sexualité, compte tenu des aspects multiples et variés du sujet, sa position première c'est par rapport aux maladies sexuellement transmissibles, la contraception, la prévention de l'IVG. C'est surtout là qu'il faut se focaliser, car il y a quand même trop d'IVG, on se rend compte que finalement il y a beaucoup de jeunes femmes/ados qui sont au courant de rien du tout ou pas assez' Fantasio - Paris

Ce médecin, par exemple, après réflexion, se rend compte que pour lui, aborder la sexualité, c'est principalement avec les jeunes femmes qui consultent pour une **contraception**.

'L'information, glisser sur... En fait c'est un peu focalisé sur un type de, je me rends compte quand j'en parle, des jeunes filles qui viennent récupérer leur pilule ou plutôt les ados qui ne sont pas trop au courant, et ça n'intéresse pas tellement les autres publics' Largo Winch - Paris

En revanche pour cet autre médecin, la prescription d'une pilule oestro-progestative n'est pas une occasion ni une raison d'aborder la sexualité avec ses patientes.

'Les jeunes, non. Parfois c'est la pilule, je leur prescris la pilule, ça n'est pas la sexualité. Elles veulent la pilule, on leur donne la pilule' Scorpion – Saint-Denis

Pour d'autres médecins, parler sexualité peut renvoyer à l'image d'un médecin qui **informe** et répond aux questions générales sur la sexualité.

'Si vous voulez briser une culture culpabilisante, ça ne se fait pas en lisant un texte, faut leur expliquer : « tu vois c'est comme ça la sodomie, ah non non la sodomie pour moi ça n'est pas possible », donc il y en a qui vont faire, d'autre qui ne vont pas faire, parce que ça n'est pas dans leur désir, ça c'est difficile d'approche. Je pense que plus on est ouvert, mieux ça se passe. S'ils ressentent une inquiétude chez le médecin ça bloque. Et si le médecin est lui-même inquiet c'est sûr ça ne passera pas' Dantès - Paris

Un médecin a évoqué ses difficultés devant des suspicions de **maltraitance sexuelle**.

'J'ai des jeunes femmes en les regardant vivre et évoluer pendant 3-4 consultations, les symptômes qu'elles présentent, je me dis hmm elles ont dû vivre des trucs pas très drôles étant plus jeunes et je trouve ça très difficile d'aborder le sujet avec elles, je finis par le faire mais je trouve ça délicat et compliqué, d'abord parce que je ne sais pas comment je vais faire quand elles vont s'écrouler devant moi... La maltraitance enfant je trouve ça difficile. Oui et pour la sexualité, ce qui est pour moi un tabou absolu et que j'ai beaucoup de mal à aborder, je n'y vois pas clair, c'est le dépistage de la maltraitance sexuelle chez l'enfant.' Seccotine – Saint-Denis

Et finalement très peu de médecins ont évoqué spontanément les troubles de la sexualité comme les **troubles du désir, du plaisir**, etc..., en dehors des **dysfonctions érectiles** qui sont peut-être plus faciles d'approche pour les médecins du fait d'une réponse thérapeutique médicamenteuse assez facile

'Non, les femmes non. Mais les hommes oui, sur l'érection bien sûr il faut leur prescrire les médicaments bien sûr, mais le reste non.' Scorpion - Saint Denis

'La sexualité en soi, je pose assez facilement la question aux hommes âgés qui sont diabétiques, hypertension cholestérol...' Seccotine - Saint Denis

'Après je pose la question aux femmes qui ont des infections urinaires à répétition ou des mycoses vaginales à répétition, est-ce qu'il n'y a pas des troubles de la libido, des machins comme ça. Les femmes c'est assez simple finalement, les hommes sont un peu gênés au début mais bon c'est leur docteur, ça ne pose pas trop de problème.' Seccotine - Saint Denis

b. Représentations de leur rôle de médecin généraliste

1) Est-ce vraiment un sujet de médecine générale?

Si quelques médecins posent la question c'est plutôt pour évoquer leurs difficultés propres. En dehors de quelques réflexions sur la médicalisation de la sexualité, la majorité des médecins estiment que c'est un domaine qui devrait entrer dans le champ de leur compétence.

'Oui et puis est-ce qu'il faut parler de tout? Je ne sais pas' Bonemine – Saint-Denis

'On ne peut pas, on ne peut pas s'occuper de tout' XIII - Paris

Le jeune médecin qui vient de s'installer explique que le médecin et le patient sont gênés donc le sujet n'est pas abordé, mais dans son discours il fait ressortir l'importance du médecin dans la prévention des IVG par exemple (sa thèse portait sur les IVG) et c'est le seul médecin qui a une affiche sur le dépistage du VIH dans son cabinet.

'Donc finalement personne n'en parle...'

Dr XIII : C'est ça! Rires' XIII - Paris

2) Oui le MG doit aborder la sexualité

Malgré la gêne du patient qui peut présenter des « **symptômes alibis** » avant d'ouvrir sur le sujet de sa préoccupation dans le domaine de la sexualité, le médecin doit **rester disponible** et aider le patient à verbaliser sa plainte.

'Non, en fait si on les remarque, je dirai un peu par expérience, c'est un peu bête mais, on les remarque parce qu'ils viennent pour un symptôme, pour un motif, puis il y en a un deuxième qui apparaît et puis le X apparaît en 3ème ou 4ème lieu.'

C : Au moment où on finit la consultation....'

Dr D : Oui finalement j'étais inquiet, je voudrais vous dire aussi, j'ai un petit souci, une petite douleur, ou un truc et on se rend bien compte que c'est vraiment ça leur motif et ils viennent avant avec un autre truc' Dantes - Paris

La médecine générale s'intéresse à la **globalité de l'être humain** et donc également de sa vie sexuelle

'La vie sexuelle d'un être humain c'est quand même important!' Castafiore - Paris

Certains médecins évoquent leur **rôle social** dans l'éducation, l'information et l'aide en matière de sexualité

'Oui on a un rôle social par rapport à ça, comme les enseignants, les parents, les journalistes...'
Fantasio - Paris

'On est un peu le curé, on a un rôle social qui n'est pas défini. Et comme il n'est pas défini, il n'est pas reconnu, pourtant il est fondamental. On est vraiment le premier recours pour la parole aussi, on est avant les psy même. Ça c'est un truc qui est hallucinant, mais on n'est pas aidé là-dessus'
Tramp - Paris

Beaucoup de médecins relie la facilité d'aborder la sexualité avec l'avancée de leur **expérience** professionnelle

'Non, il n'y a aucun tabou en médecine!

C : C'est pas tout à fait vrai...

Dr Sc : Non mais il n'y a pas de soucis

C : Parfois il peut y avoir une gêne du médecin ou une gêne du patient, et les choses ne sont pas dites...

Dr Sc : Je suis vieux maintenant ' Scorpion – Saint-Denis

'C'est plus facile en vieillissant, il y a un âge où on peut l'aborder aussi bien chez les jeunes que chez les personnes plus âgées, je pense que c'est important. C'est même important d'en parler. Il y a plein de façons d'aborder la question « comment ça se passe dans votre vie affective? » voilà.'
Castafiore - Paris

'J'ai plus d'expérience, c'est plus facile à aborder, je les connais mieux.' Astérix - Saint Denis

Le médecin a donc **le choix et la possibilité d'être ouvert** sur les sujets qui lui paraissent importants.

'On a la place qu'on prend, on n'a pas celle qu'on nous laisse' Dantès - Paris

c. Quelles sont les barrières du médecin généraliste à aborder la sexualité ?

Derrière les problématiques de l'abord de la sexualité, on retrouve en partie les barrières à la prévention et au dépistage de l'infection par le VIH : le manque de temps, le manque de formation, la difficulté à proposer des actes de prévention quand le patient consulte en majorité pour des problèmes curatifs... Mais plus spécifiquement l'abord de la sexualité est lié au genre du médecin, à son vécu personnel et à ses gênes et donc aux mécanismes d'évitement qu'il a pu mettre en place.

1) Facteur temps

L'ensemble des médecins généralistes évoquent la problématique du manque de temps en consultation et pensent qu'aborder la sexualité est particulièrement **chronophage**.

'Ça dépend du monde qu'il y a dans la salle d'attente, ça dépend du temps que j'ai, ça dépend de l'humeur que j'ai. Et le patient qui vient pour l'angine je ne vais pas lui dire ça va, vous voulez du Levitra®?' Alpha - Saint Denis

'Ça ne va pas s'arranger car on a de moins en moins de temps.' Natacha – Saint-Denis

'Alors ça, ça se heurte à une problématique d'organisation de la médecine générale, vous avez une salle d'attente, vous avez un quart d'heure pour gérer et les gens avec la crise ne veulent plus voir les spécialistes et arrivent avec 10 motifs de consultations : et au fait j'ai mal à la gorge et vous regarderez mon épaule et j'ai mes hémorroïdes, et le renouvellement et le reste et là vous ne pouvez pas faire les choses, alors même s'ils ont envie d'en parler, on ne peut pas, techniquement ça n'est pas possible' Largo Winch - Paris

2) La problématique du médecin généraliste comme acteur de santé publique

En parallèle du manque de temps en consultation, comme on a pu le noter dans les autres domaines de prévention, la difficulté peut provenir de **l'organisation des soins** et de l'absence de consultations réservées à la prévention et aux dépistages.

'Effectivement évoquer la sexualité, ne pas avoir de gêne, pouvoir le faire etc... ça paraît très bien sur le papier, maintenant l'immense majorité de mes patients, je les vois quoi une fois, deux fois dans l'année et on n'est pas dans une logique de prévention,' Tramp - Paris

3) Absence de formation

La plupart des médecins estiment qu'ils ne sont **peu voire pas formés** aux questions sur la sexualité

'C'est vrai que je ne suis pas très au point pour les questions sur la sexualité.' *'Enfin moi j'ai quelques idées générales, mais je ne me sens pas experte'* Bonemine – Saint-Denis

Plusieurs médecins relèvent que, pour eux, approfondir une discussion sur la sexualité risque de les **mettre en difficulté s'ils n'ont pas de réponse** et d'aide à leur apporter.

'Je pense que d'abord il faudrait que j'ai une formation derrière, parce que si vous tombez sur des drames, vous allez répondre quoi ? Et je n'ai même pas d'intervenant, si on avait un réseau qui prendrait en charge, je pourrais déléguer, je ne pourrais pas prendre en charge ou très peu de choses, petites choses courantes mais c'est tout. Aller creuser, chercher des choses si vous n'avez pas de réponse ni à offrir ailleurs ni à offrir tout de suite, vous n'y allez pas' Natacha – Saint-Denis

'Et puis la sexualité, moi à titre d'homme et d'être humain j'ai une vie sexuelle, mais en tant que médecin qu'est-ce que je vais pouvoir vraiment dire sur la sexualité, moi je n'ai aucune formation à la sexologie,' Tramp - Paris

Une médecin préfère aborder le sujet en préventif chez les fumeurs ou ses patients à risque vasculaire plutôt que de se retrouver dans un trouble installé et ne pas savoir répondre.

'Moi je vois très peu de diabétiques hommes, c'est vrai qu'on en parle moyennement, c'est vrai que je suis un peu... Je ne sais pas si on a toujours des solutions à leur apporter, c'est ça l'histoire. Viagra®, Cialis®, etc pourquoi pas. Alors peut-être ça leur ferait du bien qu'on en parle. Moi j'en parle en préventif, s'ils sont tabagiques, hypertendus ou diabétiques, je leur dis « vous savez ça ne vous gêne absolument pas pour l'instant mais si dans 20 ans vous voulez toujours bander » enfin je ne parle pas toujours comme ça, ça dépend du monsieur bien sûr, enfin si vous ne voulez pas avoir de problème de ce côté-là, je vous conseille de faire attention. Donc en préventif, oui' Bonemine – Saint-Denis

Des médecins pensent qu'avec l'expérience, ils vont trouver des solutions pour trouver leur place dans l'abord de la sexualité, mais également que **des formations pourraient les aider**.

'Je crois qu'on apprend sur le tas' Major Jones – Saint-Denis

'Je n'en parle pas, je devrais en parler, il faut que j'aille dans des formations' Major Jones – Saint-Denis

'C'est intéressant aussi, on rentre dans un domaine qui explore la relation, il faut le faire, on doit pouvoir le faire, mais on n'est peu formés, c'est difficile' 'mais moi je ne suis pas sexologue ni psychologue' Tramp - Paris

Le médecin qui a travaillé de nombreuses années auprès de patients infectés par le VIH et qui a été fréquemment en situation d'aborder la sexualité parle de « **libération** ».

'Je pense que grâce à cette formation, ça ne m'a jamais posé de problèmes. Et comme on est des femmes, et qu'on est confrontées à des hommes, les homosexuels ce sont des hommes, les hétérosexuels africains c'est beaucoup d'hommes, même des musulmans, donc ils sont face à une femme, il faut bien parler un peu crûment de temps en temps, moi ça m'a beaucoup libérée. Ça c'est vrai que ça m'a beaucoup beaucoup aidé' Falbala - Paris

'Quand j'ai débuté j'étais hyper mal à l'aise, quand ils commençaient à raconter... Et j'ai fait du dépistage, le dépistage c'est le lieu où j'ai vu le plus de trucs insensés [...] ils étaient en train de nous raconter des trucs, parfois vraiment pénibles, alors là ça m'a verrouillée pour le reste du temps. Donc après on est à l'écoute et on n'a pas d'a priori, donc ok vous avez fait ça, bon ok, puis voilà. Donc pour eux ils se sentent à l'aise.' Falbala - Paris

Le partage d'expérience ainsi que la formation semblent donc être deux propositions importantes qui pourraient faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale.

4) La motivation du médecin

Il faut, avant tout, qu'il y ait une **volonté** et un désir de la part du médecin d'explorer ces domaines.

'La médecine générale c'est un peu ce qu'on en fait, moi sur ces différentes problématiques je ne me sens pas suffisamment formé, ayant les épaules et le désir d'aller plus loin. Effectivement moi je n'ai pas spécialement envie de faire ça.' Tramp - Paris

5) Interférence de genre

Le médecin est bien sûr un **être sexué** et il n'est pas neutre. Discuter sexualité avec un patient du sexe opposé peut entraîner une difficulté supplémentaire. Il peut exister une certaine **séduction** dans une relation médecin-malade et parler de sexualité va induire une gêne par crainte de ne pas utiliser les termes adéquats et de créer une situation ambiguë.

'Pas du tout, impossible, je n'ai aucune demande et puis je suis une fille, même une femme et je suis une femme trop jeune pour parler de ce genre de chose. Je suis une femme sexuée, j'ai été enceinte cette année, donc dans leur tête je suis une femme sexuée, donc c'est complètement impossible.' Seccotine – Saint-Denis

Pour certains **médecins femmes**, aborder la sexualité avec un homme peut parfois se révéler extrêmement difficile et elles préfèrent orienter leurs patients vers un spécialiste comme un urologue.

'Au début je me disais que c'est parce que c'est des hommes, alors je les envoyais à l'urologue, mais voilà, c'est très compliqué, c'est pas simple, c'est tabou, la sexualité c'est compliquée' Natacha – Saint-Denis

'C'est vrai qu'il y a des hommes qui sont mal à l'aise, notamment pour des touchers prostatiques, des choses comme ça, des fois ils ne veulent pas, je vous connais depuis longtemps c'est hors de question, même des hémorroïdes des fois ils ne veulent pas. Il y a des hommes qui ne veulent pas que je les examine, surtout ici, même si je dis il faut que je le fasse, c'est non, alors on a des urologues à côté, je les envoie. Ou au Dr Scorpion. Lui-même quand il a une petite fille à examiner quand on a une suspicion de choses bizarres, il me l'envoie pour je l'examine.' Rozanna – Saint-Denis

'Alors le souci, c'est que moi en tant que femme... Enfin maintenant j'ai droit à tout, au début on me cachait, il y en a même qui ont changé de médecin par rapport à ça.' Major Jones – Saint-Denis

De même, pour certains **médecins hommes**, aborder la sexualité avec les femmes leur semblent parfois intrusif ou déplacé.

'Je trouve ça plus simple de parler avec les hommes. Avec les femmes, il y a la crainte d'être intrusif. Moi je trouve vraiment que c'est compliqué d'aller dire à une femme...' Tramp - Paris

'En plus moi je suis un homme face à une jeune fille de 14-15 ans, c'est pas forcément évident de s'entendre parler de sexualité, c'est plus facile avec une médecin maman qu'avec un médecin papa me semble-t-il. Avec des garçons c'est plus facile bien sûr.' Fantasio - Paris

Pour quelques médecins hommes, les patientes femmes doivent aborder ces sujets avec leur gynécologue en priorité.

'Moi je n'ai aucune souvenir qu'une femme m'ait questionné sur ce sujet' Achille Talon – Saint-Denis

'Oui, elles vont en parler au gynéco, pas à moi' XIII - Paris

La crainte d'être soupçonné de harcèlement par les patientes est évoquée par quelques médecins hommes.

'Moi personnellement, je vais être plus gêné avec une femme jeune ou une ado, parce qu'il y a toujours la question du harcèlement potentiellement qui est là, alors il ne faut pas être paranoïaque, faut être simple, moi j'essaye de travailler, comme tous les praticiens, sur leur difficulté propre. Ça me stresse un peu plus, mais j'essaye quand même de faire mon devoir et d'essayer de ne pas passer à côté d'une connerie. Évidemment si je vois une gamine de 13 ans, qui a l'air très inhibée etc, je ne vais peut-être pas aller la gêner, j'essaye de faire attention' Tramp - Paris

6) Vécu personnel du médecin

Contrairement à la majorité des thèmes médicaux abordés en consultation, la sexualité est un domaine où le médecin est, comme tout être humain, concerné. Une des médecins, par exemple, expliquait qu'au moment de son divorce, elle était incapable d'aborder la sexualité avec ses patients.

'C'est vrai que ça m'arrangeait au début, maintenant c'est beaucoup plus simple pour moi. Heureusement, l'avantage de l'âge. On a eu le temps de progresser même soi-même, c'est lié un peu à son histoire personnelle. Non moi je ne saute pas du tout sur le sujet.' Bonemine - Saint Denis

*'Ça renvoie à notre propre comportement' 'On a aussi notre vécu' Major Jones – Saint-Denis
'Après chacun a son vécu, je pense que ça renvoie beaucoup au vécu personnel pour le coup, donc quelle est la place du médecin comme expert de la sexualité' Tramp - Paris*

'Oui, ça il faut passer la barrière soi-même, pas d'âge mais du discours de la sexualité pour pouvoir parler etc' Dantes - Paris

Comme avec un patient qui exprime difficilement ce sujet en fin de consultation quand il quitte le cabinet, à la dernière phrase de l'entretien, un médecin laisse ainsi échapper une réflexion personnelle...

'Et les autres médecins ils disent quoi?'

C : ça dépend, c'est très varié [...] on se demandait s'il n'y avait pas un petit blocage plutôt du côté des médecins parce qu'ils n'ont pas le temps ou qu'ils ne sont pas assez formés

Dr N : Parce qu'ils sont humains tout simplement

C : Parce qu'ils sont sexués

Dr N : Parce qu'ils n'ont pas non plus eux une vie sexuelle équilibrée. Ça doit être plus simple quand on l'a...' Natacha – Saint-Denis

7) Relation médecin-malade

On peut retrouver les notions de transfert et de contre-transfert.

'Oui parce que dans toute la relation, même si on s'en défend, il y a quand même une relation de séduction que ce soit du patient vers le médecin ou l'inverse, et qu'est-ce qu'il va penser de moi si je lui dis que j'ai une maîtresse, voilà. Donc en général, ça ne vient pas aussi facilement, pour ça, oui, c'est vrai' Largo Winch - Paris

Le médecin peut parfois être impressionné par certains patients. La différence ressentie de niveau social par le médecin peut influencer son attitude.

'Ça dépend de la personnalité des gens que vous avez en face de vous. Ça ne devrait pas, mais ça joue quand même un rôle.' Tramp - Paris

8) Gêne du médecin

La gêne peut venir des médecins...

'De toute façon, la question de la sexualité ça n'est pas simple à évoquer, pour moi en tout cas, il y a peut-être d'autres personnes pour qui... enfin pour moi ça n'est pas « et alors comment ça se passe au lit? »' Tramp - Paris

'Donc je pense que la gêne elle vient souvent de nous. Donc peut-être que la gêne à évoquer la sexualité elle vient de moi? J'en ai bien conscience mais je suis comme ça' Tramp - Paris

'Et il y a des gens que ça gêne profondément, que ça les gêne parce qu'ils ont l'impression que ça va beaucoup gêner la personne. Moi je pense que la gêne elle vient principalement des médecins mais en même temps il y a une logique' Tramp - Paris

'Parce que c'est humain aussi d'être mal à l'aise. Moi d'emblée, je l'ai fait sans m'en rendre compte, et après je me suis dit c'est bien ce que je fais. C'est un peu le caractère du médecin ' Major Jones – Saint-Denis

'Non moi je suis détachée de ça, et ils le sentent bien, du coup j'ai droit à tout! Des fois je me demande ce que j'ai fait pour avoir à écouter tout ça!' Major Jones – Saint-Denis

Si parfois il l'exprime clairement, la gêne reste souvent difficile à verbaliser pour le médecin. Il va donc développer plus ou moins consciemment des **techniques d'évitement** du sujet qui lui pose des difficultés.

Il peut justifier le fait que l'abord de la sexualité n'est pas le problème en soi mais plutôt que :

- sa patientèle n'est pas concernée

'C'est un sujet un peu délicat parfois à aborder?

Dr AT : Non c'est à dire que du fait que ma clientèle se résume à des personnes très actives de 30 à 50 ans, à des personnes âgées, pas de jeunes, je n'ai pas beaucoup de jeunes de 16 ans à 24 ans, j'ai plus des enfants qui ont des bronchites, des rhinites des otites des trucs comme ça. Donc je n'ai pas eu l'occasion de parler avec ces patients-là.' Achille Talon – Saint-Denis

- le patient doit être le principal acteur de sa santé

'En parler oui, en parler librement, je crois que c'est surtout là-dessus qu'on va pouvoir.... On est là pour améliorer la santé des gens, mais on n'est pas là pour leur tenir la main du début jusqu'à la fin, faut pas non plus inverser les rôles. On a un devoir d'éclairer, d'expliquer, de soigner les choses; mais on n'a pas à les infantiliser non plus, ça je m'y refuse.' Largo Winch - Paris

4. Discussion

A. Impressions générales sur l'étude

a. Biais de l'étude

Différents biais doivent être pris en compte dans l'analyse de l'étude.

1) Biais de recrutement de la population

Un premier biais évident est celui du recrutement des médecins interviewés. Malgré le mode d'accès direct, choix aléatoire par annuaire téléphonique, les entretiens étaient acceptés par les médecins les plus **motivés**. Une majorité préférerait refuser le plus souvent par manque de temps ou d'intérêt.

Les secrétariats faisant le plus souvent obstacle à la participation des médecins, les entretiens étaient plus facilement accordés lorsque le médecin était joint directement. Il est plus facile en effet de ne pas répondre à un message que de refuser directement à un jeune confrère qui insiste....

On peut donc imaginer que dans la population recrutée, les médecins ayant un secrétariat sont sous-représentés, ainsi que ceux ayant un caractère moins ouvert à l'enseignement et/ou aux internes.

Le choix des deux lieux **géographiques**, Saint-Denis et Paris, exclut une population de médecins exerçant en ruralité ou semi-ruralité. La population étudiée est exclusivement une population exerçant en ville, le choix s'étant fait sur l'incidence du VIH et des problématiques socio-économiques. Mais il aurait été intéressant d'avoir le point de vue de médecins de campagne pour qui la relation médecin-malade présente probablement une approche différente, surtout concernant l'abord de la sexualité.

2) Biais dans le déroulement des entretiens

- **Biais lié à l'intervieweuse**

La réalisation d'entretiens qualitatifs nécessite une formation de l'intervieweur pour espérer être le plus neutre possible et obtenir des réponses les plus proches du réel. N'ayant été formée que par la lecture d'ouvrages théoriques, l'intervieweuse n'était pas tout à fait préparée à affronter ces entretiens et il en ressort forcément une certaine partialité. Le caractère semi-directif des entretiens était important. L'intervieweuse se devait d'être le moins directive possible pour minimiser les projections de ses représentations et de ses opinions sur le médecin, mais ses paroles ont pu influencer les réponses des interviewés.

Ce manque de neutralité était également inhérent aux caractéristiques de l'intervieweuse. Etant confrontés à un confrère, on peut imaginer que certains interviewés ont eu du mal à faire abstraction de son possible jugement. Etant par ailleurs une jeune femme, qui plus est en toute fin de grossesse pour la première série d'entretien, il est certain que cette situation a plutôt entraîné une bienveillance de la part des interviewés. Cet état a pu, par ailleurs, influencer la représentation des médecins, au cours des entretiens, d'une sexualité « normale » liée à la reproduction.

Au cours des entretiens, on assiste à un « rodage » de l'intervieweuse, notamment en ce qui concerne les relances et la manière de mener l'entretien.

- **Biais lié au facteur temps**

L'impossibilité de réaliser les enregistrements des entretiens sur une même période a pu également créer un biais. A un an d'intervalle, on peut imaginer que les recommandations aient pu être mieux connues et intégrées par les médecins.

Les entretiens se sont tous déroulés en période hivernale. On peut penser que les médecins étaient moins disponibles du fait d'une plus forte activité liée aux épidémies hivernales.

Il faut noter également que lors des entretiens, la partie sur l'abord de la sexualité était la dernière partie de l'interview. Cette situation pouvant leur rappeler certaines fins de consultations : « ah Docteur, j'ai oublié, pouvez-vous me prescrire du Viagra[®] ? ». Certains médecins ont cherché à abréger l'entretien par manque de temps, dû à leurs contraintes professionnelles, ce qui se ressent parfois avec des réponses plus rapides et moins développées. Véritable manque de temps ou/et peu d'envie de discuter de ce sujet ?

- **Biais lié à l'enregistrement**

Malgré le rappel en début d'interview que les entretiens seront anonymisés par la suite, l'enregistrement audio laisse une trace enregistrée. Cela a pu perturber certains médecins.

3) Biais liés à l'analyse qualitative

On peut souligner également des difficultés propres à l'analyse qualitative.

En premier lieu des **biais d'interprétations** des résultats. Nos représentations et nos opinions conditionnent notre approche analytique et peuvent interférer avec une neutralité voulue mais impossible.

En deuxième lieu, nous pouvons signaler un **biais de mémoire** des médecins. Ce biais est peu important pour étudier les représentations. En revanche pour les questions concernant leurs activités et leurs pratiques, les médecins répondent spontanément ou après quelques minutes de réflexion. On peut penser qu'en faisant appel à leur mémoire de manière si abrupte, ils oublient certaines parties de leur activité. Par exemple, lorsqu'il leur est demandé combien de patients infectés par le VIH ils suivent, on constate que le premier chiffre cité est le plus souvent réévalué au cours de l'entretien.

b. Points forts de l'étude

Il s'agit d'une étude originale par la technique employée (étude qualitative) et par les thèmes abordés, l'abord de la sexualité et les représentations des médecins.

Dans un système médical où « l'Evidence Based Medecine (EBM) » règne et où les données statistiques font loi, l'approche qualitative et le travail sur les représentations met en valeur une certaine réalité du terrain, inaccessible par les chiffres. Les évolutions des médecins au cours des entretiens permettent de mettre en évidence les difficultés réelles des praticiens et certaines contradictions.

Le fait de ne pas donner d'indication sur les sujets de l'entretien avant la rencontre a permis d'avoir une approche la plus spontanée possible pour comprendre les représentations des médecins.

Le matériel de l'étude est important avec plus de 11 heures et demi d'interview et une diversité intéressante de protagonistes. Cela donne un bon aperçu des conditions de travail des médecins généralistes. Les sujets abordés sont vastes et les réponses variées pour une bonne qualité d'analyse qualitative.

B. Impressions générales sur la population interviewée

a. Différence liées à la localisation géographique

On observe certaines différences entre les médecins de Saint-Denis et de Paris.

Notamment du fait d'une démographie médicale faible à Saint-Denis, les médecins ont un plus **grand nombre de consultations journalières** : en moyenne 28 consultations par jour à Saint-Denis contre 20 par jour à Paris. Plusieurs médecins de Saint-Denis ont des plages horaires de consultations sans rendez-vous, aucun à Paris. Par exemple, pour un médecin qui a entre 40 et 50 consultations par jour, on imagine bien que la durée possible des consultations sera plus courte et que **le temps consacré à la prévention et au dépistage en sera réduit d'autant**.

Comme on s'y attendait, la **précarité** de la patientèle de Saint-Denis, avec une part importante de patients couverts par la CMU ou l'AME, est signalée par les médecins. Certains médecins soulignent parfois la difficulté de suivi et de prise en charge de ces patients alors qu'ils présentent plutôt un moins bon état de santé que la population générale.

En dehors de la problématique temps, les **différences socio-culturelles** jouent également un rôle important dans la pratique des médecins de Saint-Denis. Les populations migrantes africaines sont assez représentées à Saint-Denis. Elles présentent des spécificités auxquelles les médecins généralistes doivent s'adapter. Certains **tabous** sont exacerbés notamment en ce qui concerne la sexualité et particulièrement l'homosexualité.

b. Différence entre les médecins hommes et les médecins femmes

Dans la relation médecin-patient, le genre du médecin est à prendre en compte, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets sensibles comme la sexualité. Les 7 médecins femmes semblent de manière générale d'avantage impliquées dans la prévention et le dépistage du VIH mais sont moins à l'aise pour discuter des dysfonctions sexuelles surtout avec leur patients hommes.

c. Impact de l'âge / l'expérience des médecins

Les difficultés à aborder la sexualité se retrouvent à tout âge. Les médecins les plus jeunes expriment leur embarras face aux patients âgés, les médecins plus âgés face aux adolescents, parfois c'est l'inverse...

On note toutefois que l'expérience est présentée par de nombreux médecins comme un avantage certain pour aborder des thèmes comme la sexualité. Tous les médecins de plus de 50 ans ont exprimé l'avantage de **l'expérience** après plusieurs années de pratique.

d. Les conditions de travail du médecin généraliste

Il ressort de ces 18 entretiens certaines difficultés liées au cadre de l'exercice de la médecine générale. Une certaine **solitude**, le médecin est dans « sa bulle ». L'impression de courir après le **temps** en consultation, de n'avoir pas assez de moment de disponibilité pour aborder des thèmes plus généraux avec ses patients, notamment la prévention et le dépistage.

C. Analyses des résultats

a. Prévention et dépistage VIH

1) Synthèse des résultats

En théorie, les médecins généralistes sont donc les médecins de premier recours, les mieux situés pour promouvoir un dépistage systématique de la population. Mais en pratique on constate que leur implication réelle dans ce domaine reste limitée par un certain nombre de facteurs.

Comme évoqué précédemment, ils sont confrontés à une activité importante qui ne leur laisse pas forcément tout le temps souhaité pour dispenser des messages de prévention et proposer les dépistages recommandés à la population.

En termes de **prévention**, ils soulignent notamment que d'autres vecteurs d'information pourraient être plus utilement exploités pour diffuser des messages de base. Le rôle insuffisant de l'école en matière d'éducation sexuelle est fréquemment relevé. L'acquisition d'un niveau d'information « primaire » est en effet essentielle pour leur permettre d'aborder avec les jeunes des sujets plus complexes, relatifs aux comportements de prévention des IST.

Ils soulignent également la place prépondérante des médias, télévision et internet, dans le quotidien des jeunes en particulier, mais aussi de l'ensemble de la population. Ce constat les amène à souhaiter une plus forte implication de ces médias dans la diffusion des messages de prévention, au travers de programmes ou de campagnes dédiés.

Leur rôle n'en reste pas moins essentiel à leurs yeux, l'enjeu étant pour eux de pouvoir aborder ces sujets de manière plus directe et rapide grâce au soutien de ces différents vecteurs. A cet égard, on peut toutefois relever que bien peu des médecins interviewés profitent de leur salle d'attente comme lieu de diffusion des messages de prévention, que ce soit par le biais d'affiches ou de brochures, alors qu'ils estiment que c'est un lieu approprié.

Dans le **dépistage du VIH**, nous observons plusieurs attitudes des médecins : les « **attentistes** » qui préfèrent éviter de proposer directement le dépistage et attendre que le patient aborde le sujet; les « **interventionnistes** » qui proposent plus facilement à leur patient de réaliser le test sans qu'il y ait forcément une demande de leur part ; les « **banalisateurs** » qui mettent le dépistage du VIH sur un pied d'égalité avec d'autres dépistages, ce qui peut lever une gêne de

certain patients mais aussi encourager une banalisation de la maladie, dangereuse pour la prévention.

Les médecins généralistes interviewés connaissent pour la plupart (11/18) la nature des **recommandations de l'HAS 2009** (3) sur le dépistage du VIH systématique dans la population.

Une minorité adhère à la systématisation. Ils considèrent que cette manière de procéder peut les aider à promouvoir le dépistage, tout en leur évitant de rentrer dans les détails de l'intimité de leurs patients. Cela leur permet d'assumer leur mission de dépistage du VIH, qui fait partie de leur rôle de médecin généraliste dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.

Une majorité n'est pas enthousiaste à appliquer ces recommandations pour plusieurs raisons : certains n'admettent tout simplement pas l'intérêt du dépistage systématique ; d'autres craignent d'être générateurs d'angoisses inutiles ; ou bien ils ont une mauvaise image de l'HAS ; ou encore ils estiment que s'il s'agit d'un plan de dépistage de masse, celui-ci doit être plus encadré par les autorités de santé.

Les médecins généralistes ressentent une certaine distance entre ceux qui rédigent ces recommandations et eux-mêmes, médecins généralistes sur le terrain. Il est vrai que sur les vingt-deux membres du groupe de travail de l'HAS, il y a uniquement trois médecins généralistes, dont deux sont très impliqués dans la prise en charge de l'infection par le VIH (l'un participant à une CDAG et l'autre travaillant avec Sida Info Service). Il faut tout de même noter que plusieurs sociétés savantes de médecine générale ont été sollicitées dans l'élaboration de ces recommandations : le Collège Français de Médecine Générale (CFMG), le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) et la Société Française de Médecine Générale (SFMG).

Les recommandations de l'HAS ont donc eu peu d'influence sur les pratiques de ces médecins et ils ne les appliquent pas au moment des entretiens. Ils privilégient certaines situations spécifiques dans lesquelles le dépistage s'impose selon eux de manière légitime.

Notamment lors de la grossesse : ils regrettent à cet égard la disparition du certificat pré-nuptial qui était considéré comme une excellente opportunité de dépistage et certains continuent à proposer un dépistage avant le mariage, malgré l'absence d'obligation légale.

Ils cherchent également à cibler les groupes à risque : migrants de zone de forte endémie, usagers de drogue intra-veineuse et comportements sexuels à risque. Mais sur ce dernier point, il existe une certaine ambivalence. Le ciblage des personnes ayant des comportements sexuels à risque implique que ces comportements aient été préalablement identifiés lors de l'anamnèse. Or l'on a constaté que le sujet de la sexualité restait en réalité peu abordé.

De manière générale, le ciblage des populations à risque reste difficile compte tenu des nombreux tabous qui persistent concernant le sida, tant du point de vue socio-culturel qu'en ce qui concerne le simple abord de la sexualité du patient. Les médecins eux-mêmes reconnaissent prendre ces tabous en considération, et pensent qu'ils sont largement partagés par leur patientèle.

En imaginant que les **TROD** soient un jour disponibles facilement et remboursés, la moitié des médecins se dit intéressée pour les utiliser à leur cabinet, dans le cadre d'une simplification du dépistage, pour éventuellement rassurer plus rapidement certains patients, et surtout pour faciliter et améliorer le dépistage.

L'autre moitié ne déclare pas d'intérêt particulier pour ces TROD. Ils pensent, en effet, qu'ils sont de peu d'utilité en pratique de médecine générale, qu'ils vont prendre trop de temps dans les consultations et que les conséquences d'une annonce en direct sont trop lourdes à gérer en cabinet.

Quasiment tous conservent de réelles inquiétudes sur la fiabilité des TROD, redoutant par-dessus tout les conséquences d'une éventuelle mauvaise spécificité des tests.

A Paris, certains médecins interviewés mettent en avant que « leurs patients savent ». Les médecins estiment, en effet, que leurs patients connaissent (et appliquent ?) les mesures de prévention et demandent d'eux-mêmes le test de dépistage en cas de prise de risque.

On retrouve un peu moins cette représentation à Saint-Denis. Les médecins rapportent que du fait de l'illettrisme et des barrières linguistiques d'une part et du tabou encore plus important dans certaines cultures d'autre part, faire passer des messages de prévention et proposer le dépistage reste très difficile. Ils relèvent de plus la spécificité de certaines populations, notamment celles des travailleurs migrants en foyer, qui retournent occasionnellement dans leur pays, ou des bénéficiaires de l'AME qui peuvent être dans une demande de soins pour des raisons administratives.

Pour l'ensemble des médecins interviewés, on peut synthétiser les difficultés rencontrées en **10 barrières** à la prévention et à la proposition du dépistage du VIH :

1. Le facteur temps
2. Le manque de formation
3. La non perception de l'enjeu du dépistage systématique
4. D'autres priorités en médecine générale
5. La non reconnaissance / la non rémunération des actes de prévention et de dépistage
6. La nécessité d'être mieux appuyé par des campagnes de santé publique pour un dépistage de masse
7. La nature de la relation médecin-malade, notamment influencée par l'âge ou le genre du médecin
8. L'impression que les patients connaissent les risques
9. Un possible manque d'acceptation de la part des patients
10. Des tabous liés à la maladie et à l'abord de la sexualité

2) Comparaison avec les données de la littérature

- Proposition plus fréquente du dépistage du VIH à l'initiative du patient

Dans l'enquête baromètre santé médecin (31), le test de dépistage du VIH était réalisé à la demande du patient dans 58% des cas et seulement dans 34% des cas à l'initiative du médecin. Le dépistage fondé principalement sur la demande du patient est également retrouvé dans notre étude.

- Constat d'un manque de visibilité de la maladie par la population

L'enquête KABP Ile de France 2010 (40), concluait son étude en relevant la moindre visibilité de la maladie exprimée par la population. Une majeure partie des médecins interviewés dans notre étude redoute effectivement cette moindre visibilité du sida dans leur patientèle, surtout chez les jeunes.

La thèse de Maïlys Chambon Pamelle (58) réalisée en 2009 sur la place du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du VIH auprès des 18-25 ans notait un niveau de connaissance faible sur l'infection par le VIH. Même si 53% des patients interrogés se déclaraient suffisamment informés, 77% ne connaissaient pas le traitement d'urgence post exposition, 26% pensaient que le test de dépistage du VIH était réalisé à chaque examen de sang et 8% pensaient que le test se faisait par analyse d'urine. 60% des sondés souhaitaient plus d'informations sur le dépistage et 49% sur les modes de transmission du VIH.

- Méconnaissance par les médecins du taux d'adhésion de la population au dépistage du VIH

L'enquête KABP Ile de France 2010 (40), relevait également une augmentation de l'adhésion au dépistage obligatoire pour toute la population. 80% des personnes interrogées se déclaraient d'ailleurs prêtes à se faire dépister lors de leur prochaine visite chez le médecin. Ce résultat n'est pas perçu par les médecins interviewés lors de la présente étude. Ils ne ressentent pas l'existence

d'un tel niveau d'adhésion au dépistage du VIH parmi leur patientèle et pensent plutôt qu'il existe même une certaine réticence de la part des patients.

- Identification de barrières au dépistage du VIH

Deux revues de la littérature, une aux Etats-Unis et une en Europe étudient les barrières au dépistage du VIH.

La revue de littérature américaine (32) sur les barrières des praticiens à réaliser le dépistage met en évidence des difficultés similaires à celles de nos médecins interviewés : le manque de temps, le manque de connaissance et de formation, d'autres priorités à gérer en consultation et le manque d'acceptation des patients. En revanche la lourdeur du processus et le remboursement inadéquat n'est pas relevé chez nos médecins, ce qui tient probablement plus du fait de spécificités du système de soins américain.

Dans la revue de littérature européenne (56), différentes barrières au dépistage du VIH sont relevées tant à l'égard des patients que des soignants ou des autorités publiques. Notamment la non-perception du risque et le caractère anxio-gène de la maladie pour ce qui concerne les patients ; la persistance de tabous et le manque de formation et d'entraînement des soignants ; et le manque d'investissement, notamment financier, de la part des autorités publiques. La perception de l'ensemble de ces éléments, qu'ils soient clairement exprimés ou bien révélés par l'analyse, se retrouve à l'identique dans cette étude.

- Remise en cause de la systématisation du dépistage du VIH en faveur du maintien d'un dépistage ciblé.

Dans l'enquête baromètre santé médecin (31) déjà citée, 70 % des médecins étaient d'accord avec l'idée que « le médecin devrait proposer un test VIH sans attendre la demande du patient », et « régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs ». Ce score doit toutefois être tempéré par un autre résultat qui montre, a contrario, qu'ils sont 63% à n'être pas d'accord avec l'idée de « proposer un dépistage aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps ».

Cette seconde position se retrouve largement dans la présente étude, où la stratégie de dépistage généralisée du VIH est remise en cause par la plupart des médecins interviewés, qui se prononcent plutôt en faveur d'un dépistage ciblé.

Pour éclairer ce constat, il convient de rappeler que l'idée de cette thèse a germé en 2010, l'année suivant la sortie des nouvelles recommandations de l'HAS sur le dépistage du VIH. Or, dans les deux années de la réalisation de cette thèse, différentes études ont analysé le bien fondé d'un dépistage systématique.

Une étude réalisée dans 29 centres d'accueil des urgences en France publiée en 2012 (52) remet en question ces recommandations de dépistage systématique du VIH. Pendant 6 semaines, un test VIH était proposé à tous les patients se présentant de 18 à 64 ans. 78411 patients ont été testés, permettant la réalisation de 18 nouveaux diagnostics (soit 0,14%) d'infection à VIH. Sur ces 18 patients, 17 appartenaient à un groupe à risque, ce qui montrait bien le bénéfice limité d'un dépistage non ciblé.

Entre juin et décembre 2010, une autre étude réalisée dans un service de médecine interne à Louis Mourier (53) a permis le diagnostic de 2 patients sur 61 tests réalisés. Un seul correspondait à un véritable diagnostic, l'autre patient étant en réalité en rupture de suivi. Tous les deux étaient originaires d'Afrique subsaharienne, donc appartenant à un groupe à risque.

En mars 2012 à Seattle lors de la CROI (Conference on retroviruses and opportunistic infections) deux études relevaient également la modeste efficacité du dépistage systématique.

La première était réalisée dans les services d'urgence de deux hôpitaux de Caroline du Nord (54) : sur 4586 patients dépistés, elle révéla 7 nouveaux diagnostics (0,23%). Six de ces sept patients présentaient des symptômes pouvant être reliés à l'infection par le VIH.

La seconde comparait les démarches de dépistage systématique et de dépistage ciblé à partir

d'un score de risque, le Denver HIV Risk Score (DHRS) (55). Le dépistage ciblé était proposé aux patients présentant un haut risque, 7 patients ayant ainsi été diagnostiqués séropositifs pour le VIH sur 568 (1,2%). En comparaison, le dépistage non ciblé sur 3657 patients retrouvait également 7 nouveaux diagnostics, ce qui ne représentait que 0,2% des tests effectués. Le dépistage réalisé à partir de score comme le DHRS permettait donc le même nombre de diagnostics que le dépistage non ciblé, mais en pratiquant beaucoup moins de tests.

Le score de Denver se calcule en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnie, de la notion de test antérieur, mais aussi des pratiques sexuelles et de l'injection de drogue en intra-veineux.

Table 1. The Denver HIV Risk Score.

Variable	β (95% CI)	Score
Age		
<22 or >60 years	ref -	0
22-25 or 55-60 years	0.4 (0.3 - 0.8)	+4
26-32 or 47-54 years	1.0 (0.7 - 1.3)	+10
33-46 years	1.1 (0.8 - 1.4)	+12
Gender		
Female	ref -	0
Male	2.1 (1.8 - 2.4)	+21
Race/Ethnicity		
Black	0.9 (0.7 - 1.1)	+9
Hispanic	0.3 (0.1 - 0.5)	+3
Other*	-0.1 (-0.3 - 0.1)	0
White	ref -	0
Sexual Practices		
Sex with a male	2.3 (2.0 - 2.6)	+22
Vaginal intercourse	-1.1 (-0.9 - -1.3)	-10
Receptive anal intercourse	0.4 (0.2 - 0.6)	+8
Other Risks		
Injection drug use	0.8 (0.6 - 1.1)	+9
Past HIV test	-0.4 (-0.2 - -0.6)	-4

*Represents American or Alaskan Native, Native Hawaiian, or non-Hawaiian Pacific Islander.

Dans cette cohorte, la prévalence de l'infection par le VIH est de :

0,31% pour un score <20
 0,41% pour un score entre 20 et 29
 0,99% pour un score entre 30 et 39
 1,59% pour un score entre 40 et 49
 Et de 3,59% pour un score > 50

Tableau issu de la plaquette des résultats de l'étude de J.Haukoos
Derivation and validation of an instrument to identify patients with HIV infection

Ainsi, l'idée du dépistage systématique est remise en cause aux États-Unis comme en France. En 2012, le Collège National des Généralistes Enseignants (57) a d'ailleurs demandé une évaluation de la pertinence des recommandations de dépistage systématique et a adressé aux médecins généralistes une recommandation d'évaluation des « risques encourus par chaque patient, si les conditions de la consultation l'autorisent ». Il considère « qu'il est possible de renforcer la stratégie de dépistage du VIH en saisissant toutes les occasions de proposer aux patients ayant été exposés à un risque, un test ELISA classique et, le cas échéant, un dépistage des autres infections sexuellement transmissibles».

- Difficultés à aborder le sujet de la sexualité lors de l'anamnèse

Dans la thèse de Maïlys Chambon Pamelles (58), citée précédemment, les jeunes interrogés déclaraient que les étapes de la vie sexuelle n'étaient pas abordées en consultation alors qu'elles étaient très utiles pour juger de la nécessité de proposer un test de dépistage. Les jeunes sondés étaient dans l'ensemble demandeurs d'une plus grande participation du médecin généraliste dans les domaines de la prévention et du dépistage du VIH.

La difficulté du dialogue autour de la sexualité avec les professionnels de santé est une réalité souvent analysée dans la présente étude, et largement révélée par de nombreuses études de références, notamment le plan VIH 2010-2014 (4). Elle reste un frein majeur au dépistage ciblé des patients, la connaissance des pratiques et comportements sexuels des patients étant un prérequis indispensable pour les orienter vers un éventuel dépistage.

b. Abord de la sexualité

1) Synthèse des résultats

Bien qu'ils reconnaissent que le sujet fasse partie des **domaines de compétence de la médecine générale**, les médecins interviewés déclarent que la sexualité n'est **pas un sujet fréquemment abordé dans leur consultation**. En matière d'abord de la sexualité dans le cadre de leur pratique, plusieurs notions existent dans les représentations des médecins : la prévention sur les risques liés **aux IST, dont le VIH**, et leurs dépistages ; l'information et la prescription sur les risques liés aux **grossesses non désirées** (contraception et IVG) ; les **maltraitements sexuels** ; et bien sûr les **dysfonctions sexuelles** (trouble du désir, trouble du plaisir et trouble de l'érection). La sexualité en médecine générale est donc un **vaste sujet** qui recouvre des situations concrètes très variées. Pour autant, force est de constater que nous ne l'avons que survolé la plupart du temps avec les médecins de l'étude.

Ce constat révèle une gêne certaine chez les médecins interviewés, qu'ils justifient d'ailleurs par de nombreux arguments objectifs mais que l'on peut également expliquer par des perceptions subjectives.

En premier lieu, les médecins déclarent en majorité que la sexualité est un **domaine très peu enseigné** et qu'ils n'ont pas reçu de formation particulière pour les aider. Cela reste un domaine un peu flou de la médecine générale, dans lequel ils ne se sentent pas en pleine maîtrise de leur pratique. C'est donc avec une approche très personnelle, sur la base des expériences accumulées dans leur pratique ou même dans leur vie privée, qu'ils reconnaissent faire face à ce sujet.

Cette **expérience et ce vécu** peuvent les aider à trouver leur place de médecin dans le dialogue avec les patients, mais également les dissuader d'aborder le sujet.

Au-delà de cette notion d'auto-apprentissage, ils relèvent également l'importance de leur **statut social** face au patient. Aussi bien des données objectives telles que leur genre ou leur âge, que des données plus subjectives tel le statut social perçu, au sens socio-économique, vont influencer leur pratique. Sur ce dernier aspect, on retire le sentiment que c'est notamment la différence perçue de statut social qui pourra les influencer, selon qu'elle les place en position de supériorité, d'égalité ou bien d'infériorité vis-à-vis du patient. Dans le premier cas, ils auront plus de facilité à assumer pleinement leur fonction sociale de médecin, l'élargissant sans gêne au domaine de la sexualité des patients. A contrario, une position d'égalité et surtout une position d'infériorité perçue, les mettra dans une situation de gêne qui les conduira à limiter leur pratique à des champs plus communément admis de la médecine générale.

Du fait de toutes ces spécificités, on a l'impression que l'abord de la sexualité est géré par les médecins interviewés au cas par cas, selon les patients qu'ils rencontrent.

La **relation médecin généraliste-patient** évolue au cours du temps. Elle dépend du patient, de sa situation médico-psycho-sociale mais également du médecin, de son état psychique, de son expérience et de ses formations. Un médecin généraliste-psychanalyste, Louis Velluet, a théorisé trois espaces virtuels dans lesquels évolue la relation médecin-patient (71) : Un premier espace où le patient est dépendant du médecin, il a besoin que le médecin décide pour lui. Dans cet espace, l'abord de la sexualité est plus facile pour le médecin qui gère la santé de son patient de manière globale. La majorité des relations médecin-patient se situe dans le deuxième espace, où les deux protagonistes sont dans une relation d'échange et de négociation. Aborder la sexualité dans cette situation est plus ou moins facile. Dans le troisième espace où le patient est autonome et gère sa santé, l'abord de la sexualité devient plus difficile.

L'étude réalisée nous a d'abord permis de considérer la situation du **médecin de famille** dont l'attitude et la perception sont automatiquement influencées par le fait qu'il connaît d'autres membres de la famille. Soit que le médecin s'auto-censure du fait d'un excès d'intimité, soit au contraire que cette intimité assumée par le médecin intimide les membres de la famille, par crainte d'un manque de confidentialité. L'étude n'a pas envisagé la situation des médecins de petites villes ou de campagne, où tout le monde se connaît et partage les mêmes réseaux (écoles, clubs, mairie...). Il aurait été intéressant d'avoir leur point de vue dans ces domaines.

Face aux **adolescents**, ils relèvent la difficulté qu'il y a à trouver le bon moment, ni trop tôt, ni trop tard, pour aborder la sexualité en consultation. C'est un sujet qui préoccupe certains médecins, inquiets des comportements sexuels de ces jeunes adultes qu'ils estiment plus à risque que leurs aînés. Ils notent un certain relâchement sur le port du préservatif.

Les avis sont plus partagés vis-à-vis des jeunes femmes. La majorité des médecins pensent qu'il est plus aisé d'aborder la sexualité avec elles car elles consultent pour la contraception, ou des troubles gynécologiques. Certains médecins hommes relèvent toutefois leur prudence à aborder la sexualité avec cette patientèle, de peur de provoquer une gêne, d'être mal compris ou même poursuivis pour « harcèlement ».

Chez les **personnes âgées**, les opportunités déclarées d'abord de la sexualité se limitent en général aux troubles de l'érection, surtout chez les patients porteurs d'une maladie chronique comme le diabète. Chez les femmes âgées, le sujet n'est que très peu abordé, en dehors des troubles liés à la ménopause (chez la femme pas très âgée donc !) que citent quelques médecins. On note un tabou évident de la sexualité après un certain âge, en partie influencé par le statut social perçu du patient.

L'homosexualité reste un sujet sensible. Plusieurs médecins répondent très spontanément que « cela ne nous regarde pas », d'autres au contraire pensent qu'il est important de le savoir et que cette notion fait partie de l'anamnèse. La plupart du temps, les médecins attendent un message de la part du patient. Certains posent la question plus ou moins directement, d'autres craignent de se tromper et d'induire une gêne. En Seine-Saint-Denis, l'homosexualité reste un tabou important et n'est pas du tout abordé par certains médecins. Une notion intéressante est que presque tous les médecins estiment que les homosexuels appartiennent à une communauté qui est très sensibilisée aux risques d'IST et, de ce fait, se prennent en charge spontanément.

Le poids de **l'éducation, de la culture et de la religion** est un facteur non négligeable. Mais on peut se demander au travers des entretiens si ce n'est pas la culture du médecin qui est la plus importante pour aborder la sexualité. Il est clair que chez les patients les plus traditionalistes, notamment à Saint-Denis, la sexualité n'est pas ou très peu évoquée.

Une autre question est de savoir **qui, du médecin ou du patient, aborde en premier le sujet de la sexualité**. Les avis sont relativement partagés... Environ la moitié des médecins pensent que c'est au médecin d'initier le sujet ou tout du moins de tendre une perche suffisamment claire pour que le patient puisse se confier sans gêne. Dans certaines pathologies chroniques comme le diabète ou lors de la prescription de médicaments potentiellement inducteurs de troubles de l'érection, les médecins posent assez facilement des questions à leur patient. L'autre moitié des médecins préfèrent attendre que la demande vienne du patient pour ne pas être intrusif dans son intimité.

Pour aborder la sexualité, c'est donc surtout des **critères très personnels** du médecin qui vont être impliqués : son **vécu personnel**, qui renvoie aussi à son **vécu sexuel**, son **genre**, son **âge** et ses origines **socio-culturelles**. Par la suite, son **expérience professionnelle** va lui permettre d'évoluer dans le domaine de la sexualité. L'abord de la sexualité du médecin évolue ainsi au cours du temps.

Finalement on peut regrouper les difficultés de l'abord de la sexualité en cabinet de médecine générale en **8 barrières** :

1. Le manque de temps
2. Le manque de formation
3. Le manque de motivation des médecins
4. L'interférence du genre du médecin
5. L'âge du médecin par rapport à l'âge du patient
6. Le vécu personnel du médecin
7. La nature de la relation médecin-malade
8. La gêne du médecin qui va alors développer des techniques d'évitement

2) Comparaison avec les données de la littérature

- Sous-estimation des dysfonctions sexuelles par les médecins

Les études, précédemment citées, américaine (41) et britannique (42) trouvent une prévalence importante de troubles liés à la sexualité et seulement 10% des hommes et 20% des femmes qui envisagent de consulter leur médecin pour leur trouble.

En France, l'enquête CSF (38) trouvait 30% de dysfonction érectile chez les 60-69 ans. Une autre étude (59) retrouvait 64% de dysfonction érectile chez les plus de 70 ans.

Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes et souvent sous-estimées par les médecins généralistes. En 2001, l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) a fait le constat qu'un quart des généralistes ne s'occupait pas de dysfonction sexuelle. Il a par ailleurs montré que le pourcentage de dysfonctions sexuelles enregistré par les médecins était faible par rapport à celui révélé dans les enquêtes auprès des patients. (43)

Dans notre étude, nous trouvons également que les médecins sous-estiment très probablement les dysfonctions sexuelles de leurs patients. Les médecins reconnaissent que les thèmes liés à la sexualité ne sont pas courants dans leur pratique quotidienne.

- Importance de l'abord de la sexualité en médecine générale

L'abord de la sexualité est important en médecine générale pour de nombreuses raisons. Tout d'abord pour s'assurer simplement de la bonne santé sexuelle des patients ou dans le cas contraire évaluer l'impact d'une dysfonction sexuelle sur le plan psychologique, physique et familial/social.

L'abord de la sexualité peut être nécessaire à tout âge :

Dans toutes maladies chroniques, notamment associées à un risque cardio-vasculaire, il est important d'en discuter pour aider les patients et également éviter qu'ils interrompent leur traitement, souvent incriminés dans leurs difficultés sexuelles.

Chez les jeunes femmes, il est important d'informer sur la prévention des IVG

Chez toutes les personnes ayant une activité sexuelle, il est important de rappeler les moyens de prévention contre les IST.

Les patients souhaitent aborder la sexualité en priorité avec leur médecin généraliste plutôt qu'avec un spécialiste comme on a pu le voir dans des études américaines (46) et allemandes (47) dans la partie théorique. La proximité relationnelle avec le médecin traitant peut être un obstacle à évoquer le problème directement, mais au contraire la confiance établie dans la relation médecin-malade aide les patients à aborder la sexualité.

Or, on s'aperçoit que **l'anamnèse sexuelle est rare ou incomplète** en pratique. Et plusieurs études observent que la gêne viendrait plutôt du médecin alors que finalement les patients attendent des conseils de leur médecin concernant la sexualité.

Une étude suisse (60) montre le fossé qui existe entre les attentes des patients concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin et la réalité des conseils des médecins.

90% des patients sondés estiment souhaitable d'être interrogés par leur médecin à propos de leur vie sexuelle afin d'obtenir des conseils de prévention, et même si 15% seraient embarrassés devant des questions d'ordre sexuel, 76% de ces personnes aimeraient tout de même que le médecin les questionne. Seulement 40% des patients ont eu l'occasion d'aborder le domaine de la sexualité avec leur médecin et moins de 20% des patients ont parlé du nombre ou du genre de leur partenaire.

Une autre étude aux Etats-Unis (61) rapporte que seulement 7% des patients seraient embarrassés de répondre à des questions sur leur vie sexuelle alors que 67% seraient tout à fait à l'aise pour discuter d'IST comme le VIH/sida avec leur médecin.

Une autre étude suisse (62) sur les stratégies de prévention des médecins de ville montre que 49% des médecins abordent la sexualité de leur patient au cours de l'anamnèse. Quand ce thème est abordé, les médecins s'intéressent dans 84% des cas aux moyens de protection utilisés, dans 57% des cas à l'orientation sexuelle et dans 49% des cas aux nombres de partenaires. Seulement 43% des médecins interrogent leur patient sur leurs antécédents d'IST. Ces thèmes restent largement moins abordés que le tabac (98% des cas) ou que l'alcool (89% des cas), même l'usage de drogue est abordé avec moins de gêne (71% pose la question).

Dans notre étude, les médecins ne ressentent pas ce besoin exprimé par les patients de discuter de leur sexualité. Ils estiment plutôt qu'ils rencontreraient des réticences. On verra effectivement dans l'étude d'Elsa Donguy ci-dessous, que les souhaits de leurs patients ne sont pas en faveur d'aborder plus souvent la sexualité.

- Les obstacles à l'abord de la sexualité

Comme nous avons pu le noter précédemment, notre étude retrouve différents facteurs qui expliquent que les médecins abordent peu la sexualité avec leurs patients : le manque de temps, le manque de formation, le manque de motivation, le genre et l'âge du médecin, le vécu personnel du médecin, la nature de la relation médecin-malade et la gêne du médecin.

Ces obstacles sont retrouvés dans d'autres études. Dans une étude allemande (63) sur 43 médecins généralistes, les barrières à aborder des thèmes en lien avec la sexualité étaient le manque de temps (53%), le manque de connaissance (47%), l'oubli (37%), l'embarras de leur part (32%).

Une autre étude américaine (64) montre que les obstacles à interroger les patients sur leur sexualité sont les contraintes de temps, une faible priorité portée à la prévention des IST, la peur de gêner/choquer le patient, le manque de formation, l'âge et le sexe du patient par rapport au praticien et les différences culturelles.

D'autres études attribuent les barrières essentiellement aux patients. Une étude suisse (65) auprès de médecins généralistes retrouve ces barrières : la réticence des patients (50%), le manque d'intérêt du patient (45%), le manque de compétence des médecins (29%), le manque de réussite à aider les patients (27%), la gêne du médecin (23%), le manque de connaissances spécifiques (20%), le manque de rémunération (18%) et enfin le manque d'intérêt pour ce sujet (17%)

Dans toutes ces études, **les barrières se recoupent**. Ces études sont quantitatives, l'intérêt de notre étude qualitative est d'évaluer au plus près le vécu des médecins et la manière dont ils expriment leur gêne. Certains vont projeter plus facilement leur gêne sur les patients et estiment que ce sont les patients qui vont être embarrassés alors que dans leur discours la gêne vient plutôt d'eux-mêmes. Dans l'étude, les médecins expriment bien leurs ressentis et leurs difficultés qui sont plus liés à leur **histoire personnelle** et à leurs **origines socio-culturelles**.

Leur gêne vient également du **manque ressenti de connaissances et de formations** sur le domaine de la sexologie. Ce manque est retrouvé dans beaucoup d'études, il est analysé particulièrement dans l'étude réalisée à Saint-Etienne auprès des internes en fin de formation (43). Une étude réalisée auprès de médecins généralistes d'Aix-en-Provence (70) à partir d'un questionnaire sur la sexualité et ses troubles dans la pratique quotidienne de cabinet met également en avant l'insuffisance de formation des médecins comme facteur limitant l'abord de la sexualité avec leurs patients.

Le **manque de temps** exprimé par tous les médecins de l'étude est également signalé dans les études précédentes (63 - 64). Il est intéressant de noter que ce manque de temps est peut-être aussi lié à la manière dont le sujet est abordé en consultation. En effet, les patients qui signalent par exemple une dysfonction érectile abordent le plus souvent le sujet en fin de consultation (66) ce qui perturbe la réponse que va donner le médecin, partagé entre aider son patient et ne pas aggraver son retard. En médecine générale, ce manque de temps devrait être nuancé par la possibilité de pouvoir suivre le patient sur plusieurs consultations et donc « d'avoir le temps ».

Le médecin généraliste, n'est pas neutre. Selon son âge, son sexe et ses origines socio-culturelles, il va avoir des facilités ou des difficultés à aborder la sexualité selon différents types de patients. Le médecin est un être sexué qui peut être dans une attitude de séduction inconsciente vis-à-vis de ses patients.

- Qui du médecin ou du patient initie le sujet ?

La question est souvent posée par les médecins interviewés de notre étude : faut-il attendre que le patient initie la discussion sur le sujet pour ne pas être intrusif, ou au contraire faut-il que ce soit le médecin qui aborde le sujet ? Les avis sont partagés avec environ la moitié des médecins qui préfère attendre la demande du patient et l'autre moitié qui pense que c'est à eux de poser la question.

Une thèse réalisée par Nathalie Ssi-Yan-Kai en 2010 étudiait l'acceptabilité de l'abord de la sexualité dans le cadre des préventions des IST en médecine générale (67). 202 patients ont répondu à un questionnaire sur ce thème. 85% des patients estiment normal que le médecin pose des questions sur leur mode de vie sexuelle, 90% quand il le fait pour prévenir les IST. 73% n'ont jamais été interrogés sur leur mode de vie sexuelle et parmi eux, 48% pensent que ce serait utile que leur médecin le fasse. Les personnes interrogées sont ouvertes à la discussion sur leur sexualité. Les patients sont à l'aise devant des questions sur leurs facteurs de risques sexuels. Seulement une personne sur 10 pense que le médecin généraliste n'est pas le bon interlocuteur. Mais le sujet reste délicat, près de la moitié préfère attendre de mieux connaître le médecin.

De l'avis des patients : 35% n'ont pas de préférence sur l'interlocuteur qui doit engager la discussion, 34% préfèrent entamer eux-mêmes la discussion, 26% préfèrent que ça soit le médecin qui initie la discussion.

Alors que 61% des patients déclarent que le genre du médecin n'a pas d'importance pour aborder la sexualité, l'analyse montre que cela n'est pas exact. En effet, de manière significative, lorsque le médecin est un homme, les patients préfèrent entamer la discussion et lorsqu'il s'agit d'un médecin femme, les patients préfèrent que ça soit le médecin qui initie le sujet.

Dans la thèse de Maïly Pamelles (58), 73% des jeunes se disent satisfaits que le médecin donne des conseils pour éviter la contamination par le VIH en consultation. Le médecin est selon eux dans son rôle lorsqu'il aborde des sujets ayant trait à la sexualité. Les résultats de cette étude révélaient que la gêne venait plutôt de la part du médecin qui abordait peu ces sujets avec ses jeunes patients.

- Classification des médecins

Dans l'étude de Giami (44) décrite dans la partie sexualité en médecine générale, sur les représentations des médecins généralistes sur l'abord de la sexualité, quatre postures étaient analysées qui mettaient en valeur un mode de construction professionnelle. Les quatre postures sont l'évitement, l'appropriation médicale, l'approche globale et le sexologue.

Dans notre étude, nous n'avons pas interviewé de médecin sexologue, mais nous pouvons regrouper les médecins en trois catégories :

1. Ceux qui ne se posent pas la question de l'abord de la sexualité et sont dans l'évitement du sujet
2. Ceux qui ont une approche médicale la plus neutre possible
3. Ceux qui ont réfléchi à la question et tentent d'améliorer leurs pratiques dans ce domaine.

D. Mise en commun avec la thèse d'Elsa Donguy

Comme nous l'avons évoqué dans la partie méthode, une autre thèse a été conduite en parallèle par Elsa Donguy sur les représentations des patients. Il s'agit d'une étude quantitative auprès des patients des médecins interviewés (68).

340 patients entre 18 et 70 ans ont répondu au questionnaire. La population étudiée est majoritairement féminine avec 69% de femmes, avec une répartition des âges à peu près similaire à celle du recensement INSEE 2009.

Les homosexuels représentent 3,2% de l'échantillon, ce qui est un peu en-dessous des chiffres retrouvés dans les études comme l'enquête CSF (38). L'échantillon n'est donc pas parfaitement représentatif de la population de l'Ile de France, mais permet d'envisager des résultats plus globaux

72% (76% des femmes et 66% des hommes) des personnes interrogées déclarent avoir déjà réalisé un test de dépistage du VIH. Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés dans l'enquête KABP 2010.

44% des jeunes de 18 à 25 ans n'ont jamais réalisé de test. Cette proportion est élevée car elle tient compte des patients qui n'ont jamais eu de relation sexuelle, mais elle révèle que les jeunes sont trop peu dépistés. Cela peut être mis en relation avec l'impression des médecins interviewés de notre étude qui craignent un relâchement des conduites de prévention et de dépistage chez les jeunes.

35% des personnes de plus de 50 ans déclarent n'avoir jamais réalisé de test de dépistage du VIH. Même s'il ne s'agit pas de la tranche d'âge la plus à risque, elle représente 18% des découvertes de séropositivité chez les hommes et 14% chez les femmes. Ces patients sont en revanche à risque de dépistage tardif car très peu ciblés par les campagnes de dépistage. Dans notre étude, les médecins pensent en priorité plus aux adultes jeunes qu'aux plus de 50 ans dans le cadre du dépistage VIH. Il faudrait donc encourager le dépistage de cette population par leur médecin généraliste, notamment lors de changement dans la vie affective (nouveaux partenaires, séparation, divorce...) ou dans le cadre de mesures plus globales de dépistage.

40% des 26-40 ans effectuent des tests de dépistage régulièrement et se sentent plus concernés par les IST que les autres tranches d'âge. Il s'agit de la génération qui a commencé sa sexualité au moment de l'apparition du sida, ils sont probablement plus sensibilisés aux risques d'IST.

Les tests sont le plus souvent réalisés à la demande du patient (45%) ce qui correspond bien aux résultats de notre étude sur les médecins. Les patients s'adressent à leur médecin traitant principalement (37%) pour avoir une prescription du test. Le médecin traitant est donc bien l'interlocuteur de choix pour effectuer le dépistage.

Le test du VIH est effectué lors d'un bilan systématique dans la moitié des cas, avant d'envisager des rapports non protégés dans 20% des cas et après un rapport à risque dans 17% des cas. Le dépistage systématique est donc le cas le plus fréquent.

L'étude d'Elsa Donguy met en évidence une très bonne acceptabilité du dépistage systématique. Près de 80% des patients interrogés accepteraient un test de dépistage systématique dans un bilan de routine en cas de proposition du médecin et deux tiers des patients n'ayant jamais fait de test accepteraient le test de dépistage systématique.

Les TROD sont également très bien acceptés par les patients puisque près de 90% des patients sondés accepteraient de réaliser un TROD au cabinet de leur médecin. 81% des répondants n'ayant jamais réalisé de test accepteraient le TROD. En comparaison avec notre étude, l'acceptabilité des TROD par les médecins semble plus mitigée.

Concernant l'abord de la sexualité, on remarque que 68% des patients n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin. Et pourtant 72% des patients ont déjà réalisé un test de dépistage du VIH. On remarque que le dépistage VIH n'est pas forcément lié à l'abord de la sexualité.

Les patients qui ont déjà abordé la sexualité avec leur médecin sont majoritairement ceux qui connaissent leur médecin depuis plus de 10 ans. Cela souligne l'importance de la confiance dans la relation médecin-patient pour aborder plus facilement la sexualité.

Parmi les patients n'ayant jamais parlé de sexualité avec leur médecin, un tiers préférerait en discuter avec un spécialiste, 20% ne voit pas l'utilité d'en parler à un médecin, 1,2% a peur de gêner le médecin, et 7,9% a honte d'en parler à son médecin. Dans la majorité des cas, on s'aperçoit que la gêne du patient n'est pas un facteur aussi limitant que les médecins de notre étude le pensent.

Trois quarts des patients ne souhaiteraient pas parler plus souvent de sexualité avec leur médecin. Ce constat est concordant avec ce que les médecins interviewés imaginent de leurs patients.

Ceux qui aimeraient aborder la sexualité avec leur médecin sont principalement les hommes, la tranche d'âge 26-40 ans, ceux dont le médecin ne soigne pas d'autres membres de la famille.

60% des patients pensent que c'est au patient d'initier le sujet de la sexualité. Ceux qui préfèrent que ce soit le médecin qui aborde le sujet en premier sont la tranche d'âge 18-25 ans et ceux qui ne vivent pas en couple.

En conclusion, l'étude d'Elsa Donguy démontre une très bonne acceptabilité par les patients du dépistage systématique du VIH et des TROD. En revanche, ils ne souhaitent pas aborder davantage la sexualité avec leur médecin généraliste.

Le rapprochement des points de vue des patients et des médecins est intéressant, d'autant plus qu'il s'agit des patients des médecins interviewés. Il est difficile de comparer une étude qualitative et une étude quantitative, mais de grandes notions ressortent de ces deux études.

En ce qui concerne le dépistage du VIH, les médecins généralistes montrent plus de réserves que les patients. Les patients acceptent tout à fait l'idée d'un dépistage systématique et sont assez ouverts aux TROD, ils ont finalement moins de tabous par rapport à la maladie que les médecins ne l'imaginent. Les médecins souhaiteraient plutôt un renforcement du dépistage ciblé en étant aidé par des campagnes de santé publique.

En ce qui concerne l'abord de la sexualité, notamment dans le cadre de la prévention du VIH, les médecins comme les patients émettent des réticences. La sexualité est un sujet délicat qui dépend fortement de la relation médecin-patient. Le médecin n'est pas neutre et sa manière d'évoquer la sexualité dépend de son genre, de son âge et de son vécu personnel plutôt que de sa formation universitaire. L'abord de la sexualité est donc variable au cours de l'exercice de chaque médecin.

E. En pratique : comment aider les médecins à améliorer la prise en charge des patients en ce qui concerne l'abord de la sexualité dans le cadre du dépistage VIH

Nous pouvons envisager trois solutions concernant le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du VIH :

1. Continuer le dépistage ciblé ?

Nous avons pu observer le manque d'efficacité du dépistage ciblé tel qu'il est réalisé actuellement : diagnostic trop tardif et nombre important de personnes qui ignorent leur séropositivité. Pour mieux identifier les personnes à risque, il faudrait améliorer la formation des médecins, en leur rappelant l'importance de proposer le test aux groupes à risque et aux personnes présentant des symptômes pouvant être en lien avec le VIH.

Mais comme nous l'avons vu, pour identifier les conduites à risque, le médecin doit aborder plus facilement la sexualité avec ses patients, ce qui pose certains problèmes en pratique.

Nous pourrions imaginer le développement d'outils comme le score de Denver (DHRS) pour mieux identifier les risques (55). Il permettrait peut-être de faciliter les questions sur la sexualité ?

2. Favoriser l'application des recommandations d'un dépistage systématique ?

Le dépistage systématique en population générale est recommandé en France depuis 2009 (3). Dans notre étude nous avons vu que les médecins y étaient plutôt réticents. Nous avons également vu que des études récentes mettaient en doute l'utilité d'un dépistage systématique (31-52-53-54-55).

Le fait de proposer en routine le test sans notions de prises de risque permettrait de banaliser le dépistage et d'éviter au médecin et au patient d'aborder plus spécifiquement la sexualité. L'absence de nécessité d'aborder la sexualité est un des arguments des recommandations du dépistage en population générale évoqué dans le rapport Yéni (19) : « cela peut permettre aussi à ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent pas parler de leur sexualité de mieux accepter la proposition [de dépistage]. »

On peut considérer que c'est une solution nécessaire pour augmenter la détection de la maladie à l'échelle de la population générale. Mais l'on est en droit de se demander si cette configuration ne risque pas, dans certains cas, de mettre en conflit les notions de dépistage et de prévention en les détachant partiellement l'une de l'autre ? En effet, pour qu'elle soit pleinement efficace, l'action de prévention des médecins généralistes suppose qu'ils soient réellement à même d'identifier les comportements à risques de leurs patients, et donc nécessairement d'aborder avec eux le sujet de leur sexualité.

Le dépistage du VIH peut être réalisé sans aborder la sexualité. Nous avons vu dans la thèse d'Elsa Donguy, que la majorité des patients a déjà réalisé un test de dépistage du VIH alors qu'en majorité les patients n'ont jamais abordé la sexualité avec leur médecin.

Si le choix d'un mode de dépistage « systématique », ou de « routine », est présenté aux médecins comme un moyen d'évitement de l'abord de la sexualité avec les patients, n'y a-t-il pas un risque que le dépistage ne se résume plus qu'à un processus « d'enregistrement » de la maladie, sans que rien ne soit fait pour s'efforcer d'identifier et de prévenir les comportements à risques à l'origine de la contraction de l'infection ?

3. Une solution intermédiaire ?

Nous pouvons donc envisager une solution intermédiaire.

Il faudrait favoriser le **dépistage à l'initiative du médecin** généraliste, en insistant sur les avantages d'un dépistage en routine pour des groupes prédéfinis : les hommes de 26 à 54 ans (55), les patients originaires de Guyane, Europe de l'Est et Afrique subsaharienne, les femmes enceintes, les usagers de drogues par voie intraveineuse et les homosexuels (encore faut-il connaître l'orientation sexuelle des patients !).

D'autre part, pour le reste de la population, il est nécessaire de rappeler aux médecins généralistes l'importance d'aborder le sujet du dépistage du VIH avec les jeunes de 18 à 25 ans et d'essayer de mieux repérer les changements de vie affective.

Pour améliorer le dépistage chez les patients qui présentent des comportements sexuels à risque, il faut favoriser la possibilité d'une discussion sur la sexualité. Le médecin doit montrer son **ouverture d'esprit** sur le sujet et savoir multiplier les ouvertures dans la conversation, « tendre des perches », pour que le patient puisse s'exprimer s'il en ressent le besoin.

Dans l'anamnèse, plutôt que de demander si le patient est marié, en concubinage ou célibataire, le médecin peut interroger sur le nombre de partenaires : « avez-vous un ou des partenaires actuellement ? ». Concrètement dans la plupart des logiciels utilisés par les médecins généralistes, cette solution peut être difficile à appliquer car le déroulé prévu est limité à « marié, célibataire, concubinage ». Il y a par ailleurs peu de place prévue pour la prévention des IST et leur dépistage dans ces logiciels et encore moins pour les questions concernant la sexualité...

Le médecin doit **saisir les opportunités** de relancer son patient sur la sexualité s'il estime que le discours du patient s'y prête. Le médecin peut légitimer ses questions sur la sexualité par différentes voies :

- une phrase rappelant l'importance du dépistage du VIH en termes de santé publique, par exemple : « les recommandations des autorités de santé préconisent de dépister plus largement la population, c'est pourquoi je me permets de vous proposer le test ».
- une phrase rappelant que des maladies chroniques ou des traitements peuvent entraîner des dysfonctions sexuelles : « Vous savez qu'avec votre maladie (exemple : diabète) ou votre traitement (exemple : diurétique thiazidique, psychotrope, baclofène...), il peut se produire des difficultés dans le domaine de la sexualité, c'est pourquoi si vous avez des questions sur ce sujet... ».

Le médecin ne doit pas hésiter à rassurer le patient en lui rappelant les règles de **confidentialité** dans le cabinet médical du fait du secret professionnel.

Le médecin peut s'aider de **brochures** et d'**affiches** pour susciter des questions de la part de ses patients. L'INPES propose tout un panel de documents (disponibles à la commande sur leur site internet) sur le dépistage du VIH ou la sexualité que le médecin peut installer dans sa salle d'attente ou son cabinet. Cela peut permettre de montrer aux patients l'ouverture d'esprit de leur médecin sur le sujet.

Des campagnes de santé publique dans les médias ou sur des panneaux d'affichage publics pourraient permettre d'améliorer la connaissance des patients et de favoriser une demande de dépistage auprès de leur médecin.

Pour que le médecin soit plus à l'aise sur ces questions, il serait important de lui fournir des **enseignements** sur la sexologie au cours des 2^{ème} et 3^{ème} cycles. Il serait également intéressant de proposer aux médecins installés des **formations continues** sur l'abord de la sexualité et le dépistage du VIH.

L'abord de la sexualité par le médecin est facilité par la **confiance** qui se crée progressivement dans la relation entre le médecin et son patient. Le bon sens, le tact et la délicatesse doivent être associés à une attitude d'**écoute** exempte de tout jugement. Le médecin doit faciliter les questions

de son patient en montrant son ouverture d'esprit sur le sujet et en plaçant des petites phrases sur lesquelles le patient peut choisir de rebondir. Ce sont aussi les demandes des patients qui vont montrer au médecin ses difficultés dans ce domaine et l'encourager à se former pour mieux les aider.

V. Conclusion

Les médecins généralistes sont au cœur des nouvelles stratégies de prévention et de dépistage du VIH. Les recommandations de l'HAS de 2009 mettent en avant la nécessité d'élargir le dépistage à la population générale et de renforcer le dépistage ciblé pour certains groupes de population plus particulièrement affectés. Ce dispositif devant permettre de dépister une partie de la population qui ignore son statut sérologique et de le faire plus précocement.

Ces recommandations ont eu peu d'influence sur les pratiques quotidiennes réelles des médecins généralistes de notre étude. Les médecins sont plutôt réticents à un dépistage systématique du VIH et ils préfèrent envisager de renforcer un dépistage ciblé. Ils sont relativement méfiants quant à l'utilisation de TROD dans leur cabinet. Il persiste de nombreux tabous qui nuisent à un réel dépistage ciblé des groupes à risque notamment en raison des difficultés des médecins à aborder la sexualité. Alors que les patients adhèrent fortement au dépistage et au TROD.

Il est nécessaire de mieux former et informer les médecins sur l'intérêt d'élargir le dépistage.

Les médecins considèrent que leur rôle en matière de prévention et d'information sur les IST est essentiel, mais ils souhaiteraient être davantage appuyés par des campagnes de santé publique relayées dans les médias. Les médecins aimeraient que leur rôle dans la prévention et le dépistage soit mieux reconnu par les autorités sanitaires et la société.

L'abord de la sexualité est intimement lié au dépistage du VIH. Proposer un test de dépistage à un patient, c'est lui permettre de susciter une question concernant la sexualité.

Le médecin généraliste est donc l'interlocuteur privilégié pour aborder la sexualité avec les patients. C'est le praticien qui est au centre de tous les sujets, dysfonctions sexuelles, contraception, et bien sûr IST. La nature de la relation médecin-malade permet de développer une certaine confiance pour que les patients puissent discuter de sexualité simplement.

Mais la sexualité reste un sujet très peu abordé en pratique dans un cabinet de médecine générale, même si les médecins reconnaissent que cela fait partie de leur domaine de compétence.

La sexologie est, à l'heure actuelle, pas ou très peu enseignée au cours de la formation médicale alors que les études épidémiologiques montrent que les dysfonctions sexuelles concernent une partie importante de la population. L'amélioration de la formation des médecins dans ce domaine paraît essentielle.

L'abord de la sexualité dépend surtout du sexe du médecin, de son âge et donc de son expérience mais aussi de son vécu personnel et de ses origines socio-culturelles. Les médecins s'interrogent sur la manière la plus appropriée d'aborder la sexualité. Ils sont partagés entre attendre que la demande vienne du patient et la nécessité d'initier la discussion pour faciliter le discours du patient mais sans être intrusif. Les médecins de l'étude tout comme leurs patients ne souhaitent pas aborder davantage la sexualité.

Chaque relation entre un médecin et un malade est unique et se construit au cours du temps. Le médecin doit éventuellement aborder la sexualité avec tact et délicatesse s'il le juge nécessaire, et doit surtout montrer son ouverture d'esprit à son patient pour qu'il puisse s'exprimer facilement s'il le souhaite.

« Quand la relation est installée, le praticien a valeur de médicaments et agit comme tel » Balint.

