



HAL
open science

**Pratique de médecins généralistes remplaçants
concernant le dépistage et la prévention des infections
sexuellement transmissibles : enquête qualitative réalisée
en Hauts-de-France**

Geoffrey Braure

► **To cite this version:**

Geoffrey Braure. Pratique de médecins généralistes remplaçants concernant le dépistage et la prévention des infections sexuellement transmissibles : enquête qualitative réalisée en Hauts-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01529246

HAL Id: dumas-01529246

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01529246>

Submitted on 30 May 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.



Université de Picardie Jules Verne
Faculté de médecine

Année 2017

N° : 2017-11

THESE
DE DOCTORAT EN MEDECINE
PAR

BRAURE Geoffrey
21 avril 1987, Amiens

Présentée et soutenue le 03 mars 2017

PRATIQUE DE MEDECINS GENERALISTES REMPLAÇANTS CONCERNANT LE
DEPISTAGE ET LA PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES : ENQUETE QUALITATIVE REALISEE EN HAUTS-DE-FRANCE

D.E.S de MEDECINE GENERALE

Membres du jury de la thèse :

- Professeur Jean-Luc SCHMIT : Président de thèse
- Professeur Catherine LOK
- Professeur Sandrine CASTELAIN
- Professeur Julien MAIZEL
- Docteur Marc BONY : Directeur de thèse

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

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

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Vous avez été pour moi un professeur pédagogue, un chef de service attentionné et avisé ainsi qu'une personne bienveillante que l'on apprécie de côtoyer.

Je vous remercie de m'avoir initié et sensibilisé à la problématique des infections sexuellement transmissibles.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus profonde et respectueuse considération.

A Madame le Professeur Catherine LOK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Assesseur du 3^{ème} cycle

Chef du Service de Dermatologie

Chef du Pôle des 5 Sens

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de m'avoir initié avec intérêt aux affections dermatologiques et vénérologiques lors de mon stage d'externat.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie d'avoir accepté si rapidement et avec enthousiasme à ma requête.

Veillez trouver ici l'expression de mes plus respectueux remerciements.

A Monsieur le Professeur Julien MAIZEL

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Réanimation, médecine d'urgence)

Vous me faites l'honneur de faire parti de mon jury.

Je vous remercie de la pédagogie et de la convivialité que vous avez apportées lors de notre garde le soir d'un nouvel an, se souhaiter la bonne année habillés stérilement restera un souvenir amusé.

Je suis honoré de recevoir votre jugement sur ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus haute considération.

A Monsieur le Docteur Marc BONY

Docteur en médecine générale

Enseignant à la faculté de médecine d'Amiens

Vous m'avez fait l'honneur d'être mon directeur de thèse.

Je vous remercie infiniment de tout ce que vous avez fait pour moi.

Vous avez été un maître de stage bienveillant et enthousiaste, un soutien lors de mon accident.

Grâce à vous, j'ai pu être rassuré sur ma pratique débutante en me confiant régulièrement votre patientèle. Enfin vous avez accepté de seconder mon second projet, suite à l'absence de financement du premier.

Cela a été un réel plaisir de travailler avec vous sur notre projet.

Veillez trouver ici l'expression de mes plus respectueux sentiments.

Je tiens à remercier tous les médecins remplaçants qui ont accepté de participer à l'étude, ces entretiens avec vous tous ont été de vrais moments de convivialité.

A ma famille

A ma **Maman** et à mon **Papa** à qui je leur dois tout. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je suis si fier de toi **Maman**, tu es une femme extraordinaire. Ne doute jamais de mon amour pour toi. **Papa**, ça fait maintenant longtemps que l'on sait que tu nous aimes énormément, tu seras toujours un soutien avisé et bienveillant.

Merci à ma belle-mère **Claire** pour l'analyse experte de mon travail final, tu as toujours compté énormément dans mon cœur et je te serai à jamais reconnaissant du soutien indéfectible lors des moments difficiles. A mon beau-père **Dominique**, c'est un réel plaisir de partager des moments avec toi, je te remercie d'avoir toujours cru en moi. A mon frère **Erwan**, nous avons tellement rigolé ensemble, tu comptes beaucoup pour moi. A mon frère **Gauthier**, je suis fier de voir à quel point on se ressemble, j'apprécie tellement notre lien. Merci à mon frère **Jean-Charles** pour avoir aidé son petit frère lorsqu'il a eu besoin d'aide, je suis si fier des liens forts qui nous unissent maintenant. A ma sœur **Marion**, je suis si chanceux d'avoir une petite sœur comme toi, j'ai hâte de repartir à l'aventure avec toi. A ma belle sœur **Mélanie**, comme quoi les liens du cœur sont aussi forts que les liens du sang, je ne peux espérer meilleure compagne de mon frère que toi.

A **Nathan**, sans aucun doute le proche qui a été le plus impliqué dans ce travail. Grâce à toi, je peux acquérir la volonté et la force d'évoluer dans la voie qui me correspond le plus. Je suis impatient de découvrir avec toi le monde qui nous entoure.

A mon grand-père **Eugène** et à mon oncle **Joël**, votre bonne humeur et votre soutien indéfectibles m'ont permis de garder que de bons souvenirs de nos moments passés ensemble.

A ma grand-mère **Lucette** et à mon grand-père **Lucien**, à ma tante **Régine** et toute sa famille pour m'avoir accompagné avec affection durant toutes ces années.

A mon parrain **Yoan** et à **Patricia** qui m'ont soutenu depuis toutes ces années.

A mon oncle **Bernard** qui est parti bien trop tôt et à ma grand-mère **Huguette** qui me manque, tu m'as laissé en mémoire une enfance si heureuse à tes côtés.

A mes proches

A mon amie **Agnès**, je te remercie d'avoir accepté de réaliser l'entretien, tu m'as permis d'être rassuré sur la pertinence de cette thèse. Tu as toujours été d'un grand soutien durant toutes ces années. A mon ami **Albert** avec qui c'est toujours une joie de se retrouver, vous comptez beaucoup à mes yeux.

A mon amie **Catherine**, tu as été la première à m'accompagner dans les voies incertaines de la thèse, je me rappellerai aussi du soutien et de la joie de vivre que nous avons vécu ensemble au CH de Laon. Tu es une personne fantastique, je chérie déjà nos futurs éclats de rire, Papayou ! Je remercie **Jérémy** de veiller sur toi, j'ai hâte de partager des moments ensemble.

A mon amie **Céline**, je te remercie de m'avoir accepté et de me chérir depuis si longtemps, nous avons vécu nos premiers pas dans un monde captivant ensemble. Tu es une personne qui compte beaucoup pour moi. A **Zak**, avec qui c'est toujours un plaisir de se voir.

A mon amie **Delphine** et à toute sa famille, pour m'avoir accompagné et rassuré dans mes premiers pas en tant que docteur. Tu es une personne communicative pleine de vie, je suis heureux de constater que vous faites parmi de mes proches.

A mon amie **Florie**, avec qui je ne suis plus étonné de voir nos liens si proches. Je te remercie de ton soutien durant ces mois de travail. Notre rencontre a permis de confirmer que l'amitié n'avait pas de limite.

A mon amie **Gaëlle**, sans qui tout ceci n'aurait pas été possible. Tu m'as tellement aidé au cours de l'élaboration de cette thèse qu'il faudrait que j'écrive un énorme paragraphe dessus. Tu me fais l'honneur de faire parti de tes plus proches amis, je suis impatient de partager de nouveaux moments avec toi. Je remercie aussi ton frère **Mathieu** pour son aide précieuse.

A mon ami **Gauthier**, ça me touche de voir que le destin ne s'est pas trompé en nous mettant côte à côte lors de notre première journée à la faculté, jamais eu de désaccords ensemble. Tu es un grand

soutien depuis toutes ces années. Je suis si fier du grand docteur que tu es entrain de devenir.

A **Jonathan**, je te remercie de tout ce que tu as fait pour moi. Tu es une personne remarquable.

A mon amie **Marie-Laure**, avec ta volonté, tu m'as prouvé que l'on peut réussir dans ce que l'on désire, tu es une incroyable personne. Ta présence m'a permis d'adorer l'internat, je te remercie de tout ce que tu as fait pour moi.

A **Sophie**, mon amie que je connais depuis le plus longtemps, tu es toujours là malgré toutes ces années, tu comptes beaucoup pour moi. Je remercie **Andy, Aurélien, Cécilia, Maxime, Pierre et Valentin** pour m'avoir permis de me défouler, hâte de partager d'autres moments avec vous.

A **Audrey**, à **Cindy**, à **Jeanne** et à **Ophélie** pour votre soutien durant ces mois de travail. Je suis heureux des liens qui nous unissent.

Et enfin à mon amie **Thérèse**, qui de mieux pour clore ces dédicaces. Ta présence assure à tous les coups un moment de pur bonheur, tu es un exemple pour nous tous. J'ai hâte de te revoir.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	page 2
INTRODUCTION	page 3
MATERIEL ET METHODES	page 6
RESULTATS	page 9
I. Caractéristiques des remplaçants	page 9
II. Dépistage et prévention en général	page 10
III. Formation des remplaçants concernant les IST	page 13
IV. Représentations des IST	page 15
V. Le dépistage des IST	page 17
VI. La prévention des IST	page 23
VII. Abord de la sexualité des patients	page 26
VIII. Recommandations du plan national VIH/SIDA et les autres IST 2010-2014	page 32
DISCUSSION.	page 37
A. A propos de la méthodologie	page 37
B. I . A propos du dépistage et de la prévention en général	page 39
II. A propos du dépistage des IST	page 42
III. A propos des nouvelles recommandations	page 47
IV. A propos de la prévention des IST et de l'abord de la sexualité	page 51
CONCLUSION	page 55
BIBLIOGRAPHIE	page 57
ANNEXES	page 60

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ARS : Agence Régionale de Santé
CDG : Centre de Dépistage Gratuit
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNS : Conseil Nationale du Syndrome de l'ImmunoDéfience Acquisse par le VIH (SIDA)
DROM : Départements et Régions d'Outre-mer
HAS : Haute Autorité de Santé
HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infections sexuellement transmissibles
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LVG : Lymphogranulomatoses Vénériennes
PACA : Provence-Alpes-Côtes d'Azur
PCR : Amplification en chaîne par polymérase
ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéfience Acquisse par le VIH
UDI : Usagers de Drogues Injectables
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
VIH : Virus de l'immunodéfience humaine

INTRODUCTION

Au cours de ma formation, je me suis lié d'amitié avec un docteur très humain et impliqué exerçant dans un Centre de Dépistage Gratuit (CDG) qui m'a sensibilisé aux infections sexuellement transmissibles (IST). De plus je compte parmi mes amis, une personne atteinte du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et je suis souvent effaré d'apprendre que certaines de mes connaissances ne se protègent pas toujours lors des rapports sexuels.

L'activité globale de dépistage du VIH a augmenté de 3% par rapport à 2013 (5,4 millions de sérologies réalisées en laboratoires en 2015). Le nombre de découvertes de séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est estimé à près de 6 000 en 2015 ; ce nombre est stable depuis 2011 [1].

La progression des IST bactériennes (syphilis précoces, infections à gonocoque, et lymphogranulomatoses vénériennes (LGV)) se poursuit, notamment chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH) [1].

Les recommandations pour le dépistage des IST en population générale ont évolué ces dernières années, ne sont pas toujours évidentes pour le premier recours et restent inégalement appliquées par les médecins généralistes. Dans le baromètre santé des médecins généralistes de 2009 , 94% des médecins généralistes installés prescrivent un dépistage dans les 3 mois, l'activité nationale tous médecins confondus est de 5,9 prescriptions de sérologie VIH en moyenne par mois, avec de grandes disparités territoriales (il y a plus de tests réalisés en régions Provence-Alpes-Côtes d'Azur (PACA) et Île de France) [2].

La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré un projet intitulé plan national de lutte contre VIH/SIDA et les autres IST 2010-2014 visant à améliorer le dépistage et l'accompagnement des personnes touchées [3]. Les objectifs sont de proposer entre autres un dépistage généralisé aux patients de 15 à 70 ans hors notion d'exposition à un risque et un dépistage régulier, une fois par an, des personnes dites « à risques » [4]. (Annexes : figure 1)

En tant que médecin remplaçant, je me suis aperçu que nous avons une position particulière vis-à-vis des patients, notamment dans l'abord de la sexualité et de la prévention.

Au premier janvier 2016, le tableau de l'Ordre a recensé 11 285 médecins remplaçants (toutes spécialités confondues). Sur les neuf dernières années, les effectifs ont augmenté de 17,1%.

Les médecins généralistes remplaçants « actifs » représentent 63,2% des effectifs, soit 7 132 médecins. Ils sont âgés en moyenne de 46 ans. Les femmes représentent 54% des effectifs [5].

L'étude Remplact 3 menée par le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) en 2009 a montré qu'un remplaçant fournit une activité équivalente à 81% de celle d'un médecin installé et qu'il participe proportionnellement plus à la permanence des soins que les installés [6].

L'étude confirme l'importance des remplaçants pour le bon fonctionnement de notre système de santé grâce à sa pratique.

Une étude réalisée en 2015 dans la région Champagne-Ardenne a conclu que les patients accueillent volontiers les médecins remplaçants en médecine générale. Ils apprécient parfois de trouver des nouveaux éléments de personnalité chez le remplaçant et osent parler de sujets plus tabous. Ils trouvent que le médecin remplaçant a un regard différent sur le patient et relance des réflexions qui n'ont plus été abordées depuis longtemps [7].

Ma recherche bibliographique retrouve plusieurs thèses réalisées auprès des médecins généralistes installés afin de connaître leur position et leur pratique vis-à-vis du dépistage mais aucune ne s'intéressant aux médecins généralistes remplaçants.

La question pouvait donc se poser ainsi : Quelle est la pratique des remplaçants en terme de dépistage des IST, quels en sont les freins et les facteurs facilitants, enfin les médecins remplaçants développent-ils une attitude spécifique concernant le dépistage des IST ?

J'ai choisi d'aborder cette question par la méthodologie qualitative puisqu'elle est particulièrement adaptée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer ; ce qui permet de mettre en évidence plus librement les opinions des personnes interrogées.

De plus elle convient aux travaux qui n'ont jamais ou peu été traités auparavant, ce qui est le cas

dans cette étude.

J'ai donc rencontré dix médecins remplaçants entre mai 2016 et octobre 2016 afin d'explorer ce questionnement.

MATERIEL ET METHODES

I . Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'identifier la pratique des médecins généralistes remplaçants concernant le dépistage et la prévention des IST dans les Hauts-de-France.

Le premier objectif secondaire est de connaître les freins et les facteurs facilitants du dépistage et de la prévention.

Le second objectif secondaire est de déterminer si les remplaçants développent une attitude spécifique vis-à-vis du dépistage et de la prévention grâce à une comparaison relative des données bibliographiques sur les médecins installés.

II . Type de l'étude :

La méthodologie qualitative a été retenue pour cette étude.

L'étude a été créée grâce à des entretiens individuels semi-dirigés par un guide d'entretien composé de questions ouvertes, audio-enregistrés grâce à un dictaphone et à l'application d'un smartphone après information et accord des enquêtés.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été déposée grâce à l'aide du service informatique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens. Elle est inscrite au registre des traitements du CHU d'Amiens, sous la référence « CHU T83 ».

Un récapitulatif des droits a été donné et signé par chaque personne interrogée.

III . Critères d'inclusion :

Pour participer à cette thèse, les personnes interrogées devaient être des médecins généralistes remplaçants de genre et d'âge indifférenciés.

Les remplaçants devaient avoir au minimum effectué une année de remplacement dans les Hauts-de-France.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

IV . Recrutement :

Le recrutement des médecins remplaçants aurait dû s'effectuer en Picardie et à l'aide d'une demande par e-mail ou par SMS.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) et l' Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) n'ont pas permis d'obtenir ces informations.

Nous avons abandonné l'idée d'obtenir les coordonnées par l'intermédiaire du ReAGJIR de Picardie suite à de multiples relances infructueuses.

Nos connaissances et amis ont tout d'abord été interrogés. Ils ont ensuite adressé mes coordonnées à leurs contacts.

Devant le grand nombre de refus de la part des remplaçants masculins, nos contacts ont demandé de l'aide aux médecins généralistes installés qu'ils remplaçaient dont certains exerçant dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Cette méthode a permis de recruter six remplaçantes et quatre remplaçants.

Les entretiens ont été réalisés en grande majorité au domicile des remplaçants. Neuf dans les départements de l'Aisne (02), l'Oise (60), la Somme (80) et un dans le Nord (59).

V . Guide d'entretien et traitement des données :

Le guide d'entretien comprenait huit questions ouvertes.

Il a été conçu grâce au recueil des questions sur les IST posées aux médecins généralistes installés dans d'autres travaux qualitatifs afin de pouvoir comparer, de façon relative, les résultats obtenus dans cette étude.

Il permettait de guider les personnes interrogées sur les sujets désirés tout en leur laissant l'opportunité d'exprimer leurs opinions.

Il a été testé par deux médecins généralistes remplaçantes remplissant les critères d'inclusion.

Le guide n'ayant pas été modifié par la suite, les deux entretiens ont été intégrés dans l'analyse des données.

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot sur un logiciel de traitement de texte type Word[®] afin de créer le verbatim.

Le verbatim et les entretiens ont été anonymisés, les prénoms ont été modifiés en respectant le genre des personnes interrogées.

Les répétitions, les tics de langage, les discussions totalement hors sujets ont été supprimés du verbatim.

Les recherches annexes, les explications de certains commentaires ont été ajoutés en italique.

Ce verbatim a ensuite été codé grâce au logiciel NVivo[®].

Le codage a été créé selon le modèle de la théorisation ancrée, une approche transversale permettant de dégager des caractéristiques ou des thèmes communs.

Le plan du codage n'a donc pas été prédéterminé mais créé à partir des données du verbatim, à l'inverse d'une grille de lecture.

Une triangulation des données a été réalisée par le codage d'une seconde personne n'exerçant pas le métier de médecin remplaçant.

Les entretiens retranscrits et les audio-enregistrements sont fournis en annexe par le biais d'un CD-ROM.

RESULTATS

I. Caractéristiques des remplaçants interrogés :

	Fiona	Justine	Charlotte	Ophélie	Aurélie	Gwendoline	Thomas	Alexandre	Jérôme	Jacques
Sexe	F	F	F	F	F	F	M	M	M	M
Age	31	32	28	29	30	29	33	28	33	35
Nombre d'années de remplacement	4 ans dont 1 an à La Réunion	5 ans	2 ans	3 ans	1 an et demi	2 ans	4 ans dont 1 an à La Réunion	1 an	4 ans	8 ans
Type	Plusieurs cabinets différents	Plusieurs cabinets différents	Essentiellement deux médecins	Plusieurs cabinets différents	Fixe	Plusieurs cabinets différents	Plusieurs cabinets différents	Plusieurs médecins différents	Principalement 3 cabinets	Principalement 2 cabinets
Milieu géographique	Rural, urbain en Picardie	Tout type en Picardie	Semi-rural en Hauts-de-France	Rural et urbain dans l'Aisne	Rural dans la Somme	Semi-rural en Hauts-de-France	Semi-rural dans la Somme	Urbain et rural en Picardie	Semi-rural dans la Somme	Urbain Lille
Projet d'installation	Pas pressée de s'installer	Pas de projet	Peut-être dans 3 à 5 ans	Pas dans les 4 années suivantes	Début 2017	Pas pour l'instant	Peut-être dans 3 à 5 ans	Début 2017	Pas de projet	A moyen terme en entreprise
Provenance faculté	Amiens	Amiens	Amiens	Amiens	Amiens	Amiens	Amiens	Amiens	Amiens	Lille
Durée de l'entretien	45min05	54min59	34min39	25min11	26min52	20min15	60min22	29min52	55min16	38min18

II . Dépistage et prévention en général :

II . 1. Importance du dépistage et de la prévention dans le système de soins :

- L'étude a révélé que la plupart des remplaçants interrogés disent effectuer les dépistages recommandés par la HAS.

« **Aurélië** : En tant que médecin traitant, il faut parler de dépistage et de prévention. »

« **Charlotte** : Je pense qu'on est là pour faire comme le praticien que l'on remplace et ça me semble logique que l'on pose la question, que l'on pense à dépister. »

« **Gwendoline** : Moi j'aime bien, donc du coup j'essaye d'y penser quand je vois les gens d'une manière générale. »

« **Jérôme** : Je pense qu'en médecine générale le dépistage et la prévention, ça fait partie de notre boulot. Ce sont des choses que je fais souvent. »

- La moitié d'entre eux ont intégré le fait de dépister régulièrement les populations ciblées :

« **Fiona** : En arrivant devant un patient que je n'ai jamais rencontré, je reprends facilement le dossier, je regarde ce qui a été fait. »

« **Justine** : C'est une habitude. En plus je n'ai pas le droit à l'erreur car j'ai fait ma thèse sur la prévention (rires...). »

« **Ophélie** : Selon l'âge tu vois tout de suite si les dépistages colorectaux etc ... ont été faits ou pas. »

II . 2. Avantages des remplaçants :

—

- Quelques-uns ont précisé que le statut de remplaçant permet d'avoir un nouveau regard sur les patients.

« **Aurélie** : Il y a des choses auxquelles on pense, que le médecin traitant ne va peut-être pas penser »

« **Thomas** : En tant que remplaçant, on peut avoir un nouveau regard [...] Des patients qui sont suivis depuis très longtemps par leur médecin : il les connaît depuis 10-15 ans, il y a des questions qu'il ne pose plus. »

« **Jacques** : Je pense qu'on a un grand rôle quand même. Parce qu'on a notre regard sur le patient. »

- Certains patients ne souhaitent pas voir le remplaçant, cette situation donnerait aux médecins remplaçants plus de temps. Un remplaçant a affirmé que ça lui permet de s'investir davantage dans l'abord du dépistage.

« **Jacques** : Je pense qu'en tant que remplaçant, on a quand même une activité un peu plus faible. Du coup on a un peu plus de temps pour parler de ces choses là avec le patient. »

- Deux remplaçants ont mentionné que les connaissances acquises lors du cursus universitaire sont encore récentes et permettent de penser au dépistage :

« **Aurélie** : Prévention et dépistage, pendant les études on nous en parle beaucoup donc c'est encore frais dans ma tête, quels sont les préventions et surtout les dépistages à faire. »

« **Jacques** : Je pense qu'on a eu une formation un peu plus récente, notamment d'un point de vue vaccinal. »

- Le fait de voir en consultation de nombreux patients différents éviterait aux remplaçants de parler de sujets plus familiaux ou personnels mais de se concentrer sur les aspects médicaux.

« **Thomas** : Quand tu es médecin de famille, tu les connais et donc tu discutes de leur boulot, de leurs vacances, de leurs activités etc. »

« **Jacques** : Ça nous permet effectivement de ne pas parler nécessairement de l'histoire du patient mais de faire le point sur les vaccinations, sur les dépistages en général. »

- Enfin, certains ont souligné l'esprit de confraternité envers les médecins installés que ressentent les remplaçants. De plus ils semblent conscients des freins que peuvent rencontrer les médecins installés.

« **Charlotte** : Je pense qu'on est surtout là pour aider les collègues que l'on remplace [...] le médecin installé peut, c'est humain, oublier de poser la question une fois, deux fois, trois fois. »

« **Justine** : Plusieurs médecins m'ont dit qu'ils n'insistaient plus, qu'ils l'avaient déjà dit avant sans arrêt, ils baissent les bras. »

« **Ophélie** : Il y a des médecins installés qui ne sont pas forcément sensibles au dépistage. »

« **Jérôme** : Je pense qu'il y a des médecins qui ne savent pas parler : il y a des médecins, que j'ai interrogé pour ma thèse, que l'on sent pas à l'aise pour parler de certains sujets. »

II . 3. Freins du dépistage et de la prévention en général :

- La moitié des remplaçants ont avoué ne pas aborder systématiquement le dépistage et la prévention.

« **Justine** : Je ne vais pas demander systématiquement à chaque personne : est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous buvez ? »

« **Aurélie** : Après, pas à chaque patient, pas à chaque consultation »

- Prêt de la moitié des personnes interrogées ont déclaré que l'abord du dépistage dépend du temps disponible.

« **Charlotte** : Clairement ça dépend du temps que j'ai en consultation. »

« **Jérôme** : Malheureusement, quelques fois, on n'a pas le temps de le faire. »

- Deux remplaçantes ont pensé que le rôle du médecin de famille dans le dépistage est plus

important que celui des remplaçants.

« **Fiona** : Je sais que je ne peux pas tout faire et ce n'est pas mon rôle en tant que remplaçant de vouloir tout solutionner d'un coup et tout dépister d'un coup. »

« **Ophélie** : On a une place mais c'est quand même plus au médecin qui les suit plus régulièrement de savoir s'ils sont à jour et de leur proposer au besoin. »

III . Formation des remplaçants concernant les IST :

- Tous ont mentionné avoir eu une formation universitaire sur les IST, acquise grâce aux cours magistraux et aux stages.

« **Ophélie** : La formation, sur les dépistages ça remonte pendant les cours d'externat. »

« **Fiona** : Je me rappelle avoir fait un petit stage, rue Fernel (centre de CDAG d'Amiens). »

« **Gwendoline** : Il y avait l'item à l'ECN donc du coup je connais cet item là. »

« **Aurélie** : Et puis en stage, puisque je suis passée en PMI. »

- Six remplaçants ont dit entretenir leur formation continue personnelle sur les IST grâce aux revues et aux sites internet médicaux.

« **Aurélie** : Je fais mon auto-formation dans les revues, j'essaye de vraiment faire attention. »

« **Gwendoline** : J'ai assisté une fois à une formation sur les MST, parce que c'était intéressant. »

« **Jacques** : J'ai assisté à quelques FMC sur les IST, sur les nouvelles recommandations de traitement... »

- La majorité des remplaçants interrogés pensent avoir reçu une formation légère sur les IST.

« **Charlotte** : J'ai fait un stage en gynéco de 3 mois mais j'ai pas du tout abordé les IST, je n'ai fait que de l'obstétrique. »

« **Fiona** : Je n'ai pas l'impression que la formation a été très insistante sur le dépistage. »

« **Justine** : Ma formation, c'est la fac. Donc pas grand-chose, mise à part un cours. [...] Peut-être arrêter de nous apprendre des syndromes rarissimes. Peut-être être plus axer les cours sur des pathologies plus généralistes, faire des cours de prévention. »

- Une remplaçante a déclaré que le statut de remplaçant peut empêcher d'accéder à certaines formations.

« **Justine** : Récemment on voulait s'inscrire à une formation indépendante, FMC Action. Je voulais participer et je n'ai pas pu en tant que remplaçant. »

- Pourtant près de la moitié des remplaçants considèrent que leur formation sur le dépistage des IST semble suffisante.

« **Fiona** : Après je pense être suffisamment formée mais je ne sais plus comment. (rires...), en gros je me débrouille. »

« **Ophélie** : C'est vrai que sur le dépistage ça va, mais sur le traitement, comme on en voit très peu, nous sommes peut-être pas au goût du jour. »

IV . Représentations des IST :

IV . 1. Représentations des remplaçants :

- La plupart des remplaçants semblent informés de la recrudescence des IST en France.

« **Justine** : Je parle du SIDA mais le pire, c'est la syphilis qui est en recrudescence. »

« **Thomas** : Dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM) , il y a une recrudescence des IST ; donc à la Réunion j'abordais plus facilement ces sujets là. »

- La majorité des remplaçants ont mentionné que la prise en charge de certaines IST est encore complexe, notamment concernant l'annonce de diagnostic au patient et dû au manque d'expérience.

« **Aurélie** : Annoncer au patient qu'il a un VIH, il faut être préparée à le faire, préparer le patient. [...] Je n'ai pas été encore trop confrontée, donc pour moi cela restera un peu compliqué si je dois le faire un jour. »

« **Justine** : J'avoue que lorsque j'ai un patient VIH connu, je fais « -Oulalala ». »

« **Alexandre** : Je serais très mal à l'aise pour annoncer une séropositivité à un patient. »

- Ils ont indiqué que la prise en charge initiale et le suivi du patient atteint d'une IST chronique sont plus adaptés aux spécialistes.