VI. Références

- (1) Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010.
- (2) Cazein F, Lot F., Pillonel J et al. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida en France, 2009. BEH 45-46/ 30 novembre 2010 : 467-472.
- (3) HAS, octobre 2009, Dépistage de l'infection par le VIH en France, Stratégies et dispositif de dépistage.
- (4) Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Ministère de la santé et des sports. Novembre 2010. 266 pages.
- (5) Gottlieb MS. Schanker HM. Et al. Pneumocystis pneumonia, epidemiologic Notes and reports, MMWR, CDC june 5, 1981 / 30(21):1-3.
- (6) Claude Thiaudière. Sociologie du sida, collection Repères, édition La Découverte, 118 pages. 2002.
- (7) L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida. BEH 43-44/29 novembre 2011.
- (8) Halfen S. et al. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile de France. Bulletin de santé de l'ORS, N°18. 8pages. décembre 2011.
- (9) De Cock KM, Johnson AM. From exceptionalism to normalisation : a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. BMJ 1998; 316:290-3.
- (10) Koo DJ, Begier EM, Henn MH, Kellerman SE. HIV counseling and testing : less targeting, more testing, Am J Public Health 2006; 96(6) : 962-4.
- (11)UNAIDS / WHO policy statement on HIV testing. Geneva 2004.
- (12) CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings. MMWR 2006.
- (13) Conseil National du Sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Suivi de recommandations, adopté lors de la séance plénière du 16 novembre 2006 sur proposition de la commission « dépistage ». Paris : CNS; 2006.
- (14) Yazdanpanah Y, et al. Les enjeux économiques du dépistage. Transcriptases, N°145, p23-25 hiver 2010-2011.
- (15) Cazein F. Le Vu S. et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009. BEH 45-46 /30 novembre 2010 : 451-454.
- (16) HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France, Modalités de réalisation des tests de dépistage, octobre 2008.
- (17) Rouzioux C, Le Talec JY et al. CheckPoint-Paris, Transcriptase n°145, p30-32.hiver 2010-2011
- (18) Thèse de GAUTHIER Raphaël. Étude DEPIVIH : faisabilité et acceptabilité de la réalisation des TROD du VIH par les médecins de villes en France, Université Paris 7. 2011.
- (19) Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2010. 417 pages. La documentation française. 2010.
- (20) Quarraisha Abdool Karim and al. : Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide for the prevention of HIV infection in women, Science 2010; 329(5996) :1168-1174.
- (21) Weiss et Al, Assessment of Protective Effect of Male Circumcision from HIV infection and Sexually Transmitted Diseases. African Journal of Reproductive Health. June 2010; 14(2):104.
- (22) OMS et ONUSIDA. Recommandations d'une consultation d'experts sur la circoncision pour la prévention du VIH, Paris/Genève. mars 2007.
- (23) Cohen et Al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis : implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. Lancet 1997 Jun 28; 349 (9069) : 1868-73.
- (24) Tissot F., Erard V. et al : Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis : a 10-year retrospective analysis, HIV Medecine, oct 2010, vol 11, issue 9, p584-592.
- (25) Robert M. Grant et al : Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in Men who have sex with men, The New England Journal of Medecine, 12/2010; 363(27):2587-99.

- (26) Donnell et al : ART and risk of heterosexual HIV-1 Transmission in HIV-1 serodiscordant African Couples : a multinational prospective study, CROI 2010.
- (27) RV144 Phase III HIV Vaccine Trial, US Military HIV Research Program , 2009.
- (28) Conférence de consensus : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et en médecine de ville. 3 mars 2009. SPILF et SFLS.
- (29) « Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie parue au journal officiel n°190 du 17 août 2004 ». Ministère de la santé et des solidarités. Journal officiel du 17 août 2004.
- (30) Résultats de l'étude ANRS-Opportunités : opportunités manquées de dépistage du VIH en France parmi des patients nouvellement diagnostiqués, 01/2012.
- (31) Lert F, Lydié N, Richard JB. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques? Sous la direction de Gautier A., Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. ISBN 978-2-9161-9224-6.
- (32) Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS 2007, 21:1617-1624.
- (33) Jaspard M. Sociologie des comportements sexuels, Collection Repères, édition La Découverte, 122 pages. 1997.
- (34) D. Chatton, P. de Sutter, Sexologie clinique : quelles perspectives en médecine pour cette discipline à part entière? Revue Médicale Suisse, 2004 n°526. n° d'article 23685.
- (35)WHO. Sexual and reproductive health. Gender and human rights. Technical Report Series Nr. 572, 1975.
- (36) OMS. Defining sexual health, report of a technical consultation on sexual health, janvier 2002, Genève.
- (37) Arrêté du 9 novembre 2010 qui fixe les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH. JO n°0266 du 17 novembre 2010, pages 20499.
- (38) Bajos N, Bozon M. Enquête contexte de la sexualité en France. Premiers résultats. 13 mars 2007.
- (39) Beltzer N, Lagarde M et al, Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, (Étude ANRS KABP 2004) publié en novembre 2005.
- (40) Beltzer N, Saboni L. et al ; Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile de France en 2010 (Etude KABP 2010). ORS Ile de France 2011.
- (41) Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. JAMA 1999;281:537-544.
- (42) Mercer C, Fenton K, Johnson A and al ; Sexual function problems and help seeking behaviour en Britain : national probability sample survey BMJ 2003;327:426.
- (43) Vallée. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle, Exercer, 2008 ; 81 : 49-51.
- (44) Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Singuliers généralistes : Sociologie des Médecins Généralistes.p147-167.Presses de l'EHESP. 2010.
- (45) Wimberly Y, Hogben M, Fry-Johnson : Sexual history-taking among primary care physicians, J Natl Med Assoc. 2006 December; 98(12) : 1924-1929.
- (46) Metz ME and MH, Seifert "Men's expectations of physicians in sexual health concerns" J Sex Marital Ther 1990; 16(2): 79-88.
- (47) Carmen Aschka, Wolfgang Himmel, PhD, Edith Ittner, PhD, Michael M Kochen, MD, MPH, PhD. Sexual Problems of Male Patients in Family Practice, the Journal of Family Practice 2001;50: 773-778
- (48) Alain Blanchet et Anne Gotman. L'enquête et ses méthodes, *L'entretien*. 126 pages.Collection Armand Colin, 2007.
- (49) Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien, ARS île de France, 18/01/2011
- (50) Recensement de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), réalisée en 2006
- (51) Recensement de la population parisienne par l'INSEE au 01/01/2009

- (52) Crémieux C, Wilson d'Almeida K. et al. Modest public Health Impact Of Non Targeted HIV screening in 29 emergency department Arch Inter Med 2012; 117 (1) : 12-20
- (53) B Montoya. Proposition systématique de dépistage du VIH dans un service de médecine interne. Revue de médecine interne, vol 32, suppl 1, pS130. juin 2011
- (54) Mc Kellar. Widespread routine HIV screening in the emergency department : is it time to move back to diagnostic testing. CROI 2012
- (55) J. Haukoos et al. Enhanced targeted HIV screening using the Denver HIV Risk score outperforms the emergency department non targeted screening. Abstract 1132 CROI 2012
- (56) Jessica Deblonde. Barriers to HIV testing in Europe : a systematic review. European journal of public health, 2010, vol 20(4), 422-432.
- (57) M.Peronnet. Communiqué de presse CNGE - Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté. Publié le lundi 16 janvier 2012
- (58) Thèse de Maïlys Chambon Pamelle : Place du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du VIH/sida : enquête auprès des jeunes de 18 à 25 ans. 2009
- (59) Seisen et al. Influence de l'âge sur la santé sexuelle masculine. Prog Urol, 2012, 22, S7-S13, suppl 1
- (60) Meystre-Agustoni Giovanna et al. Talking about sexuality with the physician: are the patients receiving what their wish. Swiss Medical Weekly. 2011;141;w13178
- (61) Gerbert B, Maguire BT, Coates TJ. Are patients talking to their physicians about AIDS. Am J Public Health. 1990;80(4):467-9
- (62) Dubois-Arber et al, Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida. Septième rapport de synthèse 1999-2003. Département universitaire de médecine et de santé communautaires, institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne
- (63) Aschka, C., et al., Sexual problems of male patients in family practice. J Fam Pract, 2001. 50(9): p. 773-8.
- (64) Temple-Smith, M., et al. Barriers to sexual history taking in general practice. Aust Fam Physician, 1996. 25(9 Suppl 2): p. S71-4.
- (65) Meystre-Agustoni G, et al. Prévention des IST au cabinet médical, un rendez-vous souvent manqué. 2006, institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- (66) Mesthé P. Plainte pour dysfonction érectile et consultation de médecine générale. Exercer 2006.N° 79 p 116-119
- (67) Thèse Natahalie SSI-YAN-KAI. Acceptabilité de l'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention des IST en médecine générale, 2010
- (68) Thèse d'Elsa Donguy. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale ? Représentation patients. 2012
- (69) Lert F, Pialoux G. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis à-vis du VIH et des IST. Rapport Réduction des risques sexuels, VIH&IST, 25 novembre 2009.
- (70) Laurence Dore. Médecine générale et sexualité. Enquête auprès des médecins généralistes d'Aix-En -Provence, Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie. 2004.
- (71) Jaury P., Fabre-Jaury M. Les différentes psychothérapies et la psychothérapie en médecine générale. Département de médecine générale, faculté de médecine Paris-Descartes. 2009

VII. Annexes

1. Procédure d'assurance qualité applicable au médecin exerçant dans un cabinet pour pouvoir réaliser un test rapide d'orientation diagnostique

PROCÉDURE D'ASSURANCE QUALITÉ APPLICABLE AU MÉDECIN EXERÇANT DANS UN CABINET, À L'ÉTABLISSEMENT OU AU SERVICE DE SANTÉ MENTIONNÉS À L'ARTICLE 1er DU PRÉSENT ARRÊTÉ

La procédure d'assurance qualité est formalisée dans un document écrit précisant notamment :

- la formation accomplie pour pratiquer le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection à VIH 1 et 2, l'interpréter et en remettre le résultat ;
- les recommandations du fabricant du test rapide d'orientation diagnostique de l'infection à VIH 1 et 2 pour son utilisation ;
- les modalités de la traçabilité des tests utilisés et de leurs résultats ;
- les modalités de la communication du résultat du test rapide d'orientation diagnostique de l'infection à VIH 1 et 2 au patient ; — le ou les laboratoires de biologie médicale identifiés pour la réalisation du diagnostic biologique de l'infection à VIH 1 et 2 mentionné à l'article 1er de l'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 ;
- les modalités de la prise en charge du patient en cas de positivité du test rapide d'orientation diagnostique ;
- les modalités d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).

Dans les établissements ou services de santé, le directeur de l'établissement ou du service désigne les médecins, les biologistes médicaux, les infirmiers et les techniciens de laboratoires y exerçant pouvant réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH 1 et 2.

Le document d'assurance qualité précise l'identité des professionnels de santé ainsi désignés et les modalités de formation, de vérification initiale et d'évaluation régulière de leurs compétences et pratiques.

2. Guide d'entretien

1. Introduction :

- Bonjour, merci de m'accueillir, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et comme convenu au téléphone, je viens m'entretenir avec vous afin de réaliser une étude qualitative dans le cadre de ma thèse.
- L'entretien va se dérouler très simplement, le but étant que vous puissiez parler **librement** et le plus **sincèrement** possible de **vos pratiques professionnelles et de votre ressenti** face à certaines situations.
- Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.
- Sous couvert **d'anonymat**.
- Si vous êtes d'accord, je me permets **d'enregistrer** la conversation pour simplifier la retranscription.
- L'entretien va durer entre 20 et 40 minutes.
- Je vais donc vous laisser parler le plus possible sans vous interrompre, je me permettrai de vous relancer sur différentes thématiques pour essayer d'avancer dans notre réflexion.

1. Profil du médecin :

Pour débiter, j'aimerais que vous vous présentiez professionnellement et personnellement pour faire connaissance :

- Comment définiriez-vous votre mode d'exercice :
 - o En quelle année vous êtes-vous installé ?
 - o Autre activité avant votre installation ?
 - o Médecine générale exclusive ou autre activité ?
 - o Appartenance à des réseaux?
 - o Maître de stage d'une faculté?
- Choix géographique de l'installation du cabinet ?
- Données sur les modes de fonctionnement du cabinet
 - o Niveau socio-professionnel ? Combien de CMU / AME ?
 - o Quel secteur d'activité ?
 - o Installation en cabinet de groupe ou seul ?
 - o Consultation libre ou sur rendez-vous ?
 - o Informatisation ?
 - o Quelle durée moyenne d'une consultation ? Combien de consultations par jour ?
- Données personnelles :
 - o Lieu des études de médecine
 - o Âge, statut marital, enfants, origine géographique, (religieuse)
- Activité professionnelle :
 - o Avez-vous une pratique de gynécologie de ville (contraception, frottis CV) ?
 - o Activité de prévention en général (mammographie, frottis, PSA) ?

2. Prévention et dépistage de l'infection par le VIH

a. Etat des lieux

- Pour entrer dans le vif du sujet je voulais savoir quelle perception avez-vous eu de l'émergence du SIDA ? Quel impact sur votre vie professionnelle ?
- Je voudrais également aborder les différents problèmes que vous avez pu rencontrer dans le cadre de la prévention et du dépistage du VIH de manière très générale.
 - o Pour commencer pourriez-vous me raconter la dernière fois que vous avez discuté de ce sujet avec un patient ? (quand, quel contexte ?)
 - o Le mois dernier combien de fois avez-vous proposé la réalisation d'un test ? De manière générale **combien de fois par mois** ?
 - o A qui? Avez-vous un **portrait-robot** privilégié pour le dépistage ?
 - o Par exemple, **quels motifs de consultation** vous incitent à proposer un test ? Quand, à qui, comment ? Consultation gynécologique (contraception) ? autres IST ? Check up ?
- Selon vous, quels sont les outils de prévention les plus performants ?
 - o Média, campagne de prévention de santé publique, émission télévisuelle, internet, brochures, école, médecin.
 - o Est-ce que vous avez des **brochures** ou des **affiches** sur le sujet dans **la salle d'attente** ou votre cabinet ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ? Quelle place pour la prévention ?

- Avez-vous une estimation du nombre de personnes infectées par le VIH que vous suivez ?
 - Avec quel centre de référence travaillez-vous ?
 - Suffisamment de retour, de lien avec l'équipe hospitalière?
- Situation d'urgence – traitement post exposition – nouveaux tests combinés
 - Avez-vous déjà été dans une situation où un patient venait consulter en **urgence post-exposition** ?
 - Connaissance sur le Traitement Post Exposition ?
 - Connaissance sur les délais des tests combinés ?
 - Est-ce que vous vous sentez suffisamment **formé** et informé ?
 - Avez-vous déjà eu l'occasion de participer à une formation continue ou à un congrès récemment pendant lesquels ces thèmes ont été abordés?
 - Avez-vous déjà entendu parler de « **counseling pré-test** »?
 - Adresse des CIDAG à proximité du cabinet?
- Si je m'intéresse à toutes ces questions, c'est notamment car dans les dernières recommandations de l'HAS du mois d'octobre 2009, il est rappelé le nombre important de personnes vivant avec le VIH sans le savoir (40 000 personnes, fourchette 18000 et 60000) et les conséquences néfastes d'un dépistage tardif autant d'un point de vue individuel que collectif. Pour améliorer ces retards au diagnostic il est proposé un **dépistage de la population générale auprès des médecins généralistes**.
 - En avez-vous entendu parler ?
 - Que peut-on en penser ?
- Avez-vous entendu parler des tests rapides de dépistage ?
 - Pensez-vous que les médecins généralistes sont prêts à les utiliser dans leur cabinet ?
 - Avec une formation nécessaire ? sous quelle forme ?

b. Difficultés rencontrées lors de la prévention et du dépistage

- Certains de nos collègues ont des difficultés à aborder le sujet du VIH ?
 - Est-ce un **tabou** ?
 - Croyez-vous qu'il existe une certaine forme de stigmatisation ou de **discrimination** ?
 - Avez-vous un épisode à me raconter où vous n'avez pas réussi à aborder le sujet ? Où il y a eu une gêne avec le patient ?
 - Pensez-vous que cela puisse arriver que les médecins aient **peur de choquer leur patientèle** ?
- Le facteur temps : est-ce **chronophage** en consultation d'aborder le sujet ?
- Comment peut-on faire malgré une **barrière linguistique** ?
- Le fait d'exercer dans le 93 ou dans des arrondissements plutôt privilégiés de Paris.
- Concrètement quelles sont les barrières des médecins au dépistage?

1. Sexualité :

- Finalement derrière la problématique du VIH il y a tout l'abord de la sexualité, c'est un sujet souvent délicat à aborder, pourquoi les médecins ont-ils des difficultés ?
- En tant que médecin généraliste, vous souvenez vous d'une consultation où vous avez voulu aborder le sujet sans y parvenir ?

- Le fait de connaître le reste de la famille (le mari, la femme, les parents ?) est-il un obstacle ?
- Avez-vous été aidé par une **formation** ?
- Pensez-vous que c'est au médecin ou au patient d'aborder le sujet de la sexualité ?
- Une petite étude américaine sur 80 patients a montré que 97% des hommes souhaitent parler de sexualité avec leur médecin généraliste, et seulement 19% ont osé le faire et qu'ils préfèrent que ce soit le médecin qui initie le sujet. Ils déclarent également que c'est leur médecin traitant qui est le mieux placé pour aborder ce sujet.
 - o Que faut-il en penser?
- Pensez-vous qu'il soit plus difficile, en général, pour un **médecin homme ou un médecin femme** d'aborder le sujet avec des patients hommes ou des patients femmes ?
 - o Avez-vous des exemples ?
- **L'âge** du médecin ? **L'expérience** acquise pour aborder la sexualité ?
- Avec les plus jeunes, vous arrive-t-il de faire sortir les parents car vous pensez que **l'adolescent** aimerait parler de sexualité? Pendant une consultation pour le Gardasil® ?
- Avec des **personnes âgées** comment aborder le sujet? Dysfonction érectile / Ménopause
- Avez-vous plus de difficultés à aborder la sexualité avec certaines populations ou **cultures**?
- Et l'orientation sexuelle ?
 - o Avez-vous été dans une situation où vous n'avez pas osé demander ?
 - o Vous sentez-vous capable d'adapter votre discours selon les pratiques sexuelles d'un homme ou d'une femme hétéro/homosexuel ?
 - o Augmenter la fréquence du dépistage ?
- Est-ce que pour vous dans notre société actuelle parler de la sexualité entre un patient et son docteur reste tabou ?
- Quelle évolution depuis le début de votre exercice ?
- Pour terminer quelle est la place, selon vous, du médecin traitant dans les problématiques liées à la sexualité et au dépistage VIH ? Comment améliorer la prise en charge ?

Je vous remercie infiniment du temps que vous m'avez consacré et si vous le désirez, je vous ferai parvenir ma thèse par mail.

3. Retranscription des entretiens

N°1 : le 13/10/2010

Dr Fantasio

6^{ème} arrondissement Paris

Contexte : C'est mon premier entretien (entretien préparatoire), il s'agit d'un médecin généraliste travaillant dans le 6^{ème} arrondissement, que je connais, il accepte donc sans difficulté de réaliser l'entretien. Il travaille dans un cabinet de groupe, avec une secrétaire, une salle d'attente simple (pas d'affiche ni brochure), je le vois en fin de journée après ses consultations vers 19h30, il est fatigué, avec une grosse rhino-pharyngite. Le téléphone portable sonne 3 fois pendant l'entretien.

L'entretien dure au total presque une heure (43:04).

Les questionnaires lui seront déposés plus tard (ils ne sont pas tout à fait finis...)

Camille : Bonjour. Pour débiter j'aimerais que vous vous présentiez professionnellement et personnellement : depuis quand êtes-vous installé, avez-vous eu d'autres activités avant, quel mode d'exercice.

Dr F : Alors je fais de la médecine générale depuis 37 ans puisque je me suis installé à Paris dans le 14^{ème} arrondissement le 01/11/1973 et j'ai actuellement 66 ans. J'arrive donc au bout de 37 ans de médecine générale à Paris après avoir changé de cabinet 3 ou 4 fois, d'avoir commencé dans le 14^{ème} et fini dans le 6^{ème}, voilà.

C : Et avez-vous eu d'autres activités en parallèle de la médecine générale ?

Dr F : Pas beaucoup, je suis plutôt monomane, mis à part entre les années 80 et 90, 10 années de participation active associative à la création de médecin du monde.

C : Pourquoi l'installation dans le 14^{ème} et 6^{ème} ? Pourquoi avez-vous choisi ces quartiers ? Par hasard ? A côté de chez vous ?

Dr F : Je me suis installé dans le 14^{ème} à l'époque où il n'y avait pas beaucoup d'installations dans Paris, même très peu, on s'installait comme on voulait, il n'y avait pas grand monde, je rentrais du service militaire, avec ma femme et deux enfants, une famille. J'ai voulu demeurer à Paris pour rester dans une mouvance intellectuelle du moment. Voilà, en gros c'est ça.

C : J'ai vu que vous étiez en consultation sur rendez-vous, vos dossiers sont-ils informatisés ?

Dr F : Non, ils ne sont quasiment pas informatisés, je suis resté au dossier papier, l'informatique me sert pour la gestion de la comptabilité et comme machine à écrire.

C : Une estimation de combien de consultations par jour ?

Dr F : 17- 18 environ.

C : Avez-vous une pratique de gynéco de ville, frottis, contraception ?

Dr F : J'en ai fait pendant longtemps, mais je n'en fais plus.

C : De manière plus générale, la prévention : mammo, hémocult, frottis, PSA ?

Dr F : Je fais mon devoir de généraliste qui fait tant qu'il peut le faire, stimule autant qu'il peut stimuler :

du dépistage du cancer du sein, hémocult, comme tout le monde, pas avec une motivation particulièrement agitée.

C : Vous appartenez à des réseaux ?

Dr F : Oui, aux réseaux Ensemble, Memorys et je crois même appartenir au réseau Quiétude, réseau de soins palliatifs sur Paris et une forme de réseau qui est la garde médicale de Paris.

C : Et vous êtes maître de stage à Paris 5.

C : Et où avez-vous fait vos études de médecine ?

Dr F : A Lille.

C : On va rentrer dans le sujet, on va parler du dépistage VIH notamment. Vous travailliez dans les années 80, quelle perception du SIDA à ce moment-là ? Quel impact sur votre vie professionnelle ?

Dr F : Le premier souvenir que j'en ai, ça date de l'année 78 à peu près. Les toxicomanes que l'on voyait à l'époque, même si j'étais pas spécialement branché toxico, mais enfin j'en voyais évidemment, on était assez étonné de voir qu'ils avaient beaucoup de ganglions cervicaux et axillaires, on comprenait pas bien pourquoi, et je me souviens en avoir envoyé 2-3 à l'hôpital avec de la fièvre. En fait c'était des SIDA, mais le lien n'était pas encore repéré et après on a compris : ah mais oui, mais bien sûr c'était des sida et à partir de là on a commencé à faire du dépistage comme tout le monde, j'en n'ai pas fait plus que... en fait l'activité qu'on avait à MDM dominait un peu tout ça, après quand on a découvert le virus du sida, dans les années 80, ce dont je me souviens c'est que avec Deloche le chirurgien cardiaque qui était président de MDM, un des premiers après que Bernard (K) ait quitté la présidence, il disait c'est quand même incroyable, insupportable on fait des greffes cardiaques, des acrobaties de chirurgie et ça fait 3 malades qu'on perd du sida et puis c'est complètement con, comment se fait-il qu'on ramasse du sang sur le bd St Michel auprès des volontaires sans même les dépister, on avait repéré à ce moment-là déjà, suspecté fortement l'ineptie pour la transfusion sanguine avant que n'éclate le scandale de l'époque. Et comme on était des grandes gueules et qu'on avait tout un tas de copains journalistes avec qui on partait dans des missions dans le monde, qui étaient prêts à l'ouvrir comme nous, on s'était dit il faudrait quand même le leur dire et soulever ce lièvre car on sentait bien qu'il y avait un lièvre là. Quelque chose dont on ne parlait pas et dont on ne voulait pas parler, et je me souviens qu'on s'est autocensuré en se disant que si on faisait ça, ça allait désorganiser tout le circuit d'approvisionnement du sang, on n'a pas assez d'argument, donc on a rien dit. Et finalement on a découvert que... Après coup on a regretté, enfin moi j'ai beaucoup regretté, on aurait dû l'ouvrir. Je pense qu'à l'époque tout le monde était très désemparé, très désorienté.. Voilà pour parler du dépistage de l'époque. Et dans les cabinets on faisait du dépistage comme tout le monde, dans le mien comme dans les autres, sauf qu'on avait commencé à initier à MDM le dépistage anonyme et gratuit, on était les premiers à organiser des consultations anonymes et gratuites

C : Parfait, et récemment avez-vous eu l'occasion d'aborder la prévention ou du dépistage avec un patient, avez-vous un exemple ?

Dr F : Oui, le dernier que j'ai dépisté c'était il y a 2 ans à peu près. Dans le type de bassin de population où je suis, c'est pas franchement la préoccupation première, je n'ai pas beaucoup d'homosexuels dans ma clientèle, même très peu, ils ont toujours tendance à aller dans des cabinets assez orientés sur le thème et puis assez peu de toxicomanes, encore que, enfin....

C : Et pour vous donc s'il fallait définir un portrait-robot, à qui faudrait-il proposer un dépistage ? Donc les homosexuels, les toxicos ?

Dr F : Oui, c'est ça, essentiellement les homosexuels et les toxicomanes et ceux qui voyagent aussi en Afrique, enfin maintenant tout le monde fait tellement gaffe que bon, oui les cadres supérieurs qui voyagent en Afrique font gaffe quand même, ceux qui font pas gaffe, ils la ramènent pas... *rires*. Donc je n'en ai pas dépisté beaucoup.

C : Et de proposer un dépistage, même dont le résultat est négatif, par mois ça vous arrive d'en proposer combien ?

Dr F : De moins en moins, parce que c'est vrai que dans ce type de bassin de population, le profil du 6^e arrondissement c'est des cadres moyens ou supérieurs et généralement ils sont au courant.

C : Effectivement, je vais faire mes entretiens à Paris mais aussi dans le 93...

Dr F : Ah oui dans le 93, vous aurez plus de clients dans ce coin-là. Pour dépister les VIH il doit y en avoir d'avantage je pense, c'est pas sûr !

C : Juste une petite question sur la prévention : qu'est-ce qui est le plus performant pour informer, avertir les gens, c'est plutôt ce qui est médias, internet, ou c'est plutôt le médecin, les brochures que l'on peut voir dans les salles d'attente...

Dr F : C'est tout ça la prévention, c'est une tarte à la crème, on fait de la prévention toute la journée, quand on met une angine à streptocoque sous oracilline on fait de la prévention contre le rhumatisme articulaire aiguë, quand on traite une cystite on fait de la prévention des pyélos, on en sort pas, c'est un concept tarte à la crème qui a tendance à m'agacer. Bien bouffer à midi c'est faire de la prévention, ne pas fumer c'est faire de la prévention, on fait de la prévention toute la journée sans le savoir, le tout c'est d'en faire un peu plus sérieusement et de manière plus solennelle qu'on nous le dit !

C : Avez-vous déjà été dans une situation où un patient venait vous voir juste après un rapport sexuel non protégé dans une situation d'urgence ?

Dr F : Oui ça arrive souvent.

C : Qu'est-ce que vous conseillez dans ces cas-là ?

Dr F : Bah, ça dépend un peu de la situation, généralement ils se font des frayeurs pour pas grand-chose, des ruptures de préservatifs ou des choses comme ça. Je leur explique qu'on essaye d'évaluer la nature possible du risque qui est la plupart du temps extrêmement faible, c'est pas la même chose que d'avoir une rupture de préservatif avec un partenaire occasionnel que d'avoir une activité avec de multiples partenaires sans

se préserver du tout. Encore une fois chez les cadres moyens que l'on voit par ici, généralement ils font gaffe.

C : Et vous avez été dans la situation où il fallait poser l'indication d'un traitement en urgence ?

Dr F : Oui ça m'est arrivé en maison médicale de garde, parce que les gens arrivent affolés un samedi ou un dimanche, mais ici en cabinet... ça m'est peut-être déjà arrivé... Dans ce genre de problème j'envoie directement aux urgences de Cochin, parce qu'ils ont des kit tout prêts et c'est très rassurant et dédramatisant plutôt que de faire ça à la sauvette et d'aller chez le pharmacien... Généralement je fais ça, d'autant plus que je n'ai pas mémorisé les protocoles et les schémas thérapeutiques...

C : Et il existe des nouveaux tests de dépistage qui raccourcissent les délais après un rapport à risque, vous connaissez un peu les délais ?

Dr F : Non.

C : Maintenant c'est 6 semaines de délais au lieu de 3 mois avec les nouveaux tests combinés entre le rapport à risque et la réalisation du test. Et dans votre clientèle, il y a environ combien de patients infectés par le VIH ? A peu près ? Une estimation ?

Dr F : Oui pas beaucoup... Une dizaine je dirais.

C : Et ils sont suivis dans quel hôpital ?

Dr F : Surtout Pompidou ou Cochin essentiellement.

C : Et vous avez un bon retour des équipes hospitalières, vous recevez les CRH, vous êtes bien informé ?

Dr F : Oui, mais on sent qu'ils ont tendance à s'isoler un peu dans leur pratique dans les services de VIH, on les comprend bien.

C : Mais ils travaillent avec vous ? Ils vous appellent s'ils ont des problèmes avec vos patients ?

Dr F : Pas vraiment, mais ça m'a pas posé de problème majeur, d'abord les gens qui sont VIH depuis plusieurs années ils sont parfaitement au courant de tout, le généraliste lambda qui n'est très branché VIH comme moi, il sert un peu comme ça au coup par coup de suivi de dépannage. J'en ai un ou deux un peu lourds que je vois beaucoup...

C : Si je vous pose toutes ces questions, c'est parce que l'HAS a proposé des recommandations il y a un an, car il y a un nombre important de personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir qui est estimé à 40 000 et qu'il y a des conséquences néfastes du dépistage tardif que cela soit au niveau individuel bien sûr, mais aussi au niveau collectif car ils contaminent beaucoup de gens sans le savoir. Et ils ont proposé un dépistage systématique de toute la population et qui devrait se faire notamment par le médecin généraliste. Avez-vous déjà entendu parler de ça et qu'est-ce que vous en pensez ? De la faisabilité, de comment l'organiser... ?

Dr F : Oui j'ai lu ça dans la presse. D'abord ça dépasse largement la pratique dans un cabinet, c'est une décision d'en haut, un peu citoyenne, qui concerne l'ensemble de la population française. Donc ce n'est pas à nous d'instrumentaliser cette décision.

C : Et s'ils proposent de dépister tout le monde, vous le sentez comment ?

Dr F : Moi je veux bien, mais si je dis aux gens :

« Dites donc vous, vous n'avez pas fait votre test, bon

je vous le mets sur le bilan ». Je le propose souvent dans un bilan quand il y a des nécessités... Oui ça m'arrive souvent quand je prescris un bilan je leur demande vous voulez un test ? Certains répondent oui, non, certains sont très contents qu'on leur pose la question car ils n'osaient pas en parler, d'autres ça ne sert à rien du tout parce que tata... Je veux dire moi je ne suis pas contre ça mais c'est une décision politique, nationale, qui suppose une pédagogie au niveau de la population, qui soit bien faite, c'est pas facile, car je pense que ça doit toucher une certaine catégorie de populations sur lesquelles il ne faut surtout pas discriminer, car si on commence à dire que tous les maliens doivent aller faire leur test, j'imagine pas le bordel que ça va être, le problème il est là.

C : C'est bien pour ça que le dépistage va être proposé systématiquement à toute la population, car le dépistage ciblé ça ne suffit pas.

Dr F : Donc tout Neuilly, St Cloud, le 16^e vont être priés d'aller se faire dépister, comme tout le monde !

C : Et dans ce cadre-là, il y a aussi de nouveaux tests rapides qui sont en train d'être développés, il s'agit de prendre une goutte de sang en capillaire et de la déposer sur un réactif et on lit immédiatement : un trait négatif ou une croix positif, est-ce que vous vous voyez faire ça en cabinet ?

Dr F : ... Oui je me vois le faire, mais c'est comme pour le dépistage du cancer colo-rectal ou le sein, on a besoin d'une explication politique, qu'il y ait des spots à la télévision qui encouragent les gens à le faire, qu'on leur explique correctement.

C : Et il faut que les médecins soient également formés ? Car si un patient découvre sa séropositivité devant vous il faut savoir réagir aussi...

Dr F : Oui ça suppose une formation des médecins, du corps médical. Sur le principe moi je ne suis pas contre.

C : Et du fait de tout ce dont on vient de parler, les maliens, la sexualité... C'est un sujet un peu tabou, est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir envie de poser la question de faire le test et finalement vous ne l'avez pas fait, parce que ça ne passait pas avec la personne ou...

Dr F : Vous savez dans les bourges du 6^e arrondissement, les gens sont au courant.

C : Mais est-ce qu'ils sont vraiment au courant les bourges ?

Dr F : Peut-être pas chez les plus jeunes, les lycéens et les adolescents, alors là d'accord, mais sur les gens qui ont 20,30 ans 40 ans, qui ont une activité sexuelle, la plupart du temps... Ce qui serait vraiment intéressant c'est qu'on ait une information sur quelles catégories socio-professionnelles sont plus ou moins à risque. Les homosexuels ça d'accord

C : Encore faut-il savoir qu'ils sont homosexuels...

Dr F : Ah oui, mais est-ce que les africains sont vraiment à risque ou pas est-ce qu'ils importent beaucoup de VIH ? Mais moi j'en vois pas beaucoup des africains ici. C'est comme toutes ces campagnes de prévention ou de dépistage, ou comme les check up de la sécu, quand c'est fait de manière systématique et aveugle la rentabilité du dépistage est très faible, et ça coûte cher pour des résultats bon... mais si on cible sur

les populations à risque ou sur des « suspicion-diagnostic » ou autres, bah oui on aurait envie de voir ça comme ça, mais vous voulez mon avis je vous le donne, mais je ne suis pas ministre de la santé !

C : Est-ce que vous trouvez que ça prend du temps d'aborder le sujet du VIH, de la sexualité en cabinet, est-ce chronophage ? Ou bien est-ce que quand ils ne viennent pas pour ça c'est délicat ?

Dr F : Encore une fois ça dépend à qui on a affaire, il n'y a pas de réponse systématique. Quand on s'adresse à des ados ou des pré-ados, c'est à cet âge-là que ça me semble utile de les informer, bon c'est pas évident en cabinet, leur parler de ça bon surtout quand il y a une salle d'attente qui pousse, on n'y arrivera pas. Les adolescents 16-17-18 ans déjà un peu plus mais encore, et c'est pas la même chose en Seine saint Denis que dans le 6^e...

C : Et par exemple une jeune fille qui vient pour faire son Gardasil[®] ? Son vaccin contre HPV ? Vous en profitez pour caser un petit mot par exemple ?

Dr F : C'est pas évident, franchement, s'il n'y a pas une demande. En plus moi je suis un homme face à une jeune fille de 14-15 ans, c'est pas forcément évident de s'entendre parler de sexualité, c'est plus facile avec une médecin maman qu'avec un médecin papa me semble-t-il. Avec des garçons c'est plus facile bien sûr.

C : et avec des personnes âgées ?

Dr F : ça dépend de quoi on veut parler.

C : Si on veut parler plus de la sexualité en général, en quittant le VIH ?

Dr F : Il faut qu'il y ait une demande encore une fois, je ne vais pas leur tomber dessus en leur disant tiens on va causer sexualité, alors ça va ?

C : ça dépend, par exemple il y a une étude américaine, une petite étude sur 80 hommes d'âge moyen, qui retrouvait que 97% des hommes avaient envie de parler sexualité avec leur médecin et qu'il n'y en avait que 19% qui osaient le faire et qu'ils disaient que c'était au médecin d'aborder le sujet en premier...

Dr F : Ouais ouais, d'accord...

C : Donc finalement est-ce que c'est le médecin qui est le plus gêné d'en parler en premier et qui dit c'est pas mon rôle si on ne m'en parle pas ou alors les patients sont tellement mal à l'aise pour parler de ça que c'est au médecin de tendre une perche pour voir si la personne a envie de parler.

Dr F : Oui on a un rôle social par rapport à ça, comme les enseignants, les parents, les journalistes...

C : Donc ce n'est pas plus au médecin...

Dr F : S'il y a un sujet c'est par rapport à la contraception, ça dépend de ce qu'on met dans la sexualité, si c'est leur difficulté à savoir comment faut faire etc ou si c'est ce qui concerne la contraception ou les maladies sexuellement transmissibles, là bien entendu que c'est le rôle du médecin.

C : Et quand ils viennent pour demander du Cialis[®] ou du viagra[®] ?...

Dr F : Oui mais les sexagénaires qui viennent chercher du Cialis[®] qui ont 40 ans de vie sexuelle débridée derrière eux !! Rires.

C : Oui justement s'ils viennent pour ça c'est peut-être qu'ils ont aussi d'autres problèmes....

Dr F : oui je ne suis pas contre en parler, mais c'est pas fréquent. Mais ce qui a vraiment changé dans la pratique, à l'époque les médecins par rapport aux hommes... Enfin ça dépend entre les ados, les pré-ados, ceux qui ont une vie familiale ou les sexagénaires, il n'y a pas de règle ! Mais par rapport à la sexualité masculine, souvent on voyait des gens qui venait car ils n'arrivaient pas à baiser ou ils avaient des problèmes d'éjaculation précoce, on avait rien du tout pour y répondre, ça se terminait généralement par des discutalleries... Jusqu'à la prescription des anti-sérotoninergiques pour les éjaculateurs précoces puis l'arrivée du viagra et du Cialis®. Ça a complètement changé les choses. Donc oui là on en parle mais parce que les gens viennent pour ça, mais je ne m'empresse pas pour leur sauter sur le palto pour qu'ils me racontent toute leur vie sexuelle dans les détails, j'en n'ai rien à foutre.

C : et est-ce que vous avez des patients où vous vous êtes posés des questions sur leurs orientations sexuelles et puis finalement vous ne leur avez jamais posé la question ?

Dr F : je ne pose pas la question, et je pars du principe que ça n'a pas grosse importance. En revanche il y en a qui me le dise, ça ça arrive, ça change pas grand-chose, même rien du tout

C : oui sauf qu'effectivement l'incidence du VIH chez les homosexuels...

Dr F : oui mais ça ils le savent, on les a tellement renseigné, mais sur le plan de la posture mentale du soignant par rapport au soigné ça ne devrait pas changer grand-chose

C : et en conclusion, la place du médecin traitant dans tout ce qui concerne la sexualité et le dépistage VIH ?

Dr F : la place du médecin, par rapport à la sexualité, compte tenu des aspects multiples et variés du sujet, sa position première c'est par rapport aux maladies sexuellement transmissibles, la contraception, la prévention de l'IVG. C'est surtout là qu'il faut se focaliser, car il y a quand même trop d'IVG, on se rend compte que finalement il y a beaucoup de jeunes femmes/ado qui sont au courant de rien du tout ou pas assez

Téléphone sonne, il répond

C : Et le dépistage du VIH par le médecin généraliste de la population systématique ?

Dr F : s'il y a une décision de faire un dépistage systématique il n'y a pas besoin de passer par un cabinet de médecin générale, ils vont au laboratoire directement se faire leur dépistage, le problème sera de savoir qui va financer cette campagne et comment ça va être fait.

C : il y a quelques conseils à donner aussi, encadrer le test... Il faut qu'il y ait un médecin pour donner les résultats ?

Dr F : oui, une fois que le résultat est positif, qu'est-ce qu'on fait ? On comprend bien que ça n'est pas très possible pour cette raison-là d'envoyer les gens directement au laboratoire d'analyse, puisqu'on rend le médecin biologique responsable de la gestion de l'annonce des résultats, ce qui est un problème, donc il faudra obligatoirement passer par un cabinet de médecine générale ou les centre de santé en tout cas qu'il y

ait un médecin qui ait une consultation confidentielle qui puisse prendre en charge la gestion de la réponse. Je ne vois pas en quoi les généralistes auraient à s'y opposer pour une raison ou pour une autre.

C : ça paraît faisable ?

Dr F : La difficulté c'est la gestion du résultat positif, avec les réponses douteuses comme il y en a pas mal d'ailleurs, il y a les faux positifs, donc des choses qu'il faut re-prélever une 2^e fois, c'est une chose assez délicate finalement, même si je n'ai pas tellement réfléchi à ça plus que ça...

C : donc peut-être il faudrait une formation des médecins ? Pour la gestion des faux positifs, des annonces diagnostics...

Dr F : oui mais la plupart du temps ils le savent, et les faux positifs ce sont les laboratoires qui...

C : Oui mais il n'y a pas que les résultats, il y a aussi toutes les questions autour de la sexualité concernant le dépistage. Si j'ai eu mon dernier rapport à risque il y a 3 semaines, quand dois-je faire mon dépistage, etc...

Dr F : A partir du moment où on ne peut pas imaginer un dépistage obligatoire à la stalinienne, c'est-à-dire qu'il faut encourager les gens à aller faire la démarche, de dire je vais me faire dépister, du même style que le dépistage colo-rectal, il faut des campagnes télévisées. Le problème ça va être est-ce qu'il y a un débat politique autour de ça ? « -oui vous stigmatisez une population - non non pas du tout, c'est tous les français ». Enfin, on sait quelles sont les populations à risque, les statistiques existent... Elles ne sont pas toutes publiées... Enfin oui on va voir...

C : Merci beaucoup.

N°2 : le 15/11/2010

Dr Spirou Saint-Denis 93

Contexte : premier médecin avec lequel j'arrive à entrer en contact après beaucoup d'appels à St Denis... J'ai effectivement trouvé son portable sur les pages jaunes... Accepte de me recevoir après ses visites vers midi et quart et avant ses consultations qui commencent à 14h. L'entretien dure 45 min (47:17). Il est en cours de déménagement dans un cabinet avec un autre MG. Il a une grosse rhino-pharyngite. L'entretien se déroule très agréablement, il prend son temps pour répondre aux questions, paraît plutôt intéressé par le sujet. Il est perplexe quand je lui parle des questionnaires en fin d'entretien. Il est finalement d'accord pour qu'on lui dépose les questionnaires dans son futur cabinet où il y aura une secrétaire pour les distribuer.

C : Pour commencer j'aimerais que vous vous présentiez professionnellement et personnellement.

Dr S : Donc j'ai 51 ans, installé depuis 20 ans ici, en cours de déménagement pour m'associer le 29 no-

vembre à une collègue un peu plus loin dans la rue. J'ai toujours fait de la médecine générale et avant de m'installer j'ai fait quelques remplacements, dont d'ailleurs le médecin dont j'ai pris la suite.

C : Et vous connaissiez déjà Saint Denis ?

Dr S : C'est ma femme qui habitait St Denis et nous habitons toujours St Denis.

C : Vous êtes en secteur 1, 2 ?

Dr S : Secteur 1.

C : Et les consultations libres ? Sur rendez-vous ?

Dr S : Pour l'instant visite le matin puis libre et sur rendez-vous et à partir du 29 quand j'aurai déménagé on passe sur rendez-vous totalement.

C : Vous êtes informatisé ?

Dr S : Je suis informatisé, mais ça ne m'empêche pas d'avoir encore mes dossiers papiers.

C : Avez-vous une idée de combien de patients CMU ou AME dans votre patientèle ?

Dr S : Je peux même avoir plus qu'une petite idée, je peux même vous donner les chiffres exacts, car je viens de recevoir les chiffres 2010 (*il va chercher dans ses papiers*). Alors pourcentage de patients CMU 13%. Je ne sais pas s'ils comptent les aides médicales d'état là-dedans, car je pense qu'avec les AME c'est nettement plus. Je dirai CMU + AME ça doit faire le quart des patients, entre 20 et 25%.

C : Et en moyenne vous avez combien de consultations par jours ?

Dr S : En moyenne je dirai une vingtaine.

C : Est-ce que vous pratiquez un peu de gynécologie de ville ? Frottis, contraception ?

Dr S : Non, pas de frottis. Je prescris la pilule, la contraception, la gynécologie de base.

C : Et vous vous sentez très impliqué dans tout ce qui est prévention : hémocult, mammo, frottis, PSA...

Dr S : Oui, enfin on essaye, tout ce qui est mammo-graphie les patientes reçoivent leur truc et pour ce qui est des hémocults je m'y suis mis assez récemment donc ça monte tout doucement et les PSA pareil, je commence à m'y mettre.

Téléphone sonne, il répond...

C : Et où avez-vous fait vos études de médecine ?

Dr S : A Lariboisière-Saint Louis.

C : Et pour entrer un peu plus dans le vif du sujet, vous avez commencé à travailler il y a 20 ans, à peu près au moment de l'émergence du Sida, quel impact ça a eu sur votre vie professionnelle ?

Dr S : A ce moment-là, je me suis inscrit dans un réseau ville-hôpital-sida ici, qui n'existe plus, et j'ai effectivement suivi un certain nombre de patients séro-positifs dont certains sont décédés et d'autres qui ont eu la chance de survivre jusqu'à l'arrivée des trithérapies et ils sont toujours là, ils sont toujours avec moi.

C : Et d'ailleurs vous me parlez de réseau, vous travaillez encore actuellement avec des réseaux ?

Dr S : Je suis président d'un réseau de santé qui s'appelle « réseau de santé de Saint Denis », dont la principale réalisation était la création d'une maison médicale de garde qui est ouverte depuis février 2008 et dont je suis le coordinateur. Je fais aussi partie de la Maison de la santé qui est à Saint Denis. Elle s'occupe de... enfin c'est l'atelier santé-ville, enfin c'est un peu

compliqué, c'est une association à qui la ville de Saint Denis a délégué le volet santé de la politique de la ville. Donc cette association s'appelle la Maison de la santé et regroupe des professionnels de santé, donc le réseau de santé dont je fais partie, des associations représentant les habitants, l'hôpital de Saint Denis, enfin un certain nombre de partenaires. Et donc il y a des projets de santé et je participe surtout au groupe de travail sur la démographie médicale et l'offre de soins à Saint Denis, avec les problèmes qui existent déjà et qui ne vont pas manquer de s'accroître dans le domaine de l'offre de soins sur Saint Denis, parce qu'au niveau médecin généraliste et spécialiste pour l'instant ça va à peu près, mais beaucoup partent à la retraite et ne trouvent pas de successeur. Et il y a le problème des infirmiers et des kinés, où on est très très sous dotés. Donc on essaye de réfléchir avec la ville de Saint Denis pour déjà maintenir ceux qui y sont et donner envie à de jeunes professionnels de santé de s'installer, tout ça dans la mouvance des éventuelles maisons de santé. Donc j'ai un certain nombre d'activités para-professionnelles.

C : Très bien, et je voulais aussi voir un peu les différents problèmes que vous pouvez rencontrer dans la prévention et le dépistage du VIH, et si vous avez une anecdote, par exemple la dernière fois que vous avez discuté de ce sujet avec un patient ? Ou la dernière fois que vous avez proposé un test ? Est-ce que ça vous arrive fréquemment ?

Dr S : Cela m'arrive oui bien sûr, fréquemment... pas assez, je l'avoue. Ça arrive principalement à quelle occasion aujourd'hui ? Je dirai que de plus en plus, du moins depuis 4-5 ans, c'est les patients qui le demandent. Par exemple à la suite d'une rupture de préservatif ou quelque chose comme ça, soit au cours des examens pré-nuptiaux mais qui n'existent plus, soit surtout pour les grossesses bien sûr. J'ai aussi beaucoup de patients primo arrivant ou arrivés récemment de pays où il y en a pas mal quoi, donc à un moment ou à un autre, pas forcément à la première consultation, ils me demandent un bilan, ils me demandent tous un bilan, et dans le bilan je leur propose systématiquement le VIH, j'ai jamais de refus, c'est plutôt bien accepté. Sur des signes cliniques, ça j'avoue c'est rare, ça peut arriver mais c'est rare.

C : Et donc en moyenne, par mois, vous diriez que vous en prescrivez combien à peu près des tests ?

Dr S : 5 à peu près.

C : Donc le portrait-robot pour vous c'est plutôt les migrants récemment arrivés. Je ne sais pas si vous avez une patientèle homosexuelle importante ?

Dr S : Non, très peu.

C : Ou des toxicomanes ?

Dr S : Toxicomanes, ceux que j'ai, je les connais depuis longtemps, ils sont VIH d'ailleurs...

C : Et ça vous est déjà arrivé une situation où un patient venait vous voir en urgence après un rapport à risque par exemple, en post exposition immédiate ?

Dr S : Oui c'est arrivé, après rupture de préservatifs.

C : Et dans ces cas-là ils viennent vous voir tout de suite ou c'est trop tard pour débiter un traitement ?

Dr S : C'est pas immédiat, immédiat.

C : Il ne vous est jamais arrivé d'avoir besoin de les adresser aux urgences pour commencer un traitement ?

Dr S : Non, ça n'est jamais arrivé, soit parce qu'ils venaient trop tard, soit parce que j'estimais à l'interrogatoire qu'il n'y avait pas de risque majeur.

C : Je ne sais pas si vous en avez entendu parler mais les nouveaux tests ont pas mal évolué...

Dr S : Oui j'ai cru comprendre qu'un seul elisa suffisait maintenant

C : Oui c'est ça, ce sont de nouveaux tests combinés avec un elisa et l'antigénémie p24 qui est intégré, et ça permet des délais plus rapides. Avant on disait 3 mois après le rapport à risque, maintenant ce n'est plus que 6 semaines, ça peut être intéressant pour les patients.

Dr S : Je ne le savais pas, et bien vous n'êtes pas venue pour rien ! Donc on fait le test immédiatement pour voir s'ils ne sont pas contaminés d'avant et 6 semaine après.

C : Et y en a-t-il qui vous demandent les adresses de centres de dépistage anonymes et gratuits ? Ou s'ils viennent chez vous c'est que..., vous les adressez où ?

Dr S : Oui, je connais celui de Delafontaine.

C : Vous avez déjà eu des formations sur le VIH ?

Dr S : J'ai fait au tout début une formation, j'ai un DU sur le VIH, mais ça remonte à... (Il cherche dans sa bibliothèque) 1994, à Jean Verdier à Bondy. Mais ensuite ça s'est tellement spécialisé et complexifié au niveau des traitements que bon, on ne suit plus.

C : Et, à peu près vous suivez combien de patients qui sont infectés par le VIH ?

Dr S : Je dirai j'en ai 5 en tête, je dois en oublier 2-3, peut-être 6-7.

C : Et ils sont suivis à l'hôpital ? Dans quel centre ? Delafontaine ?

Dr S : Pas tous, mais la plupart.

C : Et ça se passe bien, vous avez de bons retours ? Un bon contact ?

Dr S : Oui, oui, je reçois les courriers, les comptes rendus.

C : Si je vous pose toutes ces questions c'est que dans les dernières recommandations de l'HAS de l'année dernière, ils rappelaient qu'il y avait environ 40000 personnes qui vivaient avec le VIH sans le savoir, que cela avait des conséquences très néfastes, autant d'un point de vue individuel que collectif, car ces personnes ont un gros potentiel de contamination, et ils proposaient donc un dépistage systématique de la population par les médecins généralistes. En avez-vous entendu parler ? Qu'en pensez-vous ? A mettre en œuvre en pratique ?

Dr S : Oui j'en ai entendu parler, mais honnêtement quand j'en ai entendu parler j'étais un peu septique. Qu'est-ce que signifie un dépistage systématique de la population ? Sur quel chiffre s'appuie la haute autorité de santé ? D'accord, tant de milliers de personnes par définition supposées, car si on les connaissait... et surtout dans quelle population ?

C : C'est aussi le problème, ils disent qu'on risque de passer à côté de certains diagnostics si on ne fait pas un dépistage systématique, car le dépistage ciblé que l'on doit faire actuellement ne marche pas suffisamment...

Dr S : J'avoue j'ai une personne âgée séropositive, je n'y avais pas pensé dans les 5 ou 6 de tout à l'heure, honnêtement le pourcentage de personnes âgées séropositives en dehors de celles qui ont été transfusées mais qui à priori sont déjà dépistées, enfin je pense, normalement... Ma patiente c'était par rapport sexuel, ça doit tourner dans les 0,0000% Est-ce que ça vaut le coup franchement un dépistage systématique ?

C : Je pense qu'effectivement ça sera plutôt un dépistage systématique sur une tranche d'âge.

Dr S : Alors dépistage systématique sur une tranche d'âge, ce serait effectivement déjà plus intéressant. Mais à ma connaissance, d'après ce que j'ai entendu dire ou lu à droite à gauche, il y a quand même des populations qui restent, des populations cibles. Tout le monde peut être touché, ça on est bien d'accord, il ne s'agit pas de stigmatisation ou quoi que ce soit, mais parmi ces populations, les migrants, les primo-arrivant, pas seulement les primo-arrivant, enfin qui pas forcément, enfin bon, ceux qui sont arrivés récemment et qui sont jeunes et puis la population homosexuelle, jeune surtout, dont on sait qu'il y a un relâchement total et gravissime des mesures de précaution; à mon avis ce serait peut-être plus intéressant de cibler, enfin de cibler... Ou alors voilà si on veut faire un truc systématique effectivement bon pourquoi pas, à l'occasion de... je sais pas. Enfin proposer dans un bilan comme on fait les vaccins tous les 10 ans, proposer éventuellement un dépistage tous les 2 ans entre 18 et 50 ans, faut bien une limite supérieure, même si on peut très bien se contaminer après. Mais quand j'ai entendu dépistage systématique de toute la population je me vois mal dans ma maison de retraite, faire HIV à l'occasion du bilan de mon patient de 80 ans...

C : Est-ce que vous avez entendu parler des tests rapides ?

Dr S : Oui j'en ai entendu parler, c'est marrant parce que j'en ai entendu parler beaucoup il y a quelques mois et puis maintenant ça a un peu disparu.

C : Là ils étaient beaucoup en expérimentation, en train d'être testés dans les urgences... Et la possibilité de faire ce type de test dans un cabinet de médecine générale, comme on ferait un test de dépistage rapide pour une angine par exemple ?

Dr S : Moi personnellement je serais plutôt pour, plutôt qu'un dépistage systématique avec prise de sang etc... Alors évidemment ça implique que... c'est pas forcément facile à gérer, si par hasard on tombe sur un positif... ça m'est arrivé 3-4 fois peut être de devoir annoncer à quelqu'un, c'est pas évident. Mais en même temps la situation n'est plus la même qu'il y a 10 ou 15 ans, ça s'est banalisé, peut-être trop dans un certain sens, peut-être que ça serait moins dramatique. A priori je ne suis pas contre.

C : Et avec peut être une formation, comment réagir en cas de test positif, ou...

Dr S : Oui bien sûr, sûrement oui.

C : Forcément quand on parle VIH, surtout avec certaine population, ça reste encore assez tabou, est-ce que parfois ça vous arrive d'avoir des difficultés à aborder le sujet, par exemple vous avez envie de lui faire un test mais vous sentez que ça va être un sujet difficile ?

Dr S : Bizarrement j'ai pas spécialement ce sentiment, j'ai pas eu de problème, je n'ai pas souvenir d'avoir eu un refus, peut-être une fois parce que la personne disait ce n'est pas la peine ça ne sert à rien, en début de grossesse ça devait être. Je n'ai pas de difficultés particulières y compris avec les populations africaines. Ceci dit c'est vrai qu'il y a peut-être une espèce d'auto censure en particulier vis à vis des populations des femmes maghrébines, bizarrement. En particulier celles qui portent un voile, un foulard, qui viennent avec leur mari, c'est vrai que... Je me suis retrouvé dans une situation où à la demande du mari séropositif (encore un, je n'y pensais plus à celui-là mais que je vois rarement), il m'a demandé de tester sa femme sans le lui dire. Ça remonte à loin. Que faire? Bah je n'ai pas eu d'autre solution que de le faire, que de rajouter sur l'ordonnance dans un bilan. Je ne pouvais pas lui dire, le mari étant là, elle ne parlait pas français, elle était arrivée récemment. Le mari s'était contaminé ici. Heureusement elle n'est pas positive. J'ai discuté avec le mari : bon d'accord je l'ai fait une fois mais comment vous allez lui expliquer, comment vous allez faire? Pas de problème, on utilise un préservatif, je ne sais pas si elle le sait maintenant ou pas, je la vois assez rarement. Mais sinon à part un ou deux cas comme ça, non je n'ai pas de gros soucis.

C : Est-ce que ça vous prend du temps d'aborder ce sujet? Ce n'est pas particulièrement chronophage?

Dr S : Non.

C : Et le fait d'être un homme, est-ce plus facile d'aborder le sujet avec un homme ou avec les femmes ça se passe bien aussi?

Dr S : *silence* Disons qu'avec les femmes c'est différent parce que... du fait des grossesses. Soit des grossesses antérieures où elles ont été testées, soit parce qu'elles sont enceintes donc au 5^e mois on fait le test VIH, il n'y a pas de soucis. Donc finalement les femmes ont beaucoup plus d'occasion, les femmes jeunes en tout cas. Donc ça rentre dans la routine.

C : Et ici les barrières linguistiques ça peut aussi compliquer ces choses-là?

Dr S : Quand on a une barrière linguistique, c'est un problème global! *Rires* Donc en général quand ils viennent c'est pour quelque chose, la première chose c'est comprendre pourquoi ils viennent, donc sauf si on a une suspicion clinique de VIH, c'est pas un sujet qui arrive forcément. Peut-être il m'est arrivé une fois ou deux de demander à l'accompagnant, la famille ou un ami, etc... « J'aimerais bien dans le bilan parce qu'il est fatigué ou qu'il a maigri ou qu'il a la diarrhée, etc, faire le VIH, vous pouvez lui demander s'il est d'accord » Souvent ils ne savent pas ce que c'est que le VIH, donc le virus du sida... Tout de suite je les rassure, « attendez je demande ça mais je ne pense pas du tout que vous l'avez mais par précaution je préférerai le faire » C'est en général ce que je dis. Mais je n'ai pas de refus.

C : L'origine ethnique dans votre cabinet, c'est surtout des africains, maghrébins, mais vous avez d'autres populations? Asiatiques? Ça peut être un peu différent aussi?

Dr S : Non très peu, beaucoup de cap-verdiens, soit arrivés direct soit après passage au Portugal. Alors

quelque fois on a des situations bizarres, moi j'ai eu une jeune femme arrivant du Portugal, enceinte jusque-là, qui ne le savait pas, enfin qui disait ne pas le savoir enfin bref, rire, qui ne sont pas pris en charge au Portugal, ou ne peuvent pas ou ne veulent pas, enfin bref ce n'est pas parce qu'ils sont passés par le Portugal qu'ils sont dépistés...

C : Et puis il y a aussi une partie de ces populations migrantes qui se contaminent une fois arrivées en France, car il y a une forte incidence chez ces populations et donc...

Dr S : Et finalement ils se contaminent entre eux facilement...

C : Et donc ça nécessite d'appuyer un peu la prévention sur ces populations-là, et justement la prévention qu'est-ce que vous pensez le plus efficace? Les campagnes de publicité, de santé publique, est-ce que c'est le médecin, l'école, les brochures? Surtout dans ces milieux-là qu'est-ce qui atteint le plus...

Dr S : Pour ceux qui ont un médecin, je pense que c'est le médecin. Mais il y a sûrement une partie de la population, en particulier chez les jeunes, qui ne vont jamais chez le médecin, alors là ça passe plutôt par les éducateurs, les référents de quartier, les grands frères... Il faut passer par tous les canaux possibles. Mais je suis un peu sceptique sur l'efficacité de pouvoir toucher une certaine partie de la population jeune, hors circuit si je puis dire. Hors circuit scolaire, hors circuit professionnel évidemment, hors circuit soin, hors circuit tout quoi. C'est pas évident.

C : Et derrière tout ça, il y a tout ce qui est l'abord de la sexualité avec vos patients. Est-ce que vous, quand vous allez parler du VIH, par exemple vous allez vraiment vous arrêter sur le VIH ou est-ce que justement vous allez parler de rapport non protégés, de différentes pratiques... Vous avez une certaine habitude d'aborder ces choses-là, comment faites-vous? Est-ce que les gens vous en parlent spontanément? Est-ce que c'est plutôt vous qui orientez le sujet?

Dr S : Il peut arriver que les gens m'en parlent spontanément par le biais de troubles de l'érection. Et c'est comme ça qu'on s'aperçoit d'ailleurs, même si on s'en doutait un peu, que certaines personnes mariées vont voir à droite et à gauche et ne se protègent pas forcément... On comprend un certain nombre de choses quoi. C'est vrai que là vous me faites penser à quelqu'un que j'ai vu récemment, d'origine du Cap Vert aussi, un patient que je suis depuis longtemps, longtemps, qui est venu se plaindre de trouble de l'érection, et manifestement comme je connais un peu sa femme, je m'aperçois que s'est pas avec sa femme quoi. C'est vrai que ce serait pas mal que je lui parle, je n'y avais pas pensé, est-ce que je lui parle de prévention aussi? Je ne sais plus quelle était votre question, mais...

C : De toute la difficulté que l'on peut avoir en cabinet à aborder la sexualité. Quand ils viennent pour des troubles de l'érection ça va de soi, mais quand ils ne viennent pas pour ça, est-ce au médecin d'aborder le sujet ou au patient?

Dr S : On aborde la sexualité quand il y a une raison. C'est toujours pour les hommes en tout cas par le biais de troubles de l'érection, ou par le biais d'infection et

pour les femmes... Et alors là par le biais d'infections que ce soit homme ou femme, c'est toujours l'occasion de prescrire le VIH. Donc là à cette occasion on parle prévention, est-ce que vous êtes avec quelqu'un, on s'immisce un peu dans la vie affective de la personne. « Est-ce que vous la connaissez depuis longtemps? Est-ce que vous avez toujours utilisé des préservatifs? » Ou quelque fois ils viennent parce qu'il sont ensemble depuis longtemps et que ça a l'air stable et qu'ils utilisaient des préservatifs et qu'ils ont envie de ne plus l'utiliser. Il y a tout un tas d'occasion comme ça d'en parler. Moi personnellement je ne me sens pas particulièrement gêné mais c'est vrai que s'il n'y a pas une raison x ou y d'en parler, ce n'est pas forcément quelque chose que j'aborde comme le tabac, l'alcool ou quelque chose comme ça.

C : On a retrouvé une petite étude aux Etats-Unis, sur 80 patients, 97% des hommes souhaitaient parler sexualité avec leur médecin généraliste et finalement seulement 19% qui osaient le faire, et ils déclaraient que c'était le médecin traitant qui était le mieux placé pour aborder le sujet...

Dr S : C'est bien les américains ça! Personnellement ce n'est pas ma façon d'aborder les choses, et je considère que ça doit rester un domaine intime et s'il n'y a pas la moindre perche tendue franchement je ne me vois pas, moi, tendre une perche, par contre si je perçois même indirectement qu'il y a quelque chose la dessous : un conflit dans le couple, j'essaie dans l'histoire du conflit du couple d'aborder à un certain moment la question de la sexualité, est-ce que vous avez encore des rapport? D'ailleurs le patient le dit souvent spontanément ça fait trois mois que je n'ai pas eu de rapport avec ma femme.

C : Et avec les personnes âgées, est-ce encore plus difficile de parler sexualité?

Dr S : Encore plus, oui oui, honnêtement, ça peut paraître idiot, non pas qu'un certain nombre de personnes âgées ont une vie sexuelle mais.... Ça n'est pas courant d'aborder le sujet, sauf par le biais des problèmes d'érection chez l'homme.

C : Et chez l'adolescent?

Dr S : Chez l'adolescent je suis extrêmement prudent par rapport à ça, je le fais avec le plus de tact possible, mais toujours s'il y a quelque part une raison. Par exemple, même indirectement, si un adolescent ne va pas bien dans sa tête, je pose des questions sur sa vie : l'école, etc, en dehors de l'école qu'est-ce qu'il fait, est-ce qu'il sort avec des amis, va au cinéma, est-ce qu'il lit etc etc, est-ce qu'il a une copine, voilà. Je ne suis pas plus intrusif que ça. Si après il veut en parler, en général ils disent oui ou non, mais ça ne va pas beaucoup plus loin

C : Et les différences culturelles, ici c'est assez riche, est-ce qu'il y a des cultures où c'est impossible de parler de sexualité?

Dr S : Impossible non, difficile... à part une population de femmes musulmanes qu'on sent, un peu entre guillemets, soumise au mari, là c'est un peu difficile.

Quand une femme qui vient avec son mari, je ne parle pas forcément des intégristes, j'en ai pas des intégristes, enfin pas que je sente comme tels, des femmes un petit peu traditionalistes on va dire, quand je leur demande

de se défaire un petit peu pour que je puisse les ausculter, elles regardent leur mari, elles demandent l'autorisation de leur mari et le mari dit oui, il fait un signe de tête. Avec ce genre de femme, probablement que je n'aborderai pas le problème de la sexualité! *Rires*. Mais à part ça il n'y a pas de tabou majeur.

C : Et tout ce qui est homosexualité? Ce n'est pas forcément facile de poser la question? Est-ce qu'il y a des patients à qui vous avez eu envie de poser la question mais finalement vous ne l'avez jamais...

Dr S : Oui oui bien sûr, il y a des patients que je sais homosexuels parce qu'ils me l'ont dit ou parce que c'est tellement évident que... Parce qu'ils me parlent de leur copain. Dans d'autres cas des patients que je connais moins bien par exemple, sauf si je... Comment dire...non je ne pose pas la question, ça ne m'est jamais arrivé, je crois de poser la question directement de but en blanc à quelqu'un : êtes-vous homosexuel?

C : Et pour adapter tout ce qui est prévention, test de dépistage...

Dr S : Honnêtement, si vous voulez, contrairement à certains quartiers de Paris, ici non pas que ça n'existe pas, mais il y a encore une sorte de tabou et probablement les homosexuels sont plus discrets. Moi ça ne me viendrait pas à l'idée, ce n'est pas quelque chose qui me vient à l'esprit, hors contexte particulier comme maladies sexuellement transmissibles, à ce moment-là je me débrouille en posant des questions pour essayer de savoir si il y a un copain ou une copine, je dis « est-ce que votre ami... » Et en fonction de la réponse je comprends. A la limite ça n'a pas une grosse importance, je comprends que l'ami en question c'est avec un i ou un ie et a lui-même ou elle-même des symptômes, enfin bref on se débrouille toujours pour savoir, mais je n'ai jamais posé la question « êtes-vous homosexuel? ».

C : Et pour terminer, qu'est-ce que vous pensez de la place du médecin généraliste dans tout ce qui est prévention, dépistage en parlant de sexualité et du VIH?

Dr S : Je pense qu'il est en théorie, et en réalité, le mieux placé pour proposer un dépistage. Encore faut-il qu'il y pense, et encore faut-il que ce dépistage trouve sa place dans tous les dépistages qu'on nous demande de faire. Entre le sein, l'intestin, la prostate, même si c'est encore discuté, ça va venir, le VIH, les hépatites, le diabète, le cholestérol... On va passer son temps à dépister et qu'est-ce qui nous reste pour soigner? Donc c'est pas évident du tout. Petit à petit, avec l'aide de l'informatique, de logiciels bien faits, à condition qu'on sache bien les utiliser... voilà dépistage machin truc à faire en telle année tac tac tac, à tiens cette année faut qu'on fasse diabète et VIH. Mais je pense qu'on est encore ceux dont les gens sont le plus proches, les gens nous font confiance. Ça n'empêche pas qu'on va pas toucher tout le monde. Si on veut toucher un maximum de personnes il faut aussi jouer sur d'autres tableaux.

C : Et par exemple ils proposent de faire des tests rapides dans les milieux associatifs, et en d'autres endroits que chez le médecin généraliste?

Dr S : Des tests rapides VIH? Oh là je suis beaucoup plus... A moins qu'ils soient hyper formés, pourquoi pas, mais... Non ce n'est tout de même pas fait pour ça, on mélange un peu tout là

C : D'autant plus que faire le test ça implique aussi de faire un peu de conseil autour du test, de prévention...

Dr S : Et ça implique de libérer du temps pour le médecin. On est de moins en moins nombreux, de plus en plus de paperasse. Si je vous disais que le dernier dépistage que j'ai fait c'est chez une grand-mère guyanaise qui venait en France parce que, enfin je suis le médecin traitant d'une jeune femme qui s'est mariée, qui a eu un enfant, une petite fille chez qui malheureusement on a découvert un neuroblastome, donc suivie à Curie, et ils ont un autre enfant et donc ils ont fait venir la grand-mère de Guyane pour s'occuper de l'autre enfant, pour soutenir un peu... Et ils sont venus me voir pour me présenter la grand-mère qui avait une polyadénopathie, un amaigrissement, etc.. 65-70 ans. VIH positif, découverte. Non seulement il fallait s'occuper de la petite qui avait un cancer grave et en plus on lui découvre le vih... Donc déclaration du labo, déclaration anonyme, obligatoire, je remplis le papier, il m'ont renvoyé parce qu'il manquait un truc, et ils m'ont renvoyé une troisième fois parce qu'ils avaient pas reçu le deuxième, pffff, enfin bon c'est un détail ça. Et je sais qu'elle est soignée en Guyane maintenant, elle va bien. Donc c'était une contamination hétérosexuelle par son ex-mari probablement puisqu'ils étaient séparés depuis 4-5 ans. Bon bah, l'ex-mari, est-ce qu'il savait, est-ce qu'il sait? Ça se passe là-bas.....

C : Merci beaucoup.

N°3 : le 17/11/2010

Dr Garulfo
Saint-Denis 93

Contexte : le numéro de fixe renvoie vers son numéro de portable, donc j'arrive à le joindre plus facilement (après 12 échecs téléphoniques !). Accepte de me recevoir une heure plus tard, lors de son après-midi de consultations sans rendez-vous. Je patiente une bonne heure avant de le voir, et l'entretien est difficile car la salle d'attente se remplit... Je le sens pressé de terminer l'entretien. (L'entretien dure 26:20) Pas désagréable et plutôt souriant lors de l'entretien mais peu intéressé ni concerné par le sujet. Me pose une question sur le cancer du sein, essaie de joindre un collègue au milieu de l'entretien. Me demande la conduite à tenir sur les crises convulsives hyperthermiques chez l'enfant au moment de partir... Lorsque je lui parle des questionnaires, refuse d'abord puis accepte de réfléchir avant qu'on le recontacte...

C : Bonjour, alors pour commencer je voulais savoir depuis combien de temps vous êtes installé ici?

Dr G : Depuis octobre 1982.

C : Toujours dans le même cabinet?

Dr G : Non j'ai changé d'adresse, mais toujours à Saint Denis.

C : Avez-vous d'autres activités en dehors de la médecine générale?

Dr G : Non pas du tout.

C : Vos consultations avec /sans rendez-vous ?

Dr G : Toujours sans rendez-vous.

C : Et vous venez d'où?

Dr G : Je suis né au Maroc, je suis arrivé en France en 1971 à l'âge de 16 ans, j'ai fait toutes mes études à Lariboisière St Louis. Vous voulez savoir pourquoi je suis arrivé à St Denis? Alors je devais m'installer aux États-Unis, parce que j'avais une fiancée américaine et le 30 septembre 1982 j'ai rompu avec elle alors que tout était prévu pour que j'aille m'installer avec elle. Le 11 octobre j'étais installé à St Denis. Non parce qu'il y a une technique extraordinaire si vous voulez oublier un souci vous créez un autre souci et ça vous fait oublier le premier. Et comme c'était plus ou moins une création, il fallait que je m'occupe pour gagner ma vie, et puis ça m'a permis d'amortir l'échec entre guillemets.

C : Et là vous êtes en secteur 1 ou 2 ?

Dr G : Secteur 1, mais très spécial, parce que moi j'ai 2 clientèles. J'ai une clientèle dans les beaux quartiers : Neuilly, XVI^e, quelque fois Paris, à l'intérieur 7^e... Il est évident que ces gens-là ne payent pas le même prix qu'ici. Et ici je viens un peu bon...

C : Et vous avez un cabinet à Paris?

Dr G : Non pas du tout je ne fais que des visites à domicile. Les visites c'est pour Paris, les consultations c'est pour ici. Et là ça me permet de... J'aurais pu m'installer à Paris, tout le monde me le demande, mais bon ça fait quand même 30 ans que je suis là, on s'attache aux patients, et puis quand on veut, on fait de la vraie médecine en banlieue, moins à Paris. On voit de la vraie médecine.

C : Est-ce que vous savez sur votre patientèle à St Denis en pourcentage combien vous avez de patients qui ont la CMU ou l'AME?

Dr G : Je n'en vois pas beaucoup, on va dire 10-15%, la plupart paient. Pour vous donner une idée, là par exemple (*il me montre son agenda*) tous sont des payants, le reste c'est des CMU, mais je les note pas. A la fin du mois j'ai peut-être 2000-2500 euros de CMU si vous comptez 10%, ça fait en moyenne une recette de 17-20 000 euros.

C : Vous faites combien de consultations à peu près par jour?

Dr G : Minimum c'est 20-25.

C : Et vous êtes sur dossier papier/ informatisé?

Dr G : Rien du tout, je ne tiens même pas mes dossiers. Mais j'ai une mémoire phénoménale. Et puis je ne jette rien

C : Et vous les mettez où alors?

Dr G : Là (*il me montre une pile de papiers de 1,5 m de haut...*) Hors dans une seule lettre, le problème c'est qu'il faut du temps pour les ressortir, mais dans une seule lettre vous avez l'ensemble de l'histoire. Je vous donne un exemple : tout à l'heure je vois une patiente qui a un cancer du sein... Et vous êtes un peu douée ou pas? *Il fouille dans des tas de papiers* Vous allez me dire le pronostic d'un cancer canalaire infiltrant stade... Parce que je veux pas dire des conneries à la patiente, parce que vu son âge, je pense qu'on peut peut-être se contenter d'une tumorectomie, elle a 71 ans... ça vous dérange pas si j'appelle quelqu'un, voilà comment je

fonctionne... (il appelle, ça ne répond pas) il me pose des questions un peu floues sur les nouvelles molécules, j'essaie de lui répondre comme je peux, conversation difficile à recentrer...

C : Bon pour rentrer dans le vif du sujet, vous vous êtes installé en 1982, c'est le moment de émergence du sida, quel impact ça pu avoir sur votre vie professionnelle, comment vous l'avez vécu?

Dr G : Moi j'ai eu énormément de patients, et j'étais même maître en l'art du sida, car j'avais un patient qui était multimillionnaire, très très très riche, et je m'occupais enfin j'étais son médecin comme d'autres ont leur chauffeur etc, exclusif, c'est à dire tous les jours je le voyais, il me payait pour ça. Il était extrêmement riche. Et donc j'ai été obligé de me documenter, et après autour de lui, parce que le pauvre il se droguait, j'en ai vu plein plein.

C : Et là vous en voyez encore beaucoup?

Dr G : Alors beaucoup beaucoup moins, mais par exemple le dernier que j'ai vu, c'était une française mais d'origine africaine qui a été méconnu pendant presque un an et quelques, c'était suite à un rapport sexuel avec un africain qui ne le savait pas et qui finalement...

C : Et à peu près dans votre patientèle vous en suivez combien?

Dr G : Non je n'en suis pas, non parce que l'immense majorité vont à truc et ils les accaparent.

C : Mais ils gardent leur médecin traitant?

Dr G : Oui ils viennent me voir pour autre chose, mais ils sont suivis à Delafontaine

C : Et de ces patients-là vous en avez combien?

Dr G : Pas beaucoup, il y en a deux que je vois régulièrement... Et puis il y a ceux qui prennent du Subutex®, s'ils le savent ou s'ils ne le savent pas. Ils ne me disent pas s'ils ont fait les tests...

C : Et est-ce que vous leur proposez de faire les tests?

Dr G : Non non, je demande des tests essentiellement quand c'est des populations à risque : homo ou africains, voilà. Là je demande réellement systématiquement un test.

C : Et vous le demandez dans quel contexte? Lors d'un bilan ou...?

Dr G : Dans un bilan oui, des fois même systématiquement ou des fois, alors là j'en ai énormément, et ça c'est très bien de le noter d'ailleurs, parce que les jeunes sont très au courant et eux-mêmes viennent demander un test pour ça, avant un rapport non protégé. C'est pour ça qu'il y en a moins d'ailleurs!

C : Il y en a encore beaucoup trop!

Dr G : Il y en a moins que ce qu'il y a eu.

C : Ils sont surtout mieux pris en charge surtout, donc on les voit moins peut-être.

Dr G : Voilà, mais une grosse partie est décédée, les drogués sont décédés, maintenant c'est la coke, et la coke ne s'injectant pas donc ça va...

C : Donc il reste les populations africaines.

Dr G : Bien sûr, surtout les africains ou les homos. Parmi les hétéros il n'y en a pas des masses.

C : Et vous faites de la prévention, des frottis, des...

Dr G : Oui oui.

C : je ne vois pas de table d'examen. Vous les faites ici?

Dr G : Non, je les envoie au labo. Je me prends pas la tête. Les frottis, les mammographies, les dépistages du cancer colo-rectal, chez les fumeurs quelque fois une petite radio de poumons de temps à autre, vous voyez quoi.....

C : Et ça vous est déjà arrivé de recevoir un patient qui venait en urgence après un rapport à risque?

Dr G : Oui, je les ai envoyés à Bichat et ils les mettent pendant un mois sous... Enfin il y en a un pendant un mois, un autre pendant 6 mois, avec une trithérapie lourde les premiers jours et après on leur met pendant 3 à 6 mois. Et j'en ai eu un, c'était une piqûre septique, il travaillait dehors, c'était une seringue, on l'a mis direct, un autre c'était un homosexuel qui manifestement avait couché sans préservatif avec un type qui savait qu'il avait le sida. Et le dernier truc c'était qui... est-ce que j'ai eu une patiente enceinte qui l'a eu? Non elle, elle voulait avoir un bébé et on l'a mis sous AZT à l'époque, et voilà. Mais il n'y a pas énormément de HIV. Avant j'en avais parce que ça m'intéressait à l'époque.

C : Et aujourd'hui c'est plus compliqué?

Dr G : Non, mais avant je m'intéressais parce que j'avais un patient que je suivais au jour le jour, du coup j'ai fait la moitié du tour du monde.

C : Et vous les adressez donc à Bichat, plutôt qu'à Delafontaine?

Dr G : Oui moi je connais plutôt Bichat. Maintenant de plus en plus même les autres patients je les adresse à côté, sauf quand c'est un peu pointu alors je les envoie à Paris, parce que moi je travaille essentiellement avec les hôpitaux parisiens.

C : Et avez-vous entendu parler des tests rapides de dépistage du VIH?

Dr G : Ouais des tests sublinguaux

C : Oui il y a des tests avec une goutte de sang qui sont assez fiables sinon des tests salivaires qui marchent moins bien.

Dr G : Non, j'ai pas entendu parler ou peut-être mais ça s'est pas gravé dans ma tête

C : C'est tout nouveau, c'était encore en expérimentation il y a peu...

Dr G : Je sais juste qu'on discutait d'un test instantané.

C : Et vous pensez que vous pourriez faire ce type de test dans votre cabinet? Ou bien ça vous paraît compliqué? Vous préféreriez les envoyer au laboratoire?

Dr G : Non au labo.

C : Cela pourrait avoir un intérêt pour dépister les gens qui ne vont pas forcément facilement au labo?

Dr G : Non au labo... Je ne veux pas rentrer dans...

Vous savez j'ai un frère qui est médecin à Bobigny, il a un appareil à EFR, un holter tensionnel, il a un holter truc... Si vous faites ça par amour pour la médecine je peux le comprendre, si vous faites ça parce que c'est un acte qui rapporte plus...

C : Le test ça ne rapporterait rien du tout ça permettrait de dépister...

Dr G : Non, moi non, sincèrement non, ils vont au labo et puis voilà.

C : D'accord, et une autre question, l'HAS il y a un an avait fait des recommandations devant le fait qu'il y ait environ 40 000 personnes qui ignoraient leur séroposi-

tivité. Ils ont proposé de faire un dépistage systématique de toute la population

Dr G : Je ne le ferai pas (*sonnerie d'un nouveau patient*)

C : Alors ça peut paraître un peu excessif, mais en avez-vous déjà entendu parler, qu'est-ce que vous en pensez?

Dr G : Non, mais je mets la liberté comme valeur suprême de la vie, je veux laisser la liberté aux gens.

C : Vous pouvez leur proposer sans les obliger...

Dr G : Le proposer peut être et d'ailleurs même quand je le fais je demande parfois aux gens sauf si ce sont des gens vraiment à risque sans même leur demander. Eux-mêmes sont souvent d'accord. Ils ne refusent pas (*sonnerie d'un nouveau patient*)

C : Et pour vous, ce n'est pas discriminatoire de poser la question de savoir s'ils veulent faire un test...

Dr G : Non c'est eux qui viennent pour faire le test, 9 fois sur 10 c'est eux qui viennent.

C : Cela ne vous ait jamais arrivé de vous dire : lui ça serait bien qu'il fasse le test et que vous n'osiez pas trop aborder le sujet.

Dr G : Oui quelqu'un qui se plaint d'une toxoplasmose cérébrale ou d'une tuberculose peut être... (*le téléphone sonne, il répond*)

C : Quand on parle du VIH, on en vient souvent à parler de sexualité (*sonnerie d'un nouveau patient*)

c'est quelque chose de facile à aborder avec les patients?

Dr G : Oui, pas de problème.

C : Vous ne ressentez pas de réticence de leur part? Ou alors que vous sentez qu'ils ont peut-être envie d'en parler mais ils n'arrivent pas à poser les questions?

Dr G : Oui mais moi je vais deviner; quand un noir vient vous voir et qu'il vous dit qu'il est fatigué, il faut lui demander si c'est pas d'en bas qu'il est fatigué.

L'autre truc c'est quelque fois quand vous voyez des gens un peu aigri, des gens un peu truc, vous leur demandez si ça va bien chez eux, dans leur couple, des choses comme ça, dès fois ils finissent par dire. Ou des fois simplement, ça c'est plus les femmes, à partir de la ménopause, elles viennent vous dire c'est plus comme avant. Les hommes un petit peu moins, les femmes parlent plus facilement.

C : Et le fait d'être un homme justement ?

Dr G : Les hommes ça dépend comment ils se sentent avec le médecin. Si vous ne le savez pas, on a la clientèle qui nous ressemble. Très cool.

C : Donc vous êtes plutôt à l'aise, donc les patients sont plus cool aussi... Et le fait de connaître toute la famille, si vous suivez la femme, le mari, les enfants, ça peut être un frein à parler de sexualité? S'ils vont voir ailleurs par exemple ils vous en parleront moins par exemple?

Dr G : Non parce que des fois j'ai aussi la maîtresse rires ou des fois j'ai assisté à des trucs un peu spéciaux, des fois c'était des voisins, et puis finalement on s'aperçoit que c'est un petit monde, vous avez par exemple des cité de fonctionnaires, des fois ça se mélange un peu, il y a même des enfants illégitimes, et après le mari qui part avec la maîtresse... Mais le principe fondamental on ne juge jamais! Voilà. On observe, on essaye d'aider les uns et les autres. Ce qui est difficile c'est que vous avez une patiente, elle est mariée, vous

avez aussi le mari, mais quand elle se sépare ou divorce, on la perd parce que le nouveau il l'amène chez son médecin ou vice versa, vous voyez? Ou alors vous gagnez l'ensemble, ça ramène les enfants de l'autre...

C : Et avec les personnes âgées, vous arrivez à aborder ce genre du sujet ? Ou ça reste assez tabou ?

Dr G : ça reste un peu tabou.

C : Et les adolescents?

Dr G : Non les ados c'est facile. Peut-être que les personnes âgées c'est une gêne de ma part, c'est peut être moi qui suis gêné vis à vis des gens plus âgés, je sais pas, peut-être. Mais eux-mêmes de toute manière ne se livrent pas

C : Mais justement avec l'âge ils ont plus de problèmes d'érection...

Dr G : Souvent il n'y en a plus qu'un...

C : Justement ils peuvent rencontrer de nouvelles copines dans les maisons de retraite?

Dr G : Si, j'ai une anecdote rigolote. J'allais chez un patient, il avait 75 ans je crois, sa femme dans les mêmes âges, lui il me parlait toujours s'il avait été avec sa femme, s'il avait pas été, il en faisait une obsession, il fallait qu'il y aille tous les jours, bien sûr il n'y allait pas 4 ou 5 fois par semaine, ça ne marchait pas. Quand il y allait il avait le sourire radieux... Et quand j'arrivais chez lui il y avait toujours un film porno, et quand je prenais la tension à sa femme, il me demandait si je voulais éteindre... sa femme elle en pouvait plus de ça! Mais elle faisait ce qu'il lui demandait, voilà! C'est pour vous montrer à quel point ils peuvent montrer un irrespect le plus total, soit ils sont tellement à l'aise, après tout c'est comme si c'était de la famille et puis voilà.

C : Et finalement le rôle du médecin généraliste pour augmenter le dépistage? Votre place?

Dr G : Je crois pas qu'on soit dans une période où les risques sont vraiment énormes au point d'engager un dépistage de masse...

C : C'est ce qu'ils proposaient...

Dr G : Oui mais allez savoir qui c'est qui vend les réactifs, les laboratoires... Il y a toujours des arrières pensées, des labos et des machins...

C : Vous pouvez les envoyer au labo, pas forcément le test rapide...

Dr G : Oui ceux qui sont vraiment à risque, mais pas tous ceux qui viennent comme ça, sincèrement non.

C : Et juste pour avoir une idée, combien de test VIH vous prescrivez par mois environ?

Dr G : peut-être 5-6 fois, pas plus. A la demande des patients, c'est tout, c'est des jeunes qui viennent pour vous demander un test, c'est aussi comme ça qu'on voit s'ils ont changé de copains... Ou alors, une chose importante, vous soupçonnez un chlamydiae, alors vous demandez la syphilis et le HIV, c'est normal, quand il y a une MST il n'y a pas de problème, faut rester raisonnable. Faut pas oublier qu'on vit 84 ans pour les femmes en France, c'est bien déjà !

C : Et vous parliez des africains, des homosexuels.

Dr G : Ceux -là direct !

C : Est-ce que c'est facile, est-ce que vous savez s'ils sont homosexuels, il faut poser la question parfois...

Dr G : Oui, vous savez quoi, j'ai un succès fou auprès des homos, peut-être par ma tolérance. Ils sont à l'aise, ils m'invitent des fois à manger chez eux ou des trucs comme ça... Jamais au grand jamais je n'ai eu une remarque, ils se sentent à l'aise, donc c'est bon.

C : Ils vous en parlent facilement?

Dr G : Écoutez, parmi les premiers couples d'homme que j'avais, c'était 2 vieux de peut-être 70 ans.

C : Et ils vous l'ont dit comme ça?

Dr G : Bien sûr ! Bah ils vivaient ensemble, il n'y avait aucun problème. Je sévis un peu dans le 19°, vous savez j'ai beaucoup de patients, en visite à domicile, dans le 19° il y a une grosse population d'homos.

C : Quand on va en visite à domicile c'est parfois plus facile de se rendre compte, quand ils viennent au cabinet c'est plus difficile. On peut avoir des doutes, mais si on ne pose pas la question...

Dr G : Un petit peu, non si si quand même. Non ceux que je vois en mémoire il n'y a pas de problème. Il y en a un la dernière fois que je croyais homo, qui est très efféminé, il m'a dit non mais par contre il est venu parce que... qu'est-ce qu'il m'avait dit? C'était un petit jeu, voilà, jeu sado-maso, et il est revenu, pas défiguré mais pas loin... On voit de tout quoi!

Mais vous faites votre thèse sur quoi exactement?

C : En fait, j'essaye de faire ma thèse sur ces différentes problématiques : l'autorité de santé qui veut augmenter le dépistage et puis le fait...

Dr G : Qu'il y a énormément de médecins qui sont réticents?

C : Oui ou les médecins qui sont réticents ou les patients qui ne se sentent pas concernés, enfin de voir où sont les difficultés...

Les dernières minutes de l'entretien n'ont pas été enregistrées, problème technique dû au magnétophone...

En conclusion le Dr G ne trouvait pas de problème à aborder la sexualité avec ses patients et allait essayer de dépister plus... En revanche il refuse les questionnaires et conclut rapidement car la salle d'attente est pleine!

N° 4 : le 26/11/2010

Dr Alpha

Saint-Denis 93

Contexte : Il s'agit d'un jeune médecin qui effectue des remplacements dans ce cabinet depuis 4 ans. Il me reçoit un matin avant le début de ses consultations sans rendez-vous. Pendant l'entretien 3 patients arrivent, ce qui je pense accélère l'entretien. Entretien très bref environ 25 minutes (23:46), j'ai du mal à le faire parler, il est souriant, mais pas très bavard. Pas de secrétaire. Il est d'accord pour qu'on dépose les questionnaires la semaine suivante. Finalement les questionnaires n'ont pas pu être déposés.

C : Bonjour, merci de me recevoir [...] et pour faire plus ample connaissance, vous faites des remplacements depuis combien de temps?

Dr A : 5 ans.

C : Toujours ici?

Dr A : Ici ça doit faire 4 ans. *Sonnerie de la porte d'entrée.* J'ai terminé mon internat à Bichat en 2006 et thèse mars 2007

C : Et remplacements avant une installation? Des projets?

Dr A : On va voir.... Ou arrêter complètement et faire autre chose....

C : Et que de la médecine générale exclusive? Ou d'autres activités?

Dr A : J'ai fait des urgences, en clinique privée à Blanc Mesnil de nuit, c'était le souk, pas de radio, pas de labo. *Sonnerie de la porte d'entrée, va ouvrir.*

Donc des urgences, quelques gardes et une dizaine de cabinets, maintenant ça passe du bouche à oreille.

Je ne fais pas de jour fixe, les jours fixes on perd son temps, il n'y a personne, on voit 15 patients dans la journée, ça ne m'intéresse pas. Je remplace sur des périodes d'au moins une semaine. Je refuse de travailler en dessous, c'est de l'exploitation.

C : Saint Denis, une raison particulière?

Dr A : Cela s'est trouvé comme ça au début et puis je suis resté là, sinon je ne serai plus là.

C : Et dans d'autres cabinets à Saint Denis?

Dr A : Non, au début j'ai fait Saint Denis, Aubervilliers, La Courneuve.... Je me suis fait braquer, je me suis fait taper dessus.... C'est bon j'ai compris!

C : Et les autres remplacements où sont-ils situés?

Dr A : Sur Paris, dans le 92, en Corse.

C : Et ici à Saint Denis, vous avez une idée de la population que vous voyez, en pourcentage de CMU ou d'AME par exemple?

Dr A : Oui 90%.

C : Donc ici c'est un cabinet d'un seul médecin, secteur 1. Consultations libres ou sur rendez-vous?

Dr A : Libres, car sur rendez-vous ils ne viennent pas. Ou alors quand ils ont rendez-vous à 15h, ils viennent à 18h. Saint Denis c'est comme ça, c'est pas gérable.

C : Et des visites à domicile?

Dr A : Non je ne suis pas suicidaire, je ne veux pas me faire agresser sur le chemin.

C : Et le cabinet, c'est dossier papier/ informatisé?

Dr A : Dossier papier, c'est le seul cabinet où je travaille ou c'est dossier papier. C'est la galère pour les sortir, on s'arrache les doigts, c'est illisible. Enfin il y a des médecins que je remplace qui n'ont pas de dossier c'est encore plus rapide...

C : Et combien de consultations par jour en moyenne?

Dr A : Ici c'est pas beaucoup, ça tourne dans les 25-30

C : Et les durées de consultations?

Dr A : ça dépend pourquoi ils viennent, si c'est une angine, c'est 5min, pas besoin de plus...

C : Et une pratique gynéco? Ou pas du tout?

Dr A : Non, on fait jamais de gynéco, il n'y a aucun cabinet ou j'en fais. Ça ne se fait pas, on le dit pendant l'internat mais bon...

C : Vous avez toujours habité en France.

Dr A : Oui, Paris.

C : Marié, des enfants?

Dr A : Pas encore, mais bientôt marié.

C : Donc c'est intéressant d'avoir votre point de vue, car pour l'instant j'ai surtout rencontré des médecins installés depuis longtemps..... On va parler un peu du SIDA et de l'impact que cela a pu avoir sur votre vie professionnelle...

Sonnerie de la porte d'entrée

Dr A : J'ai fait un stage d'infectieux à Bichat et après j'ai fait un stage d'urgence à Bichat, donc il y en avait pas mal. Il y avait encore la faune boulevard Ney à ce moment-là, avec tous les travestis tout ça, on en voyait pas mal, puis on en voit de temps en temps en ville, il y a certains cabinets où il en a plus.

C : Et ici par exemple?

Dr A : Ici il y en a quelques-uns...

C : Et le dépistage VIH, c'est une pratique fréquente dans le cabinet? En moyenne sur la dernière période de remplacement?

Dr A : Oui, j'ai dû en proposer 3-4 depuis 2 semaines.

C : Et c'est dans quelles conditions ?

Dr A : Il y en a qui demandent, il y en a qui sont toxico, il y en a qui font n'importe quoi, qui ont trois partenaires dans la soirée.

C : Et le dernier test prescrit comment ça s'est passé?

Dr A : Je ne sais plus, soit il demande soit je propose, c'est pas compliqué, on va pas rester une heure à discuter la dessus.

C : Et les personnes à cibler pour le test?

Dr A : Ceux qui sont partenaires multiples, ceux qui se droguent... Surtout ça. Et puis ceux qui demandent ou qui ont des facteurs de risque.

C : Et les migrants?

Dr A : Oui j'en fais aussi, ceux qui viennent d'Afrique, tout ça.

C : Pas d'affiche dans la salle d'attente notamment sur le VIH?

Dr A : Non, si une sur le dépistage du cancer de la prostate, tu verras, mais comme il n'y a pas de femme de ménage, c'est le bordel.

C : Et pour vous, qu'est-ce qui va avoir le plus d'impact en matière de prévention? C'est plutôt le médecin? Les campagnes de santé publique? Les publicités à la télévision? Les associations?

Dr A : Déjà il y a le médecin, parce que c'est lui qu'ils vont voir, et puis la pub à la télé, ils passent leur journée devant la télé, donc ils en parlent à leur médecin après. Moi j'ai pas de télé, je ne sais pas. Les campagnes je pense pas trop que ça marche, non c'est les pub à la télé. « vu à la télé » ça marche sur beaucoup de monde. Pour tout, barres chocolatées vues à la télé ils vont les acheter. Tout le monde est lobotomisé par la télé maintenant.

C : Et est-ce que c'est déjà arrivé d'avoir des situations d'urgence pour le VIH? Quelqu'un qui vient après un rapport à risque?

Dr A : Oui.

C : Et dans ces cas-là, comment vous les gérez?

Dr A : Je les adresse aux urgences. J'en ai eu un « je viens de rencontrer quelqu'un et en partant il m'a dit j'ai le sida »

C : Et combien de temps après le rapport?

Dr A : Une heure! Donc je l'adresse aux urgences. Il y en a d'autres c'est 15 jours, 3 semaines, donc je leur propose un test. Je ne peux plus rien faire pour vous. La prochaine fois prenez vos précautions

C : Je ne sais pas si vous en avez entendu parler mais il y a des nouveaux tests, ce n'est plus 2 ELISA à 3 mois mais un ELISA avec Ag p24 combiné 6 semaines après le rapport à risque.

Dr A : C'est pas nouveau, et il y avait déjà les tests rapides d'une heure quand j'étais externe et qu'on se piquait au bloc, test rapide sur le patient on avait les résultats en une heure.

C : Et maintenant il y a aussi les nouveaux tests rapides capillaires, je ne sais pas si vous avez déjà vu?

Dr A : Non, mais la fiabilité, je ne suis pas tellement sûr...

C : Il y en a plusieurs qui ont été testés, et il y en a 2 qui sortent du lot, les tests salivaires ont été abandonnés, mais il y en a qui ont des bonnes spécificités avec sensibilité sur les infections anciennes, pas sur les primo-infections...

Dr A : C'est sûr que ceux qui ont une charge virale à 4 millions, on va les détecter, mais ceux qui ont une charge virale à 50- 100...

C : Enfin le plus souvent s'ils sont à 50-100 c'est qu'ils sont traités... C'est rare d'avoir une charge virale à 100 dans une infection ancienne.

Dr A : Oui mais ce sont des choses qui arrivent, moi j'en ai un qui a le HIV depuis 10 ans, non traité et qui n'avait aucun symptôme. Il y en a et ils peuvent être contaminants, on leur fait un test rapide, vous n'avez rien et puis...

C : Et si vous aviez ces tests au cabinet?

Dr A : Pas trop, parce que déjà je vais leur dire c'est positif, aie, je vais leur dire c'est négatif mais ça peut être positif. Non je pense qu'il faut plutôt avoir un test fiable plutôt que de dire n'importe quoi au patient.

C : Et avec un test fiable? Maintenant il y en a un qui est sorti avec une excellente spécificité?

Dr A : Et ça prend combien de temps de le faire?

C : Entre une et deux minutes quand on a l'habitude, c'est comme un dextro, une goutte de sang, une goutte de réactif et on lit le résultat en une minute.

Dr A : Faut voir la fiabilité! Parce que les tests pour les angines c'est 90% donc bon.... Pour une angine si on prend 10% de risque c'est pas grave mais pour le HIV c'est plus embêtant...

C : C'est pour ça que la spécificité des tests est très améliorée peut être au dépend de la sensibilité et plus de faux positifs...

Dr A : Et toi si je te dis tu es faux positif, tu vas faire le test au laboratoire, pendant 3 jours je pense que tu es hyper mal.

C : Je suis d'accord, mais le test peut permettre, lorsqu'un patient est de passage, que l'on a de gros doutes, qu'il ne veut pas de prise de sang.....

Dr A : Non vaut mieux quelque chose de sûr. Si on dit n'importe quoi au patient on n'est plus médecin. Moi il me faut au moins 99% de fiabilité.

C : Et les patients VIH qui sont suivis au cabinet, ils sont suivis à Bichat, à Delafontaine?

Dr A : Oui à Delafontaine ou à la clinique de la Rose-raie.

C : Si je vous pose toutes ces questions c'est aussi que l'HAS l'année dernière proposait....

Dr A : L'HAS, une année c'est blanc une année c'est noir.

C : Oui mais beaucoup d'avis d'experts sont également d'accord qu'il y a beaucoup de patients VIH qui s'ignorent, estimés selon l'InVS à 50.000 personnes en France, et il y a une proposition de faire un dépistage plus systématique, même s'ils n'ont pas encore défini les fréquences, les tranches d'âge... Et ce serait aux médecins généralistes de mettre en œuvre ce dépistage...

Dr A : C'est toujours sur les médecins généralistes... bons à tout faire...

C : Et ça vous paraît faisable concrètement en pratique de dépister toute la population?

Dr A : Ça paraît difficile, parce que déjà il faut proposer à tout le monde. Il y en a beaucoup qui n'ont aucune envie de le faire. Celui qui ne veut pas le faire au laboratoire il ne le fera pas non plus chez le médecin. Et puis : « je vais vous faire un test de dépistage. Vous croyez que je ne suis pas sérieux, vous croyez que j'ai le SIDA, vous croyez quoi? »

C : Justement, en le proposant à tout le monde, on évite de discriminer les gens...

Dr A : C'est pas parce qu'on va le proposer que les gens vont le faire ?

C : Bien sûr, mais au moins de le proposer?

Dr A : Celui qui voudra le faire, il le fera. Que ce soit au cabinet ou au laboratoire.

C : Et ça vous est déjà arrivé que quelqu'un refuse de le faire?

Dr A : Bien sûr.

C : Souvent?

Dr A : Ça arrive, je ne veux pas savoir.

C : Que vous le proposiez et qu'ils disent non j'ai pas de risque?

Dr A : Il y en a qui disent non, c'est tout.

C : Et j'ai rencontré des médecins qui avaient du mal à aborder le sujet?

Dr A : Moi je leur dis, après ils se débrouillent. On va pas tourner autour du pot pendant 10 minutes, il y a du monde en salle d'attente, il faut pffuit, il faut aller vite. Donc s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas. Moi je leur dis c'est pour vous.

C : Et le fait d'être un homme, avec les femmes? Ça change quelque chose?

Dr A : Non.

C : Il y a des médecins qui disent c'est plus facile avec les femmes, on leur parle gynéco, frottis ou pendant la grossesse...

Dr A : Non pareil homme / femme. J'en ai vu des conversions pendant la grossesse. Il y en a qui sont cinglées.

C : Où il faut dépister le papa aussi...

Et le fait d'être jeune médecin, avec des personnes plus âgées? Ou avec les adolescents, ce n'est pas plus difficile?

Dr A : Non.

C : Et il y a aussi des médecins qui m'ont dit qu'avec certaines cultures c'était plus difficile?

Dr A : non non, je leur dis, après ils se débrouillent. C'est pas tabou.

C : Et dans les différents cabinets où vous travaillez, c'est pareil?

Dr A : Non, faut oser le dire c'est tout! Si on est dans son coin et babababa, on va pas faire avancer quoi que ce soit.

C : Oui, il faut oser le dire, car c'est vrai qu'il y a des médecins qui sont un peu gênés par la problématique de la sexualité. Comment parler du fait qu'il y a plein de partenaires...

Dr A : Il faut poser la question. De toute façon, on voit de tout, donc...

C : Et ils le disent facilement?

Dr A : Il y en a qui le disent, il y en a qui ne le disent pas.

C : Et parfois quand il y a des petits détails qui vous questionnent, ça vous arrive d'aller creuser un peu, ou s'il n'en parle pas, ça ne vous regarde pas?

Dr A : Je leur demande s'ils ont des facteurs de risque, en général ils savent, ils ne sont pas débiles.

C : Et vous avez déjà eu des formations sur tout ce qui est de l'abord de la sexualité?

Dr A : Non.

C : J'ai retrouvé une étude américaine sur 80 patients où on retrouvait que 97% des hommes souhaitaient parler sexualité avec leur médecin mais que seulement 19% osaient et que c'était au médecin généraliste d'initier le sujet.

Dr A : Oui c'est au médecin d'initier le sujet. Le patient diabétique, il ne dira jamais qu'il est impuissant.

C : Il y a des médecins qui disent que si on ne leur en parle pas, ils ne veulent pas s'immiscer....

Dr A : Tous les patients qui ont hypertension-cholestérol-diabète, il faut leur dire! Sinon ils ne vont rien dire.

C : Justement, les patients qui viennent pour des troubles de l'érection ça c'est clair, mais parfois leur demande est plus compliquée il faut essayer d'orienter...

Dr A : Ça dépend du monde qu'il y a dans la salle d'attente, ça dépend du temps que j'ai, ça dépend de l'humeur que j'ai. Et le patient qui vient pour l'angine je ne vais pas lui dire ça va, vous voulez du Levitra®?

C : Sauf si c'est un chancre syphilitique sur l'amygdale...

Dr A : Non, c'est qu'alors ça marche bien et qu'il n'en a pas besoin!

C : La sexualité chez les personnes âgées, pas évident?

Dr A : Ça arrive, c'est plus délicat, mais ça arrive.

Avec les hommes c'est plus facile.

Les patients âgés qui me disent : il me faut du viagra®, je pars en vacances. Et Madame? Madame elle a 70 ans, j'y touche pas.

C : Vous voyez madame alors?

Dr A : Après ils se débrouillent, je ne vais pas les faire divorcer.

C : Non, mais on peut peut-être aider madame?

Dr A : Madame ça ne l'intéresse plus.

C : Et les adolescents? Faire sortir les parents?

Dr A : Ici, à 10 ans ils viennent déjà tout seuls... Parfois ils en parlent, parfois ils n'en parlent pas.

C : Et vous avez en tête une consultation où vous avez parlé sexualité? Une anecdote particulière? Où c'était gênant ou pour vous ou pour le patient?

Dr A : Un truc marrant, j'en vois un qui me dit : « j'ai été voir une fille, une vraie salope, et j'ai des brûlures, ça me fait mal », je pense à des gono, je le mets sous antibio, je prends sa carte, vous êtes à 100%, c'est pourquoi? Ah bah j'ai le SIDA ».

C : Et en profiter pour une petite piqûre de rappel?

Dr A : Qu'est-ce que vous voulez faire là-dessus?

C : Savoir s'il est traité pour éviter qu'il ne contamine trop de gens?

Dr A : S'il sait et qu'il a 100%, c'est qu'il est traité.

C : Et quand on connaît toute la famille, le mari, la femme, les enfants, ça peut être difficile de parler sexualité?

Dr A : Non, c'est pas un souci.....

Ça ne vous dérange pas si je prends un ou deux patients?

C : il me reste 2 questions! L'abord de l'homosexualité?

Dr A : Non, en général on les remarque! Parfois on se trompe

C : C'est pas tabou?

Dr A : non, quand on est un homme on se fait regarder différemment. C'est gênant.

C : Et pour terminer, la place du médecin traitant dans tout ce qui est sexualité, dépistage VIH?

Dr A : Sa place c'est d'en parler, c'est de proposer des tests, sans trop les forcer sinon ils se braquent, ils ne vont plus venir.

C : Merci beaucoup, je vous laisse avec vos patients...

N° 5 : le 26/11/2010

Dr Bonemine Saint-Denis 93

Contexte : j'ai rendez-vous avant ses consultations sur rendez-vous, mais quand je sors de l'entretien il y a au moins 5-6 personnes dans la salle d'attente. L'entretien a duré presque une heure (48min39). Il avait commencé par un café dans la cuisine du cabinet, très sympathique, médecin plein d'entrain et de motivation, maître de stage avec un interne SASPAS. C'est la première femme avec qui j'ai un entretien, conversation très intéressante avec beaucoup de temps de réflexion. Refuse immédiatement les questionnaires en raison du grand nombre d'illettrés dans sa patientèle et ne veut pas surcharger sa secrétaire. Cabinet de groupe avec un autre médecin généraliste et une jeune médecin.

C : Pour mieux vous connaître, pouvez-vous me décrire votre mode d'exercice, depuis quand êtes-vous installée?

Dr B : Alors je suis installée depuis 1986, ça fait 24 ans.

C : Toujours dans ce cabinet? Ou d'autres cabinets avant?

Dr B : Avant j'avais fait des remplacements en région parisienne.

C : Et pourquoi Saint Denis?

Dr B : En fait, un jour j'ai eu envie de m'installer, parce que les remplacements ont achevé de me convaincre que la médecine générale me plaisait. Donc je me suis dit c'est bon, mais je ne voulais pas m'installer n'importe où ni avec n'importe qui, donc je me suis dit que le meilleur moyen était peut-être de contacter un syndicat dont les idées me convenaient. Et là, je me suis dit que ce serait un bon moyen d'avoir le plus de chance de trouver quelqu'un qui a priori allait travailler à peu près comme moi. Je n'avais pas d'exigence extraordinaire, mais par exemple, travailler avec quelqu'un qui voyait surtout le côté financier, je n'aurais jamais supporté... Et bien voilà, tout a bien marché, j'ai contacté un syndicat, j'habitais la banlieue sud, j'allais un peu à leur réunion, ça m'intéressait aussi d'avoir une vision un peu plus vaste de la profession et puis ce sont des gens très sympathiques et un jour ils m'ont dit : et bien voilà il y a un médecin qu'on connaît qui va s'en aller et son associé cherche quelqu'un. Et voilà, j'ai déménagé, et je suis très heureuse avec mon associé qui est vraiment une crème, c'est vraiment quelqu'un de très très...

C : Et vous faites de la médecine générale de manière exclusive ou vous avez d'autres activités?

Dr B : Non je n'ai pas d'autres activités.

C : Et en secteur 1, secteur 2?

Dr B : Secteur 1.

C : Donc on a dit consultations sur rendez-vous, maître de stage à Paris 7, Vous êtes informatisée?

Dr B : Pas vraiment, mais ça va venir d'ici quelques mois, car le minitel va être supprimé. En fait nous on télétransmet par minitel et ça marche! Mon associé est très réticent à tout ça, moi je ne suis pas très, enfin ça m'intéresse mais je ne veux pas tout porter sur mes épaules. C'est pour ça qu'on ne l'a jamais fait pour l'instant, mais on va le faire d'ici quelques mois.

C : Et donc dossier papier.

Dr B : Oui dossier papier, on va peut-être garder les dossiers papiers, on va utiliser l'informatique pour télétransmettre et puis je vais introduire doucement, pour ne pas choquer mon associé, on va imprimer les ordonnances...

C : Et pour avoir une idée de la patientèle ici, vous avez une idée du pourcentage de CMU, d'Aide Médicale d'État?

Dr B : Oh, faut pas me demander ça! Je n'en sais rien.

C : A peu près : 10-20-50%?

Dr B : Il faudrait voir avec la secrétaire? Je dirais peut-être en CMU 15-20%. Et puis il y a aussi les ALD30... Mais quand je parle avec mes confrères, c'est vrai que je fais partie des gens qui en ont beaucoup. A la fois en paiement différé pour les ALD30 qui n'avancent pas la consultation et puis tous les gens qui ont la CMU ou l'AME.

C : Et vous faites un peu de gynécologie?

Dr B : Oui beaucoup! Frottis, pose de stérilet, retrait de stérilet. Je ne fais pas la pose d'Implanon®, je suis allé voir une fois... C'est surtout l'anesthésiant, je me suis

dit s'il faut acheter un petit flacon pour chaque patiente, on perd les $\frac{3}{4}$ du flacon... Maintenant ils le font avec des patch EMLA, donc c'est sûrement plus facile, mais c'est aussi un peu par flemme. J'ai été une fois au planning à côté, je connais bien les gens, pour qu'ils me montrent, mais bon on voit une fois et puis... Donc c'est vrai je ne cours pas après, c'est un peu bête, mais...

C : Mais vous faites déjà beaucoup de gynéco... et où avez-vous fait vos études de médecine?

Dr B : A Lariboisière- Saint Louis.

C : Et vous êtes mariée, en couple avec des enfants?

Dr B : (*rires*) La vie n'est pas un long fleuve tranquille. J'ai été mariée, divorcée, là j'ai un compagnon et j'ai une fille.

C : Pour entrer dans le vif du sujet, vous m'avez dit que vous travaillez depuis 86, donc vous êtes entrée dans la vie professionnelle au moment de la découverte du SIDA.

Dr B : En fait je suis entrée bien avant dans la vie professionnelle, bien avant avec les remplacements et puis encore avant en tant que faisant fonction d'interne. Comme il n'y avait pas de troisième cycle de médecine générale, je me suis fait mon internat perso. J'ai commencé à en entendre parler là-bas, oui c'était le frère du type que je remplaçais.

C : Et quel impact sur votre vie professionnelle? Comment en avez-vous entendu parler la première fois? Comment ça s'est passé?

Dr B : Peut-être pas tant que ça, en fait. A l'époque les familles noires africaines ne fréquentaient pas trop le cabinet médical. Il y en avait moins dans le quartier et elles allaient plutôt au centre de santé. Oui on en a suivi certains, mais ça n'a pas été un problème catastrophique ni calamiteux comme ça a pu être dans certains quartiers où là... Enfin oui, on a suivi quelques patients mais on n'a pas été submergé, ça allait quoi. Sauf qu'au début, au niveau des traitements... On faisait de la médecine, c'était à la fois intéressant, enfin pas trop pour les patients évidemment. Moi, je me rappelle d'une patiente, on avait des contacts avec les médecins hospitaliers, on allait pas les hospitaliser tout le temps, on faisait face à des hypoplaquettoses, 15000 plaquettes, il y avait toute sorte d'infections. C'était des gens incroyables. Et là on avait vraiment l'impression de travailler avec des hospitaliers car ils étaient assez contents qu'on soit en ville et qu'on prenne un peu le relais. C'est vrai que comme c'était une maladie nouvelle, tous les patients qui ont eu le SIDA, on s'en rappelle tout le temps, toute la vie. C'était une maladie émergente, il y avait un côté un peu passionnant aussi. C'est vrai que c'était un peu surprenant pour nous aussi de constater qu'il y avait de nouveaux microbes quoi! Mais pour eux, ce n'était pas marrant du tout.

C : Et actuellement, vous avez l'impression que vous avez une grosse activité de dépistage du VIH dans le cabinet? C'est quelque chose que vous faites fréquemment?

Dr B : On le fait oui, fréquemment... ça dépend des circonstances. C'est vrai qu'il y a les nouvelles recommandations, qu'il faut le faire à tout le monde. C'est vrai qu'à certains moments, on le propose systématiquement : les femmes enceintes, avant quand il y avait

le certificat pré-nuptial mais qui n'existe plus. Ça c'était assez pratique pour ça! Maintenant le proposer aux jeunes mariés, surtout quand ils viennent du pays, du Maghreb ou d'ailleurs, c'est très très choquant pour eux. Jusqu'à présent ça dépendait de la clinique quand même. Une femme qui a des infections gynéco plus fréquentes, des mycoses trop fréquentes, mais bon c'est toujours difficile à introduire.

C : Et est-ce que vous avez des souvenirs de consultations où vous avez eu envie de prescrire le test, mais vous ne l'avez pas fait parce que vous sentiez que le patient allait être choqué?

Dr B : Oh oui bien sûr, surtout au début quand la maladie est arrivée. Puis on a affiné un peu l'approche et la manière de faire. Je leur dis «écoutez, ça va peut-être vous choquer, mais je vais quand même le demander parce que même si vous allez voir un spécialiste après on va tout de suite poser la question, alors maintenant les gens le font un peu plus facilement, sachant que l'évolution est un peu moins grave qu'avant. Non ça passe quand même. Alors c'est vrai que maintenant j'y vais un peu plus franco, avec l'expérience...

C : Ça vous arrive d'avoir des refus?

Dr B : Oui, chez les femmes enceintes par exemple. La femme enceinte qui vient du bled, elle dit non.

C : Pas toutes quand même?

Dr B : Ah si, celles qui débarquent c'est non. Alors c'est non, certaines parce qu'elles estiment qu'elles sont arrivées vierges au mariage, enfin elles ne me le disent pas mais je le sais, et que voilà. Celles qui disent non, ce sont peut-être plus celles qui ont une pratique religieuse un peu plus poussée.

C : Celles qui sont un peu plus traditionalistes?

Dr B : Oui celles-là c'est « oh chocking »

C : Donc c'est peut-être quelque chose de culturel ou religieux qui fait que ce soit un peu plus difficile?

Dr B : Plus religieux que culturel. Il y en a qui sont presque soulagés qu'on le leur propose.

C : Ceux qui osent pas le demander...

Dr B : Oui, quand ça reste entre la femme et moi, quand le mari n'est pas à côté, ça va. Mais oui j'ai des refus.

C : Pour avoir un ordre d'idée, sur un mois, par exemple le mois dernier, combien de test avez-vous prescrit à peu près?

Dr B : Pas beaucoup, peut-être 3 et encore...

C : Donc vous ciblez bien les femmes enceintes, celles qui ont des infections génitales à répétition, mais les autres, votre portrait-robot?

Dr B : C'est toujours un peu compliqué ce test, parce que les gens à qui on voudrait absolument le proposer, ceux-là le refusent. Par exemple un jeune homme africain, débarquant d'Afrique, celui-là on aimerait beaucoup, mais eux ils font partie des gens qui refusent. Ou ceux qui ont une infection génitale, ceux-là ils refusent. Et ceux qui l'acceptent sont en général des gens très peu à risque. Voilà on est dans cette situation-là. Donc le dépistage systématique que propose le ministère c'est peut être une bonne idée parce qu'on va dire « voilà, le ministère, avec un grand M, propose que tout le monde le fasse, bon voilà ce sera peut-être plus simple, mais bon. » Je peux les comprendre les gens qui refusent, ils

sont assez égoïstes certes, mais dans la plupart des pays d'Afrique c'est la catastrophe sociale, c'est un rejet immédiat de toute la société. Alors ça commence un tout petit peu à changer, je sais qu'au Sénégal beaucoup de gens ont accès au traitement, mais bon ça reste une grande catastrophe. Ils préfèrent se voiler les yeux.

C : C'est très bien que vous connaissiez les recommandations de l'année dernière, on va en perler un peu. Ils considèrent qu'il y a à peu près 50 000 personnes qui sont infectées sans le savoir en France, c'est pourquoi ils disaient qu'en les ciblant on n'arrive pas à dépister ces gens-là, donc on va dépister tout le monde.

Dr B : Alors moi je ne l'ai pas fait de dépister tout le monde!

C : Et ils n'ont pas précisé, par exemple tous les combien, tous les ans, tous les 5 ans, 10 ans? Et jusqu'à quel âge?

Dr B : C'est vrai que moi j'ai pas trop réfléchi au côté systématique. Je ne me vois pas pour l'instant, même si je vais peut-être finir par le faire, parce qu'il va falloir trouver un moyen, quel que soit le motif de consultation. Ecoutez, voilà vous venez pour une bronchite mais on va faire le test, déjà que les consultations sont longues... On ne peut pas dire voilà je vous donne l'ordonnance et allez le faire, c'est une discussion, déjà qu'en moyenne les patients viennent avec 4 motifs de consultation, on va en rajouter un cinquième?

C : Encore un motif de prévention à aborder...

Dr B : Oui, moi je m'occupe beaucoup de prévention déjà, c'est pour ça aussi que c'est long... C'est encore charger la barque quoi! Alors je suis peut-être moyennement motivée, ça c'est possible. Je suis plus motivée pour d'autres trucs : pour le frottis, de faire un dosage du diabète surtout s'il y a des diabétiques dans la famille, enfin bon des choses comme ça. C'est vrai que j'ai pas réfléchi, il faudrait peut-être que j'en parle avec mon associé, puis je fais partie d'un groupe de 10 médecins, on se rencontre souvent, la prochaine fois, je pourrai poser la question : « comment vous faites-vous? »

C : C'est vrai qu'ils ont sorti comme ça, la recommandation, il y a un an, mais comment l'appliquer?

Dr B : On met une affiche, mais il y a beaucoup de gens qui sont analphabètes, donc bon l'affiche, je ne sais pas très bien ce que ça va donner. C'est vrai qu'il faudrait que je réfléchisse un petit peu plus...

C : C'est vrai aussi que pour le diabète c'est une ligne à rajouter dans la prise de sang

Dr B : Le diabète c'est moins mal vécu.

C : Et en même temps ce n'est pas qu'une ligne, car si le test est positif, il faut quand même les préparer, dire pourquoi on le fait...

Dr B : Oui, ce n'est pas comme demander le taux de sucre et encore il y a des gens qui ont la trouille d'être diabétique... Enfin c'est au moins 5 minutes dans la consultation, donc bon, je ne sais pas. Ça me semble un peu facile.

C : Et puis jusqu'à quel âge et tous les combien?

Dr B : Ils ont juste dit la tranche d'âge? Si je me rappelle bien?

C : Ils n'ont pas vraiment défini de tranche d'âge en fait, d'abord ils ont dit jusqu'à 50 ans puis jusqu'à 70, car la population vieillit...

Dr B : C'est vrai que je n'y ai pas trop réfléchi, donc c'est vrai que maintenant je me dis qu'à chaque fois que je fais une prise de sang, je pourrai peut-être rajouter ça, en disant bon vous êtes d'accord? Je pense qu'ils vont... En plus moi ça n'est pas ma manière de faire, comment dire? De les obliger, de les forcer, je ne peux pas faire ça. A l'hôpital on peut forcer les gens, mais pas ici. Comme la relation est basée sur une très grande confiance, on ne peut pas dire « allez faut le faire », c'est un manque de respect.

C : On est d'accord que la mise en pratique de ces recommandations n'est pas facile, il faudrait un peu y réfléchir... Et vous travaillez avec l'hôpital Delafontaine?

Dr B : Oui.

C : Et vous suivez combien de personnes infectées par le VIH, vous avez une petite idée?

Dr B : J'en sais rien, pas beaucoup, j'en vois 2, hmmm

C : En général, les médecins m'annoncent un chiffre puis à la fin de l'entretien, ils se rappellent de plein d'autres patients... Vous me direz à la fin s'il y en a d'autres qui vous sont revenus...

Dr B : Oui c'est ça, j'en compte au moins deux!

C : Et ils sont suivis à Delafontaine?

Dr B : Oui, il y en a un qui est suivi à Delafontaine, l'autre ne voulait surtout pas y aller, donc il est suivi à Saint Louis.

C : Et est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir une situation d'urgence où un patient vient vous voir juste après un rapport à risque et il vous demande quoi faire? Ça sonne

Dr B : C'est rare, elle trifouille son interphone finit par aller voir, si c'est ouvert.

C : Je ne sais pas si vous avez entendu parler des nouveaux tests? Ils ont un peu changé, avant c'était 2 ELISA et maintenant c'est un ELISA et un AgP24?

Dr B : Oui ça je sais.

C : Donc maintenant ce n'est plus 3 mois après un rapport à risque mais c'est 6 semaines.

Dr B : Oui.

C : Et dans les nouveautés, il y a les tests de dépistage rapide?

Dr B : J'en ai entendu parler, mais je n'en sais pas plus, je ne sais pas où ça se fait, il était même question d'en donner à des associations je crois?

C : Oui il y a eu plusieurs tests en expérimentation, des tests salivaires mais pas très fiables, et puis les tests capillaires comme un dextro...

Dr B : Oui, mais je ne sais pas qui fait ça.

C : Pour l'instant c'était en expérimentation dans les urgences, et maintenant qu'ils sont validés, ils le proposent au médecin généraliste dans le cadre du dépistage systématique.

Dr B : Ça peut-être une bonne idée! Rires, mais... Alors là on va encore plus leur forcer la main!

C : Et puis s'il est positif...

Dr B : Là il faut assurer derrière. Enfin le problème de ce test, c'est qu'il y a tout un discours à tenir : si vous étiez positif... Une fois qu'ils ont l'annonce, ils n'entendent plus rien, ils sont ailleurs... Donc si vous étiez

positif, c'est pas rigolo mais pas de panique, il y a des traitements parfaitement efficaces...

C : Et vous, vous vous voyez concrètement faire ça dans votre cabinet?

Dr B : *blanc*, pourquoi pas. Pas systématiquement ça c'est sûr. Mais je pense que si les gens sont un peu habitués, on les prévient, peut être avec l'affiche ou si les médias en parlent, ça nous aiderait bien. Faire campagne de santé publique en disant et bien voilà dans les mois qui viennent, votre médecin vous proposera un test... Nous déjà ça nous permettra de gagner du temps. C'est un peu comme quand ils ont fait la campagne sur les antibiotiques c'était drôlement bien! Le temps qu'on passait à leur expliquer les virus les bactéries.... En plus ici, il y en a beaucoup qui ne connaissent rien à leur corps, c'est assez compliqué. Donc là les gens entendront, pourront peut-être en parler entre eux pour ceux qui n'ont pas bien compris de quoi il s'agit, donc ça ce serait bien. Mais de décréter du jour au lendemain vous allez faire les tests... Pourquoi pas les tests rapides, on fait bien le sucre...

C : Donc faire une campagne d'information grand public et une formation pour les médecins?

Dr B : ?

C : Pour les médecins, en cas d'annonce, quelle conduite à tenir?

Dr B : On le fait déjà... Il y a pire comme annonce. Oui c'est brutal, mais quand quelqu'un a une leucémie, c'est aussi brutal. Annoncer un cancer ça me semble plus compliqué.

C : Oui, mais ce sont des médecins qui m'ont demandé si une formation serait possible...

Dr B : Oui, si il y a des médecins que ça intéresse, on a chacun nos faiblesses...

C : C'est encore un tabou dans certaines populations que vous suivez?

Dr B : Oui bien sûr, mais je trouve que de toute façon ce n'est pas simple du fait de la maladie quand même, c'est une maladie grave, ça ne peut pas être simple. Si on avait le marqueur tumoral universel ce ne serait pas simple non plus, le jour où on aura ça, ça risque d'être compliqué. C'est comme l'annonce d'un cancer du sein après une mammographie, on peut le faire, c'est quand même notre rôle, ce sont des gens qu'on connaît bien, c'est souvent plus facile, ils ont tendance à nous croire.

C : Et puis c'est vous qui les accompagnez.

Dr B : Je suis plusieurs personnes qui ont le virus du sida, je pense à une troisième, qui est plutôt suivi par mon associé, VIH positive qui a des enfants, ça ne les empêche pas d'avoir des enfants, ils viennent souvent ici, ça a un côté véridique, ce sont des gens qui ont une vie à peu près normale.

Je pense que si j'avais une maladie grave, je préférerais que ce soit annoncé par une personne que je connais en qui j'ai confiance, plutôt que par un médecin spécialiste qu'on n'a pas choisi.

C : Et puis le fait que le VIH amène à parler de la sexualité, c'est quelque chose qui fait que cette maladie est assez taboue chez de nombreuses personnes. Est-ce que le fait que vous soyez une femme, ça va être plus compliqué d'aborder ces choses-là avec un homme?

Dr B : C'est vrai, au début où je travaillais, j'étais pas très à l'aise pour parler de problèmes de sexualité avec les hommes. Mais maintenant le viagra® nous a beaucoup aidé, c'est merveilleux, les hommes viennent pour ça, alors là j'ai ouvert des grands yeux, en plus c'était même des immigrés maghrébins, alors là je me suis dit ils en ont du courage. Finalement il faut parler de ça pour avoir le médicament, c'est devenu un peu grâce à ça plus facile. Et c'est pareil, un peu avec l'expérience, on n'y met pas nous d'émotion, on y met des mots assez neutres qui peuvent être compris. C'est vrai qu'il y a eu un énorme progrès, même déjà un peu avant l'arrivée du viagra®, les gens entre eux en parlait un peu plus facilement, espéraient que le médecin allait peut être les aider, c'est devenu pas trop compliqué.

C : Et avec les personnes âgées, est-ce possible de parler de sexualité?

Dr B : Je n'en parle pas tellement.

C : C'est difficile, mais par exemple avec les femmes, vous faites pas mal de gynéco...

Dr B : C'est vrai les femmes âgées, elles font parties d'une génération qui n'allait pas beaucoup chez le gynécologue, c'est vrai qu'elles ne courent pas chez le gynécologue du tout, c'est vrai que je ne fais pas trop d'examen gynéco chez les femmes âgées, ça m'arrive quand elles ont mal au ventre, mais en examen systématique, à part les seins, je ne fais pas trop ça c'est sûr. Passé 65 ans je ne fais plus de frottis. C'est vrai que des fois on en parle, c'est plus si elles dépriment, ou si elles l'ont l'air particulièrement pas satisfaites de leur vie ou des choses comme ça, ça m'arrive. C'est vrai que je ne cours pas forcément après. Je trouve qu'on a tellement de choses à aborder...

C : Et puis ça prend du temps de se lancer là-dedans...

Dr B : Oui et puis est-ce qu'il faut parler de tout? Je ne sais pas.

C : Et finalement est-ce que c'est vraiment le rôle du médecin traitant?

Dr B : C'est un peu leur intimité aussi, je n'ai pas envie de m'en mêler forcément. Sauf s'il y a une demande ou dans des circonstances particulières : si visiblement les gens sont malheureux ou dans les conflits de couple, évidemment on en parle plus facilement. Mais bon il y a aussi beaucoup de gens qui n'ont pas de rapports pour qui ce n'est pas un problème non plus. C'est pour ça que je dis que médicaliser quelque chose qui bon n'a pas besoin d'être médicalisé.... Il y a même des gens pas vieux qui le disent comme ça, c'est à respecter. C'est vrai que ça m'arrangeait au début, maintenant c'est beaucoup plus simple pour moi. Heureusement, l'avantage de l'âge. On a eu le temps de progresser même soi-même, c'est lié un peu à son histoire personnelle. Non, moi je ne saute pas du tout sur le sujet.

C : Et avec les adolescents?

Dr B : Oh les adolescents c'est compliqué en général. Sexualité ou pas sexualité. Ouille ououille....

C : C'est d'autant plus chez eux qu'il faut parfois.

Dr B : Oh oui, mais là c'est beaucoup plus facile. On sait bien que ça fait partie de leur vie au moins de leurs fantasmes, eux ils sont en plein dedans... rires.... même s'ils n'ont pas forcément de rapports, mais ils y pensent. Le problème des ados ce n'est pas l'abord de la

sexualité, c'est plutôt le problème de l'abord des ados en général. D'abord on ne les voit pas ou très peu, et quand ils viennent le dialogue est pas facile avec ceux qui justement posent des problèmes. Quand on les connaît depuis qu'ils sont petits, c'est souvent plus facile, c'est très étonnant d'ailleurs, il y a une espèce de proximité, sauf s'ils pensent qu'on est trop proche des parents, là ça pose problème. Ceux qu'on connaît depuis qu'ils sont petits c'est plus facile, les autres alors là c'est compliqué le dialogue avec les ado. J'ai quelques questions que je pose assez facilement mais ils ont du mal de toute façon par nature à s'exprimer, à mettre des mots sur leurs idées, donc c'est compliqué.

C : Le fait de connaître toute la famille, ça peut bloquer...

Dr B : Oui ils ont toujours un peu peur, on a beau leur dire, on ne va pas répéter à tes parents, ils ne nous croient pas complètement. Souvent moi j'ai les parents au téléphone, donc parfois je dis « je dirai ça à ta mère », mais c'est un peu compliqué. Peut-être aussi le fait que moi je ne suis pas extrêmement habile. C'est difficile d'avoir un retour sur ce qu'on fait avec les ados. Autant avec les adultes plus grands, on voit, les gens nous disent, mais je n'ai pas eu de retour d'ados plus vieux qui me reparlent de cette période-là. Je ne sais pas. Mais je serai curieuse.

C : Et en parlant sexualité, on a retrouvé une petite étude, qui vaut ce qu'elle vaut, sur 80 patients aux Etats-Unis qui montre que 97% des hommes souhaitaient parler sexualité avec leur médecin généraliste et que, finalement, il n'y en avait que 19% qui osaient le faire, et ils voulaient que ce soit le médecin qui aborde en premier le sujet. Bon, ce sont des chiffres assez étonnants, mais c'est intéressant de voir que ce point de vue...

Dr B : Ils n'attendent que ça.

C : Finalement ils attendent plus que ce que nous on penserait, donc est-ce que ce n'est pas plutôt le médecin qui n'a pas envie de se mêler de leur intimité et en même temps.....

Dr B : C'est sûrement vrai, moi j'ai quand même une population très féminine. Quand on est médecin généraliste femme, on voit surtout des femmes, on voit quelques hommes et c'est vrai qu'en général ceux-là tiennent beaucoup à nous. Donc certains abordent oui, alors j'ai quelques notions là-dessus, je ne sais pas si je réponds toujours bien à leurs questions. Souvent quand ils abordent le sujet c'est pour des troubles de l'érection, donc là on peut en parler, dès fois je leur demande un bilan, dès fois je les envoie chez l'urologue.

C : Chez les diabétiques par exemple, c'est quelque chose qu'ils osent peu aborder.....

Dr B : Moi je vois très peu de diabétiques hommes, c'est vrai qu'on en parle moyennement, c'est vrai que je suis un peu... Je ne sais pas si on a toujours des solutions à leur apporter, c'est ça l'histoire. Viagra®, Cialis®, etc pour quoi pas. Alors peut être ça leur ferait du bien qu'on en parle. Moi j'en parle en préventif, s'ils sont tabagiques, hypertendus ou diabétiques, je leur dis « vous savez ça ne vous gêne absolument pas pour l'instant mais si dans 20 ans vous voulez toujours bander »... enfin je ne parle pas toujours comme ça, ça

dépend du monsieur bien sûr, enfin si vous ne voulez pas avoir de problème de ce côté-là, je vous conseille de faire attention. Donc en préventif, oui.

C : Et en médecine générale, un sujet qui n'est pas forcément évident c'est l'abord de l'homosexualité. Parfois on se dit celui-là...

Dr B : Alors avec l'expérience moi je les vois! Les femmes et les hommes!

C : Et vous posez la question?

Dr B : Mais je m'en fous !

C : Oui et non, par exemple pour le dépistage VIH, on sait qu'il y a une recrudescence...

Dr B : Oui, alors ceux-là on met les pieds dans le plat assez vite. Mais pas la première fois, il faut aussi qu'ils aient envie d'en parler. Moi je sais que les gens comprennent tout de suite si on s'adresse à eux en parlant de leur « ami » et jamais de leur compagne ou compagnon, ils savent très bien qu'on utilise un vocabulaire neutre pour pas trancher. Donc ils comprennent très bien qu'on a deviné que. Donc ça c'est une entrée en matière et je pense qu'à ce moment-là ils en parlent assez facilement. De toute façon je ne leur pose pas la question car ça n'a pas d'intérêt, le problème c'est la prise de risque. Donc je leur dis si vous avez plusieurs partenaires, ça aussi c'est un terme pratique, j'espère que vous mettez des préservatifs, même si je sais qu'il y a des moments où on est dépassé par les événements et que le préservatif on l'oublie. Je dis bien que c'est pas facile de l'utiliser surtout si on a commencé sa sexualité sans. Oui je leur tends des perches. Mais des homosexuels hommes je n'en ai pas des masses, il y en a peut-être que je n'ai pas vus, mais ce n'est pas trop un problème.

C : Oui mais par exemple maintenant on propose aux homosexuels hommes de faire des frottis chez le proctologue...

Dr B : oui ? moi, je ne les envoie pas du tout chez le proctologue, en plus je pense qu'ils ont leur réseau. Je n'en ai pas beaucoup dans ma patientèle. Par contre on voit des ados, on sent qu'ils sont homosexuels, c'est pareil les ados on ne les voit pas beaucoup. Comme c'est quelque chose qu'on subodore, on parle de la sexualité à ce moment-là, sans forcément les faire avouer qu'ils sont homosexuels, parce que ce n'est pas le problème.

C : Et pour conclure sur tout ça, vous, votre place dans tout ce qui est lié au dépistage du VIH et à la sexualité, comment voyez-vous votre rôle de prévention, de dépistage, d'information?

Dr B : Ça fait partie de l'information comme une autre. J'exagère un petit peu, ça n'est pas toujours aussi facile, ça dépend des personnes qu'on a en face de soi. C'est vrai qu'on a la chance nous, comme on est médecin de famille, d'avoir l'occasion de les voir plusieurs fois, donc si à la première consultation ou à la deuxième, on se dit tiens j'aimerais bien parler de ça la prochaine fois, moi je le note, donc moi j'ai le temps. Je peux différer. Enfin il y a des gens qui n'ont pas du tout envie de parler de leur sexualité à tel moment, ça dépend du contexte, pour ça c'est pratique. Peut-être que je n'en parle pas assez, ça c'est possible. Pourquoi en parler, quel est le but? Est-ce que ça fait partie des critères de

bonne santé ? Est-ce qu'il faut à chaque fois ? Est-ce que ça fait partie des critères ? J'en sais rien. On s'enquière toujours à un moment du tabac, de l'alcool, du shit etc... Et puis il y a des gens qui ont l'air épanoui, je ne vais leur demander, ça va quoi ? Quelqu'un qui n'a pas l'air bien oui, peut-être. Alors ça m'arrive, mais je ne suis pas hyper douée pour ça. J'ai des copains médecins qui font ça par une pirouette. Je peux, par une pirouette, leur faire comprendre qu'on peut parler de ça, je leur tends une perche pour savoir si tout va bien de ce côté-là. On peut faire comme ça de manière légère. C'est comme le jour où moi j'ai pu parler de manière assez légère de l'alcool, ça a été beaucoup mieux, c'est une histoire de mots, savoir de quoi on veut parler, et puis l'expérience. Mais d'un autre côté les gens qui ne se sentent pas dans la norme, qu'est-ce que la norme ? Ils peuvent se sentir culpabilisés. On est quand même un personnage, il y a quand même la norme derrière nos questions. Moi j'ai pas envie d'emmerder les gens, qu'ils se justifient de dire : « moi je ne fais pas très souvent l'amour ».

Une question aussi bête que vous avez un médecin traitant ? Moi mon souci c'est qu'ils soient bien remboursés, et bien je peux vous dire que c'est une question vraiment pas simple, parce que quand on la pose, ils pensent que c'est une invite à ce qu'on soit choisi comme médecin traitant, alors que pas du tout, ouala... alors c'est compliqué comme question. Alors c'est vrai que moi j'ai pas l'accès internet pour aller vérifier en douce s'ils ont un médecin traitant. Voilà derrière des questions anodines on peut soulever... C'est vrai que je ne suis pas très au point sur les questions sur la sexualité.

C : Vous avez déjà eu une formation là-dessus ?

Dr B : Non, c'est vrai qu'il y a d'autres choses qui me paraissent peut-être plus importantes... C'est plutôt sur les prises de risque ou quand les gens vont voyager ou quand je vois qu'ils ont une vie sexuelle pas très stable... Ou avec les femmes c'est plus facile d'en parler parce qu'elles ont des doutes sur leur compagnon.

C : Et puis surtout à St Denis, il y a beaucoup de migrants donc quand ils rentrent au pays...

Dr B : Oui mais les pauvres femmes, elles ne peuvent pas faire grand-chose, elles ne vont pas imposer le préservatif. Mais quand les hommes partent au pays, moi je ne me vois pas trop... Le problème c'est les Noirs africains de la campagne, je ne parle pas du noir africain des villes, une immigration plus récente, eux ils fonctionnent comme nous, on peut parler de tout. Mais je ne me vois pas dire au noir africain retraité qui retourne dans sa campagne : « monsieur avec votre deuxième ou troisième femme, ce serait quand même mieux de mettre un préservatif » Je ne me vois absolument pas. Le type il me fusille du regard, il y a un problème culturel aussi. Donc j'ai pas encore trouvé les mots pour ça. Et puis ce sont des choses qu'ils ne peuvent absolument pas entendre. Mais c'est vrai que le fait que vous m'en parliez, la prochaine fois que je vois le groupe des 10 médecins je leur demanderai comment vous faites-vous ? Avec le gars qui retourne 3-4 mois au pays en laissant les enfants, les femmes se débrouil-

lent, en sachant pertinemment qu'il y a une seconde épouse là-bas... Qu'est-ce que vous leur dites ??

C : Merci beaucoup, c'est vraiment intéressant de voir différents médecins, vous dites des choses très différentes...

Dr B : Je serai curieuse de voir ce que disent les autres, c'est vrai qu'on est souvent un peu dans notre bulle.

C : Vous voyez le groupe de 10 médecins...

Dr B : Oui mais on se ressemble, du fait de s'être regroupés... On est tous sensible à l'accès au soin, en secteur 1. Mais c'est vrai que je serais curieuse de savoir comment font les autres aussi. La sexualité, moi il y a 20 ans ! L'expérience, et puis la vie personnelle aussi. Quand on n'est pas épanouie, maintenant ça va mieux, mais ça n'est pas évident d'aller parler de ça, il faut être un peu au clair avec soi-même, avoir lu des choses, j'ai lu pas mal sur la sexualité féminine, ça va mieux, les gens le sentent. Par exemple les jeunes femmes qui sont inquiètes, elles trouvent qu'elles n'ont pas d'orgasmes chaque fois, ou tout doucement, il y en a qui m'en parlent. C'est vrai que la sexualité a beaucoup évolué. Moi je vois ma fille qui a 16 ans, elle discute de ça sans arrêt, même pas forcément en passant à l'acte, mais ils sont à l'aise, enfin sur le plan technique je ne sais pas, mais ils sont assez incroyables. Mais c'est vrai que l'évolution fera peut-être qu'ils ont moins besoin d'un médecin pour parler de ça. Les hommes entre eux, ils n'en parlent pas trop...

C : Et puis il y a la différence entre ce qu'ils peuvent voir sur internet ou dans les médias, l'accès au sexe est plus facile qu'avant ? Différent en tout cas ? Les fantasmes que ça peut développer...

Dr B : Moi je leur dis, les idées que j'ai là-dessus, les problèmes d'érection, il y a aussi l'âge, ça baisse un petit peu, faut s'adapter, on rit de ça, faut le prendre à la légère. Je ne veux pas trop parler de technique, mais peut-être les rapports peuvent être moins long... C'est vrai que quand les gens sont à parler de ça, c'est touchant pour moi, je me dis qu'ils s'ouvrent beaucoup, surtout les immigrés, c'est un signe de confiance. Je les rassure et le fait d'en parler... Il faut être détendu, on n'est pas des machines. Le problème de la sexualité c'est surtout aussi l'histoire du couple, je n'ai pas forcément envie de rentrer dans les détails, est-ce que les préliminaires sont assez longs ? C'est vrai que je ne vois pas trop, avec les jeunes oui. Enfin moi j'ai quelques idées générales, mais je ne me sens pas experte.

N° 6 : le 7/12/2010

Dr Astérix Saint-Denis 93

Contexte : j'ai rendez-vous avec le Dr Astérix à 15h, alors qu'il ne commence ses consultations sans rendez-vous qu'à 18h, il y a déjà 3 patients qui l'attendent dans l'escalier à 15h... Cabinet dans une cité, population familiale. Il arrive vers 15h30, bon contact mais entretien court (18:38), semble

fatigué. Devant tant de motivation, j'en oublie de lui parler des questionnaires...

C : Pour vous connaître un peu plus, depuis combien de temps êtes-vous installé à Saint Denis?

Dr As : A Saint Denis depuis 1992, avant j'étais dans le Val d'Oise à Deuil-la-Barre.

C : Et vous vous êtes installé tout de suite après vos études?

Dr As : Non, avant j'ai fait des remplacements pendant 2-3 ans, puis une expérience à Deuil-la-Barre qui n'a pas marché, puis je suis venu ici.

C : Et vous aviez des attaches à Saint Denis?

Dr As : Non, pas du tout, on a fait des recherches dans les journaux médicaux pour trouver des personnes qui proposaient des cessions de clientèle, j'en ai visité quelques-unes et on s'est mis d'accord avec la personne qui était là avant.

C : Donc un peu par hasard

Dr As : Oui dans la mesure où on cherchait en région parisienne, toute la région parisienne.

C : Et vous êtes installé donc depuis, Deuil la barre c'était quand?

Dr As : 1989

C : Secteur 1 ou 2.

Dr As : secteur 1.

C : Avec ou sans rendez-vous?

Dr As : Sans rendez-vous, vous avez la preuve (dans l'escalier en arrivant), ils n'ont pas le sens du rendez-vous, ni des simples horaires!

C : J'ai travaillé à l'hôpital Delafontaine pendant un an, j'ai pu voir que les rendez-vous ça n'était pas évident... Et vous êtes informatisé ou dossier papier?

Dr As : Informatisé.

C : Et en moyenne vous avez combien de consultations par jour? À peu près?

Dr As : 25

C : Et vous faites des visites à domicile aussi?

Dr As : Oui tout à fait.

C : Et avez-vous une petite idée du pourcentage de patient qui ont la CMU ou l'aide médicale d'état?

Dr As : Oh ça doit être dans les 40%, oui CMU + AME.

C : Et vous faites un peu de gynéco? Frottis?

Dr As : Non, non. Le quartier ne le permet pas

C : C'est vrai que j'ai rencontré beaucoup de médecins hommes pour l'instant à Saint Denis

Dr As : Non ce n'est pas possible qu'un médecin homme fasse ce genre d'examen. Ce serait ambigu, compliqué et sujet à de gros problème à mon avis. Pour une femme ça n'est pas pareil.

C : Et est-ce que vous travaillez avec une faculté en particulier, est-ce que vous êtes maître de stage?

Dr As : Non pas du tout.

C : Vous travaillez avec des réseaux?

Dr As : Oui, les réseaux ici : arc en ciel, santé service, puis les HAD des hôpitaux.

C : Et vous avez fait vos études de médecine à Paris?

Dr As : Oui à Paris.

C : Donc on va rentrer dans le vif du sujet. Vous vous êtes installé en 89, c'était à peu près le moment de l'émergence du sida, est-ce que ça a eu un impact sur

vos vie professionnelle, est-ce que vous avez eu beaucoup de patients atteints?

Dr As : Non, curieusement non, je ne sais pas pourquoi. Par contre quand les autres médecins partent il y en a quand même pas mal. Je ne sais pas pourquoi, c'est peut-être le secteur. On est plus à l'extérieur de la cité, ils sont peut-être plus à l'intérieur. Mais j'en ai très peu. **C :** Vous en suivez combien à peu près? Vous avez une idée?

Dr As : Une quinzaine.

C : Quand même! Ils sont suivis à l'hôpital Delafontaine?

Dr As : Oui, ils sont suivis à l'hôpital Delafontaine.

C : Et c'est un sujet dont vous arrivez facilement à parler avec vos malades? Ce n'est pas difficile d'aborder?

Dr As : Non, sans soucis, maintenant, en 1992 j'aurais eu moins de réponse.

C : C'est sûr, et maintenant vous arrivez à leur proposer facilement de faire le test, ils ne refusent pas?

Dr As : Non non non, ils ont une bonne information en général, c'est très facile.

C : Et vous ciblez un peu les gens à qui vous proposez le test ou c'est un peu selon leur demande?

Dr As : C'est les deux, surtout à leur demande, les jeunes surtout sont très impliqués, ils le demandent de façon assez soutenue, sinon c'est moi.

C : Et votre portrait-robot des gens à qui vous allez plus le proposer?

Dr As : Les jeunes jusqu'à 30 ans. A partir de 30 ans, c'est vraiment une démarche personnelle.

C : Et il n'y a pas des gens qui viennent à certains type de consultation que vous allez plus avoir envie de tester?

Dr As : Non, s'il n'y a pas de signe d'appel.

C : Si je vous pose toutes ces questions, c'est notamment parce que l'HAS a fait des recommandations depuis 2009, et ils en ont reparlé pas mal à l'occasion de la journée du premier décembre. Ils proposent d'élargir le dépistage car ils se sont aperçu qu'avec le dépistage ciblé on passait à côté de beaucoup de cas. Et ces cas sont embêtants car ce sont ceux qui contaminent le plus, et de toute façon la moitié des patients sont diagnostiqués à un stade trop tardif. Du coup ils proposaient que les médecins généralistes fassent un dépistage systématique de la population. Alors comment mettre ça en pratique, qu'est-ce que vous en pensez? Avez-vous entendu parler de ça?

Dr As : Oui j'en ai entendu parler. C'est pas, bon....

C : Alors comment faire?

Dr As : Si on décide de le faire, ici ça ne posera pas de problème. Les gens suivent ce qu'on leur demande de faire. A mon avis les médecins du 95 auront plus de mal.

C : Pourquoi?

Dr As : Parce qu'il y a moins de respect par rapport au médecin, moins d'écoute de ce qu'on leur demande de faire. Ils ont leur part de réflexion et leur part de décision. Ici si on leur dit, ils le font, c'est plus facile

C : Vous vous voyez proposer un test à chaque patient qui vient?

Dr As : Si la sécurité sociale est d'accord et qu'ils ne viennent pas nous casser les pieds parce qu'on fait trop de dépenses de santé, pourquoi pas.

C : Maintenant ils ont dit dans les recommandations : il faut dépister toute la population... Au moins une fois, et après les gens à risque régulièrement.

Dr As : Ici ça ne pose pas de problème.

C : Et avez-vous entendu parler des nouveaux tests de dépistage rapide, comme un dextro, on met une goutte de sang dans un petit puit avec un réactif et on lit si c'est positif ou négatif.

Dr As : Non, j'étais pas au courant.

C : C'est tout récent, ils étaient en test aux urgences jusqu'il n'y pas très longtemps et le décret est passé début novembre pour autoriser les médecins généralistes à utiliser ces tests-là à leur cabinet.

Dr As : Pourquoi pas, c'est une bonne chose.

C : Vous vous voyez l'utiliser ici?

Dr As : Oui tout à fait.

C : Ça ne poserait pas de soucis particuliers?

Dr As : Non pas de soucis.

C : Et si le test est positif?

Dr As : Si le test est positif, ça poserait un problème psychologique par rapport à la personne.

C : Vous avez déjà été dans des situations de diagnostique comme ça?

Dr As : Oui, tout à fait, mais là je ne connais pas la fiabilité des tests de ce type par rapport au test classique.

C : De toute façon ils recommandent de faire un test ELISA pour confirmer avec un western blot derrière. Mais ça peut permettre d'aider pour des gens qui ne veulent pas aller faire leur prise de sang pour x ou y raisons, ou quand on a un doute.

Dr As : Oui, s'il a une bonne fiabilité, parce que si on annonce à la personne qu'elle est séropositive et qu'une fois sur deux le test démonte votre annonce, ça me paraît difficile.

C : Donc s'il a une bonne fiabilité vous vous voyez faire ça en cabinet?

Dr As : Oui.

C : Et avez-vous déjà été dans une situation où un patient venait vous voir juste après un rapport à risque, un peu en urgence, en vous demandant qu'est-ce qu'il faut que je fasse? Comment vous gérez ce genre de situation?

Dr As : Il faut voir qu'est-ce qu'on appelle à risque. Parce que ici la plupart du temps c'est plus de l'angoisse que... que des comportements à risque.

C : Et qu'est-ce que vous faites?

Dr As : Je les rassure...

C : Vous n'avez jamais eu besoin d'envisager un traitement?

Dr As : Moi jamais. On fait les sérologies et on leur demande de refaire les tests dans 6 mois.

C : Alors justement, il y a des nouveaux tests, Elisa, combiné avec l'antigène p24 et maintenant il faut 6 semaines et non plus 6 mois entre les deux tests.

Dr As : D'accord.

C : Et vous ne ressentez pas de problème de discrimination de la population, ce n'est pas quelque chose qui vous pose problème particulièrement?

Dr As : Non pas du tout.

C : Vous n'avez pas de problème à parler de ça?

Dr As : Non, comme je vous ai dit, c'était plus difficile avant. Il y a une vingtaine d'années on avait une réticence, parce qu'on connaissait mal, on se sentait mal à l'aise, on l'abordait pas de la même façon. Maintenant c'est quelque chose du quotidien que tout le monde connaît, donc ça passe, le discours est facile.

C : Parfois ça peut être un peu difficile parce que ça force à parler de la sexualité. Par exemple le fait que vous soyez un homme, est-ce qu'avec les femmes c'est plus difficile?

Dr As : Non, non, parce qu'en général ce sont des jeunes femmes très libérées donc on peut discuter facilement.

C : Même si ce sont des femmes voilées avec leur mari par exemple?

Dr As : Non, ça on ne pourra pas discuter. Celles avec qui on peut en parler ce sont celles qui sont émancipées et elles sont très sensibles à ce sujet.

C : Et ça vous arrive de tendre des perches pour voir justement si...

Dr As : Oui tout à fait.

C : Finalement, il y a eu des études qui montraient que les patients attendaient que le médecin aborde le sujet en premier, qu'eux ils avaient assez envie d'en parler mais qu'ils n'osaient pas le faire.

Dr As : Non ici ça ne pose pas de problème, mais avec une partie de la population seulement.

C : Et avec les personnes âgées, ça n'est pas forcément évident.

Dr As : Non elles sont plus ouvertes, sans problème.

C : Les adolescents?

Dr As : Les adolescents s'il y a leur mère ça n'est pas possible.

C : Et ça vous arrive de faire sortir la mère par exemple?

Dr As : Disons que s'ils ont moins de 16 ans c'est impossible, on ne peut rien faire sans l'accord des parents. Après 16 ans on peut leur prescrire ce qu'on estime être juste mais avant faut l'accord des parents. Même si c'est pas aussi absolu que ça, ça arrive qu'on fasse des prescriptions malgré tout.

C : Vous pouvez les envoyer au centre de dépistage anonyme et gratuit aussi?

Dr As : Oui c'est une façon de se libérer.

C : Et le fait de connaître toute la famille, de suivre le mari la femme, les enfants, la grand-mère, est-ce que ça peut poser des difficultés pour parler de la sexualité?

Dr As : Non ça pose des soucis éthiques quand on sait quelque chose.

C : Et vous n'avez pas l'impression que c'est une barrière dans la consultation?

Dr As : Non parce que c'est un problème moral de savoir qu'est-ce qu'on dit, qu'est-ce qu'on fait. Si on sait quelque chose qui concerne toute la famille et que la personne est réticente à annoncer, ça pose un problème.

C : Et vous avez une anecdote ou situation avec un de vos patients?

Dr As : Non, j'ai des histoires d'infidélité, ça c'est sûr, mais sans conséquence sur le plan médical. Mais on est simplement un témoin silencieux.

C : Et par exemple un patient séropositif qui ne veut pas le dire à sa femme...

Dr As : Non mais je pense que je le dirai, si je n'arrive pas à le convaincre, je le dirai. Pas directement, mais au moins je lui proposerai un test, ce qui automatiquement lui mettrait la puce à l'oreille. Je pense, si elle n'a jamais fait de test et que je lui en propose un... Mais je pense qu'on ne peut pas non plus... ça ne s'est jamais posé, mais logiquement je pense que j'agirai comme ça.

C : Et parfois je sais que ça peut être difficile de poser des questions sur l'orientation sexuelle des gens? Je ne sais pas si vous avez dans votre patientèle beaucoup d'homosexuels?

Dr As : Non.

C : Parce parfois il faut les dépister plus fréquemment... Et parfois on n'ose pas poser la question...

Dr As : Non, en 1 on ne le sait pas, et en 2 ici c'est un sujet très tabou, donc je ne pense pas qu'il l'aborderait naturellement, surtout si on connaît la famille. Personne ne me l'a dit. Quand je l'ai su, je l'ai su, mais personne n'est venu me le dire. Non non.

C : C'est pas fréquent.

Dr As : Très rare.

C : Vous avez une patientèle plutôt....

Dr As : Familiale, très très jeune (pleurs d'enfant dans la salle d'attente)

C : Et une population de migrants?

Dr As : C'est-à-dire?

C : Des gens qui viennent d'arriver d'Afrique par exemple

Dr As : Oui.

C : Vous en avez beaucoup dans votre patientèle?

Dr As : Oui.

C : Et ceux-là, quand ils arrivent, vous leur proposez un bilan avec un test VIH de manière systématique?

Dr As : Oui.

C : Et ils acceptent facilement le test?

Dr As : Oui ils acceptent, je ne sais pas s'ils le font toujours...

C : Il n'y en a jamais qui ont refusé?

Dr As : Non, je crois qu'ils sont un petit peu contraints de l'accepter, ils sont contraints de faire un suivi médical pour avoir l'autorisation de rester ici. Ils savent très bien que s'ils ne sont pas suivis sur le plan médical, ils auront du mal à obtenir le droit de rester.

C : Et parfois même, le fait d'être malade peut les aider à avoir des papiers aussi...

Dr As : Tout à fait, ils ne sont pas réticents au contraire.

C : Par exemple j'ai eu un patient à Delafontaine chez qui on avait une fausse sérologie VIH positive et quand on lui a annoncé que tout allait bien, il m'a dit « et mes papiers? »

Dr As : Ça va dans le même sens. On leur a fait remarquer qu'il fallait au moins un suivi médical, donc tant qu'on peut faire des examens et qu'on montre qu'ils sont suivis quelque part, je suppose que pour leur dossier ça joue, c'est une population qui est quand même très demandeuse.

C : Donc eux ils demandent naturellement.

Dr As : Oh oui.

C : Et vous que pensez-vous de la place du médecin généraliste? Tous les experts disent que c'est au méde-

cin généraliste de prendre en charge les problèmes de prévention, de dépistage, de l'abord de la sexualité... Vous vous sentez concerné?

Dr As : Oui, ça ne me paraît pas un scoop.

C : Oui mais c'est vrai qu'ils demandent que les médecins généralistes fassent des tests de dépistage à tout le monde et on peut se demander comment faire en pratique?

Dr As : Je pense que dans le 93 on est quand même à part, on est pas représentatif de la population, je pense que mes confrères du 95 ne diraient pas la même chose.

C : Oh même vos confrères du 93 ne disent pas tous la même chose!

Dr As : Ça dépend où ils sont. Ceux du centre de Saint Denis, ils me disent qu'ils ont plus de gens de passage. Ils ont des gens qui passent et qu'ils ne revoient pas. Ici c'est plus fidélisé, on a plus une clientèle à l'ancienne, familiale. On a du petit jusqu'au grand parent.

C : Et justement les grands-parents, ils y a beaucoup de personnes âgées qui ne sont pas dépistées car on y pense moins chez eux.

Dr As : C'est vrai.

C : Et ça ne vous est jamais arrivé de vous dire : peut-être qu'il faudrait que je lui propose un test ?

Dr As : Non.

C : Et donc vous n'avez pas l'impression que c'est un sujet tabou?

Dr As : Les personnes âgées?

C : Par rapport aux personnes âgées mais aussi pour les adolescents, les migrants, certaines cultures?

Dr As : Non.

C : Pas de blocage particulier?

Dr As : Non.

C : Et depuis le début de votre installation, la maladie a évolué mais est-ce que vous n'avez pas l'impression que le rapport au médecin a changé, que vos relations avec vos patients ont changé? Vous avez plus d'expérience aussi.

Dr As : J'ai plus d'expérience, c'est plus facile à aborder, je les connais mieux.

C : Il n'y a pas plus ou moins de tabou?

Dr As : Non, c'est l'évolution de la médecine, l'évolution des connaissances. On est plus à l'aise.

C : Merci, c'est très intéressant, vous me racontez tous des choses très différentes!

Dr As : Je pense qu'il n'y a pas deux médecins généralistes pareils!

N° 7 : le 15/12/2010

Dr Achille Talon Saint-Denis 93

Contexte : Après m'être présentée chez un médecin homonyme qui heureusement n'habitait pas trop loin, j'arrive en retard en courant, très bon accueil, médecin d'origine marocaine, seul dans un cabinet aux pièces très spacieuses, me fait visiter en fin d'entretien toutes les affiches (il n'y en a pas sur le VIH) de sa salle d'attente... Entretien

très chaleureux (dure 33:24). Quand je lui parle des questionnaires, souhaite en discuter avec Elsa.

C : Pour faire connaissance si vous voulez bien vous présenter, depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?

Dr AT : Je suis installé à Saint Denis depuis 1978, j'ai toujours été dans ce cabinet. J'étais associé avec le Dr A... pendant 26 ans et ce docteur a pris sa retraite, il est parti et je suis resté tout seul en activité.

C : Vous n'avez pas retrouvé d'autre...

Dr AT : Je n'ai pas cherché.

C : Vous avez d'autres activités ?

Dr AT : Oui, j'ai des malades dans une résidence médicalisée du 3^{ème} âge au Laurier noble à côté de Delafontaine, si vous connaissez, et je suis aussi médecin dans une unité de maladie d'Alzheimer, à La Plaine Saint Denis, qui s'appelle la Maison des lumières.

C : Et comment êtes-vous arrivé à Saint-Denis, par hasard ?

Dr AT : C'était tout à fait par hasard, je faisais fonction d'interne dans une clinique à Saint Denis et un médecin de Saint Denis a appelé la clinique pour avoir un remplaçant en urgence et j'ai atterri là, c'est le hasard, le destin.

C : Et je me permets de vous poser la question vu votre nom, vous êtes de quelle origine ? Vous êtes né en France ?

Dr AT : Je suis né au Maroc dans une petite ville qui se trouve à la frontière algéro-marocaine et je suis arrivé après l'indépendance du Maroc, à Paris, directement à la République en partant d'une petite ville du Maroc, ça faisait une drôle d'impression. J'ai fait mes études à Paris, mes études de médecine au CHU Lariboisière-Saint Louis et voilà.

C : Et vous êtes en consultations libres ou sur rendez-vous ?

Dr AT : Alors le fonctionnement du cabinet : je reçois tous les jours sans rendez-vous à des heures précises et je fais des visites auprès des malades. J'ai des rendez-vous privés avec des malades intéressants.

C : Secteur 1 ou 2 ?

Dr AT : secteur 1 conventionné.

C : Avez-vous une petite idée du pourcentage de patients qui ont la CMU ou l'aide médicale d'état ?

Dr AT : A mon cabinet médical, j'ai 10% de CMU

C : Et en moyenne entre vos visites et vos consultations, vous voyez combien de patients par jour ?

Dr AT : Pas beaucoup, j'ai un cabinet qui fonctionne moyennement, parce que je ne veux pas travailler plus, je dois voir en moyenne 30 malades par jour.

C : C'est déjà pas mal ! Et vous faites un peu de gynéco de ville ?

Dr AT : En tant que médecin généraliste oui, mais je travaille beaucoup plus avec des enfants en bas âge, pas des nourrissons parce qu'il y a beaucoup de PMI par-là, des personnes actives et des personnes âgées. Mais je n'ai pas de gynéco parce que je n'ai pas pratiqué.

C : Et est-ce que vous travaillez avec une faculté ? Est-ce que vous êtes maître de stage ?

Dr AT : Non, non.

C : Et est-ce que vous travaillez avec des réseaux ?

Dr AT : Oui pour les soins palliatifs avec le réseaux arc en ciel

C : Et pour entrer dans le vif du sujet, vous vous êtes installé en 1978, pas très longtemps avant l'émergence du sida, j'aurais voulu savoir quel impact ça a pu avoir sur votre vie professionnelle ?

Dr AT : Aucun impact pour ma part. On a fait plus d'exams systématiques, de prévention, de dépistage de la maladie, et j'ai eu malheureusement quelques malades contaminés par le sida que j'envoie systématiquement chez le docteur Méchali (*ancien chef de service de maladies infectieuses à Delafontaine*)

C : Et vous en suivez actuellement combien à peu près des malades du sida ?

Dr AT : 6

C : Et ça se passe bien avec l'équipe de Delafontaine ?

Dr AT : Tout va bien, ils sont en rémission, tout va très bien.

C : Et vous faites beaucoup de tests de dépistage au cabinet ?

Dr AT : Au cabinet je ne fais pas de test. Pour la gynéco je demande les frottis cervico-vaginaux au laboratoire, pour la mammo je les envoie en radio au dépistage systématique, pour les tests hémocult en prévention du cancer colo-rectal, on remet les tests au malade et voilà c'est tout.

C : Et vous avez l'occasion de parler du test de dépistage du sida avec vos patients ?

Dr AT : J'ai des affiches dans ma salle d'attente et s'ils me posent des questions je leur réponds. De moi-même je n'entre pas dans ce sujet.

C : Et par exemple si vous rencontrez des malades que vous estimez plus à risque... Vous avez un portrait-robot des gens à risque ?

Dr AT : Alors écoutez, moi j'ai un cabinet médical, je ne reçois aucun toxicomane donc je n'ai pas un cabinet à risque.

C : Il n'y a pas que les toxicomanes !

Dr AT : Non aucun toxicomane. Je n'ai pas d'homosexuels, ce sont les populations à risque. Ce n'est pas du sectarisme ou du racisme, ni de la discrimination, attention. C'est parce que dès le début de mon activité je n'ai pas voulu prendre en charge ce genre de patient.

C : Mais vous voyez quand même des migrants, j'imagine... D'origine africaine ?

Dr AT : Beaucoup de migrants oui, des pays d'Afrique. Effectivement on devrait leur demander beaucoup plus de tests, je suis tout à fait d'accord avec vous.

C : Oui, notamment on en a beaucoup reparlé avec la journée du sida, le premier décembre, mais la haute autorité de santé le recommande depuis à peu près un an. En octobre 2009 ils ont sorti de nouvelles recommandations sur le dépistage.

Dr AT : Oui, j'ai des affiches dans la salle d'attente sur le dépistage ! (*en fait non il n'y a pas d'affiche sur le VIH dans la salle d'attente !*) Je ne sais pas s'ils lisent les affiches ou pas mais en tout cas je suis très présent dans ce domaine. Et je devrais être présent encore plus fortement dans le dépistage de ces maladies.

C : Parce que notamment l'HAS proposait de faire un dépistage systématique à toute la population, c'est aussi en peu là-dessus que je voulais vous faire réfléchir...

Dr AT : Vous avez tout à fait raison. Alors systématique je ne sais pas, par contre quand il y a des mariages, je fais faire le bilan complet avec recherche de toutes les maladies que ce soit le sida, les sérologies de l'hépatite B et C, la syphilis, bon tout le toutim, tout ça.

C : Et en dehors des mariages, il y a d'autres occasions?

Dr AT : Et bien je n'ai pas de... non.

C : Ou bien quand ils vous le demandent?

Dr AT : S'ils le demandent c'est avec plaisir, mais ils ne le demandent pas. Alors oui, il y a des jeunes qui me demandent sans me le demander de faire des examens...

C : Et comment font-ils ?

Dr AT : « Écoutez docteur, il faut que vous me fassiez tout le check up », ça veut tout dire, ça veut dire qu'il a de l'inquiétude dans la tête et qu'il veut qu'on fasse la recherche du sida et comme ça je le fais. Ils ne me demandent jamais de faire la recherche du sida. Il faut comprendre à demi-mot.

C : C'est vrai que c'est un sujet qui peut être encore un peu tabou parfois?

Dr AT : Inquiétant oui, tabou mais moins tabou qu'il y a un certain temps, ohlala, c'était un sujet très difficile à aborder, maintenant ça devient courant.

C : C'est plus facile? Ils ne refusent pas?

Dr AT : Moins de gêne, moins d'angoisse à demander des examens. Ils sont plus instruits dans ce domaine.

C : Vous avez l'impression que les gens connaissent.

Dr AT : A mon avis oui ils sont plus renseignés.

C : Et à votre avis, qu'est-ce qui est le mieux pour renseigner la population? Les affiches, la télévision?

Dr AT : Écoutez, les affiches dans la salle d'attente c'est bien, ça interpelle beaucoup les gens, ça leur permet de lire ces affiches, de s'instruire, de se renseigner et pourquoi pas de demander au médecin ce qu'il en pense, son avis.

C : Et ça vous est arrivé depuis que vous avez mis des affiches que les gens vous posent des questions?

Dr AT : Oui tout à fait, j'ai des affiches sur les drogues, sur la dépendance, sur le tabac, ça permet d'entamer la conversation et d'aborder les sujets d'inquiétude.