« **Jacques** : On a un grand centre VIH à Tourcoing (département 59) qui prend très bien en charge les patients. Les patients que je vois et qui sont suivis là-bas ne me parlent jamais de VIH. »

« **Fiona** : Ils sont plus pris en charge par les spécialistes et par leur médecin généraliste. »

« **Charlotte** : Quand on a VIH, VHB ou VHC on l'envoie à l'infectiologue. Après ce n'est plus moi qui gère. »

IV . 2. Représentation de la société :

- Certains médecins sollicités ont dit que la population générale n'est pas assez sensibilisée aux IST.

« **Ophélie** : Les gens ne sont pas forcément au courant. »

« **Charlotte** : La Chlamydia et le gonocoque, peu de patients connaissent ça, soit on parle de « chtouille », ou de petites bêtes. »

- Les remplaçants interrogés semblent plus divisés sur l'amélioration du regard de la société et sur la peur qu'inspire les rapports sexuels non protégés.

« **Jérôme** : Au niveau de la société, on a quand même fait des progrès au niveau de l'acceptation de la maladie. Probablement en rapport avec les traitements qui sont maintenant plus efficaces. »

« **Aurélié** : Je pense que les gens associent cela uniquement à des personnes qui ont des conduites à risque. »

« **Fiona** : Avec une grande peur du SIDA dans les années 80-90, qui je pense est complètement retombée comme un soufflet. »

« **Jacques** : Il y a toujours un regard sur le VIH qui fait encore peur, qui ne déclenche pas forcément un accroissement de la prévention mais beaucoup d'interrogations. »

- Trois remplaçantes ont pensé à l'impact négatif sur la vie que peut avoir un patient atteint d'une IST chronique.

« **Gwendoline** : Un jeune qui se met en couple avec quelqu'un, ça doit être difficile, si il veut construire quelque chose de sérieux. »

« **Justine** : Au même titre que d'avoir un cancer, c'est une maladie qui est à vie. C'est l'épée de

Damoclès. Ça ruine les projets etc... »

V . Le dépistage des IST :

V . 1. Pratique des remplaçants :

- Tous les remplaçants ont affirmé avoir déjà prescrit un dépistage biologique des IST.
- La majorité l'effectueraient lors d'une demande spontanée des patients.

« Justine : Il y a certains motifs de consultation où ce n'est que ça. »

« Jérôme : Il y a les patients qui viennent pour un rapport à risque. Ils sont eux-même dans la demande, on le fait. »

« Fiona : La plupart du temps, c'est quand un patient me demande un dépistage. J'ai quand même pas mal de patients qui me le demandent. »

- Les remplaçants ont mentionné proposer une recherche biologique des IST lorsqu'un(e) patient(e) consulte pour un rapport non protégé, une altération de l'état général, une infection gynécologique, des troubles de la mémoire, des dysfonctions érectiles ou des condylomes ano-génitaux.
- La plupart des personnes interrogées ont dit rechercher des IST lorsqu'un patient consulte pour un écoulement urétral ou des brûlures mictionnelles.
La moitié d'entre-eux ont affirmé proposer un examen sanguin, en plus d'un examen urinaire, afin d'être complet dans la recherche des IST.

« Aurélie : Un écoulement urétral, une dysurie : je fais tout le bilan des IST, je ne fais pas que le gonocoque ou la Chlamydia. »

- La majorité d'entre-eux ont déjà proposé un dépistage fortuit pour des motifs de consultation

n'ayant pas de lien direct avec un risque d'une IST.

Les motifs étant la demande : d'un certificat de sport, d'un projet ou un suivi de grossesse, du suivi d'un usager de drogue, d'une prescription d'une sérologie d'hépatite B pour un poste médical ou d'un renouvellement de contraception.

- Cela va même plus loin puisque huit remplaçants ont dit proposer quasi-systématiquement un dépistage des IST, en particulier chez les patients jeunes.

« **Charlotte** : C'est sur une patientèle jeune que je propose ça lors d'une demande de prise de sang. Je propose systématiquement un bilan sérologique. »

« **Thomas** : Lorsque ce sont des gens de 40 ans qui viennent pour un simple renouvellement, je leur dis simplement : « - Voulez-vous que l'on fasse le dépistage des IST ? » »

« **Ophélie** : A l'occasion d'un bilan, c'est facile de le faire passer [...] Je pense que si jamais il y a une infection et que tu n'as rien proposé, je pense que ça peut te retomber dessus (problèmes judiciaires) si tu ne lui en a jamais parlé. »

- Un peu moins de la moitié des médecins sollicités ont pensé à dire qu'ils prescrivent un bilan complet des IST lorsque celui-ci est proposé, comprenant un bilan sanguin et un examen urinaire.

« **Justine** : La Chlamydia, je la demande quasi-systématiquement. Sur les bilans des IST, bien entendu. »

« **Ophélie** : Je pense que systématiquement c'est pas mal de rechercher tant qu'à faire Chlamydia, gonocoque et syphilis. »

- Les prescriptions d'examens urinaires apparaîtraient comme utiles puisque quelques remplaçants ont mentionné diagnostiquer et traiter un nombre significatif de patients.

« **Justine** : Les diagnostics que l'on fait le plus souvent sont Chlamydia , gonocoque, Gardanella vaginalis. »

- Deux remplaçantes ont affirmé penser à dépister les partenaires du patient infecté.

« **Aurélie** : Après c'est penser à dépister les partenaires. »

V . 2. Facteurs facilitants l'abord du dépistage :

- Un médecin questionné a énoncé que le statut de remplaçant permet d'aborder plus facilement le dépistage aux patients, ne nécessitant pas obligatoirement l'abord de la sexualité.

« **Ophélie** : Je pense que c'est quand même plus simple parce que quand tu connais moins les gens souvent c'est plus facile de leur parler [...] Ils viennent pour leur sérologie, après honnêtement ils ne rentrent pas dans les détails.

- D'ailleurs certains ont souligné que la population générale n'est généralement pas opposée à se faire dépister de manière générale. Les campagnes de santé publique, quoique insuffisantes, auraient facilité ce changement de mentalité.

« **Ophélie** : Après il n'y pas de frein pour une prise de sang, généralement les gens ne sont pas contre. »

« **Justine** : Mais je propose, je n'ai jamais eu un « non ». En général c'est : « - Bah si il faut le faire, faites le. Tant qu'à faire une prise de sang ». »

« **Thomas** : Quand on a une campagne de dépistage à un échelon locorégional au minimum, c'est quand même beaucoup plus facile d'aborder ce sujet là [...] Les gens sont au courant via les médias, déjà ça fait sauter les verrous même si les gens ne se précipitent pas. »

- Les deux remplaçants ayant eu une expérience de remplacement dans un département

d'outre-mer l'ont abordé plus régulièrement à la population locale. Les campagnes de dépistage sont plus présentes et ont donc plus d'impact.

« **Thomas** : J'ai bossé à la Réunion et je ne sais pas si c'est le cas en métropole mais la HAS a envoyé les recommandations aux services : elle demandait à tous les services d'encourager fortement les médecins généralistes à réaliser un dépistage des IST [...] Ça m'est arrivé, 1 à 2 fois par jour de le proposer, comparé à la métropole c'était beaucoup plus fréquent. »

- Le genre du patient ne semble pas influencer la proposition d'un bilan des IST, excepté pour un médecin.

« **Thomas** : Les garçons, c'est différent, je pense qu'ils accepteraient peut-être plus. Peut-être parce que je suis un garçon. »

- Pour certains, l'abord est plus aisé avec les patients célibataires.

« **Charlotte** : J'avoue que de savoir si ils sont célibataires ou en couple, ça serait plus facile pour moi. »

« **Jacques** : Même si on explique que ça peut s'attraper autrement, qu'il était peut-être porteur sain et qu'il n'y a pas eu forcément tromperie : il y a toujours un peu de suspicion qui peut se créer. »

V . 3. Freins à la proposition d'un dépistage des IST :

- La plupart des remplaçants de cette étude ont constaté qu'ils ne proposent pas de façon systématique le dépistage des IST. Ils ont concédé qu'ils n'en effectuent pas assez.

« **Jérôme** : Je pense que je ne le fais pas suffisamment [...] Je ne prescris pas un dépistage spontanément. »

« **Thomas** : En France métropolitaine, le dépistage des IST est essentiellement basé sur la demande du patient ou une situation à risque. »

« **Aurélie** : Moi le dépistage des IST, oui je le propose dans des conditions bien particulières. »

- Ils ont dit que proposer un bilan des IST n'est pas adapté à un patient non demandeur, cela peut engendrer une stigmatisation.

« **Charlotte** : Ils ne viennent pas pour ça, donc ça peut leur sembler bizarre de rentrer dans ce domaine là. »

« **Jérôme** : Les patients peuvent se sentir jugés, une « nana » va penser que je la prends pour « une Marie-couche-toi-là ». »

« **Justine** : Quand la personne vient pour son renouvellement de traitement anti-hypertenseur, ça n'a rien à faire là. »

- La pratique actuelle des remplaçants ne semblerait pas suffire puisque la plupart des remplaçants ont dit n'avoir jamais diagnostiqué une IST chronique.

« **Justine** : Je n'ai jamais fait le diagnostic de VIH. Ceci dit quand je fais les bilans, je ne revois pas forcément les gens. »

- Six remplaçants ont avoué ne pas rechercher de façon systématique la *Chlamydia* et le gonocoque lorsqu'un dépistage des IST est prescrit chez un patient asymptomatique, la différence de modalité de prélèvement a été souvent évoquée.

« **Fiona** : Ce qui m'embête, c'est que ce n'est pas le même prélèvement. C'est un prélèvement vaginal, c'est un peu moins pratique. »

« **Charlotte** : VIH 1 et 2, VHB, VHC, syphilis, je ne vais pas plus loin. Je ne recherche ni *Chlamydia* ni gonocoque et je ne leur pose même pas la question de savoir s'ils ont des symptômes. »

- Quelques remplaçants se sont rendu compte qu'il existe peu de demandes spontanées des

patients pour réaliser un dépistage.

« **Charlotte** : *J'en ai pas beaucoup, pas souvent. Ces 6 derniers mois bien remplis, il y en a peut-être eu 2 ou 3. »*

« **Ophélie** : *Les gens ne sont pas formés non plus dessus donc ils ne vont pas me le demander spontanément. »*

- Ils ont pensé que cela s'explique par la diminution du nombre de campagnes de prévention et de dépistage.

« **Justine** : *Au final, les IST : on n'en parle plus globalement. Même à la télé. Le SIDA, on n'en parle plus. »*

- Le manque de temps, les milieux sociaux défavorisés ont été évoqués comme freins par certains remplaçants.

« **Gwendoline** : *Si j'ai beaucoup de choses à faire, non je ne vais pas y penser c'est sûr. »*

« **Ophélie** : *Les niveaux socio-culturels plus bas, je pense que des fois tu as beau leur expliquer, ça va leur passer au dessus. Ils ne feront pas forcément l'effort d'aller le faire même si tu leur fais l'ordonnance. »*

- Enfin le statut de remplaçant semblerait générer des freins plus spécifiques ; tels que le besoin de connaître plus les patients et de respecter la volonté du patient de ne pas inscrire les informations dévoilées dans le dossier informatique.

« **Aurélié** : *Je pense que c'est une question de relation de confiance que l'on a avec les patients , depuis combien de temps on les suit. »*

« **Thomas** : *Elle m'a demandé de ne pas laisser de traces. Par rapport au bilan, je lui ai dit que c'était moi qui allait le recevoir mais que après , je ne sais pas trop si j'ai le droit de ne pas prévenir le médecin que je remplace. »*

VI . La prévention des IST :

VI . 1. Opinions sur le préservatif :

- Certains médecins de l'étude ont remarqué que le port du préservatif lors d'un rapport sexuel est en recul, la diminution des campagnes de prévention l'ayant accentué. Un seul a annoncé le contraire.

*« **Fiona** : Je trouve qu'on en entend beaucoup moins parler. On sait que ça existe mais j'ai l'impression que c'est de plus en plus loin [...] Ça prenait beaucoup de place dans les médias quand j'étais petite, et ça a un peu disparu de la circulation maintenant. »*

*« **Justine** : Surtout pour l'adolescence, après quand on change de partenaires aussi. Je trouve que ça ne devient plus un réflexe. »*

- Les remplaçants semblent préoccupés par cet enjeu de santé publique. Deux remplaçantes ont pensé que les lieux de soins tels que les cabinets de généralistes, de gynécologues, l'hôpital et les lycées devraient proposer gratuitement des préservatifs.

*« **Justine** : Je trouve ça aberrant, que ce soit à l'hôpital, dans les cliniques ou dans les lieux de soins. »*

*« **Fiona** : Et si on pouvait baisser le prix des préservatifs voire les donner gratuitement. »*

VI . 2. Pratique des remplaçants :

- La moitié des remplaçants consultés ont dit parler spontanément de prévention des IST. Certains entament une discussion sur les IST grâce au questionnement sur les rapports sexuels non protégés.

*« **Fiona** : Ce n'est pas forcément à l'occasion d'un frottis, mais je demande facilement si les*

rapports sont protégés. »

« Jacques : Voilà, s'ils sont en couple, s'ils ont des relations protégés. S'ils souhaitent avoir un dépistage VIH ou s'ils l'ont déjà fait ailleurs, dans un CDAG ou aux urgences. »

- A l'inverse quelques-uns ont mentionné dire aux patients de simplement se protéger lors des rapports sexuels, sans entrer dans les détails.

« Jérôme : Notre rôle en tant que généraliste est de rappeler qu'on est mieux traité mais que la maladie est toujours là et qu'il ne faut pas oublier de mettre une « capote ». »

« Justine : C'est glissé, quand les ados viennent avec leurs parents : « - Il a une copine, il faut mettre un préservatif » mais ce n'est pas « - Bon alors les rapports comment ça se passe et avec qui ? ». »

VI . 3. Facteurs facilitants :

- La moitié des participants ont énoncé qu'il est plus facile de discuter de prévention avec les jeunes filles, la prescription d'une contraception permet d'en parler.

« Aurélie : Lorsque ce sont des jeunes filles qui viennent, je leur demande si les rapports sont protégés. Et puis j'explique que la pilule ne protège pas contre les IST mais que pour les bébés. Souvent elles ne sont pas au courant (rires...). »

- Les remplaçants ont identifié d'autres motifs de consultation favorisant la discussion sur les IST ; tels que les symptômes génito-urinaires, les milieux sociaux défavorisés et aux mineurs.

VI . 4. Freins à l'abord de la prévention des IST :

- Quatre remplaçants ont dit que l'accompagnement d'un mineur par un parent est un frein à l'abord de la prévention.

« **Justine** : Après ça dépend des âges, les personnes qui ont le plus de mal à en parler ce sont les ados. Parce qu'ils viennent avec leurs parents et c'est gênant. »

« **Ophélie** : Les parents sont à côté et c'est toujours délicat d'aborder le sujet parce que tu ne sais pas si elle va répondre franchement ou si elle va vouloir répondre, ce qui est compréhensible. »

- Trois remplaçants trouvaient qu'il est difficile d'aborder la discussion sur le préservatif.

« **Gwendoline** : Les préservatifs, même s'il existe des campagnes de pub, c'est toujours gênant lorsqu'on ne connaît pas trop les gens. »

« **Thomas** : Par contre je ne faisais pas fréquemment allusion au préservatif lorsque les gens étaient en couple. »

VII . Abord de la sexualité des patients :

VII . 1. Avantages des remplaçants :

- Notre étude semble révéler que la grande majorité des remplaçants n'ont pas de tabou à parler de sexualité avec les patients.
- Les consultations en rapport avec des symptômes uro-génitaux, des symptômes gynécologiques, le vaccin du *Papilloma virus*, les patients homosexuels et les patients venant seuls permettent de discuter de sexualité.

« **Fiona** : *J'adore parler sexualité avec les patients. Je ne ressens pas de blocage particulier de ma part. »*

« **Jacques** : *On peut avoir un discours relativement libéré sur les pratiques sexuelles. Globalement ça se passe bien, il n'y a pas de tabou. On peut parler avec toutes les formes de relation, il n'y a pas de souci. »*

- Ils se sont décrits avant tout comme médecins généralistes, ayant les responsabilités d'être impartiaux et ouverts à la discussion.

« **Jérôme** : *Ils n'ont pas à avoir la même gêne qu'ils ont avec le titulaire. »*

« **Thomas** : *On a un œil neuf, on ne porte pas de jugement parce qu' on ne connaît pas les patients et du coup ça serait plus facile pour certaines personnes. »*

- D'ailleurs la moitié des remplaçants ont répondu que les patients peuvent créer un lien de confiance avec eux malgré le fait qu'ils ne le connaissent pas ou peu.

« **Alexandre** : *Ils m'ont vu une fois ou deux, ils arrivent à m'accorder du crédit et donc assez de confiance. »*

« **Jérôme** : Nous, on a quand même la chance en tant que remplaçant d'être confronté aux gens qui nous parlent. »

- Tous les participants ont été d'accord sur le fait que le statut de remplaçant permet aux patients de parler plus librement de sujets intimes, la relation paternaliste qu'entretienne les médecins installés pouvant être un frein.

« **Jacques** : Et ils peuvent me parler de certaines choses dont ils ne parlent pas ou n'ont pas de le temps de parler avec leur médecin. »

« **Thomas** : La jeune fille est venue me voir spécifiquement, elle savait que j'étais remplaçant, elle est venue me voir parce que le médecin qui la suivait habituellement était un ami de ses parents. »

« **Gwendoline** : On est médecin remplaçant, on est là une fois ou deux, parfois c'est le moment où ils en profitent. »

« **Fiona** : Et puis justement, le fait d'avoir un remplaçant et non pas le médecin habituel me donne l'impression que des fois les patients se lâchent un petit peu plus. »

« **Alexandre** : Et puis c'est quelque chose qu'ils peuvent aborder plus facilement qu'avec leur médecin, qui connaît peut-être un membre de leur famille, qui les connaît depuis longtemps.

Nous, ils pensent qu'on va peut-être avoir moins de jugement sur eux que leur médecin habituel. »

- Les médecins remplaçants sembleraient privilégiés dans l'abord de la sexualité puisqu'ils n'ont pas besoin de créer une patientèle, et donc de ne pas se soucier si un patient choqué ne revenait pas.

« **Justine** : S'ils ne veulent plus nous voir, ça nous est égal. »

« **Thomas** : Je ne me pose jamais la question de savoir si je vais choquer ou pas [...] Je n'ai pas la crainte que le patient ne revienne pas. »

« **Jérôme** : Et être un peu cash. Je pense qu'il ne faut pas tourner autour du pot. Mettre les gens à l'aise, c'est aussi leur parler comme ils nous parlent. »

- D'autres avantages, tels que le bénéfice du jeune âge et le fait que le médecin installé soutient les initiatives des remplaçants, ont été cités.

« **Alexandre** : Après on est peut-être plus sympa en tant que remplaçant plutôt qu'un « vieux » médecin (rires...). »

« **Thomas** : Les répercussions, je ne les ai pas. Et le médecin va sûrement expliquer que c'est rien, que c'est parce que je suis un jeune. »

- Tous ces facteurs permettraient aux remplaçants d'entamer plus facilement la conversation sur la sexualité.

« **Thomas** : Après je me dis que si personne ne lance de perches, qui le fera ? Je pense qu'il ne faut pas se poser de questions, il faut le faire et voilà. »

« **Alexandre** : Je peux essayer d'ouvrir une porte et si je vois qu'il n'y a rien : faut pas être « lourd » non plus. »

« **Gwendoline** : J'essaye un peu de tendre des perches ou par exemple de placer le mot sexe ou rapports sexuels, je le place dans une phrase et je vois ce que ça donne. »

VII . 2. Facteur du genre des patients :

- Le genre féminin de la patiente faciliterait la discussion sur la sexualité.

« **Jérôme** : Je le fais aussi lors d'un renouvellement de pilule. Pour « les mecs », on a moins l'occasion d'en parler parce qu'il n'y a pas de vaccin à faire là-dessus. J'avoue que j'en parle peut-être plus aux filles qu'aux garçons. »

« **Justine** : Les femmes s'épanchent un peu plus sur le sujet, des fois même un peu trop. »

« **Charlotte** : Peut-être plus facilement avec les femmes. »

« **Fiona** : Je pense que les hommes sont un peu plus timides là-dessus. Quand on touche à la virilité, on est un peu plus gêné pour en parler [...] Et puis aussi, on ne demande pas aux hommes d'aller chez le gynéco tous les ans. C'est un peu moins normal pour un homme de parler de sa sexualité, de ses organes génitaux qu'une femme. »

- Pourtant quelques remplaçantes se sont rendues compte que certains patients masculins

abordent leur sexualité par le biais des dysfonctions érectiles.

« **Fiona** : C'est souvent eux qui m'en parlent parce que ça marche moins bien. »

« **Charlotte** : Après ce sont plus souvent les hommes qui viennent parce que ça ne marche pas de ce côté là. »

- Il semblerait plus facile de discuter de ce sujet lorsque le patient est du même genre que le remplaçant.

« **Jérôme** : Je sais que je serais peut-être plus à l'aise de discuter des IST avec un homme. Parce que je pense qu'on comprend mieux les gens de notre sexe, on arrive plus à se mettre à leur place. »

« **Fiona** : D'autant plus que j'ai pas mal de femmes qui viennent me voir parce que je suis une femme et que leur médecin est un homme. »

« **Charlotte** : C'est très compliqué pour moi de parler de ça avec un homme. J'ai déjà eu des expériences un peu malheureuses, j'ai eu deux patients un peu fous dans leur tête. »

« **Justine** : Les hommes ont plus du mal à en parler parce qu'ils craignent tout le temps qu'on les examine on regarder leurs testicules. »

VII . 3. Facteur de l'âge des patients :

- Prêt de la moitié des intervenants ont été d'accord sur le fait qu'ils discutent plus de sujets intimes avec des patients jeunes.

« **Jérôme** : J'aime bien parler de sexualité avec les jeunes. »

- Il existerait cependant un frein à aborder le sujet chez les patients mineurs pour deux remplaçants.

« **Ophélie** : Je ne vais pas leur en parler lorsqu'ils ont 13 ou 14 ans même si ils peuvent être exposés. Pour le peu que ce soit des jeunes qui ne se soient pas encore posés la question. »

- Une seule remplaçante a pensé à dire qu'il ne faut pas écarter les personnes plus « âgées » de ce sujet.

« **Fiona** : Je pense qu'il faut faire attention aussi à nos aînés, ils ne sont pas plus responsables que nos cadets. Méfions nous des « vieux » (rires...). »

VII . 4. Freins :

- La discussion sur la sexualité et sur les IST semble complexe pour l'ensemble des remplaçants.
- Ils manqueraient d'expérience sur ces sujets.

« **Gwendoline** : Je vois très rarement des gens sont séropositifs au niveau du VIH ou d'hépatite C. »

« **Charlotte** : Pour l'instant deux ans de remplacements je trouve que c'est encore limite pour parler de sexualité, en détail avec eux. »

« **Fiona** : Pendant mes remplacements, ça m'est arrivé, pas énormément.

« Quelques patients ayant un VIH et d'autres avec une hépatite C. »

- Le fait de discuter de sexualité dans une consultation où il n'y a pas d'éléments en rapport apparaît comme un frein puisque cela peut créer entre autre une angoisse chez les patients.

« **Charlotte** : Même demander si il y a eu un rapport à risque quand ce n'est pas dans un contexte précis, je trouve ça très difficile. »

« **Justine** : Je pense que ça pourrait créer des questions « - Vous avez vu mon épouse, qu'est ce qu'elle vous a raconté ? » Je pense que ça pourrait créer des suspicions. »

- Il existe aussi une catégorie de patients qui préfèrent discuter de sujets intimes avec leur médecin traitant, à l'instar de quelques remplaçants qui trouveraient difficile d'en parler avec

des patients qu'ils ne connaissent pas.

« **Thomas** : Et inversement, il y a des gens pour qui c'est très difficile de se confier à un étranger. »

« **Alexandre** : Et il y en a d'autres qui préfèrent avoir leur médecin habituel. »

« **Aurélië** : C'est compliqué quand on ne connaît pas les patients en tant que remplaçant d'aborder la sexualité. »

- Trois remplaçants ont été même plus loin en affirmant que ce n'est pas le rôle du médecin de questionner les patients sur leur vie privée.

« **Alexandre** : Après si il faut en discuter, on peut essayer. Mais je n'ai jamais été intrusif parce que ce n'est pas mon but et je ne suis pas le médecin du patient. »

« **Ophélie** : De base, je ne pense pas que ça soit notre place de s'immiscer dans leur vie privée s'ils ne sont pas demandeurs. »

« **Thomas** : Je suis remplaçant, et je ne sais pas quelle est la légitimité d'initier cette réflexion. »

VIII . Recommandations du plan national des IST 2010-2014 :

VIII . 1. Opinions des remplaçants :

- La majorité des personnes interrogées ont pensé que les nouvelles recommandations de dépistage sont réalisables.

« **Fiona** : Dépister une fois dans sa vie, tous les patients de 15 à 70 ans. Moi je pense que c'est possible. »

« **Ophélie** : Sur la population générale je pense que c'est faisable. »

« **Jacques** : Oui, complètement. C'est complètement réalisable. »

- D'ailleurs deux remplaçantes ont affirmé que leur pratique est déjà en accord avec ces recommandations.

« **Gwendoline** : Mais je ne pense pas que ça va changer ma pratique car ça colle déjà avec ce que je fais. »

« **Justine** : Sans avoir notion des recommandations, c'est assez fréquent de voir une sérologie VIH qui date des 5 dernières années. La plupart du temps, c'est fait. »

- Dire aux patients que la proposition systématique du dépistage provient des instances médicales permet aux remplaçants d'aborder plus facilement.

« **Justine** : Après ça peut aider. Le dépistage systématique est une bonne phrase pour dédramatiser et enlever ce côté angoisse. »

« **Thomas** : Le fait qu'il y ait une institution qui fasse des recommandations, ça peut être un prétexte, une base, sur lesquels s'appuyer. »

« **Alexandre** : Pourquoi pas, se dire à 40 ans de le faire systématiquement [...] Autant mettre un âge clef avec un bilan complet, avec les IST compris. »

- Certains soulignaient qu'il est important de mettre à jour le dossier informatique afin de pouvoir dépister toute la population.

« **Ophélie** : Il y a des logiciels où il est marqué systématiquement quels tests sont à faire telle année et d'autres où tu vois nulle part dans le dossier, donc honnêtement je ne sais pas si c'est à jour ou pas [...] Après il faut y penser , il faut le noter et proposer. »

« **Jacques** : Si la personne fait régulièrement des prises de sang, je ne le fais pas forcément. Ou alors je regarde quand ça a été fait. »

- La grande majorité des remplaçants ont dit qu'il est important de respecter les recommandations officielles, ils nous ont semblé déterminés à changer leurs habitudes.
- De plus tous ont été reconnaissants de la mise à niveau apportée grâce à cette étude.

« **Charlotte** : Dès demain je dépiste tout le monde jusque 70 ans, je suis très « recommandations ». »

« **Thomas** : Quand on me les apporte, je les prends, comme toi avec les IST mais pas de moi même. Je suis abonné à « Prescrire » depuis 3 ans mais je les lis rarement. »

« **Aurélie** : Je vais essayer de faire attention, plus qu'avant. Oui.

Généralement les sujets sur lesquels je me renseigne, pendant mon auto-formation ou dans les revues, j'essaye de vraiment faire attention. »

VIII . 2. Freins des recommandations :

- Seulement deux remplaçants ont dit être au courant des nouvelles mesures, tous les remplaçants ont affirmé qu'ils ne reçoivent pas les recommandations officielles.