C : Et vous avez déjà été dans la situation où un patient venait vous voir juste après un rapport à risque ou une prise de risque? Et venait en urgence pour voir s'il faut prendre un traitement?

Dr AT : J'ai eu l'occasion de voir ce genre de personne, mais je les envoie directement à l'hôpital parce que je ne sais pas les prendre en charge.

C : De toute façon, il faut les envoyer à l'hôpital s'il y a une indication à un traitement... Je ne sais pas si vous avez entendu parler des tests rapides de dépistage du VIH. Ce sont des nouveaux tests comme un dextro, on met une goutte de sang sur un petit buvard avec un réactif et on lit le résultat en quelques minutes. Les tests étaient en validation dans les urgences et depuis début novembre c'est proposé aux médecins généralistes, pour les faire dans leur cabinet.

Dr AT : Pour l'instant, ils ne m'en ont pas parlé.

C : C'est tout nouveau.

Dr AT : J'en ai entendu parler, mais pour l'instant personne n'est venu me proposer ces tests. C'est intéressant. On peut le faire au cabinet et si on a un doute les envoie de toute façon au laboratoire pour confirmer ou pas.

C : Oui de toute façon il faut une confirmation au laboratoire. Mais ça pourrait permettre de faire le test directement au cabinet pour ceux qui sont un peu réticent à faire une prise de sang...

Dr AT : De dépister certainement des gens qui ont peur des prises de sang et de découvrir la réalité.

C : Et vous vous seriez prêt à faire ces tests au cabinet si on venait vous montrer?

Dr AT : Oui c'est pas gênant, c'est pas un problème.

C : Et si c'est positif?

Dr AT : Pas de soucis.

C : Vous avez l'habitude?

Dr AT : D'abord j'ai l'habitude et puis j'ai un certain âge, le rapport avec le patient c'est un rapport très fraternel, très empathique. Je prends pas des gants pour dire ce que je pense de façon très douce.

C : Donc pas de soucis pour proposer ces tests à vos patients au cabinet?

Dr AT : Alors attention, je ne leur dis pas qu'ils ont le sida, c'est un mot qu'il faut manipuler avec prudence.

C : Oui et on ne sait pas, sur juste un test...

Dr AT : Oui on ne sait pas, donc je leur dis : on va vous faire un bilan plus précis, je vous envoie à l'hôpital voir telle personne. Il y a des psychologues, des soignants qui ont l'habitude de ce type de rapport, à mon avis ils vont être beaucoup plus adroits que moi!

C : Donc vous me les enverrez plus tard peut être?

Dr AT : Peut-être!

C : Le problème, pour évoquer le VIH, c'est que ça amène à parler sexualité avec le patient parfois... C'est un sujet un peu délicat parfois à aborder?

Dr AT : Non, c'est à dire que du fait que ma clientèle se résume à des personnes très actives de 30 à 50 ans, à des personnes âgées, pas de jeunes, je n'ai pas beaucoup de jeunes de 16 ans à 24 ans, j'ai plus des enfants qui ont des bronchites, des rhinites des otites, des trucs comme ça. Donc je n'ai pas eu l'occasion de parler avec ces patients-là.

C : Et avec les patients plus âgés, en sortant un peu du VIH?

Dr AT : Alors en sortant un peu du VIH, on peut être amené à parler sexualité pour les problèmes de prostate, de dysfonctionnement érectile. Ils sont un peu gênés, ils abordent ce sujet de manière délicate en disant docteur je ne sais pas ce qui m'arrive, gnagnagna, alors j'aborde le problème directement. Je leur dis je suis un homme, vous êtes un homme, je sais ce que vous voulez dire alors dites-moi franchement ce qui vous gêne.

C : Et avec les femmes?

Dr AT : J'ai pas de rapport.

C : A la ménopause par exemple?

Dr AT : Elles ne posent pas de problème. Elles ne me posent pas de question.

C : Elles ne posent jamais de question sur ces sujets-là?

Dr AT : Non surtout pas. Moi je n'ai aucun souvenir qu'une femme m'ait questionné sur ce sujet.

C : C'est difficile en médecine générale de parler de ça dans la relation qu'on peut avoir avec son médecin...

Dr AT : Du fait qu'on les soigne pour de l'hypertension, des problèmes cardiaques, du diabète ou ce que vous voulez, elles n'abordent pas ce problème.

C : Elles parlent peut être plus facilement avec leur gynécologue?

Dr AT : Peut-être, il me semble qu'elles doivent parler beaucoup avec leur gynécologue femme?

C : Peut-être que le fait que vous soyez un homme, c'est plus difficile pour elle aussi?

Dr AT : Peut-être, on est quand même dans le 93 avec une population métissée, avec des tabous, des préjugés, une certaine culture, une certaine mentalité. Elles seraient gênées d'aborder ce sujet avec moi, je ne sais pas.

C : Je vous parlais de ça aussi, parce qu'on avait retrouvé une petite étude américaine qui montrait que sur 80 patients hommes, 97% souhaitaient parler de sexualité avec leur médecin mais que seulement 19% osaient le faire, et ils estimaient que c'était au médecin traitant d'aborder le sujet, sinon d'eux-mêmes ils étaient gênés d'aborder la question... Que penser de ça?

Dr AT : Les chiffres sont assez surprenants.

C : Oui c'est une petite étude, je suis d'accord que les chiffres, bon... mais je trouvais le concept intéressant.

Dr AT : Certainement qu'il y a une minorité de gens qui abordent le sujet sans trop de gêne avec leur médecin. Ce sont des gens qui ont une capacité intellectuelle plus élevée à mon avis. Les gens plus élémentaires moins élaborés n'abordent pas le sujet directement. Ils prennent des précautions, pas de langage mais de comportement, et moi je les aide un petit peu à aborder ce sujet. Parce que je m'implique en tant qu'homme avec eux : «Moi vous savez les problèmes que vous avez, je peux les avoir aussi... donc il faut qu'on trouve une solution ». **C :** Et le fait de connaître toute la famille, si vous suivez la femme, les enfants... ça peut bloquer les gens, par exemple s'ils ont une maîtresse...

Dr AT : Ça les bloquerait éventuellement s'ils ont une maladie infectieuse, c'est surtout ça. Souvent, vous savez tous les hommes célibataires qui vivent au foyer entre hommes, avec une femme en Algérie, des enfants en Algérie, ils ont une maîtresse attitrée ici très souvent. Et quand il y a une maladie comme le sida qui arrive c'est très délicat d'appeler le médecin d'Algérie pour lui dire qu'il y a un mari qui est contaminé par le sida et qu'il faut qu'on fasse des tests à la femme et souvent la femme est contaminée sans le savoir.

C : Et, par exemple, avez-vous un souvenir d'un patient à qui c'est arrivé?

Dr AT : Oui.

C : Et vous pouvez me raconter comment vous avez géré la situation?

Dr AT : Au cours d'un prurit généralisé, où personne ne comprenait rien, on a fait un bilan rapide pour vérifier, et on s'est aperçu qu'il était contaminé par le virus du sida. On le questionne, on apprend qu'il est marié et qu'il a des enfants en Algérie et qu'il faut prévenir sa femme d'aller se faire dépister auprès des autorités médicales d'Algérie. La femme a été dépistée positive, donc elle est en traitement là-bas en Algérie, ça va très bien, lui il est en traitement avec Méchali, ça va aussi

très bien. Et comme tous les hommes qui sont célibataires qui n'ont pas de relations, à part le travail et le foyer, il y a des femmes qui sont là pour ça et malheureusement, si elles sont malades, elles contaminent 30 ou 40% des hommes. Il y a eu beaucoup de cas comme ça que je ne soigne pas moi, mais j'ai des confrères qui m'ont raconté la même chose.

C : Et ce patient, il a réussi à en parler avec sa femme, c'est souvent pas évident...

Dr AT : Il part voir sa femme en Algérie une fois par an et il est dans l'obligation d'en parler.

C : Oui mais il y en a qui ne le font pas...

Dr AT : Peut-être il a parlé d'une façon très indirecte. Je prends des médicaments pour une maladie, toi aussi, et bien c'est très bien. Ce garçon-là, il est élaboré quand même, il a compris qu'il avait une maladie qui pourrait être dangereuse pour lui et pour sa femme. Et il a demandé à ce qu'on le soigne, qu'on fasse le nécessaire pour sa femme.

C : Mais ça n'est pas lui directement qui en a parlé à sa femme.

Dr AT : Ah non pas du tout. Et en plus comment dirai-je, il est très précis dans ses traitements, dans ses consultations, et en plus il est motivé pour se soigner. Et il se sent mieux maintenant, dès le départ le prurit avait disparu. C'est très important.

C : Mais ça n'est pas évident chez tous les patients...

Dr AT : Non pas du tout.

C : Et vous me disiez en début d'entretien que vous n'aviez pas ou peu d'homosexuels dans votre clientèle, mais parfois on ne le sait pas? Ils ne le disent pas d'emblée...

Dr AT : Je ne peux pas savoir, mais c'est une façon de...s'il est célibataire...

C : Mais parfois on se pose la question, tiens celui-là, peut-être, et finalement on ne pose pas la question parce que...

Dr AT : J'ai une personne qui doit l'être, homosexuel.

C : Qui doit l'être ou vous en êtes sûr ?

Dr AT : Qui doit l'être. Il ne m'a jamais parlé d'une copine et c'est un homme de 50 ans hein. Et depuis 20 ans que je le soigne, il n'est qu'avec des copains, ils partent en randonnée ensemble, ils font des excursions ensemble, des sorties ensemble... Il y en a 2 comme ça, 2, je ne donne pas les noms parce que...

C : Ah non je ne veux pas savoir les noms.

Dr AT : C'est le secret médical. 2 personnes, ils ne sont jamais venus avec une copine.

C : Donc c'est un sujet que vous soupçonnez mais finalement vous ne l'abordez pas...

Dr AT : Je soupçonne mais ils n'abordent pas avec moi.

C : Et ceux-là justement est-ce que vous allez faire un petit peu plus attention à leur proposer des tests de dépistage?

Dr AT : Mais ce sont des intellectuels, donc ils sont très conscients du danger et ils demandent eux-mêmes un dépistage régulier. Ah oui ce sont des gens élaborés. Des cadres supérieurs. Ils connaissent bien et ils demandent eux-mêmes à se faire dépister. Donc quand un homme me demande à se faire dépister souvent, bon vous avez compris sa pratique.

C : Donc ça reste pour vous un sujet difficile, d'abord en médecine générale quand vous les suivez...

Dr AT : Si on me pose des questions, ça n'est pas difficile pour moi, mais personnellement je n'aborde pas le problème.

C : S'ils ne vous en parlent pas...

Dr AT : Voilà.

C : Finalement, tous ces problèmes liés à la sexualité, trouvez-vous qu'ils ont évolué depuis que vous vous êtes installé en 1978? Est-ce que c'est plus facile parce que vous avez plus d'expérience? Est-ce que les médias ont changé les choses?

Dr AT : Ah oui favorablement, ça n'a plus rien à voir, les gens sont beaucoup plus renseignés, sont plus informés. Il y a des publications presque quotidiennes dans ce domaine. A l'école ils ont des informations importantes, on a des revues d'information en salle d'attente, même dans les revues people. Il y a plein de revues qui abordent ce sujet.

C : Et pour vous en tant que médecin généraliste c'est plus facile du coup?

Dr AT : Du fait qu'ils sont renseignés c'est plus simple d'aborder un problème.

C : Et le fait de la surexposition de la sexualité dans la société...

Dr AT : A la limite ça nous aide, ça dépend, quelque fois c'est un peu fatiguant mais ça nous aide, voilà!

C : Et parler sexualité avec des personnes âgées, ça vous est déjà arrivé? C'est un sujet difficile en général.

Dr AT : C'est vrai parce que nous-mêmes nous sommes fautifs dans ce domaine, parce que l'on a tous été élevés dans une certaine culture, avec des parents peut-être. Moi je suis d'origine orientale, moi mes parents c'étaient un modèle où il y avait une certaine pudeur judéo-chrétienne et ces thèmes n'étaient jamais abordés chez moi. Il y a des familles peut-être un peu plus libérées, je ne sais pas, mais moi je n'ai jamais eu l'occasion de voir mes parents en petites tenues. Déjà ça vous donne une idée de ce que je peux ressentir moi-même. Je soigne des personnes âgées en résidence mais ils sont dans un si triste état que je n'aborde même pas ce problème.

C : Parfois on apprend des choses surprenantes dans les maisons de retraite...

Dr AT : Oui, des amitiés qui se créent et je suis content pour eux, c'est un épanouissement pour eux. Un être humain qui n'a plus de désir c'est un être humain qui a arrêté de vivre. Alors s'il a du désir pour la bouffe tant mieux pour lui, s'il a du désir pour l'amitié tant mieux, s'il a une sexualité encore mieux, moi je ne suis pas contre, même s'il a 100 ans et qu'il a des désirs je trouve ça merveilleux et même attendrissant.

C : Et dans vos résidences ça ne vous est jamais arrivé?

Dr AT : Non parce qu'ils sont médicalisés. Ce n'est pas une maison de retraite ludique où il n'y a pas de médecin. C'est une maison de retraite médicalisée, alors là...

C : Et les personnes âgées qui viennent à votre cabinet alors?

Dr AT : Et bien ils sont en couple, donc ils n'abordent jamais ce problème.

C : Justement c'est quand on est en couple qu'il peut y avoir des petits soucis, que ça marche moins bien?

Dr AT : Ça doit marcher s'ils n'abordent pas. Il y a eu quelques hommes qui abordent le problème : docteur j'ai une érection un peu molle, j'ai de moins en moins de libido, moins en moins de désir alors on les aide, on leur explique.

C : Et le fait qu'ils soient plus âgés que vous par exemple ça n'est pas gênant?

Dr AT : Non pas gênant du tout, si on me pose des questions c'est pas gênant. Si moi je rentre dans leur intimité alors qu'ils ne le veulent pas... Il faut être très délicat dans ce domaine. S'ils me parlent, s'ils me tendent un petit peu la perche.

C : Vous l'attrapez.

Dr AT : Ah oui.

C : Vous me disiez que vous n'en avez pas beaucoup mais avec les adolescents comment ça se passe?

Dr AT : Moi j'ai trois grands garçons et une fille. Je vous dirai que la fille aborde ce problème avec sa maman. Même si son père est médecin elle n'aborde pas, c'est quand même son père. Elle fait de la recherche au centre de la vision du Pr Sahel, elle a 26 ans, je sais qu'elle a des petits amis de temps en temps que peut-être ça change mais elle ne m'en a jamais parlé. Même pour la pilule elle a une pudeur extraordinaire, alors qu'elle avait pris la pilule pour un peu d'acné au départ.

C : C'est souvent une bonne excuse...

Dr AT : Il y a toujours une bonne excuse! Donc moi je suis papa...

C : Mais c'est votre fille c'est normal!

Dr AT : Mes trois garçons, ils sont quand même...

Cyril il a 34 ans, Ludo il a 32 et Philippe 26 ans. Philippe il est chercheur au CNRS dans les cellules embryonnaires pour la réparation du cœur, vous voyez un petit peu le topo. Ludo il est avec sa petite copine Lily qui est une chinoise de 20 ans, donc il vit avec elle, et Cyril il a une copine journaliste, donc ils vivent ensemble. Mais ils n'ont jamais abordé ce problème avec moi.

C : En même tant vous êtes leur père, ça n'est pas comme avec des patients?

Dr AT : Oui mais ils auraient pu me dire, Papa il y a un truc qui ne va pas. Je crois que c'est notre culture qui fait qu'ils n'abordent pas ces problèmes.

C : Donc ça c'est votre relation avec vos enfants, mais votre relation avec vos patients?

Dr AT : Et bien avec les adolescents on n'en parle pas, pas avec leur médecin de famille.

C : Et si vous sentez qu'un adolescent ne va pas très bien...

Dr AT : Ah oui bah naturellement, mais ils ne viennent pas d'eux même en parler, peut-être qu'ils parlent entre copains

C : Ça n'est pas pareil qu'avec le médecin...

Dr AT : Mais le médecin c'est pour soigner quand ils ont un problème

C : C'est une sorte de soin?

Dr AT : Je n'ai pas de problème de maladies sexuelles chez les adolescents.

C : C'est aussi un âge où il faut peut-être les alerter sur...

Dr AT : Je me demande même si les adolescents ont compris parfaitement les messages et se protègent

beaucoup plus que les personnes un peu plus actives, plus âgées.

C : Justement ça n'est pas évident, il y a eu un relâchement après l'apparition des trithérapies...

Dr AT : Je dirais que ce relâchement touche beaucoup plus les hétérosexuels. Parce que dans la population homosexuelle où ils ont des capacités intellectuelles plus élaborées et ils ont compris les dangers de cette maladie, pas tous, mais ils sont mieux informés et se protègent beaucoup plus malgré les prises de risques lorsqu'ils changent de partenaires toutes les secondes

C : C'est aussi vrai qu'en île de France, la prévalence chez les homosexuels explose... Donc on voit quand même qu'il y a un relâchement depuis qu'il y a moins d'information, moins de média sur ce sujet.

Dr AT : Ce relâchement vient du fait qu'ils ont moins d'angoisse vis à vis de cette maladie.

C : Maintenant ils savent qu'il y a des traitements.

Dr AT : La trithérapie donne l'illusion de guérir, ils retrouvent leur forme, ils sont actifs, ils sont intégrés dans la vie sociale, donc ils ont l'impression que rien ne peut leur arriver.

C : C'est ça le problème.

Dr AT : Oui, ils ont l'impression qu'ils sont guéris.

C : Vous avez l'impression qu'il y a beaucoup d'idées fausses qui circulent...

Dr AT : La trithérapie c'est une possibilité pour...

C : Oui mais ça n'est pas une solution!

Dr AT : On ne guérit pas cette maladie pour l'instant!

C : Donc en conclusion, votre place de médecin généraliste dans tout ce qui est dépistage VIH... Quelque chose qui vous tient à cœur? Une habitude?

Dr AT : Oui! C'est une place centrale, c'est normal. Je vois du monde, ça me permet de donner certains messages, même si j'ai des gens qui sont parfaitement au courant de ces problèmes.

C : Et vous seriez prêt à augmenter un peu le dépistage?

Dr AT : Je crois qu'après votre passage, ça va me motiver un peu plus. Il faut un petit peu d'aiguillon de temps en temps dans ma routine de médecin généraliste. Il m'arrive de ne pas être toujours toujours au top niveau pour aborder ces problèmes.

C : C'est difficile d'être toujours en permanence dans les nouvelles recommandations...

Dr AT : Il y en a tous les jours des nouvelles recommandations! Mais en fin de compte je crois que les devoirs du médecin c'est de transmettre les messages, transmettre la connaissance, l'information et d'attendre que les malades puissent s'ouvrir un tout petit peu et discuter avec les médecins.

C : Et puis vous pouvez aussi lancer un message et 2-3 consultations plus tard ils ont réfléchi.

Dr AT : Oui et ils peuvent venir me revoir, mais j'ai plus de demandes des copains ou des amis que de la population générale!

C : Et si on vous propose de dépister la population de manière systématique...

Dr AT : Si on me propose, ça n'est pas si on me propose, il faut que ça rentre dans les consciences, c'est comme les maladies du sein ou le dépistage des frottis ou l'hémocult, au début les gens ne venaient pas, jetaient les enveloppes partout et maintenant ils viennent

avec ça et je leur propose, je leur explique le test que si c'est positif, il y a une coloscopie qui suit automatiquement et voilà, ça se passe bien. Moi c'est un cabinet où il y a beaucoup de dépistages! J'ai beaucoup de dépistage et ce n'est pas systématique.

C : Il faudrait qu'il y ait une impulsion des médias, des affiches pour que les gens demandent un peu plus?

Dr AT : Je pense que la sécurité sociale en un, pourrait envoyer des informations des courriers à tous les malades, quand elle engage une campagne de dépistage ça motive beaucoup plus de monde. Et s'ils viennent au cabinet en me disant j'ai appris ça, c'est beaucoup plus facile pour moi de proposer un test de dépistage. Il y a 20 ans il n'y avait pas d'hémocult, les dépistages du sein il n'y en avait pas, on diagnostiquait malheureusement les tumeurs pas précoces. C'est comme le dépistage de la prostate avec PSA total, PSA libre, tout ça à 50 ans, je le fais systématiquement, le malade ne le sait pas.

C : Comment ça?

Dr AT : Il me demande qu'est-ce que c'est ça, je lui dis c'est pour la prostate, voir si elle fonctionne bien, s'il n'y a pas de soucis, mais voilà, c'est systématique maintenant, ce que je ne faisais pas il y a 20 ans. Qu'est-ce qui se passe, il y a plus de chance de guérir un malade quand il y a un dépistage très précoce de leur maladie.

C : Le sida c'est pareil... Il faut les dépister le plus tôt possible. Plus on dépiste tard plus ils ont de risque de contaminer...

Dr AT : et d'une, voilà.

C : D'un point de vue collectif, et d'un point de vue individuel, plus ils vont être avancés dans la maladie plus ça va être difficile...

Dr AT : Je crois qu'on peut tirer les mêmes conclusions pour toutes les maladies, il faut pas laisser traîner. Il faut faire très attention. C'est comme la prévention des maladies du col par les vaccins qu'on a maintenant. Au début j'ai beaucoup de mères de famille qui sont venues me voir pour vacciner leur jeune fille, après ça s'est calmé. Après une campagne les gens se sont un peu réveillés et après ça rechute un petit peu. Faut refaire des campagnes pour les remotiver. Mais au début dans la semaine j'ai dû vacciner au moins 4 ou 5 jeunes filles mais après...

C : Après c'est peut-être aussi au médecin de relancer des petites impulsions?

Dr AT : Tout à fait! D'autres questions?

C : Non, c'est parfait, merci beaucoup.

N°8 : le 16/12/2010

Dr Scorpion
Saint-Denis 93

Contexte : Cabinet de groupe, associé avec deux femmes, une secrétaire très accueillante, va parler de ma thèse aux autres médecins du cabinet... Le Dr Scorpion avec qui j'avais pris rendez-vous 10 jours auparavant m'avait complètement oublié.

J'attends donc la fin de ses consultations pendant 40 minutes en salle d'attente (plusieurs affiches sur tabac, risque cardio-vasculaire, vaccin et nutrition, pas sur le VIH...). Quand commence l'entretien, il me prévient qu'il faut que ça aille vite car il a 2 visites à faire avant 13h30 et il est déjà 12h45... Donc entretien extrêmement rapide 20 minutes (17:33), avec des réponses très courtes. Secteur 1. Il part très rapidement à la fin de l'entretien, je n'ai même pas le temps d'aborder l'éventualité des questionnaires!

C : Pour vous connaître un peu mieux, depuis quelle année êtes-vous installé ici?

Dr Sc : Depuis 1972.

C : Et toujours dans ce cabinet?

Dr Sc : Oui.

C : Et Saint Denis, une raison particulière?

Dr Sc : Non, j'étais de la région, et puis l'occasion de remplacer un médecin sur Saint-Denis et puis de m'associer ensuite avec lui. Téléphone sonne.

C : Et là vous êtes trois médecins, c'est ça?

Dr Sc : Oui il y a trois cabinets.

C : Et vous ne faites que de la médecine générale ou vous avez d'autres activités à côté?

Dr Sc : Je fais beaucoup de chose, je suis vieux, donc je fais beaucoup de chose, par exemple ce matin, je n'ai pas fait de médecine générale, j'ai fait de la médecine agréée, c'est-à-dire l'équivalent de médecin conseil pour la fonction publique. Donc on voit tous les agents, en recrutement, en accident de travail, qu'on appelle accident de service dans la fonction publique, consolidation, détermination du taux d'IPP, c'est une activité d'expert. J'ai aussi une activité extra-professionnelle mais dans le cadre syndical, ordinal, voilà.

C : Et vous travaillez dans des réseaux également?

Dr Sc : Non.

C : Et vous travaillez avec une faculté? Vous êtes maître de stage?

Dr Sc : Oui KB, je fais des cours à KB.

C : Vous avez fait vos études à KB?

Dr Sc : Non, non, moi c'était Paris à l'époque.

C : A Lariboisière-Saint Louis?

Dr Sc : Non à Odéon.

C : Et en moyenne, vous voyez combien de patients par jour? J'imagine que ça dépend de vos activités, mais en moyenne?

Dr Sc : Moi j'ai tendance à diminuer, ça allait de... Disons une trentaine.

C : Et vous avez des dossiers informatisés?

Dr Sc : Tout est informatisé.

C : Et uniquement des consultations sur rendez-vous.

Dr Sc : Oui.

C : Vous faites un peu de gynéco?

Dr Sc : Non pas du tout, moi je n'ai jamais fait de gynéco. Moi je fais de la dermato en particulier.

C : J'ai vu qu'il y avait pas mal d'affiche en salle d'attente, vous avez une grosse activité de prévention? Vous êtes impliqué dans tout ce qui est hémocult, Frotis, mammo, PSA...

Dr Sc : Oui bien sûr, vous voyez les boîtes (d'hémocult...)

C : Pour rentrer un peu dans le vif du sujet, vous êtes installé dans le début des années 70, est-ce que l'émergence du sida a eu un impact dans votre vie professionnelle? Est-ce qu'à l'époque vous avez suivi des patients?

Dr Sc : Non pas trop.

C : Je ne sais pas si avez des souvenirs de patients?

Dr Sc : Non, au début il y avait l'arrivée du sida, c'était une grande interrogation, on n'avait pas de traitement, on les voyait bon, et puis il y a eu des services qui se sont spécialisés où on adressait les patients.

C : Et vous vous en suivez dans votre cabinet des patients qui sont infectés.

Dr Sc : Je les suis, bon j'ai quelques séropositifs, j'en ai très peu

C : A peu près combien, vous avez une idée?

Dr Sc : Séropositifs... vraiment constant un. Un que je connais depuis qu'il est tout petit, mais sinon... Je me souviens d'un qui était séropositif mais que je n'ai jamais revu mais parce qu'on avait découvert sa séropositivité. Sinon d'autres... Non il y en a très peu. C'est de passage. C'est comme je n'ai pas de toxico, je n'ai aucun patient de ce type-là.

C : Et ils sont suivis à Delafontaine?

Dr Sc : Non à Bichat.

C : Si je vous pose toutes ces questions c'est notamment parce qu'il y a un an l'HAS a fait de nouvelles recommandations...

Dr Sc : Oui sur le dépistage systématique.

C : Exactement, vous en avez donc entendu parler...

Dr Sc : Oui mais j'ai pas de demande.

C : Et qu'est-ce que vous en pensez, vous?

Dr Sc : Pourquoi pas, je demande bien souvent ce type de bilan dont la sérologie VIH. Je le fais devant des pathologies plus ou moins suspectes, même chez des gens...

C : Et ça ne pose pas de problème, les gens acceptent?

Dr Sc : Non, et puis il y a tous ceux qui demandent, qui ont peut-être des activités particulières et qui demandent de faire le test.

C : En général c'est plutôt eux qui demandent?

Dr Sc : Oui c'est eux qui demandent.

C : Et vous, vous le demandez dans le cadre d'un bilan...

Dr Sc : Moi je les engage, parce que s'ils font le test c'est qu'ils devraient faire attention avant.

C : Bah non, c'est déjà bien s'ils sont conscients de l'importance de faire le test...

Dr Sc : Il faut éviter les risques, voilà.

C : C'est quand même mieux que de prendre des risques sans faire le test...

Dr Sc : Tout à fait.

C : Et vous avez une petite idée de combien de tests de dépistage VIH vous prescrivez par mois, à peu près?

Dr Sc : Non, c'est sur l'année, peut être une dizaine...

C : Donc ou ce sont les gens qui le demandent ou c'est dans le cadre d'un bilan, mais sinon est-ce que vous ciblez d'autres personnes. A Saint-Denis il y a quand même beaucoup de migrants... Par exemple chez des nouveaux patients qui arrivent d'Afrique?

Dr Sc : Non, pas particulièrement.

C : Je ne sais pas si vous avez entendu parler des tests de dépistage rapide, c'est tout nouveau, c'est comme un dextro, une goutte de sang dans un petit puit, un réactif et on lit le résultat. Ils étaient en cours d'évaluation dans les urgences et, depuis novembre, il y a un décret qui les autorise pour les médecins généralistes en cabinet. Ça prend 2 minutes, qu'est-ce que vous en pensez?

Dr Sc : Ça pourrait être utile.

C : Vous, vous le feriez?

Dr Sc : Oui moi je fais tout, là je viens de faire une intervention...

C : Donc aucune objection à les utiliser dans votre cabinet?

Dr Sc : Non pas du tout.

C : Vous n'en aviez jamais entendu parler?

Dr Sc : Non non.

C : C'est tout nouveau! Et si c'est positif?

Dr Sc : Et si c'est positif, je l'adresserai à Bichat.

C : Vous avez des bons liens avec l'équipe là-bas?

Dr Sc : Oui ça va.

C : Et de gérer l'annonce de la séropositivité? C'est quelque chose de ...

Dr Sc : Je vous dis, le dernier c'était il y a au moins un an et demi. Je ne l'ai pas revu. Je lui ai annoncé, il était surpris, c'était un africain et je ne l'ai jamais revu.

C : Vous lui avez fait un courrier pour aller à Bichat?

Dr Sc : Oui mais il a disparu de la circulation.

C : Oui malheureusement ça arrive.

Dr Sc : C'est fréquent.

C : Et en regardant dans la salle d'attente je n'ai pas vu d'information sur le sida.

Dr Sc : Je ne vais jamais dans la salle d'attente.

C : Et finalement qu'est ce qui aurait le plus d'impact de prévention, plutôt les brochures ou affiches dans les salles d'attente, le médecin généraliste a une grande place? les médias...

Dr Sc : Les deux, la salle d'attente c'est un point important. C'est vrai que le temps resté dans la salle d'attente permettra une meilleure exploitation de ce temps perdu avec une assistante sociale ou n'importe quoi qui pourrait intervenir dans les salles d'attente, ça ce serait utile. Une médiatrice, quelqu'un qui aiderait tous ces gens qui sont là à perdre du temps à s'informer sur beaucoup de choses. Je pensais même à mettre des films. On aurait pu très bien mettre ça, mais c'est très compliqué. Ça a été fait à une certaine époque, pas chez moi, mais ça n'a pas tenu. Théoriquement dans une salle d'attente avec des rendez-vous respectés, il ne devrait pas y avoir d'attente en salle d'attente

C : Oui enfin, ça déborde toujours un peu...

Dr Sc : Oui tout à fait.

C : Donc finalement dans votre patientèle pas de toxicomanes

Dr Sc : Non aucun.

C : Une patientèle homosexuelle?

Dr Sc : Non, j'en ai au moins deux que je connais qui sont très gentils.

C : Donc dans les populations à risque ce sont plutôt les migrants?

Dr Sc : Oui des migrants, il y en a, pas tant que ça. Ça n'est pas des migrants, ce sont plutôt des travailleurs

qui sont arrivés, ça n'est pas ceux qui passent comme ça.

C : Ce ne sont pas de gens qui viennent d'arriver...

Dr Sc : Non non.

C : Parfois ce qui est difficile quand on parle du VIH c'est d'aborder la sexualité, même si dans le cadre de votre travail d'agrément ça n'est peut-être pas le sujet prioritaire, mais parfois c'est difficile d'aborder tous ces sujets liés à la sexualité avec les patients au cabinet? ...Surtout quand vous les connaissez depuis longtemps.... Est-ce que les patients vous posent des questions?

Dr Sc : Non, non. Je ne suis pas un bon client pour vous

C : *Rires*. Si justement, il faut que je voie toute sorte de médecins! Donc c'est très bien! Et pour vous il n'y a plus vraiment de tabou ou de discrimination à aborder le VIH?

Dr Sc : Non, il n'y a aucun tabou en médecine!

C : Ce n'est pas tout à fait vrai...

Dr Sc : Non. Mais il n'y a pas de soucis.

C : Parfois il peut y avoir une gêne du médecin ou une gêne du patient, et les choses ne sont pas dites...

Dr Sc : Je suis vieux maintenant.

C : Vous avez de l'expérience pour affronter tout ça! Et chez les personnes plus âgées, il peut y avoir des problèmes liés à la sexualité, par exemple chez les diabétiques, les troubles de l'érection, les femmes à la ménopause... Elles vous parlent un peu de tout ça?

Dr Sc : Non, les femmes non. Mais les hommes oui, sur l'érection bien sûr, il faut leur prescrire les médicaments bien sûr, mais le reste non. Ils en parlent simplement.

C : Et le fait d'avoir acquis de l'expérience, ça peut être plus difficile avec les adolescents? Je ne sais pas si vous en avez beaucoup?

Dr Sc : Moins.

C : Je ne sais pas si vous en avez qui viennent pour faire des tests ou pour poser des questions sur la sexualité? Souvent c'est pas facile?

Dr Sc : Les jeunes, non. Parfois c'est la pilule, je leur prescris la pilule, ça n'est pas la sexualité. Elles veulent la pilule, on leur donne la pilule.

C : Vous ne cherchez pas forcément à aller plus loin.

Dr Sc : Non non.

C : Et avec les personnes âgées, ça peut être un peu délicat à aborder?

Dr Sc : Si elles demandent, sinon on n'aborde pas spécialement

C : On avait retrouvé une petite étude, où les chiffres sont tout à fait discutables, qui était faite aux États-Unis, sur 80 patients hommes et il retrouvait 90% des patients qui souhaitaient parler sexualité avec leur médecin et finalement il n'y en avait que 20% qui osait le faire et ils attendaient que ce soit le médecin généraliste leur tende une perche pour pouvoir parler de ça.

Dr Sc : Ça dépend de l'âge

C : C'était tous âges.

Dr Sc : A partir de quel âge?

C : A partir de 18 ans.

Dr Sc : C'est possible.

C : Ce qui était intéressant, c'était surtout qu'ils n'osaient pas en parler...

Dr Sc : Oui mais c'était il y a longtemps? Là ça a évolué.

C : Il n'y a pas de gêne particulière?

Dr Sc : Non non.

C : Et avec les différentes cultures, à Saint Denis il y a beaucoup de cultures.

Dr Sc : Oui tout à fait.

C : La sexualité peut être abordée de manières assez différentes...

Dr Sc : La culture c'est surtout les musulmans, le reste... Et encore on n'en parle pas tellement.

C : Je ne sais pas si vous avez des femmes assez traditionalistes...

Dr Sc : Non, elles voient l'autre médecin, moi ici non. On a des patientes assez différentes.

C : Les autres médecins, ce sont deux femmes c'est ça?

Dr Sc : Oui ce sont deux femmes plus jeunes.

C : Donc elles voient plus de femmes.

Dr Sc : Tout à fait.

C : J'imagine que vous suivez des familles entières.

Dr Sc : Depuis des générations.

C : C'est ça, et le fait de connaître toute la famille.

Dr Sc : C'est bien.

C : Oui c'est très bien mais parfois le fait de suivre, le mari, la femme, les enfants, si par exemple le mari va voir ailleurs, ça n'est pas forcément facile...

Dr Sc : Il viendra le dire.

C : Il viendra le dire sans problème, ça n'est pas un frein.

Dr Sc : Non il le dira ici dans le cabinet, il y a le secret, il le sait, il peut dire ce qu'il veut. Ou la femme aussi.

C : La femme aussi bien sûr.

Dr Sc : J'ai eu toutes ces confidences.

C : Et est-ce que vous avez une anecdote où vous avez pu être en difficulté par exemple.

Dr Sc : Non, une anecdote non. Une femme qui m'avait dit qu'elle voulait quitter son mari, et j'avais dit sûrement pas. Elle était avec un autre et puis ça a cassé et elle est resté avec son mari et voilà, donc elle a évité le pire de rendre malade les enfants et tout le cocon familial. Ça oui ça arrive.

C : Et ils viennent se confier à vous facilement.

Dr Sc : Oui bien sûr.

C : Et vous me disiez que vous aviez au moins 2-3 patients homosexuels, c'est parfois pas évident à aborder?

Dr Sc : Non pas du tout, ils viennent en couple.

C : Ça c'est assez facile quand ils viennent en couple! Mais parfois on peut avoir des doutes sur des patients mais on ne va pas poser la question?

Dr Sc : Des doutes non, je vous dis j'ai ces deux qui viennent, et un autre qui venait avec des copains qui changeait régulièrement, que je connais depuis qu'il est tout jeune, voilà, c'est sa vie!

C : Je suis tout à fait d'accord, mais parfois on peut se poser des questions.

Dr Sc : Mais même dans la famille c'était admis, pas de problème.

C : Et ces patients-là...

Dr Sc : Ils sont très gentils.

C : Ceux-là ils sont en couple stable, mais parfois il y en a qui ont beaucoup de partenaires.

Dr Sc : Pas forcément beaucoup de partenaires, ceux que je connais non.

C : C'est vrai que la prévalence du VIH explose chez la population homosexuelle, notamment parisienne, donc c'est vrai que ce sont des gens qu'il faut essayer de cibler plus.

Dr Sc : Tout à fait.

C : Et on s'aperçoit parfois qu'il y a des patients pour lesquels le médecin se pose la question : est-ce qu'il ne faudrait pas que j'insiste un peu pour proposer plus de tests et finalement la question ne se pose pas, parce que ce n'est pas facile de poser la question quand le patient n'en parle pas...

Dr Sc : Non.

C : Donc pour vous, pas de tabou particulier ni lié au VIH ni à la sexualité. C'est selon la demande du patient.

Dr Sc : Bien sûr.

C : Et vous, votre de place de médecin généraliste dans le dépistage du VIH? Notamment faire un dépistage systématique de toute la population?

Dr Sc : C'est un peu lourd, mais pourquoi pas. C'est de la santé publique, on fait les seins, on fait le cancer colo-rectal, comme on peut, donc pourquoi pas.

C : Parfait, merci beaucoup, et je vous laisse le temps d'aller faire vos visites...

N° 9 : le 16/12/2010

Dr Secotine Saint-Denis 93

Contexte : Entretien très convivial, cabinet composé de deux jeunes femmes avec beaucoup d'enfants en salle d'attente. Brochures et affiches en salle d'attente (pas sur le VIH). Le rendez-vous était pris depuis 10 jours, le médecin avait prévu de me rencontrer un jour où elle ne consultait pas pour me consacrer plus de temps... J'ai complètement oublié de lui parler des questionnaires. Elle propose en fin d'entretien que je rencontre sa collègue début janvier. Long entretien de 50 minutes (49:27). Secteur 1, prix affichés. Secrétariat téléphonique. Le téléphone sonne mais elle ne répond pas, ne veut pas m'interrompre (n'est pas censé être là).

C : Bonjour, merci de m'accueillir, je fais une thèse qualitative. Je rencontre des médecins et le but est de vous parler le plus librement, sincèrement, de votre ressenti dans votre travail. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse, sous couvert d'anonymat. Ça dure entre 20 et 40 minutes. Pour faire un peu plus connaissance, depuis quand êtes-vous installée ici?

Dr Se : A Saint Denis?

C : Oui.

Dr Se : C'est une bonne question.... 2004-2005 quelque chose comme ça.

C : Vous avez toujours été dans ce cabinet?

Dr Se : Oui.

C : Et vous êtes associée avec le Dr Natacha depuis ce temps-là?

Dr Se : Oui.

C : Et avant vous avez fait des remplacements?

Dr Se : Oui des remplacements en médecine de campagne, j'allais me balader à droite et à gauche, partout en France.

C : Est-ce que vous avez une autre activité que la médecine générale?

Dr Se : Non.

C : Et est-ce que vous appartenez à des réseaux, j'ai vu le réseau diabète.

Dr Se : Le réseau diabète, le réseau morphée, le réseau arc en ciel qui est un réseau de soin palliatif. Je fais partie de regroupements professionnels, la société médicale Balint... mais des réseaux médicaux.... Le réseau remif qui est le réseau d'insuffisance rénale, je crois que c'est tout.

C : C'est pas mal déjà!

Dr Se : C'est pas mal déjà, ça m'aide à bosser.

C : Et vous travaillez avec une fac?

Dr Se : Je vais. Je dois rencontrer la responsable au mois de janvier pour avoir des étudiants.

C : Vous êtes en secteur 1, les consultations sont libres sur rendez-vous?

Dr Se : Sur rendez-vous, sauf urgence.

C : Toutes les personnes en salle d'attente c'est sur rendez-vous?

Dr Se : Oui sauf si elle a pris des urgences en plus!

C : Tout est informatisé?

Dr S : Le Dr Natacha est en dossier papier, moi je suis en informatique.

C : Et combien de consultations vous faites par jour en moyenne?

Dr Se : J'en fais moi..... En moyenne je dois en faire une vingtaine, ça dépend l'hiver, l'été...

C : Et beaucoup d'enfants?

Dr Se : Beaucoup d'enfants, je ne sais pas en quel pourcentage, mais beaucoup d'enfants, parce que je suis jeune médecin et que les mamans se refilent l'info.

C : C'est vrai que pour l'instant j'ai rencontré surtout des médecins hommes d'un certain âge... J'ai rencontré peu de jeunes femmes...

Dr Se : Il y a moi, le Dr Natacha et une jeune médecin rue Casanova qui s'est installée il n'y a pas très longtemps, qui a un nom malgache.

C : Oui c'est le Dr Major Jones, elle va s'installer avec le Dr Spirou que j'ai déjà rencontré...

Dr Se : Oui elle a remplacé un vieux médecin et elle s'installe, mais on est que trois, ça ne fait pas beaucoup...

C : Et avez-vous une petite idée du pourcentage de patients CMU ou aide médicale d'état que vous avez?

Dr Se : Beaucoup, mais je peux vous répondre précisément pour l'année dernière, *l'ordinateur s'allume*, le tiers payant vous voulez dire?

C : Oui par exemple.

Dr Se : Je fais le tiers payant pour beaucoup sauf ceux qui ont des mutuelles. Mais tous ceux qui sont à 100%, quand c'est dans le cadre du 100% bien sûr je fais le tiers payant et donc pour l'année dernière.....

C : Et aide médicale d'état?

Dr Se : Oui bien sûr, on a beaucoup de patients maliens, qui se refilent l'information, ici on accepte les aides médicale d'état.... *elle cherche dans l'ordinateur* Ah voilà stat, non c'est pas ça.

C : A peu près? 10-20%.

Dr Se : 30%, ah voilà, année 2008 sécurité sociale 51,47% ALD, CMU, AME ou tiers payant notamment pour les consultations pédiatriques, par exemple quand une maman vient me voir avec trois gamins et qu'elle n'a pas la mutuelle, je fais un tiers payant. Donc je me fais payer à 51% par la sécurité sociale.

C : Donc plus de la moitié.

Dr Se : C'est Saint Denis!

C : J'ai travaillé un an à Delafontaine, donc j'ai eu l'occasion de découvrir la population de Saint Denis, enfin la population hospitalière qui est sûrement un peu différente.... Et où avez-vous fait vos études de médecine?

Dr Se : A la Pitié Salpêtrière.

C : Et vous êtes arrivée à Saint -Denis?

Dr Se : Parce que j'y habitais, j'en ai eu marre de ma balader, j'en ai eu marre de partir à petaochnoque les oies, j'ai estimé que j'étais suffisamment formée par la médecine de campagne et donc j'ai appelé le Dr Natacha qui était au bout de ma rue.

C : Et ça c'est quand même pas mal de travailler au bout de sa rue...

Dr Se : Oui c'est très bien.

C : Et vous vous êtes installée en 2005, donc vous avez fait vos études au moment de l'émergence du sida?

Dr Se : J'ai fait ma P1 en 1990, en plein dedans.

C : Est-ce que ça a eu un impact sur vos études ou après?

Dr Se : Non pas du tout, j'ai fait des maladies infectieuses, même de la réa infectieuse et le sida n'a pas fait partie des choses qui ont transformé fondamentalement ma vie. D'abord quand j'ai fait mes études j'ai beaucoup redoublé, je suis arrivée à un stade où ça y est, les traitements étaient en route, la trithérapie existait. Donc en tant qu'interne en maladies infectieuses je prescrivais la trithérapie. J'ai des chefs de clinique qui m'ont raconté des horreurs, des salles entières de gens qui mourraient, vraiment des trucs très durs. Et quand j'étais interne la trithérapie existait, je ne considère pas que le sida soit une maladie mortelle en soi, on n'est plus dans la situation d'il y a 20 ans.

C : On va continuer un peu dans ce domaine, on verra pour différentes raisons, déjà est-ce que vous avez une idée si vous suivez des patients VIH? Combien de patients à peu près?

Dr Se : Très peu, je ne sais pas 5, entre 5 et 10, pas plus.

C : Ils sont suivis à Bichat? Delafontaine?

Dr Se : Oui ils sont suivis ou à Bichat ou à Delafontaine.

C : Et vous avez de bons retours des équipes hospitalières?

Dr Se : Oui, ça dépend si le patient y va... Mais quand ils y vont j'ai de bons retours.

C : Et ça vous arrive souvent d'aborder le sujet du dépistage du VIH, de faire des tests?

Dr Se : De moins en moins. Le dépistage je le fais à l'occasion de la découverte d'une MST, gonocoque, chlamydia, hépatite B, etc, ou à la demande d'un patient. Mais les patients ne demandent quasiment plus par rapport au moment où j'ai commencé... J'ai eu ma thèse en 2002, donc j'ai commencé à travailler en 2000, les patients demandaient énormément, notamment les jeunes, les tests VIH. Je trouve que maintenant, malheureusement, ils ne demandent plus. Après je le propose systématiquement à la grossesse, mais c'est pas obligatoire; le certificat prénuptial c'est toujours pas obligatoire, l'arrêt de la capote mais bien sûr c'est eux qui demandent et à l'occasion d'une découverte d'une MST, la syphilis.

C : C'est vrai que ça reprend la syphilis... Et d'autres populations, par exemple les toxicomanes?

Dr Se : Je n'ai absolument pas de toxicomane, je ne sais pas les gérer donc je n'ai aucun toxicomane.

C : Et des migrants qui arrivent?

Dr Se : Oui primo arrivant, j'en ai beaucoup. Mais moi j'ai des primo arrivants qui arrivent via le KDA, parce que je suis anglophone, donc je récupère des nigériens, des zimbabwéens, etc, mais en général ils ont déjà un parcours médical et ils ont déjà eu la sérologie. Moi je suis là pour les vacciner et discuter avec eux.

C : Et une population homosexuelle? Pas particulièrement?

Dr Se : J'en ai si, j'ai deux trois homosexuels, mais ils ne sont pas super demandeurs, ils ne sont plus là dans les gay, malheureusement.

C : C'est bien le problème, enfin ça dépend si ce sont des couples stables ou...

Dr Se : En fait j'ai soit des jeunes homosexuels mais je ne suis pas sûre qu'ils le sachent eux-mêmes, en tout cas c'est un sujet difficile à aborder avec les populations qu'on a dans le coin, qui viennent de cultures où l'homosexualité c'est quelque chose qu'on cache. Ou alors ce sont des homosexuels beaucoup plus âgés qui ont une cinquantaine d'années et là ça va, ce sont des grands garçons, qui ont connu, qui ont pris le sida de plein fouet et eux ils sont capables de demander une sérologie VIH. J'estime que je ne vais pas aller leur expliquer ce que c'est que le sida, voilà. Je ne propose pas spontanément à partir du moment où je vois des garçons un peu efféminés. Je leur parle hépatite B, est-ce que vous êtes vaccinés, vous savez vous êtes jeunes il y a des risques... J'essaie de l'amener comme ça mais j'ai très peu de demande.

C : Ils ne viennent pas spontanément.

Dr Se : Du tout.

C : Et juste une petite questions sur les outils de prévention, j'ai vu qu'il y avait pas mal d'affiches dans la salle d'attente, mais pas sur le VIH.... Pour vous qu'est-ce qui est le plus performant, qu'est-ce qui pourrait le plus toucher les gens? Est-ce que c'est le médecin et les affiches dans la salle d'attente? Ou plutôt les médias, internet? Ou les campagnes de santé publique comme en ce moment depuis le premier décembre, ils ont relancé une campagne? Qu'est-ce qui marche?

Dr Se : Je pense profondément que si vous avez un talk-show avec un type qui a le sida et qui va faire pleurer dans les chaumières pendant 6 mois, ça va

beaucoup motiver les gens mais pour le reste... Des campagnes d'affichage il y en a énormément et les gens finissent par plus vraiment les regarder, les trucs qu'on reçoit dans la boîte au lettre, je peux vous assurer que les gens les déchirent. Je pense qu'il faut continuer à faire de la prévention dans les collèges et les lycées, j'ai encore des gamines qui me racontent qu'on peut attraper le sida en se mettant sur les toilettes et qui mélangent tout, le cancer du col de l'utérus, les relations sexuelles donnent le cancer, c'est pas très gai, ça oui, au collège-lycée, on les tient dans une salle.

C : Et puis c'est le bon âge pour passer les messages

Dr Se : Chez l'adulte, je ne vois pas. Je trouve ça super compliqué.

C : Et les affiches dans la salle d'attente, par exemple votre affiche sur le diabète, est-ce qu'ils vous posent des questions?

Dr Se : Non, ils prennent plutôt les flyers, c'est toujours vide notre machin (*grand présentoir avec plein de brochures dans la salle d'attente*) on n'arrive jamais à les remplir suffisamment vite. Ils prennent le flyer, mais ils ne viennent pas forcément nous voir derrière, c'est étonnant.

C : Ils ne vous posent pas des questions dessus?

Dr Se : Non, mais ils prennent.

C : C'est déjà pas mal! Et est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir un patient qui vient vous voir un peu en urgence après une prise de risque? Qui vient d'avoir un rapport avec quelqu'un qu'il ne connaissait pas?

Dr Se : Non, ça ne m'est jamais arrivé. De toute façon je pense que je les réorienterai vers les urgences.

C : Oh oui.

Dr Se : C'est ça il faut une trithérapie en urgence? Non mais je n'en ai jamais eu, je suis une femme, ça change peut être la donne.

C : On va y venir après... Et vous connaissez les adresses des centres CDAG à côté de chez vous?

Dr Se : Oui.

C : Si je vous pose un peu toutes ces questions, c'est aussi que l'HAS, depuis octobre 2009, essaie de lancer un dépistage systématique de toute la population.

Dr Se : Oui j'ai reçu un courrier là-dessus.

C : Ils disent qu'il y a 50.000 personnes qui ignorent leur séropositivité et que le dépistage est trop tardif et qu'il y a trop de personnes qui découvrent leur maladie ou en dessous de 200 CD4 ou à un stade sida, et donc ils voudraient que les médecins généralistes dépistent tout le monde. Donc il y a des bonnes idées, mais comment faire en pratique? Qu'est-ce que vous en pensez?

Dr Se : Tout le monde! Ça me semble compliqué! Je ne sais pas. Tout le monde ça semble tellement vaste qu'on ne va pas le faire. J'avais fait une formation l'année dernière sur les hépatites, et le médecin nous avait dit : les primo-arrivants il faut vraiment les dépister, c'est important. Donc depuis j'ai noté dans les dossiers de tous les primo-arrivant, les patients d'origine africaine, Asie du sud-est, est-ce qu'il y a une sérologie hépatite de faite. Je ne le fais pas pour le sida, ce qui est idiot car c'est la même chose, mais là on touche au domaine de la formation médicale continue, ce qui est un vaste sujet. Tout le monde ça me paraît complète-

ment délirant. On se demande comment on va amener ça... Alors à l'occasion de prise de sang... Enfin moi je refuse de faire faire une prise de sang, avec le risque que ça comporte, c'est une effraction cutanée, je suis navrée mais il y a un risque qui est minime mais quand même, sur rien.

C : Alors après ça, peut-être à l'occasion du dépistage du diabète, cholestérol...

Dr Se : Voilà, après s'il y a un dépistage d'autre chose on peut le mettre dedans. Je ne le fais pas du tout automatiquement ça.

C : Ça n'est pas entré dans les pratiques...

Dr Se : Pour moi non. Mais je trouve ça compliqué car faire un dépistage sida ça n'est pas juste rajouter une ligne sur l'ordonnance, il faut poser des questions, demander à la personne depuis combien de temps...

C : Et puis expliquer si c'est positif...

Dr Se : Oui c'est ça. Mais déjà une consultation où on suspecte un diabète, où on fait un bilan de santé, c'est déjà long, si en plus il faut demander le sida, blablabla etc. Moi je trouve ça compliqué, parce qu'il faut demander à la personne si elle a eu des rapports non protégés, si elle a déjà fait un test pour le sida.... Pffff...

C : Ça paraît lourd.

Dr Se : Oui, moi je trouve ça extrêmement lourd. Donc je ne le ferai pas je pense. Après je me fais la réflexion que les gens que je dépiste pour l'hépatite, il n'y a pas de raison que je ne les dépiste pas pour le sida non plus, donc bon, faudrait le faire.

C : Après, chaque médecin va cibler un peu les portraits robots qui sont plus à dépister. Ils ne vont peut-être pas dépister tout le monde à la maison de retraite.

Dr Se : Quoi que, *rire*...

C : C'est vrai que parfois on a des surprises... Mais peut être plus cibler les primo-arrivants ou les jeunes qui prennent plus de risque.

Dr Se : Mais on ne connaît pas la vie sexuelle des jeunes! Aller parler sexualité avec des jeunes maghrébines ou africains en plus! Ou des jeunes maghrébines ou africaines, c'est quand même un sujet qui... A la limite celles qui l'abordent le mieux ce sont les femmes voilées qui parfois abordent la sexualité sans aucun problème, mais sinon ce sont quand même des cultures où c'est très très très compliqué.

C : C'est bien le problème...

Dr Se : Après, est-ce que ça n'est pas moi qui m'auto-censure? Vous voyez ? Non mais c'est vrai après tout. Bon je ne sais pas.

C : Le dépistage systématique ce serait aussi pour éviter d'aborder la sexualité finalement, on ne rentrerait plus dans les prises de risques, on dirait voilà on dépiste tout le monde sans entrer dans les détails?

Dr Se : Oui mais vous savez bien que dans une consultation, les gens se demandent toujours ce que vous avez derrière la tête. Parfois je pose des questions toutes bêtes, est-ce que vous avez mal à la tête la nuit, et je vois des gens qui commencent à s'imaginer des trucs compliqués, mais non je vous demande juste si vous avez mal à la tête, si ça vous réveille la nuit, c'est tout! Le sida ça reste un sujet extrêmement tabou, je trouve. Y compris pour les médecins et qu'on s'autocensure,

clairement. Bien plus que l'hépatite alors que ça s'attrape pareil...

C : Et je ne sais pas si vous avez entendu parler des nouveaux tests de dépistage rapide? C'est tout nouveau.

Dr Se : Oui mais ça n'est pas pour le dépistage tout venant, le test de dépistage rapide? Pas dans les recommandations HAS en tout cas?

C : Non, mais c'est juste depuis novembre que le décret est passé qui autorise les médecins généralistes à l'utiliser. Il ne faut pas qu'il y ait eu de prise de risque depuis moins 3 mois. Ça pourrait permettre de dépister des gens ?

Dr Se : Ça pourrait être fait au cabinet?

C : Oui, ça pourrait être fait au cabinet.

Dr Se : Comme le strepta test finalement, envoyé par la sécurité sociale.

C : Oui, c'est vraiment comme un dextro finalement, une goutte de sang, un réactif et on lit le résultat + ou -.

Dr Se : C'est pas mal ça!

C : Alors oui, mais est-ce que vous vous voyez faire ça au cabinet, car si c'est positif...

Dr Se : Oui car ça met moins de barrière, car le malade il faut qu'il aille voir son médecin traitant, qu'il explique pourquoi il veut une prise de sang, qu'il aille au laboratoire, qu'on lui rendent les résultats, qu'avec les résultats il aille voir son docteur parce que le laboratoire n'est pas censé rendre les résultats même s'ils ne le font pas. Tout ça fait une espèce de chemin de croix, et il y a plein de patients qui s'arrêtent au milieu je pense. Là, savoir que si jamais on prend un risque on peut aller voir son docteur immédiatement. C'est comme l'IVG, l'IVG qui reste un sujet très compliqué et tabou dans plein de cultures, n'empêche que si les femmes elles savent qu'en allant voir leur docteur, il va organiser l'échographie, etc etc, ou même que son docteur donne elle-même le RU 486, ça va être quand même beaucoup plus facile. Plus on simplifie le parcours....

C : Plus les gens viennent le faire?

Dr Se : Plus c'est simple, plus c'est simple pour nous aussi, alors ça reste peut-être très personnel, mais moi j'y réfléchis toujours à deux fois avant d'envoyer faire une radio ou d'envoyer faire une prise de sang, en me disant : voilà la personne, il faut qu'elle se déplace, qu'elle prenne un rendez-vous, c'est peut être aussi le fait de travailler à Saint Denis et qu'il y a plein de personnes qui n'arrivent pas à prendre un rendez-vous. J'ai toujours une espèce d'hésitation en me disant oulala c'est compliqué, ils ont peut-être d'autre chose à foutre. D'autant qu'il fait froid, qu'ils ont trois gamins, la poussette, le machin, le boulot, que c'est le samedi matin, le rendez-vous c'est dans longtemps, ils auront deux heures d'attente... Là, un dépistage un peu rapide ça peut être pas mal finalement, à condition que ce soit connu des patients, sinon ça ne sert strictement à rien.

C : Oui il faut que les patients le sachent, les informer, peut être mettre une affiche au cabinet?

Dr Se : Mettre une affiche, ça veut dire que les gens viennent au cabinet, alors que la cible du dépistage VIH, ce sont plutôt les jeunes adultes qui ne sont jamais malades. On a des jeunes enfants et des personnes âgées dans les cabinets médicaux, peu de jeunes

adultes ou alors c'est qu'ils ont des enfants. Mais les jeunes adultes qui prennent des risques ils ne sont jamais malades, ils ont le nez qui coulent, ils ne vont pas aller chez le docteur, ils ont d'autres choses à faire. Donc les affiches dans le cabinet médical, pfff...

C : Plutôt une campagne.

Dr Se : Oui une campagne d'information télévisée.

C : Donc pourquoi pas les utiliser dans votre cabinet ?

Dr Se : Oui bien sûr.

C : Et il faudrait une formation pour les médecins ou pas forcément ?

Dr Se : Non pas forcément, s'il y en a qui ont besoin, ils sont assez grands pour faire une formation, en revanche il faut que ce soit pris en charge par la sécurité sociale, sinon aucun médecin ne l'utilisera, comme le strepta test. On reçoit un formulaire, on renvoie le truc, c'est simple.

C : On en a déjà un peu parlé, mais c'est vrai que le VIH reste encore un sujet tabou dans certaines cultures surtout à Saint Denis. Est-ce que vous avez des anecdotes où par exemple vous voyez un patient, vous avez envie de lui proposer un test mais vous ne le faites pas par peur de le choquer ou parce que c'est compliqué ou parce qu'on n'a pas très envie d'aborder un sujet qui amènerait à parler sexualité ? Une situation un peu difficile ?

Dr Se : Soit le patient l'aborde et je me sens en droit d'aborder le sujet, soit c'est moi qui y pense parce que le patient a des ganglions et qu'il a perdu du poids et je me sens en droit et même en devoir d'aborder le sujet. Ça ne me pose strictement aucun problème. Après je ne vais pas demander aux gens s'ils se font sodomiser ou s'ils font des fellations, je m'en fous, ça ne me regarde pas et c'est leur vie et puis voilà. C'est là que le tout-venant est compliqué quand même, parce qu'à partir du moment où je me sens en droit ou même en devoir d'y penser, aborder la sexualité ne me pose strictement aucun problème.

C : En général si on y pense c'est sur des symptômes cliniques...

Dr Se : C'est que c'est trop tard !

C : Oui on est déjà à un stade où on aurait pu essayer de le dépister avant ?

Dr Se : Tout à fait, après c'est compliqué, vous savez, il y a plein d'africains qui nous demandent des tests et on ne sait jamais si c'est parce qu'ils ont pris des risques ou si c'est parce qu'ils prient le bon Dieu pour avoir le VIH parce que ça va leur donner des papiers. La pathomimie du patient primo-arrivant africain, non ça n'est pas les primo-arrivants, en général, les primo-arrivants ils sont tous naïfs, mais ceux qui sont là depuis 4-6-7 ans ils se trouvent toutes les maladies de la terre pour essayer de rester, y compris le VIH, et ça n'est pas toujours facile de savoir ce qui est la vraie demande, parce que je ne suis pas sûr que quand on est africain en foyer à 15 dans la même chambre, qu'on n'a pas de boulot, qu'on n'a pas de fringues, est-ce qu'on peut se taper des nanas pour être très honnête. Je ne sais pas ce qui est de la vraie demande de ce qui est du domaine de l'anxiété ou du domaine de la demande de papiers. Je ne sais pas où bien je trouve ça trop compliqué à démêler, mais je n'ai pas d'anecdote en particulier.

On a une histoire très triste au cabinet. On a un patient que ma collègue a dépisté et qui est venu nous voir en nous disant qu'elle avait le résultat et on a regardé trop vite le résultat et on a dit tout va bien, et en fait il y avait un résultat positif. On l'a rattrapée derrière, mais si vous voulez, pour récupérer l'erreur ça a été une horreur. Moi je n'ai jamais fait une découverte de sida, je n'ai jamais eu à annoncer.

C : Vous n'avez jamais eu à annoncer un sida.

Dr Se : Non, mais honnêtement je préfère annoncer un sida qu'un cancer.

C : Maintenant c'est devenu une maladie...

Dr Se : C'est traitable.

C : Oui finalement c'est devenu une maladie chronique, peut-être même plus facile à traiter qu'un diabète ?

Dr Se : Je trouve aussi, je suis tout à fait d'accord.

C : J'ai eu l'occasion d'annoncer à un patient qu'il n'était pas séropositif, que le test était un faux positif, je croyais lui annoncer une très bonne nouvelle, et ça a été l'effondrement pour lui à cause des papiers...

Dr Se : Leurs attentes ne sont pas les nôtres. Le bénéfice secondaire de la maladie grave il est réel. Les quelques personnes que j'ai qui ont une maladie extrêmement grave, mais des trucs pfff gravissime mais qui leur permettent de rester en vie quelques années sur le territoire français, ce sont des gens qui travaillent mais il n'y a aucun problème, ils ont des transfusions mais pas de problèmes.

C : Et derrière la problématique du VIH il y a souvent l'abord de la sexualité ce qui n'est parfois pas évident en cabinet de médecine générale ? Quand on suit les gens depuis longtemps, quand on connaît toute la famille ? Quand ce sont des cultures un peu différentes et qu'on ne sait pas comment aborder les choses ?

Dr Se : Moi de ce côté-là ça va... Enfin l'homosexualité est un sujet compliqué et difficile. La sexualité en soi, je pose assez facilement la question aux hommes âgés qui sont diabétiques, hypertension, cholestérol...

C : Pour la dysfonction érectile.

Dr Se : Voilà, je trouve que ça fait partie de la question lors du bilan annuel une fois par an, pour peu qu'ils aient des PSA un peu élevés et un adénome de prostate, je pose la question : est-ce que vous avez remarqué si tout va bien dans votre vie sexuelle ? Est-ce que vous désirez en parler avec un spécialiste ? Je ne gère pas les dysfonctions érectiles, je ne sais pas le faire, j'envoie voir un urologue.

C : Au moins vous posez la question.

Dr Se : Je pose la question aux hommes. Après je pose la question aux femmes qui ont des infections urinaires à répétition ou des mycoses vaginales à répétition, est-ce qu'il n'y a pas des troubles de la libido, des machins comme ça. Les femmes c'est assez simple finalement, les hommes sont un peu gênés au début mais bon c'est leur docteur, ça ne pose pas trop de problème. Je suis incapable d'aborder la sexualité avec des adolescents par contre, je ne sais pas faire. Les ados pour moi sont un grand écran de fumée. Je les regarde me faire la gueule et je me demande comment je vais aborder quoi que ce soit avec eux, ou faire la gueule à leur mère, ou au contraire être admirative, mes parents sont géniaux. Ça je ne sais pas faire.

C : Et chez les adolescents, par exemple les jeunes filles qui viennent pour faire le gardasil®? Je ne sais pas si vous en avez?

Dr Se : Alors les jeunes filles qui viennent pour le gardasil®, elles sont systématiquement accompagnées par leur maman qui sont très désireuses que leur filles se vaccinent. J'essaye de me battre pour qu'elles fassent plutôt des frottis. Est-ce que j'aborde la sexualité avec elles? J'aborde le risque réel d'une sexualité normale, voilà. J'ai trop de gaminas qui m'ont dit avoir des relations sexuelles ça donne le cancer. C'est pour ça que c'est absolument affreux cette histoire de gardasil®, ça leur met des idées très bizarre dans la tête. Donc j'explique ce que c'est qu'un col utérin, un frottis, à quoi ça sert de faire un examen gynécologique. C'est exactement la même chose avec les jeunes maghrébines qui viennent de se marier, elles ont 23 ans, elles ont des relations sexuelles depuis 3 mois, et elles viennent me voir et me disant, j'ai besoin d'un examen gynéco, pfff... On va commencer par la base. La sexualité à aborder avec des jeunes filles, c'est de l'anatomie qu'il faut faire d'abord, j'en suis là. Qu'est-ce que c'est qu'un ovaire, qu'est-ce c'est un utérus, je travaille beaucoup avec google image, qu'est-ce que c'est une trompe, un col, pourquoi on fait un frottis, pourquoi il faut le faire tous les 2 ans.

C : On peut avoir l'impression que la majorité des jeunes filles, et pas uniquement les maghrébines, ne savent pas à quoi ça sert un frottis...

Dr Se : Tout à fait, mais c'est vrai qu'ici, j'ai surtout une population noire ou arabe, donc bon. Mais même les femmes ne savent pas.

C : Et vous faites des frottis ici?

Dr Se : Moi je ne les fais pas, je n'ai pas le matériel pour le faire, je trouve ça compliqué, donc je les examine et je les envoie au laboratoire pour le frottis. Si le frottis est anormal je les renvoie vers les collègues gynéco. Après, aborder la sexualité... Si elles me posent des questions, je leur réponds. J'ai déjà fait des cours entier de sexologie à des jeunes femmes très inquiètes de savoir si c'était normal que ceci ou que cela. Je ne suis pas sûre d'avoir servi à grand-chose mais bon.

C : Et les garçons, les ados hommes?

Dr Se : Pas du tout, impossible, je n'ai aucune demande et puis je suis une fille, même une femme, et je suis une femme trop jeune pour parler de ce genre de chose. Je suis une femme sexuée, j'ai été enceinte cette année, donc dans leur tête je suis une femme sexuée, donc c'est complètement impossible. Je n'aborde jamais, jamais, le sujet avec un ado. Je me suis rendu compte en faisant un stage de pédiatrie que je n'examinais jamais les testicules des garçons, donc je commence à m'y mettre... J'aborde la masturbation avec les mamans, parce qu'il y a parfois des questions là-dessus, donc j'aborde la question de la normalité de la masturbation...

C : Et vous avez déjà été aidée par des formations continues?

Dr Se : Sur la sexualité?

C : Oui.

Dr Se : Non pas particulièrement, non, pas sur la sexualité.

C : L'homosexualité, on en a parlé, c'est compliqué à aborder....

Dr Se : C'est difficile sauf si le patient c'est évident qu'il le vit bien, qu'il n'y a aucun problème etc... Le jeune garçon de 25 ans très très efféminé...

C : Vous n'en parlez pas s'il n'aborde pas le sujet.

Dr Se : Je parle de l'hépatite B, de la vaccination de l'hépatite B, si je n'ai pas de retour, je n'ai pas de retour, point barre.

C : On avait parlé également de proposer des frottis anaux aux homosexuels, mais s'il faut déjà commencer par aborder l'homosexualité...

Dr Se : Oui, là ça devient très très compliqué. Dépistage du frottis anal systématique chez des garçons qui ont une hépatite B, un VIH, bon oui, mais au tout venant non, ça me semble complètement impossible. Déjà l'anuscopie, ça m'arrive de façon exceptionnelle, mais bon, pas plus d'une fois par an. L'anus ça reste le tabou ultime. Tout ce qui est du domaine de la merde de façon générale, ça reste Tout ce qui est à l'intérieur n'a pas à être à l'extérieur, et ce qui est à l'extérieur n'a pas à être à l'intérieur, je pense aux poches de stomie, ou bien le rapport au toucher rectal, je pense que c'est compliqué.

C : Surtout pour le médecin traitant, la relation avec le médecin généraliste... Finalement c'est plus simple quand c'est un médecin hospitalier qu'il ne verra qu'une fois.

Dr Se : Le médecin de passage, c'est pas mal, ça permet de faire des choses, tout à fait.

C : Et les personnes âgées, la sexualité?

Dr Se : Est-ce que c'est abordé? Alors c'est abordé parfois par les vieux messieurs à la demande de leur femme. Oui j'ai des vieux messieurs qui viennent en couple avec leur femme pour aborder le sujet. Et une fois que je les ai examinés que je leur ai demandé une prise de sang, ils disent à leur femme : « tu vois je m'en suis occupé! » J'ai dû voir ça 3-4 fois, à chaque fois c'est à la demande de la dame qui ne se sent pas bien, parce que le monsieur n'a plus trop d'érection, donc elles se demandent si bon voilà... Après, je pose systématiquement la question chez des couples dont l'un des partenaires est Alzheimer agressif, parce que j'ai fait de la gériatrie, et j'ai appris qu'il pouvait y avoir des phases d'agressivité sexuelle chez les hommes Alzheimer.

C : Toutes les démences, les démences frontales....

Dr Se : C'est ça, donc je pose la question au partenaire, s'il est agressif, s'il est agressif la nuit, s'il a des comportements bizarres, je ne parle pas de sexe mais...

C : Vous laissez une porte ouverte...

Dr Se : Il y a parfois des surprises.

C : Et chez les femmes, à la ménopause par exemple.

Dr Se : Oui, je pose la question par rapport à la sécheresse vaginale tout de même. Et j'ai deux réponses, celles qui me disent « pas de problème » très vite, en gros elles n'ont pas de rapport sexuel et celles qui disent « oui quand même c'est difficile ». La ménopause ça fait partie des questions, ce sont des femmes qui ont eu une vie sexuelle, ce sont des femmes et je suis une femme. Non, c'est pas un gros souci.

C : Ce qui est bien c'est que vous me dites tous des trucs différents!

Dr Se : ça dépend si on est un homme ou une femme! L'andropause je ne pose pas trop la question, la ménopause oui.

C : Et on avait retrouvé une petite étude américaine sur 80 patients hommes qui disait que 97% des hommes souhaitaient parler sexualité avec leur médecin traitant mais que finalement il n'y en avait que 20% qui osait le faire, et ils disaient que c'était au médecin traitant d'initier le sujet et que c'était le médecin généraliste qui était le mieux placé pour aborder le sujet. Les chiffres paraissent un peu improbable, mais l'idée était intéressante : finalement c'était peut-être les médecins qui se mettaient plus de barrières...

Dr Se : Mais dans le cadre de quelle consultation? Le patient qui vient parce qu'il a mal à la gorge, je ne vais pas lui poser la question de la sexualité, ça me semble compliqué.

C : Sauf s'il a un chancre syphilitique dans la gorge...

Dr Se : Oui, mais je n'en ai jamais vu ! Ça me semble hyper compliqué, alors bien sûr le mec qui vient pour une mycose du gland, alors là les mecs ils sont paniqués, là bien sûr on aborde la sexualité, la découverte d'une sérologie chlamydia chez la compagne, là oui. Mais après, au tout venant, je trouve ça...

C : Ceux qui sont fatigués ou déprimés?

Dr Se : Je pense qu'il y a plein de questions à poser avant d'aborder la sexualité... Surtout que souvent la sexualité dans ces cas-là ça n'est souvent pas la cause première mais plutôt la conséquence. Il y a d'abord tout le champ de la dépression, de la tristesse, le moral, l'anhédonie, la boulimie, l'anorexie, la bradypsychie, les troubles du sommeil... Une fois qu'on a fait tout ça, et qu'on décide de revoir le patient, et qu'on attend un peu parce qu'il n'y a pas d'urgence, puis qu'on décide de commencer un traitement antidépresseur surtout si c'est un sérotoninergique, je leur dis si vous avez des troubles sexuels, parlez-m'en, parce que le médicament peut provoquer... Mais je ne vais pas foncer sur les gens pour leurs troubles sexuels.

C : Je pensais plutôt aux africains qui peuvent dire : je suis fatigué pour dire j'ai des troubles de l'érection, j'en ai vu plusieurs...

Dr Se : Oui, ça oui, je suis d'accord, en effet. Je suis fatigué, mais en fait je suis fatigué au lit, ça oui. J'en ai aussi. Mais c'est vrai que la dépression chez l'africain, je n'en vois pas tant que ça, les quelques fois où je les ai traités pour une dépression, je me suis plantée, c'était autre chose. Le modèle de dépression occidentale chez le primo-arrivant africain, bof...

C : Et est-ce que vous avez ressenti une évolution dans la manière de parler de sexualité depuis que vous êtes installée? Est-ce que c'est plus facile du fait de votre expérience? Est-ce que vous avez l'impression que la société a évolué ?

Dr Se : C'est forcément plus facile du fait de mon expérience. Quand on a 21 ans et qu'on est une jeune externe, on ne sait pas, d'autant plus qu'on a soi-même une sexualité qui est débutante.

C : Et depuis que vous êtes installée?

Dr Se : Je ne sais pas, je ne crois pas que ça a jamais été un souci la sexualité des gens. Je n'ai jamais trouvé que c'était difficile d'en parler s'ils m'en parlaient, on est bien d'accord, je ne vais pas leur sauter dessus.

Mais à partir du moment où on aborde un problème sexuel ou un non problème selon le cas, ça se passe bien. J'aurai peut-être plus de difficulté de faire comprendre au gens que le problème n'est pas au niveau du sexe mais peut-être autre part, là c'est plus compliqué. Quand la plainte sexuelle est mise en avant alors que le problème est complètement autre part, je ne trouve pas toujours évident d'aborder les antécédents de maltraitance sexuelle. J'ai des jeunes femmes en les regardant vivre et évoluer pendant 3-4 consultations, les symptômes qu'elles présentent, je me dis hmm elles ont dû vivre des trucs pas très drôles étant plus jeunes et je trouve ça très difficile d'aborder le sujet avec elles. Je finis par le faire mais je trouve ça délicat et compliqué, d'abord parce que je ne sais pas comment je vais faire quand elles vont s'écrouler devant moi... La maltraitance enfant je trouve ça difficile. Oui et pour la sexualité, ce qui est pour moi un tabou absolu et que j'ai beaucoup de mal à aborder, je n'y vois pas clair, c'est le dépistage de la maltraitance sexuelle chez l'enfant. Le gamin qui a mal au ventre, qui a mal au ventre, qui a mal au ventre, on se dit mais nom d'un chien, il n'y a pas de problème à l'école, il a mal au ventre qu'il soit à l'école ou chez lui, le jour, la nuit, il fait des cauchemars, on se dit il y a peut-être quelque chose qui se passe la nuit dans son lit... Je ne sais pas comment aborder le sujet. Et là pour le coup on est en première ligne pour le dépistage, on est médecin de famille, on est censé être la personne qui connaît, qui voit la famille. Souvent la famille, elle est bof bof, le tonton il est bizarre, le grand frère il est bizarre... Je trouve ça un poids, très compliqué, je ne sais pas comment aborder les choses. De la même manière, une gamine qu'on m'amène avec un herpès génital, qui s'avère être un herpès type 1 de la maman, tout bête quoi, mais bon... Le VIH chez l'adulte pas trop de problème mais par contre le dépistage, les mycoses, l'herpès chez l'enfant, je ne sais pas.

C : Je ne pense pas qu'il y ait de solutions...

Dr Se : Non je ne pense pas non plus.

C : Et finalement, la place du médecin traitant dans toute la problématique du dépistage VIH, c'est vous qui êtes en première ligne, comment vous voyez votre place? Quelles pourraient être les difficultés? Est-ce que ça vous paraît assez facile finalement?

Dr Se : Ce n'est pas parce que c'est facile que c'est bien fait, la question c'est de savoir si on est efficace ou pas. On est là pour soigner les gens, pas pour que ce soit facile, sinon on aurait choisi un autre boulot.

C : De l'intégrer dans vos pratiques?

Dr Se : Je pense qu'on est comme les patients, on l'a oublié le sida, c'est beaucoup moins tragique maintenant.

C : C'est vrai qu'on n'en parle plus, il n'y a plus de campagne, on n'en meurt plus aussi visiblement, maintenant ce sont des patients chroniques qu'on ne voit pas.

Dr Se : Et d'ailleurs on ne les voit pas, parce qu'ils sont suivis à l'hôpital, ils ne voient quasi plus le médecin généraliste.

C : Oui mais comme ils vont bien, la plupart du temps bien, et que les services d'infectieux ferment, les médecins généralistes vont être de plus en plus amenés à suivre des patients VIH en ville...

Dr Se : Alors autant on commence à savoir gérer un diabète ou une hypertension en ville, autant le sida... et pourtant j'ai fait un internat de maladies infectieuses et de réa.

C : C'est vrai que les traitements ont beaucoup évolué.

Dr Se : Les quelques patients que je suis, quand ils arrivent avec leurs trucs ou s'est écrit EFZ, je sais que c'est efavirenz, mais sinon je comprends rien. Je veux bien suivre un patient pour son sida, mais il faut qu'on me dise ce qu'il faut que je suive, quel bilan faire, qu'est-ce qu'il faut que je surveille. Moi ça me pose problème de prescrire des médicaments sans savoir quels sont les effets secondaires et il y en a beaucoup. Je pense que les trithérapies ont toujours des effets secondaires sur les lipides...

C : Oui, les lipodystrophies... Et c'est vrai que maintenant leur problème c'est le cardio-vasculaire.

Dr Se : J'ai besoin d'une formation pour tout ça.

C : ça n'est pas encore d'actualité, mais c'est vrai qu'il y a de moins en moins besoin d'hospitalisation pour les patients VIH. Ils sont vus tous les 3-4 mois à l'hôpital et l'hôpital voudrait fermer ces consultations pour qu'ils soient suivis plus en ville.

Dr Se : D'accord, il va falloir se remettre à niveau, car c'est une maladie pour laquelle j'ai beaucoup d'interrogations, pas la maladie, mais le suivi des médicaments, les effets secondaires des médicaments, moi ça me semble compliqué. Après ce qui existe dans le cancer et qui est très bien fait, c'est l'équipe de référence. On a plein de patientes, qui sont suivies pour un cancer du sein par exemple, elles ont un problème, on appelle un numéro et il y a toujours quelqu'un qui peut répondre, qui a le dossier, ça peut être une infirmière coordinatrice, qui va nous dire : oui le scanner il a été fait telle date, vous pouvez en refaire un, on l'attend demain, il n'y a pas de problème.

C : Donc une équipe VIH qui pourrait aider sur les effets secondaires de la trithérapie...

Dr Se : Oui, sur le modèle d'un réseau cancer, d'un réseau insuffisance rénale, ça c'est très bien fait, ça marche vraiment bien. Donc pourquoi pas un système de réseau.

C : Oui, c'est intéressant, car j'ai travaillé à Delafontaine en maladies infectieuses et je serai à priori assistante là-bas, et on avait dans l'idée de développer un réseau avec les médecins généralistes de Saint Denis pour les patients qui vont bien, qui ont plutôt des problèmes de médecine générale...

Dr Se : Méfiez-vous des ruptures de soins, pour les patients cancéreux, parfois c'est compliqué.

C : C'est pourquoi il faut que ce soit un réseau très solide...

Dr Se : Oui parce que le " je vous laisse partir ", peut être très mal vécu. Et si vous faites un réseau il faut que ça soit le patient qui ait la carte avec le numéro du

réseau. Je vous le dis parce que si vous faites juste une plaquette, on va la jeter ou on va la mettre dans un coin et l'oublier. Par contre si le patient a sur lui le numéro du réseau avec une petite carte c'est extrêmement pratique.

C : J'y penserai ! Pour conclure, le dépistage systématique du VIH? Le test rapide?

Dr Se : Test rapide oui, dépistage systématique non.

C : D'augmenter un peu le dépistage alors?

Dr Se : Oui, voilà, je me dis que je vais peut-être rajouter dans mes dossiers le VIH, en quelle année je l'ai fait... Ma collègue elle le fait en papier...

C : Par exemple, pour les migrants dont les femmes sont au pays et rentrent...?

Dr Se : Olala, ça qu'est-ce que c'est compliqué! Les mecs qu'on dépiste positifs et la femme est à Kayes, il faut dépister la femme, les enfants... Je passe le relais à l'hôpital.

C : Oui, mais de les dépister au moins?

Dr Se : Avant qu'ils repartent au pays?

C : Oui, s'ils partent une fois par an, de leur proposer un bilan avant de partir?

Dr Se : Oui, le problème c'est qu'ils viennent nous voir la veille du départ.

C : D'où le test rapide?

Dr Se : Par exemple, ça implique de leur poser la question... Enfin après tout le test rapide pourquoi pas. En général les patients viennent le vendredi pour un départ le samedi, de préférence à 18h, il faut faire tous les vaccins, la palu et renouvellement de médicaments car ils n'en ont plus depuis 3 jours et il est 18h, ils n'ont pas pris rendez-vous.

C : Je les connais bien ceux-là!

Dr Se : On a les même!

C : Merci beaucoup!

N°10 : le 10/01/2011

Dr Rozanna Saint-Denis 93

Contexte : Il s'agit de l'associée du Dr Scorpion. C'est la sympathique secrétaire qui m'a rappelé et a tout organisé... J'attends une bonne heure et demi en salle d'attente puis rencontre le Dr Rozanna, très chaleureuse, prend son temps pour répondre aux questions, long entretien (45:53). Est d'accord pour les questionnaires.

C : Bonjour, donc je vais vous poser quelques questions sur votre manière de travailler et votre ressenti, très simplement, il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, et l'entretien est anonymisé par la suite. Déjà, pour vous connaître un peu mieux, si vous voulez vous présenter? Depuis combien de temps êtes-vous installée ici?

Dr R : J'étais remplaçante à la plaine Saint Denis pendant 7 ans, en remplacement fixe. Après je faisais d'autres remplacements sur Paris dans le 13^{ème} et

dans le 94 aussi. Mais je suis installée à Saint Denis et j'ai quitté le remplacement au mois d'octobre 2006.

C : Donc vous avez commencé à exercer 7 ans avant 2006.

Dr R : Non parce qu'avant les remplacements, j'étais médecin coordinatrice dans une clinique en salariée, pendant 2 ans, et j'ai commencé vraiment mes remplacements en 2000. Oui j'étais salariée dans une clinique à Saint Denis.

C : Saint Denis, vous y avez des attaches particulières, vous vivez ici?

Dr R : Non, c'est mon mari, moi je suis du 94, je suis de Thiais, mais mon mari il est de Saint Denis, donc je suis venue ici.

C : Et là vous faites de la médecine générale, vous avez d'autres activités en parallèle?

Dr R : Non, j'avais une activité de nutrition dans une clinique, j'ai fait une formation de nutrition. Enfin le médecin que je remplaçais dans la clinique de nutrition m'a formée, donc j'ai fait beaucoup de nutrition, c'est une clinique pour les obèses et les diabétiques. J'ai travaillé beaucoup là-bas, j'ai fait beaucoup de garde, c'est eux-mêmes qui m'ont formée. Mais maintenant je n'en fais plus car ça me prend beaucoup trop de temps. En général ce sont des consultations très longues, alors j'en fais quelque unes pour mes patients que je connais très très bien et qui me le demandent. Alors je les fais venir exprès le samedi matin pour ça. Mais sinon je le fais exceptionnellement.

C : Et est-ce que vous travaillez avec une faculté? À Bichat par exemple?

Dr R : Oui, je fais des formations. Les journées de formation de Bichat j'y vais. Celles organisées par le conseil de l'ordre donc à Villemonble, ou à Delafontaine, ou dans les cliniques du coin, le centre cardiologique du Nord ou les laboratoires qui vous invitent à diverses formations avec des spécialistes.

C : Et vous travaillez dans des réseaux à Saint Denis?

Dr R : Alors je fais de temps en temps, parce que j'ai une petite formation de soins palliatifs, je vais avec Arc en Ciel parfois, je connais très bien Isabelle Marin, j'ai travaillé beaucoup avec elle quand j'étais en clinique justement, je faisais appel à elle pour les soins palliatifs, donc on travaillait ensemble pour le réseau Arc en ciel. Et puis avec la maison de la santé de Saint Denis, ils font des fois des petites formations sur la nutrition notamment, j'y ai fait des formations pour des associations de femmes diverses, donc j'ai été donner des cours là-bas et je vais aussi à leurs formations qui sont très bien.

C : D'accord, j'ai aussi un peu travaillé avec Isabelle Marin, j'ai été un an à Delafontaine... Ils ouvrent un service de soins palliatifs à Casanova?

Dr R : Oui, il était temps !

C : Oui ce n'était pas facile de gérer les soins palliatifs en médecine interne correctement...

Dr R : Oui, moi aussi quand j'étais en clinique, c'était difficile. Et j'ai fait beaucoup de réa avant, de la réa post opératoire, surveillance post bloc et les urgences de la clinique, donc on avait besoin d'elle assez souvent, c'était bien utile.

C : Donc là vous êtes en cabinet de groupe avec le docteur Scorpion.

Dr R : Oui et le Dr F...

C : Vous êtes sur rendez-vous?

Dr R : Oui on est uniquement sur rendez-vous, mais comme vous voyez aujourd'hui on en rajoute pas mal quand même...

C : Et vous êtes informatisé?

Dr R : Oui, informatisé et dossier papier, on a les deux. Les examens de laboratoire on les a encore sur feuille et on met les examens qui nous intéressent vraiment, l'hémoglobine glyquée etc, sur le dossier informatique et on met le reste ras.

C : Et vous faites combien de consultations par jour environ?

Dr R : C'est vraiment variable, une dizaine ce matin par exemple, et l'après-midi un peu plus, oui entre 25 et 30 par jour, en période d'épidémie, on monte facilement à 30 par jour.

C : Et là vous êtes en secteur 1?

Dr R : Oui en secteur 1, je pense que sur Saint Denis on est tous en secteur 1.

C : En fait je fais mon étude sur Saint Denis mais aussi à Paris

Dr R : Sur quel département à Paris? Enfin quels arrondissements?

C : Je fais 15^{ème}, 7^{ème}, 6^{ème}, pour voir les différences.

Dr R : Moi je travaillais dans le 13^{ème}, j'étais de la Salpêtrière, donc mes maîtres de stage, mes remplacements initiaux tout ça c'était le 13^{ème}. Vous allez voir ça change!

C : C'est sûr, ça n'a rien à voir.... Moi je suis de Cochin, donc j'ai fait mes stages dans le 15^{ème}, 14^{ème} et 6^{ème}, et j'ai été interne un an à Saint Denis, c'est sûr que ce n'est pas la même population. Mais à priori je vais retourner travailler à Delafontaine dans quelques temps.

Dr R : Franchement moi aussi, je me disais je n'y arriverais jamais, et puis finalement la pathologie est extrêmement riche, quand j'ai fait mes premiers remplacements à La Plaine Saint Denis, je n'avais jamais vu de gale, je n'avais jamais vu de bilharziose urinaire, c'est très très riche pour apprendre, pour débiter ça a été une formation excellente.

C : A priori je serai assistante en maladies infectieuses et c'est vrai que la pathologie infectieuse est très riche.

Dr R : Au niveau infectieux c'est magnifique, enfin magnifique sur le plan pathologique! Moi j'étais interne chez Guillevin puis chez Piette, j'ai fait beaucoup de médecine interne et réa en gros. On en a besoin pour travailler dans cette ville.

C : Pour entrer dans le vif du sujet vous avez commencé à travailler comme interne à peu près en 92 ?

Dr R : Oui c'est ça.

C : C'est aussi le moment où il y eut l'émergence du sida, est-ce que ça a eu un impact sur votre vie professionnelle?

Dr R : Mon premier stage d'externe c'était en maladies infectieuses chez Bricaire à la Pitié Salpêtrière. Donc tout de suite, mon premier stage c'était là. J'ai vu les gens mourir comme des mouches, on avait que l'AZT à l'époque et c'était terrible, moi ça m'a beaucoup marqué.

C : Et après vous avez eu l'occasion de retravailler sur le VIH?

Dr R : Oui chez Guillemin, parce qu'il y avait Pascal Cohen qui s'occupait pas mal des VIH et des hépatites C. Oui et puis j'en ai pas mal, je travaille beaucoup avec Bichat et Delafontaine pour mes patients VIH.

C : Et vous avez une petite idée de combien de patients VIH vous suivez ? À peu près ?

Dr R : Oh il n'y en a pas tant que ça, les réguliers, parce qu'il y a ceux que je ne vois pas très régulièrement, peut-être 7.

C : Et il y a de bons retours avec les équipes hospitalières?

Dr R : Très bien, pas de soucis, ils ont une très bonne prise en charge. Et puis quand c'est moi qui annonce le diagnostic, je les appelle et ils ont rendez-vous le lendemain. Ils m'envoient les comptes rendus, il n'y a rien à dire.

C : Et vous faites un peu de gynéco ici?

Dr R : Oui on fait, il n'y a pas de gynéco ici, je ne fais pas les frottis, mais ils les font au laboratoire, le labo à côté il le fait très bien, il y a des cellules endocervicales et s'il y en a pas, je les envoie pour le refaire chez le gynécologue, mais c'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup de gynéco. Moi je fais toutes les pathologies infectieuses chlamydia, mycoplasme, c'est moi-même qui les soigne et après quand on a besoin d'examens un peu plus poussés, on a Delafontaine ou Bichat. Et après on a quelques cliniques où je connais les chirurgiens particulièrement si il y a vraiment des choses à faire oui.

C : Vous suivez donc environ 7 patients infectés par le VIH régulièrement, et ça vous arrive fréquemment de proposer des tests de dépistage?

Dr R : Oui.

C : Vous vous souvenez du dernier patient à qui vous avez prescrit un test?

Dr R : Oui hier, enfin samedi, ma dernière consultation, une dame, une maman qui a une petite fille, qui vient d'accoucher il n'y a pas longtemps et qui m'a demandé si je pouvais lui faire un bilan. Oui alors c'est quoi un bilan? Quand ils parlent de bilan en général c'est pour ça. Elle m'a demandé : je voudrais faire la sérologie VIH, elle m'a demandé de lui faire ça. Le nouveau compagnon, le père de son bébé, nouveau parce qu'elle avait déjà eu des enfants avec d'autres personnes, et voilà... Mais bon des jeunes, des moins jeunes d'ailleurs, oui souvent.

C : Et à peu près, vous pensez que vous en prescrivez combien des tests par mois?

Dr R : ça dépend, moi j'avoue que je le mets assez facilement, même quand ils ne me le demandent pas. Mais je leur dis voilà, je vous ai mis un petit peu tout, je dis jamais VIH tout seul, je leur dis je vous mets le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C, le diabète... et le cholestérol. Ça ça plaît tout le temps. Donc je le maquille dedans, je ne vais pas leur dire directement je vous fais le VIH, alors non ça, ça ne va pas du tout, pourquoi moi le VIH, qu'est-ce que j'ai fait et pourquoi vous y penser pour moi? Moi particulièrement? Les premiers temps je mettais un peu les pieds dans le plat, mais maintenant non, je le fais comme ça, ça passe très très bien.

C : Ils ne refusent jamais le test?

Dr R : Non, non, j'en ai eu un qui a refusé, mais bon quelques temps après il a accepté de le faire, je me suis posée des questions et puis finalement il a bien voulu, peut-être que j'avais été maladroite quand j'avais posé la question...

C : Parfois ça peut bloquer un peu...

Dr R : Voilà c'est ça, et puis il l'a fait, il avait rien....

C : Donc vous le proposez facilement dans un bilan, et après est-ce que vous avez d'autres occasions? Dans des consultations gynéco ? Chez la femme enceinte en général c'est assez facile...

Dr R : Oui dans le bilan de déclaration de grossesse, je le fais automatiquement c'est sûr, et puis pour les femmes, quand je sais par exemple qu'une jeune fille va se marier ou à l'occasion de la pilule, j'en profite pour faire la rubéole aussi, le bilan pré-nuptial n'est plus obligatoire, mais j'ai tendance à le faire quand même...

C : C'était bien utile...

Dr R : Oui c'est vraiment dommage, parce que les hommes étaient un peu obligés de le faire, je pense que ça pourrait éviter quelques problèmes.

C : Oui les hommes ne passent plus jamais par la case médecin à ce moment-là...

Dr R : Oui, ne serait-ce que pour les hépatites, moi j'ai découvert pas mal d'hépatite B et la fille ou le garçon n'était pas vacciné, je me dis heureusement que je lui ai fait, ça va quand même la protéger, mettez des préservatifs le temps qu'elle ait ses anticorps protecteurs et c'est bon. Même pour une hépatite C, elle a mis les préservatifs, puis elle les a enlevés, elle est tombée enceinte, mais au moins elle le savait.

C : Et pour le suivi du patient surtout...

Dr R : Oui pour le suivi et pour le traitement. Il est traité maintenant, et bientôt guéri, là il est en très très bonne voie, à mon avis il va guérir. Ça vaut quand même le coup! Et puis elle ne l'a pas attrapé, ça évite quand même deux malades. Moi j'ai jamais compris pourquoi ils l'avaient supprimé, et d'ailleurs, il y a des mairies qui l'ont gardé. Moi ma sœur s'est mariée dans le 14^{ème} et on lui a demandé le bilan alors que sur Saint Denis ils ne le demandent pas. Alors est-ce qu'ils ne sont pas au courant que ça a été enlevé ? Je ne sais pas mais en tout cas mon beau-frère et ma sœur m'ont demandé et il n'y a pas très longtemps qu'ils se sont mariés, en 2008 quelque chose comme ça...

C : C'est devenu non obligatoire l'année où j'ai passé l'internat, c'était en 2007.

Dr R : Oui voilà et moi je l'ai prescrit en 2008, et dans d'autres pays ils l'ont encore, on m'a déjà demandé.

C : Et j'imagine qu'ici vous faites pas mal de prévention? Vous faites de la nutrition...

Dr R : Oui, moi je fais beaucoup de prévention. Par exemple, les gens, j'attends pas qu'ils aient 1 gramme 40 pour les traiter. A 1,02 g je leur dis il faut arrêter les coca et tout ça. Et quand ils ont une hémoglobine glyquée à 6 à 25 ans et que toute sa famille est diabétique, je me dis bon, je leur donne même le régime diabétique mais je barre diabétique et je laisse régime, comme ça ils savent déjà ce qu'ils doivent manger et franchement ça marche bien. Il y en a que j'ai dépistés,

je les connais depuis 15 ans, j'en ai qui viennent encore, que j'ai rencontrés quand ils étaient dans le 13^{ème}. Je leur avais donné mes coordonnées et ils viennent ici, j'avais dépisté des diabètes à 6,5 maintenant ils sont à 6% après une quinzaine d'années. Depuis 1995 et mes premiers remplacements, je pense à un garçon en particulier, il mangeait beaucoup, enfin buvait beaucoup de soda etc et ça va. Il est bien content parce que ses frères qui sont plus jeunes que lui sont déjà atteints, ils ont déjà du glucophage.

C : Et pour revenir sur le VIH, je vous embête avec ça parce que l'HAS dans ses dernières recommandations en 2009, rappelle qu'ils y a énormément de personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir, on en a reparlé le premier décembre récemment à la journée du sida.

Donc d'un point de vue individuel, pour connaître leur maladie et éviter les dépistages tardifs, et d'un point de vue collectif pour éviter les nouvelles contaminations, ils proposaient un dépistage systématique de la population générale, mais ça restait un peu flou, ils ne disaient pas tous les combien mais au moins une fois. Qu'est-ce que vous en pensez?

Dr R : Oui, moi je suis beaucoup dans la prévention, moi ça me paraît très bien. J'ai deux patients chez qui j'ai découvert le VIH et je n'ai plus de nouvelle et ils ont changé de portable.

C : Vous leur avez fait l'annonce et après ils ont disparu?

Dr R : Oui, ils ont disparu dans la nature, ou alors ce sont des gens qui n'ont pas de domicile fixe et tout ça, ils habitent chez quelqu'un ou ils ont l'adresse du secours populaire par exemple pour un, j'ai essayé de le recontacter, j'ai demandé à une autre personne qui le connaissait « vous pouvez lui demander de m'appeler ? ». Lui il avait une copine, et le jour où je lui ai dit qu'il fallait le dire à la copine, je ne l'ai plus revu. Et l'autre il m'a dit qu'il allait déménager et prendre un autre médecin, je pense que ce n'est pas vrai... Mais bon.

C : Ils le savent...

Dr R : Oui il le savent, mais c'est très angoissant pour nous, surtout quand on connaît les personnes, la concubine, on ne peut pas lui dire, mais c'est angoissant, après je n'ai plus revu ni lui ni la copine, j'ai laissé plusieurs messages au début il y a avait une messagerie et après il n'y a plus eu de messagerie du tout, la ligne n'existait plus.

C : Et peut être qu'après la phase de déni, 6 mois après ils peuvent revenir...

Dr R : C'est ce que je me suis dit aussi, j'espère toujours qu'ils reviendront, parce qu'on avait des très très bons rapports avant, je le connaissais depuis au moins 2 ans et vraiment on avait un excellent rapport médecin-malade, ça se passait très très bien, c'est quelqu'un que j'aimais bien et voilà...

C : Oui c'est pas facile, ça arrive assez fréquemment qu'ils disparaissent après l'annonce...

Dr R : Moi je me dis qu'il va peut-être quand même se réveiller, peut être quand il va y avoir une infection opportuniste ça va...

C : On peut lui souhaiter qu'il se réveille avant...

Dr R : Oui ! Pas forcément une infection opportuniste grave, mais ne serait-ce qu'une petite grippe, qu'il ait besoin de se soigner lui-même.

C : Oui et puis d'éviter de contaminer les autres...

Dr R : Oui.

C : Donc vous, un dépistage systématique, vous le feriez comment? Dans les bilans pour autres choses, et jusqu'à quel âge? Parfois on a des surprises chez les personnes âgées...

Dr R : Oui j'en ai un qui a 72 ans, il est suivi à Delafontaine d'ailleurs, oui mais c'est vrai que... Il faut cibler peut être... 72 ans ça doit être rare quand même et 17 ans ça doit être rare aussi, j'imagine.

C : Oh 17 ans...

Dr R : Oui 17 ans, ça commence... Oui donc une tranche d'âge à partir des premiers rapports sexuels, faudrait calculer ça, après ça dépend des endroits je sais... Et puis faire une prise de sang... Je suis assez pour la prévention parce que bon, on s'en sortira beaucoup mieux et ce sera même... Maintenant on parle tout le temps d'économie, je pense qu'au niveau coût, ça nous apporterait pas mal. Ou alors de cibler la tranche d'âge des rapports sexuels et puis proposer après, je ne sais pas si c'est très cher, ça va être une question de prix. Sinon c'est facile à faire, vous allez voir votre médecin traitant comme on les envoie pour faire le vaccin contre le tétanos.

C : Est-ce qu'il faudrait leur envoyer un papier pour leur dire allez voir votre médecin traitant?

Dr R : Oui comme ils font pour le dépistage du cancer du sein ou du colon. Ils le font, moi je sais que mes patients ils ont très bien adhéré au dépistage du cancer du colon...

C : Et est-ce que si on fait trop de dépistages...

Dr R : Là par exemple pour le colon, il y a pas mal de polypes quand même qui sont enlevés.

C : Il y a certains médecins qui disent il y a trop de dépistages, et du coup les patients se lassent.

Dr R : Non, une mammographie ça n'est pas non plus... moi j'ai plein de patientes chez qui on a retiré des nodules et une qui était bien contente, elle a pu conserver son sein. Alors qu'elle ne l'aurait jamais fait sinon, il fallait que ça soit gratuit déjà, il y en a qui ne peuvent pas la payer déjà, donc déjà le fait que ce soit gratuit ça peut aider, les gens aiment bien qu'on leur fasse des trucs gratuits. Donc ça, ça va peut-être les stimuler, leur demander de venir le faire. Je pense qu'à la télé ça ne pourra pas passer, je pense qu'il faut qu'ils reçoivent une lettre.

C : Une lettre les invitant à voir leur médecin traitant...

Dr R : Ou même avec l'ordonnance directement, veuillez faire ce test et le résultat vous sera communiqué par votre médecin traitant.

C : Ok ça me paraît bien. Et à Saint Denis, il y a une population de migrants importantes, je ne sais pas mais par exemple quand c'est la première fois que vous les voyez, enfin pas forcément la première fois c'est un peu ... agressif, mais est-ce que vous leur faites un bilan ou ils le demandent?

Dr R : Oui ils demandent, je leur fait. Déjà pour l'hépatite, souvent il y a l'hépatite, ils sont souvent porteurs chroniques. Donc oui je leur fait hépatite B, hépatite C

et VIH. Et au bout d'un moment quand je les connais un peu... Oui et quand il me ramène le papier de déclaration de médecin traitant, c'est vrai qu'on connaît leur tension, leur auscultation, mais peut être de l'intérieur... Ce serait embêtant d'être le médecin traitant de quelqu'un depuis 10 ans, il est africain et vous n'avez même pas demandé le VIH, ça la fiche un peu mal. Donc on leur propose un bilan. C'est comme quand ils viennent aux urgences avec de la cétone dans les urines... Donc quand je signe le médecin traitant, je leur dis : « je vous connais bien comme ça, mais j'aimerais bien vous connaître aussi autrement » et je leur propose un bilan.

C : C'est vrai que parfois c'est plus facile d'aborder le diabète que le VIH... la notion de sexualité...

Dr R : C'est pourquoi je le mets dans le bilan, et comme c'est sur l'informatique, le bilan il est automatique. J'ai mon bilan de base, il est dedans, et après j'adapte. Et pendant les grossesses aussi ça passe bien, c'est le bilan de la sécurité sociale, j'en ai besoin pour faire la déclaration, je suis obligé de la faire et hop. Bon je ne sais pas si c'est très bien de mentir comme ça mais... Ceci dit tout le monde le fait, les sages-femmes le font...

C : C'est quand même rare de ne pas le faire pendant la grossesse.

Dr R : Pour l'instant je n'ai jamais eu une seule femme enceinte qui m'ait refusé.

C : Il y a la notion de protéger le bébé, en plus.

Dr R : Mais c'est vrai qu'on ment un peu quand on dit que ça fait partie du bilan en fait.

C : C'est recommandé dans le bilan...

Dr R : Voilà, c'est recommandé, j'ai besoin de ça pour faire la déclaration pour celles qui tiquent un petit peu... « Oui ça fait beaucoup de flacons », mais non c'est rien, c'est sur les mêmes tubes, les sérologies VIH et hépatites B.

C : Et je ne sais pas si vous avez entendu parler des tests rapides de dépistage, c'est assez récent.

Dr R : Oui j'en ai entendu parler.

C : C'est un test capillaire, comme un dextro.

Dr R : Justement je ne sais pas si c'est très très fiable tout ça. Faux positif, faux négatif...

C : Justement, les différents tests ont été testés dans les services d'urgences depuis 1 ou 2 ans, les tests salivaires ne sont pas très bons, donc ils vont être abandonnés a priori, mais les tests capillaires il y en a 2-3 qui ont vraiment une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Et depuis le mois de novembre il y a un décret qui les autorise pour les médecins généralistes en cabinet notamment.

Dr R : mmh... d'accord, c'est bien, ça.

C : Alors c'est tout récent, je ne sais pas si vous, vous envisageriez de faire des tests rapides au cabinet?

Dr R : Si c'est vraiment rapide oui.

C : C'est moins de 5 min, c'est même plus rapide que le streptatest, on met une goutte de sang, le réactif et ça fait rapidement + ou -

Dr R : Oui ça c'est bien, vraiment bien.

C : Donc vous vous voyez le proposer aux patients?

Dr R : Oui.

C : Par exemple, s'il y en a qui bloquent un peu sur les prises de sang, qui ne vont jamais les faire, ça peut permettre...

Dr R : Oui c'est vrai il y en a qui n'aiment pas les prises de sang, qui ne veulent pas se faire piquer. Moi je pense que ça peut être bien. Je ne savais pas qu'on pouvait le faire, je pensais que c'était que dans les hôpitaux.

C : C'est tout récent.

Dr R : Mais j'ai entendu parler de ce test-là, j'ai des copines infirmières qui m'en ont parlé.

C : Ils l'ont développé aussi pour faire des campagnes de prévention dans des bars gay, dans le Marais par exemple... Ils l'autorisent aussi pour certains qui ne sont pas médecin. Il faudra voir comment c'est géré, il faut quand même une bonne annonce si c'est +

Dr R : Après il y a un contrôle elisa ?

C : Oui, c'est obligatoire, le contrôle ELISA derrière de toute façon. Mais c'est officiellement disponible pour les médecins, sages-femmes, infirmières et certaines associations. Les associations en ont entendu parler, mais les médecins généralistes pas trop, et on n'a pas l'impression qu'ils soient informés... Mais c'est tout récent.

Dr R : C'est vrai, moi je ne savais pas qu'on pouvait le faire au cabinet, mais pourquoi pas. Si la sécu me demande oui je vais adhérer.

C : Vous pensez qu'il faudrait une formation pour aider les médecins dans le cadre du test, pas forcément sur le côté technique, c'est assez facile, mais pour les annonces diagnostics, je ne sais pas si tous les médecins sont très à l'aise avec ça?

Dr R : Non ça va. Je vais à des formations plutôt sur les nouveaux traitements, parce que quand même il y en a une ribambelle maintenant et notamment leurs effets secondaires. Des fois j'ai vu des effets secondaires assez importants et la question de maintenir le traitement...

C : Ou alors s'il y a trop d'effets secondaires, de changer ou de les orienter pour changer de traitement, parce que sinon ils vont les arrêter d'eux-mêmes...

Dr R : C'est vrai, j'ai une patiente qui avait fait un rash cutané terrible avec un œdème laryngé, et je l'ai fait quand même arrêter son traitement. Et j'ai le médecin qui m'a rappelé pour me dire que je n'aurais pas dû arrêter le traitement. Je lui ai dit écoutez, c'était un samedi, je l'ai renvoyé le lundi là-bas, il m'a dit oui mais non le rash cutané ça ne dure que quelques jours et puis ça s'en va, nous on essaye de la convaincre de ne pas arrêter le traitement et vous vous avez arrêté...ohlala

C : Maintenant il y a beaucoup de traitements différents, on peut facilement switcher d'une classe sur une autre, ça n'est plus comme avant où on n'avait pas le choix. Il y a beaucoup de molécules, s'il y en a une qui est mal tolérée, on peut essayer d'en trouver une autre...

Dr R : C'est exactement ça.

C : Sauf s'il est résistant à tout et que c'est le traitement de la dernière chance, mais bon...

Dr R : Là, il l'avait repris et maintenu pendant quand même une semaine avec des antihistaminiques et il

avait été obligé de changer finalement, pas très sympa celui-là.

C : Et est-ce que vous avez l'impression que c'est encore un peu tabou d'aborder ce sujet avec les patients...?

Dr R : Non.

C : Ils ne se formalisent pas particulièrement?

Dr R : Non pas du tout.

C : Et pas de crainte de discriminer par exemple une part de la population africaine?

Dr R : Je dirai que ça pourrait arriver, moi ça ne m'est pas arrivé, mais je peux le comprendre, faut pas lancer ça comme ça, dans le cadre d'un bilan ça passe bien mais si vous dites : ah bah, vous, je vais vous faire le VIH, là ça va être très très mal pris : « mais pourquoi moi ? ». Mais non si c'est pour tout le monde. Donc ça peut marcher, mais si vous l'expliquez bien.

C : C'était aussi un des arguments de l'HAS pour ces recommandations, si on le fait à tout le monde il n'y aura pas de discrimination.

Dr R : Exactement, c'est vrai que même instinctivement on cible un peu, c'est pas bien...

C : Non il faut car il y a des populations plus à risque...

Dr R : Oui mais leur dire que c'est une population plus à risque ça peut être mal interprété.

C : Dans les populations à risque, je ne sais pas si vous avez une patientèle homosexuelle?

Dr R : Oui j'en ai, d'ailleurs les deux patients homosexuels que j'ai ils sont VIH. Enfin après il y en a peut-être d'autres qui ne sont pas VIH, mais je ne connais pas toujours leur sexualité. Il y a des personnes où je me doute un petit peu, mais bon. Les deux où je suis vraiment sûre, ils sont VIH tous les deux.

C : Il y a le VIH qui n'est pas forcément toujours très facile à aborder, mais il y a derrière toutes les problématiques liées à la sexualité. Je ne sais pas si vous avez l'habitude, peut-être avec les diabétiques si vous en avez pas mal... Tout ce qui est troubles de l'érection...

Dr R : Oui et puis il y a les femmes aussi qui ont plus d'infections vaginales, je les revois plusieurs fois, les MST, comme je fais de la gynéco par ce biais-là, j'arrive aussi à dépister le conjoint, il sera obligé de venir ou de voir son MT pour que je puisse les traiter tous les deux. Je préfère soigner en couple, c'est plus clair, sinon après ils font n'importe quoi, l'autre médecin il fait autre chose, ça devient compliqué, donc voilà quand vous me ramènerez vos 2 examens normaux vous enlèverez le préservatif.

C : Et ça permet de proposer un bilan à monsieur...

Dr R : Toujours, et puis je lui dis de toute façon vous allez être piqué, donc de toute façon autant tout faire, ça ça marche bien, on ne leur prend pas trop de sang, c'est sur le même tube. Maintenant on est un peu rodé là-dessus.

C : C'est vrai que plusieurs médecins m'ont dit que la sexualité ce n'était pas facile à aborder au début de leur pratique professionnelle et puis après, avec l'expérience, ça devient plus facile, ils arrivent à trouver des astuces...

Dr R : Oui et puis après quand on connaît bien les patients, il suffit de leur tendre une petite perche et ...

C : Ils l'attrapent... Et le fait d'être une femme, vous faites pas mal de gynéco, donc avec les femmes c'est peut-être plus facile, mais avec les hommes?

Dr R : Non il n'y a pas de problème, ça se passe bien.

C : Et le fait de suivre toute la famille aussi ça peut être un frein? Si vous connaissez la femme et les enfants, ils n'oseront pas parler de leur maîtresse ?

Dr R : Non, ça je leur annonce la couleur tout de suite, il y en a qui viennent avec le mari pour être sûre que je ne parle pas, il y en a qui font ça, d'autres qui appellent la secrétaire « faut surtout pas lui dire que il y a ci, qu'il y a ça ». Quand je vois que ça peut prêter à une polémique, je leur dis « nous on est tenu au secret médical, ne vous inquiétez pas, même si votre mari vient me voir, il n'y a aucun problème ». Ça se passe bien. Et puis je travaille pas mal avec le docteur L. qui était là avant. Lui il suit le mari moi je suis la femme, c'est souvent comme ça. Quand il y a des problèmes j'envoie le mari chez le Dr L... ou le Dr scorpion. Le Dr Scorpion fait pas mal de dermato, donc parfois j'envoie le mari, si il y a un bon contact, il reste là-bas. C'est vrai qu'il y a des hommes qui sont mal à l'aise, notamment pour des touchers prostatiques, des choses comme ça, des fois ils ne veulent pas, je vous connais depuis longtemps c'est hors de question, même des hémorroïdes des fois ils ne veulent pas. Il y a des hommes qui ne veulent pas que je les examine, surtout ici, même si je dis il faut que je le fasse, c'est non, alors on a des urologues à côté, je les envoie. Ou au Dr Scorpion. Lui-même quand il a une petite fille à examiner quand on a une suspicion de chose bizarre, il me l'envoie pour que je l'examine. On s'entend bien!

C : Et le fait d'être à Saint Denis où il y a une variété culturelle importante, l'abord de la sexualité peut être assez différent?

Dr R : Oui ça peut être difficile, mais bon ça dépend, si on l'aborde plus sur le versant médical, ça peut aller, ça passe. Mais comme je vous dis, il y en a certain c'est rédhibitoire, tout ce qui est hémorroïde, on a un gastro-entérologue avec qui je m'entends très bien qui est à côté et qui a tout ce qui faut avec l'anuscope, tout ça, alors à ce moment je l'envoie là, si c'est un homme. Les femmes je n'ai aucun problème, pas de soucis, je peux examiner tout, par contre les hommes oui il y en a qui sont réticents, donc le gastro je l'appelle, il les voit le lendemain, ou l'urologue, on a des bons urologues à la clinique de l'Estrée qui est à Stains, c'est pas loin, donc si on a besoin vraiment d'un toucher prostatique, on envoie là. Il y en a je les connais depuis 10 ans.

C : Oui ça ne sert à rien de les braquer.

Dr R : Oui de toute façon, ils ne veulent pas. Au début quand on sort de la fac, on ne se rend pas compte, mais si il faut que je regarde, etc. Par contre je ne leur donne pas d'ordonnance, je leur dis, je ne peux pas vous soigner dans ces cas-là. Même s'ils me disent : mais j'ai des hémorroïdes depuis longtemps, etc, imaginez qu'ils sont soulagés. Du coup ils laissent tomber le gastro, et moi je n'ai pas vu... Donc s'ils ont mal, ils vont y aller et ils seront examinés.

C : Et sur la sexualité, on avait retrouvé une petite étude américaine sur 80 patients, dans laquelle ils disaient qu'il y avait 90% des patients qui souhaitaient

parler de sexualité avec leur médecin traitant, mais qu'il n'y en avait que 20% qui osaient en parler. Ils concluaient que c'était au médecin d'en parler le premier.

Dr R : Oui c'est vrai ça.

C : Oui et en même temps, ce n'est pas toujours évident, on peut tendre des perches plus ou moins grossières, mais certains médecins disent : s'ils ne m'en parlent pas, ça ne me regarde pas...

Dr R : Oui c'est vrai que ce n'est pas toujours évident. Mais par exemple les diabétiques, comme vous le disiez, là on est obligé d'en parler. C'est comme les pieds, ne serait-ce qu'en parler. Pour le VIH, on en parle rien que pour remplir la fiche machin de la DDASS et puis pour voir s'il faut convoquer les gens au dépistage, ça oui. Oui pour toutes les maladies sexuellement transmissibles, je leur en parle, tous les diabétiques, les hommes à l'occasion du PSA une fois par an, les femmes qui consultent pour des problèmes gynéco...

C : A la ménopause?

Dr R : Oui, à la ménopause, enfin chaque fois qu'il y a un moyen détourné pour y arriver, les PSA, à bah c'est le moment du bilan : « à propos est-ce que vous avez ci et ça ? ». Ça passe plus facilement. C'est vrai qu'on se rattache à des petites choses, mais après c'est l'habitude.

Au début, moi je ne savais pas trop comment leur parler de cela, après j'ai trouvé que le PSA c'était bien.

Tout le monde a entendu parler de ça, ou connaît quelqu'un qui en a entendu parler. La prostate c'est un bon moyen pour parler des troubles de l'érection ou quand ils sont fatigués : on les examine, il n'y a rien, bon...

C : Ils sont fatigués d'où ça?

Dr R : Voilà, c'est ça, fatigué c'est un mot qu'il faut répéter.

C : Et les personnes âgées, est-ce difficile de leur parler de sexualité? Il y a parfois un peu de tabou...

Dr R : C'est vrai, mais ceux qui sont demandeurs, parfois c'est la plainte des femmes et les hommes disent : non moi je n'ai pas de problème, je suis bien comme ça, je ne veux pas de traitement, je ne veux pas aller voir qui que ce soit, les prises de sang je veux bien mais pas plus... Il y a des hommes, c'est vrai qu'ils ne veulent pas, c'est difficile. Après on peut les tenir un peu sur le plan cardiologique, voir si vraiment de ce côté-là ça ne va pas, vous pouvez parfois prescrire et vous ne les revoyez pas. Si ce n'est pas vraiment une plainte que eux ils ont, vous ne les revoyez pas.

C : Et les adolescents? Ce n'est pas forcément facile... Quand ils commencent juste leur sexualité...

Dr R : Si, ça va quand même, ça va, j'ai des bons rapports avec les adolescents, je n'ai pas de problèmes.

C : J'ai vu des médecins que les adolescents bloquaient pas mal...

Dr R : Non, moi j'en profite, les adolescents je les vois avec leur carnet de santé, je leur en parle quand je fais les certificats pour le sport...

C : Le gardasil®? Ça a peut-être permis d'aborder...

Dr R : Oui voilà, le gardasil, c'est bien pour ça. Mais quand vous leur parlez de sexualité et qu'il y a la maman, parfois elles tiquent un petit peu. Mais bon si on en parle tout doucement... Il y en a qui refusent « mais

non ça ne concerne pas ma fille », bon, c'est quand même des mineures donc on en parlera plus tard.

Quand vous aurez 18 ans vous reviendrez.

Dr R : Vous disiez tout à l'heure que pour les homosexuels, ce n'est pas forcément facile de poser la question, parfois on s'en doute, mais...

Dr R : Oui cela n'est pas évident. Moins maintenant quand même. J'avais plus de difficultés avant. Après il y a des gens qui ne sont pas demandeurs, ils n'ont pas envie, c'est une chasse gardée, on comprend vite.

C : Oui mais c'est vrai que c'est une population où il faudrait peut-être leur proposer des tests plus souvent...

Dr R : Oui, mais en général ils connaissent, et franchement ce ne sont pas les plus mal soignés. Ce sont des gens qui font attention à leur corps. Globalement, eux ils viennent pour les bilans, par contre.....

C : Oui et non, il y avait des études sur la population gay à Paris et finalement ce sont des chiffres de contaminations très importants, avec une incidence très élevée, j'ai lu un chiffre de 20%... comme dans certains pays africains. Il y a un relâchement très important de la prévention dans les pratiques sexuelles. Il y a une explosion de la syphilis et du VIH.

Dr R : Des syphilis j'en ai, mon patient VIH justement il a eu une syphilis.

C : Oui on se dit que la population homosexuelle est bien renseignée, on parle de ça plus facilement dans le milieu gay, et finalement ils se contaminent beaucoup...

Dr R : C'est vrai que je leur dis qu'il faudrait faire un petit bilan de temps en temps, et c'est variable, on ne sait pas très bien... Il faudrait qu'on ait des recommandations plus précises sur ces populations pour que l'on n'ait l'impression de faire n'importe quoi. Alors ça dépend, mais je vais dire en général une fois tous les 2 ans s'il n'y a rien. Après s'il y a une petite glycémie limite ou le cholestérol...c'est vrai que je fais le VIH facilement, ça fait partie du bilan de base.

C : Parfait, c'est très intéressant. C'est vrai qu'en rencontrant beaucoup de médecins on se rend compte que chacun est très différent et a des pratiques médicales assez variées...

Dr R : C'est vrai que je le prescris beaucoup. Après, d'un point de vue économique, ce n'est peut-être pas... Je vois bien quand on reçoit nos pratiques par la sécu, je vois que je fais beaucoup de bilans, je dois être dans les 4 étoiles. Autant pour le reste il n'y a pas de problème, tout ce qui est bons de transport, je n'en prescris pas trop, ils y vont en taxi, sauf s'ils sont vraiment très malades. Ou encore les arrêts de travail, je n'ai pas de problème, mais en prescription de bilan, j'ai 4 croix, je suis très mal noté. Mais si on me demande de m'expliquer là-dessus, j'ai des arguments. Pour l'instant on ne m'a rien demandé.

C : Parfait et pour conclure, j'ai l'impression que vous faites beaucoup de prévention, et la place du médecin généraliste dans le dépistage VIH et la sexualité?

Dr R : Oui il est là pour la prévention et un peu de curatif quand même, mais globalement je pense que la mission du médecin, elle est là en premier.

C : Pour le VIH, l'HAS voulait se reposer sur les médecins généralistes.

Dr R : Oui ce sont les bonnes personnes, nous on est auprès des gens très très vite et ils ont confiance en nous globalement, la plupart.

C : Et puis on voit des gens qui ne sont pas malades, qui viennent pour des certificats de sport, des vaccins...

Dr R : Oui exactement ou pour le travail, le jour où ils ont besoin d'un certificat comme quoi ils sont aptes à travailler, là c'est le moment où l'on vérifie tout, les vaccins... On essaye de les attraper à ce moment-là. Ils font tous du sport, donc on les attrape...

C : Merci beaucoup.

N°11 : le 14/01/2011

Dr Natacha

Saint-Denis 93

Contexte : Il s'agit de l'associée du Dr Seccotine qui m'avait proposé l'entretien. 30 minutes d'attente, me reçoit dans son cabinet en rez-de-chaussée, ouvre la porte sur une cour et enchaîne les cigarettes pendant l'heure d'entretien (41:37), très sympa, un peu débordée par sa trop grande activité.

C : Pour faire connaissance, si vous pouviez vous présenter professionnellement, depuis combien de temps êtes-vous installée ici..?

Dr N : C'est la 11^{ème} année, avant j'ai fait des remplacements pendant.... j'ai commencé en 1988. Comme j'étais maman, je ne voulais pas m'installer, j'étais persuadée que c'était plus fatiguant d'être installée que d'être remplaçante, chose qui n'est pas vraiment vraie si on arrive à organiser son emploi du temps. Maintenant oui mais au début non. C'est moins fatiguant d'avoir ses patients, toujours les mêmes, qu'on connaît, ne pas changer d'endroit tout le temps, ne pas être perdue...

Donc en tant que médecin installée c'est la onzième année. Juillet 2001, non, en juillet 2000 j'ai commencé.

C : Et Saint Denis, il y avait une raison particulière?

Dr N : Oui, moi je suis très 9-3.

C : Vous êtes née ici ?

Dr N : Non, je suis née à Meaux, mais j'ai grandi dans le 93, à Blanc Mesnil, dans les HLM, donc je voulais être docteur pour soigner les gens dans les HLM. Donc je suis revenue ici, j'ai tourné dans la banlieue sud, en province parce qu'il y a eu un moment où j'ai eu envie de partir à la campagne. Donc j'ai été dans l'Oise, c'était funeste, la France profonde vraiment je ne supporte pas, pas habituée aux regards, aux gens qui vous yeulent, alors vous êtes le docteur, alors comment elle s'est habillée, qu'est-ce qu'elle achète au magasin, enfin c'était insupportable et puis finalement des gens assez fermés, solitaires, jugeant, pas très cultivés... Alors que là je suis dans l'ambiance, celle que je connais, c'est coloré, c'est joli... Je ne subis pas le 93, c'était un choix et une opportunité : un remplacement d'un médecin malade. Ils étaient 2 médecins, il y en avait un qui travaillait une fois par semaine parce qu'il faisait une spécialité de phlébologie, Il avait raréfié sa présence en médecine générale, avant de ne rester que phlébologue

et son collègue étant souffrant, en fait c'était 4 jours par semaine de remplacement et puis voilà. Donc j'ai repris, l'autre est parti, et je suis restée. Le Dr Seccotine est arrivée après...

C : Donc vous avez été deux assez rapidement.

Dr R : Cela faisait 4 ans, je ne sais pas depuis combien de temps elle est là, le temps passe vite, ça doit bien faire 5-6 ans, donc oui, j'ai dû faire 4 ans toute seule et très rapidement c'est ingérable. Ici il y a trop de patients et puis la solitude.... ce qui est bien c'est d'échanger.

C : Et puis s'il y en a une qui part en vacances, vous pouvez vous aider...

Dr N : Ce n'est plus possible ça, il y a trop de monde pour qu'il n'y en ait qu'une. On l'a fait à Noël là mais on s'est dit qu'on ne le referait pas. Moi j'ai pris la semaine de Noël, elle était toute seule et ça a été l'enfer, et moi la semaine du premier janvier toute seule avec des urgences... Il faut que l'on ait une remplaçante, maintenant on ne peut plus se remplacer... On croyait travailler sur la même clientèle, c'était le projet, et en fait non...

C : Votre patientèle justement est plutôt familiale, migrants...

Dr N : C'est panaché, assez local, c'est Saint Denis. Il y a quelques perdus, mais c'est quand même sectoriel et puis c'est panaché, il y a des familles....

C : Beaucoup de pédiatrie?

Dr N : Pas beaucoup, le Dr Seccotine fait plus de pédiatrie que moi. Moi au début j'avais très peur, maintenant j'en fais un peu plus. Mais j'ai beaucoup de patientes qui sont suivies à la PMI parce qu'on n'y paye pas la consultation, donc du coup on voit leur petit quand ils ont une rhino, mais de vrai suivi, il faut déjà une certaine aisance de la famille, et en proportion c'est quoi...1/3.

C : Justement la proportion de patients qui ont la CMU ou l'aide médicale d'état, vous avez une idée?

Dr N : Alors Aide Médicale d'État je dirai 20%, CMU plus... Les 2 ça doit faire du 50%, à peu près, mais peut être que j'exagère un peu, c'est peut-être 40% seulement, avec plus de CMU que d'aide médicale. L'aide médicale on n'en a pas tant que ça, mais aujourd'hui j'en ai vu 4. Donc 4 dans la matinée, j'ai déjà vu 22 personnes, finalement en proportion c'est moins, donc ce n'est pas si écrasant que ça. De toute façon on est payé, ça fonctionne bien.

C : Et à peu près combien de consultations par jour avez-vous ?

Dr N : Depuis le début de l'année c'est l'horreur, j'ai l'impression d'être à mon maximum : il y en a eu 50 lundi, 48 mardi, 48, 47, 44, 46, 48, je dirais entre 40 et 50, oui ça tourne autour de 45, avant c'était moins.

C : Et là, c'est plutôt la période épidémique ou c'est toujours comme ça?

Dr N : Oui je pense, et la patientèle ça grossit par vague, et puis il y a un cabinet qui vient de fermer. Donc je pense qu'on récolte plein de patients qui sont sans docteur.

C : Cela fait des consultations entre 10 min et un quart d'heure?

Dr N : Oui c'est ça, parfois plus, donc il y en a des plus courtes. En gros j'arrive au cabinet à 9h moins le quart, hier je suis repartie il était 9h et demie du soir pour voir 48 personnes et je ne me suis pas arrêtée pour déjeuner. Aujourd'hui c'est le luxe, j'ai pris 10 minutes pour manger et là on discute c'est le luxe. Donc c'est 10-15 minutes, mais il y a des consultations qui durent plus, donc il faut pouvoir panacher, maintenant qu'on a un secrétariat ça va être possible, plus possible disons.

C : Et vous avez fait vos études de médecine à Paris?

Dr N : A Lariboisière.

C : Et vos dossiers sont-ils informatisés? Moitié papier?

Dr N : Moi je suis 70% non informatisée, parce que je ne sais pas taper à la machine et j'ai l'impression que je ne vois rien sur l'informatique, je ne sais pas. Le Dr Seccotine, elle, ne travaille que sur l'informatique. Moi, les dossiers à problèmes il faut que je les passe en papier sinon je n'arrive pas à réfléchir. Je pense que c'est l'âge.....

C : Aussi le fait d'écrire.

Dr N : Je m'y retrouve mieux quand j'écris. ça n'est pas que j'écris plus, mais c'est la façon dont j'ai noté, ça sort plus spontanément, donc j'ai plus d'informations dans les notes que j'ai prises que sur l'informatique. Par contre je suis convaincue que l'informatique c'est bien, que ça range. Je commence à être enlevée, mais bon, je vais subir jusqu'à ce qu'il y ait un crayon qui écrive directement....

C : Est-ce que vous faites un peu de gynéco de ville, des frottis?

Dr N : Alors non, frottis non, mais en gynéco je retire des stérilets. Comme je n'ai pas de table gynéco, il faut que le stérilet soit sympa, que ça se voie, que ça soit simple. Je n'ai pas de lumière donc j'éclaire à l'otoscope. Il faut qu'elles viennent en disant : il faut le retirer, j'ai mal... Sinon je fais le toucher vaginal pour voir s'il y a leucorrhée ou pas, mais pas de vrai examen précis du col, parce que je n'ai pas de bon éclairage. Donc vraiment réduite au strict minimum la gynéco.

C : Et d'un point de vue prévention, vous vérifiez beaucoup les mammo, les vaccins...

Dr N : Oui il faut marteler.

C : Donc importante activité de prévention.

Dr N : J'essaye, alors parfois ça passe à l'as, s'il viennent pour autre chose, malheureusement on n'a pas assez de vraies consultations où il n'y a rien où on fait le point. Du coup comme c'est court... Enfin si, je regarde vaccination et prévention, oui j'ai l'impression que je le fais.

C : Tout ce qui est hémocult, psa, mammo...

Dr N : D'après les analyses de la sécu, je fais trop, enfin beaucoup de kiné et de labo. Je suis très labo, je fais beaucoup d'analyses. Par exemple les diabétiques ils ont 4 hémoglobines glyquées par an, sinon je les tanne. Ça me rassure, ça rend un peu scientifique.

C : Donc pour entrer dans le vif du sujet, vous avez commencé à travailler en 1988, c'était en plein dans la période de l'émergence du sida, est-ce que ça a eu un impact sur votre manière de travailler, sur les patients que vous avez pu rencontrer à cette époque-là...?

Dr N : Moi, j'ai fait un stage à l'Institut Pasteur à ce moment-là, donc j'ai été dedans... J'ai été très traumati-

sée par la jeunesse des patients, par leur état de cachexie et par l'absence complète de solutions au départ. Mais à l'époque je n'étais pas prescripteur donc sur ma pratique, non, mais j'étais consciente du problème. Donc après, du dépistage oui, systématique, facile, mais par contre en ville je n'en ai pratiquement suivi aucun.

C : Et là vous en suivez quelques-uns ?

Dr N : 5 patients qui sont pris en charge en maladies infectieuses.

C : Suivis à Delafontaine?

Dr N : Delafontaine ou Bobigny à Avicenne.

C : Et ça se passe bien avec les équipes hospitalières, vous avez un bon retour?

Dr N : Oui on a des courriers réguliers. C'est toujours un peu stressant, parce qu'ils ne sont pas capables de nous citer leur traitement, s'ils ont changé ou pas. Les 5 ce sont des africains, donc c'est terrible pour eux, c'est plein de non-dit, de secrets, parce que c'est infamant. C'est une maladie infamante.

C : Oui et c'est toujours compliqué, si la femme est au pays, pas au courant...

Dr N : Moi j'ai eu au moins trois personnes dépistées qui ne sont jamais revenues.

C : C'était vous qui les aviez dépistées ?

Dr N : Oui. Et qu'est-ce que j'ai fait, rien, parce que pas de coordonnées, donc rien...

C : Souvent ils disparaissent et reviennent plus tard...

Dr N : Moi je ne les ai pas vus pour l'annonce. Pour l'annonce de sérologie positive en ville, je n'ai aucune expérience et j'avoue que c'est bien. Car rien que les annonces d'hépatite B ce n'est pas simple. J'ai fait des annonces, parce que j'ai fait des consultations d'annonce de sérologie positive à Pasteur.

C : Ce n'était pas la même époque non plus et n'avait pas les mêmes conséquences.

Dr N : Non ça n'était pas vécu pareil.

C : Maintenant on peut donner plus d'espoir.

Dr N : Oui voilà, mais ce n'est pas quelque chose qui est très présent dans mon exercice franchement.

C : Et les tests de dépistage, vous les faites en quelles occasions, chez les africains, les migrants qui viennent d'arriver...?

Dr N : Quasiment systématiquement : hépatite B hépatite C et VIH.

C : Et ça se passe bien, les patients ne refusent pas?

Dr N : Je ne leur précise pas vraiment, ils sont demandeur de soins en général, ils arrivent avec leur première aide médicale, faire un bilan c'est bien, on s'occupe d'eux, ils ont du mal à comprendre, on ne détaille pas ce qu'on demande. Pourtant je suis du genre à donner des explications, mais là pas vraiment, je ne pointe pas, je ne dis pas on fait ça on fait ça on fait ça. On en a plein, plein de porteurs de l'hépatite B, une énorme proportion.

C : Et des bilans comme ça vous en faites à peu près combien par mois?

Dr N : Alors là je ne peux pas vous dire. Ils en ont tous un à moyen terme ou à court terme quand je les connais. Après je suis certainement moins... Enfin je ne revérifie pas.

C : Oui, il y en a beaucoup qui se contaminent ici aussi...

Dr N : C'est peut-être moins systématique, je ne peux pas vous donner de fréquence, tous les 2 ans ou quoi, je ne sais pas. Pas sûr que ce soit très assidu.

C : Oui et pour eux, une fois qu'on l'a fait...

Dr N : On a aussi une population particulière qui vit seule, alors il doit sûrement y avoir des consommateurs de... sexe précaire, mais pas tant que ça finalement, alors c'est très subjectif... Ils sont beaucoup dans la solitude, alors ils repartent au pays, et c'est vrai que s'il y a eu un séjour de 6 mois ou de 3-4 mois on peut refaire des bilans mais c'est vrai que...

C : Ceux qui partent juste l'été, on n'y pense pas forcément.

Dr N : Voilà, ce n'est pas sûr que je fasse systématiquement, s'il n'y a pas de pathologie ou de signes d'appel, le dépistage ce n'est pas sûr.

C : Et en dehors des migrants, est-ce que vous avez un portrait-robot des gens que vous ciblez plus facilement pour le dépistage VIH?

Dr N : J'élargis au maximum, je ne cible plus. J'ai un jeune prof là que j'ai vu ce matin. Il venait pour un VIH, il avait un doute parce qu'il avait eu un accident, donc j'ai fait un bilan de MST et il avait une syphilis véritablement ancienne, puisqu'il n'y avait plus de lésion, il n'y avait rien. Comme, soit disant, son rapport il était là, immédiat, donc je pense qu'il y avait un souci de longue date qu'il venait enfin poser sur le tapis et vraiment il n'avait pas le profil d'avoir la syphilis.

C : ça, on ne peut jamais savoir...

Dr N : C'est pareil pour le sida, je le propose à toutes les grossesses, systématiquement. On n'a plus de consultation pré-nuptiale ce qui est dommage, mais tous les gens à qui je fais un dépistage cholestérol sont volontaires souvent, alors je demande. Je ne force pas mais je pose la question, s'ils ne sont pas migrants je pose la question, s'ils le sont je ne la pose pas. Je fais un peu de discrimination en passant... rires...

C : C'est normal... Et avez-vous une population homosexuelle importante dans votre patientèle?

Dr N : Présente, importante je ne saurais pas dire.

C : Ceux-là, font-ils plus de tests?

Dr N : Non, ils n'en font pas plus. Nous on a tendance à demander plus, mais je ne peux pas généraliser. Il y a même des patients pour lesquels je n'ose pas demander, alors je suis emberlificotée, on se dit peut-être mais... C'est curieux, parfois c'est pas forcément...ou alors il faut que ça sorte direct dans l'interrogatoire du début, mais quand on les connaît, que le dossier a été fait et que ça n'a pas été demandé, pour revenir la dessus.... Non je ne sais pas, s'ils sont plus ou pas demandeurs. Moi j'ai des patients qui sont demandeur, d'une façon obsessionnelle.

C : En général, ce n'est pas forcément ceux qui sont le plus à risque....

Dr N : Des demandes spontanées, il n'y en a pas beaucoup, en général ce sont toujours les mêmes, donc on se dit : bon, faut qu'ils arrêtent, sinon c'est l'accident. Ou alors un couple où il y a eu un rapport extra-conjugal... Et toutes les autres MST sont occultées, vous avez vu ? La seule qui peut éventuellement exis-

ter pour eux c'est le VIH. Jamais il n'y a une demande : « j'ai eu un rapport... j'ai pas un risque d'attraper quelque chose? ».

C : L'hépatite B?

Dr N : Alors là, non, ça ne les effleure pas, il n'y a pas de connaissance.

C : On a l'impression que la population était très informée dans les années 90-2000, le VIH étant très présent. Avec la trithérapie c'est moins ressenti maintenant, je ne sais pas si vous avez constaté cela ?

Dr N : Non, moi je n'ai pas cette impression, ça reste là, il n'y a plus le stress immédiat mais c'est présent.

C : Si je vous pose toutes ces questions, c'est qu'il y a un an, l'HAS a publié de nouvelles recommandations : il y aurait environ 40 000 personnes qui vivraient avec le VIH sans le savoir, on en a pas mal reparlé à la journée du premier décembre, et ils proposaient un dépistage systématique général de la population fait par les médecins généralistes, mais ils ne précisaient ni tous les combien ni les tranches d'âge... Vous voyez les choses comment, concrètement, dans votre cabinet? Qui dépister?

Dr N : Moi, je n'ai rien changé.

C : Et vous en avez entendu parler ?

Dr N : Oui, j'en ai entendu parler. Moi je trouve que ce serait très bien mais je pense que cela ne devrait pas se passer au cabinet du médecin généraliste. Ce devrait être quelque chose qui est remboursé, on devrait recevoir un bon pour le dépistage et voilà.

C : Comme pour le vaccin de la grippe ou l'hémocult...

Dr N : Oui voilà : aller faire le dépistage où on veut et que l'on ne soit pas obligé forcément d'y mêler son généraliste, même si c'est dommage pour l'espoir d'avoir une relation suffisamment tranquille. Mais justement, quand vous êtes le médecin de la famille c'est problématique. Et puis il y en a qui ont des rapports avec vous très particuliers, pour lesquels vous découvrez qu'ils sont suivis ailleurs pour autre chose mais qu'ils ne vous en ont jamais parlé. Vous ne savez pas pourquoi ils ont arrangé cela ainsi. Je pense que ce serait mieux que ce soit fait de manière...

C : Organisée par la sécurité sociale?

Dr N : Comme pour les dépistages hémocult, c'est nous qui recevons, d'ailleurs c'est très lourd parce que comme à l'école, parler du caca, il y en a qui deviennent tout rouges, il y en a qui deviennent blêmes, faut toucher son caca, oh mon dieu, on touche à des tabous.. Faut pas croire, du coup ils sont tellement mal à l'aise qu'ils ne vous écoutent pas. Donc au début il y avait plein de tests échoués. Maintenant je montre vraiment parce que les mots ne suffisent pas, c'était un peu lourd tout ça. Donc moi je pense qu'il faudrait que ce soit fait systématiquement, nominatif, que l'on pointe ceux qui ne l'ont pas fait, qu'on fasse des relances....

C : Et s'ils reçoivent une convocation pour faire le test, qui est-ce qui annonce le résultat si ce n'est pas le généraliste...

Dr N : Une structure créée pour cela, avec une vraie formation. Je pense qu'il y a plein de médecins qui ne sont pas à la hauteur pour, et moi je ne sais pas si je le serais....

C : C'est vrai qu'il faut connaître un peu les nouveaux traitements, où l'on en est....

Dr N : On n'est pas suffisamment formé sur les perspectives, certes on les connaît, on est dans l'abord et tout mais on peut les recevoir après, après que ça a été annoncé. Et c'est beaucoup plus rassurant d'être pris en charge par quelqu'un de spécialisé d'emblée et d'aller voir son médecin s'il y a des choses qu'on n'a pas comprises, pour poser des questions. Donc il faut se donner les moyens de la prévention qu'on veut faire. S'ils veulent faire il est nécessaire qu'il y ait des équipes qui reçoivent les résultats et qui convoquent les gens. Où bien qu'il y ait une consultation, mais ça va être monstrueux à organiser, et s'il n'y a que les positifs qui sont convoqués cela va vite se savoir. Donc, une infirmière qui convoque tout le monde et qui oriente, et vous voyez ou pas le médecin... Ce sera compliqué dans la salle d'attente... De toute façon c'est une annonce qui a besoin d'être entourée.

C : Sinon ils disparaissent...

Dr N : Et puis nous on n'a pas le temps d'y consacrer une heure. On ne va pas dire aux gens : allez hop, vous voyez qu'il y a plein de monde dans la salle d'attente... Non, je ne sais pas....

C : Avez-vous entendu parler des nouveaux tests de dépistage rapide pour le VIH ? Ils sont maintenant autorisés pour les médecins généralistes depuis novembre dernier. Ce sont des tests rapides comme un dextro : une goutte de sang et c'est fait en moins d'une minute, plus rapide que le strepta test. Évalué dans les services d'urgence il est maintenant proposé aux médecins généralistes mais je ne sais pas si vous en avez entendu parler ?

Dr N : Non, moi je trouve ça fou. Déjà il faut qu'il y ait zéro faux positif, c'est à dire qu'on ait une certitude, et si on n'a pas de certitude c'est impossible. Vous ne pouvez pas faire vivre pendant 3 heures à quelqu'un une séropositivité, ce n'est pas possible. J'imagine comment je vivrais une séropositivité, c'est un traumatisme vrai, même en mobilisant tout ce qu'on peut pour assumer. Et puis dans le doute quelle est la situation? Le viol ? De toute façon il n'y a pas une séroconversion tout de suite.

C : Non, non.... c'est un test qui.... *(je ne peux pas parler...)*

Dr N : Ou alors ça pourrait être intéressant dans un centre de consommation de drogues, quelque chose comme ça, oui, pour remobiliser les gens.

C : ça pourrait permettre d'attraper les gens qui ne vont pas faire la prise de sang...?

Dr N : Oui, si vous avez vraiment des gens dans une grande précarité ou en un lieu où ils ne peuvent pas aller dans un laboratoire, mais pas dans un cabinet de médecin généraliste, moi ça ne me paraît pas gérable.

C : C'est vrai qu'on en a beaucoup parlé, puis plus rien et là, on ne sait pas très bien.

Dr N : C'est trop grave de conséquences, on ne peut pas faire du dépistage comme ça.

C : Oui et puis ce sont des tests de dépistage, donc ils privilégient le fait qu'il n'y aura pas de faux négatifs.

Dr N : Donc il y aura des faux positifs et ça, ce n'est pas possible. Quand je vois les ravages de l'HT21, c'est

terrible. Moi j'ai au moins trois jeunes mamans qui ont vécu un enfer, dont notamment une dame qui habite juste à côté. J'ai été tous les jours à sa boîte aux lettres au mois d'août pour vérifier le courrier car elle était partie à l'étranger. Elle a passé des vacances horribles, tout ça pour que bien sûr ce soit négatif. Elle a eu son amniocentèse, ils ont failli renoncer à leurs vacances, enfin ça a été très très lourd.

C : C'est pour de telles raisons que cela se discute...

Dr N : Oui.

C : C'est vrai que parfois on ne sait pas où s'arrêter...

Dr N : Oui, moi déjà l'HT21...

C : Dans certaines conditions, peut-être?

Dr N : Oui mais ne pas généraliser, remonter l'âge s'il faut, mais... Moi, de toute façon, j'ai deux exemples d'amies qui ont des enfants trisomiques et qui ne sont pas malheureuses, je suis désolée. Certes tout le monde n'a pas les mêmes moyens, moyens psychologiques ou même matériels d'assumer, mais on ne sait pas à l'avance. Il y a des gens qui développent des trésors d'adaptation à des situations et ce ne sont pas des enfants qui méritent qu'on les élimine de la surface de la terre, comme si c'était monstrueux. Il faut trouver des solutions pour les intégrer, pour pallier le handicap... Essayer de supprimer, il y a quelque chose de choquant. Alors autant les tubes neurales, les spina bifida dramatiques... Mais la trisomie ça a quelque chose de terrible, de monstrueux, donc on n'aide pas ceux qui sont nés comme ça et puis on culpabilise les gens : « comment vous avez eu un enfant trisomique mais vous avez fait comment? ». Je ne sais pas, mais je trouve que cela a quelque chose de malsain. Et moi, maman, je ne suis pas sûre que je l'aurais fait le test...

C : C'est vrai qu'il est fait de manière très systématique...

Dr N : Mais pas assez expliqué. Moi, au début, je faisais tout un discours mais maintenant c'est : vous emporterez l'imprimé, vous signerez là en revanche, je leur bourre la tête en leur disant alors si c'est positif, vous n'en tenez pas compte, vous n'en tenez pas compte, mais bon.

C : Pour revenir un peu sur le VIH, tout à l'heure on disait que forcément on discrimine un peu certaines populations à risque. Avez-vous l'impression que c'est très discriminant, qu'il est difficile d'en parler avec certaines populations? Justement avec les africains qui ont un rapport à cette maladie un peu tabou.

Dr N : Oui avec les africains c'est très difficile.

C : Est-ce que c'est un tabou encore pour certaines familles?

Dr N : Oui.

C : Et le fait d'être le médecin de toute la famille, la femme, les enfants, l'homme, est-ce que ça complique un peu les choses?

Dr N : Justement on fait partie de la famille.

C : Tout à fait, du coup ça peut être compliqué, la sexualité... Est-ce que vous avez des situations qui vous reviennent à l'esprit où c'était difficile?

Dr N : Pas vis à vis du VIH qui n'est pas très présent dans la pratique quotidienne. Mais j'ai des situations compliquées avec l'impuissance par exemple. J'ai des patients qui ne m'en parlent pas à moi.

C : C'est la femme qui vient en parler...

Dr N : C'est la femme qui en parle et qui n'arrive pas à l'aborder. Au début je me disais c'est parce que c'est des hommes, alors je les envoyais à l'urologue, mais voilà, c'est très compliqué, c'est pas simple, c'est tabou, la sexualité c'est compliqué.

C : Est-ce que ce phénomène évolue. Du fait de votre expérience c'est peut-être plus facile d'en parler maintenant?

Dr N : Oui sans doute c'est plus facile, mais...

C : C'est quelque chose qui est présent dans vos consultations?

Dr N : Pas assez, encore une fois, c'est un sujet pas assez abordé, on demande si les gens fument, on ne leur demande pas s'ils ont une vie sexuelle épanouie, ça ne fait pas partie des questions systématiques, ça devrait. C'est ainsi qu'on lève les problèmes et ça ne va pas s'arranger car on a de moins en moins de temps. C'est-à-dire qu'au début quand je me suis installée, je menais des réflexions régulières sur comment construire mon dossier, quoi demander et tout, maintenant c'est une question que je ne me pose plus. J'ai des réflexes et le but est d'arriver à faire un minimum d'examen. Parce que j'ai plein de patients qui viennent, on en parlait encore avec le docteur Seccotine il y a 10 minutes, et qui veulent changer de médecin parce que c'est la première fois qu'on les examine et que vous leur avez fait ouvrir la bouche et passé le stétho sous le pull. Vous vous dites que vous faites vraiment... Et ils veulent changer parce que là ils ont été examinés! Donc vous vous dites que dans la pratique courante il y a déjà des médecins qui sont tellement débordés qu'ils ne font plus du tout d'examen clinique, du tout quoi... La prise de tension, on n'en parle pas. Et donc on va où comme ça? Moi au début je passais presque trois quart d'heure avec les patients, j'avais le temps, et puis il y a matière à rester $\frac{3}{4}$ d'heure, une heure avec les gens et que c'est une peau de chagrin, ça n'est pas que vous êtes ni moins bon, ni meilleur, vous répondez à la demande qui vous comprime et vous avez plus ou moins l'aptitude à dire non et repousser la pression. Si vous n'y parvenez pas, vous arrivez comme ça, vous voyez 50 personnes, vous n'avez pas le temps de parler de sexualité, à la consultation du post partum mais comment ça va avec votre mari? Vous avez eu de nouveau des relations sexuelles? Vous n'avez plus le temps. Du coup ça ne va pas aller en s'arrangeant.

C : Sauf s'ils viennent pour ça?

Dr N : Sauf s'ils viennent pour ça, mais cela signifie qu'il y a déjà un vrai problème et qu'il n'y a pas à poser les choses un peu pour que ça s'arrange. Ce n'est pas du tout préventif. Donc je n'ai pas très bon espoir sur la marge qu'on va avoir, la place pour le dépistage, la place pour le débat. Et c'est pour ça que quand vous avez quelqu'un qui s'assoit là et qui fond en larmes et qui dit « je craque », vous vous dites comment je vais faire ? Parce que là il vous faut une demi-heure au moins pour une première consultation. Je vous revois dans 4 jours, je vous arrête et on se revoit dans 4 jours. C'est comme ça qu'on s'en sort, en mettant plusieurs consultations, parce que sinon vous ne pouvez pas, il n'y a rien qui peut sortir. Et ce n'est pas l'envie qui

manque, c'est réellement la pression. Et jamais quand je me suis installée tu m'aurais dit je vais voir 48 patients par jour, j'aurais dit mais ça n'est pas possible et bien voilà, ça n'est pas un choix, c'est comme ça. Alors après vous avez aussi le choix de dire ce n'est pas possible. C'est le choix du Dr Seccotine pour l'instant parce que je suis là, et que j'éponge, et que je reste jusque tard. Là par exemple elle va finir à 17h20, c'est bien, elle a deux petits bouts, je trouve ça très bien, mais parce que moi je suis là jusqu'à 20h30. Donc ça va tenir un temps et ça va déborder aussi, après vous dites non aux gens. Moi, déjà en médecine, quand je me suis installée, j'ai eu la culture du médecin qui doit être là, qui doit répondre, qui ne doit pas dire non aux visites, qui, s'il ne peut pas, adresse à un confrère. On ne fermait pas les cabinets médicaux... Et je me suis installée, et les médecins m'ont dit : tu pars en vacances mais ne t'inquiète pas tu fermes... Cela me paraissait... La permanence des soins ça n'existe pas, on ferme le cabinet, ceux qui ne trouvent pas de remplaçant il y en a plein, cric crac il n'y a personne. Du coup vous voyez débarquer des gens. Du coup on dit non, moi je ferai comme les autres, je ne peux pas dormir là. 50 ça n'est pas possible et encore c'est possible parce que c'est des gripes, des rhino... Sinon c'est impossible. 50 renouvellements de traitement ça n'est pas possible. Vous voyez les gens tous les 3 mois et vous les voyez 10 minutes mais c'est une aberration.

C : C'est trop frustrant.

Dr N : Oui et puis ça n'a plus aucun sens, vous êtes là dans un contact avec des gens, vous n'êtes pas dans un effeuillage de comprimés.

C : Oui juste refaire l'ordonnance... C'est un peu triste.

Dr N : Tout à fait.

C : Et juste sur la sexualité ici, par exemple chez les adolescents, c'est quelque chose qui sort facilement? J'ai plusieurs médecins qui m'ont dit que parler sexualité avec les ados n'était pas évident...

Dr N : Alors souvent on en parle soit trop tôt, soit trop tard. Finalement, on se dit qu'on aurait dû en parler parce qu'il y a une IVG, la maman n'est pas au courant, vlan, et on se dit ah bon cette gamine-là, elle avait l'air tellement petite. Et si on en parle trop tôt, la maman est effarée et la gamine elle vous regarde avec des yeux, en se disant mais... Bon c'est assez délicat. Par contre il y a quand même quelques consultations où les mamans viennent avec leur fille, mais c'est plutôt réservé au gynéco.

C : Le gardasil[®], par exemple, ça a pu...

Dr N : Moi je fais du forcing, je commence à 11 ans, quand on les voit encore, parce qu'on ne les voit pas les ados. On en parle, mais on en fait pas beaucoup de gardasil[®]... Il fait mal, elles sont à deux doigts de se trouver mal les gamines, c'est un vrai frein, parce qu'entre elles : « oh elle m'a fait mal » et l'autre je ne veux pas avoir mal et... Bon ce sont les parents, mais la campagne qu'il y a eu, ça n'a pas eu un gros impact.

C : Et les personnes âgées?

Dr N : La sexualité chez les personnes âgées? Alors là c'est nient, rien, zéro.

C : C'est un tabou souvent...

Dr N : Oui, c'est même pas... et puis on a tellement de choses à faire, que ça n'est même pas le problème. Je vous le dis tout à fait honnêtement, c'est rien. Non, alors par les PSA, la prostate, on parle un peu des urines tout ça et on parle de la sexualité parce qu'après l'intervention il y a panne... Voilà. Moi j'ai 2-3 patients qui ne parlent pas du tout de la dimension émotive, affective, du retentissement, de la douleur que ça peut générer chez eux, non non, c'est juste technique, ça ne marche pas, et c'est dit à plat...

C : Et les femmes au moment de la ménopause?

Dr N : Pas beaucoup, alors ça peut arriver mais c'est pas fréquent. L'épanouissement sexuel c'est pas une chose... une revendication.

C : Dans le même domaine, on avait retrouvé une petite étude sur 80 patients hommes qui disait qu'ils étaient 97% à souhaiter parler sexualité avec leur médecin généraliste et, finalement, il n'y en avait que 19% qui osaient le faire. Ils disaient que c'était au médecin généraliste d'aborder le sujet en premier parce que eux ils n'osaient pas en parler.

Dr N : Alors ça je veux bien le croire.

C : C'est vrai que les chiffres sont bons..... Mais l'idée est intéressante et parfois les médecins disent : cela ne me regarde pas, je ne veux pas leur en parler s'ils ne m'en parlent pas.

Dr N : Non, moi je ne dis pas cela mais je ne me lance pas souvent.

C : Il est vrai que cela prend du temps.

Dr N : Je pense que d'abord il faudrait que j'ai une formation derrière, parce que si vous tombez sur des drames, vous allez répondre quoi? Et je n'ai même pas d'intervenant, si on avait un réseau qui prendrait en charge, je pourrais déléguer, je ne pourrais pas prendre en charge ou très peu de choses : les petites choses courantes mais c'est tout. Aller creuser, chercher des choses si vous n'avez pas de réponse ni à offrir ailleurs ni à offrir tout de suite, vous n'y allez pas.

C : L'urologue ou une gynéco qui travaillent un peu plus sur la sexualité, peut-être?

Dr N : Oui voilà, mais il faudrait que je les connaisse et qu'ils existent. Moi je ne suis pas contre, ceci ne me poserait pas de problème de l'aborder, ni de réfléchir à la façon de l'aborder, mais il faudrait que derrière j'ai déjà prévu des réponses et des choses.

C : Pour pouvoir orienter les patients notamment.

Dr N : Donner des réponses, et bien s'il y a ça... Parce qu'on a un vrai problème de relais de gynéco dans le coin, il n'y en a pas, donc du coup on ne sait pas où les envoyer, donc pff.....

C : Et à l'hôpital ils n'ont pas le temps... Mais c'est vrai que ça n'est pas évident. On se dit : la médecine générale est bien placée pour aborder la sexualité, elle connaît bien ses patients, elle pourrait peut-être un petit peu agir, mais....

Dr N : C'est vrai. Et puis on manque de temps, on manque de remise en question, pourquoï ne ferait-on pas plus ferait plus, mais alors comment est-on soutenu, comment l'intégrer dans une réflexion. Oui il faudrait du réseau, une structure multidisciplinaire, avec une psychologue, car s'est souvent multifactoriel, qu'il y ait quelque chose qui soit une consultation spécialisée

avec un groupe à laquelle on s'adresse, oui. Elle serait vite pleine, je crois, parce que je pense que c'est un vrai souci.

C : Oui et on n'est pas tellement formés là-dessus.

Dr N : Non.

C : Pour conclure sur la place du médecin généraliste dans tout ce qui est lié au dépistage du VIH, comment pourrait-on améliorer les choses ? Est-ce qu'il faut qu'il y ait plus de campagnes d'information en soutien?

Dr N : Moi je pense qu'il faudrait que ce soit national, que ce soit détaché, pas délégué aux médecins généralistes.

C : Et ils ne pourraient pas entrer dans la chaîne ? Enfin. Je ne sais pas vraiment comment ils pourraient s'intégrer là-dedans?

Dr N : Moi non plus. Rendre les choses plus systématiques, je ne vois pas....

C : Surtout que vous avez déjà l'impression d'en faire pas mal.

Dr N : Oui on fait, on fait ce qu'on peut, on ne le fait pas faire à d'autres parce qu'on ne fait pas faire de bilan à tout le monde non plus. Donc après, pousser les gens à faire le bilan si ça ne part pas d'eux, s'il y a des prises de risque, oui. Donc il faudrait que ça soit gratuit et organisé et extérieur, moi je n'ai pas envie de m'impliquer plus en tout cas. Alors vous m'avez interpellé sur le suivi, le contrôle à 5 ans ou je n'en sait rien, mais la redite...

C : C'est vrai que quand j'ai travaillé en maladies infectieuses à Delafontaine, on s'est rendu compte qu'il y en avait beaucoup dans la population migrante qui se contaminait en France. Et c'est vrai que l'on fait le bilan quand ils arrivent et que l'on ne pense pas forcément à le refaire après.

Dr N : C'est certain, c'est très intéressant et c'est quelque chose que je vais... En même temps ils viennent et puis ils ne sont pas fidélisés, ils sont fidélisés par moment, puis ils disparaissent et ils reviennent. Il y en a que j'ai vu en 2001 une fois et qui reviennent. Alors dans leur esprit vous êtes le docteur mais il y a un long moment pendant lequel il n'y a pas eu de médicalisation.

C : Merci.

Dr N : Et les autres médecins ils disent quoi?

C : C'est très varié, il y en a que ça n'intéresse pas du tout, il y en a qui sont à fond dedans, il y en a qui sont plus sur la sexualité, d'autres pas du tout, c'est très intéressant. J'ai une amie qui fait la même thèse mais côté patient, et on se demandait si il n'y avait pas un petit blocage plutôt du côté des médecins parce qu'ils n'ont pas le temps ou bien qu'ils ne sont pas assez formés.

Dr N : Parce qu'ils sont humains tout simplement.

C : Parce qu'ils sont sexués.....

Dr N : Parce qu'ils n'ont pas non plus, eux, une vie sexuelle équilibrée. Ce doit être plus simple quand on l'a...

N°12 : le 21/01/2011

Dr Major Jones
Saint-Denis 93

Contexte : Elle vient de déménager d'un cabinet où elle était seule pour s'associer avec le Dr Spirou dans un cabinet flambant neuf. Jeune femme d'origine comorienne, très accueillante. 1H de retard. Reçoit en plus un enfant qui s'est bagarré à l'école, la mère nous laisse 4 de ses enfants pour aller chercher les autres... Début d'entretien chaotique... Long entretien, qui est difficile à cadrer (58:36). Des amis l'attendent en salle d'attente pour partir déjeuner, fin d'entretien un peu rapide.

C : Pour vous connaître un peu mieux depuis combien de temps êtes-vous installée ici?

Dr MJ : Moi je suis installée ici depuis juillet 2006, ça fait combien d'années ça?

C : Plus de 4 ans.

Dr MJ : Tout à fait, ça va faire 5 ans. Ça fait pas longtemps qu'on s'est associé avec le Dr Spirou, 2 mois, nous sommes dans des locaux neufs, moi avant j'étais dans un autre cabinet rue C... J'étais au 37 et le Dr Spirou au 62, donc on s'est mis ensemble pour des questions pratiques. L'association présente des avantages et des inconvénients, mais, comme avantage, moi déjà en tant que femme je ne vais plus être seule. J'ai deux enfants en bas âge. Donc quand je suis tombée enceinte j'ai commencé à réfléchir, j'ai cherché des associés, je n'ai pas trouvé et puis le Dr Spirou m'a proposé, et ça s'est fait comme ça. C'est vrai que parfois on finit très tard. Mais avant j'ai remplacé longtemps dans le quartier : le Dr M. et le Dr B. qui sont dans la cité du grand B... , et cela depuis les années 99 je crois.

C : Donc la fin de votre internat se situait en 1999?

Dr MJ : J'ai fini en 98, ça fait longtemps!

C : 12 ans.

Dr MJ : Et encore j'avais traîné, j'aurais dû finir avant.

C : Donc ça fait à peu près 5 ans de remplacements et 5 ans d'installation.

Dr MJ : Exactement.

C : Et Saint Denis, il y avait une raison particulière?

Dr MJ : La raison de Saint Denis, cela s'est fait tout doucement : le fait d'avoir remplacé ici, d'avoir été un peu médecin de quartier, d'avoir connu un peu les gens, donc j'ai plutôt ressenti le besoin d'être là. J'ai remplacé ailleurs, j'ai remplacé dans d'autres départements, et puis petit à petit, affinité avec les médecins du quartier. C'est surtout que j'ai ressenti le besoin d'être là, je me sentais utile.

C : Ce n'est pas votre quartier d'origine?

Dr MJ : Non. moi j'ai fait mes études à Besançon, Arrivée à l'âge de 18 ans en France j'avais passé mon bac aux Comores, c'est un pays qui est francophone donc ça allait. Étant francophone, c'était plus simple d'aller dans un pays comme la France et la France favorise un petit peu qu'on vienne faire des études, parce que nous on est des îles, on est 500 000 habitants et il n'y a pas forcément une école de médecine. Il y a une école d'infirmières, une école de sages-femmes, et cela s'est bien amélioré par rapport aux formations, et puis c'est pas tout le monde qui peut partir.....

C : Et donc vous êtes venue juste après le bac.

Dr MJ : Oui je suis arrivée en Province à Besançon, puis je suis arrivée ici en 98, parce que je me suis mariée, tout bêtement, et me voilà à Saint Denis.

C : Et Besançon, c'était par hasard?

Dr MJ : En fait on s'inscrivait aux Comores et l'ambassade nous proposait des petites villes estudiantines, par rapport à des grandes villes comme Marseille. Nous, les Comoriens, on a l'habitude d'aller à Marseille. Dans le temps nos anciens étaient navigateurs, donc c'était plus simple d'atterrir tous à Marseille. Mais par rapport aux études, l'ambassade nous déconseillait vivement de nous inscrire dans des grandes villes, donc c'était comme ça. C'est vrai qu'on est dépaysé quand on arrive, donc j'imagine que si j'avais atterri dans une ville comme Paris ou Marseille, je ne sais pas ce que ça aurait donné. On n'a pas cette ouverture quand on n'a jamais quitté les îles. Et en fait ça s'est fait comme ça parce qu'il y avait un monsieur de Besançon qui était venu ouvrir un garage aux Comores. Nous on l'a emmené plusieurs fois en voiture, et petit à petit, il nous a dit « c'est bien Besançon » et j'ai atterri comme là-bas.

C : Et vous faites de la médecine générale de manière exclusive ou avez-vous d'autres activités.

Dr MJ : De la médecine générale exclusivement.

C : Et vous êtes dans des réseaux à Saint Denis?

Dr MJ : En fait je suis dans des réseaux sans y être vraiment, parce que pour moi, quand on est 2-3, c'est déjà pratiquement un réseau. Je suis plus en réseaux avec les collègues de quartier, notamment le Dr M. et le Dr B. que j'ai remplacés longtemps. C'est logique, et ils se connaissent à peu près tous dans le quartier et organisent des réunions médicales. Moi, selon les thèmes, de temps en temps j'y allais à force j'ai fini par connaître tout le monde. Et puis j'avais remplacé des médecins à Stains, Pierrefite, Epinay, qui font partie du groupe. Et je pense que c'est cela qui a fait que je suis restée. En fait le Dr G qui cherchait à partir depuis quelques temps, je ne le connaissais pas car il ne faisait pas partie du groupe mais j'ai trouvé l'annonce à l'ordre des médecins et j'ai été le voir et ça c'est fait comme ça, par hasard, c'était à deux pas. Il faut dire aussi que les collègues m'ont poussée à m'installer car ils savaient bien que le Dr G allait finir par partir et que ses patients allaient se répartir partout et que ça allait faire une surcharge de travail.

C : C'est vrai qu'ils ont l'air tous débordés...

Dr MJ : A la base j'hésitais à m'installer, il y a toujours une phase où on hésite et en même temps je pouvais le faire, j'en ressentais le besoin. Il a été question que je m'installe avec le Dr M. et Dr B. Ils avaient une pièce de libre et comme les gens me connaissaient, je faisais partie des meubles comme l'on dit. Il y avait ça ou alors chez le Dr G. C'est vrai que c'était à deux pas, dans la cité quand on est une femme et qu'on a un enfant on aime bien cette proximité, mais on se dit que pour la sécurité... Et eux ils arrivent à la retraite, ils allaient partir, on allait, peut-être, être associés 3-4 ans mais ils allaient partir, j'allais rester toute seule, ça pouvait se faire mais ce n'était pas évident, donc finalement je suis venue chez le Dr G. où l'on est un peu plus en retrait par rapport à la cité....

C : Et là vous êtes en consultations moitié sur rendez-vous, moitié libres, c'est ça?

Dr MJ : Alors là, j'ai fait ça au début, mais c'est impossible, parce que je me retrouvais à travailler jusqu'à 21h-22h. Du coup, ça ne fait pas longtemps, mais je me suis mise sur rendez-vous. C'est vrai que le Dr G ne faisait que des visites le matin et sans rendez-vous les après-midi. Au début j'ai fait ça, j' n'ai pas tenu, c'était dur. Franchement j'ai regretté de m'être installée au début. Il a fallu que je connaisse tout le monde, ça m'a pris deux ans.

C : Avant de vous sentir bien ?

Dr MJ : Voilà. Le problème en plus c'est qu'il n'était pas informatisé le Dr G, et ses anciens dossiers, ils n'étaient pas bien rangés. Il les connaissait depuis 17 ans qu'il était là, donc bon...

C : Tout n'était pas écrit...