« **Fiona** : Je suis déjà tombée dessus, mais après les connaître de tête non. »

« **Charlotte** : Je ne reçois pas les recommandations. »

« **Jacques** : L'INPES ne nous connaît pas en tant que remplaçant. »

« **Ophélie** : Ne serais-ce que pour les remboursements de médicaments etc ... c'est par hasard que l'on sait. Il faut que nous nous documentions nous mêmes. »

- La plupart des remplaçants ont souhaité être informés des nouvelles mesures.

« **Fiona** : C'est assez regrettable qu'on ne soit pas plus souvent convié à des formations officielles, alors qu'on a nos coordonnées. »

« **Jérôme** : Il y a quand même une contradiction : on a une place importante dans le dépistage et la prévention par notre statut de remplaçant, certains patients viennent préférentiellement voir le remplaçant, et inversement nous ne sommes pas au courant de ces recommandations. »

« **Justine** : Si je ne vais pas les chercher, rien de rien. Pourtant ils ont mon adresse personnelle. Il faut qu'on « se démerde », on n'a pas de petits fascicules. »

- La proposition d'un dépistage aux patients mineurs et aux alentours de 70 ans n'est pas adapté pour certains remplaçants.

« **Justine** : Après c'est pour les personnes âgées que ça peut paraître bizarre. »

« **Ophélie** : Après je pense que plus tu montes en âge et plus les patients vont se demander pourquoi tu leur proposes. »

« **Jacques** : Et ça dépend de la maturité de la personne. Oui, 16-18 ans [...] Ce sont peut-être des choses un peu tabou dans la vie familiale. »

- Des remplaçants ont concédé que les recommandations sont généralement peu appliquées, prétextant le fait qu'il est difficile de changer les habitudes, de contenir les nombreuses recommandations et qu'avec le temps elles sont moins présentes dans les esprits.
De plus certains patients refuseraient le dépistage devant l'absence de risque de transmission.

« **Alexandre** : En tout cas, la recommandation de dépister tout le monde de 15 à 70 ans, je l'ai un

peu oubliée. »

« Aurélie : Parce qu'il y a des médecins qui ne suivent pas du tout, du tout les recommandations. »

« Ophélie : A une dame qui venait suite à un viol, le gynéco l'avait examiné mais n'avait pas prescrit de dépistage des IST, ça m'avait choqué [...] Je pense qu'il y en a beaucoup qui ne voudront pas le faire non plus. »

- En ce qui concernent les recommandations de dépister régulièrement les personnes dites à « risques de transmission », les remplaçants n'ont pas semblé contre mais les pensent peu applicables puisqu'ils en voient rarement.

« Charlotte : En cas de viol, je considère que c'est à l'hôpital de le faire parce qu'ils ne viennent pas ici. En cas d'incarcération c'est pareil. »

« Gwendoline : Les usagers de drogue ou les personnes en situation de prostitution mais ça ne m'est pas encore arrivé. »

- Enfin deux remplaçantes ont dit souhaiter des recommandations encore plus accentuées.

« Gwendoline : Sur le tableau, c'est marqué quelle personne dépister en fonction des risques, moi je trouve que quand on recherche une IST, il faut toutes les rechercher. »

« Justine : Une fois ça me semble même pas suffisant. A chaque conduite à risque au final. Au cours d'une vie, on doit faire le test plusieurs fois. »

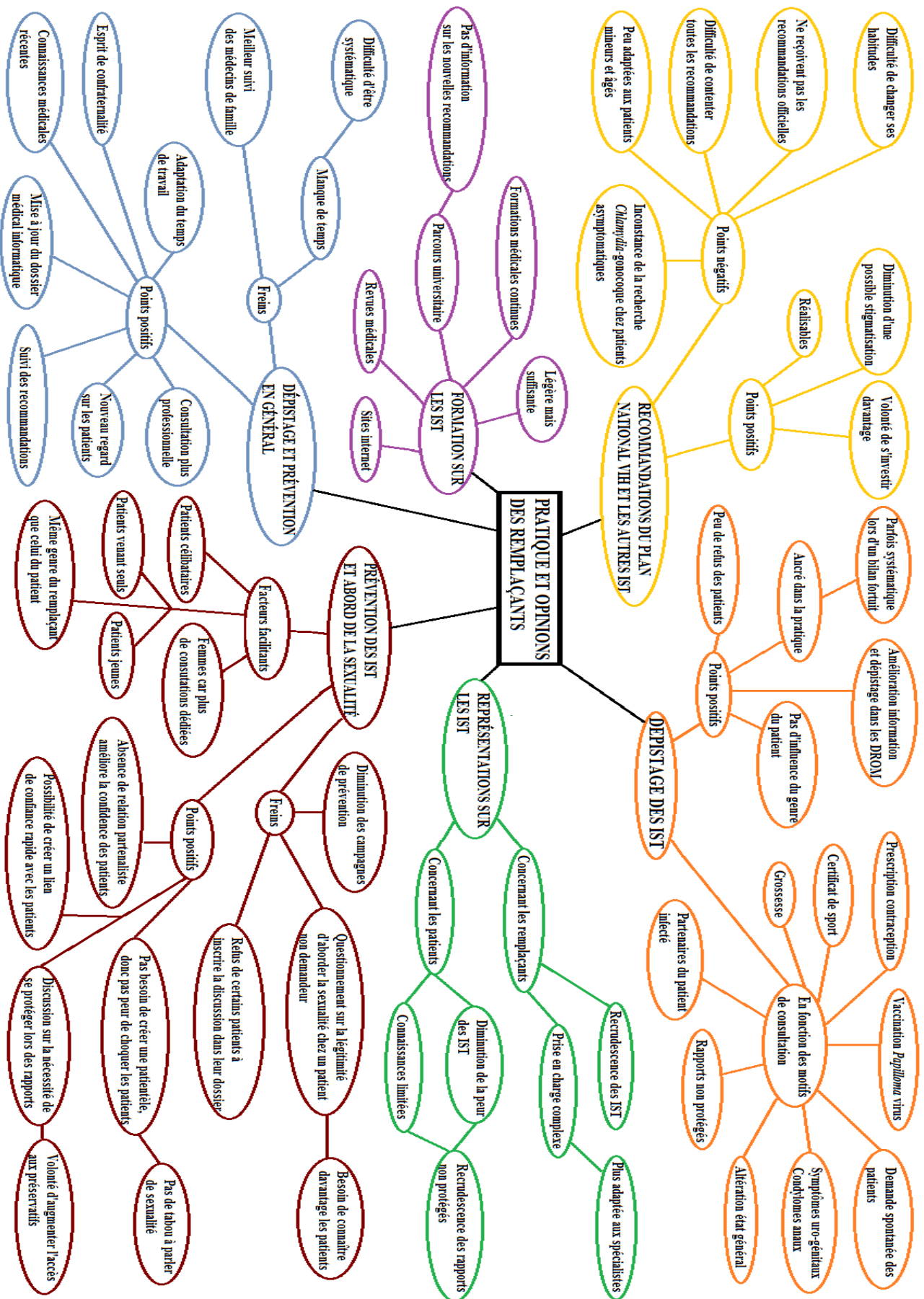


Figure 2 : Synthèse des principaux résultats de l'étude.

DISCUSSION

A/ La méthode :

I. Méthodologie qualitative :

La méthodologie qualitative est soumise à des caractéristiques peu variables comme le manque de rigueur statistique, la non représentativité de la population étudiée ainsi que la non reproductibilité des résultats. Ce ne sont pas des biais puisque c'est inhérent à ce type d'étude qui ne cherche pas une description statistique mais analyse des informations non numériques (paroles, actions, postures, idées, croyances etc.) pour explorer et comprendre des phénomènes ou comportements humains complexes.

Elle s'approche d'une tendance de pratique et d'opinions et permet d'inciter la création de nouveaux projets quantitatifs ou qualitatifs de plus grande envergure pour confirmer la théorie émise.

Cette méthodologie est susceptible d'occasionner des biais de déclaration plus conséquents ; les personnes interrogées peuvent souhaiter satisfaire l'enquêteur et se sentir plus gênées de se confier sur leur pratique et leurs opinions face à une personne physiquement présente et face à la pression d'un entretien audio-enregistré.

Il existe également un impact sur la véracité des propos recueillis ; le guide d'entretien peut influencer les personnes interrogées puisqu'il est évolutif et semi-directif composé de questions ouvertes mais orientées ainsi que de relances émises par l'enquêteur.

Il faut cependant noter que tous les entretiens ont été réalisés dans un cadre reposé, sans contrainte de temps et dans une ambiance détendue. De plus l'enquêteur a un âge proche des personnes interrogées et a le même statut de remplaçant.

Ces facteurs ont semble-t-il permis d'obtenir des entretiens étoffés et décomplexés.

II. Sujets inclus :

On peut noter des biais de recrutement :

L'inclusion des remplaçants n'a pas été réalisée de façon randomisée devant l'absence de liste exhaustive des coordonnées des remplaçants picards, l'échantillon n'est donc pas représentatif.

Pourtant, six remplaçantes et quatre remplaçants ont accepté de participer à notre étude, cette répartition est en accord avec la moyenne nationale de 57% pour les femmes et 43% pour les hommes [5].

L'échantillon est varié puisque les médecins interrogés exercent dans les cinq départements des Hauts-de-France et dans les différents secteurs géographiques (ruraux, semi-ruraux et urbains).

Il est intéressant de noter que les remplaçants acquièrent de l'expérience grâce à des remplacements diversifiés, deux ont par exemple exercé dans le DROM de La Réunion.

L'âge des remplaçants enquêtés est relativement jeune [28 ans ; 35 ans]. L'Atlas de démographie médicale estime la moyenne d'âge des remplaçants à 46 ans. Il semblerait que les coordonnées des médecins remplaçants plus âgés soient plus difficiles à obtenir ou qu'ils soient moins enclins à répondre à des études puisque l'étude nationale réalisée en 2016 par le RéAGJIR est en concordance avec nos résultats ; elle a obtenu un âge moyen de 31,7 ans sur les 284 remplaçants inclus [27 ans ; 67 ans] [6].

De plus les remplaçants connaissaient le sujet avant d'accepter l'entretien, on peut donc penser qu'ils étaient plus sensibilisés aux IST. Pourtant la plupart a informé ne pas être expert sur ce sujet avant d'accepter.

Enfin certains lecteurs pourraient penser que l'expérience d'une année minimum de remplacements, choisie arbitrairement, est insuffisante pour définir une pratique complexe.

Nous avons pu obtenir la saturation des données au bout du dixième entretien, ce qui correspond à l'absence de nouvelles idées fondamentales lors des deux derniers entretiens.

B/ Les résultats :

I . A propos du dépistage et de la prévention en général :

I .1. Importance des médecins remplaçants dans le système de soins :

L'étude a révélé que tous les remplaçants intègrent le dépistage et la prévention de manière générale dans leur pratique, ils sont comme la plupart des médecins généralistes soucieux des enjeux de santé publique. Une étude réalisée en 2011 à Paris par Alexandre Attias a retrouvé cette implication comparable des médecins généralistes installés interrogés en matière de dépistage et de prévention [8].

Le fait de ne pas revoir spécialement les patients et de ne pas connaître les résultats de leur prise en charge ne semble pas être un frein car ils n'ont pas été mentionnés. Seulement deux remplaçants ont concédé que le rôle du médecin traitant, qui suit régulièrement ses patients, est plus adapté même si ça ne les empêche pas d'en discuter.

D'ailleurs il est mis en évidence dans nos entretiens que le rôle des remplaçants est complémentaire avec celui des installés, ils mentionnent la bonne acceptabilité des patients à les consulter avec la possibilité de créer un lien de confiance.

La plupart trouve également que leur place permet d'avoir un nouveau regard sur les patients, qui viennent parfois voir spécifiquement le remplaçant.

De plus pour certains remplaçants, le fait de ne pas connaître les patients permet d'aborder des questions plus médicales, comme le dépistage et la prévention, lorsque le motif de consultation ne prend pas beaucoup de temps, plutôt qu'avec le médecin installé qui, pour eux, prendrait généralement plus des nouvelles de la famille.

Plusieurs bibliographies retrouvent l'intégration du remplaçant par les patients dans le système de soins ; une étude réalisée à Angers en 2016 a interrogé de façon quantitative l'avis de 250 patients sur les remplaçants. La majorité d'entre-eux ont déclaré en effet accepter de consulter sans hésitation le médecin remplaçant (83.2%), 70.4 % d'entre eux ont considéré le remplaçant comme un médecin expérimenté, et 94.3% des patients ont pensé que le remplaçant leur accorde assez de temps.

Un élément intéressant est que pour la majorité des patients questionnés dans cette étude (67.5%) la consultation avec un médecin remplaçant constitue l'opportunité d'aborder de nouveaux sujets, seulement 2 des 250 patients (0,8%) refusent de voir le remplaçant [9].

I. 2. Freins :

Les dépistages systématiques pour des populations ciblées en fonction de leur genre et de leur âge n'ont pas mis en évidence des freins spécifiques, mais il est plus compliqué pour certains remplaçants de dépister et parler de prévention à des patients « à risque » puisqu'ils ne connaissent généralement pas les habitudes des patients.

Seulement une remplaçante a pensé que les médecins de famille sont tout de même les acteurs privilégiés au dépistage et à la prévention puisqu'ils assurent mieux le suivi des patients.

Notre étude a recueilli d'autres freins communs à d'autres études comme la difficulté de satisfaire toutes les recommandations conseillées, le manque d'expertise sur certaines prises en charge complexes [8].

Le manque de temps pour aborder le dépistage et la prévention a été retrouvé constamment dans plusieurs études concernant aussi bien les médecins généralistes installés que remplaçants.

Cependant un élément spécifique aux remplaçants a été mis en exergue par un de nos médecins interrogés, il affirme que sa place de remplaçant lui permet d'avoir plus de temps lors des consultations vu que certains patients préfèrent attendre de voir leur médecin traitant si la consultation n'est pas urgente. Cette possibilité d'aménager son temps de travail est souvent mentionné dans d'autres travaux, notamment l'étude réalisée par le RéAGJIR [6].

D'autres limites au dépistage non évoquées par les remplaçants interrogés ont été mises en évidence par un travail réalisé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Bretagne en 2006. Certains généralistes ont dit souhaiter une compensation financière pour ces actes supplémentaires. Ils ont dit aussi qu'il est complexe d'utiliser leurs outils informatiques comme programmer des rappels. Enfin quelques uns ont mentionné que la répétition des mêmes mesures peut devenir rébarbative [10].

Ces freins peuvent apparaître comme spécifiques aux médecins installés puisque les remplaçants ne

bénéficient pas des actes de dépistage rémunérés déjà existants et plusieurs remplaçants ont dit être soucieux de maintenir le dossier médical informatique à jour, notamment pour la vaccination.

Au vu de ces éléments, nous pouvons dire que le statut de médecin remplaçant n'est pas un frein dans le dépistage et la prévention de manière globale. Les remplaçants semblent être soumis à moins de freins que les médecins installés et apparaissent comme des acteurs volontaires pour dépister et informer la population générale de façon systématique.

II . A propos du dépistage des IST :

II . 1. Intégration du dépistage des IST dans la pratique des remplaçants :

Notre étude a montré que tous les remplaçants inclus ont déclaré avoir déjà prescrit un dépistage des infections sexuellement transmissibles, la majorité dit proposer régulièrement voire quasi-systématiquement alors que certains concèdent ne prescrire qu'un ou deux par mois.

Ils apparaissent donc comme des acteurs sensibilisés à cet enjeu de santé publique.

Les remplaçants interrogés ont mentionné prescrire un bilan des IST pour des motifs de consultation variés, ayant un rapport direct ou non avec les IST.

En 2013, 86 médecins installés en Champagne-Ardenne ont énoncé les mêmes motifs de consultation que dans notre étude comme les comportements sexuels à risque, le suivi de grossesse, la clinique évocatrice d'une IST, la contraception et le changement de partenaire sexuel. Seuls les personnes ayant reçu une chirurgie avant 1985 et les tatouages/piercing n'ont pas été cités par nos remplaçants interrogés [11].

Ces résultats se retrouvent également dans d'autres travaux s'intéressant à la pratique des médecins installés [8].

Nous avons mis en évidence dans notre thèse que 8 des 10 remplaçants ont dit proposer un dépistage à un patient non demandeur. Il est intéressant de noter que seulement 49% des médecins installés de l'étude rémoise ont dit prescrire régulièrement un bilan de leur propre initiative [11]. Les chiffres énoncés par l' INPES en 2009 retrouvent des résultats plus bas puisque 34 % des médecins prescrivent un bilan de leur propre chef. 58,2 % des médecins installés ont déclaré prescrire ce bilan à la demande du patient et 7 % dans le cadre d'un protocole de dépistage (grossesse par exemple) [2].

Même si nous ne pouvons pas conclure statistiquement, les médecins remplaçants sembleraient plus prescripteurs de bilan des IST de façon générale et de leur propre initiative.

II . 2. Concernant le dépistage de la *Chlamydia trachomatis* et de la *Neisseria gonorrhoeae* :

Les entretiens n'ont pas permis de savoir si les remplaçants différencient la recherche de la *Chlamydia trachomatis* avec celui de la *Neisseria gonorrhoeae* en fonction du contexte clinique des patients. De plus la majorité prescrit un dépistage des IST en utilisant la technique d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) sur urines sans connaître le remboursement des examens (le test combiné *Chlamydia*-gonocoque n'est pas pris en charge intégralement par la sécurité sociale d'après la dernière source retrouvée de 2012 [4]).

En ce qui concernent les infections sexuelles uro-génitales, environ la moitié des remplaçants mis à contribution ont dit prescrire systématiquement un bilan complet comprenant aussi un examen urinaire lorsque celui ci est accepté par le patient.

D'ailleurs plusieurs d'entre-eux ont dit être confrontés régulièrement à la prise en charge de ce genre d'infection, elle ne semble pas engendrer des freins particuliers puisque les médecins s'aident des sites internet spécialisés, faciles d'utilisation.

Une étude qualitative auprès des médecins généralistes installés réalisée en 2011 a retrouvé l'intégration de ces infections dans le bilan des IST. Comme les remplaçants, ils ont tous affirmé y penser lorsque le patient consulte pour des symptômes uro-génitaux. Quelques-uns le prescrivent régulièrement à leurs patients non symptomatiques qu'ils considèrent comme « à risque » et certains le font de manière systématique [12].

II . 3. Faible incidence des IST chroniques (VIH, virus de l'hépatite B) :

Le baromètre santé 2009 a montré un frein qui semble spécifique aux médecins installés ; certains médecins semblent découragés dans leur prescription par le faible taux de tests positifs, une minorité d'entre eux (13%) a dû annoncer un résultat positif dans les 12 mois et cela concerne surtout l'Île de France [2].

Les médecins remplaçants interrogés ont bien évoqué qu'ils n'ont vu pour l'instant que très peu de patients atteints d'une IST chronique mais ce faible taux ne semble pas les démotiver puisque aucun

d'entre-eux n'a énoncé cette constatation comme un frein au dépistage.

Cela s'explique peut-être par le fait qu'ils reçoivent généralement peu les résultats de leurs prescriptions biologiques, réalisant souvent des périodes de remplacement de courte durée, et sont donc moins découragés par l'absence de positivité de leurs recherches.

II . 4. Soutien du médecin spécialiste dans la prise en charge des IST chroniques :

L'INPES a mis également en avant que près de 2 médecins sur 3 comptent des patients infectés par le VIH mais que seulement un tiers assure le renouvellement de traitement du VIH, cette faible implication des médecins généralistes dans le suivi d'un patient VIH est noté comme un frein à la proposition du dépistage [2]. Dans notre étude, les remplaçants ont tous concédé que la grande majorité des patients sont suivis par le spécialiste infectiologue mais ils considèrent ce constat comme positif puisque, d'après eux, les patients ont une meilleure prise en charge.

II . 5. Difficulté de proposer un bilan des IST aux patients non demandeurs :

Le frein à proposer un dépistage des IST dans un motif de consultation hors sujet par rapport aux IST est toujours retrouvé dans les nombreuses études s'intéressant à la pratique des médecins installés.

De plus, les médecins de famille prescrivent majoritairement à des patients qu'ils considèrent comme à risque, le corollaire est vrai puisqu'ils prescrivent peu aux personnes qu'ils considèrent non à risque [8].

Ce frein peut sembler moins invalidant pour les 7 remplaçants proposant un dépistage fortuit et systématique lors d'un bilan biologique, n'ayant pas de rapport avec les IST, puisque la plupart des remplaçants ont dit ne pas connaître la vie intime des patients. Nous pouvons peut-être penser que les remplaçants sont donc moins influencés car ils ne catégorisent pas les patients comme à risque.

Une étude quantitative nantaise a mis en évidence que pour 303 médecins généralistes installés: 65% trouvent difficile de proposer un dépistage du VIH. Le frein le plus souvent évoqué est d'avoir

la sensation d'intrusion dans la vie privée (57%). Pour eux, la place de médecin de famille rend le sujet des IST plus sensible (26%), ce frein semble donc spécifique aux médecins installés [13].

II . 6. Difficulté de proposer une recherche de la *Chlamydia trachomatis* et de la *Neisseria gonorrhoeae* aux patients asymptomatiques :

Nous retrouvons dans notre étude que la recherche des infections sexuelles à la *Chlamydia trachomatis* et la *Neisseria gonorrhoeae* est proposée majoritairement lorsque le patient présente des symptômes uro-génitaux, même si la plupart des remplaçants ont mentionné que l'infection à la *Chlamydia trachomatis* peut être asymptomatique.

La différence de modalité de prélèvement est le frein le plus souvent émis pour prescrire systématiquement un examen urinaire lors d'un bilan des IST. S'intéressant aux médecins généralistes installés, cette limite a été retrouvée dans l'étude de Caroline You [12].

Cependant une autre thèse réalisée aux alentours de Grenoble en 2011 s'est penchée sur l'acceptabilité des patientes à effectuer un prélèvement urinaire ou vaginal pour la recherche de la *Chlamydia trachomatis* de façon systématique. Les résultats ont montré que 91,4% des 454 femmes interrogées ont accepté de réaliser ce test et que 99,3% sont prêtes à le refaire [14].

Au vu de ces éléments, il nous paraît important d'informer les médecins tous confondus que le frein à ne pas proposer une recherche des IST urinaires par peur de refus des patients n'a apparemment pas lieu d'être.

II . 7. Avis divergent concernant le dépistage des patients « âgés » :

L'observatoire régional de la santé Rhône-Alpes Isère réalise régulièrement des enquêtes sur les IST. En 2003, elle a montré un autre frein qui est celui de proposer un dépistage aux personnes « âgées », la limite d'âge est relativement tôt puisque les médecins généralistes installés considèrent que les gens ne sont plus concernés par les IST au-delà de 40 ans voire 35 ans, certains ont affirmé que cela devient inconvenant pour les patients supérieurs à 50 ans [15].

Il existe apparemment une évolution des mentalités puisque nos entretiens ne retrouvent pas cette limite d'âge, certains remplaçants la fixent plutôt aux alentours de 70 ans, cela va même plus loin car deux ont mentionné spécifiquement de ne pas oublier les personnes « âgées » dans le dépistage des IST.

II . 8. Autres freins au dépistage des IST

Notre travail a permis de mettre en évidence presque toutes les difficultés énoncées dans les études françaises et américaines (manque de temps, intrusion dans la vie privée, manque de confiance, barrière socio-culturelle, surcharge de travail) [16].

Une méta-analyse américaine parue dans AIDS en 2007 a recherché l'ensemble des freins à la prescription d'un test de dépistage du VIH dans une littérature variée. Alors que les recommandations américaines préconisent de tester l'ensemble de la population, de nombreux praticiens ne prescrivent pas de sérologie VIH en routine [17].

Une divergence par rapport aux travaux français est celle de l'annonce du résultat positif qui est très souvent retrouvée comme frein dans les travaux américains. Certains remplaçants de notre étude ont concédé qu'ils leur seraient difficile d'annoncer une séropositivité, mais ils n'ont pas évoqué cela comme un frein au dépistage.

Les autres freins qui existent dans cette littérature, et que nous n'avons pas retrouvés, sont les difficultés liées à la contrainte du recueil du consentement, possiblement une formalité plus compliquée outre-Atlantique, et le manque de connaissance et de formation sur le VIH. Tous les remplaçants ont formulé que leur formation sur les IST est légère mais ne constitue pas un frein à la proposition d'un dépistage [17].

Je n'ai pas trouvé de travaux réalisés à l'étranger concernant la place du remplaçant dans la prise en charge des IST, malgré l'aide précieuse des membres de la bibliothèque universitaire d'Amiens. Quelques rares études se sont intéressées aux facteurs influençant leur installation, nous avons trouvé qu'il serait hors sujet de les détailler.

III . A propos des nouvelles recommandations du plan national VIH/SIDA et les autres IST :

La pratique actuelle en terme de dépistage ne suffit pas puisque l' on estime entre 15 000 et 50 000 personnes qui s'ignorent être atteintes du VIH selon les études. La HAS propose de dépister systématiquement les patients entre 15 et 70 ans et régulièrement, environ une fois par an, les personnes dites « à risque » pour augmenter le nombre de découverte de séropositivités au VIH (cf annexes : figure 1).

La HAS a aussi différencié le dépistage du VIH avec celui des autres IST ; un tableau récapitulatif a été créé par l'INPES pour permettre aux professionnels de santé de savoir quels examens prescrire en fonction du contexte clinique et des pratiques sexuelles des patients (cf annexes : figure 3).

III . 1. Les remplaçants sont insuffisamment informés sur les recommandations officielles :

Seulement un remplaçant a affirmé connaître ces nouvelles recommandations puisqu'il avait réalisé un travail dessus et une remplaçante a dit s'en rappeler vaguement.

Je me suis mis en contact téléphonique avec un personnel de l' INPES qui m'a dit que ces recommandations ont été envoyées par mail aux médecins généralistes mais n'a pas pu me préciser l'année de l'envoi et si les médecins remplaçants ont été concernés, un mail adressé à l' INPES pour obtenir ces informations n'a pas donné suite.

On peut aussi penser que l'âge relativement jeune des remplaçants interrogés doit être pris en compte car ils étaient peut-être étudiants lorsque ces recommandations sont sorties. Il semblerait que les étudiants ne sont pas assez informés sur les nouvelles mesures officielles au cours de leur cursus universitaire actuel car la grande majorité des remplaçants interrogés ont dit n'avoir reçu aucune information par le biais de l'université.

Selon une remplaçante, certaines formations continues sont même fermées aux médecins non installés, à moins de payer, alors que le statut des remplaçants donne le même droit de formation que les autres médecins généralistes, équivalent à 2 jours par an.

De plus tous les remplaçants de notre étude ont protesté, souvent avec virulence, que leur statut permet difficilement de se mettre à jour sur les nouvelles mesures puisqu'ils ne reçoivent quasiment rien à leur nom.

Pourtant la littérature dément cette hypothèse puisque des études montrent que les médecins installés ont été eux-aussi insuffisamment informés, 1 médecin sur 10 a dit connaître les recommandations dans une étude qualitative en 2015 [18].

La thèse quantitative plus précise réalisée en 2013 a montré que 58% des 86 médecins interrogés ont déclaré avec certitude ne pas avoir été informés et 22% n'étaient pas sûr. Sur les 33 médecins qui ont répondu à la question du moyen de transmission : 14 ont été informés grâce à la presse médicale, 9 grâce à la HAS, 8 grâce aux médias « grand public » et 6 par l'intermédiaire des formations médicales continues [11].

Le rapport de la HAS en 2013 corrobore ces résultats puisque 48% des médecins généralistes se sont considérés insuffisamment avertis des nouvelles mesures et 77% ont estimé que c'est à la HAS de les informer [19].

III . 2. Acceptation des nouvelles mesures par les remplaçants et par les patients :

Le guide d'entretien a été réalisé de manière à ce que la dernière question se réfère aux informations du plan national des IST pour ne pas influencer les propos des remplaçants sur leur pratique du dépistage.