Dr MJ : Exactement, j'ai dû rattraper tout ça par rapport à moi, j'avais pris la décision de reprendre le cabinet, je savais bien que ça allait être difficile et j'ai eu la malchance que la secrétaire n'a pas voulu rester. Franchement je comptais beaucoup sur elle qui était là depuis pratiquement 20 ans et qui connaissait tout le monde et elle avait décidé de partir sans le dire vraiment, donc ça n'a pas été facile, mais on a appris à travailler...

C : Et maintenant vous êtes bien ?

Dr MJ : Tout à fait.

C : Et je ne sais pas si vous travaillez avec une faculté en particulier et si vous êtes maître de stage ?

Dr MJ : Pas encore, mais je me demande s'il ne faut pas 5 ans d'installation. Je ne l'ai pas encore demandé, mais pourquoi pas. Je ne sais pas si les jeunes internes voudront venir dans les quartiers, ça se pose comme question, non? Dans les choix, comment ça se passe?

C : Je ne sais pas comment ça se passe à Bichat, j'étais à Paris 5, Cochin, Necker...

Dr MJ : Mais comment vous les trouvez vos maîtres de stage?

C : Il y a une liste et on choisit au fur et à mesure, et les maîtres de stage sont un peu éparpillés partout.

Dr MJ : C'est ça, ce n'est pas forcément à Paris. Mais vous êtes tous réunis et vous choisissez ?

C : Oui, pour le stage chez le praticien. Je vous avoue que je n'y ai pas assisté car c'était juste après mon mariage et j'étais partie en voyage de noce, c'est quelqu'un qui a choisi pour moi, donc je ne sais pas comment les stages sont partis...

Dr MJ : Et vous choisissez un maître de stage ou 2 ?

C : Moi j'en avais 3 différents, j'étais très contente, je pense que c'est bien de voir des modes de travail différents. Et après j'ai été un an à l'hôpital Delafontaine comme interne en médecine interne puis en maladies infectieuses, et c'est vrai que Saint Denis m'a beaucoup plu.

Dr MJ : C'est vrai qu'on ne le retrouve pas ailleurs.

C : Oui la population, et c'est vrai que pour les maladies infectieuses, c'était hyper intéressant...

Dr MJ : Ah oui, plein de palu, toutes ces choses-là on y pense!

C : Oui et la population est très attachante...(téléphone).

Dr MJ : On fait de la vraie médecine, franchement.

C : Et avez-vous une idée du pourcentage de vos patients qui ont la CMU ou l'Aide Médicale d'Etat?

Dr MJ : J'en ai beaucoup, si je vous montrais toutes mes feuilles là, en plus je crois que tout ça c'est perdu pour moi, parce que quand je me suis installée en 2006 j'étais à fond dans ma médecine, c'est peut être aussi pour ça que vous, les jeunes, vous ne voulez pas vous installer, parce que il y a beaucoup de paperasses, et moi je soigne mes patients, mais tout ça, je n'ai pas renvoyé à temps. Parfois je fais signer la feuille, je n'ai pas mis le nom, bon je ne m'occupais pas de ça, c'est mon problème, et j'en ai 4 comme ça des gros tas, des pertes.... *Elle est appelée* J'arrive.

Elle revient 2 minutes plus tard, après avoir géré des enfants dans la salle d'attente qui attendaient leur mère partie chercher un autre enfant...Revient, me raconte la dernière fois qu'elle était à la poste, y a passé 45 minutes à envoyer ses dossiers, énervement dans la file d'attente...

C : Et donc finalement une idée du pourcentage de CMU AME?

Dr MJ : La moitié à peu près.

C : La sécu envoie un papier ?

Dr MJ : Pour dire que je suis réglée.

C : Non pour dire la répartition de vos patients, mais si vous ne les envoyez pas...

Dr MJ : Le délégué de la sécu m'a dit : « tu arrêtes avec ta médecine sociale parce qu'il faut que tu payes ta secrétaire », c'est un peu la vie courante... Mais il faut que je regarde, par exemple sur une semaine, je pense que j'en ai beaucoup beaucoup, je vais regarder maintenant que je fais un peu de gestion, c'est pas notre truc mais bon. Je pense qu'à la base je suis venue pour la médecine et que sur le tas, je me suis rendu compte qu'il fallait que je mette mon nez dedans, c'est vraiment embêtant pour moi *elle regarde sur son ordinateur...*

C : Et vos dossiers sont informatisés?

Dr MJ : Oui j'ai un logiciel, j'ai encore un dossier papier et je fais mes ordonnances à la main, je suis de la vieille école, ça me permet d'expliquer mon ordonnance, parce que j'estime que quand on pose un diagnostic, il faut expliquer aux gens ce qu'il se passe. Quand on écrit, on explique, j'ai du mal avec l'informatique, je ne suis pas très informatique, je le fais parce que même ça m'aide, ne serait-ce que pour la tenue du dossier. J'ai un médecin qui me remplace tous les mercredis, comme ça c'est clair, et puis on peut ne plus être là demain, mais pour le suivi du patient c'est mieux.

Elle continue à chercher dans son ordinateur

C : Et en moyenne vous avez combien de consultations par jour?

Dr MJ : En moyenne peut-être 30. Oui, 30-35 facilement. Alors j'ai pris un mois, par exemple sur 7000 euros sur le mois, j'ai été payé en chèque-espèce 2000, et le reste c'est de la sécu. Donc plus de 50%. Lundi j'ai eu 2 chèques et 30 euros, sinon c'est la sécu. C'est le choix d'être à Saint Denis aussi.... Qu'est-ce qu'ils disent les autres? Parce qu'il y a des gens qui sont stricts, on peut être à Saint Denis, et dire moi je veux qu'on me règle.

C : Ceux que j'ai vus à Saint Denis ils sont entre 10 et 50 % à peu près.

Dr MJ : Mais comment font-ils, ce n'est pas beaucoup.

C : Pour Saint Denis peut-être mais pour Paris 10% c'est beaucoup...

Dr MJ : Ah bon? Moi j'avais remplacé à Gasny, là où il y a l'ordre des médecins du 93, le docteur, je pouvais faire la semaine, j'avais 2 CMU et pourtant on était quand même dans le 93! Je pars du principe que franchement je ne peux pas faire autrement, les gens doivent être soignés, moi je ne peux pas le faire, ça fait 20 ans, je ne peux pas commencer par demander AME, CMU... Parfois ça se voit, les gens qui ont 14 AME, parfois ils se rabaisent, ils osent pas...

C : Oui et puis ça se sait dans le quartier, tel docteur il est sympa, il ne pose pas de questions.

Dr MJ : Oui, du coup je me retrouve avec des gens qui ont des vrais soucis. L'autre jour, j'ai eu un jeune monsieur qui avait l'aide médicale pour une tuberculose hépatique, d'ailleurs je pense qu'il a atterri à Delafontaine. Le monsieur, il est venu un samedi, c'était le dernier, je ne sais comment il a atterri là, ça devait être du bouche à oreille. Je lui dis vous n'avez pas de médecin? J'en ai eu. Il avait vu au moins 3-4 médecins, mais il est toujours malade. Parfois je me demande si, quand on a l'aide médicale d'état, on est pas moins bien soigné, je pose la question.

C : Oui sûrement, ils n'osent pas aller voir les médecins, le suivi est moins facile, l'accès aux soins est difficile....

Dr MJ : Il y a de la réticence....

C : C'est très compliqué de trouver un dentiste qui accepte la CMU...

Dr MJ : Exactement, je me suis rendu compte qu'ils étaient moins bien pris en charge. Donc moi je me suis dit, il vient comme ça. C'est quand même étonnant car ils ne viennent pas comme ça les jeunes : donc bon interrogatoire, ça me prend du temps, bilan général, on me l'a faxé, c'était perturbé de partout, une CRP à 300, un bilan hépatique très perturbé, mais qu'est-ce qu'il fait? Et il avait compris que là quand même on le prenait en charge. J'appelle, je le fais hospitaliser et en fait c'était une tuberculose hépatique. Il a quand même été vu par des médecins, on reste symptomatique et on s'arrête là... Des fois on ne peut pas, il y a trop de monde, donc je leur dis : je ne vous connais pas assez, si vous voulez vraiment être bien suivi, il faut des rendez-vous. Vous vous rendez bien compte que vous venez me voir aujourd'hui sans rendez-vous, parce que vous êtes venu et qu'on ne vous a pas refusé, mais vous ne pouvez pas m'exposer des problèmes qui durent depuis un an. J'en suis là, moi, une éducation de base. Voilà le médecin à quoi ça sert.

C : Et je voulais parler un peu du VIH. Vous avez commencé en 1999, ça faisait plus de 10 ans qu'on connaissait la maladie, la trithérapie était arrivé, est-ce que le VIH a eu un impact dans votre travail, dans vos remplacements? Est-ce que vous étiez sensibilisée à cette maladie, est-ce que pendant vos stages d'interne vous avez été confrontée à cette maladie?

Dr MJ : Oui j'ai été chez Madame Bentata. C'est vrai que moi en médecine de ville j'ai le réflexe de demander à toute personne qui vient me consulter, surtout

quand c'est la première consultation, leur sérologie VIH. Je n'en ai pas eu beaucoup. Je ne sais pas s'ils ne viennent pas... Normalement on a la réponse du labo, j'en ai eu peut-être un depuis que je suis là.

C : Et c'était dans quel contexte?

Dr MJ : C'était à sa demande, je pense qu'il avait déjà eu une prise de sang qui lui avait révélé son état...

C'était une demande exprès, que pour ça. Mais dans mes prises de sang standard je n'ai jamais eu. J'ai une patiente VIH, suivie par Méchali. Mais des nouveaux non, et pourtant on peut dire que je suis bien sensibilisée à cela parce que je fais toutes les sérologies.

C : Donc en bilan systématique

Dr MJ : Oui oui, je n'attends pas. Comme pour les autres, le cancer du sein, les frottis...

C : Vous faites un peu de gynéco ici?

Dr MJ : Non pas beaucoup, j'ai trop de patients, j'ai hérité d'une patientèle de 2 médecins, ce qui fait beaucoup d'une part et d'autre part, la médecine générale : il n'y a pas assez de médecins généralistes ici, donc on est tellement occupé....

C : Mais il y a aussi très peu de gynéco...

Dr MJ : C'est vrai, donc moi je fais faire, je rappelle aux femmes qu'il faut le faire, j'ai en tête la prévention dans ma pratique médicale quotidienne. Toujours faire le point. Un monsieur que je vois parce qu'il est malade, je pense toujours à un bilan même si ça va être fait 3 ou 6 mois après. Je me donne ce temps-là. C'est vrai que j'aurais pu abrégé, le revoir, mais en tant que médecin généraliste je pense toujours à la prévention. Surtout qu'on est dans le 93 : les cancers du colon, les cancers du col, les dépistages, il y en a qui passent à côté. Les gens ne viennent pas d'eux-mêmes. Nous on se fait prendre par la consultation quotidienne, il faut qu'on y pense, moi j'essaye d'y penser.

C : Donc les sérologies VIH, vous le faites assez systématiquement. Mais j'imagine que vous avez un portrait-robot, des personnes que vous allez peut être plus cibler pour le dépistage? Ou voir plus fréquemment?

Dr MJ : On va dire les patients immigrés qui viennent d'arriver ou qui ont des situations précaires, en général, c'est surtout ceux-là. Que ce soit la Roumanie, les africains, les maghrébins....

C : Et est-ce que vous avez une patientèle homosexuelle importante?

Dr MJ : Non.

C : Et toxicomane?

Dr MJ : Alors j'en avais quand j'étais chez le Dr M... Mais là franchement, j'ai peut-être une ou deux personnes. Parce que le Dr G. à la base il n'en faisait pas du tout et comme j'ai hérité du cabinet.... Et je refuse aussi parfois, je ne sais pas faire.

C : Cela dépend des pratiques.

Dr MJ : Tout à fait.

C : Et chez les primo-arrivants, c'est essentiel de leur faire le test quand ils arrivent. Mais on s'est aperçu qu'il y en avait beaucoup qui se contaminaient en France en fait... Avec les nouvelles techniques de test on arrive à dater plus facilement l'infection et on s'aperçoit qu'ils se contaminent ici.

Dr MJ : Je n'étais pas informée.

C : Dans la population d'origine africaine ici, il y a une prévalence importante. On s'est aperçu de cela et donc il est important de répéter les dépistages plus fréquemment, enfin d'y penser.....

Dr MJ : Je n'avais pas intégré cette notion.

C : Et vous savez combien de personnes infectées par le VIH vous suivez ? Il y a celle suivie par le Dr Mechali....

Dr MJ : Deux, un monsieur et une dame. Mais je me demande quand un patient à Saint Denis se fait suivre à l'hôpital, est-ce que franchement il a un médecin généraliste?

C : Si, ils ont souvent un médecin généraliste, mais dans le service les patients voulaient le cacher à leur médecin traitant... C'était bizarre, parce que sur la carte vitale, le médecin voit qu'ils sont pris en charge à 100% pour une maladie chronique.

Dr MJ : C'est vrai que cela m'est arrivé de demander pourquoi vous êtes en ALD, surtout les patients nouveaux, et je n'ai pas de réponses claires. J'ai une dame, je le lui ai demandé deux fois, elle n'a pas voulu me répondre.

C : C'est vrai que c'est embêtant, parce qu'ils n'osent pas en parler avec leur médecin traitant. Du coup ils font du nomadisme médical et sont mal suivis. Ou alors, ils ne veulent pas que le médecin le sache parce qu'il suit aussi la femme et les enfants et qu'il est dans le secret. Il y a plein d'histoires un peu étonnantes... Enfin si je vous parle de tout cela c'est aussi parce qu'en octobre 2009, l'HAS a recommandé que l'on fasse le dépistage de toute la population. Mais ils n'ont pas précisé vraiment les fréquences, les tranches d'âge... Et ils ont précisé que ce serait les médecins généralistes qui allaient gérer le système.

Dr MJ : C'est comme la trisomie 21, ils veulent qu'on s'en occupe pour le dépistage.

C : Oui. Cela fait donc plus d'un an et on ne sait pas très bien comment l'appliquer. On a l'impression qu'il n'y a pas eu vraiment de discussion avec les médecins généralistes pour voir comment organiser tout ça. Est-ce que les patients devraient recevoir un bon par courrier pour aller faire le dépistage? Je ne sais pas déjà si vous aviez entendu parler de ces recommandations-là?

Dr MJ : Non.

C : Et vous pensez que ce serait faisable concrètement dans un cabinet?

Dr MJ : A mon avis ça ne devrait pas revenir au médecin généraliste de s'occuper de ça, parce que si c'est un dépistage de masse...

C : Comme pour l'hémocult, ils reçoivent leurs étiquettes et ils viennent voir le médecin traitant.

Dr MJ : Oui mais il y en a beaucoup qui ne viennent pas

C : On ne peut pas les obliger non plus...

Dr MJ : Donc à mon avis s'ils veulent faire ce dépistage, ils devraient trouver le moyen de procéder autrement. Les gens iront-ils ? Déjà à l'instant vous m'avez dit que c'est gênant pour tout le monde. Il y a ça, donc par rapport à ce genre de situation ils ne viendront pas, ils seront gênés. Mais s'ils reçoivent le courrier pour aller faire le test dans un labo, comme pour le dépistage du cancer du sein...

C : Oui mais il faut qu'il y ait un médecin qui annonce le diagnostic et la suite du suivi. Il faut forcément qu'il y ait quelqu'un qui rende le résultat.

Dr MJ : C'est vrai.

C : Et si on les envoie voir le médecin uniquement quand c'est positif c'est compliqué, on risque de perdre en secret médical...

Dr MJ : Oui il faut réfléchir au moyen de rendre les diagnostics positifs.

C : En effet, on ne peut pas les laisser apprendre tout seuls leur séropositivité...

Dr MJ : Il faudrait trouver une solution : soit nous, soit dans un cadre bien précis comme un centre médical. Parce que centre de santé, cela fait plus ouvert, ça ne fait pas médecin généraliste qui va annoncer tout seul dans son coin et ils y vont facilement.

C : L'autre solution, c'est que ce soit les médecins généralistes qui fassent le dépistage comme ils dépistent le diabète... Qu'ils le prescrivent dans un bilan un peu de manière systématique, comme vous le faites déjà un peu?

Dr MJ : Evidemment, le fait que tout le monde soit obligé d'avoir un médecin traitant donne peut-être une solution. Mais à ce moment-là, de quel âge à quel âge?

C : Et puis tous les combien?

Dr MJ : Mais bon, on va arriver au problème de la sérologie. Parce que normalement on demande aux gens, on n'a pas le droit de faire sans leur consentement.

C : Maintenant ce n'est plus obligatoire de recueillir leur accord, c'est recommandé mais plus obligatoire.

Dr MJ : Je le leur demande, enfin, je leur dis : je vous mets la sérologie VIH, parce que vous savez très bien qu'il faut le faire, mais je n'ai pas le droit de le prescrire si vous n'êtes pas d'accord. Cependant, je l'ai déjà mis parce que ça fait partie du bilan général.

C : Et en général, ils ne refusent pas ?

Dr MJ : Non, j'ai très peu de personnes qui me disent non.

C : C'est déjà arrivé?

Dr MJ : Non.

C : Et je ne sais pas si vous en avez entendu parler, c'est tout nouveau depuis novembre, il existe des tests de dépistage rapide, comme un dextro, avec une goutte de sang que l'on met dans un petit puits et on a plus ou moins qui apparaît.

Dr MJ : Et il n'y a pas des faux positifs?

C : Plusieurs tests ont été éprouvés : tests salivaires, tests capillaires de plusieurs marques. Ceux qui ont été retenus ont une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Il faut de toute façon que les résultats positifs soient confirmés par une sérologie et un western blot. Mais c'est vrai que ça pourrait aider dans des situations difficiles où les gens ne veulent pas faire de prise de sang, ou si on soupçonne une maladie opportuniste...

Depuis novembre les tests sont potentiellement possibles pour les médecins généralistes dans leur cabinet. Mais c'est vrai que ceux-ci ne sont pas au courant.

Dr MJ : D'accord on peut en avoir au cabinet.

C : Oui un peu comme le strepta test, avec pas tout à fait les mêmes conséquences... Vous en aviez entendu parler?

Dr MJ : Non.

C : Et vous vous verriez faire ici ces tests-là?

Dr MJ : Je dirai ceci, parce que je pense que ce sont quand même des maladies graves dans la tête des gens. Même si on a des traitements, ça reste grave et on ne peut pas se permettre de faire ça dans la routine. Après, si on a une suspicion, il faut prendre du temps pour ça. Je ne pense pas que l'on soit adapté, vu le nombre de malades qu'on a. Je veux dire le manque de médecins par rapport à certaines zones, je pense à la province, partout il manque des médecins. Est-ce que vraiment on peut prendre cela en charge, je ne crois pas. L'idée est bonne de pouvoir le faire, l'idée de participer à la santé publique.....

C : En France il y a 50 000 personnes qui ignorent leur séropositivité, mais surtout ceux qui sont dépistés le sont beaucoup trop tard, il y a un grand retard au diagnostic. Aussi l'idée était que ou le dépistage systématique ou les tests rapides plus accessibles....

Dr MJ : C'est vrai que le médecin généraliste c'est celui qui voit le plus de malades.

C : Et surtout les populations à risque, notamment les jeunes qui ne vont pas voir d'autres médecins.

Dr MJ : De ce côté-là, c'est vrai que vu comme ça... C'est un argument. On est tous là pour le bien-être de tout le monde. Donc il faudrait que le généraliste ne voie pas cette idée dans le sens où on prend du temps pour ça mais dans le sens où l'on profite du fait qu'il y a les gens qui viennent le voir pour aller au-delà, pour faire de la prévention. Et alors comment l'intégrer ? Finalement il n'y aurait que ça à faire?

C : Oui, introduire la sérologie dans un bilan. Comme diraient certains médecins que j'ai vus, on noie la sérologie dans un bilan général.

Dr MJ : On ne peut la placer comme ça. Ce n'est pas évident. Après, les gens vont avoir peur. Cependant moi j'ai la conscience de ce dépistage et je le fais toujours dans mon bilan. Les gens qui viennent pour la première fois je leur dis : je ne peux pas vous prescrire des médicaments sans connaître l'état de vos reins, je ne prends pas cette responsabilité-là. Et s'ils me disent non je réponds : attendez j'ai quand même fait 10 ans d'études, je vous reçois, je vous examine etc... et vous savez, même du doliprane[®] si vous avez une hépatite! Alors je veux un bilan initial.

C : En général ils acceptent?

Dr MJ : Oui, mais parfois ils sont durs, ils acceptent cela sans pour autant accepter la conduite à tenir médicale standard. Est-ce que ce sont les médecins qui les ont habitués à ça? Ils nous considèrent parfois comme des prestataires d'ordonnances. Je l'ai déjà ressenti ainsi. Je ne sais pas si les autres docteurs ils ressentent cela aussi.

C : Si, si.

Dr MJ : Donc, quand j'arrive à expliquer le pourquoi du comment, ça se passe très bien, mais il y a quand même une petite attitude de départ chez certains, alors est-ce que c'est le caractère? Je dis certains parce que souvent ce sont les hommes, les femmes sont plus douces en général, plus effacées chez les migrants. Et quand ils résistent je leur dis : enfin monsieur, je vous reçois, en 10 minutes on ne peut pas tout faire! Vous

voyez cette signature c'est ma vie! Je dis : le stylo et l'ordonnance c'est mon travail et en général il se calme et il finit par comprendre qu'est-ce que c'est un médecin traitant. C'est possible de faire une thèse dessus! Rires.

C : Et pour avancer un peu : on disait tout à l'heure que le VIH c'était une maladie un peu tabou encore, une maladie qui a une symbolique de mort, très dure surtout pour les populations africaines, qui est quand même restée une maladie.....

Dr MJ : Honteuse!

C : C'est ma question. Vous ressentez cela, est-ce que c'est difficile de parler de cette maladie ?

Dr MJ : Non je n'ai pas de blocage de ce côté-là.

C : Certains médecins disent qu'ils ont peur de discriminer les gens quand ils parlent de ça?

Dr MJ : Non moi je n'ai pas du tout ce problème-là, parce que je me dis que la plupart ne se rendent pas compte qu'on cible certaines populations et que nous on a la responsabilité de leur santé entre nos mains. C'est comme ça, c'est comme ça, on vient d'Afrique où il y a très peu de moyens de dépistage, donc je pense qu'au contraire il faut dire : celui-là il en a réellement besoin.

C : Oui, je vous parle juste de certains arguments qui reviennent, les tabous, la sexualité....

Dr MJ : Oui, cela je peux comprendre, mais le côté où on se dit : discrimination, non. Moi je vois la globalité de la personne, le pays de naissance ou le pays où on a vécu. Parce qu'il y a aussi les français qui ont vécu en Afrique. Vous, vous partez vivre 10 ans en Afrique pour le travail, vous saignez, vous êtes un peu limite, on vous transfuse, vous êtes comme tout le monde! Donc c'est plus d'où vous venez ces 10 dernières années.....

C : Oui mais il y a surtout tout ce qui est lié à la sexualité et l'homosexualité par exemple...

Dr MJ : Moi je n'y pense franchement pas beaucoup. Peut-être parce que je suis à Saint Denis, je ne suis pas à Paris.

C : Il y en a aussi à Saint Denis!

Dr MJ : Rires. Oui mais il y a une ouverture d'esprit dans Paris qui fait qu'on en parle. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas, mais que c'est caché.

C : Alors après il y a le côté culturel et religieux, où on va aborder plus ou moins facilement la sexualité. C'est vrai que l'homosexualité est encore très taboue à Saint Denis...

Dr MJ : Oui Oui. Il faut dire que peut-être parfois nous-mêmes on n'y pense pas, on peut passer à côté. Donc, si ça se trouve, c'est peut-être que moi je n'y pense pas forcément. Mais c'est vrai comment faire? De toute façon, tout le monde rentre dans le moule du bilan général. Donc moi je fais ça comme ça.

C : Le côté bilan systématique permet aussi d'effacer tous ces problèmes-là.

Dr MJ : On est d'accord.

C : Et justement, sur tous les problèmes liés à la sexualité, en cabinet de médecine générale, ce n'est pas forcément évident...

Dr MJ : J'y ai droit moi! Rires.

C : Et alors? Comment ça se passe?

Dr MJ : En général, c'est plus les asthénies sexuelles et c'est tout le monde. Alors le souci, c'est que moi en tant que femme... Enfin maintenant j'ai droit à tout, au début on me cachait, il y en a même qui ont changé de médecin par rapport à ça. J'ai eu un monsieur qui était suivi, dans le dépistage on a trouvé une hépatite C, il n'était pas au courant, il était suivi d'ailleurs à l'hôpital et après avec tous ses traitements il a eu des problèmes et il a été voir mon collègue le Dr Spirou. Après je l'ai vu à la pharmacie, aie aie mon docteur... Enfin ce qui est bien c'est qu'il y a un bon contact quand même quand on est le médecin de quartier et qu'il n'y a pas beaucoup de médecins. Donc à un moment donné on fait partie des meubles. Alors il m'a expliqué tout gentiment : vous savez docteur, je ne viens plus vous voir parce que j'ai un autre problème et je préfère en discuter avec le Dr Spirou... J'ai compris après. Mais il n'y a pas de soucis, il n'y a pas de problème, au contraire.

C : Et les femmes ?

Dr MJ : Les femmes, oui, j'en ai éventuellement qui viennent par rapport à leur mari. Mais tant que le mari ne m'en a pas parlé.....

C : Et si elles ont des problèmes à la ménopause ?

Dr MJ : Là c'est normal, on en parle.

C : Par rapport à la sexualité ?

Dr MJ : La question elle est précise, non on ne m'en parle pas forcément, c'est vrai. Moi je peux poser des questions s'il y a une sécheresse vaginale etc. Mais on ne m'en parle pas, c'est moi qui pose la question.

C : J'avais retrouvé une petite étude qui disait que la majorité des patients souhaitait parler sexualité avec leur médecin traitant, mais qu'ils n'osaient pas le faire et que c'était au médecin d'aborder en premier le sujet., J'ai trouvé que c'était intéressant, qu'en pensez-vous ?

Dr MJ : Oui peut-être. Je crois que c'est au médecin de le faire.

C : Sauf s'il vient pour ça, parce qu'il a des troubles de l'érection et qu'il veut un médicament.

Dr MJ : Et que déjà il y a longtemps que ça dure avant d'en parler au médecin.

C : Et est-ce que dans la prévention, on pourrait aborder ces thèmes-là ?

Dr MJ : Oui oui je suis d'accord.

C : On trouvait que dans notre formation on n'était pas beaucoup formés à cela.

Dr MJ : Je crois qu'on apprend sur le tas.

C : C'est vrai que c'est ce qui ressort des entretiens que j'ai eus, que finalement c'était l'âge et l'expérience du médecin qui faisaient que c'était plus facile...

Dr MJ : Exactement, avec le temps je m'en suis aperçu et j'ai commencé à aborder le problème, surtout chez les diabétiques... Je pose la question.

C : Et si on ne pose pas la question, ils n'en parlent pas.

Dr MJ : Très peu en parlent, c'est une évidence.

C : Et le fait de suivre toute la famille, la femme, le mari, les enfants, voire les grands parents, si le mari a une maîtresse par exemple, il n'en parlera pas forcément.... ?

Dr MJ : Non, moi je suis détachée de cela et ils le sentent bien. Du coup j'ai droit à tout ! Parfois je me demande ce que j'ai fait pour avoir à écouter tout ça !

C : Si le feeling passe bien...

Dr MJ : Je pense que quand on est dans la médecine, il faut être dans la médecine d'abord et après il y a les affinités, on peut s'attacher. Mais à un moment il faut connaître ses rails quoi. Mais finalement quand on est le médecin on peut se poser la question de comment on fait, mais bon je gère.

C : Souvent il y a des médecins qui se disent : je ne suis pas très à l'aise sur ces problèmes-là et qui peuvent détourner un peu le sujet... ?

Dr MJ : Exactement, mais moi j'ai fait le contraire. Parce que c'est humain aussi d'être mal à l'aise. Moi d'emblée, je l'ai fait sans m'en rendre compte, et après je me suis dit c'est bien ce que je fais. C'est un peu le caractère du médecin.

C : Et parler sexualité avec des personnes âgées par exemple ?

Dr MJ : Je n'en parle pas. Mais je vais m'y mettre ! Rires... Aujourd'hui je vais sortir toutes mes notes, revoir ça...

C : C'est vrai que ça peut être un peu tabou.

Dr MJ : Et qu'est-ce que vous conseillez ?

C : Moi je ne conseille pas ! J'écoute !

Dr MJ : Ce qui renvoie à notre propre comportement.

C : Ou renvoie à nos parents... C'est difficile de parler sexualité avec les générations d'au-dessus.

Dr MJ : Je n'en parle pas, je devrais en parler, il faut que j'aille dans des formations.

C : Tout dépend des médecins. Il y en a qui me disent : pas de problème, d'autres : c'est hyper dur...

Dr MJ : Moi je n'ai jamais pensé à le faire, mais je crois que ceci peut venir de ma culture à moi, de mes origines à moi.

C : C'est pourquoi à Saint Denis il est intéressant de voir les médecins de différentes origines...

Dr MJ : On a aussi notre vécu.

C : Oui, comme on ne l'a pas appris à la fac c'est finalement notre vécu, notre culture.

Dr MJ : Oui notre vécu. *Elle dit qu'elle arrive à son ami qui l'attend pour déjeuner dans la salle d'attente depuis déjà un bon moment... Elle commence à ranger un peu....*

C : C'est fini ! Juste les adolescents.....

Dr MJ : Moi les adolescents, j'y vais tout de suite sur le VIH, oh lala je les matraque dès qu'ils arrivent.

C : Donc pour vous pas de soucis avec les ados, mais plutôt avec les personnes âgées.

Dr MJ : Oui, comment ça s'explique ça ?

C : Vous êtes jeune !

Dr MJ : Je ne sais pas, non je ne suis pas jeune, j'ai 40 ans ! Enfin 40 ans ça n'est pas la fin du monde ! Enfin moi je leur dis : ce n'est pas la peine d'arriver à 18 ans avec une sérologie VIH positive, c'est vraiment bête.... oui docteur, c'est la chose la plus bête, oui docteur on le sait.

C : Et vous en parlez facilement ?

Dr MJ : Oui, dès qu'elles ont 15 ans, je dis : attention, faites tout ce que vous voulez mais attention, le VIH c'est une maladie qui existe. C'est vrai, je ne sais pas si on en parle assez. Moi j'en parle beaucoup et je répète, je répète. Je dis même aux parents de leur en parler.

C : C'est vrai que pour le médecin traitant, parfois c'est plus facile d'en parler avec ses parents...

Dr MJ : Oui évidemment, c'est comme pour le cancer du col, j'en fais une bataille. Je leur dis : elle n'a pas eu de rapports, ce n'est pas mon problème, mais elle va en avoir un jour, alors réfléchissez. Ce n'est pas que je veux dire que les enfants doivent avoir des rapports, mais il faut faire le vaccin, surtout vous ne savez même pas si les enfants vous allez les revoir, etc.... En fait mon rôle de médecin, avec le temps, il ne faut pas qu'on impose, mais il faut dire les choses, s'il y a trop de liberté, le malade parfois... Donc là il faut être directif, je ne sais pas si j'ai raison ou pas, mais pour certaines choses, pour le bien du malade il faut pouvoir dire. A force d'expliquer, on les embrouille, ils ne sont pas convaincus et ils disent : bon.... Il ne faut pas non plus qu'on impose des choses mais finalement ils acceptent mieux.

C : Donc le médecin traitant a un rôle hyper important là-dessus.

Dr MJ : Ah oui !

N°13 : le 13/01/2012

Dr Dantès

15^{ème} arrondissement Paris.

Contexte : Reprise des entretiens après un peu moins d'un an. Médecin très accueillant, entretien long (44:36), bonne disponibilité pour l'interview. Cabinet de 2 médecins généralistes. Petite salle d'attente sans affiches. Pas de secrétariat. Très investi dans la formation des internes, envie d'aider pour les thèses, me parle du prix qu'il organise pour les thèses libérales... Secteur 1. Accepte sans difficulté les questionnaires.

C : Pour vous connaître un peu, pourriez-vous définir vos pratiques professionnelles, depuis quand êtes-vous installé ici ?

Dr D : Moi je suis médecin généraliste. J'ai travaillé 10 ans dans un service de médecine interne cancéro. Je me suis donc installé en 1995 par hasard. Cela fait donc maintenant un petit bout de temps. J'ai une patientèle relativement équilibrée dans les statistiques mais je garde quand même une phase cancer parce que beaucoup d'hospitaliers m'envoient des patients et que j'ai plusieurs anomalies dans mon cursus. J'ai été maître de stage à Paris 5 mais je ne le suis plus, je m'occupe de syndicat, je suis conseiller ordinal à Paris et je suis élu aux URPS (Unions Régionales des professionnels de Santé), donc je fais partie du bureau des URPS. On a l'habitude de soutenir les internes, notamment parce que j'ai créé il y a 10 ans un prix de thèse de médecine libérale, vous pourrez postuler après, qui s'appelle « les macarons ». Vous avez peut-être vu passer les pancartes ou les flyers, toute la pub qui est faite dans les facs, etc.... On a fait cela pour essayer de promouvoir la médecine libérale, dans le sens organisation de la profession. Donc tous les ans on a trois primés. Cette année encore on va lancer le projet, on commence à avoir l'habitude. L'idée de ce prix de thèse, c'est de primer les travaux qui sont bons, de stimuler un

peu les nouveaux médecins, de favoriser leur reconnaissance, et si le travail est super intéressant de pouvoir le faire à l'échelle régionale. En même temps on a une écoute vers les internes qui n'ont pas de sujet de thèse, on leur propose de venir nous voir, d'en discuter ensemble et de leur trouver un directeur de thèse, voilà...

C : Vous me disiez que vous vous étiez installé par hasard ?

Dr D : Oui c'est une anecdote, j'avais un poste à l'hôpital très bien, je me suis marié, ma femme était du 15^{ème} et au moment de chercher un appartement la dame de l'agence immobilière m'a demandé : qu'est-ce que vous faites dans la vie ? Je suis médecin. Elle me répond le mien s'en va, ça vous intéresse pas de reprendre le cabinet ? Cela s'est fait comme ça. Donc j'ai quitté l'hôpital.

C : Vous étiez dans quel hôpital ?

Dr D : J'étais à l'hôpital de Bligny dans l'Essonne et je faisais de la médecine interne cancéro, donc beaucoup de cancers surtout mais aussi de la médecine interne. C'était un poste assez sympa, j'étais assistant temps plein, puis j'ai eu un poste assistant mi-temps et chef de service à temps partiel. Donc je n'avais pas forcément envie de partir.

C : Et là vous êtes uniquement sur rendez-vous ?

Dr D : Oui, je travaille uniquement sur rendez-vous, du lundi au vendredi. Je ne suis jamais là le samedi et le Dr S... qui est mon associé, était un de mes anciens internes.

C : Avec à peu près combien de consultations par jours ?

Dr D : Entre 15 et 20.

C : Ce sont des consultations de 20 minutes, un quart d'heure ?

Dr D : Oui 20 minutes, mais j'en ai fait ce matin de 35-40 minutes, donc ça dépend mais en moyenne c'est 20 minutes, 3-4 par heure en fonction des besoins. Donc 60 à 80 dans la semaine.

C : Et vous êtes en secteur 1/ secteur 2 ?

Dr D : Secteur 1.

C : Tout est informatisé me semble-t-il ?

Dr D : Exactement.

C : Et vous avez fait vos études à Paris ?

Dr D : Paris 6, Pierre et Marie Curie, Saint Antoine.

C : Et vous faites un peu de gynéco de ville ?

Dr D : Non je ne fais pas de gynéco, car en fait dans le quartier, il n'y a pas une demande de la patientèle. Il y a un peu un équilibre dans Paris, parce que dans le 18-19^{ème}, c'est difficile de faire de la gynéco quand on n'est pas une femme et dans le quartier où je suis les patientes vont voir le gynéco directement.

C : Et est-ce que vous avez une vague idée du pourcentage que vous avez de patients CMU ou Aide Médicale d'État ?

Dr D : C'est zéro, et ce n'est pas une vague idée... rires.... Non, ce n'est pas tout à fait zéro mais un de temps en temps. Ma patientèle n'est pas faite comme ça.

C : Pour entrer dans le vif du sujet, vous vous êtes installé en 95, vous exerciez en cancéro auparavant, donc, dans les années 80, au moment de l'émergence du sida vous étiez...

Dr D : J'étais externe.

C : Est-ce que le sida vous a marqué particulièrement?

Dr D : Oui, j'étais externe puis interne lorsque j'ai choisi mon stage d'infectieux à Saint Antoine avec le professeur Frotier. Quand on attendait pour être reçu, le premier jour des stages, on avait un peu peur. Les médias parlaient beaucoup de l'HTLV1 à l'époque et on se disait mais qu'est-ce que c'est que ce truc... etc... On a tout de suite été rassurés parce que la chef de clinique de l'époque qui était une fille super en était à 6-7 mois de grossesse, donc on s'est dit qu'à priori elle avait la connaissance qu'en tant qu'externe nous n'avions pas et que si elle était là avec son bébé, enfin sa grossesse, c'est que nous on pouvait être tranquilles. Donc c'est vraiment du vécu et on était tous inquiets. Les externes on se disaient : oulala pourquoi on a choisi ça, on n'aurait pas dû.... cette nouvelle maladie personne ne la connaît.....

C : Et ce stage justement est-ce qu'il a eu un impact?

Dr D : Oui, il a eu un impact, pour le sida vous voulez dire?

C : Oui.

Dr D : Il a eu un impact parce que moi j'ai vécu cela depuis les débuts et ça a eu un impact parce que, au niveau organisationnel, il y avait déjà des patients que l'on commençait à sectoriser dans les services. Ils venaient de l'étranger. Et surtout j'ai été marqué par des voyageurs qui avaient été hospitalisés en Grèce par exemple, et qui nous racontaient leur vécu. En Grèce ils ne savaient pas trop, du coup ils les laissaient à l'hôpital et personne ne rentrait dans la chambre, les médecins ne rentraient pas, les infirmières ne rentraient pas, les étudiants ne rentraient pas, ils étaient comme des pestiférés. On leur donnait des draps, ils faisaient eux-mêmes leur lit et pour manger on leur mettait le plateau à l'entrée de la chambre..... Vraiment comme des bêtes, ils ouvrent la porte et ils prennent les trucs, et donc j'ai vraiment été marqué par ce que les patients racontaient au tout début. Et nous quand on allait les voir et qu'on leur serrait la main, il y avait des précautions, on avait des bavettes..... Tout ça parce qu'on ne savait pas trop, au début, et ils nous disaient « vous osez nous serrer la main? » Et cela m'a marqué dans ma vie professionnelle pour tous les contacts avec les patients. Quand il y en a qui viennent avec des mycoses inguinales et qu'on les tripote, ils vous disent « mais vous n'avez pas peur.... ». Et le cancer c'est pareil. Au début on avait les toxoplasmoses cérébrales, tout ce qui est pneumocystis carinii, et dans le service on avait 18 lits de sida et infectieux. Et au début du rétrovir, l'AZT, on avait des horloges dans le service qui sonnaient toutes les deux heures, et ils prenaient leur comprimé, nuit comprise. La nuit brooo, ça sonnait dans les couloirs.... Ce sont des choses qu'on ne voit plus maintenant.

C : Non, ça a bien changé..... Et maintenant que vous êtes installé on va parler un peu de la prévention et du dépistage du VIH. Je ne sais pas si c'est important pour vous, si vous faites beaucoup de tests?

Dr D : Oui bien sûr.

C : Par exemple sur le mois dernier, avez-vous une idée du nombre de tests que vous avez prescrits? À peu près?

Dr D : Une dizaine. A chaque prise de sang chez des gens jeunes en activité, je le propose. En fait à chaque prise de sang on propose. Alors la mamie de 70 ans on ne lui propose pas, mais tous les jeunes qui sont en activité oui. Moi j'ai des cadres sup qui voyagent beaucoup pour leur boulot, ils disent : ah oui vous avez raison, parce que j'ai été en Chine et vous savez ce que c'est entre copains..... Non je ne sais pas, et ils racontent, ou en Allemagne... Donc tous les jeunes, chaque fois qu'il y a un bilan, je leur propose. Souvent, ça vient d'eux quand même.

C : Ce sont eux qui le demandent?

Dr D : Les garçons surtout. Les filles moins. Les filles on le fait au moment des grossesses, un peu systématiquement à ces moments-là.

C : Et de manière systématique jusqu'à quel âge du coup, vous dites jeunes?

Dr D : Il n'y a pas d'âge, j'ai des patients qui ont 60-65 ans et qui ont une vie sexuelle active, dans le sens où ils changent de partenaire souvent, donc à ce moment là je leur propose. Là j'ai un consultant qui doit avoir 63 ans, je le lui ai proposé, c'est normal, parce que lui il explique bien.

C : Il trouve ça normal, c'est lui qui le demande?

Dr D : Oui il trouve ça normal. Il y a médecin généraliste et médecin généraliste... Quand vous connaissez les gens depuis des années, que vous avez mis une relation un peu particulière en place, ils vous racontent : moi je trompe ma femme, ça m'amuse et après je m'en veux, donc je veux faire les tests. Ou d'autres qui disent : moi je change de partenaires tout le temps. Il y en a un qui m'a dit : j'ai vite fait le tour et après ça ne m'intéresse plus..... Voilà, le tour de quoi ? Donc ces patients-là qu'on connaît bien ils nous racontent leur vie, voilà.

C : Et vous savez s'ils se protègent ou pas vraiment ? Ils le disent ?

Dr D : Il y en a qui se protègent, mais pas tous, ils n'utilisent pas les préservatifs tout le temps. D'ailleurs c'est une de leurs inquiétudes, ils viennent en disant j'ai pêché, bon très bien, et qu'est-ce que je fais maintenant, bon je voudrais faire un test, parce que si je reviens avec ma femme.... Ils sont vraiment ennuyés, je leur dis cela ce n'est plus mon problème monsieur, vous avez fauté c'est à vous d'assurer. Maintenant vous expliquez à votre femme qu'il faut utiliser des préservatifs avec elle. Du coup ils restent un peu coincés en disant mais ça n'est pas possible..... Débrouillez-vous ou alors abstinence pendant 3-4 mois.

C : Et vous est-il déjà arrivé d'avoir un patient qui vient en urgence suite à un rapport à risque?

Dr D : Oui une ou deux fois.

C : Que faites-vous dans ces cas-là?

Dr D : On fait un test et on lui explique bien que ce n'est pas parce qu'il y a un test une fois qui est négatif qu'il ne l'a pas attrapé.

C : Et vous n'avez jamais eu besoin d'envoyer aux urgences pour un traitement post exposition par exemple?

Dr D : Alors j'ai déjà été dans cette situation mais pas pour cela, pour des infirmières ou des assistantes de dentiste qui s'étaient piquées avec du matériel.

C : Mais pas pour des expositions au sexe ?

Dr D : Mais pas pour des problèmes sexuels, non.

C : Vous disiez tout à l'heure 3-4 mois, mais avec les nouveaux tests ça n'est plus que 6 semaines, car ils font systématiquement l'antigène p24. C'est vrai que les gens ont souvent les 3 mois en tête, donc il est possible de leur dire que 6 semaines suffisent, après un rapport à risque, pour affirmer qu'il n'y a pas de contamination.

Dr D : Médicalement c'est bien, intellectuellement... de leur dire vous n'avez que 6 semaines à tenir avant de recommencer...

C : Et vous suivez des patients VIH dans votre patientèle?

Dr D : Oui, j'en ai deux mais que je ne les suis pas parce que je considère que je n'ai plus la compétence. Je pense qu'il faut en faire souvent, qu'il faut en voir souvent pour maîtriser tout ce qui est interactions médicamenteuses.... Etc.

C : Oui mais en tant que médecin généraliste, même s'ils sont suivis ailleurs...

Dr D : Alors j'en ai deux, et je leur dis franchement : tout ce qui n'est pas sida, ok je gère, mais tout ce qui est sida je ne gère pas.

C : Et ils sont suivis où ?

Dr D : Dans les hôpitaux, un à Bichat, un à Pasteur et j'en ai un autre à Necker, c'est un infirmier homosexuel, donc ça fait 3. Je leur explique que ça n'est pas culturel mais que c'est trop compliqué. On organise des séminaires de formation continue, d'une durée de deux jours, et quand on voit ce qu'on fait en deux jours sur toutes les interactions et tout ça... Moi j'ai bien vu tout ce qui était interactions avec les chimiothérapies,. Quand on est dans le bain, on connaît les trucs sur le bout des doigts, après on prend de la distance, il y a des nouveaux produits, on est dépassé.

C : Si je vous pose toutes ces questions, c'est aussi parce que l'HAS, en octobre 2009, avait proposé des recommandations pour un dépistage du VIH systématique de la population au motif qu'il y aurait toujours 50.000 personnes qui ignoreraient leur séropositivité et que c'est cette population-là qui contaminerait le plus et donc qu'en les dépistant on limiterait le nombre de nouvelles contaminations. Ils ont dit ceci sans vraiment expliquer comment mettre le dépistage en pratique. En effet, dépister tout le monde mais tous les combien et jusqu'à quel âge...? Je ne sais pas si vous avez entendu parler de ces recommandations? Et comment feriez-vous concrètement?

Dr D : Oui, moi je suis persuadé qu'il faut booster le médecin généraliste pour être un acteur de santé publique. Donc tout ce qui est dépistage et prévention cela fait partie de son rôle. Même si on nous a expliqué il n'y a pas encore si longtemps qu'on ne savait pas faire les vaccins, qu'il n'y avait pas de traçabilité, vous savez l'espèce de grippe H1N1 Là, Roselyne Bachelot a dit qu'on était mauvais et elle a envoyé tout le monde dans les gymnases... Moi j'ai suivi l'affaire, et j'ai quand même expliqué au Premier ministre qu'on avait l'électricité dans nos cabinets, qu'il y avait des frigos et qu'on pouvait stocker un certain nombre de choses dans nos frigos. Et que même s'ils n'en avaient pas, les médecins étaient capables d'acheter un petit

frigo de bureau pour mettre leur vaccin. Voilà, après c'est politique. Non, moi je crois qu'il faut vraiment que les médecins prennent ça en main, parce que sinon la profession elle est en train d'être dépouillée, avec les délégations de tâche et les transferts de compétences. De plus en plus, les collectivités locales sont en train de réfléchir à créer de nouvelles professions qui ne seraient pas médicales et qui s'occuperaient du dépistage, de la prévention, de l'éducation.... etc.

C : Comme cela se fait déjà dans certains pays, effectivement...

Dr D : Il y a même l'ARS dans leur schéma des agréments de professionnels qui ne seraient pas médecins. Donc je pense qu'il faut que le médecins...

C : Se battent pour garder le dépistage et la prévention...

Dr D : Voilà, exactement, il faut prendre ça à bras le corps.

C : C'est la base de la médecine générale!

Dr D : Il faut le faire, mais quand on regarde prévention et dépistages il n'y a pas de consultations avec les lettres clés dédiées à ce type d'exercice de la médecine. Il n'y a pas par exemple une fois par an une consultation de dépistage. Donc le dépistage ou la prévention se font en même temps qu'autre chose. Et quand un patient a 40 de fièvre, c'est un peu dur de lui dire : et votre mammographie? Les femmes sont plus éduquées que les hommes là-dessus parce qu'il y a la gynéco, les accouchements.... etc. Donc elles ont plus l'habitude, et elles sont plus, entre guillemets, civilisées et cortiquées que les hommes.

C : Médicalisées surtout...

Dr D : Les hommes pas du tout, donc il faut qu'il y ait ces consultations de prévention. Aussi nous avons mis en place, aux anciennes URML, une consultation de dépistage chez les étudiants, vous en avez peut être entendu parler, à la smerep... etc, où les assurances étudiantes proposaient à leurs étudiants de faire une consultation de dépistage chez le généraliste et qui était rémunérée 1,5C.

C : Et ça marche?

Dr D : Oui, ça marche, on a la Smerep, la Mnef..... On n'en a pas encore tiré tous les résultats.

C : Depuis combien de temps?

Dr D : 2,5 à 3 ans et ça marche. Par exemple hier, on a fait une conférence de presse sur les troubles du langage et les dyslexies de l'enfant, qui est un peu partout dans les médias. On en a fait une valise de dépistage des troubles de l'enfant mais par contre le temps que ça prend c'est 50 minutes, donc on a demandé un forfait de 150 euros pour pouvoir prendre en charge sur une heure complètement un enfant et faire du dépistage. Après le forfait sera accepté ou pas, mais... A titre expérimental, il y a un certain nombre de choses comme ça.

C : Et par exemple la consultation de dépistage pour les étudiants c'est au libre choix du généraliste ou il y a un package ?

Dr D : Non ils ont un papier fourni et ils y vont, c'est gratuit. Ensuite nous on renvoie et on est rémunéré. Comme il y a eu les consultations pilules.... Par contre cette consultation pilule c'est une très bonne chose mais

elle a été mise en place sans l'accord de la profession. C'est le conseil général qui a mis cela en place. Ils ont dit à toutes les jeunes filles en difficulté, allez voir votre médecin, c'est une consultation gratuite et il vous prescrira et gèrera la pilule. De la même manière le dépistage de l'ADK du colon a été mis en place entre les mairies et les CPAM sans l'accord de la profession.

C : Et pour revenir sur le dépistage VIH, pour l'instant rien n'a été mis en place, ni comme information grand public à part le premier décembre où il y a eu 3 affiches, ni pour les médecins. Est-ce que vous, vous avez été incité à augmenter le dépistage?

Dr D : Non pas du tout.

C : Est-ce que vos patients vous en parlent?

Dr D : Non, on n'a pas eu d'info, les patients ils en parlent mais quand ils ont peur, quand ils ont eu une conduite à risque.

C : Oui, pour les inciter au dépistage ils pourraient recevoir un courrier pour les inviter à en parler avec leur médecin?

Dr D : Ce n'est pas fait et il n'y a pas d'association, et puis ça reste culpabilisant. Le fait de demander un VIH, c'est culpabilisant. Moi je le demande par exemple à tous les jeunes qui vont se marier, je leur dis : comme ça vous partez d'un commun accord sur de bonnes bases, on ne se pose pas la question, c'est systématique, ce n'est pas que vous avez eu une conduite à risque, c'est pour partir tranquille...

C : C'est pour cela aussi qu'ils proposaient le dépistage systématique, afin d'éviter de discriminer et de lever les tabous liés à la sexualité...

Dr D : Ce tabou-là, comme il y a des centres de dépistage gratuits anonymes dans les hôpitaux, on le favorise un peu. Ce n'est plus du dépistage banal parce que c'est anonyme... Parfois il y a des jeunes qui disent : moi je préfère venir vous voir parce que je vous connais bien, plutôt que d'aller dans un centre.

C : Oui et puis dans les centres, c'est une semaine pour avoir le résultat et beaucoup d'attente sur place....

Dr D : On avait monté à Bichat les premières consultations de dépistage anonyme et gratuit et l'hôpital nous donnait une fiche d'interrogatoire qui était pfff..... J'étais jeune étudiant, on rougissait en lisant les questions, il y avait des détails dans tous les sens mais après, une fois que vous en aviez fait pendant une ou deux après midi, on se disait : je suis rodé, mais les premières fois c'était effrayant. Donc le jeune qui allait se faire dépister comme ça, on lui posait des questions : alors c'est comme ci c'est comme ça, ohhh! Après, avec de la bouteille, ça allait. Quand on debriefe avec un jeune patient et qu'on n'a pas de soucis à discuter, bon alors tu fais comment? Ça va tout seul. Mais si on est soi-même en difficulté et c'est souvent le cas, il y a des choses qu'on ne dépiste pas parce que l'on n'est pas suffisamment à l'aise avec le sujet et, du coup, comme on n'est pas à l'aise on ne va pas chercher l'info.

C : On ne va pas provoquer des questions auxquelles on n'a pas envie...

Dr D : Du coup on est en difficulté. Mais moi je pense que c'est au généraliste de mettre en place le dépistage.

C : Oui, ce sont eux qui voient en premier tous les jeunes qui ne sont pas malades, pour un certificat...

Dr D : Oui voilà, ce sont les généralistes et les gynéco. Il faut cibler les disciplines médicales qui peuvent être amenées à parler de ça. Ce pourraient être les gastro dans le sens proctologie.... etc. C'est sûr que dans l'ophtalmo il y a moins de risque, mais les dermato-vénérologues, tous ces gens-là....

C : Et je ne sais pas si vous avez entendu parler des tests rapides?

Dr D : Oui,

C : Les tests salivaires, a priori, on va les abandonner mais les tests capillaires sont proposés aux médecins généralistes depuis un an pour être faits en cabinet.

Dr D : Alors moi j'ai l'info sur les tests, mais je ne les ai jamais utilisés.

C : Comme tous les médecins généralistes... Ils avaient proposé de les donner aux associations pour qu'elles puissent aller faire des campagnes dans les bars gay.... Puis ils ont dit : on va les donner aux médecins généralistes pour qu'ils puissent faire le test au cabinet directement, c'était en novembre 2010, depuis...

Dr D : Ils ont un coût c'est trucs là ?

C : Bien sûr.

Dr D : Donc qui va gérer les stocks? Ça me fait penser au test de dépistage rapide des angines.

C : Celui-là est rentré dans les habitudes.

Dr D : Oui, parce que la sécu les fournit.

C : Là ce serait le cas également, mais toujours est-il que depuis un an il ne s'est rien passé... Je ne sais pas si vous en aviez entendu parler pour vous?

Dr D : Non, j'ai entendu parler des tests, mais...

C : Ils ont d'abord été expérimentés dans les urgences. Mais vous par exemple vous vous verriez l'utiliser dans votre cabinet?

Dr D : Il vaut combien le test?

C : Je n'ai pas revérifié récemment mais ils étaient annoncés entre 1 et 3 euros.

Dr D : Ce n'est pas cher. Moi par exemple j'utilise un test capillaire pour les CRP. On a essayé de les développer en France, ce sont les gens du Nord de l'Europe qui les fabriquaient, on a fait une expérimentation pour savoir si infection ou pas infection, puis on l'a proposé aux pouvoirs publics et ils ont dit non. Le produit vient du nord de l'Europe, on n'en veut pas.

C : Aux urgences je l'avais la micro CRP.

Dr D : Dans la demande de ville en tout cas... Et les TDR, à l'inverse, quand on faisait venir les chefs de clinique de Necker, ils n'avaient jamais vu un test.

C : Et ils n'avaient jamais vu une angine...! A l'hôpital...

Dr D : Un test, ils n'avaient jamais vu un test, donc on leur a dit on vous donnera une boîte de test, oh oui super.....

C : Aux urgences on en avait mais dans les services non.

Dr D : Ce qui est étonnant c'est qu'ils n'en avaient jamais vu, donc les infectiologues étaient super contents de venir, car ce sont les associations de médecins de ville qui fournissent les trucs... Ils ne les avaient vu qu'en photo dans la presse

C : Mais vous, vous seriez prêt à faire des tests de dépistage rapide VIH?

Dr D : Oui bien sûr. Combien de temps ça prend ? Trois minutes ?

C : Oui pas plus, comme les TDR.

Dr D : Oui bien sûr, parce que ce sont des patients en difficulté, de la même façon qu'on fait un ECG pour libérer d'une douleur cardiaque, c'est important de libérer.....

C : Il faut de toute façon que ce soit confirmé par un test conventionnel, bien sûr.

Dr D : Cela soulage le patient. J'imagine qu'il y a des faux négatifs ? Mais c'est vrai que l'on voit souvent des patients dans l'angoisse. Je n'en vois pas beaucoup mais quand on les voit ils sont vraiment angoissés.

C : Vous me parliez tout à l'heure de la sexualité avec les questionnaires à Bichat, et c'est vrai qu'on peut se demander si le médecin généraliste est le mieux placé pour parler de la sexualité. Certes, c'est une relation de confiance, on le connaît bien, mais également ce peut être gênant car en plus il connaît toute la famille...

Dr D : Oui exactement

C : S'il soigne sa femme et ses enfants, est-ce qu'on a forcément envie de tout lui raconter?

Dr D : Si ce sont des gens qu'on connaît depuis longtemps, je dirai, entre guillemets, des adultes seniors, là il n'y a pas de problème, je dirai jusqu'à 50-60 ans. Si c'est inférieur à 25 c'est plus dur, parce que venir parler à son médecin qui voit la maman derrière.... Pour des jeunes de 17-18, ils ont un peu la trouille, de la même façon que la pilule pour les jeunes filles. Moi quand je fais le gardasil[®] on commence à discuter, vers 14 ans. Bon, avez-vous commencé à discuter à la maison des préservatifs? Parce que ce sont des histoires de garçons, mais c'est aussi un problème de filles. Et très souvent ils n'ont pas trop discuté, et très souvent les mamans sont mal à l'aise elles-mêmes.

C : Et justement pour le gardasil[®], vous ne faites pas sortir les mamans?

Dr D : Non, on ne les fait pas sortir, car il y a un problème déontologique. Voir des mineures sans... Après on risque des plaintes et de se retrouver...

C : C'est vrai que comme vous êtes un homme...

Dr D : De se retrouver en difficulté, donc il vaut mieux parler à la maman et à la fille en même temps. Alors de temps en temps on voit des ado tout seuls, mais il faut que ce soit exceptionnel.

C : Et les personnes âgées?

Dr D : Les personnes âgées par rapport au sida?

C : Par rapport au sexe? Ça n'est pas forcément évident non plus...

Dr D : C'est une bonne question. Les personnes âgées, je ne sais pas pourquoi, elles sont plus dans la réclamation que le conjoint leur rendent service plutôt que d'aller chercher ailleurs à droite ou à gauche. Très souvent ils sont retraités, ils sont 24h sur 24 avec madame ou monsieur. Alors que le jeune actif il va au boulot, il voit les secrétaires, les collègues... Alors que les personnes âgées c'est tout le temps. Moi ceux que je vois, ils sont plutôt : vous ne pouvez pas dire à ma femme d'être plus dynamique et mignonne, et les femmes pareil : vous ne pouvez pas dire à mon mari de perdre un peu de poids, parce que quand même vous avez vu le bide qu'il a, ça ne fait pas envie. Et ça c'est mignon parce que c'est aux alentours des 70 ans, ceux qui gardent une activité sexuelle.

C : Et ça ils en parlent assez facilement? J'ai vu des jeunes médecins qui étaient gênés et qui avaient des difficultés à aborder la sexualité avec les personnes âgées.

Dr D : Oui, là il faut passer la barrière soi-même, pas de l'âge mais du discours de la sexualité pour pouvoir parler. C'est sûr que le jeune médecin qui va parler sexualité avec un homme de 70 ans : bon, vous avez l'âge d'être mon petit-fils, qu'est-ce que vous me voulez?

D'un autre côté il faut aussi que les jeunes médecins prennent leur place. Du coup on a la place qu'on prend, on n'a pas celle qu'on nous laisse. Donc si vous voulez entrer dans ce genre de discussion avec les patients, il n'y a pas de souci, il faut en parler. Moi il y a des trucs je sais, des trucs je ne sais pas, des trucs j'ai l'expérience, d'autres je n'ai pas. Ceci me fait me rappeler un monsieur. Sa femme était enceinte de sa deuxième grossesse, il vient, elle devait être à 6 mois de grossesse : vous savez ce que c'est, j'ai déconné à une soirée hier. Je dis comment ça vous avez déconné ? Ce n'était pas avec ma femme, c'était avec machin... il commence à entrer dans les détails.... puis j'ai fait des trucs que je ne fais pas avec ma femme... tout ça... Il me redit : vous savez ce que c'est. Je lui réponds : non je ne sais pas ce que c'est, c'est votre expérience à vous, je n'ai pas ce genre d'expérience, et en fait il venait chercher un peu le côté « nous on est tous des garçons, on peut tous faire pareil », non c'est votre choix, c'est votre chemin. Mais ce n'est pas garçon ou fille, c'est la même chose avec les filles, c'est pareil pour les deux. Moi les ados, je les décontracte, on discute assez ouvertement, ils ne veulent pas poser la question on les respecte, ils ont une réserve on la respecte aussi.

C : Et le fait que vous soyez un homme est-ce que ça change quelque chose avec les patientes femme?

Dr D : Je n'ai pas l'impression. C'est un peu comme les gynéco, on peut considérer que parce qu'on est du même sexe on a les mêmes envies ou bien considérer que parce qu'on est du sexe opposé on comprend mieux la difficulté. Il y a des femmes qui vont voir des gynécos homme, parce qu'elles se disent : lui ne sait pas ce que c'est que de se faire examiner donc il est plus doux, plus gentil, alors que ça n'est pas forcément vrai. Et l'inverse n'est pas vrai, ça n'est pas parce qu'on a une femme gynéco, qu'elle va mal examiner.....

C : Et d'un point de vue culturel, dans le 15^{ème}, c'est assez...

Dr D : Chrétien.

C : Oui, je ne sais pas si vous avez des migrants. C'est vrai que dans certaines cultures c'est parfois plus difficile d'aborder la sexualité quand on ne connaît pas bien les rites, les pratiques. Je ne sais pas si vous avez déjà été dans une situation de ce type ?

Dr D : Pas trop non. Je ne vois pas... Les gens âgés du Maghreb par exemple ne posent pas ce genre de questions, les jeunes sont complètement intégrés donc il n'y a pas de problème.

C : Pas trop de difficulté culturelle à signaler... J'avais retrouvé une petite étude américaine sur 80 patients hommes qui révélait que 97% des hommes souhaitaient parler sexualité avec leur médecin généraliste mais que 19% seulement osaient le faire, et ils attendaient que ce

soit le médecin généraliste qui initie le sujet. Et pour eux c'était le médecin traitant qui était le mieux placé pour aborder la sexualité. Bon, les chiffres sont assez extrêmes mais il est intéressant de se demander si c'est au médecin de tendre des perches ou, au contraire, s'il ne doit pas s'immiscer lorsque le patient n'en parle pas...

Dr D : Oui, il faut qu'il tende des perches, mais pas quand le patient a une angine avec 40 de fièvre. S'il dit j'ai un peu de mal à uriner ou bon voilà...

C : Je suis fatigué...

Dr D : J'en ai un qui est rentré d'Allemagne avec des copains, il me dit j'ai un écoulement...

C : Là c'est plus facile...!

Dr D : Le symptôme faisait que.... Non j'étais en voyage, je n'ai pas beaucoup bu... Non, allez, déballer votre truc, on ne va pas perdre de temps.

C : Là c'est assez clair, mais parfois, ça peut être un peu plus difficile. Ce n'est pas un problème pour vous car vous n'avez pas l'impression qu'il y ait de tabous.

Dr D : Non, en fait si on les remarque, je dirai un peu par expérience, c'est un peu bête mais on les remarque parce qu'ils viennent pour un symptôme, pour un motif, puis il y en a un deuxième qui apparaît et puis le X apparaît en 3ème ou 4ème lieu.

C : Au moment où on finit la consultation....

Dr D : Oui : « finalement je suis inquiet et je voudrais vous dire aussi, j'ai un petit souci, une petite douleur » ou un truc et on se rend bien compte que c'est vraiment ça leur motif et ils viennent avant avec un autre truc. *téléphone sonne.*

C : Autre problème : comment aborder l'homosexualité? Je ne sais pas si dans votre patientèle vous en avez beaucoup?

Dr D : oui j'en ai 2 ou 3.

C : Quand ils en parlent spontanément c'est facile mais parfois c'est difficile de poser la question et c'est quand même important, notamment en termes de dépistage...

Dr D : Héroïne, Haïti, Homosexuel, les 3 H. Non je n'ai pas de soucis par rapport à ça, quand on n'a pas de tabou pour aborder ces questions ça se passe bien, on pose la question : vous êtes homosexuel?

C : En fait ça dépend des médecins, il y en a qui disent, ça ne me regarde pas et ça se défend, parce qu'on s'en fiche, mais en même temps pour tout ce qui est dépistage, au niveau proctologie...

Dr D : Non, il faut le savoir parce que les meurs ne sont pas les mêmes, les rapports ne sont pas les mêmes, les risques ne sont pas les mêmes. Non, parce que dans un couple homosexuel, il y en a un qui joue l'homme et l'autre qui joue la femme, donc les caractères ne sont pas les mêmes, on rencontre les deux. Et puis pour avoir fait Bichat, le dépistage et tout ça... il y a des homosexuels quand ils font une petite soirée ils ont 20-40 rapports dans la soirée, donc ça n'est pas tout à fait pareil que quand on a quelqu'un qui a pêché une fois, un adulte parce qu'il se sont engueulés ou je ne sais pas quoi... Ce n'est pas tout à fait pareil au niveau risque. La quantité des contacts, au niveau sang.... il faut que ça soit répété....

C : Et surtout il y a une prévalence du VIH dans la population homosexuelle qui est très élevée.

Dr D : Bien sûr et en même temps ce sont eux qui se prennent le mieux en charge car c'est plus culturellement, entre guillemets, développé.

C : Mais en même temps, c'est la population où ça explose le plus..... Donc pas de difficulté particulière pour vous pour aborder la sexualité... Et il ne vous arrive pas parfois d'avoir une consultation où vous vous dites : il faudrait que j'aborde le VIH ou la sexualité, voire l'homosexualité, et finalement vous restez un peu bloqué par la personne qui est en face de vous?

Dr D : Non, moi je ne dis pas VIH, je dis : est-ce que vous voulez qu'on fasse un test du sida? Parce que le VIH souvent c'est compris, pas compris...

C : Et dans l'évolution depuis 20 ans, est-ce qu'il est plus facile d'en parler du fait que le pronostic n'est plus le même ou au contraire comme on en parle moins... On n'en parle plus dans les média. Est-ce que les gens ne sont pas moins sensibilisés?

Dr D : Oui bien sûr. Mais vous savez à l'époque, parce que je m'occupais un peu de ça, on avait lancé le préservatif à 1 franc. A l'époque Dechavanne était tout jeune et on s'était dit : c'est une question d'approche, c'est cher, les jeunes ils n'ont pas les sous pour les acheter, et on avait mis des distributeurs en se disant ce n'est pas facile d'aller à la pharmacie demander un paquet de préservatifs....etc. Et puis finalement la consommation n'avait pas augmenté. Pourtant c'était un franc en accès facile. Et on a commencé à se poser la question, mais c'est quoi le facteur limitant ? Ce n'est pas forcément le prix du préservatif ou le fait d'y accéder, il y a autre chose. Et maintenant il y a plein de trucs, les commandes par internet... Non, c'est de ne pas le mettre et de se dire ça n'arrive qu'aux autres, ça n'arrive pas à moi, c'est comme le tabac. Dechavanne dans une de ses émissions avait parlé de cela, il y a une vingtaine d'années. Il y avait un routier qu'il interrogeait : « vous, vous sentez ? ». Et il répondait : « moi je vois bien s'il y a un risque ou s'il n'y a pas de risque ». Cela m'avait fait rigoler...

C : Malheureusement c'est encore vrai...

Dr D : Oui, il y a beaucoup de jeunes qui pensent ainsi, beaucoup de gens qui pensent comme cela et qui se disent : moi quand je choisis c'est forcément quelqu'un où il n'y a pas de risque, ce qui est complètement aberrant.

C : Les adolescents aujourd'hui n'ont plus aucune notion de rien, je ne sais pas s'ils vous en parlent?

Dr D : Non les ados pas trop. Quand on aborde le sujet, vers 16-17 ans : bon, tu sais ce que c'est un préservatif ? Moi je ne l'expose pas mais quand il ne savent pas, je leur montre comment ça marche. Quand j'étais en gynéco à Tenon, il m'est arrivé de voir une fille qui disait ne pas avoir eu de rapport, qui avait mal au ventre, elle était agent de police, elle était enceinte. Je lui dis il y a un truc que vous n'avez pas compris, elle me dit non ça n'est pas possible, je n'ai pas eu de rapport. Bon.... le saint esprit.... La pauvre elle était en larmes et elle n'avait pas compris. Donc les jeunes il faut leur expliquer que dès le début du rapport il faut mettre le préservatif, c'est soit le garçon qui en a, soit la fille qui le propose, mais il faut en parler, il faut que ça fasse parti de leur acte sexuel sans arrière pensée. Et il m'est arri-

vé une ou deux fois avec un jeune : tu sais? Tu as déjà vu? Non, pas trop.... Bon, je vais te montrer.

C : On pourrait se dire qu'avec le développement des médias, d'internet, ils ont accès à tout et finalement...

Dr D : Non ils ne vont pas regarder.

C : Finalement en terme de prévention, est-ce qu'on peut dire que c'est le médecin généraliste qui est le mieux placé ou alors que ce seront les campagnes de santé publique, internet, les écoles...

Dr D : C'est un peu tout, les écoles...

C : Donc, finalement, le rôle du médecin généraliste dans tout cela ? Il faudrait une consultation de dépistage et prévention...

Dr D : Moi j'interviens dans les écoles du coin une fois par an, à la demande des profs de SVT.

C : Sur la sexualité ?

Dr D : Oui, on fait un petit topo rapide et après c'est questions, interactif.

C : Et ils parlent?

Dr D : Au début ils n'en posent pas trop et puis je leur pose moi-même des questions. Il y en a un qui répond, puis l'autre qui reprend et ça part. Moi je fais ça une fois par an. J'avais fait un topo sur la grippe : vous n'avez jamais appris à vous laver les mains, ils me regardent et quand on explique la technique, ah bah oui. Et après, quand je les croise dans la rue, parce que c'est souvent des écoles du coin : ah docteur, j'ai appris à ma grand-mère à se laver les mains. On a eu des retours sympas. Il faudrait que ça soit dans les écoles sans tabou, plus dans les zones difficiles, mais partout. Les zones difficiles pourquoi, parce qu'il y a des agressions, des viols non signalés, ce qu'ils appellent les tournantes, à La Courneuve et ailleurs, où les jeunes filles d'origines X considèrent qu'il faut passer par là, donc elles sont complètement impotentes pour se défendre par rapport à ça. Elles ne savent pas comment faire, toute leur structure familiale leur tombe dessus. Donc il faut lutter contre, mais pas que dans les zones difficiles, parce que dans les zones favorisées, on n'en parle pas, on pense qu'ils savent, qu'ils sont protégés et pas du tout.

C : Peut-être qu'ils sont encore plus gênés et qu'ils parlent encore moins de la sexualité. C'est vrai que j'ai eu des médecins dans des zones plus favorisées qui m'ont dit : c'est bon, dans notre quartier ils sont au courant...

Dr D : Ils sont au courant mais ils ne l'utilisent pas. Non mais il y a la prévention, il y a les maladies et les moyens contraceptifs. Moi je crois qu'il faut le faire dès que l'enfant pose des questions, à la pré-adolescence. Parce que comment faisait-on nous, on n'en parlait pas à la maison dans les familles classiquement, on bricolait à droite à gauche dans des revues, et si on avait un bon copain ou une bonne copine on pouvait en parler mais ça n'était pas évident. Donc finalement qu'est-ce qu'on pêchait dans le livre de biologie où on voyait des photos ? Et on se disait mais comment ça marche ? C'était complètement amateur et archaïque. Alors c'est vrai qu'ils ont internet aujourd'hui mais il faut faire quelque chose d'actif et dédramatiser...

C : Oui et puis internet il y a tout et n'importe quoi aussi... Il y a trop d'informations.

Dr D : Et ils ont besoin de voir... Si vous voulez briser une culture culpabilisante, cela ne se fera pas en lisant un texte, il faut leur expliquer : tu vois c'est comme ça, la sodomie, ah non non, la sodomie pour moi ça n'est pas possible, donc il y en a qui vont faire, d'autres qui ne vont pas faire, parce que ça n'est pas dans leur désir, tout cela c'est difficile d'approche. Je pense que plus on est ouvert, mieux ça se passe. S'ils ressentent une inquiétude chez le médecin ça bloque. Et si le médecin est lui-même inquiet c'est sûr que ça ne passera pas.

C : Donc finalement, c'est une bonne idée que ce soit au médecin généraliste de faire du dépistage et de la prévention.

Dr D : C'est toujours une bonne idée.

C : Oui mais comment vous voyez votre place, comment on pourrait améliorer les choses ?

Dr D : Si il y a des kit qui sont distribués, ce serait une bonne chose.

C : En parler déjà.

Dr D : Les mettre à disposition dans une salle d'attente par exemple.

C : Mettre une affiche.

Dr D : Oui, si vous voulez on le fait ici, si vous préférez l'emmener, vous le faites chez vous.

C : Il faut que ce soit fait par un médecin quand même car en cas de résultat positif...

Dr D : Oui il faut que ce soit encadré, c'est vrai. Les hémocult c'est pareil, ils font ça chez eux.

C : Oui c'est pour cela que l'hémocult ça prend du temps. Il faut leur expliquer que si c'est positif, ce n'est pas forcément un cancer mais qu'il faut faire une coloscopie. Pour le test vih, leur dire : en cas de test positif revenez me voir, ce n'est pas possible...

Dr D : C'est un peu pareil, sauf que si l'on fait le dépistage le vendredi soir, ce qui m'est arrivé moi à l'hôpital, quand on est revenu le lundi, il y avait les gendarmes : il s'était pendu par la fenêtre de sa chambre. Je crois que les annonces, vous avez raison, il faut les encadrer et il ne faut pas les faire avant le week-end quand plus personne n'est là. Il faut le faire le lundi en encadrant les gens.

C : Oui, de toute façon ou il y a une urgence et en général ils sont aux urgences pour être traités de leur infection opportuniste ou bien il n'y a pas d'urgence et ça peut attendre 3 jours.

Dr D : C'est le problème du dépistage, il pose un autre problème que nous n'avons pas évoqué, c'est la difficulté du dépistage des gens qui n'ont pas de médecin traitant.

C : Ceux-là on peut espérer qu'ils iront dans les centres de dépistage anonymes et gratuits, mais en général ce sont ceux qui ne sont pas du tout médicalisés....

Dr D : Mais le médecin traitant, ce peut être le gynéco.... Car il faut que ce soit le médecin qui encadre ça, parce que s'il y a un résultat positif il faut que le médecin puisse réagir, écouter.....

C : Avez-vous eu récemment une annonce de séropositivité?

Dr D : Non, j'avais hospitalisé quelqu'un pour un problème de plaquettes, il était homosexuel, on ne l'avait pas forcément évoqué, mais les plaquettes chutaient, j'ai dit bon, il faudrait faire un bilan, et il est revenu

avec le compte-rendu en disant : vous avez bien fait de m'hospitaliser parce que... Moi cela m'arrive plus souvent sur le cancer, on fait un examen et...

C : Et on tombe dessus, c'est sûr que c'est plus fréquent.

Dr D : Mais c'est pareil pour la mammographie, car si vous n'avez pas de médecin traitant, vous faites comment, vous allez à la mammo, le radiologue vous dit d'aller voir votre médecin et entre temps vous vous suicidez ou toutes sortes d'idées vous passent par la tête. Donc, non, c'est vrai qu'il faut bien encadrer tout cela. Mais ça pose le problème des gens qui n'ont pas de médecin traitant, parce qu'ils vont se dire, je ne vais pas appeler le gars en lui disant je viens de découvrir que j'ai un sida et tout, parce que la plupart des médecins à juste titre vont dire, attendez, je n'ai pas le temps...

C : Ils peuvent au moins expliquer les choses et orienter vers une équipe hospitalière.

Dr D : Ce sont des choses un peu difficiles. Il y a beaucoup de médecins qui ne se sentent pas à l'aise, qui ne veulent pas forcément les recevoir. Et puis il y a des choix, quand vous vous installez dans un cabinet libéral, les homosexuels VIH ça ne pose pas de soucis mais les toxicomanes... il y a des choix de salle d'attente, c'est à dire que soit vous voulez des mères de famille avec des enfants, soit vous voulez avoir des toxicos, mais les deux ne peuvent pas être en même temps.

C : C'est vrai que ça peut faire des salles d'attente compliquées, mais bon...

Dr D : C'est un choix d'exercice, ou alors je fais le matin les uns, l'après-midi les autres, mais je ne peux pas les mettre dans une petite salle d'attente, il n'y a pas de personnel pour gérer, non, ça n'est pas possible. Et puis il y a des effets de groupe des toxicomanes : là-bas, le docteur machin il fait ça, et hop les autres arrivent. Non c'est un choix, chacun fait son chemin.

C : Le VIH va se développer en ville, maintenant que ce sont le plus souvent des maladies chroniques stabilisées...

Dr D : Bien sûr, de toute façon tout va se développer en ville, car comme il n'y a pas de sous à l'hôpital... ce sera : maintien à domicile, maintien à domicile...

C : C'est vrai que des VIH qui vont bien, il n'y a pas de raison qu'ils soient suivis à l'hôpital... C'est comme un diabétique...

Dr D : C'est vrai qu'avec l'avancé des thérapeutiques... Et puis moi je ne suis pas pour sectoriser les gens. A l'époque du début du sida, on avait fait comme pour les sanatorium dans l'après guerre. On avait dit : pourquoi on ne ferait pas des structures avec que ça. Et la fameuse bactérie qu'il y avait à l'hôpital machin, dans le plan bactérie, ils ont prévu de la centraliser dans un ou deux hôpitaux. Au niveau médical ça se comprend mais au niveau des personnes... Sous prétexte de leur apporter les meilleurs soins, c'est un souci quand même. A l'époque du sida, on avait dit les sanatorium on va les transformer en structures pour le sida. Ce qui fait vivre les gens en dehors de la société.

C : Mais c'est vrai que encore aujourd'hui, il y a des gens qui ignorent beaucoup de choses sur la contamination du VIH.

Dr D : Bien sûr. Moi j'ai vécu les protocoles avec un séropositif et le conjoint qui ne l'était pas. On regardait

ce qu'il mangeait, s'il utilisait les mêmes fourchettes. Il y a même eu des enquêtes dans les couples homosexuels, c'était un préservatif versus 2 préservatifs, on se dit quand on fait des enquêtes comme ça qui sont justifiées à un moment donné, après vous n'avez plus de soucis pour discuter avec les gens, ça libère.....

C : Parfait, je crois qu'on a fait le tour de mes questions, merci.

Dr D : Bravo, c'est intéressant. Vous devez vous en rendre compte mais ce sujet de thèse va vous donner une liberté d'expression avec les patients, dans la relation...

C : C'est vrai que j'ai déjà un peu travaillé sur le VIH à Saint Denis et dans d'autres structures et il est vrai qu'on prend l'habitude de parler sexualité plus facilement. Mais ça dépend, j'avais eu une grand mère de 86 ans qui s'était contaminée avec un monsieur au bar d'en bas de chez elle, elle était veuve, et j'étais très gênée de parler sexualité avec elle, car finalement c'était comme ma grand-mère, et c'est vrai que pour moi c'est difficile avec les personnes âgées...

Dr D : C'est normal, c'est la hiérarchie.

C : C'est assez drôle, finalement les médecins ont des points de vue très différents, il y en a qui sont très attachés à leur intimité : ça ne me regarde pas. D'autres qui sont plus souples.

Dr D : Mais est-ce que ça ne les regarde pas parce qu'ils ne sont pas convaincus ?

C : Parce qu'ils ne veulent pas s'en occuper...

Dr D : Ou parce qu'ils n'osent pas non plus.

C : Oui c'est ça, chacun se cache, mais il y a quand même une part médicale. Ce pourrait être un critère de bonne santé, l'épanouissement sexuel? Et c'est drôle de voir les attitudes des différents médecins, et c'est normal, c'est humain, ça dépend de chacun. J'ai eu un médecin qui m'a dit qu'au début elle évitait toute discussion sur la sexualité avec ses patients et puis que maintenant ça allait mieux... L'histoire personnelle joue beaucoup.

Dr D : C'est l'histoire de la société aussi. On est dans une société judéo-chrétienne culpabilisante. Et dès qu'il y a un truc qui fait appel à la culpabilité on tombe sur : mais qu'est-ce que j'ai fait au bon dieu ? Mais on n'a rien fait au bon dieu. Et quand on s'est trompé, on se dit mais qu'est-ce que j'ai fait ? Ce serait plutôt mais qu'est-ce que je n'ai pas fait ? Ou alors peut-être que ça n'est pas la bonne personne, on a toujours l'impression que ce sont les autres qui ne font pas, on se remet moins en question soi-même. Et dans l'épanouissement, il faut se remettre en question pour savoir mais qu'est-ce que je fais moi pour ne pas aborder ce sujet-là avec mes patients? A quel moment je ne prends pas le virage comme il faut? Et on laisse couler le truc, et finalement votre mal de gorge c'est comment? Mais plus vous êtes serein, mieux ça passe. Moi ça ne m'empêche pas par exemple, je ne fais pas de gynéco, mais quand le gynéco n'est pas là, et qu'il y a un problème gynéco : allongez- vous je vais vous examiner... Cela ne me pose aucun soucis et les patientes elles savent. Je pourrais dire ohlala c'est de la gynéco et ça fait longtemps que je n'en fait plus. Mais quand on en a fait c'est comme le vélo, ça revient. C'est vrai qu'il faut une ouverture

d'esprit. Quand on voit les médecins dans les films, ce sont des petits vieux rabougris, on nous montre jamais un mec costaud, sauf dans les séries américaines mais là ça n'est pas des vrais docteurs. La plupart du temps on nous met un petit vieux rechigneur, bon père de famille, qui rassure.

C : Elle évolue quand même un peu la vision du médecin...

Dr D : Oui, mais dans les films non...

N° 14 : le 16/01/2012

Dr Tramp

15 ème arrondissement Paris

Contexte : Me rappelle après le message laissé au secrétariat téléphonique. Intéressé par le fait que je puisse effectuer des remplacements. On en parle en début d'entretien, il cherche plutôt quelqu'un dans un objectif moyen-long terme pour partage du temps au cabinet. S'excuse du retard d'à peine 10 min! Cabinet de 2 médecins généralistes. Salle d'attente sobre, sans affiche de prévention. Accepte sans souci les questionnaires, même s'il me demande de ne pas trop lui en donner... Secteur 1. Tabacologue. (Entretien 46:45)

C : Bonjour, pour vous connaître un peu mieux, depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?

Dr T : Cela doit faire 4 ans et demi.

C : Et vous faisiez des remplacements avant ?

Dr T : J'ai fait des urgences et du remplacement.

C : Et le choix de ce cabinet, du quartier ? C'est le fait du hasard ?