Les résultats de notre recherche ont mis en évidence le rôle important des médecins remplaçants dans la lutte contre les IST car plusieurs d'entre-eux ont affirmé prescrire quasi-systématiquement un dépistage des IST sans avoir eu notion de ces nouvelles recommandations, ce qui laisse penser qu'ils ont été sensibilisés autrement.

Nous pouvons voir que les recommandations sont donc cohérentes à la pratique des médecins généralistes et qu'elles arrivent à passer dans les mentalités malgré le manque de diffusion. A moins que simplement les médecins intègrent les nouvelles recommandations sans les identifier comme « les nouvelles recommandations de la HAS », ce qui biaiserait les réponses à tous les questionnaires faisant expressément référence à celles-ci.

Il n'est pas surprenant de voir que tous les médecins inclus pensent que les directives du plan national sont applicables en médecine générale car elles permettent aux patients de se sentir moins stigmatisés lors d'une proposition de dépistage systématique à une population générale et qu'ils feront plus attention dorénavant.

La littérature retrouve des résultats similaires ; 70% des médecins interrogés dans « le baromètre de

santé médecin généraliste 2009 » ont adhéré à l'idée de proposer un test VIH sans attendre la demande du patient et régulièrement aux jeunes et adultes sexuellement actifs [2]. Ce résultat est comparable avec l'étude réalisée en région PACA puisqu' un seul médecin interrogé sur 10 n'était pas favorable à un dépistage systématisé, 2 ont dit qu'il n'est pas utile d'élargir autant l'âge des patients à dépister car impossible à réaliser en pratique [18].

Cela va même plus loin car les médecins généralistes ne sont pas contre le développement de nouvelles stratégies de dépistage opportuniste en incluant les patients dans des programmes spécifiques [10] [11]. Ces idées ont été émises dans notre étude par quelques remplaçants qui proposent de dépister systématiquement les patients à un âge défini (l'âge de 40 ans a été cité) ou les patients consultant pour un certificat de sport par exemple. Ils souhaitent aussi une augmentation de la diffusion des recommandations au grand public par le biais de la télévision et des salles d'attente des structures médicales.

De plus la grande majorité des remplaçants ont dit n'avoir jamais eu de refus de la part des patients à réaliser un dépistage biologique, ce résultat est tout à fait comparable à la pratique des médecins généralistes installés retrouvé dans la littérature [11]. Un remplaçant a tout de même énoncé que les patients acceptent presque toujours une ordonnance faite par le médecin mais cela ne signifie pas toujours qu'ils feront la démarche d'aller au laboratoire.

III . 3. Difficulté de satisfaire systématiquement les recommandations :

Certains remplaçants soulignent qu'il est difficile de changer ses habitudes et qu'avec le temps, les recommandations tendent à s'oublier .

Nous retrouvons ces hypothèses dans l'étude de Capy Julie : 3 mois après avoir eu connaissance des nouvelles mesures de dépistage, 49 médecins ont accepté de répondre sur leur pratique par le biais d'un second questionnaire. Seulement 4 médecins (18%) ont dit prescrire plus de dépistage, 45 (82%) ont dit qu'ils n'ont pas changé leurs habitudes de prescrire un dépistage principalement aux patients demandeurs et « à risque » ou parfois fortuitement lors d'un bilan général [11].

III . 4. Frein au dépistage systématique des patients mineurs et des patients

« âgés » :

Même si certains remplaçants m'ont affirmé qu'ils dépisteront dorénavant plus facilement les patients aux limites d'âge recommandés ; les âges extrêmes des patients (15 ans et 70 ans) ont été retrouvés tout de même comme des freins dans notre travail.

Certains remplaçants ont trouvé que le dépistage est difficilement applicable aux mineurs et aux personnes « âgées » puisqu'ils sont gênés d'aborder la sexualité avec ces patients.

La littérature retrouve fréquemment ce frein mais il est intéressant de noter l'évolution de mentalité de certains médecins installés ; un médecin d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pensait intégrer systématiquement le dépistage des IST dans le bilan d'entrée des nouveaux résidents [11].

III . 5. Coût-efficacité du dépistage, un frein spécifique aux médecins installés ?

Il est mis en évidence dans plusieurs études que le fait de dépister en masse pose un problème de coût-efficacité pour certains médecins, par exemple 2 médecins généralistes installés sur 15 ont annoncé que ça les gênait [8].

Aucun des remplaçants interrogés dans notre étude n'y a songé.

Ce manque de questionnement est en concordance avec le travail réalisé en 2010 qui conclue qu'il existe un bénéfice financier à proposer un dépistage systématique à la population française [20].

Pour conclure ce chapitre, nous pouvons penser que la grande majorité des médecins généralistes, et davantage des remplaçants, ont été insuffisamment informés des nouvelles recommandations du plan national VIH/SIDA et les autres IST 2010-2014, qui pourtant sont généralement applicables d'après eux. Il semble nécessaire de réaliser une enquête subsidiaire afin d'identifier les médias les plus adaptés à la diffusion des récentes mesures.

IV . A propos de la prévention des IST et de l'abord de la sexualité :

IV . 1. Facteurs facilitants des remplaçants :

La majorité des remplaçants sont conscients que leur statut permet parfois à des patients de parler plus facilement des sujets intimes qu'à leur médecin de famille.

La littérature appuie ce fait puisqu'une étude sur le dépistage du VIH chez les « patients non à risque » a distingué deux types de relation médecin-patient. La relation affective et paternaliste des médecins de famille apparaît comme favorable pour aborder des questions intimes mais peut en réalité être un frein par une appréhension du jugement du médecin ou une peur de bouleverser l'équilibre de la relation établie. Les personnes décrivant une relation fonctionnelle semblent plus ouvertes à l'abord de la prévention et du dépistage, les remplaçants se retrouvent plus dans ce cas puisqu'ils n'ont pas de patientèle dédiée [21].

Plusieurs remplaçants ont mentionné entamer fréquemment la discussion sur la sexualité et la prévention, surtout avec les jeunes patients, alors que quelques-uns disent simplement donner le conseil minimal aux patients de se protéger sans rentrer dans une discussion.

L'absence de tabou à parler de sexualité de la part du patient ou du remplaçant est évoqué par plusieurs remplaçants dans notre thèse, ce constat se retrouve également dans d'autres études concernant les médecins installés. Une thèse réalisée en 2014 a montré que sur les 217 médecins généralistes questionnés : seulement 6,5% d'entre-eux craignent d'aborder la sexualité, 28% ne sont pas gênés et ont estimé que ce sujet fait systématiquement parti de l'anamnèse pour un nouveau patient [22].

Quelques remplaçants de notre étude ont même cité que leur statut permet d'avoir moins peur de choquer les patients sur des questions intimes, puisqu'ils n'ont pas besoin de créer une patientèle et donc de se soucier si les patients souhaitent revenir ou pas.

Un seul travail réalisé en 2013 s'est intéressé à la pratique des médecins remplaçants ayant un rapport avec les IST, Élodie Martel a réalisé 6 entretiens sur la place du remplaçant concernant la prise en charge des dysfonctions érectiles.

Elle a permis de démontrer que la place des remplaçants dans l'abord de la santé sexuelle est particulière.

C'est le patient qui aborde le plus souvent les dysfonctions sexuelles ; le médecin remplaçant est rarement l'initiateur, essentiellement par pudeur envers le patient, mais entretient une écoute active. Malgré lui, le remplaçant se révèle parfois être une alternative ; il permet d'aborder un sujet oublié, de relancer une prise en charge.

L'une des limites de leur statut est l'impossibilité d'un suivi au long cours. Ce frein ne semble pas concerner le dépistage et la prévention des IST puisque, pour les remplaçants enquêtés, les patients sont très bien pris en charge par les structures spécialisées dès qu'ils sont dépistés positifs aux IST chroniques [23].

IV . 2. Facteurs facilitant l'abord des sujets intimes :

Les remplaçants ont aussi énoncé qu'il était plus facile d'aborder ces sujets avec les patients jeunes et lorsqu'ils venaient seuls en consultation.

Le travail de Guillaume Lecuillier réalisé en 2014 s'est intéressé aux motifs de consultation favorisant l'abord de la prévention des IST, ses résultats sont également retrouvés dans notre étude. 66% des médecins installés ont dit aborder les habitudes sexuelles du patient plus facilement quand un patient leur demande une sérologie après avoir eu une conduite à risque, 47% pour des symptômes en rapport avec les IST et 35% dans le suivi gynécologique et la prescription d'une contraception [22].

IV . 3. Gêne à aborder aux patients non demandeurs :

Les infections sexuellement transmissibles sont considérées pour les médecins généralistes installés et remplaçants comme un enjeu de santé publique devant leur recrudescence.

Pourtant la prévention des IST semble encore difficile à aborder pour la plupart des médecins remplaçants interrogés, ils se sont interrogés sur leur légitimité à questionner intimement un patient non demandeur. Certains ont énoncé qu'ils ont besoin de connaître davantage les patients pour aborder les sujets personnels.

Ce constat ne concerne pas que les remplaçants puisque 44% des 217 médecins enquêtés en 2014 ont dit éprouver des difficultés à aborder certains facteurs de risque de transmission, avec

notamment 23% qui ressentent une gêne à demander si leurs patients ont des rapports sexuels avec plusieurs partenaires différents [22].

Une étude réalisée par l'ARS de Rhône-Alpes et Isère ajoute que certains médecins généralistes se dédouanent des questions qui vont gêner voire vexer les patients [15].

IV . 4. Avis divergent concernant les campagnes de prévention :

Environ la moitié des remplaçants ont dit que les patients sont suffisamment informés grâce aux campagnes de prévention multiples.

Cependant, même si la connaissance du VIH/SIDA reste globalement bonne, on constate que la valeur du score de connaissances est en moyenne plus faible qu'en 1994, selon l'étude KABP en 2010. Elle a montré une moins bonne maîtrise des modes de transmission et de protection, particulièrement chez les jeunes de 18 à 30 ans qui deviennent pour la première fois moins bien informés que leurs aînés [24].

Des remplaçants pensent en effet que le port du préservatif est en recul ; ils expliquent que l'amélioration des traitements et du regard de la société diminuent le sentiment de danger lors des rapports non protégés.

Certains ont ajouté qu'il est indispensable que les préservatifs soient distribués plus largement dans les lieux de soins, dans les lycées et universités.

IV . 5. Influence du genre du patient dans l'abord de la sexualité :

Enfin notre travail a permis de répondre, de façon relative, sur l'influence du genre du patient et du remplaçant.

Les médecins remplaçants interrogés ont avoué parler rarement de sexualité et de prévention avec les patients de genre masculin, des remplaçants de deux sexes m'ont spécifié que ce n'est pas par gêne mais plutôt qu'il n'existe pas de consultation dédiée favorisant cette approche.

A l'inverse le genre féminin des patientes a souvent été évoqué comme un facteur facilitant puisqu'il existe plus d'occasions d'en parler (symptômes gynécologiques, renouvellement ou instauration

d'une contraception et vaccination contre le *Papilloma* virus).

Le fait que le remplaçant soit du même sexe que le patient permet tout de même une discussion plus aisée pour quelques remplaçants, ils ont mentionné avoir peur que l'abord de la sexualité soit mal interprété par les patients de l'autre sexe.

Pour conclure ce chapitre, nous pouvons penser que le statut de remplaçant permet de discuter plus facilement de sexualité et la prévention des IST avec certains patients, même si les entretiens montrent que ces sujets sont généralement développés lorsque les patients les abordent.

Nous pouvons nous demander si cet avantage amène à plus de prescriptions de dépistage des IST. Ce lien n'a pas été clairement établi dans ce travail ; au contraire quelques remplaçants ont mentionné qu'il est plus facile de proposer un dépistage systématique des IST en prenant en compte l'âge, le genre ou la date du dernier test réalisé comme critères plutôt qu'en fonction des pratiques sexuelles des patients.

CONCLUSION

Notre étude a révélé que l'on ne s'intéresse pas assez aux médecins généralistes remplaçants ; rares sont les études françaises et internationales qui se sont interrogées sur leurs pratiques et nous avons vu que les institutions de santé n'informent pas les remplaçants sur les nouvelles mesures. Pourtant notre travail ainsi que la littérature ont montré leur importance dans le système de soins : les remplaçants assurent la continuité de soins de plusieurs médecins traitants, permettent d'avoir un nouveau regard sur les patients et leur statut permet à certains patients d'aborder plus facilement des sujets qui n'ont pas été traités depuis longtemps ou jamais abordés par peur du jugement de leur médecin de famille. La plupart des remplaçants de notre étude n'ont pas de projet d'installation dans les prochaines années, ils sont tout à fait satisfaits de leur condition actuellement. Au vu de ces éléments, nous pouvons penser que les médecins remplaçants sont donc une catégorie de médecins généralistes particulières dont il faut tenir compte.

Les résultats ont montré que les remplaçants interrogés sont des acteurs impliqués dans la lutte contre la recrudescence des IST ; ils ont tous affirmé proposer systématiquement un bilan souvent complet des IST aux patients venant pour des motifs de consultation en rapport avec des IST. Leur pratique tend à montrer qu'ils prescrivent autant voire davantage de recherches des IST que le médecins de famille puisqu'ils ont dit dépister régulièrement voire systématiquement les patients qu'ils considèrent comme actifs sexuellement, sans avoir besoin de connaître leurs habitudes de vie. De plus plusieurs remplaçants ont affirmé que les patients ne refusent généralement pas un dépistage lorsque celui-ci est proposé.

Il est intéressant de noter que la pratique des remplaçants concernant le dépistage du VIH est en accord avec les nouvelles recommandations du plan national VIH/SIDA et les autres IST 2010-2014 alors que la grande majorité ont dit ne pas les connaître, d'ailleurs ils ont tous trouvé qu'elles sont réalisables dans leur pratique quotidienne après en avoir pris connaissance.

Le fait de ne pas recevoir les résultats de leurs recherches ne semble pas être un frein à la proposition d'un dépistage car les remplaçants inclus pensent que les patients infectés sont très bien pris en charge par les médecins spécialisés.

Notre étude a mis en évidence quelques freins au dépistage et à la prévention des IST ; le manque de temps a souvent été mentionné mais un remplaçant a concédé que son statut lui permet d'avoir davantage de temps que le médecin remplacé puisque certains patients préfèrent attendre le retour

de leur médecin de famille.

Les remplaçants partagent des freins communs aux médecins installés ; l'intrusion dans la vie intime des patients, pourtant nécessaire pour parler de prévention, est souvent vécue comme tabou. D'ailleurs tous les remplaçants ont concédé parler de sexualité et des IST davantage avec les patients demandeurs de peur que l'abord soit mal interprété. Les patients mineurs et « âgés » semblent moins sensibilisés aux IST par les médecins remplaçants car ils trouvent inapproprié de discuter de sexualité à ces âges. Enfin les patients masculins sont moins souvent dépistés puisqu'il existe peu de consultations favorisant l'abord de la sexualité, à l'inverse des patientes.

Notre étude tend à démontrer que les nouvelles recommandations de la HAS, précisant de dépister régulièrement les patients ayant des habitudes de vie « à risque », ne sont pas applicables dans la pratique quotidienne des médecins remplaçants ; en effet ils ont émis qu'il est beaucoup plus facile de dépister systématiquement les patients en fonction de leur âge, de leur genre, de la date du dernier test réalisé ou de leur statut marital plutôt que de les questionner sur leur vie intime.

Enfin il nous apparaît important d'augmenter la diffusion des nouvelles recommandations de la HAS afin de sensibiliser plus grandement les médecins remplaçants qui semblent déterminés à les suivre. Cela nous semble peu difficile à mettre en place puisque le Conseil de l'Ordre des Médecins possède les coordonnées de tous les remplaçants.

De plus il serait judicieux de réaliser d'autres travaux afin de confirmer les résultats obtenus dans cette étude et de savoir si les médecins remplaçants sont favorables à être officiellement des acteurs privilégiés dans la lutte contre les IST.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. **InVS** Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 29 novembre 2016. Saint-Maurice. 8 pages.
Disponible [en ligne] sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-29-novembre-2016>
- [2]. **Gautier A, Lert F, Lydié N, Richard JB, Baudier F, Beck F et al.** Les médecins généralistes face au dépistage du VIH: nouveaux enjeux, nouvelles pratique? Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Maurice. INPES. 258 pages.
Disponible [en ligne] sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/index.asp>
- [3]. **Ministère des Affaires sociales et de la Santé** Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014. Paris. 266 pages.
Disponible [en ligne] sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- [4]. **INPES** Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) - Informations et ressources pour les professionnels de santé. Saint-Maurice. 2011. 11 pages.
Disponible [en ligne] sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
- [5]. **Le Breton-Lerouillois G.** Atlas de la démographie médicale 2016. Conseil national de l'ordre des médecins. 326 pages.
Disponible [en ligne] sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
- [6]. **ReAGJIR** Remplact 3 : Enquête nationale, résultats complets. 2016. 17 pages.
Disponible [en ligne] sur : <https://www.reagjir.fr/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/>
- [7]. **Juste S.** Perception du médecin remplaçant en médecine générale par le patient et son évolution au cours des vingt dernières années. Thèse de médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne. 2015. 1 vol. (146 f.)
- [8]. **Attias A.** Freins au dépistage du VIH par le médecin généraliste. Thèse de médecine. Université Paris Diderot – Paris 7. 2011. 1 vol. (98 f.)

[9]. **Dupin M.** Perception du médecin remplaçant par le patient. Thèse de médecine. Université d'Angers. 2016. 40 pages.

Disponible [en ligne] sur <http://dune.univangers.fr/fichiers/20096574/2016MCEM5215/fichier/5215F.pdf>

[10]. **Bataillon R, Samzun L, Levasseur G.** Comment améliorer la prévention en médecine générale ? La revue du praticien médecine générale. 2006, 20 (750/751) : 1313-1316.

[11]. **Capy J.** Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Est-il réalisable en consultation de médecine générale ? Thèse de médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne. 2013. 1 vol. (109 f.)

[12]. **You C.** Comment les médecins généralistes prennent-ils en compte les infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis* ? Entretiens semi-directifs de 15 médecins généralistes du Maine et Loire. Thèse de médecine. Université d'Angers. 2011. 1 vol. (54 f.)

[13]. **Garry B.** État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008. Thèse de médecine. Université de Nantes. 2009.

Disponible [en ligne] sur :
<file:///C:/Users/HP/Downloads/garryMED09.pdf>

[14]. **Faverjon S.** Prévalence des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* en cabinet de médecine générale et acceptabilité/faisabilité d'un programme de dépistage. Thèse de médecine. Université de Grenoble. 2011. 1 vol. (30 f.)

Disponible [en ligne] sur :
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/618667/filename/2011GRE15045_faverjon_stephanie_1_D_.pdf

[15]. **Gruaz D, Fontaine D, Guye O.** Évaluation du dispositif de recommandations et d'informations pour les pratiques médicales et biologiques de dépistage du VIH en Isère. Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes Isère. 2003. 94 pages.

Disponible [en ligne] sur <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/ODPS.pdf>

[16]. **Pigache C.** Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne. Thèse de médecine. Université de Lille. 2014.

Disponible [en ligne] sur : <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/280d1f8b-1bc7-4f7e-8b37-2f5d2a538abe>

[17]. **Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW and Begier EM.** Why don't physicians test for HIV ? A review of the US litterature. AIDS. 2007. 21 : 1617-1624.

[18]. **Arrighi T.** Plan National de lutte contre le VIH 2010-2014: les freins au dépistage généralisé par le médecin généraliste. Thèse de médecine. Université d'Aix-Marseille. 2015. 1 vol. (120 f.)

[19]. **HAS** Enquête sur les stratégies de dépistage de l'infection par le VIH. 2013.
Disponible [en ligne] sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_923346/enquete-sur-les-strategies-de-depistage-de-l-infection-par-le-vih-resultats

[20]. **Yazdanpanah Y, Sloan C, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D et al.** Routine HIV Screening in France: Clinical Impact and Cost-Effectiveness. PLOS ONE. 2010. vol 5 N°10.
Disponible [en ligne] sur : <http://journals.plos.org/plosone/articleid=10.1371/journal.pone.0013132>

[21]. **Quéré J.** Dépistage de la contamination VIH par le médecin généraliste : qu'en pensent les patients « non à risque » ? Thèse de médecine. Université de Nantes. 2012. 1 vol. (177 f.)
Disponible [en ligne] sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=4a977113-bba3-4fdf-b57f-a0942719a488>

[22]. **Lecueillier G.** Le dépistage du VIH par les médecins généralistes de Côte d'Or: Étude de leur pratique et de leur opinion sur les nouvelles stratégies de dépistage. Thèse de médecine. Université de Bourgogne. 2014. 1 vol. (106 f.)

[23]. **Martel E.** Place du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires: enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes remplaçants dans la région Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine. Université de Lille. 2013. 1 vol. (181 f.)
Disponible [en ligne] sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/5932bc4d-9d04-4805-9ac8-912a17188d5b>




[24]. **Observatoire régional de santé Île-de-France.** Étude KABP : Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en Île-de-France en 2010. ANRS.
Disponible [en ligne] sur : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/plaquette_KABP.pdf

Un dépistage à la fois en population générale et ciblé

Constat
 On estime à 40 000 le nombre de personnes infectées par le VIH sans le savoir. Et il persiste un important retard au dépistage : près du tiers des personnes dépistées sont déjà au stade sida et/ou ont un niveau de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³. Il a pourtant été démontré qu'une prise en charge précoce réduisait les risques de décès.

Recommandations de la HAS
 Après analyse de la littérature, puis modélisation du coût et de l'efficacité des différentes stratégies envisagées, la HAS a émis plusieurs recommandations.


- **Proposer le test de dépistage du VIH à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans.**
 Et cela hors notion d'exposition à un risque particulier.
 Le test peut être proposé dans le cadre des consultations avec le médecin traitant, des services de soins primaires ou encore à l'occasion d'un recours aux soins hospitaliers.

Cas particulier de la Guyane.
 Dans cette région où l'épidémie est généralisée un test devrait être proposé tous les ans à l'ensemble de la population dans le cadre des services de soins primaires et du recours aux soins hospitaliers. Des dispositifs spécifiques utilisant les tests de dépistage rapide devraient être élaborés à court terme.

2010-2011-2012-2013-

- **Proposer le test tous les ans aux populations les plus « à risque ».**
 Usagers de drogues injectables, hommes multipartenaires ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.
- **Encourager et faciliter le recours au dépistage volontaire.**
 Cela passe notamment par l'information ou par la possibilité de se faire dépister directement, sans prescription médicale, dans les laboratoires d'analyses biologiques.



Infographie : Fabrice Mathé

Figure 1 : Nouvelles recommandations du plan national VIH-SIDA et les autres IST 2010-2014.

DÉPISTAGE DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

PRINCIPAUX PATHOGÈNES RECHERCHÉS	<i>Chlamydia trachomatis</i>	VHB (hépatite B)	
QUI DÉPISTER ?	Préférentiellement dans les lieux visités par les personnes ayant des comportements sexuels à risque (CDAAG, CIDDIST, CPEF...): > Femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans ; > Femmes de plus de 25 ans et hommes de plus de 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire.	> Personnes multipartenaires. > Migrants originaires de zones de moyenne ou forte endémie. > Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. > Usagers de drogues par voie intraveineuse. > Femmes pendant la grossesse. > Personnes détenues. > Personnes en situation de précarité. > Personnes avec IST récente. > Personnes infectées par le VIH ou le VHC. > Partenaires sexuels et entourage proche d'une personne infectée par le VHB.	
EXAMENS A DEMANDER	Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement local : 1 ^{er} jet d'urines (hommes), auto-prélèvement auto-rectal ou sur col si pose d'un spéculum (femmes).	Selon la situation: > Ag Hbs ; > Ac anti-HBs ; > Ac anti-HBc (totaux ou IgM).	
RECOMMANDATIONS LÉGISLATIVES	> Recommandations ANAES 2003. > Avis sur les actes HAS 2010.	> Dépistage obligatoire de l'AgHbs au cours du 4 ^e examen prénatal de la grossesse (0 ^e mois de grossesse) pour la prévention de la transmission au nouveau-né. > Déclaration obligatoire anonymisée des hépatites B aiguës symptomatiques auprès de l'InVS [www.invs.sans.fr]. > Une vaccination contre le VHB doit être proposée aux personnes exposées au risque de transmission et n'ayant pas de marqueurs sérologiques d'hépatite B (voir calendrier vaccinal). > Recommandations diagnostiques ANAES 2001. > Recommandations de dépistage HAS 2011 (en cours).	
	> Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. > Femmes pendant la grossesse. > Personnes détenues. > Personnes en situation de prostitution. > Personnes ayant des rapports non protégés avec des personnes en situation de prostitution. > Migrants en provenance d'un pays d'endémie. > Personnes multipartenaires. > Personnes avec IST récente. > Après un viol.	> Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. > Personnes multipartenaires. > Personnes ayant un partenaire sexuel avec une IST. > Personnes avec IST récente.	
	Test tréponémique (TRSA, TRPA, Eitza) + test non tréponémique (VDRL, RPR).	Gonocoque	
	Recommandations HAS : dépistage de la syphilis mai 2007. Dépistage obligatoire lors du 1 ^{er} examen prénatal. Le dépistage est à répéter au 3 ^e trimestre en cas de prise de risque lors d'un rapport sexuel par la femme ou le partenaire.	En cas de symptômes (situation diagnostique) : la culture à partir d'un prélèvement local au laboratoire est l'examen de référence. En l'absence de symptôme (dépistage) : TAAN* sur prélèvement local (révision de la nomenclature envisagée). Le test combiné gonocoque-chlamydia est proposé par la HAS sur : 1 ^{er} jet d'urines chez l'homme, auto-prélèvement vaginal, prélèvement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles.	HPV (papillomavirus humain) Femmes de 25 à 65 ans.
	En cas de symptômes (situation diagnostique) : la culture à partir d'un prélèvement local au laboratoire est l'examen de référence. En l'absence de symptôme (dépistage) : TAAN* sur prélèvement local (révision de la nomenclature envisagée). Le test combiné gonocoque-chlamydia est proposé par la HAS sur : 1 ^{er} jet d'urines chez l'homme, auto-prélèvement vaginal, prélèvement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles.	Propositions HAS : dépistage du gonocoque décembre 2010.	Vaccination contre certains HPV : > des jeunes filles de 14 ans ; > en rattrapage pour les femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapport sexuel ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle (voir calendrier vaccinal). La vaccination contre les HPV ne se substitue pas au frottis cervico-vaginal de dépistage mais vient renforcer les mesures de prévention.

Le dépistage de l'infection par le VIH ne peut être conçu comme une intervention isolée de santé publique et doit être intégré dans une approche préventive globale incluant l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (dont l'hépatite B pour les populations exposées au risque).

Figure 3 : Tableau récapitulatif des IST à rechercher en fonction du contexte clinique [4].

* Ce test n'est pas encore remboursé en mai 2011

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation :

1/ Pouvez-vous vous présenter en tant que médecin remplaçant ?

Age
Sexe
Type
Milieu
Durée de remplacement
Projet

2/ D'après votre expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant dans le dépistage et la prévention de manière générale?

Par exemple : dépistage cancer du col ou du sein, règles hygiéno-diététiques

3/ Quelle est votre formation et votre expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

Semble-t-elle suffisante pour vous ?

Représentations :

4/ Lorsque je vous dis : infections sexuellement transmissibles et plus précisément le VIH, qu'est ce que cela évoque pour vous ?

Annonce diagnostique, traitement, espérance de vie, évolution de la vision des patients ? As-tu déjà dépisté ou suivi des patients ?

5/ Parler de dépistage des IST nous amène généralement à parler de sexualité, comment vous situez-vous par rapport à l'abord de la sexualité avec les patients ?

En parlez-vous spontanément ?