Dr T : Oui, le hasard, enfin je voulais travailler à Paris et puis j'ai remplacé mon associé qui cherchait quelqu'un pour s'installer. Et moi je voulais m'installer, j'ai vu que c'était cela qu'il fallait que je fasse... Le concours des projets de fond avec les opportunités on va dire.

C : Vous faisiez donc des urgences avant et là, vous avez d'autres activités ?

Dr T : Je fais de la tabacologie.

C : Et vous êtes dans des réseaux ou à l'hôpital ?

Dr T : Non je ne suis pas à l'hôpital mais j'ai un peu participé à la formation à la fac avec les internes, je faisais des trucs à ma fac à Bicêtre. Pour l'instant je ne suis pas maître de stage mais ça viendra. Sinon je suis syndiqué, j'ai une activité syndicale et je suis élu aux Unions Libérales des Praticiens de Santé. Et puis qu'est-ce que je fais d'autre ?

C : C'est déjà pas mal !

Dr T : Et puis on a un groupe de copains, enfin comme un cercle, un groupe de pensée.

C : Un groupe de pair ?

Dr T : Non ça n'est pas un groupe de pair, c'est plus un groupe où on se réunit pour parler de société et de médecine.

C : J'ai vu dans votre salle d'attente que les consultations sont sur rendez-vous, avec des plages pour les visites, en secteur 1.

Dr T : Tout à fait.

C : Tout est informatisé ?

Dr T : Pour moi oui, mon associé non.

C : Et avez-vous une petite idée du pourcentage de patients qui ont la CMU ? A peu près ?

Dr T : Non, franchement, je pense que c'est moins de 10%. Non, enfin je me sous-évalue peut être un peu. Ce n'est pas plus de 10%.

C : En comprenant l'aide médicale d'état ?

Dr T : Oui CMU plus aide médicale d'état, un tiers payant total.

C : Donc vous avez fait vos études à Bicêtre

Dr T : Oui.

C : Faites-vous un peu de gynéco de ville ?

Dr T : Je tente d'en faire, c'est un peu compliqué.

Entre celles qui préfèrent voir leur gynéco, celles qui sont gênées parce que c'est un homme, et puis nous on propose pas forcément aux bonnes personnes. J'en fais plus dans le cadre de l'urgence et s'il y a une demande mais j'aimerais bien en faire un peu plus.

C : Et la patientèle ? C'est familial ?

Dr T : Oui, c'est tout le monde de zéro à cent ans, il y a de la pédiatrie, des jeunes femmes, femmes enceintes, je suis des femmes enceintes mais l'examen gynéco de la femme enceinte, de toute façon, n'est pas spécifiquement recommandé, des personnes âgées, voilà.

C : Et vous avez passé votre internat en quelle année ? Ou la fin de l'internat ?

Dr T : Quand je passe ma thèse ou quand je finis mon internat ? C'était il y a 5-7 ans.

C : D'accord, on va parler un peu du dépistage VIH, dans les années 90.

Dr T : J'étais tout petit.

C : C'est bien d'avoir aussi des médecins plus jeunes... Donc je ne sais pas si le sida vous a marqué particulièrement dans vos études, à l'hôpital ? Si vous avez été dans des services sida ? Ou pas plus que ça ?

Dr T : Moi je pense que c'était quand j'étais externe, dans les débuts des trithérapies...

C : 1996 ?

Dr T : Oui c'est ça, moi j'arrive à Bicêtre en 96, j'ai été dans le service maladies infectieuses chez Delfraysy en 98, donc on sort de l'hécatombe... En fait il y a un énorme espoir mais avec des malades en stade sida assez nombreux. Alors qu'aujourd'hui des séropositifs qui sont devenus indétectables et qui sont traités en ville on en a.

C : Vous en avez, vous ?

Dr T : Oui j'en ai.

C : Vous avez une idée d'à peu près combien ?

Dr T : Moins de 10 patients au total. Il y a eu une découverte de séropositivité ici au cabinet, par moi en tout cas.

C : comment ça s'est passé ?

Dr T : En fait c'était un jeune homme homosexuel qui avait une diarrhée un peu bizarroïde et qui a eu des signes respiratoires, ce qui faisait pas mal de choses, et la sérologie est revenue positive.

C : Et c'est vous qui le lui avez annoncé du coup ?

Dr T : Oui, il m'a dit que c'était très étrange, il savait qu'il avait eu des conduites à risques mais il était relativement serein. Donc moi je l'ai envoyé en milieu

spécialisé immédiatement... Mais ça n'a pas été le drame de sa vie.

C : Et vous l'avez envoyé où ?

Dr T : A Pasteur.

C : Et ceux que vous voyez habituellement ils sont suivis où ?

Dr T : A Bichat, j'en ai plusieurs à Bichat.

C : Ce n'est pas tout près...

Dr T : Il y a une ligne de métro qui est directe me semble-t-il.

C : Et pour le dépistage, vous trouvez que c'est facile au cabinet ?

Dr T : Je sais qu'on peut faire des dépistages au cabinet mais je ne le fais pas.

C : Les tests rapides ?

Dr T : Oui les tests rapides.....

C : Vous savez déjà que ça existe...

Dr T : Oui, je sais que ça existe mais bon, moi j'en suis encore au temps où il fallait marquer l'accord du patient. Il me semble que ce n'est même plus la peine, si ?

C : Ce n'est plus obligatoire dans les textes mais ça s'écrit encore...

Dr T : En fait je le propose assez systématiquement aux jeunes : les filles qui viennent pour la contraception. Pour moi cela ne pose aucun problème. Enfin, là où ça me pose problème c'est chez les gens qui sont plus âgés, qui sont en couple par exemple mais qui ont des pathologies, par exemple des angines bizarroïdes..... Quand on demande une sérologie, là on ressent plus d'angoisses. Alors que les jeunes à la limite ils s'en fichent, car ils ne savent pas ce que c'est. C'est assez impressionnant.

C : Je ne sais pas si vous avez suivi ça, mais en octobre 2009, l'HAS recommandait de faire un dépistage systématique de toute la population car il y avait à peu près 50 000 personnes qui ignoraient leur séropositivité. Alors je ne sais pas comment vous faites mais habituellement on cible plutôt les jeunes, ou alors les IST ou des symptômes, ou alors des personnes plus à risque : les homosexuels, les toxicomanes et les migrants. Mais ils voulaient que toute la population de 15 à 70 ans soit au moins une fois dépistée. Comment mettre en pratique ?

Dr T : Alors le faire systématiquement non.

C : Je ne sais pas si vous avez réfléchi au moyen d'améliorer le dépistage ?

Dr T : D'abord disons déjà que la problématique des recommandations de l'HAS vis à vis de la médecine générale c'est un vaste débat. Parce qu'on a des missions de service public et qu'en même temps on est des libéraux et qu'on porte seuls les contraintes de l'aspect libéral. Ce qui fait qu'il y a forcément une réticence et chez moi il y en a une certainement pour ce qui est d'obéir aux injonctions qui viennent d'en haut. Dès qu'on lit la presse médicale le généraliste est au centre de tout, c'est-à-dire que nous devons dépister l'autisme chez l'enfant très précocement, la schizophrénie chez l'adolescent, la toxicomanie, être vigilants sur le poids, l'anorexie mentale, j'en passe... Et pourtant les patients viennent nous voir quand ils ont un rhume.... Donc voilà, c'est un peu compliqué. A mon avis il y a

un fantasme sur la relation avec le médecin traitant qui est soit disant la relation où on a parole d'or, mais c'est plus compliqué que ça. Alors, dépistage systématique..... Si je relis des articles j'y penserais peut être plus effectivement, mais bon c'est pareil, il y a une vision. A mon avis je ne suis pas sûr que scientifiquement ce soit complètement malin, parce qu'en fait les hommes consultent déjà peu et parmi ceux qui s'ignorent il y en a peut-être une bonne partie qui font déjà un peu n'importe quoi dans leur vie et qui prennent des risques. Or, justement, ceux qui prennent des risques ils ne viennent pas au cabinet en général, ceux qui sont jeunes et qui sortent beaucoup, qui prennent de la coke et tout, ils ne viennent pas consulter la plupart du temps.

C : Je suis d'accord, mais aussi le fait de proposer le dépistage systématique ça pouvait enlever un côté discriminatoire, le fait de dépister tout le monde ça pouvait lever certain tabous ? On le fait pour tout le monde donc il n'y a pas de sous-entendu derrière ce que je propose...

Dr T : Bien sûr. Alors c'est toujours pareil : aller faire une prise de sang juste pour un dépistage VIH alors qu'il y a tellement de patients qui ne sont pas dans une logique de santé et de prévention cela paraît « ovniesque ». Autant faire un truc à la faveur d'un bilan où c'est amené, là il y a une logique, une cohérence. C'est ça aussi que l'institution ne se représente pas, ce qu'est le rapport de ville avec les malades. Et puis c'est vrai que ce n'est pas toujours simple. C'est à la faveur d'une consultation que l'on va évoquer les IST ? Tiens, il y a un jeune qui vient pour nous parler de son épaule : et alors le sexe comment ça se passe ? Il faut garder raison, être un peu subtil, il faut qu'il y ait un sens en fait. Et les Français n'ont pas cette notion que le médecin généraliste c'est un acteur de santé publique. On peut le déplorer mais c'est comme ça. Il faut que dans les deux sens ça évolue.

C : Oui il faudrait que la sécurité sociale invite par exemple la population à une consultation de dépistage et prévention ?

Dr T : Alors moi je pense qu'on pourrait faire des consultations de prévention, moi je le demande de mes vœux les plus pieux et avec les syndicats on serait tout à fait prêts à suivre là-dessus. Ça nous paraît aussi un truc qu'il faut payer. Voilà, faire un examen complet à un patient et aborder tous les aspects de prévention liés à son âge, son sexe, son statut social.... Etc. Cela prendra un temps fou mais il faut que ce soit payé, nous on le demande de nos vœux les plus fervents, c'est clair.

C : Et en dehors du médecin qu'est-ce qui a le plus d'impact sur les gens, les médias, les campagnes de santé publique, internet, les journaux, l'école, les brochures dans la salle d'attente ?

Dr T : Concrètement, je pense que la publicité a quand même un gros effet sur les patients. Globalement les grands médias avec la publicité ça marche pas mal. Et ensuite je pense que s'il y avait un corps médical qui fonctionne correctement dans un rapport sain avec les institutions et les autorités de santé, on serait beaucoup plus puissants. Un médecin qui aurait autorité et qui aurait vraiment une mission de santé publique claire-

ment définie, rémunérée comme telle, il y aurait là une puissance de feu qui serait majeure. A mon avis il y a une vraie réforme sur le statut de la médecine générale à mener, ce n'est pas le sujet mais la clé elle est certainement là.

C : Il me semble que l'on avance petit à petit.

Dr T : Oui, ça avance c'est clair, mais quand on voit les postes de chef de clinique qui sont nommés, c'est 3 fois moins que ce qui est prévu par les textes. On manque de maîtres de stage et ça reste des vieux. Il y a une désaffection, on gagne moins que les autres, on bosse dans des conditions pourries, je le maintiens, par rapport à la médecine spécialisée. Et on n'est pas valorisés alors qu'on fait un exercice difficile, compliqué, qui nécessite beaucoup de formation continue et cela ce n'est pas pris à bras le corps. Oui, ça avance un peu... trop peu.

C : Donc vous aviez déjà entendu parler des tests rapides VIH. Ils ont été testés dans les urgences, puis validés, puis proposés aux associations, (bon là ça se discute), enfin offerts aux médecins généralistes depuis un an. Pour l'instant je n'ai pas vu de médecin généraliste s'en servir...

Dr T : Concrètement, je ne vois pas à quoi ça ressemble.

C : Ne pas s'en servir... mais ne même pas savoir comment s'en procurer... Concrètement, c'est un test capillaire, une goutte de sang dans un puits, un réactif et ça sort plus ou moins, en moins de 5 minutes. Alors ça pourrait avoir un intérêt pour quelqu'un qui a du mal à faire ses prises de sang, ou si on a un gros doute sur un symptôme. Bon, je ne sais pas si vous, en ville, vous verriez faire ces tests?

Dr T : Pfff, pour les généralistes c'est ridicule. Pour le mec qui va être opposant aux soins, suffisamment précaire pour qu'on ait besoin de faire ça, quel est l'intérêt? En plus on va se dire : ok, est-ce que j'ai bien lu ? Le test de l'angine il faut attendre bien 5 minutes, une fois le test à 6 minutes il se positive un peu, alors vous regardez, vous écarquillez les yeux, c'est compliqué. Et là, ce que vous proposez, ce n'est pas l'angine à streptocoque, c'est la séropositivité, donc les faux positifs aussi....

C : Tous les tests positifs doivent être confirmés par une vraie sérologie...

Dr T : Oui, donc il faut dire : oulala, il y a un doute.... Je trouve que ça n'a pas vraiment d'intérêt majeur ce truc-là. Je crois que c'est issu d'une préoccupation légitime qui est qu'il y a encore trop de séropositifs qui s'ignorent, Le sida il faut quand même bien prendre sa trithérapie et tout ça, sinon on devient résistant. Donc c'est un vrai problème qui s'est banalisé, je suis d'accord.

C : Et d'un point de vue collectif aussi, ceux qui s'ignorent sont ceux qui contaminent le plus, puisque ceux qui le savent ils sont en général traités et donc très peu, voire pas contaminants. Il s'agit donc aussi de limiter les nouvelles contaminations qui restent stables.

Dr T : C'est ça, c'est pour essayer de passer sous cette barrière. C'est comme les IVG chez les femmes jeunes, on essaye de les diminuer, par contre pour les gros-

sesses non désirées il y a un vrai travail d'éducation pour le coup.

C : Pour le VIH aussi, notamment les ados, je ne sais pas si vous avez vu l'étude sur les franciliens...

Dr T : Ils font n'importe quoi.

C : Ils n'ont aucune connaissance sur la maladie et c'est vrai que par rapport à nos générations où on a vu l'épidémie à un moment plus difficile...

Dr T : Ils ignorent complètement les risques, ils couchent sans capote en se disant on se connaît bien « non mais moi je le connais, je ne vois pas pourquoi » et c'est complètement aberrant, je suis d'accord. Ces ados-là, on les cible et on leur demande de faire une sérologie.

C : Mais les ados parfois ce n'est pas évident à aborder d'une manière générale ?

Dr T : Non moi ça ne me pose pas trop de problème.

C : Parler de sexualité?

Dr T : bahhh... cela dépend un peu de l'adolescent. Je pense que déjà il faut qu'il soit seul en consultation, ce qui n'est pas simple parce qu'avec une fille jeune de 14-15 ans, moi je suis un homme... Il faut quand même une relation de confiance. Après, quand les parents sont là ce n'est pas simple non plus : « tu as un copain, machin? » Bon essaye de voir, faut essayer de se débrouiller, mais globalement on essaye d'approcher ça. La question du VIH, c'est la question des maladies sexuellement transmissibles, parce que le chlamydia c'est pareil, ça se balade bien...

C : Les hépatites...

Dr T : Oui les hépatites, j'en ai eu une il n'y a pas longtemps, ça se balade bien aussi. Oui après, ce que je trouve incroyable, c'est qu'on ait vraiment une campagne de presse. En fait, ce n'est pas si incroyable, parce que c'est l'industrie pharmaceutique qui fait une énorme campagne sur la vaccination contre le cancer du col utérin, alors qu'en terme d'impact ça n'a rien n'avoir. Je pense qu'il y a un vrai problème éducatif. Je pense que les médecins doivent participer à l'éducation, mais il doit y avoir quelque chose à faire en amont, à mon avis à l'école.

C : J'ai vu des médecins qui allaient faire des ateliers dans des écoles, je ne sais pas si vous avez déjà été contacté?

Dr T : Non, moi j'ai discuté avec la CPAM pour faire de la prévention, ils ne m'ont jamais appelé. Donc bon voilà, vous faites acte de bonne volonté et on ne vous rappelle pas. Les mecs s'ils veulent se tirer des balles dans le pied....

C : Bon, et aborder la sexualité ou le VIH, vous n'avez pas l'impression qu'il y ait de tabou ou de problème de discrimination ?

Dr T : Non...

C : Avez-vous déjà ressenti une gêne avec un patient lors d'une consultation?

Dr T : Moi personnellement, je vais être plus gêné avec une femme jeune ou une ado, parce qu'il y a toujours la question du harcèlement potentiellement qui est là. Alors il ne faut pas être paranoïaque, faut être simple, moi j'essaie de travailler comme tous les praticiens, sur leur difficulté propre. Ça me stresse un peu plus mais j'essaie quand même de faire mon devoir et

d'essayer de ne pas passer à côté d'une connerie. Évidemment si je vois une gamine de 13 ans qui a l'air très inhibée, je ne vais peut-être pas aller la gêner, j'essaye de faire attention.

C : Et avec les personnes âgées? La sexualité ça n'est pas forcément hyper évident?

Dr T : Avec les personnes âgées? Non... C'est marrant, j'ai vu une dame il y a quelques dizaines de minutes chez qui j'avais un peu de mal, et puis je me suis lancé... De toute façon, la question de la sexualité ce n'est pas simple à évoquer de toute façon, pour moi en tout cas. Il y a peut-être d'autres personnes pour qui... enfin pour moi ça n'est pas « et alors comment ça se passe au lit ? » Mais avec les personnes âgées, oui on se dit toujours qu'ils risquent d'être choqués. Tiens, la mamie, est-ce que je vais lui parler de ça ? Oui, c'est un peu gênant mais ça n'empêche pas, je peux faire.

C : Et sur le dépistage du VIH, comment pourrait-on aider le médecin généraliste à plus ou mieux dépister ?

Dr T : Il y a deux questions dans votre question. La première, celle du VIH, moi je pense qu'effectivement, il faut essayer de communiquer à travers la presse médicale pour plaider pour un dépistage plus fréquent, pas forcément ciblé, et essayer au moins d'avoir une sérologie dans le dossier.

C : C'est ce qu'ils demandent.

Dr T : Oui, une sérologie dans le dossier ça ne me paraît pas idiot. Ensuite c'est toute la question de la prévention en médecine générale, qui est une question politique de santé. Et la politique de santé, elle continue de marcher sur la tête. On dit qu'on favorise le médecin généraliste, médecin traitant, alors qu'on fait exactement l'inverse au quotidien. Donc il y a un moment où les médecins généralistes ils en ont ras-le-bol en fait. Je pense qu'il y a aussi ça, il y a de la résistance passive ou inconsciente parce que l'institution ne nous reconnaît pas et ne fait que nous mettre du boulot dans la besace. Allez, vous allez faire ça en plus... hop là! C'est ça qui est un peu usant.

C : Donc finalement tout ce qui est prévention et dépistage des cancers...

Dr T : Dépistage des cancers du colon ! Voilà, vous avez un milliard de trucs à faire en consult, parce que les patients ils ont bien compris, c'est gratuit, on leur envoie un papier donc ils jouent le jeu. Vous, vous avez déjà vu l'épaule arthrosique, il faut renouveler le traitement et en plus faire le dépistage du cancer du colon et encore il faudrait penser à faire-ci ou faire ça. Pfff... Enfin, c'est pas payé ça, on bosse gratos quoi, on a vraiment une mission de service public qui est payée zéro, voire payée moins quelque chose parce qu'on y passe plus de temps. Et ça c'est un point vraiment capital. Ou alors il faut nous reconnaître autrement, améliorer les conditions d'exercice, permettre un meilleur épanouissement professionnel, donner la possibilité d'une carrière évolutive. Il y a les idées à avoir, ce n'est pas forcément payer plus mais reconnaître notre travail. C'est là toute la question.

C : Et juste pour revenir sur la sexualité, lorsque l'on connaît toute la famille...

Dr T : Ah oui ça !

C : Que l'on connaît la femme, les enfants, que l'on voit que le mari voyage beaucoup... Je ne sais pas si ce sont des situations que vous avez déjà rencontrées ?

Dr T : Si si, vous avez raison de parler de ça, effectivement ce n'est pas simple d'évoquer la sexualité quand vous connaissez le couple et les enfants éventuellement. Là c'est compliqué.

C : Je ne sais pas comment vous faites?

Dr T : Je m'oblige, je prends des précautions oratoires et je rappelle que je suis tenu au secret médical. Mais d'ailleurs je le rappelle toujours aux patients quand ils me prennent comme médecin traitant. De toute façon, je les consulte seul, je ne les vois jamais en famille et je suis tenu au secret médical, mais il faut le rappeler dans ce cas là. Oui ça m'est arrivé, j'ai déjà eu des patients... Bon « ça pourrait être une maladie sexuellement transmissible que vous avez...? Vous savez que vous pouvez me parler, je suis tenu au secret, est-ce que vous avez eu des rapports en dehors de votre couple ». Mais c'est vrai que c'est compliqué. Ça demande un effort, et tout dépend de la personnalité des gens que vous avez en face de vous. Ça ne devrait pas, mais ça joue quand même un rôle.

C : Et avec les femmes, on a parlé des jeunes femmes, mais avec les femmes en général, est-ce que c'est plus facile pour vous qui êtes un homme ? Ou bien est-ce que ça ne change pas grand chose?

Dr T : Sur quoi? Dans la famille?

C : Non pas forcément dans la famille? Sur la sexualité?

Dr T : Moi je dis que c'est plus dur. Je trouve plus simple de parler avec les hommes. Avec les femmes il y a la crainte d'être intrusif. Je trouve vraiment que c'est compliqué d'aller dire à une femme... Parce que pareil, on lit les articles, les recommandations... soit disant les hommes il faudrait leur demander s'ils bandent suffisamment dur et les femmes si ça se passe bien, si elles sont pleinement satisfaites. Non mais oufff...

C : La bonne santé, est-ce que la sexualité en fait partie ? Et le médecin, son rôle là-dedans finalement ?

Dr T : Comment dire, je pense qu'il y a encore la pâte de l'industrie pharmaceutique qui fait des maladies de tout. Problème d'érections, vous êtes malade, on a un bon médicament à vous proposer. Les femmes n'ont pas d'orgasme, allez, on va inventer le viagra® féminin. Dans tout cela il y a beaucoup de manipulations. Ils sont trop forts les labos. Sous prétexte de vécu hédoniste et pour l'épanouissement du patient, on va nous inciter à faire... Effectivement, évoquer la sexualité, ne pas avoir de gêne, pouvoir le faire... etc, ça paraît très bien sur le papier. Mais l'immense majorité de mes patients je les vois quoi, une fois, deux fois dans l'année, et on n'est pas dans une logique de prévention. Si ça s'est développé, ça va changer. Il y a des patients par contre avec lesquels on a des rapports très proches, là on est vraiment le médecin traitant et c'est plus simple. C'est plus simple, quoique, il y a des écueils : le fait de connaître toute la famille, le fait d'avoir des patients qu'on connaît bien mais qui sont difficiles ou qui pour une raison ou une autre nous impressionnent ou nous posent problème. Mais parler sexualité en tant que développement personnel si je puis dire, c'est un peu compliqué voilà. Ce n'est pas quelque chose que je fais

vraiment au quotidien. On peut percevoir qu'il y a une difficulté mais moi je ne suis pas sexologue ni psychologue, donc, effectivement, on peut faire un peu de psychologie sauvage par moment, mais ça n'est pas une prise en charge psychotérapeutique. Oui, on peut déceler s'il y a une difficulté. Si quelqu'un arrive qui est complètement déprimé, on peut aborder la sexualité. Et puis il a parfois des choses qui font ressentir qu'il y a pu avoir un traumatisme sexuel par exemple. Là, effectivement, il faut évoquer parce que ça libère les patientes et les garçons aussi éventuellement. C'est vrai qu'il faut avoir ce courage-là, mais s'il y a une demande du patient plutôt, sinon je ne vais pas aller le chercher, je crois que c'est ça. Quand moi j'y pense spontanément et que ça me paraît légitime et qu'il y a du sens, là oui. Mais aller faire une sorte de « bon, le check up : alors la prostate, la sexualité, le machin... », c'est un peu compliqué. Alors chez l'homme c'est peut-être plus simple, car il y a ces histoires de prostate et que l'on est amené à parler un peu mécanique quoi : « tout va bien, oui tout va bien... oh non pas trop...popop... ». Chez les femmes c'est plus compliqué.

C : Chez les femmes, il y a tous les aspects gynéco qui peuvent y amener?

Dr T : Oui c'est vrai.

C : Les mycoses, ou même les cystites à répétition, les grossesses...

Dr T : C'est vrai.

C : Et les femmes sont plus médicalisées, si elles ont déjà eu une grossesse, elles ont déjà été examinées sous toutes les coutures...

Dr T : Oui mais il y en a beaucoup qui ne voudraient pas être examinées par un médecin généraliste.

C : C'est vrai aussi, parfois on dit que les femmes sont plus faciles d'accès du fait de leur parcours gynécologique, elles font des frottis régulièrement...

Dr T : C'est vrai pour les femmes qui veulent bien voir un gynéco homme. Déjà, ce n'est pas toujours le cas....

C : Si elle vient pour une mycose?

Dr T : Si elle vient pour une mycose pour la première fois, je ne l'examine même pas. Ok ça gratte, c'est rouge, il y a des pertes blanches, d'accord allez tak : traitement. Effectivement si c'est très récidivant, il m'arrive d'aller jeter un coup d'œil, parce que bon, est-ce que c'est vraiment une mycose ? Et puis s'il y a des symptômes un peu gynécologiques atypiques, on peut poser la question des dyspareunies par exemple. Est-ce que ça fait mal ? Voilà, mais en général ça s'arrête là, parce que s'il y a une dyspareunie ou s'il y a des problèmes génitaux récidivants, mal expliqués malgré un prélèvement... je l'envoie au gynéco, je ne vais pas aller plus loin, justement. La médecine générale c'est un peu ce qu'on en fait, moi sur ces différentes problématiques je ne me sens pas suffisamment formé, ayant les épaules et le désir d'aller plus loin. Effectivement, moi je n'ai pas spécialement envie de faire ça.

C : Et justement est-ce que vous avez déjà eu, en formation continue, une formation sur la sexologie ou pas du tout ?

Dr T : Sexologie non.

C : Ou sexualité en médecine générale?

Dr T : Non, j'ai fait de la gynéco, j'ai refait une formation au frottis, parce que je me suis dit si je veux en faire il faut que j'en fasse, mais sur la sexualité non.

C : Sur le dépistage du VIH?

Dr T : Non plus, non, le truc c'est que...

C : On ne peut pas tout faire!

Dr T : Non c'est clair, on ne peut pas tout faire....

C : Je vous le demandais car c'est vrai que dans certains congrès il peut y avoir des petits ateliers...

Dr T : Enfin la sexologie, que je ne dise pas de bêtise.... En tabacologie on parle de psychologie, on parle de l'individu dans son ensemble. Alors effectivement, on peut évoquer la sexualité mais on n'a pas eu de formation particulière.

C : Et tout à l'heure vous disiez que vous abordiez la sexualité quand il y avait une demande. En fait j'avais retrouvé une petite étude sur 80 patients hommes aux Etats-Unis qui montrait qu'il y avait 97% des patients qui souhaitaient parler sexualité avec leur médecin traitant mais qu'il n'y en avait que 19% qui osaient le faire, et ils disaient alors que c'était au médecin traitant d'aborder le sujet en premier car ils étaient trop gênés pour le faire. Bon, ces chiffres je ne sais pas ce que ça vaut, mais c'est intéressant car souvent on attend qu'il y ait une demande des patients et finalement les patients attendent que le médecin en parle...

Dr T : Oui c'est une bonne remarque, mais c'est une petite étude déjà et ce sont des américains qui sont quand même réputés pour leur prudence, enfin il y a une certaine pudibonderie. Et puis la sexualité, moi à titre d'homme et d'être humain j'ai une vie sexuelle mais en tant que médecin qu'est-ce que je vais pouvoir vraiment dire sur la sexualité, moi je n'ai aucune formation à la sexologie. Donc bien sûr je vais pouvoir essayer de dépister des difficultés sexuelles chez un homme ou quand un jeune vient me voir plusieurs fois pour ce type de problème. Mais si c'est une question de confiance en soi ou d'anxiété, dans ces cas-là il faut probablement qu'il y ait un suivi psy. Et puis chez les femmes il y a des choses à dépister mais en quoi je vais pouvoir les accompagner dans leur vie sexuelle, pour moi ça n'est pas évident.

C : C'est bien pour ça que je vous pose la question, ça n'est pas clair...

Dr T : Après chacun a son vécu, je pense que ça renvoie beaucoup au vécu personnel pour le coup. Donc quelle est la place du médecin comme expert de la sexualité ?

C : On n'a jamais été formé à ça de toute façon...

Dr T : Non, je crois qu'il faut apporter la vision médicale, tout en sachant que la sexualité c'est avant tout pas de la médecine. Non mais c'est ça, les mecs de 25 ans ils sont sous viagra® dès qu'ils ont un problème d'érection, ça les rassure, mais après ils dépendent du viagra®, machin, sans traiter leur problème de performance. Donc le discours : vous avez des problèmes de sexualité allez-y, c'est l'industrie pharmaceutique qui l'a mis au point, qui a fait la pub...

C : C'est peut-être aussi l'évolution de l'abord de la sexualité dans la société, internet...

Dr T : Oui bien sûr, vous avez raison.

C : Sur internet ils voient des exploits où ils font ça 20 fois à la suite, et du coup ils pensent qu'ils ne sont pas normaux si ils n'en sont pas capables....

Dr T : Oui c'est ça je pense chez les ados, clairement. Moi je pense que ce qui serait vraiment intelligent ce serait de créer dans le système éducatif une sorte de matière où ce ne serait pas des profs mais des intervenants un peu de la société civile. Il pourrait y avoir des médecins pour parler des problématiques médicales et de santé, il pourrait y avoir des juristes, ce serait une matière concrète à l'école. Ce qui est incroyable c'est que les patients sont mal formés, ils ne connaissent pas leur système de santé, ils ne savent pas comment ça marche, ils ne connaissent pas leurs droits, ils ne connaissent pas le droit du travail, même le droit simple communautaire, ils ne savent pas comment ça se passe dans une copropriété. Les citoyens ne sont pas éduqués à la citoyenneté. Moi je pense que la prévention peut-être que ça fait parti d'une éducation de base. Peut-être on sort du côté pédagogique, on va prendre du pouvoir au profs..... Moi je vois plus ça comme ça.

C : D'accord, donc pour vous finalement la sexualité ce n'est pas franchement un sujet de médecine générale, et il n'y a pas trop de tabous.

Dr T : Non, il faut pouvoir en parler et en parler de manière adaptée. Pour moi la sexualité ce n'est pas quelque chose qu'il faut...

C : Normatiser ? Évoquer ?

Dr T : Évoquer si, mais pas normatiser, peut-être qu'il faut le faire mais alors qu'on nous dise comment, quoi faire, parler de quoi... Etc. Moi ça m'intéresse beaucoup, mais venir là, je ne me vois pas.

C : Et un dernier sujet, sur les orientations sexuelles.

Dr T : Je n'ai aucun problème avec ça, pour le coup ça ne me pose aucun problème.

C : C'est vrai qu'il y a des médecins qui disent : cela ne me regarde pas, je ne veux pas le savoir.

Dr T : C'est hyper important de le savoir pour certaines pathologies infectieuses ou autres. Moi c'est direct : vous êtes homo ou hétéro, et je n'ai jamais eu un gars qui..... Si, j'en ai eu un qui m'a regardé « mais je suis hétérosexuel! Et je le fais 12 fois par jour avec ma femme depuis 50 ans ». Non, je ne prends même pas de précaution oratoire, je pose direct la question, parce que effectivement, la première fois que j'ai dû la poser je me suis senti mal, je me suis lancé et j'ai vu que ça ne posait aucun problème. Donc je pense que la gêne elle vient souvent de nous. Donc peut-être que la gêne à évoquer la sexualité elle vient de moi ? J'en ai bien conscience mais je suis comme ça.

C : Je fais ma thèse sur le point de vue du médecin et j'ai une amie qui fait sa thèse du point de vue du patient. Notre hypothèse était plutôt que la gêne venait du manque de formation et de la gêne du médecin plutôt que du patient. On va bien voir si c'est vrai... Mais par exemple sur l'orientation sexuelle il y a des médecins qui sont assez tranchés là-dessus, qui ne veulent surtout pas s'en mêler.

Dr T : Bien sûr, mais certainement pour des raisons très variables. Il y a certainement des vieux médecins qui sont dans une sorte de principe égalitariste, c'est pas d'évaluation des minorités visibles, la République

Française, vous n'avez pas de couleur de peau, pas d'orientation sexuelle, la non-discrimination par excellence.....A la limite on ne vous demande même pas votre sexe, vous voyez. Je pense qu'il peut y avoir un peu ce côté-là idéologique et il y a des gens que ça gêne profondément. Cela les gêne parce qu'ils ont l'impression que ça va beaucoup gêner la personne. Moi je pense que la gêne vient principalement des médecins mais en même temps il y a une logique.

C : La gêne elle vient peut-être aussi du fait qu'on ne sait pas ce qu'on va en faire derrière.

Dr T : Voilà c'est ça. « Vous, vous avez des problèmes sexuels avec votre mari ». Pourquoi? C'est intéressant aussi, on rentre dans un domaine qui explore la relation, il faut le faire, on doit pouvoir le faire, mais on est peu formé, c'est difficile.

C : Je ne sais pas si vous avez eu des formations de psychothérapies...

Dr T : Moi j'ai fait une psychanalyse, je dirai que c'est quelque chose que je connais par mon parcours personnel, je suis assez à l'aise avec les difficultés psychiques des patients tout ça, mais je n'ai pas fait de formation à côté. Ce qui m'effraie un peu c'est qu'on est tellement dans une médecine de l'évaluation, on est tellement dans une médecine de la recommandation, on risque d'avoir les mêmes effets qu'avec la dépression, aujourd'hui tout le monde est dépressif, c'est hallucinant. On a créé une sorte de pathologie alors qu'effectivement c'est plutôt des vécus douloureux avec une tonalité dépressive, et ils se retrouvent tous avec des benzos et des antidépresseurs. Donc voilà on va avoir une nouvelle sexualité normatisée. Ah bon ça ne va pas, allez hop. Alors dans une relation thérapeutique avec le médecin traitant comme personne de confiance qui du coup est un peu dégage... C'est pour ça qu'on se bat pour la médecine générale, c'est qu'on fait autre chose que de la médecine, on n'est pas des mecs de la fac nous, le méthotrexate dans le psoriasis, on s'en branle fondamentalement, nous on est autre chose, on est un peu le curé, on a un rôle social qui n'est pas défini. Et comme il n'est pas défini, il n'est pas reconnu, pourtant il est fondamental. On est vraiment le premier recours pour la parole aussi, on est avant les psy même. Ça c'est un truc qui est hallucinant, mais on n'est pas aidé là-dessus.

C : La médecine générale, c'est quand même beaucoup de psychothérapie... Du soutien, une grande partie du travail c'est quand même de l'écoute.

Dr T : Oui il y a beaucoup de ça. Il y a aussi l'intelligence, enfin plutôt la compréhension des relations et des difficultés des individus et donc de prendre en compte leur psychisme. Et encore une fois vous avez d'une part la science soi-disant dure qui s'empare du psychisme comme d'un truc qu'on va comprendre comme on a compris les maladies infectieuses, quelque part c'est ça qui reste le modèle fondamental : il y a des méchants qui nous envahissent mais on va prendre une balle et on va les détruire, c'est l'antibiotique. Tout le fantasme du soin il est autour de ça. Et ça arrange l'industrie pharmaceutique, parce qu'eux c'est ça qui les intéresse. Alors que nous, il y a une autre façon de

soigner les patients et cette dimension-là on ne peut pas l'évaluer, c'est ça qui est difficile.

C : Et on ne peut pas la chiffrer pour la sécurité sociale....

Dr T : Exactement et c'est un vrai problème et qu'est-ce qu'on fait alors? Parce que d'un côté c'est important pour les patients d'être entendu, d'être écouté par des gens qui sont formés à ça, qui sont sélectionnés pour ça. J'ai des idées qui me viennent comme ça, mais c'est vrai que la première année on devrait être sélectionné sur d'autre chose que des épreuves scientifiques, avant c'était le bac philo pour faire médecine. On devrait mettre un peu de philo ou de dissertation, ça changerait un peu les têtes des gens en médecine. Il y aurait peut-être des gars qui seraient plus intéressés justement à faire de la médecine générale. Donc tout ça est vraiment une réflexion, mais actuellement on est dans l'évaluation, la publication, les articles, le chi-2, c'est très bien, ça a été un progrès, mais il faut essayer de réfléchir.

C : Oui moi je ne voulais pas faire de chi-2 pour ma thèse...

Dr T : *rires* Oui je vois ça, mais là vous avez du boulot car je n'arrête pas de parler.

C : C'est très bien, plus on parle, plus ça me va.

Dr T : Là vous avez de la matière.

C : C'est vrai que je trouve ça plus intéressant, et les médecins se lâchent pas mal, en fait.

Dr T : On a besoin de parler de nous c'est clair.

C : Et on apprend beaucoup de choses, les pratiques sont très différentes... Et pour conclure tout ça.

Dr T : J'aimerais vraiment avoir le résultat de votre travail, parce que j'ai répondu plusieurs fois à des thèses, des questionnaires, j'ai renvoyé des courriers, et je n'ai jamais le résultat, et je trouve ça déplaisant.

C : Cela me paraît la moindre des choses quand on me consacre autant de temps... Je prends votre mail, ce ne sera probablement pas avant septembre.

Dr T : Oui probablement décembre *rires*...

C : Donc pour conclure, c'est déjà un peu tout ce qu'on vient de dire, mais la place du médecin traitant dans tout ça, la sexualité... Comment on pourrait l'aider? A part changer le système où ça prendra du temps, concrètement?

Dr T : Il y a deux façons de voir, soit il y a l'utopie, en tout cas dans les projets à long terme, de modifier un peu ce qu'est le médecin traitant, de tenir compte de la dimension psychologique etc. Et à côté de ça de façon plus immédiate...

C : Pour le dépistage VIH systématique par exemple.

Dr T : Continuer d'y penser, y penser chez les personnes à risque, et puis effectivement s'il n'y a pas de sérologie HIV dans le dossier, essayer d'y remédier d'une façon subtile, en tout cas y remédier lors du prochain bilan. Enfin il me paraît aberrant que quand un mec vient pour une angine, on dise tiens, bon on peut le faire comme ça, dès fois ça peut être possible et ça ne tombe pas comme un cheveu sur la soupe : « tiens vous êtes jeune, vous savez qu'il faudrait quand même faire une sérologie HIV » ça peut être aussi l'occasion, ça nous arrive de le faire, de susciter quelque chose chez le patient, pourquoi pas. Donc s'il n'y a pas de

sérologie HIV dans le dossier, il faut le faire mais en laissant les médecins libres de le faire à un moment, il y en aura une un jour dans le dossier...

C : Et après, tous les combien?

Dr T : C'est pareil tous les combien, ça implique là pour le coup de voir s'il y a des changements de partenaire, s'il y a des prises de risque, si le gars il met des capotes tout le temps, aller le faire chier avec sa sérologie HIV tous les 5 ans parce que la recommandation HAS a dit que, enfin voilà, et on sera évalué là-dessus. Ce qui est dingue c'est que ce qu'ils sont en train de préparer avec l'évaluation à la performance c'est des bons petits soldats, c'est comme toutes les petites bêtes à concours qui ont réussi leur concours mais qui ne sont peut-être pas les meilleurs médecins, mais ils seront notés les meilleurs voilà. C'est infernal, tout est comme ça. Il faut essayer de changer ça et ce qui est intéressant c'est que la recherche en médecine générale c'est un peu autre chose....

C : C'est sûr.

Dr T : En tout cas ça fait plaisir.

C : Merci.

N° 15 : le 18/01/2012

Dr Largo Winch

15^{ème} arrondissement Paris

Contexte : Me recontacte après message laissé à un secrétariat téléphonique. Entretien long (40:33). A pris du temps dans sa matinée après les visites. Cabinet de deux médecins généralistes. Salle d'attente sans affiche ni brochure. Accepte sans problème les questionnaires en fin d'entretien. Secteur 1.

C : Déjà pour vous connaître un peu mieux, si vous pouvez vous présenter professionnellement, depuis quand êtes-vous installé ici...?

Dr L : Je suis installé ici depuis le premier janvier 96 ou 95, gros doute, j'étais thésé en 95 donc 96 c'est ça...

C : Et vous êtes venu directement vous installer dans ce cabinet?

Dr L : Oui, moi j'ai une histoire un peu particulière, j'étais rhumatologue au départ puis j'ai basculé dans la médecine générale.

C : Et vous avez eu une activité de rhumatologue avant?

Dr L : Non, je suis parti directement de l'hôpital pour venir ici, en fait c'est mon père qui tenait ce cabinet depuis très longtemps et qui avait un cursus un peu similaire parce que lui il avait un CES de rhumato, et il avait fini par faire de la médecine générale. A l'occasion du départ à la retraite de son associé, j'ai choisi finalement de prendre cette voie-là.

C : Du coup vous n'aviez pas fait de remplacement avant?

Dr L : Non jamais, directement dans le bain.

C : Et vous étiez à la fac où ?

Dr L : A paris Ouest.

C : Et donc le 15^{ème}, ça s'est fait comme ça.

Dr L : Il se trouve que c'était là, l'origine géographique de l'affaire aurait pu être n'importe où ailleurs en l'occurrence!

C : Et actuellement je ne sais pas si vous travaillez encore avec une faculté, si vous avez des liens...

Dr L : Alors là aussi c'est un peu particulier, j'ai encore une vacation de rhumato à l'hôpital Ambroise Paré chez le Pr Le Parc, une fois par semaine, que je fais depuis que je suis installé ici, depuis 16 ou 17 ans, juste pour garder un pied à l'hôpital, mais je n'ai pas d'autre activité universitaire.

C : Vous n'êtes pas maître de stage ou...

Dr L : Non, on m'avait proposé à un moment mais je n'ai pas le temps de faire ça.

C : Donc là vous êtes en cabinet de groupe, c'est un autre médecin généraliste qui est avec vous?

Dr L : Oui.

C : Et vous êtes en consultation libre, sur rendez-vous?

Dr L : Uniquement sur rendez-vous.

C : Vous êtes informatisé ?

Dr L : Oui.

C : Et avez-vous à peu près une idée de combien de consultations vous faites par jour ?

Dr L : En moyenne, une petite journée c'est 20-25 et les grosses journées c'est 30-35, parce que j'ai une activité de visite le matin. Je ne fais que des visites le matin. Les visites l'après-midi... comme ça bouffe beaucoup de temps les visites, je vois 6-7 personnes le matin en visite, maximum, parce que je ne peux pas faire plus et l'après-midi en moyenne 20-25.

C : Du coup ce sont des consultations tous les quarts d'heure?

Dr L : Oui quart d'heure.

C : Est-ce que vous avez une petite idée du pourcentage de patients CMU que vous pouvez avoir?

Dr L : Pas beaucoup, de tête comme ça je dirai moins de 1% de CMU, je n'en sais rien, mais ce n'est pas énorme.

C : Est-ce que vous faites un petit peu de gynéco de ville?

Dr L : Alors si c'est des frottis je n'en fais pas, parce que je n'ai pas le matériel et que je n'ai jamais été formé à ça, mais l'autre gynéco, tout ce qui est contraception et le reste, oui bien sûr j'en fais un peu.

C : Et vous êtes marié?

Dr L : Je suis marié, j'ai trois enfants.

C : Pour entrer dans le vif du sujet, donc vous vous êtes installé en 96, vous avez fait votre internat-externat au moment de l'émergence du sida?

Dr L : Oui pendant mon internat, en médecine interne on en avait beaucoup chez Blétry, on en voyait pas mal.

C : Est-ce que ça a eu un impact particulier? Est-ce qu'il y a eu un stage qui vous a marqué?

Dr L : Non pas d'impact, le sida je l'ai toujours vu en médecine interne, j'ai fait 3 stages en médecine interne, donc c'était toujours par le biais de la médecine interne, jamais en infectiologie.

C : Et vous en suivez dans votre patientèle actuelle?

Dr L : Oui.

C : Vous avez une idée de combien à peu près vous suivez de patients VIH ?

Dr L : 4-5... J'essaie de voir... mais pour être tout à fait franc c'est quasiment tout le temps l'hôpital qui les suit de manière complète et nous on est là pour faire les trucs en plus, c'est vrai qu'on finit par oublier qu'ils sont VIH, enfin non on n'oublie pas parce que ça fait partie des alarmes... Je dirai 7-8 pas plus, franchement je ne crois pas.

C : En général les chiffres augmentent au fur et à mesure de l'entretien... Et ils sont suivis à Ambroise Paré?

Dr L : Non, il y en a un à St Antoine, d'autres à Necker chez Lortholary, un à Rothschild.

C : A propos de l'activité de dépistage du VIH, les recommandations ont un peu changé ces dernières années, je ne sais pas si vous en parlez facilement, si vous faites beaucoup de tests... Par exemple sur le mois dernier avez-vous une idée du nombre de tests que vous avez prescrits, grosso modo?

Dr L : hmmm... dans le mois dernier, sur le monde que je vois, il doit y en avoir au moins 4 ou 5.

C : Et dans quelles circonstances ?

Dr L : C'est toujours ciblé ou alors lorsqu'il y a une demande spécifique, parce qu'il y a pas mal de gens qui viennent demander : docteur je veux un test ou alors qui veulent une prise de sang, on discute du cholestérol... et il demande là on verra tout hein docteur ?

D'accord, redonnez-moi l'ordonnance... Il y a des arrières pensées, on garde toujours pour le VIH contrairement aux autres maladies infectieuses, c'est pas bien mais le VIH c'est resté, c'est toujours éclairé, c'est toujours après avoir discuté. Je ne me rappelle pas avoir fait une seule sérologie sans avoir discuté, essayé d'appréhender les facteurs de risque, de façon à ce qu'on puisse reparler d'un éventuel résultat positif dans de bonnes conditions, et pas qu'on donne un truc sans le dire et on se retrouve avec un résultat positif et le labo arrive : mon dieu au secours et voilà, les types sont dans la rue on ne sait pas où ils sont, et là ça ne se passe pas toujours très bien.

C : Même pour toutes les maladies, il faudrait prévenir...

Dr L : Oui il faudrait dire je vous fais l'hépatite C, je vous demande telle ou telle maladie... Le VIH il y a un réflexe vraiment complet qui fait que je ne prescris pas une sérologie VIH sans...

C : Avec l'accord du patient.

Dr L : Quasiment, et c'est idiot car on devrait le faire pour tout, rires...

C : Oui même pour le diabète on devrait le faire aussi...

Dr L : Oui... mais pour le VIH c'est spécifique, oui je pense 4-5 dans le mois, pas plus, je ne crois pas.

C : Et quand vous dites que vous les ciblez, quelles sont vos cibles alors?

Dr L : Ce sont les gens que je connais un peu, sur les facteurs de risque, ou quand il y a des pathologies qui me font penser à un truc qui ne va pas, quand ils arrivent à la soixantième fois pour des mycoses ou des diarrhées un peu bizarres ou un zona qui vient comme ça, là on le demande. Mais est-ce que c'est vraiment quand il y a des pathologies que j'y pense, c'est plus souvent quand il y a des facteurs de risque.

C : Et c'est quoi vos facteurs de risque?

Dr L : Les classiques, homosexuels, toxicomanes ou anciens toxicomanes ou partenaires sexuels multiples essentiellement.... Les dialysés aussi, mais les dialysés je n'en ai pas tant que ça dans ma clientèle, et là aussi c'est fait régulièrement par l'équipe de dialyse, donc ça ce n'est plus tellement moi. Les hémophiles j'en ai deux et ce sont des jeunes, donc ceux-là c'est un peu anecdotique. Donc, essentiellement, ce sont les anciens toxico mais sur le 15ème il n'y en a pas tant que ça...

C : Et les migrants? Je ne sais pas si vous en avez beaucoup?

Dr L : Ah les migrants, oui c'est une bonne question, il y en avait un ou deux comme ça. C'est vrai que les migrants que je vois pour la première fois et qui viennent pour une altération de l'état général, d'origine africaine par exemple, c'est systématique. Oui ça c'est vrai vous avez raison. Et bien voilà il y en a un de plus à qui je pense, c'est vrai qu'on augmente les chiffres!

C : Si je vous pose toutes ces questions, c'est que dans les recommandations de l'HAS d'octobre 2009, ils disaient qu'il y avait environ 50 000 personnes qui ignoraient leur séropositivité et donc ils proposaient un dépistage systématique de toute la population, à faire probablement par les médecins généralistes puisque ce sont eux qui sont au contact.

Dr L : Puisque ce sont eux qui s'y collent à chaque fois.....

C : Voilà, donc on continue le dépistage ciblé des personnes à risque, mais il faudrait que toute la population entre 15 et 70 ans ait une sérologie. Alors en pratique comment on fait ? Est-ce que vous vous voyez faire ça ?

Dr L : Alors les recommandations de l'HAS, pour être tout à fait clair ce n'est pas mon Graal. Ce n'est absolument pas là-dessus que je me base, quel que soit... Il y a les histoires de conflits d'intérêt dont je ne vais pas reparler parce que je pense qu'on va s'énerver, enfin surtout moi. Faire un dépistage tous azimuts ça n'a aucun sens, mais quand je dis aucun sens, c'est aucun. Pourquoi pas aussi sur le cancer du pancréas? Alors vous commencez à demander des sérologies tous azimuts, vous allez inquiéter les gens : « pourquoi vous me demandez ça docteur? » ou bien « vous me l'avez demandé l'année dernière et pourquoi cette année on ne le fait plus? » Au secours! Voilà je dis au secours, c'est tout.

C : Alors l'idée derrière tout ça, c'était aussi de dire : si on dépiste tout le monde ce sera moins discriminatoire, il n'y aura plus de notion de sexualité et de prises de risque...

Dr L : Alors ils peuvent refiler le bébé au biologiste en disant que systématiquement sur les prises de sang on fait le test et on arrête un peu cette espèce de délire! Non mais voilà, s'ils veulent vraiment faire un truc systématique, ils disent qu'il y en a plein qui ne sont pas dépistés. D'abord est-ce que c'est vraiment un problème de santé publique de dépister cela? Est-ce qu'il y a vraiment une nécessité impériale de dépenser autant d'argent et d'énergie pour ça? Par rapport à tous les autres problèmes de santé publique, peut-être? Mais moi je ne le crois pas...

C : Il n'y a pas que ceux qui s'ignorent, au niveau individuel il y a environ un tiers des cas qui sont dépistés

trop tard, à des stades avancés. Et surtout l'intérêt serait au niveau collectif parce que ce sont eux qui contaminent le plus...

Dr L : Oui mais c'est qui ces populations qui ne sont pas dépistées?

C : C'est bien le problème.

Dr L : Moi, un dépistage qui ne soit pas ciblé, qui ne soit pas un peu orienté... Ceux qui ne veulent pas savoir, il y en a quelques-uns, le mari de la dernière que j'ai dépistée, c'est lui qui est probablement le contaminant et il ne veut pas entendre parler d'aller faire la prise de sang, et il va continuer... Non, moi les trucs sans réfléchir je ne supporte pas, ça me hérissé le poil.

C : C'est le côté systématique... Ce qu'on peut se demander, c'est quel est le sens....

Dr L : Aucun, comme tout ce qui est systématique et qui est bête, comme la radio de thorax à l'entrée de l'hôpital. Vous n'avez pas connu cela mais nous on avait ça systématiquement

C : C'est parfois encore un peu ça...

Dr L : La radio de thorax, bon très bien, oh ! il n'a pas eu sa radio de thorax d'entrée? Son bilan d'entrée? On va à la pêche? Pourquoi pas, mais alors pourquoi pas l'hépatite B, l'hépatite C? Enfin il y en a pas mal d'autres soucis quand même... Alors comment on fait en pratique, s'ils veulent vraiment faire un truc systématique, si on reste dans l'idée qu'il faut le faire, aller... Demandons aux laboratoires systématiquement au moment du prélèvement de faire en même temps que le groupe sanguin, le taux de cholestérol... le dépistage du VIH, pourquoi pas? Il y en a qui vont l'avoir 10 fois parce qu'on fait leur taux d'INR tous les mois...

C : Et si c'est positif qui est-ce qui l'annonce?

Dr L : Si c'est positif, et qu'on ne veut pas discriminer et qu'on veut faire quelque chose de systématique.... Non mais faire un truc systématique et refourguer ça sur le dos des généralistes, non, stop !

C : Oui c'est : allez les généralistes, débrouillez-vous.....

Dr L : Oui mais débrouillez-vous avec un truc idiot, moi je veux bien faire un truc qui a du sens, un truc systématique qui a du sens, je ne suis pas opposé, mais si ça n'a pas de sens je freine des 4 fers, je n'adhérerai sûrement pas à ça. On ne va pas revenir là-dessus mais l'histoire de la mammographie systématique chez les femmes, l'histoire du dépistage systématique du cancer de la prostate, il y aurait beaucoup à dire aussi. Sur le caractère systématique, il y a beaucoup de sur-diagnostic, mais pour d'autres raisons, et on est en train de faire des conneries, bref...

C : C'est le principe de la santé publique, ils proposent des trucs globaux, sans forcément réfléchir...

Dr L : Oui et non, ou bien pour nourrir les marchands de... Non je ne sais pas. Mais pour le coup, cette recommandation me paraît tellement tarabiscotée, non, ça ne me paraît pas logique, je n'adhère pas à ça.

C : Très bien, et est-ce que vous avez déjà entendu parler des tests de dépistage rapide?

Dr L : Oui, oui.

C : Cela vous dit quelque chose? Il y a eu plusieurs systèmes : il y a eu les tests salivaires mais ils ont été abandonnés, donc là ce sont des tests capillaires,

comme un dextro, une goutte de sang dans un petit puits et on a le résultat.

Dr L : Oui j'ai entendu parler de ça.

C : Ils ont été testés aux urgences depuis un peu plus d'un an. Théoriquement ces tests sont proposés, enfin disponibles, pour les médecins généralistes pour utilisation au cabinet. Je ne sais pas si vous en aviez entendu parler? Est-ce que vous vous voyez faire ça ici ?

Dr L : Alors quel est l'intérêt dans un cabinet de médecine générale d'avoir un diagnostic minute sur ce genre de chose? Parce que de toute façon s'il est positif il faut faire un ELISA ou un western blot, donc on n'a pas la confirmation. La plupart du temps quand on le demande en urgence, quand on a une suspicion de pneumocystose, on ne le garde pas au chaud et on l'envoie à l'hôpital car ce n'est pas très logique de le garder là. Je ne vois pas très bien ce que je pourrais en faire, moi ! Le principe du dépistage rapide en médecine générale c'est très bien pour la gorge, pour éventuellement un bêtaHCG, pourquoi pas, ça évite des choses, on a besoin de savoir en moins d'un quart d'heure – 20 minutes, une réponse à une question précise qui permet d'avoir une décision immédiate. Si ça n'a pas d'influence sur la prise en charge immédiate, je ne vois pas l'intérêt de faire un test rapide.

C : Eux disaient que cela pouvait être intéressant pour ceux qui n'allaient pas faire leur prise de sang par exemple.

Dr L : Oui, dans le cadre d'un dépistage systématique, pour être la courroie de transmission d'un truc systématique, sans réfléchir... Donc là encore je ne vois pas l'intérêt pour moi.

C : Oui et puis le côté une goutte de sang : « ah, c'est positif », l'annonce peut être assez brutale...

Dr L : Oui, indépendamment de l'annonce, on n'est pas responsable des maladies des gens. Mais en un quart d'heure-20 minutes, quand vous avez une salle d'attente pleine derrière, non, en médecine générale je ne vois pas l'intérêt, franchement je ne vois pas. Ou il y a une nécessité d'avoir un diagnostic rapide parce qu'on a quelqu'un qui ne va pas bien, que l'on soupçonne une toxoplasmose cérébrale, alors très bien, le test rapide permet d'avoir tout de suite le diagnostic. Cela n'arrive pas tous les jours mais ça c'est valable pour un service d'urgence, pas pour un cabinet de médecine générale. Dans un cabinet de médecine générale, c'est dans l'hypothèse où on dépiste tout le monde tous azimuts et là on revient au paragraphe précédent.

C : Et je ne sais pas si vous avez déjà eu des patients qui viennent un peu en urgence après une exposition à un risque, notamment sexuel?

Dr L : Oui, horriblement stressé, la plupart du temps ça n'a pas de sens.

C : Vous n'avez jamais été dans la situation où il fallait commencer un traitement, l'envoyer aux urgences?

Dr L : Il m'est arrivé deux fois de devoir le faire vraiment pour un personnel soignant qui s'était piqué, un peu plus que 2-3 fois d'ailleurs, mais finalement ça n'est pas très très fréquent.

C : Et c'est plutôt sur du personnel soignant qui se pique que sur des risques sexuels?

Dr L : « J'ai eu un rapport sexuel avec quelqu'un que je ne connaissais pas, mais il y a deux mois... », de temps en temps c'est ça, « et j'ai lu sur internet qu'on pouvait attraper des maladies ». Bon, on reprend tout depuis le début.... Non ça n'est pas quelque chose de.... Et j'avoue que si je devais le refaire, il faudrait que je regarde les protocoles.

C : Oui mais je crois que les protocoles sont uniquement hospitaliers, dans le traitement post exposition de toute façon.

Dr L : A l'époque je ne me souviens même plus ce que l'on donnait...

C : Maintenant c'est souvent truvada kaletra.

Dr L : Je ne suis même pas au courant du nouveau protocole, je n'ai pas l'occasion...

C : Cela se fait à l'hôpital...

Dr L : Oui mais alors comment se fait-il que j'ai ce souvenir des deux-là... Ou alors je les avais eu par téléphone, et comme ce devait être des personnels hospitaliers, ils ont dû se débrouiller par la suite, ce doit être ça l'histoire.

C : D'accord, et est-ce que vous avez des idées pour améliorer la prévention et le dépistage? Est-ce qu'il faut passer par les médias, internet, l'école, le médecin traitant?

Dr L : Il y a un relâchement certain de pas mal de choses. Le sida qui est considéré comme une maladie comme une autre et ce n'est pas vrai, on le voit à l'annonce, ça n'est pas tout à fait pareil. Il y a une certaine nonchalance chez les jeunes. Donc il y a un travail très très important à faire, comme ils n'ont pas connu la psychose qu'on avait connue. Il n'y a pas du tout la même anxiété. Donc il y a peut-être un travail à faire plutôt à l'école. Sinon ce qui m'insupporte toujours et ça c'est un peu la société dans laquelle on est et c'est plutôt un débat de société, c'est « faites ce que vous voulez, on s'occupe du reste », « bouffez comme des cochons, on a des statines ». Et le vrai facteur de risque du VIH c'est quand même la multiplicité des partenaires sexuels et cela ne se dit pas sur les spots de TF1 parce que ça n'est pas possible : attention si vous multipliez les...

C : Oh bah si, on pourrait le dire!

Dr L : Non c'est très politiquement incorrect de dire ça. On dit il y a un préservatif donc faites ce que vous voulez mais s'il n'y en a pas olala mon dieu.... ce qui est un message un peu faux. Le vrai message c'est vous avez un partenaire sexuel différent tous les 15 jours, il faut prendre des précautions un peu plus importantes. Parce que la réalité de ce que j'ai vu, ce sont des VIH que j'ai dépistés qui n'étaient pas dans la catégorie des toxico ou des homo, ça a toujours été des gens qui papillonnaient, et encore les homosexuels c'est essentiellement parce que leur mode de sexualité est très souvent lié à une multiplicité de partenaires sexuels. Je n'ai jamais entendu une campagne médiatique qui disait que la multiplicité des partenaires sexuels est un facteur de risque. Jamais. C'est pourtant nous ce que l'on pose comme question, nous, docteur.

C : Oui forcément plus il y a de contacts, plus il y a de risques...

Dr L : Oui en réalité c'est ça. Alors comment faire de mieux, je ne sais pas, je ne suis pas un docteur de santé publique, mais c'est vrai que l'impression qu'on a, alors c'est le 15ème hein, endroit assez restreint, c'est le caractère assez dilettante des jeunes vis à vis de tout ça. Et je pense que dans la génération au-dessus qui ont des enfants, je pense qu'il y a eu une telle imprégnation de ça que c'est évident que nos enfants devraient aussi être angoissés de ça...

C : Alors que pas du tout.

Dr L : Et en fait pas du tout. Je pense qu'il y a un hiatus un peu générationnel, parce que nous le sida, c'est évidemment le sida. Peut-être que les enfants de 18 ans aujourd'hui sont un peu légers. En tout cas c'est l'impression que j'ai eu en discutant un peu avec eux.

C : Et justement vous arrivez à discuter facilement avec eux de tout cela.

Dr L : Oui, quand on l'aborde avec les jeunes filles, parce que c'est l'histoire du monde, ce sont toujours les femmes qui sont exposées, enfin c'est plus facile, on commence à parler du frottis, des maladies sexuellement transmissibles, comment ça se transmet, pour-quoi..... Les jeunes hommes qui ont 18 ans, en général, ils ont des préoccupations qui ne sont pas... On ne peut pas leur demander de prendre en charge ça.

C : Ils sont moins médicalisés.

Dr L : Beaucoup moins.

C : Et est-ce qu'il y a encore un tabou par rapport au VIH ou bien finalement le fait que ça se soit banalisé...?

Dr L : Il y a un tabou encore un peu.

C : Est-ce que ça dépend des cultures? Par exemple ceux qui viennent d'Afrique, la représentation du VIH n'est pas la même, elle peut être beaucoup plus effrayante pour eux...

Dr L : Bizarrement le seul qui n'ait pas voulu se faire dépister c'était un migrant.

C : Oui justement, si on le dépiste, pour lui c'est équivalent à la mort peut être?

Dr L : Oui mais sa femme qui est française, quand je l'ai dépistée, elle savait d'où ça venait et lui ne veut pas en entendre parler, enfin bon bref..... Est-ce qu'il y a encore un tabou, oui.

C : Oui, aussi parce que ça touche à la sexualité. Est-ce que finalement c'est facile de parler de sexualité en médecine générale?

Dr L : Bah, on en parle, moi je n'ai pas de difficulté, les patients au début sont un peu réticents et puis on parle librement très vite, ça se passe.

C : Et quand vous êtes amené à parler de sexualité, c'est plutôt lorsqu'il y a une demande du patient ou c'est plutôt quand vous vous avez une idée derrière la tête?

Dr L : En général, ça n'est jamais direct la demande, c'est toujours : je viens pour un petit truc, je viens pour la pilule pour les femmes, pour des petits trucs un peu parallèles et ça glisse facilement de ce côté-là.

C : Vous avez l'impression que dans ces cas-là, vous tendez une perche et hop c'est parti ?

Dr L : Oh non, je rentre dans le lard moi, j'y vais, quand je sens que c'est ça le sujet du jour... C'est toute l'histoire de la médecine générale, les gens viennent pour un motif, ce n'est souvent pas celui-là qui est le

plus important, c'est celui dont ils n'ont pas envie d'en parler tout de suite.

C : Et justement sur la sexualité, le fait de connaître la famille, la femme, les enfants, la grand-mère, est-ce que ça peut être un frein?

Dr L : Oui cela peut être un frein, le monsieur que je connais depuis toujours avec madame, il n'ose pas me dire qu'il a une maîtresse, et puis machin et le dépistage je pense qu'il va aller le faire chez un autre médecin. Et il m'arrive de voir des patients que je ne connais absolument pas, qui viennent me voir que pour ça, et que je ne reverrai ensuite probablement plus. Je pense qu'il y a un truc quand même : le médecin connaît toute la famille ,même s'il y a le secret médical, oulala mon dieu il vaut mieux cloisonner.....

C : Et puis quel regard il va porter sur moi?

Dr L : Oui parce que dans toute la relation, même si on s'en défend, il y a quand même une relation de séduction, que ce soit du patient vers le médecin ou l'inverse, et qu'est-ce qu'il va penser de moi si je lui dis que j'ai une maîtresse, voilà. Donc, en général, ça ne vient pas aussi facilement, oui, c'est vrai.

C : Et avec les adolescents, vous me disiez que pour les filles pas de soucis...

Dr L : Oui avec les filles c'est très facile d'en parler, très facile, elles sont mêmes demandeuses, elles écoutent bien, elles posent des questions. Vraiment j'ai l'impression que c'est facile. Oh oui elles sont demandeuses d'informations, c'est facile.

C : Il y a certains médecins qui m'ont dit qu'ils ne voulaient pas trop en parler avec les jeunes filles à cause de potentiel problème de harcèlement, qu'on dise que c'est déplacé...

Dr L : A ce moment là qu'ils fassent autre chose! Olala pfff

C : Vous, vous n'avez jamais ressenti une gêne?

Dr L : Non parce qu'elles viennent pour une demande de pilule, donc je commence directement à glisser sur le frottis, sur les maladies sexuellement transmissibles, comment ça fonctionne, on ne va pas rentrer dans les détails des positions qu'elles utilisent pour faire ça, cela on s'en fout complètement. Et puis quand on donne des mots assez techniques, ça passe très bien, et puis il y a une demande ensuite, il y a une demande d'informations. Et dans l'immense majorité des cas, je les ai vues quand elles étaient enfants et maintenant elles ont 15 ans déjà. Enfin moi ça ne me pose aucune difficulté.

C : On pourrait se dire qu'avec l'évolution des médias, internet, les jeunes ont accès à énormément d'informations sur la sexualité, est-ce que finalement cela va les embrouiller et vont-ils avoir une vision assez erronée de la sexualité, est-ce qu'ils vont encore oser poser des questions à leur médecin ?

Dr L : Oui parce que souvent ils voient sur internet des choses, et cela n'est pas valable que pour la sexualité, et alors au contraire je trouve que ça c'est une belle aide, parce qu'ils vont aller dénicher des trucs qui vont les intéresser à un problème et ensuite ils se disent il y a des choses que je ne comprends pas, il faut que j'en parle à mon médecin et on en discute à ce moment-là. Et c'est bien d'avoir ce moteur, d'avoir des conneries entre guillemets sur internet, ça suscite l'envie d'en

parler, donc c'est un point de départ. Donc au contraire, depuis qu'il y a cet outil internet, pour toutes les pathologies c'est très intéressant. Et il n'y a pas un patient, quand ils viennent avec une pathologie ou un truc qui les inquiète, qui n'a pas regardé sur internet ce que ça peut être. Donc on dit à haute voix, voilà le diagnostic et voilà pourquoi on peut éliminer telle ou telle chose, j'explique un peu le mode de raisonnement, et on part sur une discussion « ah oui j'ai vu sur internet » à tous les coups, et ça permet d'apporter un dialogue et une compréhension, c'est plus intéressant que d'être dogmatique et de dire c'est ça et voilà.

C : Et surtout ils gardent les angoisses de ce qu'ils ont pu lire...

Dr L : Ils gardent les angoisses exactement. Moi j'ai l'impression que les gens parlent assez librement avec moi. Mais probablement que certains n'en parlent pas si librement parce qu'il y a des gens où il faut plusieurs fois, ça arrive aussi, il faut 3-4 consultations avant de pouvoir parler de certaines choses.

C : C'est normal d'attendre d'avoir confiance en son médecin avant d'aborder certains sujets...

Dr L : Notamment pour la sexualité. Si on va voir son médecin et qu'on n'a pas confiance.....

C : Cela peut être normal sur une première consultation.

Dr L : Oui sur une première consultation c'est rare qu'on aborde tous ces sujets là pour répondre à la question. Une jeune fille qui vient juste pour la pilule j'aborde très timidement les choses, en disant que ça serait bien quand même qu'elle envisage de faire les frottis et je dis juste un peu de manière très générale pourquoi, mais de manière très très générale pour le coup. Et puis si elle revient et qu'on en rediscute pour le renouvellement, on discute plus profondément.

C : Et avec les personnes âgées, parfois ça peut être difficile d'aborder la sexualité?

Dr L : Alors on aborde la sexualité des personnes âgées. En général, ce sont des problèmes d'impuissance chez les messieurs qui demandent maintenant la pilule du bonheur, alors là on peut commencer à aborder le sujet, c'est souvent ce biais là. Chez les femmes c'est souvent des problèmes de sécheresse vaginale, des problèmes de ménopause, des choses comme ça et là on peut glisser un peu là-dessus. C'est vrai que finalement ça ne s'aborde pas aussi bien que ça chez les personnes plus âgées. Je suis peut-être un petit peu moins à l'aise.

C : Oui on sait bien qu'il n'y a pas d'âge, mais c'est vrai qu'au-delà de 70-80 ans c'est...

Dr L : Il n'y a pas d'âge.

C : C'est vrai que j'avais rencontré une femme qui s'était contaminée avec le VIH à 86 ans parce qu'elle avait rencontré quelqu'un....

Dr L : Oui c'est vrai, mais j'y pense beaucoup beaucoup moins, ça ne me viendrait probablement pas à l'idée de demander un test de dépistage à quelqu'un qui est au dessus de 70 ans.

C : Non mais c'est rare....

Dr L : Non mais c'est vrai.

C : Oui la sexualité à cet âge là, c'est... Alors ça dépend de l'expérience...

Dr L : Oui ça dépend de l'expérience, mais alors là pour le coup j'y penserai si elle a été transfusée, si elle a été opérée, mais autrement non, pas par le biais de la sexualité. Comme quoi il y a des tabous encore! *Rires*. Même chez les docteurs !

C : Et alors justement sur la sexualité en médecine générale, j'avais trouvé une petite étude américaine qui est discutable, mais ils avaient pris 80 patients hommes et ils retrouvaient que 97% souhaitaient parler sexualité avec leur médecin et que finalement il n'y en avait que 19% qui osaient le faire car ils disaient que c'était au médecin d'aborder le sujet en premier parce qu'ils étaient gênés et que c'était le médecin traitant qui était le mieux placé pour parler de ça. Alors les chiffres bon, mais...

Dr L : Alors là on se heurte à une problématique d'organisation de la médecine générale. Vous avez une salle d'attente, vous avez un quart d'heure pour gérer les gens qui, avec la crise, ne veulent plus voir les spécialistes et arrivent avec 10 motifs de consultation : et au fait j'ai mal à la gorge et vous regarderez mon épaule et j'ai mes hémorroïdes, et le renouvellement et le reste.... et là vous ne pouvez pas faire les choses, alors même s'ils ont envie d'en parler, on ne peut pas, techniquement ça n'est pas possible.

C : On peut les faire revenir, en disant qu'on ne peut pas tout faire...

Dr L : Oui on peut les faire revenir, mais à la suivante, ça va être le même cinéma.

C : Ce qui était intéressant dans cette étude, c'est que souvent les médecins que j'ai vu me disaient si il y a une demande j'en parle mais sinon je ne veux pas m'en mêler, alors que finalement les patients...

Dr L : Oui c'est vrai, la sexualité reste quand même une affaire intime des gens. Mais il y a des choses qui dépassent le caractère intime, tout ce qui est maladies sexuellement transmissibles, parce que là pour le coup il y a d'autres gens qui sont concernés, donc on est un peu obligé d'en parler, et la méconnaissance des modes de transmission, on est un peu obligé de donner des idées générales, enfin on ne va pas rentrer dans les détails. C'est vrai qu'à l'occasion de la pilule, qu'à l'occasion de déficiences, enfin de troubles de l'érection, des choses comme ça, on peut en parler s'il y a un moyen un peu indirect d'aborder le sujet. Mais c'est vrai qu'on ne va pas l'aborder directement.

C : Et si il y a des gens qui viennent pour des dépressions, de la fatigue...

Dr L : Quand il y a une dépression, en général il y a une baisse de la libido et ce n'est souvent pas le motif principal.

C : Par exemple quand un homme africain dit je suis fatigué, en général...

Dr L : Oui, je suis fatigué chez un africain on peut poser la question ! A vrai dire je ne suis pas focalisé là-dessus ! Enfin probablement ça doit glisser dans la conversation et si j'ai une arrière pensée, parce que j'ai l'impression qu'il a une tuberculose et qu'il faudrait que je pense à regarder autre chose, j'avoue que je squeeze assez vite cet aspect là. C'est vrai qu'on ne va pas forcément aller gratter.

C : Et l'orientation sexuelle des patients, parfois c'est évident ou ils nous en parlent, parfois c'est un peu moins évident, ils n'en parlent pas, est-ce que vous posez la question simplement, ou alors par d'autres moyens?

Dr L : Quand il y a une nécessité, oui.

C : Par exemple pour le dépistage...

Dr L : Quand on parle de dépistage ou de maladies sexuellement transmissibles, on est un peu obligé d'aborder le sujet du mode de sexualité.

C : Mais en dehors? S'il vient pour.....

Dr L : Non.

C : S'il vient pour autre chose?

Dr L : Non, s'il vient pour autre chose, ça ne regarde que lui, ça ne me concerne pas.

C : Si vous lui faites un bilan par exemple.

Dr L : Là, probablement je vais passer à côté de quelque chose si je ne suis pas au courant, oui c'est vrai. Mais je ne demande pas de manière systématique. Oui mais si on fait un bilan il faudrait ! Si on voulait cibler bien les choses !

C : Et parfois on a des doutes, on se dit celui-là il doit être homosexuel, mais on n'a jamais osé poser la question, cela ne vous est jamais arrivé ?

Dr L : Oh non, quand j'ai vraiment un doute et que ça me trotte un peu, j'arrive toujours... C'est rare que je n'entende pas « mon ami » une fois ou deux.

C : Justement mon ami, on ne sait pas!

Dr L : Oui c'est vrai, non mais quand j'ai un doute je pose la question : vous vivez avec qui ? Vous vivez seul? Voilà!

C : Sans tabou particulier?

Dr L : Non parce qu'il y a un climat de confiance la plupart du temps qui s'est instauré donc...

C : Donc finalement pour conclure un peu tout ça sur la place du médecin traitant dans le dépistage VIH, quel est son rôle? Dans la sexualité?

Dr L : Vis à vis de la sexualité, c'est très orienté là-dessus? L'information, glisser sur... En fait c'est un peu focalisé sur un type de.... je me rends compte quand j'en parle, des jeunes filles qui viennent récupérer leur pilule ou plutôt les ados qui ne sont pas trop au courant, et ça n'intéresse pas tellement les autres publics.

C : Les 25-40 ans? Qui peuvent avoir une activité sexuelle pas forcément...

Dr L : Oui les 25-40 ans ont souvent une activité sexuelle assez débridée, mais c'est vrai que.... Quelle est la place?... On pourrait s'interroger, est-ce qu'on pourrait l'orienter un peu plus?

C : Oui comment on pourrait améliorer les choses?

Dr L : En médecine générale?

C : Oui.

Dr L : *blanc*

C : Que ce soit mettre des affiches, que ce soit glisser la sérologie plus facilement dans les bilans cholestérol-glycémie, que ça soit....

Dr L : Oui mais le glisser dans un bilan cholestérol, ça revient à faire du dépistage systématique! *Rires.*

C : Et oui, on y revient!

Dr L : C'est vrai que la question n'est pas si simple....

Si on veut absolument les dépister tous...

C : Ou en parler?

Dr L : En parler oui, en parler librement, je crois que c'est surtout là-dessus qu'on va pouvoir.... On est là pour améliorer la santé des gens, mais on n'est pas là pour leur tenir la main du début jusqu'à la fin, faut pas non plus inverser les rôles. On a un devoir d'éclairer, d'expliquer, de soigner les choses; mais on n'a pas à les infantiliser non plus, ça je m'y refuse. C'est trop de boulot, je ne peux pas tout faire, ça n'est pas possible. Enfin sur les populations qui sont censées être un peu au courant, cortiquées, qui ont entendu parler de l'épidémie du sida, ceux-là j'ai un peu tendance à leur dire, écoutez si vous n'avez pas les neurones, si vous n'êtes pas capables de vous prendre un peu en charge, c'est tant pis pour vous, enfin ça n'est pas tant pis pour vous, mais je ne vais pas faire l'effort de vous emmerder avec ça. Sur les populations un peu nouvelles, émergentes sur le plan de l'activité sexuelle, les jeunes filles et les jeunes garçons, surtout les jeunes filles, là j'ai tendance à être un peu intrusif, les autres non, c'est vrai. C'est mon mode de fonctionnement et je ne me vois pas tellement changer de mode de fonctionnement.

C : Non non mais c'est parfait...

Dr L : Non je ne sais pas si c'est parfait, mais c'est mon mode de fonctionnement.

C : Non mais c'est drôle parce que vous dites tous des choses assez différentes... C'est très intéressant!

Dr L : Ah bon?

C : J'ai fait beaucoup d'entretiens en Seine Saint Denis aussi.

Dr L : Là ce n'est pas la même population aussi.

C : C'est bien pour ça que j'ai été là-bas... Mais même à l'intérieur du 15^{ème}... Chacun a sa vision, son mode de fonctionnement !

Dr L : Non mais s'il y a vraiment une incompréhension des gens non comprenant, des types qui ne connaissent rien, si manifestement ce ne sont pas des adultes, qu'ils ne se prennent pas en charge, je le fais. Quand je dis que je ne veux pas le faire, en réalité on le fait, on le fait pour tout. Mais les gens un peu cortiqués, qui ont connu l'épidémie du sida, on est dans le 15^{ème}, un peu riche, les types ils vont voter, ils ont une opinion sur tout et sur rien, ceux-là ils sont au courant quand même que le fait de se shooter ou d'avoir une attitude à risque c'est dangereux, donc à ce moment-là, ils me demandent un test et c'est un peu à eux de se prendre en charge aussi. Ceux de la Seine Saint Denis, j'imagine que... et puis ils parlent à moitié français, ils ne comprennent pas donc on y va à leur place. Oui il y a des moments où on les prend en charge quand même, on les prends par la main et on y va, mais la population du 15^{ème} ce n'est pas la même! Ce qu'il faudrait savoir c'est dans le 15^{ème} combien il y a de VIH qui ne sont pas dépistés en fonction des populations, là aussi.

C : Dans un bulletin qui est sorti là en décembre, ils l'ont fait sur tous les départements franciliens.

on frappe à la porte, il va ouvrir, et discute avec son associé

C : Et donc ils ont montré que sur les 8 départements de l'île de France, là où il fallait améliorer le dépistage c'était la Seine Saint Denis et Paris.

Dr L : Paris intra muros?

C : Oui, après ils n'ont pas fait la différence entre le 15^{ème} et le 18^{ème}, et le marais...je ne sais pas comment ils ont fait les statistiques...

Dr L : Oui après on s'adapte surtout à la population qu'on reçoit, et il n'y a pas deux... Moi j'ai mon associé, on se ressemble un peu, mais on n'a pas du tout les mêmes patients, quand je vois ses patients, je sais... sans avoir besoin de consulter mes fiches, donc ça se sélectionne, j'imagine que là aussi c'est un peu du feeling. Et vouloir faire un truc un peu systématique, intrusif, direct, enfin c'est complètement débile. Enfin je me trompe peut être.....

N° 16 : le 25/01/2012

Dr XIII

7^{ème} arrondissement

Contexte : Pas de secrétariat, je tombe directement sur lui au téléphone, il accepte assez facilement. Il vient de s'installer depuis 10 mois en association avec un confrère. Salle d'attente avec quelques brochures, pas sur le VIH, mais grande affiche dans le bureau médical sur le dépistage VIH! Secteur 1, son confrère en Honoraire Libre. Entretien coupé en deux pour faire un vaccin à un patient qu'il avait envoyé à la pharmacie. Entretien court, réponses très brèves, difficile à faire parler... (27:18) N'accepte pas les questionnaires, veut en discuter avec son associé avant d'accepter.

C : Déjà pour vous connaître un peu mieux, depuis quand êtes-vous installé ici?

Dr XIII : Depuis mars.

C : Donc très récemment, et avant vous étiez installé ailleurs?

Dr XIII : Non j'ai fait des remplacements pendant 10 ans, j'ai fait mes études à Strasbourg, j'ai fait plus de 6 ans de remplacements en Alsace, puis 4 à Paris et région parisienne et voilà, je me suis installé.

C : Et qu'est-ce qui vous a amené ici particulièrement?

Dr XIII : Parce que j'habite dans le 15^{ème} je voulais m'installer dans le 15^{ème}, et puis finalement ça ne s'est pas fait et le médecin avec qui je devais m'associer connaissait le Dr de SL qui cherchait un associé, voilà comment cela s'est fait, comment j'ai fini ici.

C : Et là vous travaillez avec une faculté en particulier?

Dr XIII : Non.

C : Et vous êtes arrivé à Paris pour des raisons professionnelles? Personnelles?

Dr XIII : Personnelles.

C : Et est-ce que vous travaillez avec des réseaux dans l'arrondissement ?

Dr XIII : Oui, il y a le réseau 15-7.

C : Qui est un réseau de quoi?

Dr XIII : Gériatrie, de maintien de personne à domicile, de personnes avec des troubles de la mémoire.

C : Et le réseau « ensemble », je ne sais pas s'il vient jusque dans le 7^{ème}?

Dr XIII : Si.

C : Je ne sais pas si vous travaillez avec eux en particulier?

Dr XIII : Non, je viens de m'installer.

C : C'est très bien, ça va être une autre vision! Alors je sais bien que dans le 7^{ème} il n'y en a pas forcément beaucoup, mais est-ce que vous avez des CMU ou des Aide Médicale d'État?

Dr XIII : Oui, il y en a quelques uns.

C : Est-ce que vous avez une idée, c'est 1%? 5%? 10%?

Dr XIII : De ma clientèle? Ça doit être 1%-2%.

C : Et des AME, vous en avez?

Dr XIII : Si, et j'en ai de plus en plus, comme c'est une grande famille et qu'il n'y a pas beaucoup de médecins en secteur 1 dans le 7^{ème} et que je suis donc un des rares, du coup je prends les CMU et les AME....

C : Et ça se sait assez vite... Donc vous êtes associé, en secteur 1 et les consultations sont sur rendez-vous?

Dr XIII : Oui uniquement sur rendez-vous.

C : Vous faites des visites?

Dr XIII : Oui.

C : Et vous êtes tout informatisé, j'imagine?

Dr XIII : Oui.

C : Et à peu près combien de consultations par jour? En moyenne?

Dr XIII : Euhh, ça monte heureusement! Je fais entre 10 et 15, donc on va dire 12-13.

C : C'est tout récent... Donc vous avez terminé vos études de médecine il y a 10 ans, et il y a 20 ans vous commencent vos études de médecine à peu près...?

Dr XIII : Oui je suis de 75, j'ai commencé en 93.

C : Donc c'était juste avant l'arrivée de la trithérapie pour le sida, est-ce que cela a eu un impact pendant vos études? Est-ce que vous avez fait des stages en maladies infectieuses?