Pensez-vous que cet abord est plus facile pour vous et pour les patients par rapport au médecin installé ? Interrogation sur les facteurs : âge, genre, expérience, relation médecin-patient, société

Pratiques :

6/ Comment abordez-vous la proposition d'un dépistage et la prévention des IST dans votre pratique quotidienne ?

Quelle place a-t-elle ? Pour quels motifs de consultation ? Quel type de patients ? Demandes spontanées des patients ? Quelles sont les difficultés ? Pensez-vous que cela soit plus facile en tant que remplaçant ?

Rappel des recommandations du plan national IST/VIH 2010-2014 (dépistage généralisé aux patients de 15 à 70 ans hors notion d'exposition à un risque et un dépistage régulier des personnes dites « à risque »)

7/ Quelle est votre opinion à propos de ces recommandations ?

Les connaissiez-vous ? Comment avez-vous été au courant ? Pensez-vous qu'elles soient réalisable ? Vont-elles changer votre pratique ? Êtes-vous informé par les nouvelles recommandations d'un point de vue générale ?

8/ Conclusion: Avez-vous des commentaires à ajouter sur notre entretien ?

PRATIQUE DE MEDECINS GENERALISTES REMPLAÇANTS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LA PREVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : ENQUÊTE QUALITATIVE RÉALISÉE EN HAUTS-DE-FRANCE.

RESUME

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont toujours un enjeu de santé publique en France. Plusieurs études ont prouvé l'importance des médecins généralistes remplaçants (MR) dans le système de soins mais aucune ne s'est intéressée à leur rôle concernant les IST. L'objectif principal de cette étude qualitative par entretiens auprès de 10 remplaçants (4 hommes, 6 femmes, âge moyen 31 ans) a été d'identifier la pratique des MR concernant le dépistage et la prévention des IST dans les Hauts-de-France. Les objectifs secondaires ont été d'en connaître les freins, les facteurs facilitants et de déterminer si les MR développent une attitude spécifique concernant les IST. Les MR interrogés s'impliquent activement dans le dépistage des IST; la majorité prescrit un bilan complet lorsque le motif de consultation est « à risque » et la plupart le propose fortuitement lors d'un bilan biologique général. La position du MR faciliterait la proposition systématique du dépistage des IST car elle catégorise moins et semble moins soumise au jugement des patients, ce qui permet de discuter de sujets jamais abordés par peur du jugement du médecin de famille. Des freins communs aux médecins installés ont été retrouvés comme le manque de temps, la proposition d'un bilan aux patients non demandeurs, mineurs ou « âgés ». Enfin nous avons vu que les MR ne sont pas informés par les institutions de santé. Ils ont jugé les nouvelles recommandations de la HAS applicables à condition de se baser sur le genre et/ou l'âge des patients et non sur leurs habitudes « à risque ». Ainsi nos résultats tendent à montrer que les MR sont des acteurs privilégiés en terme de dépistage des IST, d'autres travaux permettraient de confirmer cette hypothèse et de savoir si les MR sont favorables à l'attribution spécifique de ce dépistage.

Mots-clés : Dépistage des infections sexuellement transmissibles – Prévention des infections sexuellement transmissibles – Enquête qualitative – Santé publique – Médecins remplaçants en Hauts-de-France

LOCUM GENERAL PRACTITIONERS PRACTICE ABOUT SEXUAL TRANSMITTED INFECTIONS SCREENING AND PREVENTION : QUALITATIVE STUDY REALISED IN HAUTS-DE-FRANCE REGION.

ABSTRACT

Sexually Transmitted infections (STI) are still a public health issue in France. Several studies have proven the importance of Locum General Practitioners (LGP) in the health system but none of them have shown interest in their role regarding the STI. The main objective of this qualitative study by interviews with 10 LGP (4 men, 6 women, average age 31 years) has been to identify LGP's practice about screening and prevention STI in the Hauts-de-France region. The secondary objectives have been to know their hindrance, the facilitating factors and to determine if the LGP develop a specific attitude regarding STI. The interrogated LGP are actively involved in STI screening ; the majority prescribe a full assessment when the consultation motive is « at risk » and most of them propose it fortuitously during a general biological assessment. Their position would ease the systematic proposal of STI screening because the LGP categorize less and seem less submitted to the patients' judgement, allowing them to talk about subjects which are never brought up because of the fear of the family practitioner judgement. Common hindrances to settled practitioner have been found like the lack of time, the proposal of an assessment to non-asking patients, minors or "aged". Finally we have seen that LGP are not informed by health institutions. They have judged the HAS' new recommendations applicable to the condition of basing themselves on the patients' gender and/or age instead of their "risky" habits. That way our results tend to show that LGP are privileged actors in term of STI screening, other works would allow to confirm this hypothesis and know if LGP are favorable to the specific attribution of this screening.

Keywords : Sexually Transmitted Infections Screening- Sexually Transmitted Infections Prevention – Qualitative Study - Public Health – Locum General Practitioners in Hauts-de-France region

VERBATIM ALEXANDRE

Durée de l'entretien : 29min58

Rappel du sujet

1) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

A: Sexe : Masculin

Age : 28 ans

Durée de remplacement : 1 an

Type de remplacement : Urbain, rural (Oise et Somme), remplaçant attiré de 2 médecins et remplace plusieurs autres médecins

Projet d'installation : Projet d'installation en Février 2017

2) *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

A: La formation, c'est celle du cursus universitaire et ce que j'ai pu lire dans des revues médicales.

Après je m'y suis plus intéressé à un moment car j'ai commencé un sujet de thèse sur le dépistage du VIH en médecine générale. Donc j'avais commencé à bosser quelques mois dessus mais c'est tombé à l'eau.

Je suis un peu sensibilisé par rapport à ça parce que c'était ma première semaine aux urgences, donc mon premier stage d'interne. Une dame vient pour une pyélonéphrite, elle avait peut-être des facteurs de risque, je ne m'en rappelle plus. Sur le bilan de base, je demande un bilan d'IST et ça s'est révélé positif. Du coup on avait un petit exposé à faire, je l'ai fait sur ça avec un infectiologue du CH de Beauvais (Oise).

Moi : Tu as quand même une sensibilisation. Donc semble-t-elle suffisante ta formation vis-à-vis des IST ?

A: Non, parce que je n'y pense pas assez.

Je pense que les choses évoluent aussi : pour le VIH, je sais ce qu'il faut demander mais par contre pour d'autres IST je ne sais pas.

Après proposer aussi les prélèvements pour rechercher *Chlamydia* et gonocoque, en tant que remplaçant, c'est un peu gênant.

Je demande plutôt une PCR *Chlamydia* car gonocoque, je crois qu'elle n'est pas remboursée.

Après je pense qu'il y a des signes fonctionnels pour le gonocoque, je pense qu'on peut le dépister si il y a des signes explicites.

4) *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles et plus précisément le VIH, qu'est ce que ça t'évoque ?

A: C'est quelque chose à ne pas sous-estimer d'un point de vue professionnel. Je pense qu'on ne recherche pas assez et il y a une barrière des médecins à le rechercher.

C'est aussi pour ça que je voulais faire un sujet de thèse sur le VIH car il y a un gros sous dépistage alors que dans une consultation, il y a plein de moments où tu peux le rechercher.

J'imagine que c'est un enjeu de santé publique. La syphilis, le VIH qui reviennent aussi.

Moi : Et au niveau de l'annonce, du traitement ?

A: Ça dépend des IST par rapport aux traitements.

Chlamydia, gonocoque : je prescris des antibiotiques, je suis les recommandations de ma formation.

Une découverte ou une annonce de diagnostic du VIH, ça ne m'est jamais arrivé.
J'ai vu des patients qui étaient suivis pour une séropositivité.

Je serais très mal à l'aise d'annoncer une séropositivité à un patient, je m'orienterais très vite vers l'infectiologue et je pense qu'on n'est pas formé à faire ça ... enfin, faire l'annonce diagnostic oui, mais pas à faire un début de prise en charge.

Moi : D'accord, et même si tu penses qu'on n'est pas formé. Est-ce quand même notre rôle au niveau de l'annonce ?

A : Oui, au niveau de l'annonce. Si j'avais les capacités et les connaissances pour faire un début de prise en charge, pas global car à un moment il faudra forcément aller voir l'infectiologue, oui ça ne me déplairait pas.

Moi : Oui apprendre de nouvelles connaissances lors d'une formation continue par exemple ?

A : Oui, complètement.

Il y a pas mal d'exams complémentaires à faire. Après le traitement, on ne le met pas tout de suite.

1. *Moi* : Parler de dépistage d' IST nous amène à parler de sexualité, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

A : Ça dépend de la personne que l' on a en face aussi.

Il y a des patients qui vont parler de leur sexualité sans aucun complexe, c'est quand même beaucoup plus facile de parler de sexualité avec eux.

Il y a des patients pour lesquels ça va être plus compliqués. Les gens qui sont réservés, qui n'abordent pas du tout le sujet et qui essayent d'esquiver.

Il y a aussi les gens venant en couple, qui peut aussi poser problème quand on sait qu'on est devant des IST. (*rires...*)

Après en tant que remplaçant, c'est assez surprenant car certains patients préfèrent parler d' IST avec le remplaçant parce que c'est un médecin qui ne les reverra pas. Ça, je le remarque de temps en temps. Et il y en a d'autres qui préfèrent avoir leur médecin habituel.

Moi : Donc quand c'est le patient qui aborde la sexualité, il n'y a pas de tabou particulier ?

A : Non.

Après si il faut en discuter, on peut essayer.

Mais je n'ai jamais été intrusif parce que ce n'est pas mon but et je ne suis pas le médecin du patient. Je peux laisser un petit mot sur le dossier et le médecin qui le connaît, pourra le revoir par la suite.

Je peux essayer d'ouvrir une porte et si je vois qu'il n'y a rien : faut pas être lourd non plus.

Moi : Y a t-il des situations où tu abordes la sexualité ?

A : Oui.

Il y a des populations à risque.

Je peux penser rechercher chez un toxicomane. Il peut avoir une IST qui s'attrape par voie sanguine.

Après on ne sait pas forcément en tant que remplaçant.

Chez la population homosexuelle, un infectiologue m'avait dit que pour faire bien, il fallait faire un dépistage

par an du VIH.

Moi : Je confirme, ça fait parti des recommandations.

A : Après c'est pareil, je ne suis pas censé être au courant. C'est très délicat à aborder.

Moi : Tu n'es pas forcément au courant des pratiques à risque des patients en tant que remplaçant ?

A : Pour certaines personnes, si.

Si la personne vient chercher sa méthadone, là c'est l'occasion de faire le point.

Il y a aussi des patients que l'on revoit au fur et à mesure, qui commencent à se confier si ça fait 2 ou 3 fois qu'on les voit. Ils peuvent se confier.

D'un côté, ils sont contents de voir le remplaçant qu'ils voient un coup de temps en temps.

C'est marrant, j'ai remarqué ça.

Moi : Pourquoi sont ils contents de voir le remplaçant ?

A : Ils m'ont vu une fois ou deux, ils arrivent à m'accorder du crédit et donc assez de confiance.

Et puis c'est quelque chose qu'ils peuvent aborder plus facilement qu'avec leur médecin, qui connaît peut-être un membre de leur famille, qui les connaît depuis longtemps.

Nous, ils pensent qu'on va peut-être avoir moins de jugement sur eux que leur médecin habituel.

Il y a peut-être ça qui joue.

Après on est peut-être plus sympa en tant que remplaçant plutôt qu'un « vieux » médecin (*rires...*).

On est jeune.

Moi : Et avenant ! Oui ça me fait penser que le patient, qui n'a pas peur d'être jugé par son médecin, peut attendre de voir le remplaçant si ce n'est pas urgent.

6) *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

A : Je le propose chez les femmes lors de la prescription de pilule, de contraception.

Ils veulent arrêter les préservatifs, c'est le moment de faire ça.

Quand on me le demande.

Quand il y a des signes fonctionnels.

Oui, chez une population à risque : sur des gens qui ont changé de partenaire ou qui ont des partenaires différents réguliers.

Moi : Donc tu le proposes de façon systématique ?

A : Non, pas systématique.

Je pense que je ne suis pas assez systématique mais j'essaye d'y penser.

Je fais assez régulièrement des bilans de dépistage.

Moi : Et lorsque c'est asymptomatique, tu arrives quand même à le proposer ?

A : Oui.

Lors de la contraception.

Les gens qui viennent me voir.

Moi : Et par exemple, les usagers de drogue, proposes-tu un dépistage d'IST ?

A : Oui, ça m'arrive. Il n'y a pas de soucis.
Après je n'en vois pas tant que ça dans ma pratique.

Après ça dépend aussi de la consultation. Si c'est un usager de drogue qui vient pour un sevrage, je ne vais pas l'embêter à lui faire le dépistage des IST directement, ce n'est pas la priorité absolue au début.

Moi : Identifies-tu des facteurs qui t'empêchent d'être systématique dans la proposition d'un dépistage ?

A : Déjà avec des patients avec lesquels on a du mal à établir un contact.
C'est surtout avec un patient avec qui on arrive à parler car c'est franchement plus facile.

Après si ils sont accompagnés ou pas.

Moi : Le fait d'être accompagné est un facteur négatif ?

A : Ça dépend avec qui ils sont accompagnés.

Si c'est un mineur devant sa mère : pour l'anecdote, il y a un gamin de 17 ans avec sa mère qui n'arrêtait pas de parler de toutes ses conquêtes, sa mère lui disait qu'il en ramenait un peu trop et d'aller acheter des préservatifs.

C'était très perturbant cette consultation parce qu'il n'y avait aucun tabou sexuel avec sa mère à côté.

J'ai eu un grand rôle de prévention, je lui ai fait ses sérologies.

Je ne sais plus si il venait pour un dépistage ou si il venait pour autre chose mais clairement il en a eu un.

Moi : Et en matière de prévention, ça t'arrive de parler de préservatif ?

A : Oui, ça m'arrive.

Pareil chez une jeune fille qui veut commencer la pilule ; je lui dit que c'est un moyen de contraception mais que ça ne protège absolument pas des IST. Il faut mettre des préservatifs pour se protéger.

Mais des fois, ce n'est pas facile à aborder car la consultation pour la pilule survient aussi chez les jeunes qui viennent avec leur mère. Et elles prennent la pilule car ils n'ont pas de cycle régulier et non pour avoir des rapports.

Après on ne sait jamais si c'est vrai ou pas.

Moi : Oui c'est sûr que c'est compliqué de parler avec une adolescente de 15 ans de relations sexuelles. Je me sens obligé de rappeler que ce n'est pas encore le moment.

A : Je pense que le message doit être dit pour autant.

Moi : Oui on a un rôle. Et en tant que remplaçant ?

A : Ah oui en tant que remplaçant, j'essaye de trouver l'opportunité pour le dire. Si je ne la trouve pas, je ne vais pas en parler.

Il y a des médecins que l'on remplace où je ne suis pas sûr que ce soit dit.
Si c'est l'occasion de bien faire le boulot, tant mieux !

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST.

7) *Moi* : Étais-tu au courant de ces recommandations ?

J: Oui j'avais regardé un petit peu, j'avais bossé dessus.
J'ai oublié en grande partie.

C'était pas mal. Je me souviens justement de cette phrase : toute personne de 15 à 70 ans doit avoir au moins eu, une fois dans sa vie, un dépistage.

Et je pense que c'est absolument pas fait. Il y a clairement plein de personnes (*qui ne sont pas dépistées*). Quoique on doit quand même les faire lors des bilans pré-op, après tout le monde n'est pas opéré. (*J'ai appelé le service des anesthésistes du CHU d'Amiens, la secrétaire qui reçoit les bilans biologiques m'affirme que ce n'est pas systématique, qu'elle pense que cela dépend du médecin prescripteur et peut-être des différents services de chirurgie*).

Après je pense que ça n'est pas assez fait, en tout cas, en médecine générale.

Moi : Oui, tu l'as su lorsque tu as travaillé sur ta thèse. Et connaître ses recommandations a changé ta pratique ?

A: En tout cas, la recommandation de dépister tout le monde de 15 à 70 ans, je l'ai un peu oublié.

Ça n'a pas changé ma pratique, par contre le fascicule m'a plus sensibilisé dès le début à essayer de dépister des IST. Je pense que je ne le fais pas assez pour autant mais j'essaye d'y penser.

Moi : Penses-tu que c'est réalisable si tout le monde mettait un peu de bonne volonté ?

A: Pourquoi pas, se dire à 40 ans de le faire systématiquement. On prescrit bien des vaccins aux âges de 25 et 45 ans, pourquoi il n'y aurait pas un âge prédéfini pour le VIH ?

Sauf si la personne l'a déjà eu auparavant.

Autant mettre un âge clef avec un bilan complet avec les IST compris.

Moi : D'accord et au niveau de l'acceptabilité des patients ? Personnellement c'est assez mitigé. Lorsqu'ils viennent en couple, je le propose assez facilement lorsqu'on fait un bilan général. Il y a pas mal de patients qui refusent le dépistage car ils se considèrent non à risque.

Le fait que ça soit la sécurité sociale qui nous demande de le faire, ça enlève un tabou de le proposer systématiquement.

A: Oui.

Moi : Reçois-tu les recommandations officielles ?

A: Je suis abonné à la page Facebook (*réseau social*) de l'HAS. Il n'y a pas grand chose, ils ne sont pas trop actifs.

On ne reçoit pas toutes les recommandations, c'est dommage car c'est un bon moyen (*réseau social*).

Je ne suis pas assez au courant des nouvelles recommandations, mise à part par le biais des revues.

Je ne sais pas si toutes les formations que l'on nous propose (*sont valables*), il y a des médecins qui nous exposent des choses mais c'est sponsorisé par les laboratoires.

Je n'ai jamais eu de proposition sur Amiens pour participer à une soirée formation, en tant que remplaçant.

VERBATIM AURELIE

Durée du sujet : 26min52

Rappel du sujet

2. *Moi* : Peux-tu te présenter ?

A: Sexe : Féminin

Age : 30 ans

Durée de remplacement : 1 an et quelques mois

Milieu : Rural

Type de remplacement : Fixe

Projet d'installation : Début 2017

2) *Moi* : D'après ton expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant dans le dépistage et la prévention d'une manière générale ?

A: On a la même place que le médecin généraliste.

Je dirai peut être même plus parce que ce sont des gens qu'on voit pour la première fois. Il y a d'autres choses auxquelles on pense, le médecin traitant ne va peut être pas y penser.

Prévention et dépistage, pendant les études, on nous en parle beaucoup donc c'est encore frais dans ma tête, quels sont les préventions et surtout les dépistages à faire.

Moi : D'accord

A: Je pense que c'est encore frais dans nos têtes.

Ce n'est pas parce qu'on voit une fois les gens pour leur renouvellement qu'on ne peut pas leur demander s'ils ont fait leur hémocult.

Je pense que c'est à nous de le faire aussi.

Moi : Donc toi, tu le fais naturellement ?

A: Oui.

Après pas à chaque patient, pas à chaque consultation.

Mais je peux leur demander s'ils ont fait leur hémocult, s'ils ont fait leur mammo, je peux parler de prévention.

Les jeunes filles que je vois en consultation pour un rhume, si elles ont leur carnet de santé, je regarde dans leur carnet de santé si elles ont l'âge du vaccin du *Papilloma* virus.

Si ça n'a pas été fait, et bien j'en parle.

Même si elles viennent pour autre chose, si le carnet de santé est là, on va en parler quand même.

Moi en tant que médecin traitant, il faut parler de dépistage et de prévention.

Moi : Et ça a toujours été une place importante pour toi ?

A: Oui. Depuis le début de mes remplacements, ce sont des choses que je fais naturellement.

2. *Moi* : Quelle ta formation sur les infections sexuellement transmissibles ?

A: Euh... la formation que l'on a eu à la fac, c'est tout (*rires...*).

Les cours que l'on a eu à la fac pendant l'externat en gynéco, en maladies infectieuses.

Pendant l'internat il me semble que l'on a eu un cours, je ne suis même pas sûre, peut-être d'une heure et

demie, il me semble que cela fait parti du programme.

Et puis formation personnelle dans les revues.

Et puis en stage, puisque je suis passée en PMI. Et du coup j'en ai beaucoup parlé avec ma chef du planning familiale.

Moi : Donc sensibilisée avec tes stages de PMI.

A : Oui

2. *Moi* : Au niveau de tes représentations, pour toi les IST et plus particulier le VIH que représentent-elles pour toi ?

A : Beaucoup de choses...

Déjà l'annonce au patient, annoncer au patient qu'il a un VIH c'est voilà, faut être préparée à le faire, préparer le patient.

Après c'est penser à dépister ses partenaires.

Moi : Oui, d'accord. Pour toi c'est une difficulté ?

A : Il faut que le patient soit d'accord pour en parler avec son partenaire, il n'est pas obligé, on ne peut pas le forcer.

Il faut penser à tous ses partenaires.

Donc si il y a partenaires multiples, il faut qu'il en parle, il faut qu'il l'accepte.

Cela me fait penser à l'acceptation du patient donc compliqué.

Et puis le suivi, le lourd traitement qu'il va prendre.

Moi : Donc encore beaucoup de difficultés pour toi, cela reste une pathologie grave ?

A : Pour l'instant je n'ai pas eu l'occasion.

Je n'ai aucun patient qui a le VIH, ni à qui j'ai du l'annoncer.

Donc je n'ai pas été encore trop confrontée, pour moi cela restera un peu compliqué si je dois le faire un jour.

Mais après c'est comme toutes les autres maladies graves, il faudra le faire.

Moi : Oui ,lorsque l'on connaît un peu la pathologie il faut potasser le sujet et tu te rends compte qu'il existe des maladies avec une prise charge finalement pas si difficile, penses-tu que la prise en charge du VIH resterait lourde ?

A : Oui je pense

Moi : Pour toi, au niveau de la société, en tant qu' individu, comment a évolué le regard du VIH ?

A : Il existe toujours une stigmatisation des patients, je pense, et puis une peur des patients de le dire.

Moi : Donc peu d'évolution ?

A : Pour moi non, après ce n'est pas personnellement ce que je ressens.

C'est associé à des personnes qui ont des conduites à risque, je pense que les gens associent cela uniquement à des personnes qui ont des conduites à risque.

Moi : Un jugement négatif des gens ?

A: Oui

Moi : Comment te sens-tu dans ta pratique de l'abord de la sexualité avec tes patients ?

A: C'est compliqué quand on ne connaît pas les patients en tant que remplaçant d'aborder la sexualité, s'ils eux n'abordent pas et si il n'y a pas de raison d'aborder.

Moi le dépistage d' IST, oui je le propose dans des conditions bien particulières. Par exemple, un renouvellement de contraception.

Mais si un jeune vient me voir pour un rhume, je ne vais pas lui dire : « - On fait un petit dépistage d' IST » (rires...).

Ce n'est pas facile lorsqu'on ne connaît pas les patients, en tant que remplaçant, d'aborder ces sujets là.

Et puis eux de toute façon, ils ne les aborderont pas, enfin je ne sais pas.

Moi : Donc tu penses qu'aborder la sexualité avec toi et les patients est plus compliqué qu'avec un médecin installé ?

A: D'un côté oui parce que les gens voient leur médecin traitant : ils ont l'habitude, ils ont confiance en lui donc ils vont plus se confier à lui plutôt qu'à moi qui si plutôt jeune, qu'ils voient pour la première fois et ils ont peut-être pas envie d'aborder de leur vie intime avec moi.

Et d'un côté j'ai eu l'exemple d'un patient qui n'ose pas voir son médecin traitant parce que justement il le voit tout le temps et il le connaît par cœur, il (*le patient*)s'est dit : « - Ah bah elle je vais lui en parler, elle ne me connaît pas trop. »

Je pense qu'il y a les deux en fait. Mais je pense qu'il y a plus de patients qui parlent avec leur médecin traitant qu'avec les remplaçants.

Moi : D'accord, pourrais-tu identifier des facteurs qui t'amènent à parler plus facilement de sexualité ? Sur le genre par exemple, que ce soit un homme ou une femme ?

A: Non je ne crois pas.

Pour l'instant, je ne pense pas qu'il y a plus d'hommes ou de femmes qui puisse en parler, ou plus de jeunes ou de vieux.

On va dire que pour l'instant les exemples que j'ai eu c'est plus des hommes âgés qui en ont parlé, peut-être la soixantaine.

6) Moi : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et la discussion de la prévention des IST dans ta pratique quotidienne?

A: Quand une jeune femme vient pour un renouvellement de contraception, souvent je lui parle du dépistage des IST.

Je demande si cela fait longtemps qu'elle est avec son partenaire, si elle a plusieurs partenaires. Généralement je propose le dépistage d' IST.

Moi : D'accord

A: Lorsque ce sont des jeunes filles, je leur demande si les rapports sont protégés.

Et puis j'explique que la pilule ne protège pas contre les IST mais que pour les bébés. Souvent elles ne sont pas au courant (rires...).

Pour une jeune fille qui vient pour une suspicion d' IST, je propose car il faut le faire.

Après chez les hommes pareil, suspicion d' IST je ne fais pas que les IST auxquelles je pense. Un écoulement urétral, une dysurie : je fais tout le bilan d' IST, je ne fais pas que le gonocoque ou que *Chlamydia*.

Après chez les hommes, je propose moins que chez les femmes, c'est vrai. Parce que je n'ai pas ce motif de renouvellement de contraception.

Donc on parle un petit peu de sexualité, donc du coup je case mon dépistage d' IST.

Chez les hommes, j'essaie de trouver un prétexte, enfin un motif pour lui donner.

Je ne vais pas lui en parler si un jeune vient me voir pour une gastro, je ne lui proposerai pas car c'est difficile d'aborder le sujet.

Moi : Il faut qu'il existe toujours un contexte.

A : Oui quand même.

Pour l'instant, les patients je ne les connais pas beaucoup, peut-être que après les connaissant plus, oui.

Moi : Des patients t'ont-ils demander spontanément un dépistage ?

A : Pas beaucoup. Des patients venant exprès pour ça, j'en ai peut-être vu un.

Après ça arrive souvent que : «- Docteur, j'ai mal là »

On fait la consultation et puis «- Ah et docteur, et puis tant que vous y êtes, j'aimerais bien faire un bilan sanguin pour voir mon état de santé, et puis tant que vous y êtes ça serait bien d'ajouter le VIH ».

Là oui, je le fais.

Moi : Et s' ils ne te le proposent pas lors d'un bilan complet ?

A : S' ils me demandent un bilan complet, chez les jeunes oui je peux le proposer. Ça m'est déjà arrivé de le proposer, oui. Parce qu'ils me demandent, je ne sais pas, pour une glycémie à jeun ou le cholestérol, oui je peux leur proposer.

Moi : Et lorsque tu dis jeune pour toi, est-ce que tu aurais une limite d'âge ?

A : Je ne sais pas, 18-20 ans.

Après c'est au cas par cas, je sais que c'est bête, mais lorsque c'est quelqu'un qui est en couple, du coup j'y pense moins.

Moi : Ne t'inquiète pas, moi c'est pareil. Penses-tu qu'aborder le dépistage et parler de prévention est plus facile en tant que remplaçant ou en tant qu'installé ?

A : Peut-être plus facile lorsque tu es installé.

Après c'est n'est pas pour ça que je n'essaie pas de le faire et ce n'est pas pour ça que je n'y pense pas.

Après ce n'est pas une question d' installé ou de remplaçant. Je pense que c'est une question de relation de confiance que l'on a avec les patients , depuis combien de temps on les suit . Si ça fait un mois que tu es installé, c'est comme ci tu étais encore remplaçant, tu commences à connaître les gens.

Ah et j'ai oublié de dire pour les femmes enceintes, je propose, enfin les projets de grossesse, ça me paraissait logique donc je ne l'ai pas dit.

Rappel des recommandations du plan national IST 2010-2014 en présentant le document de l'INPES

7) *Moi* : Étais-tu au courant de ces recommandations ?

A : Non

Moi : Qu'en penses-tu ?

A : Ça clarifie les choses, après je ne suis pas certaine que ça change beaucoup les choses.

Certains vont peut-être faire plus attention mais pas tous.

Je pense que tout le monde ne les regarde pas et puis je ne pense pas que ça va faire changer les pratiques de tout le monde.

Mais ça c'est comme tout.

Moi : Ah, tu penses que ce n'est pas forcément spécifique à ce sujet ?

A: Parce qu'il y a des médecins qui ne suivent pas du tout, du tout les recommandations. Il n'y en a pas beaucoup.

Moi : Pour toi personnellement ?

A: Je vais essayer de faire attention, plus qu'avant.

Généralement lorsque je fais mon auto-formation dans les revues, j'essaye de vraiment faire attention à ce que je lis parce que ça m'intéresse et parce que je veux faire les choses bien, donc oui je ferai plus attention. Je ferai plus de dépistages.

Moi : Cela aurait donc changé quelque chose si tu avais été informé ?

A: Oui (*convaincue*)

Après 70 ans, je n'ai pas de limite d'âge mais ce n'est pas approprié dans une consultation de proposer un dépistage d' IST à une personne de 70 ans.

Ça reste du cas par cas mais ça ne me viendrait pas à l'esprit à 70 ans, ça c'est sûr. (*rires...*)

Mais après si ce sont les recommandations pour la campagne de dépistage, alors oui.

Moi : Comment réagiraient les patients si tu proposais un dépistage sans notion de risque ?

A: Ils diraient non. Ça m'est déjà arrivé de proposer un dépistage et que l'on me réponde non.

Moi : Ah oui, dans c'était dans quelle situation ?

A: Je ne sais plus ...Cela m'arrive souvent de le faire, je propose un dépistage d' IST à des patients jeunes mais là il m'a répondu non.

Moi : As tu des commentaires, des sujets que tu voudrais aborder ?

A:Non

VERBATIM CHARLOTTE

Durée de l'entretien : 34min39

Rappel du sujet

3) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

C: Sexe : Féminin

Age : 28 ans

Durée de remplacement : 2 ans

Milieu : Semi-rural

Type de remplacement : Essentiellement en Picardie (région de Compiègne) mais quelques remplacements dans le Nord-Pas-de-Calais. Actuellement sur deux cabinets en groupe dont un depuis novembre 2014

Projet d'installation : Pas immédiatement, peut-être dans 3 à 5 ans le temps de faire un bébé avant car plus pratique. Projet de DU de médecine du sport car aussi plus pratique en tant que remplaçant.

3. *Moi* : D'après ton expérience personnelle et d'une manière générale, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention ?

C: Je pense qu'on est là pour faire comme le praticien que l'on remplace et ça me semble logique que l'on pose la question, que l'on pense à dépister.

C'est difficile de dépister quelque chose que l'on ne voit pas et en plus que le patient ne demande pas, il est très rarement demandeur d'un dépistage.

Moi ce que je fais en pratique, ça ne suit je pense aucune recommandation : les gens jeunes qui viennent me voir pour un bilan, parce qu'ils sont fatigués, inquiets ou la maman me demande un bilan de temps en temps, je leur propose de faire les sérologies, filles comme garçons, donc VIH 1 et 2, VHB, VHC, syphilis, je ne vais pas plus loin.

Je ne recherche pas *Chlamydia* ni gonocoque et je ne leur pose même pas la question de savoir si ils ont des symptômes car ils ne viennent pas pour ça, donc là ça peut leur sembler bizarre de rentrer dans ce domaine là.

Moi : D'accord, donc déjà le dépistage est assez ancré au niveau des IST. Pour toi, est-il important d'un point de vue général, comme la mammographie ou le dépistage du cancer colorectal ?

C: Pareil, je pense qu'il ne faut rien laisser passer.

Clairement ça dépend du temps que j'ai en consultation.

Si c'est pour un renouvellement de traitements et qu'il est carré, je vais plus loin et après 50 ans je fais le point, l'hémocult, la mammographie et le frottis.

Vraiment, j'essaie à chaque fois si je vois dans le dossier que ça n'a pas été fait depuis longtemps et qu'il faut juste faire le renouvellement.

Pour l'homme, c'est pareil je pose la question du PSA même si je sais que ce n'est pas dans les recommandations. Des fois je ne pose même pas la question, lorsqu'il y a des symptômes je le fais direct.

Je pense qu'en tant que remplaçant on doit avoir le même statut que le docteur installé, car le médecin installé peut, c'est humain, oublier de poser la question une fois deux fois trois fois .

Je pense qu'on est surtout là pour aider les collègues que l'on remplace. Après j'ai une vision biaisée, car Max je le connais et le deuxième que je remplace aussi, ce ne sont pas des illustres inconnus, je les ai vus plus d'une fois.

Moi : Moi c'est pareil, et puis il y a aussi un côté confraternel, tu essayes de les aider en les remplaçant lorsqu'ils sont malades.

3. *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

C: Pas grand chose, c'est simple, c'est les items pendant l'externat.

J'ai fait un stage en gynéco de 3 mois mais j'ai pas du tout abordé les IST, je n'ai fait que de l'obstétrique.

Moi : Même si elle te paraît un peu légère, te semble-t-elle pour autant suffisante pour ta pratique ?

C : Oui, je pense. Après on a toutes les ressources en ligne, le SPILF etc... si on tombe sur une IST, tout est en ligne.

Quand on a VIH, VHB ou VHC on l'envoie à l'infectiologue. Après ce n'est plus moi qui gère.

A part pour expliquer, voir des effets indésirables avec des traitements. Ils peuvent venir me voir, je regarde dans le VIDAL ou j'appelle l'infectiologue.

Moi : OK pas de soucis

3. *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles, qu'est ce que ça t'évoque ?

C : Alors deux catégories, j'ai envie de dire.

VIH;VHC,VHB d'un côté et *Chlamydia* et gonocoque de l'autre mais je sais très bien qu'il n'y a pas que ça.

Moi : Non c'est ça les principales avec l'herpès. Tu les différencies pourquoi ?

C : Peut-être parce que ça ne se dépiste pas de la même façon.

Le traitement il y en a un c'est de mon ressort et l'autre à part la syphilis, ce n'est pas de mon ressort, je passe la main très rapidement au collègue.

Moi : D'accord et par rapport à la première catégorie, qu'est ce que ça représente pour toi par rapport à ta pratique et de la société ?

C : J'essaye vraiment de ne pas stigmatiser, c'est-à-dire de ne pas porter ça à un certain groupe de patients. J'essaye de ne pas le faire parce que spontanément, c'est horrible (*génée...*) j'essaye de rester neutre. De répondre au mieux à leurs questions, ne pas dire (*ton humoristique ...*) « - Alors on a eu des rapports protégés, c'est pas bien ça ! ».

Après j'ai envie de dire, les patients de plus de 18 ans, les préservatifs ils savent ce que c'est, ils connaissent. Pourtant je travaille dans deux cabinets dans un milieu défavorisé. Les patients de plus de 18 ans, c'est pas bien, je ne fais pas forcément le rappel sur le préservatif.

Plus jeunes, je le fais parce que en plus il n'y a pas que les IST.

J'ai pas mal de jeunes patientes de moins de 18 ans, j'en ai quelques unes dont une que l'on découvre à 4 mois et demi de grossesse donc forcément on le garde.

Bon là, je stigmatise puisque j'estime ça en fonction de l'âge.

Moi : Est-ce que tu penses qu'il y a une évolution dans la société ?

C : Il y a quand même quelques campagnes, après je ne sais pas si les patients le voient. On a quand même fait pas mal de campagnes de prévention notamment avec le port de préservatif qui est hyper important donc dans ma tête, j'imagine que c'est plus ou moins ancré dans la tête des patients.

Moi : Oui d'accord.

C : Mais après je suis peut-être très naïve, les médias ont quand même apporté une bonne diffusion. Après c'est sûr la différence entre VIH et SIDA, VIH le plus souvent les patients ne savent pas ce que c'est. Le SIDA ils savent mais pas VIH.

Dans la population plus défavorisée que j'ai actuellement à T. (*nom de la ville*), lorsque je parle de VIH, je leur dis SIDA, c'est peut-être un abus de langage de notre part mais comme ça les gens comprennent.

Moi : Oui j'avoue, c'est important de savoir ce quels mots sont utilisés dans les campagnes publicitaires.

C: Il me semble que c'est le mot SIDA comme SIDACTION

Moi : Je vais vérifier, c'est important. *(Il existe quelques affiches de campagnes publicitaires récentes, deux mentionnent le mot SIDA, une le mot VIH (diffusée entre-autre grâce aux bus de ville) et une autre le mot AIDES)*

C: Après *Chlamydia* et gonocoque, il y a très peu de patients qui connaissent ça, soit on parle de « chtouille », ou de petites bêtes.

Je trouve que les gens qui sont plus à même, de s'être renseignés, c'est la population homosexuelle, hommes comme femmes. Je trouve qu'ils sont super. Hier, j'en ai un qui est venu me demander l'antigénémie p24, il me dit qu'on peut le faire entre deux et trois semaines après le rapport.

7) *Moi* : On va parler de sexualité avec les patients, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

C: Là par contre, j'ai beau les connaître depuis un moment, pour l'instant deux ans de remplacements je trouve que c'est encore limite pour parler de sexualité, en détails avec eux.

Après tout dépend de ce que l'on appelle sexualité.

J'ai plus de mal à aborder la question de sexualité plutôt qu'à aborder les sujets des IST, ça c'est clair.

Moi : Oui, ce n'est pas tout à fait pareil.

C: Même demander si il y a eu un rapport à risque quand ce n'est pas dans un contexte précis, je trouve ça très difficile. Je ne suis pas très à l'aise.

C'est comme les gens qui viennent te voir pour un problème de sexo, je passe la main au sexologue très rapidement, j'avoue que je n'essaye même pas.

Je pense que c'est parce que je ne sais pas quoi leur dire. C'est vraiment un manque de connaissances, ça ne reste que théorique là pour le coup.

Moi : Ça semble en effet difficile pour toi, quels facteurs pourrais-tu identifier ?

C: Peut-être parce que je ne suis pas sûre de moi, je ne sais pas les questions qu'il faut poser.

Il y a peut-être aussi un peu de pudeur, parce que je suis une femme et que c'est très compliqué pour moi de parler de ça avec un homme. J'ai déjà eu des expériences un peu malheureuses, j'ai eu deux patients un peu fous dans leur tête. *(explications des comportements des 2 patients : demande de contact via un réseau social (Facebook) pour l'un, séparation d'un couple de patients car la femme suspectée que son mari était amoureux de la remplaçante pour l'autre).*

Je ne suis pas traumatisée mais ça m'a un peu bloquée pour l'instant.

Moi : Oui, de parler de sexualité.

C: Oui, surtout avec les hommes. Peut-être plus facilement avec les femmes

Après ce sont plus souvent les hommes qui viennent parce que ça ne marche pas de ce côté là.

2. *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

C: C'est sur une patientèle jeune que je propose ça lors d'une demande une prise de sang. Je propose systématiquement un bilan sérologique. C'est comme ça que je fais.

Mais j'avoue que je ne propose pas ça chez la population plus âgée, à tort mais pour l'instant je fonctionne

comme ça.

Moi : Est-ce que tu aurais des limites d'âges ?

C : Oui franchement j'avoue que c'est de 18 à 35 ans, quasi systématiquement. Ça permet aussi de rectifier la vaccination contre l'hépatite B.

Moi : Oui complètement d'accord. Peut-être qu'aborder la vaccination contre le VHB permettrait d'aborder plus facilement la prévention et la dépistage des autres IST.

C : Je leur explique que c'est marqué syphilis, oui parce que ça existe et que ce n'est plus la maladie du siècle dernier.

Moi : Donc tu fais aussi un peu de prévention en même temps à quel point il est important de se protéger.

C : Oui carrément, indifférenciée filles comme garçons.
Même si je trouve qu'il y a plus de filles qui demandent des bilans que les garçons.

Moi : Y a-t-il d'autres motifs de consultations qui te viennent à l'esprit ?

C : Un patient qui vient pour un rapport non protégé.

Un herpes je ne fais pas de sérologie. J'ai eu un patient récemment qui avait réalisé une sérologie herpétique, je ne savais pas ce que j'allais en faire. Par contre il avait une PCR à *Chlamydia* positive.

Ensuite devant toutes brûlures mictionnelles chez l'homme, même si ECBU négatif, je fais *Chlamydia-gonocoque* même si l'écoulement est propre.

Moi : Par contre tu m'as dit que dans ton dépistage, tu faisais un bilan biologique et pas de test urinaire, tu sais pourquoi ?

C : Bah non. Je ne le propose pas parce que... gonocoque c'est évident, c'est symptomatique, c'est explosif donc si le patient ne m'en parle pas, c'est qu'il n'y a pas, je fais confiance.
Par contre j'ai tendance à me dire la même chose avec le *Chlamydia* sauf que ça ne devrait pas.

Après ce qu'il m'embête aussi c'est que ce n'est pas les mêmes modalités de prélèvement.
Je pense que c'est ça qui bloque, ce n'est pas la même modalité.

Moi : On arrive à la même conclusion. Proposer de faire pipi alors que le patient n'a rien demandé.
Penses-tu qu'en tant que remplaçant c'est plus facile de proposer ce genre de bilan ?

C : Je fais comme ci c'était chez moi, je pense que ce n'est pas ce qu'il faut faire.
Pour certaines choses, je fais comme le médecin que je remplace, j'essaye de réfléchir comme lui, de faire comme lui.
Mais par contre pour ça, je fais ma méthode comme j'ai dit : je dépiste les jeunes quand il faut faire une prise de sang, là je suis systématique.
De toute façon un jour, je vais avoir des sérologies à VIH positif. Là pour l'instant elles sont négatives, mais un jour ça arrivera.

Moi : As-tu déjà dépister ou suivi des patients ?

C : J'ai repris en charge un patient de 50 ans, qui est VIH et VHC positifs, qui n'avait pas de suivi, pas de traitements, je l'ai renvoyé voir le docteur JOSEPH Cédric (*Infectiologue du CHU d'Amiens, service du Pr SCHMIT*) qui le suit, ça se passe très très bien.

Moi : As-tu eu des patients qui te demandent spontanément ?

C: J'en ai pas beaucoup, pas souvent. Ces 6 derniers mois bien remplis, il y en a peut-être eu 2 ou 3.

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST

7) *Moi* : Connaisais-tu ces recommandations ?

C: Non

Moi : Tu ne les as pas reçus ?

C: Non, 2012 non. Je ne reçois pas les recommandations. Moi je me mets à jour parce que je lis « Prescrire » mais c'est tout.

Moi : Moi c'est pareil. Je ne reçois pas les recommandations officielles. On n'est pas ciblé. Qu'en penses-tu de ces recommandations, semble-t-elle réalisable ?

C: Ah oui, ça me semble réalisable.

Pour ma part, il faut que je dépiste à plus de 35 ans, au-delà. je fais la moitié du chemin (*rires...*).

Par contre quand ils disent tous les ans pour les personnes multi-partenaires ayant des rapports avec les hommes, c'est que je disais, c'est que eux ils me le demandent.

Pareil les usagers de drogue, je dirais qu'ils ne sont pas trop au courant, c'est réalisable il faut que je le fasse.

Pareil les personnes multi-partenaires originaires d'Afrique. Alors quand tu es remplaçant, ils ne te le disent pas, peut-être que quand c'est leur médecin traitant ils le disent.

Mais même, moi qu'y suis là régulièrement, ils ne me le disent pas non plus. Ce serait possible si ils nous le disaient. Après, c'est peut-être à nous de poser la question mais c'est délicat. Ça fait cliché : « - Monsieur, vous avez combien de femmes, combien d'épouses ? » (*voix humoristique...*)

Lors d'un projet de grossesse oui ça je le fais en début de grossesse évidemment.

En cas de demande d'IVG, là non je ne le fais pas.

En cas de viol, je considère que c'est à l'hôpital de le faire parce qu'ils ne viennent pas ici.

En cas d'incarcération c'est pareil.

En cas de tableau évocateur d'une infection à VIH, j'avoue que pour l'instant je n'y ai jamais encore pensé.

Il y a des choses applicables bien sûr.

Moi : Penses-tu que ça va changer ta pratique ?

C: Oui oui, dès demain je dépiste tout le monde jusque 70 ans, je suis très recommandations.

Moi : Cela va-t-il te poser problème ?

C: Non, après je ne dis pas que c'est facile de changer ses habitudes. Je ne dis pas que demain, une dame de 50 ans, qui est mariée, je vais lui proposer une sérologie VIH mais je peux m'adapter pour les gens qui ne sont pas en couple, les célibataires, les partenaires multiples.

Je peux aller plus loin que 35 ans.

Moi : Oui, mais alors en posant la question si ils sont en couple ?

C: Alors oui, en posant la question. J'avoue que de savoir si ils sont célibataires ou en couple, ça serait plus

facile pour moi.

Moi : Oui, moi c'est pareil. Je me dis à tort que les personnes de plus de 35 ans sont le plus souvent en couple, avec des gamins et là c'est plus délicat de leur proposer. Mais par contre, c'est vrai que juste poser la question est déjà un premier pas. Les études montrent que les patients acceptent finalement bien cette proposition.

VERBATIM FIONA

Durée de l'entretien : 45min06

Rappel du sujet

4) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

F: Sexe : Féminin

Age : 31 ans

Durée de remplacement : 4 ans

Milieu : Rural, urbain (Somme et Oise), expérience d'un an à la Réunion

Vient de la faculté d'Amiens

Type de remplacement : Plusieurs cabinets différents, des jeunes médecins hommes et femmes entre 30 et 40 ans, seul ou en groupe

Projet d'installation : Pas pressée de s'installer, continuer les remplacements

4. *Moi* : D'après ton expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention, d'une manière générale ?

F: Je pense que le remplaçant a sa place. Moi j'en fais pas mal.

En arrivant devant un patient que je n'ai jamais rencontré, je prends facilement le dossier, je regarde ce qui a été fait.

Les dépistages « facteurs de risque cardiovasculaire », j'en fais très régulièrement.

Tout ce qui est dépistages plus systématisés : le cancer du colon, là ce sont les patients qui viennent me voir.

Sur les frottis, je suis assez exigeante aussi là-dessus. D'autant plus que j'ai pas mal de femmes qui viennent me voir parce que je suis une femme et que leur médecin est un homme.

Elles préfèrent ce contact là de temps en temps, donc voilà je suis amenée à faire pas mal d'examens gynéco et de proposer le frottis quand il est nécessaire.

Moi : Ah oui du coup tu arrives à faire pas mal de frottis . C'est lorsque tu remplaces des médecins hommes que c'est plus facile.

F: Oui, j'ai remplacé aussi une femme médecin qui avait un DU de gynéco et qui en faisait du coup beaucoup.

Et les patientes étaient habituées, du coup je faisais de la gynéco.

Mais aussi en campagne, quand l'accès au gynéco était peut-être plus compliqué et que moi je remplaçais un homme, ce n'était pas non plus tous les jours, mais les femmes disaient clairement qu'elles venaient parce que je suis une femme. Ce qui me va très bien.

Après le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, c'est un petit peu à l'occasion d'une prise de sang.

Pour les IST, j'avoue que j'y pense un petit peu moins.

Moi : D'accord, c'est systématique ou aux cas par cas ?

F: Je ne peux pas dire que c'est systématiquement en général, je n'arrive pas à être très systématique (*rires...*).

Il y a beaucoup de cas par cas selon le motif de la consultation, selon le contact que j'ai avec le patient, selon le temps que j'ai dans la consultation aussi.

Après sur une journée, je fais au moins systématiquement des actes de dépistage.

4. *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

F: Ma formation, c'est celle de la fac d'Amiens. Je n'ai pas l'impression que la formation a été très insistante sur le dépistage, même si je ne suis pas larguée là-dessus. Je me souviens surtout de mes cours de bactériologie en fait.

Après je me rappelle d'avoir fait un petit stage, rue Fernel (*centre de CDAG d'Amiens*), ça devait être une semaine ou alors pour visiter.

En post fac, je n'ai pas eu l'occasion d'assister à des formations sur le dépistage.

Moi : Te pense-t-elle suffisante pour toi ?

F: Bah on peut toujours être plus formée. Après je pense être suffisamment formée mais je ne sais plus comment. (*rires...*), en gros je me débrouille.

4. *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles, qu'est ce que ça t'évoque ?

F: Sur le VIH spécifiquement, on est de la génération 1990, j'ai été biberonnée au SIDACTION, ruban rouge, aux campagnes de prévention pour le préservatif.

Avec une grande peur du SIDA dans les années 80-90, qui je pense est complètement tombée comme un soufflet.

Je trouve qu'on en entend beaucoup moins parler. On sait que ça existe mais j'ai l'impression que c'est de plus en plus loin.

Et que finalement on en meurt de moins en moins.

Les gens ont moins peur du SIDA.

Ça prenait beaucoup de place dans les médias quand j'étais petite, qui a un peu disparu de la circulation maintenant.

I: Qu'en penses-tu en tant que médecin ?

F: C'est vrai qu'il y a eu des progrès, les trithérapies sont mieux tolérées et mieux développées. Je pense qu'en France, en Europe, on en meurt moins. Je ne pense pas que ça soit partout dans le monde.

On en meurt plus tard dans les pays où l'on a un accès facile aux soins.

Moi : As-tu déjà suivi des patients avec une IST chronique ?

F: J'en ai déjà croisé quelques uns. Pendant mes études, en faisant un stage en médecine interne, je me souviens du Dr Mail qui suit pas mal de patients exposés au VIH.

Et après pas mal pendant mes remplacements, ça m'est arrivé, pas énormément.

Quelques patients ayant un VIH et d'autres avec une hépatite C.

Après ils sont souvent pris en charge par le spécialiste. Souvent ils viennent pour autre chose. J'ai juste connaissance qu'ils sont séropositifs.

Je n'ai pas encore pris en charge quelqu'un de séropositif.

Ils sont plus pris en charge par les spécialistes et par leur médecin généraliste.

Moi : Penses-tu que l'annonce du diagnostic est encore quelque chose de difficile ?

F: Moi je pense que c'est encore difficile.

Ça fait encore peur aux patients qui apprennent qu'ils sont séropositifs.

Ça dépend du contexte, de qui je remplace et depuis combien de temps.
Si c'est des patients que je vois régulièrement, je pense que je peux être à ma place pour l'annonce.

Mais je me suis retrouvée une fois à faire une annonce de diagnostic de cancer pour une dame que je voyais pour la deuxième fois, c'était un petit peu raide : à ce moment là je ne me sentais pas du tout à ma place en tant que remplaçante pour faire cette annonce.

Moi : Pour ce n'est donc pas la place du remplaçant de faire cette annonce ?

F: Ce n'est pas la meilleure place mais après selon le contexte, si c'est un remplaçant qui connaît son patient et qui a déjà une relation de confiance avec le patient , je pense que si ça peut être la place du remplaçant.

Après cette place là en tant que remplaçant, elle est quand même beaucoup plus rare qu'avec le médecin installé.

5) *Moi* : On va parler de sexualité avec les patients, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

F: Moi j'adore ça (*rires...*) J'adore parler sexualité avec les patients. Je ne ressens pas de blocage particulier de ma part.

Et je suis souvent étonnée de l'absence de blocage en face. Je prenais des fois des pincettes pour appeler un chat un chat et en finalement tout se passe bien lorsqu'on en parle.

J'ai l'impression que la plupart des patients acceptent bien ça.

Moi : Oui, c'est dans un contexte de consultation donc forcément c'est pas choquant ?

F: En tout cas pas pour moi, je m'adapte aussi en fonction du patient. Si je vois qu'il n'a pas envie d'en parler, je n'insiste pas.

Je tends souvent la perche, et souvent on la saisit et je suis contente.

Moi : Ça prouve bien qu'il peut exister une relation de confiance aussi rapidement avec les patients.

F: Et puis justement, le fait d'avoir un remplaçant et non pas le médecin habituel, j'ai l'impression que des fois les patients se lâchent un petit peu plus.

Je ne comprends pas toujours le mécanisme mais par exemple : « - Ça, docteur, j'en ai jamais parlé avec mon médecin mais puisque vous me le demandez... ».

Encore une fois je suis une femme, peut-être que les femmes me parlent plus facilement de leur sexualité qu'avec un médecin homme.

Moi : Donc c'est surtout les femmes qui te parlent de sexualité ? Ou il y a aussi des hommes ?

F: Je pense que les hommes sont un peu plus gênés, d'ailleurs moi je suis d'ailleurs un peu plus gênée aussi. Je m'y connais un petit peu moins en sexualité masculine.

Quand je compare la gêne que j'ai pu ressentir avec des patients entre les hommes et les femmes, ce sont les hommes qui sont le plus gênés de me parler de leur sexualité que les femmes.

Mais ça peut m'arriver aussi d'avoir des conversations tout-à-fait décomplexées.

Moi : Dans quel contexte, pourrais-tu aborder la discussion sur la sexualité ?

F: Avec les femmes, c'est facile. C'est tout ce qui concerne la contraception.

Il y a souvent des problèmes gynéco.

A chaque problème gynéco, viens facilement la question de savoir comment ça se passe pendant les rapports sexuels. A partir de cette question, j'arrive à creuser un petit peu.

Chez les hommes, c'est vrai que j'en parle moins. C'est souvent eux qui m'en parlent parce que ça marche moins bien.

Moi : Ils viennent pour des troubles érectiles ?

F : Des troubles érectiles ou des problèmes d'éjaculation précoce.

Je pense que les hommes sont un peu plus timides là-dessus. Quand on touche à la virilité, on est un peu plus gêné pour en parler.

Et puis aussi, on ne demande pas aux hommes d'aller chez le gynéco tous les ans. C'est un peu moins normal pour un homme de parler de sa sexualité, de ses organes génitaux qu'une femme.

Moi : Est-ce que tu penses que c'est plus facile en tant que remplaçant de parler de sexualité plutôt qu'avec un installé ?

F : Je n'ai jamais été installée, donc je vais avoir du mal à comparer.

Maintenant je ne sais pas si c'est un histoire de remplaçant ou d'installé, c'est peut-être plus une histoire de personnalité du médecin, de la relation avec les patients.

Après au niveau du confort du patient, il sera peut-être moins à l'aise de discuter avec quelqu'un qu'il a moins souvent vu.

Et comme c'est une question qui touche à l'intime, je pense que de la part des patients, il y a une différence, dans un sens ou dans l'autre.

6) *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

F : La plupart du temps, c'est quand un patient me demande un dépistage. J'ai quand même pas mal de patients qui me le demandent.

Sinon il y a quand même pas mal de conduites à risque, le préservatif je pense qu'il a été complètement oublié chez les jeunes ou chez les « vieux ».

Un soixantenaire, à La Réunion, avait un problème de zizi. J'ai été amenée à lui demander d'un point de vue sexuel, comment ça se passait et il m'expliquait qu'il avait des partenaires à droite et à gauche. Je lui ai demandé s'il utilisait le préservatif et il me dit : « - Non, j'ai 60 ans, c'est un truc de jeune », j'ai été assez estomaquée.

J'ai essayé de lui faire comprendre que les virus ne demandaient pas la carte d'identité avant d'infester.

Moi : En fait, c'est une notion intéressante. Car on pense peut-être encore que ce sont des pathologies de jeunes et on ne pense pas forcément aux plus anciens.

F : Moi j'ai été biberonnée à ça, en sachant ce que c'était le SIDA et comment on peut l'éviter. A l'époque, c'était quand même l'image des jeunes, si possible homosexuels et/ou toxicomanes.

Je pense que nos aînés dans les années 80 pouvaient ne pas se reconnaître.

Peut-être que ce monsieur là était resté sur ce modèle du patient séropositif.

Je pense qu'il faut faire attention aussi à nos aînés, ils ne sont pas plus responsables que nos cadets.

Méfions nous des « vieux » (*rires...*).