Dr XIII : Non, pas particulièrement.

C : Et là est-ce que vous suivez des patients VIH?

Dr XIII : Non, aucun.

C : Est-ce que vous faites du dépistage VIH ?

Dr XIII : Oui.

C : Est-ce que vous avez à peu près une idée sur un mois, combien de tests?

Dr XIII : Beaucoup, parce que j'ai beaucoup de jeunes dans ma clientèle donc du coup, même s'ils ne sont pas demandeurs, je les pousse un peu à la roue.

C : Et il n'y a pas de problème, ils acceptent? Il n'y en a pas qui refusent ?

Dr XIII : Non.

C : Si je vous pose ces questions c'est qu'en octobre 2009, les recommandations de l'HAS...

Dr XIII : Ont changé, je sais.

C : Donc ils proposaient de faire un dépistage systématique de toute la population entre 15 et 70 ans, avec un dépistage au moins une fois dans la population générale et après, plus fréquemment voire tous les ans pour les populations à risque, et donc aux médecins généralistes de se débrouiller..... Est-ce que vous aviez entendu parler de ces recommandations?

Dr XIII : Oui oui.

C : Comment les mettre en pratique finalement?

Dr XIII : C'est une bonne question! *Rires* Chez les gens jeunes ça va, chez les gens qui sont mariés depuis 20 ans c'est très compliqué.

C : Et alors comment faites-vous ? Vous ne faites pas ?

Dr XIII : Je ne fais pas.

C : Vous arrivez à le glisser dans un bilan ?

Dr XIII : Non, je ne le fais pas, et on a encore l'obligation de poser la question pour le VIH ? Et puis c'est normal que quand les gens partent avec leur ordonnance ils sachent pourquoi ils vont au laboratoire.

C : Oui oui c'est normal, ce n'est pas ce que je voulais dire ! Mais parfois, à l'occasion d'un bilan, on peut en parler...

Dr XIII : C'est vrai que je pourrais proposer comme ça, mais je ne le fais quasiment pas en fait.

C : Donc vous ciblez votre population, c'est qui ? Les jeunes ?

Dr XIII : Oui.

C : Et les migrants ? Vous disiez que vous aviez des AME ?

Dr XIII : Non, les AME ce sont des gens d'Amérique Latine.

C : Je ne sais pas si vous avez une population d'homosexuels dans votre clientèle ?

Dr XIII : Quelques uns, eux ils le font tous régulièrement

C : Ils vous le demandent ? Ils en parlent ?

Dr XIII : Oui.

C : Est-ce que vous faites un peu de gynéco ici ?

Dr XIII : Pas du tout.

C : Parce que...

Dr XIII : Moi j'aimerais bien en faire, mais dans le 7ème, elles ont toutes leur gynéco.

C : Et donc là j'ai vu qu'il y avait quelques brochures dans la salle d'attente, est-ce que vous avez l'impression que ça marche, que les patients vous en parlent ?

Dr XIII : Oui.

C : Et par exemple pour le VIH, est-ce que mettre une petite brochure ou affiche ?

Dr XIII : Comme celle-là par exemple ? *Il me montre une superbe affiche sur le dépistage du VIH en plein milieu de son cabinet.*

C : Et bien c'est parfait !

Dr XIII : Mais les gens la voient assez peu finalement.

C : C'est vrai que je lui tourne le dos...

Dr XIII : En même temps je ne sais pas où la mettre d'autre ?

C : Et quand ils la voient ?

Dr XIII : Oui, ça fait tilt, mais sinon les personnes âgées ça les fait rigoler, elles ne se sentent pas du tout concernées, enfin quand je dis âgées, 50-60 ans, mais c'est vrai que je pourrais proposer de manière plus systématique.

sonnerie de l'interphone, c'est le patient qui est allé chercher son vaccin...

C : Et est-ce que vous avez entendu parler des tests rapides de dépistage ?

Dr XIII : Oui.

C : Et je ne sais pas si vous saviez mais depuis un an, ils sont autorisés pour les médecins généralistes.

Dr XIII : D'accord, mais je ne sais pas où ça se trouve, comment ça marche, comment ça fonctionne, je n'y connais rien du tout.

C : Alors ils ont donné le feu vert pour les médecins généralistes, mais j'avoue que j'ai cherché comment

s'en procurer et je n'ai pas trouvé. Mais en imaginant que ce soit un peu plus simple et mieux organisé, vous vous verriez faire ça au cabinet ?

Dr XIII : Oui.

C : C'est hyper rapide, une goutte de sang dans un petit puits, une goutte de réactif et on lit le résultat. Je ne sais pas si vous déjà eu à faire des annonces de séropositivité ?

Dr XIII : Non.

C : Et donc avoir un test rapide avec un résultat positif ?

Dr XIII : Ah ah, bah on verra à ce moment-là, ça n'est qu'un test de dépistage après...

C : Oui il faut confirmer avec une vraie sérologie. Je ne sais pas si vous travaillez avec un centre de maladies infectieuses en particulier ?

Dr XIII : Non, mais j'ai reçu un courrier, pour l'instant je n'ai pas eu affaire à eux, du centre à Pompidou. Apparemment il y a un centre spécialisé chez eux en VIH qui a l'air assez correct.

C : Oui tout à fait, chez le Pr Weiss, j'ai été externe là-bas...

Dr XIII : Et alors c'est bien ?

C : Moi j'ai beaucoup aimé...

Dr XIII : Moi je l'ai senti dans leur courrier, déjà qu'un prof universitaire envoie un courrier à tous les médecins généralistes, j'ai trouvé la démarche sympa.

C : Effectivement c'est assez rare de la part des hospitaliers...

Dr XIII : Comme quoi les réseaux ville-hôpital finalement ça peut marcher.

C : Donc vous êtes prêt à faire les tests si jamais on sait comment se les procurer. Et est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir un patient qui vient vous voir un peu en urgence après une prise de risque ?

Dr XIII : Ce n'était pas un patient, mais ça m'est arrivé oui ! Rires.

C : Et alors qu'est-ce que vous avez fait ?

Dr XIII : Je l'ai adressé aux urgences, après j'ai eu un doute, mais pour moi les traitements post exposition ne se trouvent que dans les services d'urgences, c'est vrai ?

C : Oui, à l'hôpital en tout cas.

Dr XIII : Après je me suis demandé si on pouvait le prescrire, mais c'était compliqué, parce que monsieur n'était pas français, n'avait pas de carte vitale et il n'avait pas un rond, donc comme ça coûte un bras, il voulait que je lui prescrive mais que je fasse l'ordonnance à quelqu'un d'autre, j'ai dit non, ça je ne fais pas. J'ai dit il n'a qu'à aller à l'hôpital.

C : Non c'est vraiment hospitalier, parce qu'après il faut faire tout le suivi... C'est une bonne option de les envoyer à l'hôpital ! Et je ne sais pas si vous saviez que maintenant dans les tests de dépistage il y avait toujours un ELISA et un AgP24, du coup quand il y a une prise de risque...

Dr XIII : Ah bon ?

C : Quand vous demandez une sérologie ce n'est plus que des tests combinés ELISA et AgP24, c'est pour ça qu'avant, quand il y avait un risque, on demandait la sérologie à J0 et à 3 mois, alors que maintenant c'est zéro - 6 semaines. C'est vrai que c'est bien de le dire aux patients parce que ça n'est pas toujours très clair... Voilà pour les nouveautés... Et même si vous n'êtes pas

installé depuis très longtemps mais également dans vos remplacements, je ne sais pas si vous avez pu rencontrer des difficultés pour aborder le VIH, des problèmes liés à la sexualité?

Dr XIII : Non.

C : Il n'y a pas de tabou?

Dr XIII : Non.

C : Ils en parlent facilement?

Dr XIII : Oui.

C : Vous n'avez pas l'impression qu'il y ait des problèmes de discrimination, c'était aussi l'idée du dépistage systématique pour éviter de discriminer les gens...

Dr XIII : C'est-à-dire?

C : Parfois le fait de demander la sérologie, les gens se disaient que c'est parce qu'ils avaient fauté ou qu'ils étaient homosexuels, alors que le principe du dépistage systématique, on dit voilà, on le fait à tout le monde et on n'entre pas dans le détail de savoir s'ils ont pris des risques...

Dr XIII : Moi j'avais un super prof de maladies infectieuses à Strasbourg qui s'occupait justement du VIH et qui disait qu'on ne parlait plus de population à risque mais de comportement à risque. Et cela ça n'est pas passé encore!

C : On dit qu'il y a encore 50 000 personnes qui ignorent leur séropositivité, du coup ils ont dit on va dépister tout le monde de 15 à 70 ans pour rattraper ces personnes et après ils parlent de populations ciblées encore : originaires des Antilles, les toxicomanes et les homosexuels.

Dr XIII : Et les hétérosexuels à partenaires multiples?

C : Ceux-là font partie de la population qui prend des risques.

Dr XIII : Vous avez vu que dans le quotidien du médecin, ils vont lancer une étude gonflée, une étude de pré exposition, de trithérapie à prendre sur une période courte... Je ne sais pas quoi...

C : Oui avant une prise de risque, oui ça fait plusieurs années qu'ils parlaient de faire ça.

Dr XIII : C'est lancé, ils cherchent des volontaires pour l'instant.

C : Ethiquement c'est compliqué...

Dr XIII : En même temps, cela ne changera pas le comportement des personnes, de ceux qui prennent des risques, c'est comme ça qu'ils ont présenté l'étude. Et donc vous faites votre thèse sur le VIH?

C : Pas uniquement, j'essaye aussi de voir comment on peut aborder la sexualité au cabinet de médecine générale, ce n'est pas forcément évident.... Alors vous ne faites pas beaucoup de gynéco, mais comme vous êtes un homme, c'est peut-être plus facile pour vous avec les hommes? Est-ce qu'il y en a qui viennent vous parler clairement de ça?

Dr XIII : Cela dépend, quand c'est bien vécu ça se passe rapidement et clairement, enfin....

C : Simplement?

Dr XIII : Oui voilà, mais quand c'est un peu plus compliqué les gens viennent pour un rhume ou une angine et...

C : En général, ils trouvent d'autres occasions pour venir...

Dr XIII : Voilà! Et au bout de 2-3 fois où vous les voyez et qu'ils voient que le courant passe à peu près, alors à ce moment-là, on en parle.

C : Et vous êtes-vous déjà retrouvé dans une consultation où vous ne comprenez pas très bien pourquoi le patient vient et ...

Dr XIII : Si si.

C : Et du coup, vous essayer de tendre des perches ou de creuser un peu? Ou ça n'est pas évident, vous attendez plutôt qu'il y ait une demande?

Dr XIII : Oui j'attends plutôt qu'il y ait une demande, parce qu'on les voit arriver quand même. Quand ils viennent « oui je voudrai un petit bilan sanguin pour voir si tout va bien? On fait les sérologies aussi avec ? ».

C : Oui et ça amène à parler... Et je ne sais pas si vous avez l'impression que c'est très chronophage, surtout que ça survient souvent en fin de consultation ?... Ou bien est-ce quelque chose où vous êtes plutôt à l'aise?

Dr XIII : En général ça se passe bien.

C : Et le fait de suivre toute la famille, la femme, les enfants, la grand mère? Ce peut être un peu compliqué?

Dr XIII : Oui.

C : Si le mari part un peu voyager....? Est-ce que c'est un frein de connaître toute la famille ou au contraire, c'est plus une question de relation de confiance.

Dr XIII : C'est une relation de confiance, mais individuelle.

C : Ils savent qu'il y a le secret, mais parfois les malades sont un peu gênés, non?

Dr XIII : Euhhhh.

C : Vous n'avez pas cette impression-là?

Dr XIII : Si.

C : Le fait que vous connaissiez sa femme, il va peut-être éviter de vous en parler?

Dr XIII : Non pas particulièrement, s'ils font confiance.

C : Vous ne voulez pas faire le vaccin à votre patient et on finit après?

Dr XIII : Oui.

C : Donc on en était à l'abord de la sexualité avec ses malades, est-ce que c'est plutôt à eux de le faire ou au médecin d'essayer de tendre des perches?

Dr XIII : Moi je les laisse faire.

C : J'ai vu une petite étude faite aux États-Unis sur 80 patients hommes, qui retrouvait qu'environ 90% des patients souhaitaient parler de sexualité avec leur médecin, mais que finalement il n'y en avait que 20% qui osaient le faire, et ils disaient que c'était au médecin généraliste d'initier le sujet.

Dr XIII : Exact.

C : Donc comment faire? Parce que le médecin pense souvent que c'est à eux de faire une demande car ils ne veulent pas s'immiscer dans leur vie et eux ils attendent que ce soit le médecin qui le fasse, donc finalement personne n'en parle...

Dr XIII : C'est ça! *Rires*.

C : Donc je ne sais pas comment vous faites-vous?

Dr XIII : Euhhhh.

C : Est-ce que vous y voyez? A qui on en parle? S'il vient pour une angine on ne va pas....

Dr XIII : Franchement ça n'est pas évident.

C : Est-ce que c'est au médecin de faire ça?

Dr XIII :

C : Est-ce qu'il faudrait mettre des affiches pour les inciter à en parler?

Dr XIII : *pires.* Non, je ne sais pas. C'est vrai que moi j'attends toujours qu'ils m'en parlent, donc je n'initie pas le sujet.

C : Et le fait d'être un homme, c'est peut-être plus facile avec les hommes, par exemple pour les problèmes d'érection? Les femmes peut être, plus âgées, à la ménopause, en parlent plus facilement avec leur gynéco?

Dr XIII : Oui elles vont en parler au gynéco pas à moi.

C : Justement, comment aborder la sexualité chez les personnes âgées? C'est quelque chose qui peut être délicat?

Dr XIII : ça n'existe pas. *Rires....*

C : Chez les adolescents?

Dr XIII : Chez les adolescents c'est plus facile, parce qu'elles viennent pour leur pilule, donc c'est plus facile à aborder et chez les garçons aussi.

C : Sans soucis? Ils posent des questions sans être trop gênés?

Dr XIII : C'est plutôt moi qui aborde la question. Quand ils viennent pour la pilule c'est facile et les petits gars qui viennent pour autre chose je leur parle assez facilement.

C : Et le gardasil, par exemple, est-ce que ça peut...?

Dr XIII : J'en prescris systématiquement.

C : Et ce peut être un moment pour parler de la sexualité ou elles sont trop jeunes?

Dr XIII : Oui, elles sont jeunes, mais elles ne sont jamais trop jeunes, moi j'ai fait ma thèse sur l'ITVG, donc bon...

C : Et le fait d'être dans le 7^{ème}, c'est une population un peu particulière?

Dr XIII : Non pas tant que ça. Il y en a qui vouvoient leurs enfants mais sinon.... *Rires.* Cela m'est arrivé 2-3 fois, j'étais gêné parce que moi, le gamin de 14 ans, je le tutoyais!

C : C'est vrai que le quartier est plutôt traditionnel, mais si vous avez des patients de cultures particulières?

Dr XIII : Non, c'est très très traditionnel

C : En fait je fais ma thèse à moitié à Paris et à moitié en Seine Saint Denis...

Dr XIII : ça n'est pas tout à fait les mêmes populations. Je sais parce que moi j'ai fait des remplacements dans le 14^{ème}, 15^{ème} et 20^{ème} et non seulement ça n'est pas la même population mais ça n'est pas la même médecine. Je ne pensais pas que ça changeait autant

C : Alors je ne sais pas si ça vous ai déjà arrivé, ou dans vos remplacements, mais parfois on peut avoir des doutes sur l'orientation sexuelle de nos patients...

Dr XIII : Oui et alors?

C : Bah oui, mais pour pouvoir leur proposer plus de dépistages?

Dr XIII : Ah oui d'accord dans ce sens-là. Mais alors moi je pars du principe que en un ça ne nous regarde pas et en deux ça n'est pas une question d'orientation sexuelle mais de prises de risque

C : Oui mais c'est vrai que parfois la population homosexuelle est peut-être plus enclin à avoir des partenaires multiples même si ça n'est pas vrai chez tous. Mais c'est quand même une population, notamment à Paris où la prévalence du VIH explose

Dr XIII : Le nombre de séropositifs en pourcentage de la population gay parisienne c'est astronomique je crois, je ne sais plus combien c'était mais ils ont sortis les chiffres...

C : Oui dans le bulletin de décembre... C'est aussi pour ça qu'il y a des alertes. En île de France, les 2 départements les plus touchés sont la Seine Saint Denis où il y a beaucoup de migrants et ensuite c'est Paris

Dr XIII : Non moi clairement je ne pose pas la question de l'orientation sexuelle

C : Parce que ça n'est pas toujours évident?

Dr XIII : Non parce que j'estime que ça ne me regarde pas. S'ils ont envie de m'en parler ils m'en parlent. Par contre conduite à risque oui, mais je ne pense pas que ça dépende de l'orientation sexuelle

C : Non mais c'est une population où la prévalence est plus importante... Donc il y a plus de risques.... Et parfois on se pose la question...

Dr XIII : Je me suis déjà posé la question, mais ça n'est pas parce que je me suis posé la question que je suis en droit de la poser. Et finalement je m'en fous

C : Oui mais c'est juste pour faire un peu de prévention et de dépistage...

Dr XIII : Vu sous votre angle oui. Mais ça revient à dire que les homosexuels ont plus des comportements à risque sexuel

C : C'est peut-être un peu vrai?

Dr XIII : Mais les nouvelles contaminations c'est plus chez les hétéro non?

C : Oui bien sûr, mais à Paris dans la population homosexuelle c'est assez effrayant quand même les nouvelles contaminations...

Dr XIII : J'en ai parlé une fois à un mec, pendant un remplacement, le mec il avait un muguet, je n'avais jamais vu ça, je l'ai envoyé faire une sérologie VIH, il est sorti le gars il n'était pas bien

C : Il avait pris des risques?

Dr XIII : Je pose la question comme ça : s'il a pris des risques, je ne demande pas s'il a couché avec Pierre, Paul ou Jacques, et il m'a répondu oui il y a un mois

C : Oui ça pouvait coller avec une primo-infection... Et le résultat?

Dr XIII : Bah je ne sais pas, c'est le problème des remplacements

C : C'est qu'on n'a pas le suivi...

Dr XIII : Exactement

C : Et finalement comment on pourrait améliorer le dépistage du VIH en médecine générale? Est-ce que vous avez l'impression que vous ciblez suffisamment, et que...?

Dr XIII : Bah non comme il faut cibler tout le monde *pires*

C : Oui mais c'est compliqué...

Dr XIII : Oui vous allez emmerder et stresser la population générale pour finalement trouver 50 000 personnes sur 60 millions

C : Donc est-ce que ça a vraiment un sens finalement?

Dr XIII : Pour les 50 000 personnes qui vont être dépistées oui

C : Mais est-ce qu'il appartient vraiment à la population générale?

Dr XIII : Oui c'est une bonne question, est-ce que les 50 000 ce ne sont pas des gens qui ne veulent pas se faire dépister parce qu'ils sont au courant inconsciemment, franchement je ne sais pas, mais moi le proposer à la population générale ça ne paraît pas logique si vous voulez. En même temps si on arrive à en dépister plus plus tôt tant mieux, mais...

C : Mais d'un point de vue collectif, ils partent du principe que si on dépiste tout le monde on pourrait arrêter les nouvelles contaminations, car les gens seraient traités ou contrôlés et donc moins contaminants...

Dr XIII : C'est vrai

C : Mais bon on n'y est pas vraiment. Et est-ce que vous n'avez pas l'impression que chez les jeunes..

Dr XIII : Par contre j'ai un patient d'un certain âge, pas loin de 60 ans, qui vient faire un dépistage tous les 2 mois...

C : Et alors vous lui avez demandé pourquoi?

Dr XIII : parce que monsieur va voir des filles de joie, mais il n'a que des rapports protégés, mais ça tourne à la psychose, j'ai beau lui expliqué par A + B que ça ne sert à rien, enfin il me dit qu'il a des rapports protégés mais je ne suis pas là pour vérifier donc je lui prescris systématiquement sa sérologie

C : Il y a 2 choses, on s'aperçoit que l'âge moyen de découverte c'est plutôt vers 37-40 ans, donc c'est quand même assez âgé

Dr XIII : Oui c'est très tard

C : Et la population vieillie et on ne pense pas à dépister la population de 40-50 ans

Dr XIII : C'est vrai. Du coup je vais le faire

C : Et l'autre chose c'est qu'on s'aperçoit que la jeune génération qui a 18 ans aujourd'hui

Dr XIII : Ils n'en ont rien à foutre, affolant:

C : Je ne sais pas si justement ça vous a marqué?

Dr XIII : Oui, j'ai un petit frère... Mais les gamins de 18 ans, ils n'en ont rien à taper, moi j'ai été de la génération où on nous a bassiné des kilotonnes, par contre eux rien, et c'est vrai que ça fait une sacrée différence

C : Et du coup vous essayer de les informer...

Dr XIII : Bah oui

C : Et qu'est-ce vous pensez qui pourrait marcher le mieux?

Dr XIII : C'est difficile chez les adolescents

C : Ils ne vont pas forcément chez le médecin généraliste à part un certificat de sport...

Dr XIII : C'est à l'école qu'il faut les choper

C : Et vous, vous n'êtes pas installé depuis longtemps, mais vous n'avez jamais été contacté par des écoles?

Dr XIII : Non

C : Donc finalement la place du médecin généraliste dans le dépistage? On est en contact avec la population générale...

Dr XIII : Elle est importante, parce qu'on est le premier échelon

C : Donc vous n'avez pas l'impression d'avoir de difficultés particulières pour aborder le sujet?

Dr XIII : Non

C : ça ne choque pas votre clientèle particulièrement?

Dr XIII : Non, les vieilles bourgeoises, j'évite de leur poser la question

C : Et pourtant! On n'en sait rien!

Dr XIII : Oui vous avez raison, je vais le faire maintenant! Je vais modifier mes pratiques

C : Et j'ai eu plusieurs médecins qui m'ont dit qu'avec l'âge et l'expérience, c'était plus facile d'aborder la sexualité que quand ils étaient jeunes médecins. Que la plupart ils y arrivent avec les adolescents mais beaucoup moins avec les personnes âgées...

Dr XIII : Moi c'est pareil, avec les jeunes ça va, avec les personnes âgées....

C : Et il y a une différence de génération qui n'est pas évident?

Dr XIII : Oui

C : Et vous n'avez jamais eu de formation la-dessus?

Dr XIII : Non

C : Est-ce que c'est vraiment le rôle du médecin généraliste de parler de la sexualité?

Dr XIII : C'est une bonne question, oui. Je ne suis pas sur

C : Est-ce que ça fait partie de la santé?

Dr XIII : Oui enfin la santé si vous prenez la définition de l'OMS, bonjour! *Rires*

C : ça peut rentrer dedans justement...

Dr XIII : C'est le bien être physique, moral et psychique ou je ne sais plus quoi

C : Donc la sexualité peut rentrer dedans!

Dr XIII : Oui d'accord, alors le médecin s'occupe de tout alors!

C : Il devrait?!

Dr XIII : On ne peut pas, on ne peut pas s'occuper de tout

C : Parfait, mais vous savez que vous êtes le premier à avoir une affiche sur le dépistage, donc bravo!

Dr XIII : On l'a reçu il n'y a pas longtemps, ça devait être début décembre pour le lancement de la campagne

C : Merci

N° 17 : le 27/01/2012

Dr Castafiore

7^{ème} arrondissement

Contexte : Le secrétariat téléphonique contacte le médecin qui lui autorise à me donner son portable. Je lui laisse un message. Elle me rappelle le soir et accepte que je prenne un créneau de rendez-vous. Elle arrive pour mon entretien, m'avait un peu oublié et pense que je suis une nouvelle patiente... Elle m'explique en fin d'entretien que c'est une période où elle a trop travaillé et qu'elle vient de se mettre en arrêt de travail cette semaine... Me reçoit avec beaucoup de sympathie. Beaucoup de blanc pendant l'entretien (37:21). Salle d'attente très chic tout en mobilier Louis XV et statues. Une petite console avec quelques brochures surtout sur la beauté féminine. Pas d'affiches, de beaux tableaux. Cabinet composé de deux chirurgiens plastiques (dont son mari) et d'une ORL. Perplexe devant les questionnaires en fin d'entretien, pas possible dans son cabinet mais peut être dans son centre de santé dans le 15^{ème}. Elle ac-

cepte le sac avec la boîte et les questionnaires.
Secteur 2.

C : Déjà comment vous pourriez définir votre mode d'exercice? Depuis quand êtes-vous installée ici?

Dr C : Moi je suis installée à Paris depuis 1989, j'étais thésée en 1986, je viens du Nord, j'ai fait mes études à Lille, je suis installée à Paris, 12ème d'abord, je me suis associée une petite année, puis dans le 11ème, puis je suis venue ici dans le 7ème depuis 98.

C : Et vous êtes venue à Paris pour des raisons personnelles?

Dr C : Oui personnelles

C : Et donc associée dans ce cabinet depuis 98? J'ai vu qu'il y avait plusieurs médecins

Dr C : Oui nous sommes plusieurs médecins, c'est une société de fait, ce n'est pas une SCM, surtout il y a mon mari et puis deux autres

C : Ce sont des médecins généralistes?

Dr C : Non il y a deux chirurgiens plasticiens et la dame qui est ORL, je suis le seul généraliste

C : D'accord, et vous êtes en lien avec une faculté à Paris ou pas du tout? Je ne sais pas si vous avez des liens particuliers?

Dr C : Pas trop. Si à un moment j'allais avec le Pr... le chef d'urologie aux saint père, j'étais aller faire journées là-bas, pas récemment.

C : Et vous travaillez avec des réseaux dans le 7ème?

Dr C : Non

C : Et votre patientèle, c'est plutôt orientée gériatrie? Pédiatrie?...

Dr C : Pas beaucoup de pédiatrie

C : Il y avait plein d'enfants mais ce devait être pour l'ORL... Je ne sais pas si vous avez une spécialité particulière?

Dr C : Je suis homéopathe

C : Et donc vous faites surtout de l'homéopathie?

Dr C : je suis médecin généraliste à orientation homéopathique, oligo-éléments. Ce qui c'est pas passé, c'est que je suis toujours en mouvement, donc j'ai repris une patientèle il y a deux ans, en restant sur place, j'ai repris les dossiers, oligo-éléments, nutrition, c'est une pratique très spéciale, je fais aussi l'auriculothérapie pour aider à maigrir bien et arrêter du tabac. Donc ça c'est une partie importante. J'ai un fond de patientèle de monsieur qui avait introduit les oligo-éléments, donc ce sont des patients de 85-90 ans qui étaient soignés par le Dr Patradzi, qui vont très très bien, c'est-à-dire qu'ils viennent 2 fois par an pour faire leurs courses, ils n'ont rien c'est étonnant

C : Donc une pratique assez particulière...

Dr C : Oui mais c'est très intéressant, mais si j'ai un diabète je le suis ou si j'ai une hypertension... de la médecine classique

C : Et là vous êtes en secteur 2, je ne sais pas si vous avez des CMU, dans le 7ème, ça n'est pas...

Dr C : Pas trop, mais il faut que vous sachiez que j'ai une activité mixte, je suis en libéral ici et je travaille dans un centre de santé dans le 15ème, donc là les CMU pas de problème, je les vois là-bas, et niveau paperasse, je préfère les voir là-bas, enfin je ne suis pas fermé, il y a des gens, par exemple les étudiant je les

prends à 23 euros, je ne suis pas une...rapia. Mais les CMU j'aime bien être prévenue avant quand même
C : Du coup vous les voyez plus facilement dans le 15ème

Dr C : Voilà, il n'y a pas de soucis

C : Et là, vous êtes sur rendez-vous j'imagine

Dr C : Oui

C : Vous faites des visites parfois?

Dr C : Plus du tout

C : Et vous êtes tout informatisé j'ai l'impression, vous avez encore des dossiers papiers?

Dr C : Oui

C : Et vous faites un peu de gynéco de ville?

Dr C : Non les femmes ont leur gynéco

C : Donc vous avez été thésée en 1986, c'était justement le moment de l'émergence du sida, je ne sais pas si ça a eu un impact dans vos études?

Dr C : C'était le tout début, en médecine générale, j'étais en urologie

C : Et je ne sais pas si vous avez eu des patients... Si ça a eu un impact sur votre vie professionnelle de toute jeune médecin? Si vous êtes passée dans des services de maladies infectieuses à cette époque-là?

Dr C : à l'époque du sida non, c'était avant, je me souviens c'est sorti en 1985 à la fin de mon internat en médecine générale.

C : Et vous avez fait des remplacements à ce moment-là?

Dr C : Je voulais faire un internat de spécialité, je suis rentrée dans la réforme, j'étais la première à entrer dans l'internat de médecine générale. Donc internat qualifiant, pas d'accès au CES, je n'avais pas vraiment signé pour ça, donc j'ai voulu présenter l'internat et comme j'étais à Lille, on présentait les certificats à la carte. Moi j'ai fini toute ma formation en 5 ans, après j'ai pris le poste d'interne en 6ème année, faisant fonction d'interne, je faisais des remplacements, après j'ai fait mon internat de médecine générale, je n'ai pas eu mon internat de spécialité bien sûr, je n'étais pas très motivée ou trop amoureuse je ne sais pas, allez savoir

C : Donc pas particulièrement, vous n'avez pas été marqué par des patients à cette époque-là, vous n'avez pas de souvenir particulier?

Dr C : c'était hyper-spécialisé, donc

C : Vous n'en aviez pas au cabinet?

Dr C : Non au cabinet, non, je ne suis pas rentrée là dedans

C : Et actuellement, vous savez si dans votre patientèle, vous suivez des patients infectés par le VIH?

Dr C : Oui

C : Vous avez une petite idée à peu près combien? Grosso modo?

Dr C : Qui sont VIH? Ici non, là-bas sur le centre de santé, pas beaucoup 3

C : Et qui sont suivis dans quels hôpitaux vous savez? Cochin, Pitié-Salpêtrière, Bichat?

Dr C : Il y a Bichat et Cochin, je pense que j'ai les deux

C : Et je ne sais pas si dans vos bilans de santé, vous faites beaucoup de dépistage VIH? Sur un mois?

Dr C : J'en fais beaucoup, d'abord il y a la demande et puis quand je prescris un bilan, je demande « vous en

êtes où? ». Oh non je pose la question je suis directe, il n'y a pas de soucis. L'avantage de l'expérience, il y a des questions qui ne me gêne plus. Quand j'étais jeune oui, il ne fallait pas parler de tout ça!

C : Il n'y a plus de tabou par rapport à ça?

Dr C : Non non. Surtout les jeunes, moi j'en ai un, quelqu'un avec des pratiques à risque qui est venu avec une syphilis secondaire, je lui ai dit ça suffit maintenant il faut se calmer, c'est très contagieux, faites attention quoi. Au moins cette prévention-là, ça se sont des gens qui sont très demandeurs de bilan VIH, mais ça n'est pas la solution. Ils jouent à la roulette russe, le jour où on va trouver quelque chose... ça et les jeunes, mais je trouve du moins dans ma patientèle, ils sont bien formatés.

C : J'ai plusieurs médecins qui m'ont dit que la génération 25-35 ans ils sont bien dedans encore, mais que ceux qui ont 18 ans aujourd'hui, ils sont complètement passé à travers l'époque sida et qu'ils se protègent finalement beaucoup moins et qu'il y a un relâchement des pratiques sexuelles chez les plus jeunes, les 18-20 ans qui n'ont pas été marqués...

Dr C : Oui quelque soit leur âge, je dis toujours la même chose : ne jouez pas avec ça quoi, vous ne pouvez pas savoir ce qui s'est passé dans la vie sexuelle de votre partenaire. On ne sait rien c'est très opaque. Donc je pense que dans mon discours...

C : Vous êtes assez claire

Dr C : Si on vient me voir parce qu'on a eu une relation sexuelle la veille à risque, pour faire le VIH, je leur dis c'est ridicule, maintenant vous allez attendre, je ne vais pas faire un diagnostic de génomique viral pour vous faire plaisir, vous allez attendre la montée des anticorps, ça ne leur plaît pas, mais ça n'est pas à nous à payer leurs pratiques

C : Et vous n'avez jamais été dans une situation vraiment à risque où il fallait les envoyer à l'hôpital en urgence pour faire la trithérapie post exposition?

Dr C : Non

C : Chez les homosexuels par exemple dans les situations vraiment à risque, c'est vrai qu'on peut les traiter en préventif

Dr C : Non je n'ai pas de demande par rapport à ça

C : Jamais de situation d'urgence vraiment importante par rapport à ça?

Dr C : Oui, alors une fois, une contamination par l'œil alors j'ai souris, oui c'est possible, alors j'ai orienté sur Bichat pour avis, mais je ne suis pas inquiète pour vous, voilà

C : Et donc ceux que vous ciblez, ce sont surtout les jeunes?

Dr C : Il n'y a pas que les jeunes, hein! qui viennent faire leur bilan!

C : Je ne sais pas si dans votre patientèle vous avez une population homosexuelle importante?

Dr C : déclarée?

C : Oui si vous savez, du coup vous pouvez insister pour la prévention et le dépistage?

Dr C : Oui je vous dis j'en vois un, non deux qui sont un petit peu à risque, vraiment à risque. Sinon vous avez des gens assez rangés quand même, dans l'ensemble, depuis le temps, ils sont éduqués

C : En général, ils savent?

Dr C : Oui

C : Et je ne sais pas si vous avez des migrants dans votre patientèle, peut être plus dans le 15^{ème}?

Dr C : Oui sur le centre oui, oui et un petit peu ici oui, mais surtout dans les centres de santé

C : Et ceux-là je ne sais pas si vous les ciblez particulièrement, s'ils sont demandeurs de faire le test VIH?

Dr C : Oui

C : Et si je vous pose toutes ces questions c'est notamment parce qu'en 2009, l'HAS avait fait des recommandations qui préconisaient de faire le dépistage VIH de manière systématique dans la population générale de 15 à 70 ans parce qu'il y avait au moins 50 000 personnes qui ignoraient leur séropositivité et que c'était eux qui contaminaient le plus et c'est mieux pour eux, de toute façon la majorité des découvertes de VIH sont faites à un stade beaucoup trop tardifs, donc en gros ils ont dit les médecins généralistes vont dépister tout le monde, donc très bien mais comment faire en pratique? Je ne sais pas si aviez eu connaissance de ces recommandations-là?

Dr C : Je me vois mal... C'est vrai c'est idiot, parce qu'on peut avoir des tabous, on ne sait pas, la vie sexuelle des personnes âgées ça existe, il y a des messieurs tout seuls qui. Je pense qu'ils font attention... 60 ans ils sont un peu déchainés. Mais c'est plutôt une population qui vient me demander qui est consciente quand même

C : Mais vous vous voyez faire un dépistage à tout le monde? Comment faire en pratique? Quelqu'un qui vient pour une bronchite, aller hop le dépistage VIH?

Dr C : Non mais si vous décidez de faire un bilan, par exemple, je suis plus comme ça. Soit il me demande un bilan général, donc je dis on va faire ça. Si moi je veux un bilan, je le rajoute mais en systématique?

C : Oui voilà, c'est le côté systématique... Il partaient aussi du fait que si c'était un dépistage systématique, ça éviterait de parler de sexualité, bon voilà on le fait à tout le monde et ça pourrait couper le côté sexualité qui peut être un peu gênant? Voilà, on le fait à tout le monde et ça n'est pas parce que j'imagine que vous avez des pratiques sexuelles particulières... Je ne sais pas ce que vous en pensez?

Dr C : Dans ces cas-là pourquoi on s'arrête à 70 ans?

C : Oui

Dr C : Oui je trouve que ça n'est pas la même chose que le cancer du colon ou le cancer du sein

C : Oui voilà est-ce que ça pourrait rentrer dans les mêmes cases que le dépistage des cancers ou du diabète, du cholestérol....? Finalement est-ce que on pourrait essayer de l'inclure la-dedans? Dans un bilan de prévention de la médecine générale?

Dr C : Je ne sais pas, un couple 50-60 ans, je fais le VIH à monsieur, je fais le VIH à madame, ça peut être gênant quand même! Et qu'est-ce que je fais s'il y en a un qui est positif? Vous imaginez? On rentre quand même dans des choses... Non plutôt cibler les populations je pense. Surtout surtout les jeunes et puis je vous dis l'autre partie étonnamment c'est plus tard 50-60 ans

C : C'est vrai que l'âge moyen de découverte du VIH c'est 37 ans

Dr C : Ah oui?

C : ça n'est pas si jeune... C'est vrai que à l'hôpital, j'avais rencontré une dame qui s'était contaminée à 86 ans, elle était veuve et avait rencontré un monsieur dans le bistrot en bas de chez elle, qui avait son âge à peu près, mais voilà elle s'était contaminée à 86 ans... Alors ça n'est pas la majorité des cas mais après tout, c'est encore possible... Et c'est vrai que pour moi c'était assez tabou de parler sexualité avec une femme âgée... ça n'était pas évident, je ne sais pas comment vous gérez?

Dr C : C'est plus facile en vieillissant, il y a un âge où on peut l'aborder aussi bien chez les jeunes que chez les personnes plus âgées, je pense que c'est important. C'est même important d'en parler. Il y a plein de façons d'aborder la question « comment ça se passe dans votre vie affective? » voilà.

C : Donc votre patientèle, c'est plutôt facile d'aborder la sexualité, s'ils viennent parce qu'ils sont un peu fatigué, un peu déprimé, c'est quelque chose qui sort assez facilement?

Dr C : Oui oui

C : C'est vrai qu'il y a des médecins qui m'ont dit que dans une relation avec un patient qu'ils connaissent depuis longtemps, ça n'était pas évident parfois d'aborder ce sujet?

Dr C : Par exemple, c'est drôle j'ai des patients que je suis depuis plus de 20 ans et je ne savais pas, il ne me l'avait jamais dit, déclaré qu'il était homosexuel et un jour il m'a dit je vous envoie mon ami, je m'en doutais, il y avait beaucoup de pudeur, mais il lui a fallu beaucoup de temps et ça ne me serait pas venu à l'idée de trop le brusquer, c'est très bizarre et il y en a pas mal qui vous en parle spontanément aussi donc ça c'est bien.

C : C'est vrai que finalement quand il y a une demande du patient on entre dedans mais c'est plus difficile quand il n'y a pas de demande d'aller poser ces questions-là... ça ne vous pose pas de problème?

Dr C : ça va, et pour les femmes seules, il faut en parler, la femme qui se retrouve seule, attention dans les relations, la transmission elle peut se faire à n'importe quel moment, même avec quelqu'un de votre âge.

Franchement vous ne pouvez pas croire, ça n'est pas de pas faire confiance, mais il y a un monde, le monde de la sexualité n'est pas le monde de la vérité en fait

C : Et la place du médecin généraliste justement, est-ce que c'est au médecin généraliste de parler de sexualité?

Dr C : Logiquement ça devrait être les gynécologues et les urologues, bon très bien, mais moi je pense que c'est une partie importante de la vie des gens, après il faut être suffisamment à l'aise soi-même avec la question. Savoir que ça fait partie de prendre soin d'eux. La vie sexuelle d'un être humain c'est quand même important! Si on est là juste : « ouvrez la bouche » « on va dépister le cancer du colon » Il y a un moment. On ne peut pas sur une angine tout de suite, alors comment ça va? Mais ça se sent de toute façon, dans les problèmes d'anxiété, de dépression, là c'est la voie royale. Si on ne pose pas la question, asthénie sexuelle, ça fait partie des symptômes de la dépression, si vous ne posez pas la question...

C : Ils ne vont pas le dire...

Dr C : Il y a les trois pentes : physique, psychique et sexuelle.

C : Mais il n'y a pas beaucoup de médecins qui pose la questions... Mais vous sur une dépression vous allez aller assez cash dessus?

Dr C : Oui, parce que les hommes ils ne vont pas vous dire spontanément qu'ils ont un problème comme ça. Vous les voyez tard dans la dépression, souvent

C : Les hommes connaissent l'existence du viagra etc, parfois ils viennent pour ça aussi?

Dr C : Oui oui

C : ça c'est un bon chemin d'entrée...

Dr C : Oui et puis avec qui il faut poser la question. C'est vous qui voulez, c'est votre couple, à côté? Moi je dédramatise, je ne suis pas là pour culpabiliser les gens. Les gens angoissés... C'est la fonction principale du médecin aujourd'hui : ne pas angoisser les gens, c'est notre charge

C : C'est vrai qu'ils s'angoissent assez vite avec le flot d'informations...

Dr C : Bien sûr. Vous aimez aller chez le médecin, vous? Moi je déteste ça, vous tombez sur des gens qui ne prennent même pas des pincettes pour vous dire quelque chose, c'est terrible. Pourvu que je ne sois pas comme ça!

C : Et parfois aussi le fait de connaître toute la famille, de connaître le mari, la femme, les enfants, parler sexualité ça peut être compliqué, si le mari part voyager et a des aventures, si vous suivez aussi la femme, il peut y avoir une crainte de jugement?

Dr C : ça m'est arrivé quelques fois

C : Est-ce que vous avez l'impression que ça peut bloquer le fait de connaître toute la famille, ou au contraire ça met plutôt en confiance? Je ne sais pas si vous avez des anecdotes?

Dr C : Ah oui je ne sais pas, oui j'ai des histoires, par exemple j'ai traité pour une MST un monsieur qui était aller faire un petit tour en Afrique, je dis maintenant il va falloir qu'il explique à sa femme ce qui s'est passé, je lui conseille la vérité que ça ne s'attrape pas comme ça dans les toilettes des avions ou dans les draps de la chambre d'hôtel. Bon je pense que chacun a des capacités de compréhension. Je déteste recevoir en même temps en couple, je déteste ça vraiment, je suis assez stricte la-dessus. J'ai rencontré un couple comme ça, lui il est corse, elle plutôt du nord, 78-80 ans, au début, c'était toujours les deux, je ne m'en sortais pas, il ramenait toujours tout à lui, et un jour j'ai imposé, je veux voir madame toute seule, elle s'est lâchée, elle a dit plein de choses c'était super. J'aime pas du tout les couples, pour moi c'est violent, même mère et ado, ça ne va pas de soi, si j'ai des choses à dire, s'il a envie de me dire quelque chose. Quand les mères ne sont pas trop dans l'emprise, elles le font spontanément, mais...

C : Donc pour les adolescents vous faites facilement sortir les mères? C'est vrai que beaucoup de médecins m'ont dit que les adolescents c'était quand même difficile à aborder...

Dr C : Oui et attendez, pour les hommes ça ne doit pas être évident de recevoir les filles seules, vis à vis des mères, attention

C : Donc comme vous êtes une femme c'est plus facile?

Dr C : Je pense. Tenez compte de ça les hommes ils ont la trouille

C : ça dépend, il y en a qui sont assez simple, et d'autres qui sont « je ne veux jamais voir une jeune fille sans sa mère » ça dépend. Mais vous les ado ça se passe bien, vous en avez beaucoup dans votre patientèle?

Dr C : Oui j'en ai beaucoup au centre

C : Et je ne sais pas si vous avez des patients de culture ou de religion différentes ou la sexualité peut être abordée de manière différentes?

Dr C : J'ai le cas d'une dame qui était d'origine algérienne, elle venait pour des manifestations anxieuses et finalement elle me dit qu'elle n'avait jamais réussi à avoir une relation avec son mari qu'elle adorait, qu'elle aimait beaucoup mais que c'était impossible, qu'elle était traumatisée par un précédent mariage dans le pays, elle me disait c'est la première fois que j'en parle parce que je ne peux en parler à personne, tout le monde attendait qu'elle soit enceinte, ça ne marche pas, et elle n'en pouvait plus et spontanément, enfin au bout de 2 ou 3 fois, elle se confie, elle a été prise en charge très bien. Oui je pense que j'ai appris beaucoup de choses auprès des femmes. En Inde aussi, le mariage, pour les enfants, j'ai eu une femme qui était en PMA, toujours avec son mari, et une fois, je la vois et elle me dit, je ne l'aime pas, je ne veux pas d'enfant, je ne peux pas le dire. Vous voyez? Ce sont des petites choses comme ça, elles ne peuvent pas vraiment se rendre compte...

C : Et peut être qu'on n'y pense moins, parce que ça n'est pas notre culture? On ne se rend pas forcément compte de ce que ça peut représenter. Et la sexualité a peut-être aussi pas mal évolué depuis le début de votre installation avec les médias, internet qui ont pas mal changé la donne, est-ce que vous avez l'impression que c'est plus facile? Je ne sais pas par exemple les jeunes qui ont accès à beaucoup d'informations sur internet est-ce qu'ils ont une vision et un abord de la sexualité différents?

Dr C : Honnêtement je ne suis pas en contact

C : Par exemple une jeune fille qui vient pour la pilule? Qui pourrait poser des questions?

Dr C : Très rare. C'est peut être une défaillance, ce serait à moi de poser les questions. Au centre j'ai de la chance d'avoir une antenne du planning familial aussi, ça j'envoie facilement. Qu'est-ce qui est le plus problématique, les grossesses non désirées ça j'essaye de bien m'en occuper, mais des techniques sexuelles, non

C : Techniques non, mais de vision de la sexualité plutôt

Dr C : Les êtres humains sont restés sentimentaux

C : Heureusement! Mais parfois certains jeunes peuvent être en difficultés car il y a souvent un décalage entre ce qu'ils voient sur internet et leur réalité, et ils peuvent croire avoir des soucis de performance car ils ne font pas ça 50 fois d'affilé comme sur internet...

Dr C : ça doit exister ça oui, mais ça ne m'est jamais arrivé dans ma pratique, nous ils doivent être assez plan-plan les gens que je vois.

C : Et une dernière chose juste pour revenir sur le VIH, je ne sais pas si vous en aviez entendu parler mais depuis un an il existe des tests de dépistage rapide qui

sont proposés aux médecins généralistes, on prend une goutte de sang comme un dextro, on la met dans un petit puit, une goutte de réactif et on a le résultat.

Dr C : Non je ne connais pas

C : Alors on n'en a pas beaucoup entendu parler, mais voilà le décret est passé et les tests sont proposés aux médecins généralistes depuis novembre 2010. Alors je ne sais pas si vous voyez faire ces tests au cabinet? Si ça peut être utile? Si ça peut éviter d'aller faire une prise de sang?

Dr C : Peut être ça n'est pas si mal que ça. Parce qu'il y a une grosse angoisse des gens quand vous les envoyez faire le test, ils ont peur d'y aller, on n'est jamais sûr qu'ils y aillent, et après ils attendent, c'est de l'angoisse surajoutée. Je trouve que ce serait pas mal de le proposer, on fait ça ensemble

C : On pourrait mettre une affiche dans la salle d'attente par exemple, on peut faire le test de dépistage rapide du VIH dans le cabinet, parlez-en à votre médecin?

Dr C : Oui oui. Toujours le même objectif, qu'on arrête d'angoisser les gens. Ils s'angoissent déjà suffisamment. Il n'y a pas trop de faux négatif j'espère?

C : Non non c'est un bon test de dépistage, mais il ne peut être fait que s'il n'y a pas eu de prise de risque depuis 3 mois, parce qu'on peut passer à côté d'une primo-infection ou d'une infection récente. Mais pour le dépistage de masse...

Dr C : Pourquoi pas, c'est pas mal

C : Alors après j'ai cherché mais je n'ai toujours pas trouvé comment s'en procurer, ça fait un an qu'ils sont autorisés, mais ça n'a pas vraiment avancé... En fait ils en avaient parlé pas mal il y a un an et depuis je n'ai plus rien vu...

Dr C : C'est fou! Ça doit coûter cher peut être

C : Oui peut être, c'est peut-être en négociation avec la sécurité sociale, je ne sais pas.... J'ai vu qu'en salle d'attente il y avait pas mal de brochures ou d'affiches mais plutôt pour les chirurgiens plasticiens, je ne sais pas si vous avez l'habitude de mettre des petites brochures ou des affiches de prévention?

Dr C : Des affiches de prévention non. Oui j'en mets des petites choses sur la contraception, oui j'en mets parfois, des affiches non, il y a des très jolis tableaux...

C : Mais en revanche je les amène au centre de santé

C : Et au niveau prévention vous avez l'impression que ça peut être utile?

Dr C : Oui

C : Est-ce que les gens vous posent des questions sur les brochures qu'ils ont prises?

Dr C : Oui oui

C : Et comment on pourrait essayer de sensibiliser un peu les gens pour se faire dépister plus, parler sexualité plus. Qu'est-ce qui pourrait marcher le mieux? Les campagnes santé publique? Les brochures en salle d'attente? La télévision? Ou alors est-ce que c'est au médecin généraliste d'essayer d'améliorer ça? Qu'est-ce qui marche le mieux?

Dr C : *blanc de 10 secondes*

C : Je ne sais pas si un patient vous a déjà parlé d'une affiche de santé publique dans la rue?

Dr C : Une affiche dans la rue, non.

C : Si vous avez des idées pour améliorer les choses?

Dr C : Je pense beaucoup aux jeunes. Aller parler dans les lycées, oui, y aller.

C : Et vous avez déjà été contacté par les écoles ou les mairies?

Dr C : Non, mais justement je cherche à mettre en place des actions dans les lycées sur tout ce qui est stress, tout ça, en parler. Savoir qu'il y a un lieu où ils peuvent venir parler. Mais bon, ça tient à... Il faut encore aller mettre de l'énergie et on est peut être déjà assez pris. Je n'ai peut être pas l'air comme ça, mais cette semaine j'étais en arrêt de travail, parce que j'avais trop travaillé

C : C'est vrai que la plupart des médecins généralistes...

Dr C : On est saturé, saturé. Moi quand je travaille ici ça va, je suis dans mon rythme, c'est ½ heure par patient, donc sur secteur 2 je peux le faire, à 23 euros je ne pourrai pas le faire, si on trouve que ma consultation est chère, je leur dis écoutez si les gens viennent me voir 2 fois par an

C : Et puis il y a des gens qui préfèrent payer un peu plus et avoir le temps de discuter...

Dr C : Ils sont très contents d'avoir le temps. Sinon on est très stressé, c'est trop. Là-bas je suis en secteur 1, un patient tout les ¼ heure c'est dur

C : Oui du coup on traite plus les symptômes, et on s'intéresse moins au reste : la prévention, le moral....

Dr C : Oui mais tout ça ça devrait être... Un coût en temps

C : Et du coup les sujets comme la sexualité en ¼ heure, c'est compliqué...

Dr C : Même une dépression en ¼ heure ça n'est pas possible. Enfin j'espère que cette médecine ne sera pas sabotée. Moi je vois des vieux médecins qui rentabilisent qui disent on voit ça, revenez me voir la semaine prochaine, donc 4-5 consultations, moi j'ai un petit peu du mal avec ça aussi, mais les gens ça leur convient, ils sont importants, ça les rend importants, mais je trouve qu'intellectuellement ça n'est pas honnête.

C : C'est vrai que quand il y a 5-6 demandes dans la consultation c'est compliqué... C'est rare qu'ils viennent pour un unique motif...

Dr C : C'est la rentabilité. Maintenant on a constaté que l'accès... les gens n'allaient plus consulter aussi facilement, ça coûte, tout coûte. Faut vraiment penser intelligemment, et certainement être plus préventif. Médecine globale : bien être, bonne santé, prévention et dépister. Comme maintenant on dépiste les insuffisances en vitamine D. Bon alors c'était les femmes au début, et puis après pourquoi pas les hommes, le petit papy qui est à 5!

C : Vous en avez-vous des parisiens qui ont un taux de vitamine D normal ?

Dr C : De temps en temps j'en ai, je leur donne une médaille! Ça c'est très intéressant, pourquoi on ne dépistait que les femmes? Les ado! Vous les regardez les ado, j'ai envie de distribuer des petites ampoules de vitamine D ça leur ferait du bien!

C : Merci beaucoup

Dr Falbala

7^{ème} arrondissement

Contexte : Accueil très chaleureux. Je suis dans l'obligation de décaler le premier rendez-vous (j'avais 40° de fièvre...), elle me refixe un rendez-vous dans la foulée. Grand cabinet avec belle salle d'attente, quelques brochures sur la cheminée, une affiche sur la contraception. Une affiche sur le VIH dans le cabinet. Secteur 2. Pratique de la médecine générale et de l'haptonomie. Partage le cabinet avec une dermatologue et une neurologue. Elle finit à peine sa pause de 5 min pour son déjeuner, mais prend son temps pour l'entretien (30:01). Accepte les questionnaires que j'installe en partant dans la salle d'attente.

C : déjà pour vous connaître est-ce que vous pouvez vous présenter? Depuis quand vous êtes-vous installée ici?

Dr F : Alors moi je me suis installée il y a 7 ans ici, alors pourquoi dans ce quartier, c'est parce que je connaissais la collègue dermatologue qui était dans le cabinet, sinon moi j'étais que hospitalière, praticien attaché en faisant que du VIH pendant 15-20 ans. Donc je suis arrivée il y a 7 ans à faire une pratique de médecine générale.

C : Pourquoi?

Dr F : Pourquoi, parce que je m'ennuyais à l'hôpital, voilà c'est tout! Je voulais faire autre chose, je voulais un peu ouvrir sur ce que je voulais faire à l'hôpital, ça pouvait pas se faire et puis j'ai fait une formation qui n'a rien à voir avec la médecine générale, qui s'appelle de l'haptonomie prénatale et si je voulais pratiquer il fallait que je m'installe, donc ça s'est fait un peu comme ça

C : Et j'ai vu que vous travaillez avec Paris 5, vous avez un externe c'est ça?

Dr F : Oui j'ai une externe depuis 2 ans, ça se passe très bien

C : Pas d'interne?

Dr F : Non parce que les internes il faut quand même avoir une grosse activité si on veut les laisser seuls, moi ça dépend vraiment d'une journée à l'autre et puis l'activité. Moi je n'ai pas de plage horaire pour l'haptonomie et la médecine générale, je mélange un peu tout, donc je ne peux pas me permettre

C : Et j'ai vu que vous étiez en secteur 2, avec une dermato et une neurologue, vos dossiers sont informatisés?

Dr F : Oui

C : Et en moyenne vous avez une petite idée de combien de consultation par jour?

Dr F : Oui il suffit que je regarde, hier ça était 12, elle *feuillette dans son agenda*, alors on va dire que ça dépend des semaines, 12-15 quand c'est très bien, et le vendredi c'est 7.

C : Et en proportion médecine générale / haptonomie?

Dr F : Je pense que c'est 60% médecine générale et 40% haptonomie, ce qui est quand même pas mal,

enfin ça dépend des semaines, ça dépend des mois, il y a des périodes où il y a plus d'haptonomie que de médecine générale

C : Et du coup vos consultations d'haptonomie, elles durent 30min?

Dr F : 45 minutes, voir une heure, quand je les vois en post natal je bloque une heure, il y a le bébé, faut s'occuper du bébé, de la maman. Et des fois il y a des couples qui ne vont pas bien donc ça dure un peu plus longtemps. Et puis même en médecine générale c'est pareil, moi je me mets à peu près une demi heure pour chaque patient, mais si ça déborde je les garde trois quart d'heure s'il faut, ¾ heure ou une heure...

C : Je vois bien le problème... Et justement on va parler un petit peu du dépistage VIH, ça tombe bien...

Dr F : Rires oui ça va!

C : Vous avez passé votre thèse en quelle année?

Dr F : alors je suis incapable de vous dire, attendez... Je ne sais plus, il faut que je réfléchisse, ça doit être 94

C : Donc vous étiez en plein dedans au moment de l'émergence du VIH dans vos études

Dr F : Complètement

C : donc ça a eu un impact...

Dr F : Oui il y a une importance parce que j'ai pu avoir un poste d'attaché en hôpital périphérique pendant 2 ans, ce qui m'a permis de m'occuper de l'hôpital de jour avec un autre médecin. Donc on faisait l'hôpital de jour gastro mais VIH, donc on suivait les patients VIH du service, c'était comme ça, il fallait du temps, ils voyaient la psychologue, la nutritionniste, l'assistante sociale. Et ça m'a permis avec cet assistantat d'avoir le secteur 2. Donc voilà je suis restée 2 ans à Créteil après à Paris, Lariboisière où après je suis resté pour être attachée à temps plein

C : Donc le VIH ça c'est fait...

Dr F : ça c'est fait assez naturellement parce que là où je passais ma thèse le chef de service de gastro ouvrait son unité de VIH en hôpital de jour, voilà il m'a proposé et j'ai dit oui alors que je n'avais pratiquement pas vu de patients VIH. Parce qu'on peut ne pas en voir, il suffit de passer aux urgences, en orthopédie, en médecine interne mais pas spécialité vih, on pouvait ne pas en voir. Au départ c'était surtout beaucoup les dermato qui les voyaient

C : Surtout les services très spécialisés...

Dr F : Oui infectieux, mais les services de médecines internes... En pédiatrie je n'en avais pas vu

C : Et là en ville actuellement vous en suivez des patients VIH?

Dr F : Oui j'en suis parce que j'avais quand même une grosse file active, alors ils ne viennent pas tous, parce que l'hôpital fait quand même qu'ils ne payent pas, donc j'avais une grosse file active, mais j'ai du en récupérer 30%, ce qui n'est pas beaucoup.

C : Et là ils sont suivis toujours à Lariboisière?

Dr F : Oui, moi ceux que je suis pour la plupart ils vont bien, ce sont des « vieux », ils vont de temps en temps au moins une fois par an à l'hôpital

C : Pour le bilan annuel?

Dr F : Non pour l'ordonnance! Le bilan on fait tout en ville! Ou quand il y a besoin d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation traditionnelle parce qu'il y

a un problème de neurosyphilis ou de bilan cardiovasculaire, je les envoie là-bas ou s'ils veulent être dans un protocole, j'aime bien les mettre aussi dans les protocoles. Donc ça c'est ceux que je vois, et puis ils y a ceux qui m'ont été envoyé par mes collègues gastro essentiellement

C : Donc vous devez être au courant des dernières recommandations sur le dépistage?

Dr F : Oui

C : Donc en 2009, ils proposaient d'élargir le dépistage de manière plus systématique à l'ensemble de la population générale

Dr F : ça je le fais depuis je crois tout le temps! Moi souvent je leur dis « vous ne voulez pas faire ça? » je le fais depuis bien avant 2009, à toute personne quand je peux, je le propose

C : Quand vous faites un bilan, vous le proposez de manière systématique?

Dr F : Oui

C : Et vous n'avez jamais eu de soucis?

Dr F : Non il n'y a jamais eu de refus de personne. Après faut aller le faire, faut récupérer les résultats, c'est angoissant. Mais il n'y en a aucun qui ont posé de problème. Aux jeunes qui commencent à avoir des relations, je leur dis « vous faites bien avec des préservatifs et après vous faites bien votre test »

C : Et pour les personnes plus âgées? Ça n'est pas forcément évident, ceux qui sont en couple qui ont 50 ans...

Dr F : Oui faut leur faire parce qu'on ne sait pas ce qu'ils font!

C : Oui j'entends bien, mais parfois c'est plus délicat à amener dans la conversation

Dr F : Non ça va, il y a certaines choses où grâce à mes patients VIH j'ai appris. Plus nous on est mal à l'aise plus eux ils le sentent plus eux aussi vont être mal à l'aise. Je leur dis vous allez vous faire opérer, ou ça ne va pas très bien avec votre femme en ce moment, on ne sait jamais, vaut mieux... Ils ne disent jamais non

C : En général ils attendent plutôt qu'on leur propose?

Dr F : Oui, parce que c'est comme si ils n'osaient pas demander et le fait que nous on demande ça libère des tensions.

C : Et juste à peu près vous disiez que vous suiviez 30% de votre file active, ça fait combien de patients?

Dr F : j'en sais rien, peut être une cinquantaine, un truc comme ça.

C : Et est-ce que vous avez entendu parler des tests rapides qui depuis un an sont proposés aux médecins généralistes pour les faire dans leur cabinet

Dr F : Oui, alors je ne l'ai pas

C : Alors de toute façon, j'ai essayé de voir comment on pouvait s'en procurer... Je n'ai pas trouvé...

Dr F : Oui je ne sais pas, moi non plus! Alors j'attends!

C : Mais concrètement, s'ils étaient disponibles plus facilement, vous vous verriez les utiliser?

Dr F : moi je pense que ça serait très bien, mais avant le VIH, le test de la grippe, voilà c'est tout. Parce qu'après de toute façon il faudra leur faire confirmer... Bon on est à Paris, je pense que c'est plus compliqué quand on est en province ou en banlieue où avoir le résultat au cabinet est peut-être plus facile parce qu'on

a le patient. Nous à Paris on peut quand même les faire venir plus souvent. Il y a toujours des labo qui sont souvent ouverts. Non je pense que ça pourrait être utile mais il faut que ça soit aussi pratique pour se les procurer que les tests à angine, c'est à dire à la sécu, on commande. Et il ne faut pas que ça soit compliqué et trop long à faire

C : il y a un décret qui est passé en novembre 2010, mais après...

Dr F : Alors il y a certain labo où si on demande un test rapide, ils le font dans les deux heures

C : Oui mais c'est vrai que ça n'est pas le même principe que le petit test capillaire rapide

Dr F : Non mais après il faut que nous on assume le résultat, si on a un faux positif... Moi je pense que l'idée est très bonne, pour les services d'urgence je pense que c'est évident, pour nous peut-être, mais je pense qu'on n'a pas assez réfléchi à qu'est-ce qui se passe si nous on a un test positif ou alors il est négatif, mais ça n'empêche pas qu'il soit faussement négatif si on est dans les 3 mois, donc on peut rassurer mais dire qu'il faut refaire s'il y a eu des risques. Je ne sais pas, moi je pense que ça peut être bien. C'est vrai que quand vous parlez comme ça, moi j'ai eu une patiente qui avait très très peur, je l'aurai eu le test je pense qu'elle aurait été soulagée qu'on le fasse ici

C : C'est vrai que la démarche de prendre rendez-vous au labo, d'y aller, de faire la prise de sang, d'aller récupérer les résultats, de montrer les résultats au médecin traitant...

Dr F : Oui ça peut être long, mais... Je ne sais pas ce qui est idéal. Je pense qu'il faut qu'on l'ai à disposition, mais après est-ce qu'on l'utilisera, c'est pas évident

C : Et j'ai vu que vous aviez pas mal de petites brochures en salle d'attente...

Dr F : Alors les brochures en salle d'attente il y a à la fois la médecine générale, la médecine dermato, parce qu'elle fait pas mal d'esthétique et la neurologue qui a sur les migraines, l'épilepsie, les choses comme ça

C : Alors je n'ai rien vu sur le VIH

Dr F : Non

C : mais est-ce que vous avez l'impression que ça marche, qu'ils vous en parlent, qu'ils prennent des brochures? Ils vous posent des questions dessus après? Finalement qu'est-ce qui marche le mieux finalement?

Dr F : Alors attendez là j'ai un trou de mémoire, vous êtes sûre qu'il n'y en a pas une sur le VIH dans la salle d'attente?

C : Non je ne crois pas

Dr F : Ah oui ça y est c'est ma collègue dermato qui l'a mis dans notre cuisine! Alors ça n'est pas évident, parce que comme on brasse une clientèle très variée toutes les trois, alors la neurologue elle a beaucoup de personnes âgées, moi je ne me suis pas sentie très à l'aise de leur mettre forcément des brochures, en tout cas les posters. Les brochures de temps en temps quand on en a on donne, enfin on les met à disposition, donc les gens prennent. Je serais toute seule, il y aurait le poster mais pas avec d'autres gens qui sont à mille lieux de ça. Mais par contre ici il y a plein de posters!

C : Et est-ce que depuis 30 ans de VIH il y a une évolution, alors de la maladie ça sûrement, mais des men-

talités, est-ce qu'il reste des tabous par rapport à la maladie?

Dr F : Alors il reste énormément de tabous. Il reste le flou complet de ça ne peut pas nous arriver et l'ignorance complète. Alors dans nos patients traités hyper vieux, enfin hypervieux qui ont maintenant 50 ans, qui ont contracté ça il y a 20 ans qui sont des anciens, même eux ne sont plus dans la prévention. Alors on a de tout, ceux qui se protègent et qui sont hyper vigilants, il y a ceux qui sont « pff on s'en fou, on a le traitement » ok avec toutes les études suisses qui n'ont pas aidé et puis ceux qui ont multiples partenaires et qui n'en mettent pas à chaque fois, il y en a quand même beaucoup, avec une émergence, il y en a eu surtout l'année dernière, ce qui ne se voyait pas du tout avant, de co-infection hépatite C enfin homosexuel ou hétérosexuel sauf s'ils avaient des pratiques de toxicomanie. Et les hétérosexuels « alors là ça ne peut pas m'arriver! »

C : Et il y a plusieurs médecins qui m'ont dit que finalement les jeunes qui ont 18-20 ans aujourd'hui et qui n'ont pas du tout connu l'époque sida, il y avait un relâchement important chez eux?

Dr F : ça dépend. Ça dépend vraiment d'énormément de choses. C'est pas du tout la classe sociale, je pense que c'est vraiment de leur implication et de l'éducation qu'ils ont reçue. Parce que n'oublions pas que dans ceux qui ont 20 ans, il y a des séropositifs

C : Bien sur

Dr F : qui sont nés avec, moi je me rappelle d'une patiente, bah voilà elle est arrivée à cet âge-là. Ça dépend complètement comment les parents ont présenté la chose, ont démythifié ou autre. Moi je trouve que c'est vraiment variable. Qu'ils se protègent, les filles, les garçons... Il y en a qui sont hyper angoissés de l'attraper donc qui vont être très à se protéger. Non moi je ne trouve pas, je trouve que la zone à risque c'est 40-60, quand il y a des divorces, on refait sa vie, on a besoin d'avoir d'autres aventures, là c'est beaucoup plus dangereux

C : Parce que c'est passé, qu'on en parle plus?

Dr F : voilà, et puis c'est comme si ça ne pouvait pas leur arriver. L'autre leur paraissait bien, c'est toujours ça!

C : C'est écrit sur leur visage...

Dr F : Mais ça n'a pas changé

C : Et le fait d'être dans un quartier plutôt privilégié, votre patientèle VIH c'est plutôt des homosexuels ou hétérosexuels ou plutôt des migrants?

Dr F : Alors moi j'ai mes patientes africaines qui viennent toujours, mais après la grosse majorité ce sont des homosexuels, les hétéro un peu j'en ai, mais la plus grosse partie ce sont quand même les homosexuels

C : Et le VIH ça amène souvent à aborder la sexualité, est-ce que vous avez l'impression que ça a évolué depuis que vous êtes médecin, est-ce que c'est plus facile ou ça n'a jamais été un problème parce que dans le VIH on en parle assez facilement?

Dr F : je pense que grâce à cette formation, ça ne m'a jamais posé de problème. Et comme on est des femmes, et qu'on est confronté à des hommes, les homosexuels ce sont des hommes, les hétérosexuels africains c'est

beaucoup d'hommes, même des musulmans, donc ils sont face à une femme, il faut bien parler un peu crument de temps en temps, moi ça m'a beaucoup libéré.

Ça c'est vrai que ça m'a beaucoup aidé

C : Et justement en sortant du VIH, aborder la sexualité en médecine générale?

Dr F : Alors là aucun problème, c'est démystifié aussi bien chez les ado, parce que les ado ça n'est pas toujours évident chez le garçon et la fille, dès fois même beaucoup plus difficile chez le garçon parce qu'il n'ose pas parler donc faut du temps. Et chez les adultes hommes ou femmes, quelque soit l'âge, le monsieur de 50 ans il n'y a aucun soucis, et ils savent qu'il n'y a pas de jugement, c'est comme ça, c'est une question comme est-ce que vous dormez bien? Est-ce que vous n'avez pas de troubles digestifs?

C : Et ça passe nickel?

Dr F : Oui parce que je crois aussi que moi c'est dans un interrogatoire classique donc ils ne sentent pas du tout la gêne. Ça aussi alors les patients qui ont leur problème au niveau de l'anus, condylomes et autres, je ne vous raconte même pas, je ne voudrais pas vous le montrer mais il faut quand même que vous me montriez et ça lève tout. A partir du moment où c'est un examen, c'est un endroit comme un autre, vous les mettez à l'aise, enfin vous les mettez à l'aise comme on peut. Enfin moi grâce à ça, je pense que.... Quand j'ai débuté j'étais hyper mal à l'aise, quand ils commençaient à raconter... Et j'ai fait du dépistage, le dépistage c'est le lieu où j'ai vu le plus de trucs insensés

C : Dans les CDAG?

Dr F : Oui, ils étaient en train de nous raconter des trucs, parfois vraiment pénibles, alors là ça m'a verrouillé pour le reste du temps. Donc après on est à l'écoute et on n'a pas d'apriori, donc ok vous avez fait ça, bon ok, puis voilà. Donc pour eux ils se sentent à l'aise.

C : ça n'est pas non plus la majorité des médecins généralistes qui vont avoir cette attitude...

Dr F : Moi c'est maintenant que je me rend compte de ce que j'ai appris en VIH, moi j'ai perdu beaucoup en médecine générale, enfin je crois pour des trucs, mais par contre en écoute en absence de préjugé et comment parler des choses simplement, ça c'est vrai qu'ils me l'ont appris. Quand ils mourraient ils étaient assez violent avec nous pour remettre en cause notre impuissance. Et puis voilà, on était sur notre stèle de médecin tout puissant qui avait la réussite, et puis tout d'un coup ils vous disent bah non on meurt, et je peux vous dire que ça ça nous rend beaucoup plus humble. Parler de sexualité ça fait parler de « est-ce que vous mangez bien? » ça pourrait être aussi délicat de dire est-ce que votre repas est bien équilibré. Parfois je trouve que c'est plus difficile de leur dire « et alors vous buvez quoi? » Voilà c'est à peu près ça.

C : L'alcool...

Dr F : L'alcool, c'est dur de dire au patient « vous buvez? Oui? Quoi? Comment? »

C : Ils répondent « comme tout le monde... »

Dr F : Exactement, comme tout le monde c'est à dire? Oui et surtout c'est délicat quand les gens boivent en cachette, par angoisse ou autre c'est très très difficile,

parce que là il ne faut pas du tout avoir un regard négatif

C : Oui pas de jugement du tout

Dr F : ça je peux vous dire c'est le plus dur, tout à l'heure avec l'externe, elle lui dit « oh le VGM est à 100 » une dame qui a 60 et quelques, on peut se poser plein de questions même si les gGT sont normaux, bah est-ce qu'elle ne consomme pas un petit peu et c'est possible, qu'est-ce qu'on doit tolérer? Moi je trouve que ça n'est pas si facile que ça

C : Oui je travaille plutôt sur le VIH, mais en ce moment je remplace un médecin addictologue et je travaille beaucoup sur l'alcool et c'est qu'on entre dans les mêmes domaines intimes tabous et finalement il y a pas mal de choses qui se rejoignent avec la sexualité

Dr F : L'alcool c'est comme la sexualité, ça n'est pas facile d'en parler, c'est très dur de dire, parce que moi je vois aussi les patients homosexuels, ils vivent très mal pour la plupart leur homosexualité, moi j'ai des couples trop mignons mais les parents de l'un de savent toujours pas qu'il vit avec l'autre, qu'il a un petit ami, ils ne savent pas tout simplement qu'ils sont homosexuels, donc c'est les préparer à 50 ans à « il faut quand même que vous le disiez à votre mère » et l'alcool moi je trouve que c'est très très dur

C : Et finalement, j'avais retrouvé une petite étude sur la sexualité qui retrouvait que sur 80 patients hommes au Etats-Unis il y en avait 97% qui souhaitaient parler sexualité avec leur médecin généraliste et finalement il n'y en avait que 20% qui osaient le faire et ils disaient que c'était au médecin d'entamer le sujet

Dr F : De poser la question?

C : Voilà, eux ils attendent qu'on pose la question, mais ils n'osent pas en parler en premier...

Dr F : ça je pense que c'est vrai

C : Oui et il y a des médecins qui me disent que c'est leur intimité et que s'il n'y a pas de demande de leur part jamais ils n'iront aborder le sujet, donc finale est-ce que c'est au médecin de tendre des perches?

Dr F : Oui voilà, on tend la perche s'il n'a pas envie d'en parler, il n'en parlera pas, par contre il sait que sur une prochaine il peut revenir et tenter vous m'aviez dit ça, finalement j'ai réfléchi, s'il n'a pas envie de parler il ne parle pas, si par contre ça peut l'aider à amorcer la chose, ça peut être très très bien. Ça me fait penser à un patient qui a 50 ans qui a un remariage, avec sa femme qui a 2 enfants du premier et ils ont en un, donc je connais toute la famille, lui un jour il me dit écoutez j'ai un truc un peu délicat à vous demander. Déjà délicat on voit la chose, je lui dis n'hésitez pas vous savez je peux entendre, je peux vous aider, et c'est vrai que pour lui c'était très difficile de dire « j'ai besoin d'aller voir un sexologue ». Mais à partir du moment où on avait tendu la perche, je ne sais plus pourquoi, peut-être à une autre consultation en lui demandant si ça se passe bien avec votre femme, les enfants, ça n'est pas trop compliqués. Mais c'est vrai que je pense que c'est à nous d'en parler. Sinon moi ce que j'appelle les médecins techniciens, vous venez vous avez une angine, un petit point quelque part, un problème de tension, et bien vous vous arrêtez là et on est très factuel, très technique et on fait très très bien son travail. Après ça dé-

pend de chaque médecin ce qu'il a envie de faire, soit vous restez comme ça et c'est très protecteur en terme de temps, les patients viennent pour un fait et vous traitez le fait et puis tout s'arrête, d'accord? Et puis si on veut ouvrir sur l'humain et prendre le patient dans sa globalité et là parfois quand les patient viennent pour une angine ou un vaccin, allez oup! On parle de tout et je crois que c'est important

C : C'est ce qu'il y a d'intéressant!

Dr F : Oui mais on peut aussi très bien se protéger, parce que finalement c'est angoissant parce qu'ils vous renvoient énormément de choses les patients. Quand ils vont mal, vous l'avez et nous on renvoie à qui? Il n'y a personne derrière nous! Donc moi je pense que les médecins peuvent aussi être dans quelque chose de très spécialisée et on reste protégé

C : Et peut être que ça convient à certains patients aussi...

Dr F : Oui oui

C : Ceux qui n'ont pas envie de trop parler, ils vont plutôt voir ce genre de médecin...

Dr F : Oui tout à fait

C : Et parler de sexualité, quand on connaît toute la famille, la femme, les enfants, ça peut être un blocage pour le mari s'il a une maîtresse par exemple de nous en parler...Je ne sais pas si vous avez ressenti ce genre de situations.

Dr F : Oui c'est intéressant, j'ai vécu... nous à l'hôpital on avait le patient malade ou c'était avec ses parents, ou ses parents ignoraient sa séropositivité, donc il fallait cacher la séropositivité et la maladie de l'enfant enfin l'homme de 23 ans et puis on avait les couples, il ne fallait pas dire si l'autre ne voulait pas dire et ça c'est pas évident à jongler. Donc voilà, il y a des patients je n'ai aucun soucis, je sais qu'ils ont des maîtresses ou des amants, et bien ça n'est pas grave personne ne le sait, et après ça ils le livrent. Je pense qu'ils vont nous tester pour savoir si on est dans le secret et pour ça j'ai un engagement sur le secret qui est important ça c'est aussi les patients VIH qui me l'ont appris quand ils me disaient ça c'est important, il ne faut pas qu'il le sache, on a vécu des situations où il fallait tout retirer dans la chambre, notamment les médicaments, je vous assure que des fois c'était très problématique, mais bon ça c'est fait et je trouve que dans une famille c'est pareil, c'est à nous de ne pas faire des impairs, ça ça relève de notre travail et c'est la vie des patients, nous on a un profil des patients et on n'est pas avec eux dans leur communauté familiale. Donc moi je sais qu'ils m'en parlent sans aucun problème, quand ils me le disent...

C : Et avec les personnes âgées, parler de sexualité?

Dr F : Alors c'est moins abordé, c'est plus facile quand le patient a eu une prostatectomie et qu'il s'en plaint et qu'il le vit mal. Alors c'est intéressant ça me fait penser à un patient on n'en parle jamais parce qu'il ne veut pas, et moi je sens que je le mettrai dans une situation hyper délicate et que lui pourrait en parler à son urologue mais pas à moi. Après il y a les personnes âgées qui vont vous dire qu'elles aiment toujours faire ça, dont un patient qui le vit très mal parce qu'il ne peut plus...

C'est délicat quand ils sont en couple, c'est hyper délicat de leur en parler, après in voit comment ils sont

dans le couple s'ils sont dans l'agressivité ou si tout se passe bien et c'est harmonieux. Il y en a d'autres qui sont dans une complicité de couple et puis chacun a son compagnon à l'extérieur, même à 70 ans. Et puis il y a ceux qui vivent tout seul et qui de temps en temps... Les femmes finalement en parlent peu parce qu'elles en ont moins besoin que les hommes

C : Ou elles en parlent avec leur gynéco? Vous faites de la gynéco?

Dr F : Oui un petit peu, mais de toute façon à 70 ans elles n'y vont plus... Je ne sais pas peut être qu'on en parle un peu moins, mais c'est leur demande. Je ne vois pas à une dame de 80 ans, alors vous avez encore? Là je crois qu'elle me dit vous êtes folle. C'est difficile. La demande va être plus pour un homme

C : Oui sur une dysfonction érectile..

Dr F : Oui

C : Alors que les femmes...

Dr F : J'avais une patiente qui avait perdu son ami il y a un an et demi et quand elle venait elle me disait c'est formidable il est là ce week end, mais voilà... C'est rare

C : Donc pour conclure, la place du médecin généraliste dans le dépistage du VIH, vous le faites déjà

Dr F : Oui moi ça me va! Et c'est bien, on est en première ligne, comme dans les dispensaires ou dans les CDAG

C : Et le côté systématique, finalement, comment le mettre en pratique? Quand on leur demande un bilan c'est facile de le proposer et le rajouter mais sinon?

Dr F : C'est à nous d'évaluer le risque

C : Donc il faut quand même cibler

Dr F : Oui moi je trouve. Un couple qui va bien, enfin vous allez me dire un couple qui va bien... Je crois qu'il faut estimer le risque et puis voilà

C : Ou qu'il y ait une demande?

Dr F : Moi je trouve systématique non mais de temps en temps il faut leur demander est-ce que vous voulez qu'on sache où on en est? C'est vraiment du cas par cas, mais être assez facile dans la prescription

C : Oui mais quand ils disent il faut dépister toute la population de 15 à 70 ans, peut-être qu'il faudrait qu'il y ait une campagne d'information ou des affiches

Dr F : Faut pas le faire non plus de façon systématique

C : Oui est-ce que ça a vraiment un sens?

Dr F : Je pense que ça n'a pas de sens, après c'est à nous d'être vigilant quand il y a des gripes un peu bizarres, des populations très à risque comme la population africaine ou migrante là on va peut-être être plus systématique

C : Un de leur argument c'était qu'il y avait 50 000 personnes qui ignoraient leur séropositivité et que la majorité des cas était dépisté à un stade trop tardif, et le côté systématique pourrait permettre de diminuer le côté discriminatoire d'être toxico, homosexuel ou migrant...

Dr F : ça le restera de toute façon, parce que c'est toujours quelque chose de tabou, c'est pas comme quel'un qui va dire j'ai un cancer tout le monde le sait, le SIDA on ne va pas le dire. Donc le systématique bon, qu'on ait une fois une sérologie dans sa vie ça certes mais le proposer systématiquement non. Par exemple les femmes qui ont un désir de grossesse, on leur fait

toxos, rubéole, moi je leur fais toujours VIH, quand ils venaient pour le bilan pré-nuptial ça systématiquement je leur disais il faut qu'on rajoute ça et il y a ni l'un ni l'autre qui pose problème

C : ça il y a beaucoup de médecin qui m'ont dit que c'était vraiment dommage d'avoir supprimé le bilan pré-nuptial pour ça

Dr F : Ah oui, parce que c'était le bon moment pour faire le point de tout. Après les jeunes quand elles viennent pour leur frottis on peut toujours demander, alors tu as changé de partenaires souvent il faudrait peut-être qu'on le fasse et les garçons c'est au moment des vaccinations

C : Quand ils les font...

Dr F : Oui quand ils les font, c'est là où on pourrait dire que l'armée était utile aussi! Rires. Mais je trouve que le bilan pré-nuptial qui aurait du être élargi au bilan pré-pacs etc c'était bien. Ça par contre je trouve que c'est dommage que ça a été supprimé!

C : Merci beaucoup!

RESUME

Contexte : Les médecins généralistes sont au cœur des nouvelles stratégies de dépistage du VIH. Quelles sont leurs pratiques actuelles ? Quelles sont leurs représentations de l'abord de la sexualité dans le cadre du dépistage VIH ?

Méthodes : Analyse qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-directifs auprès de 18 médecins de Paris et Saint-Denis entre octobre 2010 et janvier 2012. Le logiciel X-Sight 2 a aidé à l'analyse des interviews.

Résultats : Les médecins sont réticents au dépistage systématique du VIH. L'abord de la sexualité reste difficile du fait d'un manque de formation, d'un manque de temps, et de la gêne du médecin qui est liée principalement à ses origines socio-culturelles.

Conclusion : Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés pour aborder la sexualité dans le cadre du dépistage VIH. Ils doivent cependant être mieux formés sur la sexologie et mieux informés sur l'intérêt d'un dépistage du VIH plus large en population générale.

TITLE

General practitioner's approach to sexuality in the context of HIV prevention and screening. Doctor's representations.

ABSTRACT

Background: General practitioner's role is pivotal in new HIV screening strategies. How do they tackle the HIV issue nowadays? What are their approaches to sexuality with their patients when it comes to HIV screening?

Methodology: Qualitative analysis based on 18 key informants interviews with general practitioners from Paris and Saint-Denis between October 2010 and January 2012. X-Sight 2 software was used to perform interviews analysis.

Results: General practitioners are reluctant to routine/systematic HIV screening. Approach to sexuality remains difficult due to lack of time, appropriate training, and embarrassment mainly due to the doctor's original culture.

Conclusion: General practitioners are ideally placed to address sexuality in the context of HIV screening. They must however be better trained on sexology and better informed about the interest of a wider HIV screening in the general population.

MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES Abord de la sexualité, dépistage, VIH, médecine générale

UFR PARIS DESCARTES (PARIS 5)

15, rue de l'Ecole de Médecine 75270 PARIS cedex 06