Moi : Super, je n'y avais jamais pensé. Et dans quel contexte, pour quels motifs de consultation proposes-tu un dépistage ?

F : Pour un renouvellement de pilule.

Lorsque je fais mon dépistage des maladies en rapport avec des facteurs de risque cardiovasculaire. Quitte à

faire une prise de sang, je propose assez facilement le dépistage des IST. Et la plupart du temps : « - Bah oui, je n'y avais pas pensé mais pourquoi pas », les patients n'y sont pas opposés du tout.

Quand je sais qu'il y a eu des rapports non protégés, ce n'est pas forcément à l'occasion d'un frottis, mais je demande facilement si les rapports sont protégés et si ce n'est pas le cas, je propose un dépistage.

Chez les voyageurs aussi, j'aime bien demander facilement. Et je fais bien de demander. Oui c'est les vacances, on prend des risques.

Moi : Quels sont les facteurs qui te freinent à proposer un dépistage ?

F : C'est parce qu'on ne peut pas le proposer à chaque consultation, on ne peut pas parler de tout à chaque consultation.

Après je pense qu'il faut s'orienter en fonction de la demande et du contexte.

Moi en tant que remplaçant, je ne peux pas le faire systématiquement. Même si dans l'idéal, il faudrait que je sache si chaque patient fume, boit, baise sans capotes. Je sais que je ne peux pas tout faire et ce n'est pas mon rôle en tant que remplaçant de vouloir tout solutionner d'un coup et tout dépister d'un coup.

Je pense qu'il faut que je continue à le faire au cas par cas, en le faisant le plus souvent possible.

7) Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST.

Discussion autour de l'homosexualité, de la nécessité ou non de considérer les homosexuels comme des sujets à risque.

F : Quand je propose un dépistage, je ne demande pas à chaque fois les *chlamydiae*, le gonocoque non plus. En gros je demande VIH, hépatites B et C, syphilis.

La *chlamydia*, je demande par contre facilement chez des femmes qui ont des soucis gynéco, mais je devrais faire peut-être plus systématiquement.

Le gonocoque, non. Je demande quand il y a des symptômes.

Moi : Proposerais-tu à un patient qui a eu un rapport à risque, *chlamydia* et gonocoque ?

F : Pas systématiquement. Gonocoque, dans ma tête, c'est un peu plus parlant. Je pense que les gens consulteraient pour ça.

Chlamydia c'est vrai que c'est un peu plus sourd, surtout chez les femmes. Je devrais peut-être m'y mettre.

Ce qui m'embête, c'est que ce n'est pas le même prélèvement. C'est un prélèvement vaginal, c'est un peu moins pratique.

Il me semble qu'il existe une sérologie sanguine mais ce n'est pas dans les recommandations.

Moi : Il y a 50% de cas asymptomatiques. La sérologie est surtout faite pour les lésions extra-génitales du *chlamydia* et peut-être chez les femmes enceintes. On peut faire la sérologie mais le patient ne sera pas remboursé.

Discussion sur le prélèvement auto-vaginal et la PCR chlamydia sur urines.

Discussion sur la nécessité de dépister gonocoque.

F: J'ai vu un patient qui avait la syphilis. C'était un monsieur de plus de 60 ans, en plein changement de vie et en épanouissement sexuel.

Moi : C'est vrai qu'il faut y penser aux relations sexuels des seniors.

F: Je pense que les patients qui viennent pour des dysfonctions érectiles, il faut leur proposer le dépistage des IST.

Moi : Complètement et aussi en parler aux femmes ménopausées.

F: Chez les jeunes de 15 à 25 ans, ils s'en foutent du préservatif.
Ils le voient encore comme un moyen de contraception.
Sinon j'ai l'impression que c'est complètement passé à l'as.

J'en discutais avec une amie prof de ça : il n'y a plus de distributeurs de préservatifs dans les lycées.
Avoir des capotes en libre accès, je pense que c'est important.

J'ai l'impression qu'on a eu un discours décomplexé dans les années 80 : le préservatif, c'est utile, c'est facile.
Au lycée, on nous a montré comment mettre un préservatif.
Si on n'en trouve plus au lycée, où est-ce qu'on en trouve ?

Discussion sur les préservatifs donnés gratuitement.

F: La prévention des ados, elle n'est peut-être plus aussi marquée qu'à notre époque.

Moi : D'accord. Est-ce que tu connaissais les recommandations ?

F: Je suis déjà tombée dessus, mais après les connaître de tête non.

Moi : Comment as-tu été informée ?

F: J'ai du refaire des recherches, à un moment où j'ai été confrontée à demander un dépistage. Je vais régulièrement sur le site de l'INPES.

Moi : Tu fais donc une formation continue.

F: En formation continue, pas si facile que ça.

En tant que remplaçants, on est pas souvent appelés.

Les seules personnes qui nous proposent des formations, ce sont des laboratoires. Donc c'est bien mais j'aimerais bien qu'on me propose de temps en temps une formation officielle, juste entre pairs, et complètement indépendante des laboratoires.

Même si j'ai déjà eu de bonnes formations, sans ce que ce soit du bourrage de crâne pour leurs produits.

C'est assez regrettable qu'on ne soit pas plus souvent convié à des formations officielles, alors qu'on a nos coordonnées.

Moi : Je n'ai pas réussi à obtenir les coordonnées des remplaçants via le conseil de l'Ordre, mais ils m'ont dit qu'ils ne les avaient pas. M'ont-ils menti ? Apparemment c'est pas si bien inscrit que ça.
Je ne sais pas.

F: Récemment on voulait s'inscrire à une formation indépendante, FMC Action. Je voulais participer et je n'ai pas pu parce qu'en tant que remplaçant, la formation ne pouvait pas être prise en charge. Il fallait que FMC Action se fasse indemniser pour ma présence à la formation et en tant que remplaçant thésé, je ne sais pas c'était le bordel.

Moi : Penses-tu que les nouvelles recommandations sont réalisables, qu'en penses tu ?

F: Que dépister une fois dans sa vie, tous les patients de 15 à 70 ans. Moi je pense que c'est possible, on le fait bien pour d'autres choses.

Ça ne reste qu'une prise de sang voire un prélèvement d'urine pour *chlamydia*.

Je pense qu'il faut aussi multiplier les campagnes de prévention, au niveau nationales. Remettre des affiches : « Qu'est ce qu'une IST ? ».

Je me demande à La Réunion si il y en avait pas un peu plus. Lorsque j'allais dans les toilettes des bars, je voyais des affiches sur les IST.

Je ne suis pas sûre d'en avoir vu dans les bars sur Amiens.

Il faudrait des campagnes à la télé. Que l'on redécouvre la capote, c'est quand même simple de se protéger. Et si on pouvait baisser le prix des préservatifs voire les donner gratuitement.

Moi : As-tu d'autres sujets dont tu voudrais parler ?

F: Non. Penser à dépister les jeunes et les « vieux ».

VERBATIM GWENDOLINE

Durée de l'entretien : 20min15

Rappel du sujet

8) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

G: Sexe : Féminin

Age : 29 ans

Durée de remplacement : 2 ans et demi

Milieu : Semi-rural

Type de remplacement : Plusieurs cabinets différents, des jeunes médecins hommes et femmes entre 30 et 40 ans, seul ou en groupe

Projet d'installation : Pas envie de s'installer pour l'instant, faire plusieurs remplacements pour se sentir plus prête

3. *Moi* : D'après ton expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention, d'une manière générale ?

G: En tant que médecin remplaçant ou non remplaçant, la prévention ça fait parti de la médecine générale pour moi, donc en tant que remplaçant on doit y participer.

Moi j'aime bien, du coup j'essaye d'y penser quand je vois les gens d'une manière générale : quelqu'un de 45 ans qui est en surpoids, qui fume, qui n'a jamais eu de bilan sanguin, je vais lui faire un petit bilan pour vérifier qu'il n'y a pas de cholestérol, de problèmes artériels.

De base oui c'est ce que l'on fait, après ça dépend si on a le temps ou pas.

Moi : Donc toi, c'est accès surtout sur une prise de sang, que tu proposes régulièrement ?

G: Il y a un peu de tout, par exemple dire aux gens qui fument, une petite phrase du genre :

« - Bon et si un jour vous voulez arrêter de fumer, vous pouvez passer me voir »

Il n'y a pas forcément que les prises de sang, il faut regarder les dents et dire d'aller voir le dentiste.

C'est un peu difficile de penser à tout, parfois l'ostéoporose j'y pense, et parfois j'y pense pas alors que ça doit

être général.

5. *Moi* : Quelle est ta formation sur les infections sexuellement transmissibles ?

G: Ola, il y avait l'item à l' ECN donc du coup je connais cet item là.

Après j'ai assisté une fois à une formation sur les MST, parce que c'était intéressant.

Mais après je n'ai pas eu plus de formation que ça.

Moi : Et lors de cette formation, qu'as-tu pu en retenir ?

G: Quand ça ne ressemble à rien, c'est la syphilis (*pires...*).

Après c'est vrai que c'était fait par des infectiologues mais c'était assez adapté à la médecine générale, donc ils n'ont pas parlé de mettre tel traitement pour le VIH mais c'est vrai qu'ils parlaient vraiment du dépistage. Leur mot d'ordre était de parler de la syphilis.

Moi : Ça a changé ta prise en charge vis-à-vis des IST ?

G : Non pas vraiment, disons que ça n'a pas vraiment changé . Sur la formation, je me rappelle plus des traitements et du réseau avec lequel on pouvait adresser tel ou tel patient, ils ne parlaient pas trop du dépistage .

Les *Chlamydiae* et les gonocoques c'est facile à traiter, du coup ils parlaient plutôt du VIH, des hépatites avec les nouveaux traitements.

Une hépatite B ou C, je ne vais pas la prendre en charge une fois qu'elle est détectée, je vais plutôt l'envoyer chez un spécialiste.

5. *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles et plus précisément le VIH, qu'est ce que ça t'évoque ?

G: Pour moi c'est vraiment du dépistage et de la prévention.

Penser à le proposer aux gens de temps en temps.

Parfois lorsque les gens viennent parce qu'ils se posent des questions, ils ont eu un rapport non protégé, y penser, déjà faire toutes les prises de sang, parfois je vois des médecins qui n'ont prescrit que le VIH, le VIH c'est bien mais il reste les hépatites, le *gonocoque*. C'est bien de tout faire d'un coup je trouve.

Et parfois y penser lorsque les gens viennent pour autre chose, une fois j'ai entendu dire que quelqu'un le proposait aux gens « jeunes » qui venaient pour un certificat pour le sport, je me disais que c' était une bonne idée de le proposer à ce moment là.

Moi : Très bien

G: Après je trouve aussi qu'on y pense surtout pour les jeunes mais pas assez pour les personnes âgées.

C'est peut-être plus tabou d'en parler à des personnes âgées parce que, mon dieu, elles ont des rapports sexuels aussi (*ironie*)et peut-être qu'elles ne se protègent pas et je pense que je n'y pense pas assez avec les personnes âgées.

Moi : Pour toi, les personnes âgées correspondent à quel âge, forcément vis-à-vis des IST ?

G: Je dirais vis-à-vis des IST, c'est un peu plus délicat d'en parler donc après 55-60 ans.

Moi : D'accord, que penses-tu de la gravité de la maladie ?

G: Après *Chlamydia*, gonocoque et bien on la traite.

Après pour les IST qui deviennent une maladie chronique comme le VIH ou l'hépatite C, ce n'est pas tant la

gravité de la maladie à laquelle je pense mais c'est plus la gêne quotidienne pour les gens parce que parfois ce sont des personnes jeunes, on leur dit tout d'un coup qu'elles ont une maladie chronique alors qu'elles sont jeunes.

Qu'elles vont devoir prendre des traitements tous les jours, qu'elles devront passer chez le médecin régulièrement pour faire des bilans, qu'elles vont devoir faire attention à leur usage, par exemple ne pas partager sa brosse à dent.

En plus pour des gens jeunes, se protéger tout le temps pour protéger les autres. Du coup ça leur met tout de suite une sorte de responsabilité sur les épaules, de ne pas diffuser la maladie qu'ils ont attrapé.

Les préservatifs, même si il existe des campagnes de pub, c'est toujours gênant lorsqu'on ne connaît pas trop les gens.

Même pour un jeune qui se met en couple avec quelqu'un, ça doit être difficile, si il veut construire quelque chose de sérieux, de dire qu'il a une hépatite C et qu'il faut se protéger.

Je pense plus à la vie quotidienne qui change et qui donne une espèce de petit couperet au-dessus de sa tête plutôt que à la gravité de la maladie.

Moi : Penses-tu qu'il existe une évolution du regard de ces maladies chroniques ?

G: Je ne sais pas, j'avoue que je vois très rarement des gens sont séropositifs au niveau du VIH ou d'hépatite C, j'en vois vraiment peu .

Je pense que deux ans de remplacement, ce n'est pas assez.

8) *Moi* : On va parler de sexualité avec les patients, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

G: Si le patient aborde la question, il pose une question directe là dessus : j'en parle, il n'y a pas de problème. Comme la sexualité reste un sujet un peu tabou, quand je sens qu'il y a peut-être quelque chose là dessus j'essaye un peu de tendre des perches ou par exemple de placer le mot sexe ou rapports sexuels, je le place dans une phrase et je vois ce que ça donne. Si la personne n'a pas envie d'en parler ou autre chose, bon bah c'est tout on reste là dessus. Par contre si elle a lâché le mot rapports sexuels, et qu'elle en parle, moi il n'y a pas de soucis pour en parler. Je n'ai pas l'impression d'avoir des soucis pour en parler.

Par contre j'évoquerais peut-être moins l'histoire des rapports sexuels par exemple pour les personnes qui ont plus de 60-70 ans, parce que j'y pense moins et parce qu'une personne âgée, il y a tellement plus de choses à se rappeler.

Moi : Penses-tu que parler de sexualité est plus facile pour toi et pour les patients de parler de sexualité ou est-ce plus facile avec le médecin traitant installé ?

G: Je pense qu'il y a les deux.

Moi je suis une femme, je suis jeune. Je pense que certains hommes auraient plus de difficultés d'aborder ça avec moi parce que je suis une femme.

Certains patients qui ont vraiment une bonne relation avec leur médecin traitant, ils vont peut-être avoir plus envie d'en parler avec leur médecin traitant puisqu'ils pourront en reparler par la suite alors que moi je suis là qu'une fois ou deux.

Moi : Oui, d'accord.

G: Mais après on se rend compte aussi que comme le rapport sexuel est quelque chose d'un peu tabou, comme on est médecin remplaçant et qu'on est là une fois ou deux, parfois c'est le moment où ils en profitent.

Je me rappelle d'une ou deux consultations, où je sais que le thème a été abordé.

J'avais abordé la question, c'était une femme qui venait pour tout autre chose et j'avais le temps, on s'est rendu compte qu'elle n'avait pas de rapports sexuels depuis trois ans parce qu'elle a eu un traumatisme avec un gynécologue. Elle avait jamais osé aborder cela avec son médecin traitant parce qu'elle parlait d'autres choses avec lui et finalement elle s'est mise à pleurer, ça n'allait pas du tout. Donc je pense que le fait que je sois là, ça a permis d'aborder ça.

Et une autre fois, une autre femme un peu jeune, à priori elle avait une infection sexuellement transmissible comme *Chlamydia* ou gonocoque. Je voyais qu'elle n'était pas à l'aise, qu'elle était toute rouge et à partir du moment où j'ai demandé si elle avait eu des rapports non protégés, elle m'a dit oui mais elle était mariée et elle avait eu un rapport avec quelqu'un d'autre.

Son médecin le connaissait, elle m'a bien demandé si j'allais le dire au docteur. Elle a dit que jamais elle aurait abordé ça avec son médecin traitant parce que c'est son médecin qu'elle connaît depuis toute petite et ça serait avouer qu'elle a eu un adultère à son médecin traitant.

Moi : Cette patiente a-t-elle demandé de ne pas mettre dans le dossier ?

G : Oui, elle m'a demandé si ça allait être marqué dans le dossier. Je remplaçais un médecin avec un dossier informatique qui mettait vraiment des mots à chaque fois donc moi je lui ai dit que dessus je marquerai que je lui fais un dépistage global avec IST, donc je n'ai pas marqué que je le faisais car je recherchais spécifiquement les IST mais que je le faisais dans le cadre d'un dépistage global. A ce moment là, j'étais en stage de SASPAS, il allait se terminer mais je savais qu'une autre interne allait venir la semaine d'après, je lui ai dit quel jour elle y était pour que la patiente vienne avec ses résultats. Elle n'était pas obligée de revoir son médecin traitant.

6) *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

G : Au niveau de la prévention, j'en parle souvent lors des consultations pour les pilules chez les jeunes filles. C'est vrai qu'au niveau prévention je parle pas souvent de préservatifs aux patients, ils me posent des questions je leur réponds mais je n'aborde pas comme ça.

Au niveau du dépistage, parfois les gens demandent un petit bilan pour savoir comment ils vont, en fonction de si c'est justifié ou pas, je propose de le faire en même temps.

Moi : C'est-à-dire si c'est justifié ?

G : Bah par exemple un homme de 30 ans qui veut une prise de sang tous les ans, bon pour moi ce n'est pas utile. Par contre je peux proposer de faire les IST si jamais il veut en parler ou pas.

Moi : Donc c'est-à-dire pour un homme de 30 ans, lorsqu'il souhaite faire un bilan de dépistage classique, tu attends que ce soit lui qui te parle d'IST ?

G : Ça dépend des consultations. Soit les gens en parlent un peu des IST et là je le propose systématiquement, soit les gens n'en parlent pas et ça dépend de la consultation, si j'ai beaucoup de choses à faire, oui je ne vais pas y penser c'est sûr.

Après si c'est une consultation, où les gens viennent faire le point, par exemple pour voir leur traitement et que j'ai le temps, j'y pense et je peux le proposer. Il faut avoir le temps d'y penser.

Moi : D'accord, tu abordes donc surtout lors d'un renouvellement de pilule, de contraception.

G : Pour la prévention oui.

Mais plutôt chez les jeunes filles auxquelles on met des nouvelles pilules, je pense à dire que attention ça protège de la grossesse mais ça ne protège pas contre les IST parce qu'on sait que parfois les gens pensent que ce n'est pas tout à fait pareil.

Mais c'est vrai qu'au niveau prévention, l'usage du préservatifs je n'en parle pas spontanément sans la demande de la part du patient.

Moi : As-tu déjà eu le cas où des patients ont demandé spontanément de faire un bilan d'IST ?

G : Ça m'est déjà arrivé, pas tant que ça, oui c'est vrai que ça ne m'arrive pas souvent (*surprise*). Peut-être une fois tous les trois ou quatre mois.

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST

5. *Moi* : Connais-tu ces recommandations ?

G : Non

Moi : Qu'en penses-tu ?

G : Pour le tableau, c'est marqué quelle personne dépister en fonction des risques, moi je trouve que quand on recherche une IST, il faut toutes les rechercher.

Mais c'est bien pour connaître quel examen faut il faire, par exemple moi pour les *Chlamydiae* je fais la PCR sur les urines.

Après sur les bases, nous expliquer qu'il faut proposer le dépistage, je trouve que ça a peut près ce que j'avais en tête : proposer de temps en temps aux gens si on y pense, proposer un peu plus aux gens à risque, par exemple les usagers de drogue ou les personnes en situation de prostitution mais ça ne m'est pas encore arrivé.

Moi : Penses-tu que ça va changer quelque chose pour toi maintenant que tu les connais ?

G : Pour moi, ces recommandations là c'est déjà ce que j'avais en tête.

Après c'est un peu comme toute formation que l'on a comme par exemple sur les IST, pendant une certaine période on va penser plus souvent à dépister les IST et après ça va repartir petit à petit.

Mais je ne pense pas que ça va changer ma pratique car ça colle déjà avec ce que je fais.

8) *Moi* : As-tu des questions, des commentaires, des choses que tu voulais aborder ?

G : (*silence*) Non

VERBATIM JACQUES

Durée de l'entretien : 38min18

Rappel du sujet

5) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

J: Sexe : Masculin

Age : ans

Durée de remplacement : 8 ans

Milieu : Urbain, agglomération lilloise (59)

Type de remplacement : Principalement dans 2 cabinets. Remplacement de 6 mois consécutif

Projet d'installation : Thésé depuis 5 ans, attestation médecine du sport et pédiatrie. Continuer les remplacements (moins de charges administratives), s'orienter vers la crèche d'entreprise et projet médecin généraliste d'entreprise.

6. *Moi* : D'après ton expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention, d'une manière générale ?

J: Je pense qu'on a un grand rôle quand même.

Parce qu'on a notre regard sur le patient.

Ça nous permet effectivement de ne pas parler nécessairement de l'histoire du patient, des fois, mais de faire le point sur les vaccinations, sur les dépistages en général.

La routine fait que le médecin (*a autre chose à penser*).

Les logiciels commencent à nous aider, nous permettent de se rappeler de certaines choses.

Je pense qu'on a eu une formation un peu plus récente, notamment d'un point de vue vaccinal.

Je pense au vaccin du Zona. Je n'ai jamais vu d'anciens médecins, de plus de 65 ans, proposer ce vaccin.

Moi, ça me permet d'en reparler, de l'évoquer et après ils peuvent voir avec leur médecin. Je le prescris si ils le souhaitent.

Je pense qu'on a vraiment un grand rôle dans le dépistage et la prévention parce que ce ne sont pas des choses que l'on peut faire dans une consultation unique :

L'activité (*des médecins installés*) est de plus en plus dense. Je pense qu'en tant que remplaçant, on a quand même une activité un peu en dessous. Du coup on a un peu plus de temps pour parler de ces choses là avec le patient.

Après ça dépend des périodes de l'année.

Et puis je pense que rien le fait que ce soit le remplaçant, même si je m'entends bien avec la plupart des patients, certains patients voudront voir leur médecin.

Et puis, moi j'ai cette pratique là de ne pas forcément dire au secrétaire de remplir les trous pour voir des patients. Je préfère avoir 20 minutes avec un patient que le quart d'heure initialement prévu si j'ai un trou derrière.

Ce que j'aime bien avec les médecins que je remplace, c'est qu'il y ait une continuité.

Et qu'ils peuvent me parler de certaines choses qu'ils ne parlent pas ou n'ont pas de le temps de parler avec leur médecin. De ce point de vue là, j'ai un rôle en tant que remplaçant.

6. *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

J: Ma formation ... personnelle (*rires...*). Et puis ma formation universitaire.

J'ai assisté à quelques FMC sur les IST, sur les nouvelles recommandations de traitement...

Je n'ai pas choisi une formation spécifique là dessus, j'ai eu quelques petits topos.

Après ce sont mes restes universitaires et mes recherches sur internet sur les nouvelles recommandations.

Moi : Tu n'as pas réalisé de stages pendant l'externat ou l'internat qui t'auraient permis d'aborder les IST ?

J : Non, mise à part peut-être aux urgences où je l'évoquais un peu plus souvent.

Moi : Par rapport aux FMC, est-ce que tu te souviens d'avoir assisté à une FMC centrée sur le dépistage des IST ?

J : Je crois qu'on avait fait une FMC sur les lésions dermatologiques des IST. Et du coup on a abordé les recommandations de traitement initial.

4) *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles et plus précisément le VIH, qu'est ce que ça t'évoque ?

J : La prévention, c'est ce qu'il faut amener pour en voir le moins possible et pour pouvoir en discuter avec les patients.

Que ce n'est pas que le VIH, qu'il y en a beaucoup d'autres. Chaque mode d'entrée est l'occasion de parler et de dépister autres choses.

Je pense que c'est en forte augmentation. C'est un problème de santé publique, parce que c'est souvent caché et que donc justement ça se propage.

Les traitements ne sont pas faits ou mal faits.

Moi : Et au niveau traitements ?

J : Je ne suis pas calé du tout.

On a un grand centre VIH à Tourcoing (*département 59*) qui prend très bien en charge les patients. Les patients que je vois et qui sont suivis là-bas ne me parlent jamais de VIH.

Dans les autres traitements d' IST : *Chlamydia* gonocoque et les mycoplasmes, je me sers beaucoup du site Antibioclic avec les recommandations sur les traitements.

J'essaye de les revoir à J3 et éventuellement à J7 pour voir si ça a bien été fait.

Moi : Oui je crois qu'il commence à exister quelques résistances. On sera peut-être amener par la suite à les revoir systématiquement. Et vis-à-vis de la société, quel regard a-t-elle ?

J : Je pense que c'est un peu mal perçu. Si quelqu'un a une IST quel qu'elle soit, ça leur fait peur.

Il y a toujours un regard sur le VIH qui fait encore peur, qui ne déclenche pas forcément un accroissement de la prévention mais beaucoup d'interrogations.

Je peux en revoir une ou deux fois, et donc ils ne se sont pas forcément protégés à chaque fois.

Moi : Ce n'est pas parce qu'il a eu un rapport non protégé, qu'il a eu peur.

J : Après ça déclenche pas mal d'interrogations dans le couple. Je pense aussi que c'est ça qui est difficile. Il y a tout de suite des arrières pensées de tromperie, c'est psychologiquement plus difficile à traiter que le côté purement médical.

Moi : Difficile pour toi et ou difficile pour les patients ?

J: C'est plus la notion de couple.

Même si on explique que ça peut s'attraper autrement, qu'il était peut-être porteur sain et qu'il n'y a pas eu forcément tromperie : il y a toujours un peu de suspicion qui peut se créer.

6. *Moi :* Parler de dépistage d' IST nous amène à parler de sexualité, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

J: Notre rôle de remplaçant est quand même assez facile sur ce point de vue là. On peut avoir un discours relativement libéré sur les pratiques sexuelles.

Globalement ça se passe bien, il n'y a pas de tabou. On peut parler avec toutes les formes de relation, il n'y a pas de soucis.

Moi : D'accord. Envers les patients il n'y a pas de tabou. Y a t il des abords spontanés de sexualité ou c'est toi qui aborde le sujet ?

J: On peut m'en parler de temps en temps.

Certains patients m'en parlent mais souvent c'est moi qui aborde la question.

Moi : Pourrais-tu identifier dans quelle situation tu arrives à parler de sexualité ?

J: Principalement les symptômes d'urétrite où l'on évoque la sexualité.

On débouche sur les IST au sens large avec un examen un peu plus général.

On parle de prévention, de mode de rapport.

Moi : Donc plutôt quand c'est symptomatique ?

J: Oui c'est plutôt symptomatique.

Moi : Y a-t-il des situations asymptomatiques ?

J: J'en parle de temps en temps pendant l'initiation de la contraception. J'aime bien, en tant que remplaçant, quand j'ai du temps, lors d'un renouvellement de contraception pouvoir aborder le sujet. Sur l'orientation prévention : les moyens de contraception.

Je ne fais pas trop de gynécologie, donc je n'ai pas le moyen d'en parler. J'en fais que dans l'urgence, ce n'est pas forcément le moment d'en parler.

Moi : Chez les garçons, ça t'arrive de parler de sexualité ?

J: Non, ça m'arrive très rarement.

Sauf chez les homosexuels où je vais en parler un peu plus mais il faut qu'ils aient abordé le sujet derrière. Mais souvent dans cette population, c'est un mode d'entrée initial.

Moi : Tu as quand même une expérience d'une semi-installation, est-ce que pendant ces mois tu as eu l'occasion d'apprendre un peu plus les gens et surtout au niveau de leur sexualité, de leurs pratiques. Posais-tu des questions ?

J: Finalement 6 mois c'est pas long. Au début j'ai vu des patients homosexuels pour des symptomatologies d'urétrite. Je ne les ai pas revus, on n'a pas abordé.

Là ce n'est pas un mode d'entrée prévention, c'est vraiment traiter l'infection et puis voilà.

Après je n'ai pas eu l'occasion d'aborder la prévention même chez des personnes qui m'avaient dit qu'ils étaient homosexuels.

Moi : Penses-tu que c'est plus facile de parler de sexualité avec les patients en tant que remplaçant ou médecin installé ?

J : Je pense que c'est plus facile en tant que remplaçant.
Et d'ailleurs c'est le patient qui peut facilement aborder le sujet.

Je fais un petit parallèle sur les dysfonctions érectiles. J'aborde beaucoup de gens un peu plus âgés sous bêta-bloquant par exemple.

Moi : C'est donc toi qui en parle ?

J : Oui tout-à-fait et des fois on m'en parle. Régulièrement : « - Tiens au fait, vous êtes remplaçant ... ». C'est l'occasion d'en parler.

9) *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

J : Ça m'est demandé régulièrement.
Des gens qui sont en couple depuis un certain temps, qui vont me demander un bilan de dépistage d' IST.

Je le fais à chaque fois que j'ai une suspicion d'infection sexuellement transmissible. Je dis au patient qu'on va essayer d'étayer le diagnostic en faisant une analyse d'urine ou une prise de sang.
En même temps on fait le bilan d' IST général.

Après je peux l'aborder régulièrement chez des gens jeunes qui font une prise de sang pour une autre raison.
Je propose régulièrement la sérologie VIH.

Moi : Quelque soit le motif de consultation ? Même si il n'y a aucun rapport ?

J : Si la personne fait régulièrement des prises de sang, je ne le fais pas forcément.
Ou alors je regarde quand ça a été fait.
C'est vrai que les gens, entre 20 et 30 ans, ne font pas forcément une prise de sang régulière.
On aborde un peu la sexualité à ce moment là, si ils ont des relations et du coup je leur propose le dépistage.

Moi : Donc tu leur demandes si ils ont des rapports ?

J : Voilà, si ils sont en couple, si ils ont des relations protégées. Si ils souhaitent avoir un dépistage VIH ou si ils l'ont déjà fait ailleurs, dans un CDAG ou aux urgences.
Je fais un dépistage plus systématique, au moins pour le VIH.

Je repose la question de vaccination de l'hépatite B.

Ou alors lors de la prescription de la sérologie de l'hépatite B pour les personnes voulant avoir un poste dans une profession médicale, je propose une sérologie VIH.

Je ne fais pas toutes les IST. Si il n'est pas systématique, je ne vais pas faire systématiquement un dépistage des *Chlamydiae*.

Moi : Sais-tu pourquoi ?

J : Parce que ... en fait je ne sais pas pourquoi je ne le propose pas (*rires...*).
C'est une sérologie, ils vont faire leur prise de sang pour autre chose et ils n'ont pas d'analyse d'urine particulière à faire.

Et puis si ils ne sont pas symptomatiques ou si il n'y a pas de rapports à risque.

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST
Reprise discussion à 31min10

4. *Moi* : Connais-tu ces recommandations ?

J : Celles-là non. Je n'en avais pas entendu parlé.

Moi : Tu les reçois les recommandations officielles ?

J : Je ne sais pas. Il y a des trucs que je reçois et je ne sais pas pourquoi certaines non.

A mon domicile, c'est hyper compliqué. Ça m'arrive dans certains cabinets médicaux que j'en reçoive à mon nom.

L'INPES, ils ne nous connaissent pas en tant que remplaçant.

Moi : Qu'en penses-tu ?

J : C'est très bien. Ça permet de remettre au clair et d'aborder le sujet vu le nombre de personnes qui s'ignorent.

Moi : Penses-tu que c'est réalisable ?

J : Oui, complètement. C'est complètement réalisable.

Moi : Penses-tu que ça soit facile pour toi ?

J : Oui. J'ai juste habituellement des difficultés avec les mineurs.
C'est un frein pour parler de ces choses là parce qu'ils viennent souvent sans leur parent.
Et ça dépend de la maturité de la personne, ce n'est pas pris correctement.

C'est le seul frein dans ma pratique qui me pose problème, après pour aborder tout ça il n'y a pas de soucis.

Moi : Oui vraiment les mineurs filles.

J : Oui, 16-18 ans.

Si elles reviennent pour leur renouvellement de pilule avec leur parent : j'ai toujours un peu de mal à aborder parce que je ne connais pas leur vie.

Ce sont peut-être des choses un peu tabou dans la vie familiale, et si elles viennent pour un renouvellement de pilule je ne vais pas l'aborder en tant que remplaçant.

Après si le médecin titulaire connaît la famille, il saura qu'il peut l'aborder.

Moi : Après si c'est une famille où ça restera tabou quoiqu'il arrive, penses-tu qu'être remplaçant ou installé change quelque chose ?

J : Non.

Moi j'aime bien, avec les jeunes filles mineurs, qu'il y ait toujours un témoin pour l'examen. Je n'ai pas tendance à faire sortir les parents. C'est vrai qu'en présence de la mère, je ne vais pas forcément l'aborder.

Le médecin qui connaît la situation peut peut-être demander à faire sortir la mère et aborder. Mais je pense que ça doit rester quand même compliqué.

Moi : Super. As-tu d'autres sujets, que l'on a pas abordé, que tu voudrais discuter ?

J : Je pense qu'il y a aussi une information à faire auprès du public, notamment sur le dépistage et aussi sur la

prise en charge du recours aux urgences.

Ça m'arrive souvent de voir des gens qui ont eu le préservatif rompu lors d'un rapport et qui ne n'ont pas su la prise en charge, avec l'instauration rapide du traitement.

Moi : Plutôt dans des campagnes ?

J: Oui des campagnes d'information.

VERBATIM JEROME

Durée de l'entretien : 55min16

Rappel du sujet

6) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

J: Sexe : Masculin

Age : 33 ans

Durée de remplacement : 4 ans

Type de remplacement : Principalement 3 cabinets semi-ruraux (Corbie et Abbeville)

Projet d'installation : Envie de continuer les remplacements tant qu'il est célibataire et qu'il ne sait pas exactement où s'installer (Picardie, Haute-Savoie)

7. *Moi* : D'après ton expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention, d'une manière générale ?

J: Je pense qu'en médecine générale le dépistage et la prévention, ça fait parti de notre boulot.

Ce sont des choses que je fais souvent.

D'ailleurs ça m'énerve les gens qui me demandent des certificats de sport sans que je les vois. En tant que remplaçant, je ne les connais pas et ils ne se rendent pas compte de l'importance de les voir pour parler de dépistage et de prévention. Mais je conçois que le médecin installé fasse.

Mais pour moi, cette consultation est hyper importante car c'est le moment de poser plein de questions à propos des dépistages, du tabac, de l'alcool, des vaccins, de la vue ... Tout quoi.

Malheureusement, des fois, on n'a pas le temps de le faire. Des consultations comme celles-ci, type certificat médical, je fais tout à propos du dépistage et de la prévention.

Je refuse de faire les certificats médicaux comme ça, par téléphone. Du coup les gens sont embêtés de venir pour ça car ils ne se rendent pas compte du rôle du médecin généraliste à ce niveau là. Pour eux ils ne sont pas malades.

Les gens à mon sens ne sont pas tout le temps intéressés. En tout cas, ils ne sont pas demandeurs.

Et quand tu développes un peu, là il y a des choses qui se déclenchent.

Je trouve que d'une façon générale, les gens viennent chez le médecin généraliste pour répondre à un questionnement : ils ont une angine, une gastro etc...

Ou ils viennent pour un dépistage d' IST mais ce sont eux qui font la démarche, et je ne suis pas certain qu'ils sont suffisamment sensibles de notre rôle.

Moi : Oui c'est sûr et ils ne sont pas forcément au courant non plus.

J: Oui probablement pas au courant non plus. Mais je pense qu'ils n'y pensent pas.

Même si il y a quand même pas mal de publicités qui sont faites dans les médias pour aller parler avec son médecin de tel ou tel problème.

On a l'impression que les gens pensent que ça ne sert à rien. (*Ça les gêne de*) payer 23 euros pour avoir juste du dépistage et de la prévention, ils viennent plus pour avoir un traitement et une ordonnance.

Peut-être qu'en état médecin aussi, on a du mal à terminer notre consultation juste sur un conseil.

En tout cas les gens ne viennent pas juste pour ça.

Moi : Par rapport aux IST, pour le coup, ce n'est pas vraiment valable car il y a une ordonnance à la clef. Penses-tu que c'est un peu à part par rapport aux conseils du tabac, alcool ou autre ?

J : Sur l'ordonnance, effectivement tu vas prescrire un bilan pour rechercher les IST.

Après je ne pense pas que ça soit différent d'un autre pôle de prévention.

Là où c'est peut-être différent, c'est dans la gêne occasionnée que ça peut provoquer du point de vue du patient.

Nous, on a quand même la chance en tant que remplaçant d'être confronté avec les gens qui nous parlent.

Il y a deux catégories de patient : une catégorie où les patients sont contents de voir le remplaçant parce que ça leur permet d'éviter de parler au médecin titulaire, de parler effectivement des dysfonctions érectiles, des IST, de choses un peu plus taboues.

Ils n'ont pas à avoir la même gêne qu'ils ont avec le titulaire.

Et en effet il y a aussi des patients qui boycottent le remplaçant parce qu'ils se sentent à l'aise uniquement avec le médecin titulaire. Ceux-là, on a plus du mal à les capter.

Mais en règle générale, j'ai quand même la chance de remplacer dans les mêmes cabinets. Donc les gens commencent à me connaître.

C'est vrai que sur les IST, je n'en ai pas énormément eu.

Mais par exemple, pour les dysfonctions érectiles, c'est hyper fréquent. Les gars viennent me voir, je pense préférentiellement par rapport à leur médecin. Ils me le disent d'ailleurs : « - Ah j'ai sauté sur l'occasion parce que c'était vous. »

J'ai été surpris car j'aurais pensé plutôt l'inverse : les patients allaient se tourner vers les patients titulaires pour parler de sujets tabous. Et en réalité non.

Ça a déclenché quelque chose en moi. De me dire que ton rôle est aussi là-dedans en tant que remplaçant donc vas-y.

Moi : Tu remplaces des médecins hommes ou femmes ?

J : Ce sont des hommes. Je n'ai pas fait ce choix.

Moi : Oui donc on ne peut pas dire parce que tu remplaces des femmes. C'est vraiment le statut du remplaçant qui fait.

J : Oui effectivement.

7. *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

J : La formation basique que l'on a eu pendant nos études.

Moi : Pas de formation continue, ni de stage où il y avait une population à risque ?

J : Non, je ne crois pas.

Je suis passé en urologie lorsque j'étais externe. Mais on était surtout sur des adénomes de prostate etc ...

Il y avait un docteur qui faisait de la sexologie, mais on n'était pas beaucoup avec lui.

Il a fait un cours d'ailleurs très froid, très carré. Le personnage ne collait pas trop avec le sujet. J'étais un peu frustré par ça, parce que je pense que c'est un sujet qui doit être au contraire banalisé. Et encore aujourd'hui, ça ne l'est pas.

Après ça dépend des gens, la personne que tu as en face : son âge, son sexe. Si tu es un homme ou une femme et que tu as en face un homme ou femme.

Je sais que je serais peut-être plus à l'aise de discuter d' IST avec un homme. Parce que je pense qu'on comprend mieux les gens de notre sexe, on arrive plus à se mettre à leur place. Et du coup, on arrive plus à orienter les questions, pour qu'ils se livrent sur peut-être quelque chose de stressant : un rapport à risque etc...

Et être un peu cash.

Je pense qu'il ne faut pas tourner autour du pot. Mettre les gens à l'aise, c'est aussi leur parler comme ils nous parlent.

Même dans le terme IST : « - Je vais vous faire un dépistage d' IST » franchement le mec ne va rien comprendre. Il faut lui demander de façon plus approfondie sur les rapports, les conditions dans laquelle ça s'est passé, pourquoi il n'a pas utilisé de préservatif.

Si c'est lui qui en fait la démarche, il arrive dans une angoisse. Donc à mon avis, il faut démystifier cette angoisse.

On a forcément des fois des appréhensions car on se dit qu'il s'est peut-être infesté, donc c'est pour ça que l'on fait l'ordonnance.

Moi : Donc tu n'as pas de tabou pour discuter d'un dépistage d' IST chez un homme ?

J: Non, je n'ai pas de tabou là dessus.

Moi : Petite expérience au niveau de ta formation, mais te semble-t-elle suffisante pour autant ?

J: Non, je pense qu'il y a moyen que l'on s'améliore.

On peut donner un message de prévention sur la transmission. On sait, par nos études, comment les maladies se transmettent.

Mais je pense que les patients sont assez demandeurs de statistiques et j'avoue que des fois je n'en ai pas notion. Je ne sais pas quel est le risque réel d'attraper une IST en fonction de chaque mode de transmission en terme de pourcentage.

Après de toute façon, c'est un peu la loi du tout du rien. Ce ne sont pas les statistiques qui vont mesurer le risque, c'est la prise de sang ou l'analyse d'urine qui vont nous donner la réponse.

Je pense qu'il y a des médecins qui ne savent pas parler : il y a des médecins, que j'ai interrogé pour ma thèse, que l'on ne sent pas à l'aise pour parler de certains sujets.

Moi : Lesquels par exemple ?

J: Par rapport à l'alcool, les dysfonctions érectiles.

Dans notre formation, autant de façon théorique, oui on est à peu près bien.

Autant ils nous manquent dans notre formation le fait de parler, et pourtant on veut nous faire des bons cours. Il y a beaucoup de gens par exemple qui disent que l'on peut parler avec le généraliste plutôt qu'avec le spécialiste.

Moi : Oui, remplaçant ou installé, on reste des généralistes. Après ça dépend de la personnalité de chaque médecin.

J: Oui il y a des personnes plus aptes à parler.

Après ce n'est pas forcément quelque chose de transmissible.

4) *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles et plus précisément le VIH, qu'est ce

que ça t'évoque ?

J: Au niveau de la société, on a quand même fait des progrès au niveau de l'acceptation de la maladie. Probablement en rapport avec les traitements qui sont maintenant plus efficaces.

C'est à double tranchant, il y a une sorte de banalisation du VIH.

Notre rôle en tant que généraliste est de rappeler qu'on est mieux traité mais que la maladie est toujours là et qu'il ne faut pas oublier de mettre une capote.

J'ai un patient de 70 ans que je vois sur Abbeville, qui a le VIH. Ça s'est fait au cours d'une transfusion ancienne. Il n'y a pas dans ce cas là de tabou sexuel, du coup on en parle.

Le VIH véhicule pas mal l'image de l'homosexualité masculine et du coup ce monsieur là m'a bien précisé qu'il n'était pas homo.

Notre rôle est aussi de rétablir la vérité, il n'y a pas que les homos qui peuvent attraper le SIDA.

Après c'est vrai que j'aurai plus tendance à y penser devant un homosexuel.

Moi : Après l'un n'empêche pas l'autre.

J: On est médecin, on n'a pas à juger sur quoique ce soit.

On fait avec : ils ont le SIDA, pour moi, c'est comme si ils avaient une autre maladie comme un cancer.

Pour moi ça ne change rien.

Dans notre pratique, on voit d'autres pathologies entraînant un déficit immunitaire. Même pour des situations plus basiques, elles peuvent changer notre prise en charge, on va peut-être se poser plus de questions. Ou on va aussi plus facilement décrocher le téléphone pour appeler l'infectiologue.

Moi : As-tu déjà dépisté des personnes avec le VIH ?

J: J'en soigne mais je pense n'avoir jamais fait de diagnostic biologique.

Comme tout annonce d'une pathologie difficile : c'est délicat d'apprendre à quelqu'un qu'il a le SIDA. Ça ne m'est jamais arrivé mais c'est un moment où il faut prendre le temps. Il faut à mon sens ne pas en dire trop car la personne a juste retenu le mot SIDA ou cancer, et donc je pense qu'il faut surtout écouter. Il faut choisir les choses les plus importantes.

Et après dans le temps, on pourra parler de choses un peu plus profondes ou un questionnement qu'il aura. Il faut l'inviter à nous poser ces questions.

7. *Moi :* Parler de dépistage d'IST nous amène à parler de sexualité, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

J: J'aime bien parler de sexualité avec les jeunes.

Par exemple, le vaccin contre le cancer du col de l'utérus est génial pour les filles parce que ça permet parler de cancer, de col de l'utérus donc d'anatomie.

Pour beaucoup, on se rend compte que les filles ne connaissent absolument pas l'anatomie féminine.

Et puis ça nous permet aussi de parler de sexualité.

J'aime bien faire un schéma. Je leur explique comment on fait un bébé.

Je m'adresse plus à la jeune fille parce que peut-être les parents ont plus de mal à en parler, et souvent je vois des lumières dans les yeux des parents signifiant merci.

Moi : Le fais-tu de façon systématique ?

J: Pour le vaccin, je fais quasiment de façon systématique. Après des fois elles savent très bien.

Mais voilà, c'est l'occasion de parler sexualité. Ça permet de parler de contraception etc...

Après c'est dans une consultation pour certificat médical que je l'aborde, en regardant dans le carnet de santé.

Je le fais aussi lors d'un renouvellement de pilule.

Pour les mecs, on a moins l'occasion d'en parler parce qu'il n'y a pas de vaccin à faire là-dessus.

J'avoue que j'en parle peut-être plus aux filles qu'aux garçons.

Moi : Est-ce que tu peux identifier une situation où tu abordes la sexualité avec les garçons ?

J: J'avoue qu'avec un garçon, j'en parlerais plus par rapport à un questionnement de sa part.

Je discute plus de sexualité avec les filles car il y a tout simplement plus d'opportunités d'en parler.

Moi : Et le fait qu'ils ou elles soient accompagnés par leur parent, est-ce un facteur qui va influencer ?

J: Non, parce que je pense que les patients ont parfois du mal à en parler.

Ça peut être aussi le déclenchement d'une discussion entre le parent et l'enfant par la suite.

Et il faut bien qu'il y en ait un qui mette les pieds dedans.

Peut-être que l'école le fait, mais est-ce que les gamins en discutent avec leur parent ? Je ne sais pas. Probablement qu'il y en a certains qui le font mais peut-être pas tous.

Je le ferais si les enfants étaient seuls, sans aucun problème. Mais je trouve ça vraiment bien de le faire avec les parents.

Par rapport aux adultes, il y a aussi de grosses carences d'informations à ce niveau là.

Moi : Oui, ça permet aussi de faire l'éducation aux parents.

J: Je pense qu'ils ne sentent pas à l'aise et du coup.

Même au niveau anatomique, il y a encore des femmes qui ne savent pas ce qu'est le col de l'utérus.

10) *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

J: Il y a les patients qui viennent pour un rapport à risque. Ils sont eux-même dans la demande, on le fait. On essaye de démystifier et de les rassurer autant que l'on peut et on prescrit le dépistage.

Il y a aussi de manière plus systématique au moment d'un certificat médical. On va parler du vaccin de *Papilloma* virus. On va aborder la sexualité, la prévention et le dépistage.

Je pense que je ne le fais pas suffisamment. C'est bien parce que ça (*cet entretien*) me fait rendre compte de ma pratique. Je ne le fais pas suffisamment avec les garçons.

Moi : Tu as l'impression de prescrire plus de dépistage aux filles qu'aux garçons ?

J: Peut-être pas plus.

Je ne prescris pas un dépistage spontanément.

Je le fais à une réaction à une demande.

En tant que remplaçant, proposer un dépistage spontanément sans demande peut être un peu stigmatisant pour le patient : parce que ça sous-entend un rapport à risque même si pour nous ça ne revêt pas un caractère particulier.

Les patients peuvent se sentir jugés, une nana va penser que je la prends pour « une Marie-couche-toi-là ».

Les garçons, c'est différent, je pense qu'ils accepteraient peut-être plus. Peut-être parce que je suis un garçon.

Peut-être que si tu interrogeais des remplaçantes, elles te diraient l'inverse.

Moi : Lorsque tu proposes un dépistage d' IST, qu'est-ce que tu prescris ?

J: VIH, hépatites, syphilis, *Chlamydia*, gonocoque.

Je fais souvent le *Chlamydia*, car je sais que c'est la première cause d'infertilité chez la femme. Pour une femme, c'est dommage de s'en rendre compte tardivement.

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST
Reprise discussion à 42min55

J: Effectivement, je propose systématiquement à un couple qui a un projet de grossesse. Ils ne s'attendent pas à ce qu'on fasse le dépistage, mais c'est le moment d'en parler.

En cas de demande d'IVG évidemment.

En cas de viol, OK effectivement

En cours d'incarcération , ça ne m'est jamais arrivé.

En cas de tableau évocateur d'une infection au VIH, c'est chaud. Il n'y a pas vraiment de signes spécifiques.

Il y a aussi les médias qui ont une importance dans la prévention.

5. *Moi* : Connaisais-tu ces recommandations ?

J: Non. C'est pas bien mais je ne suis pas très recommandations. J'avoue que je ne m'informe pas assez à ce niveau là.

En tant que remplaçant, on ne reçoit pas les nouvelles recommandations, les médicaments retirés du marché etc... C'est un problème effectivement.

Et pourtant on a une adresse de domicile car le cabinet, c'est un peu comme ci on était chez nous. On devrait recevoir au même titre que tout médecin ces informations.

Il y a quand même une contradiction : on a une place importante dans le dépistage et la prévention par notre statut de remplaçant, certains patients viennent préférentiellement voir le remplaçant, et inversement on n'est pas au courant de ces recommandations.

Moi : Si tu l'avais reçu, est-ce que ça aurait changé quelque chose ?

J: C'est toujours bon les piqûres que rappel.

C'est comme les laboratoires qui viennent te montrer leurs produits. Ce jour là, tu prescris plus leur médicament.

Le dépistage du cancer du colon, je le fais de façon systématique car c'est acté de 50 à 75 ans.

Dans le VIH, je le ferais peut-être plus aux personnes à risque, aux gens qui font la demande.

Ça fera peut-être parti de mon bilan de routine.

En m'appuyant sur ces recommandations, je pourrais peut-être le faire de façon plus systématique.

Ça enlève le côté stigmatisant pour les patients.

VERBATIM JUSTINE

Durée de l'entretien : 54min59

Rappel du sujet

8. *Moi* : Peux-tu te présenter ?

J: Sexe : Féminin

Age : 32 ans

Durée de remplacement : depuis novembre 2011

Milieu : Urbain, rural et semi-rural. Jusqu'à une heure de route d'Amiens (Somme-Oise)

Vient de la faculté d'Amiens

Type de remplacement : Plusieurs cabinets différents

Projet d'installation : Thésée depuis un an, entrain de faire un DU médecine aérospatiale sur Paris (pratique lorsque l'on est remplaçant)

8. *Moi* : D'après ton expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention, d'une manière générale ?

J: C'est le pain quotidien.

Moi je ne pense pas avoir le même statut que le médecin traitant. Je pense même que le médecin traitant est plus cool par rapport au remplaçant.

Dans le sens où les gens, on ne les connaît pas, on ne sait pas trop ce qui a été dit avant. Et du coup j'ai tendance à être un petit peu plus incisive, d'insister peut-être un peu plus.

Pour parler un peu vulgairement, « faire chier un peu plus les gens » : par exemple, j'ai vu hier un monsieur qui fumait, 40 ans, tabagique depuis l'âge de 20 ans, 15 cigarettes par jour, bronchites depuis plusieurs semaines, et là j'ai pas hésité à lui dire bronchites chroniques= oxygène dans le nez etc... Je n'hésite pas à lui dire les risques tels qu'ils sont.

Je trouve que le médecin traitant, parce qu'il connaît peut-être un peu mieux les personnes, a peut-être plus de mal. Là ça se voyait que j'avais quelqu'un en face de moi un peu « brut de pomme », qui avait une force de caractère.

Peut-être que son médecin traitant, qui le connaît bien et qui sait comment il fonctionne, n'ose pas trop insister.

Plusieurs médecins m'ont dit qu'ils n'insistaient plus, qu'ils l'avaient déjà dit avant sans arrêt, ils baissent les bras.

Moi pour ma part, je trouve que ça fait rajouter encore une louche, du fait qu'on ne connaisse pas les gens.

Même s'il y a certains remplacements où je commence à les connaître, j'ai « un cheval à faire ». Hier je ne sais pas si je l'ai convaincu ou pas d'arrêter de fumer mais en tout cas il avait l'air d'y réfléchir sérieusement.

Moi : Donc complémentaire par rapport au médecin installé. Y a t il des domaines de dépistage où tu en parles de façon systématique ?

F: C'est au cas par cas.

Le domaine phare, c'est le tabac.

Après ça dépend des âges : quand je vois une ado qui vient pour une pilule, forcément on va parler des mesures de protection pour les rapports avec les préservatifs etc... on va parler du frottis.

On va parler du tabac aussi bien sûr parce que c'est une question que l'on pose de manière systématique lorsque l'on prescrit la pilule.

Moi, honnêtement, c'est avec l'alcool où ça pêche un petit peu. C'est un petit peu plus tabou. La personne qui va boire, va le beaucoup plus facilement le cacher que la personne qui fume.

Moi ça me paraît plus délicat.

Moi je parle de ce que je me rends compte vite.

Je ne vais pas demander systématiquement à chaque personne : est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous buvez ?

Après c'est clair que si je vois un patient avec un bilan hépatique perturbé, on va parler d'alcool et d'alimentation.

Dès qu'un patient est en surpoids, je lui parle de conseils alimentaires. Je regarde même sur internet pour leur imprimer des petites fiches. J'envoie facilement chez le diététicien quand ils veulent bien.

C'est une habitude. En plus je n'ai pas le droit à l'erreur car j'ai fait ma thèse sur la prévention (*rires...*).

8. *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

J: Ma formation, c'est la fac. Donc pas grand chose, mise à part un cours. Vaguement dans le module de gynéco, module d'infectio vaguement aussi.

Le VIH, on nous a un peu dit. On nous a dit de le dépister et de l'envoyer aux infectiologues mais à part ça ...

J'avoue que lorsque j'ai un patient VIH connu, je fais « -Oulalala ».

Par rapport au dépistage, ma formation c'est uniquement ça.

L'expérience : j'ai fait quand même un stage de gynéco de 3 mois lorsque j'étais externe. Donc les frottis, et j'ai pu reconnaître tout ce qui est condylomes et les cancers du col.

Au niveau de la prévention, même mon stage de gynéco, il n'y en avait pas beaucoup. Il n'y avait chez aucun des gynécologues, par exemple, un panier avec des préservatifs.

A l'hôpital, rien du tout.

Chez mon gynéco, rien.

Ils pourraient demander à les avoir gratuitement.

Le préservatif va surtout servir de base aux adolescentes, lors des premiers rapports. C'est bien beau parler de contraception, mais la contraception fait oublier le risque. Les gamines, ce qu'elles veulent c'est ne pas être enceinte.

Au final, les IST : on n'en parle plus globalement.

Même à la télé. Le SIDA, on n'en parle plus.

Au contraire ! On dit que l'on fait des efforts. On peut vivre avec le SIDA, oui d'accord ! Mais il faut aussi bien préciser qu'il existe toujours.

Je parle du SIDA mais le pire, c'est la syphilis qui est en recrudescence.

Je trouve ça aberrant, que ce soit à l'hôpital, dans les cliniques ou dans les lieux de soins.

Même les médecins généralistes, on pourrait faire un effort pour avoir des boîtes de préservatifs comme dans les salles de concert, il y a des boîtes avec des boules quies.

Surtout pour l'adolescence, après quand on change de partenaires aussi. Je trouve que ça ne devient plus un réflexe.

Moi : Tout à fait d'accord, mettre des boîtes de préservatifs chez le médecin pourrait permettre l'abord de la discussion sur les IST.

J: Déjà, même si pour moi c'est difficile d'aborder.
Mais une fois que la question est abordée, les gens se lâchent un petit peu.
Disons qu'une fois qu'on a commencé à creuser, tout s'ouvre.
Je n'ai jamais eu trop de difficultés.

Après ça dépend des âges, les personnes qui ont le plus de mal à en parler ce sont les ados. Parce qu'ils viennent avec leur parent et c'est gênant. Moi je n'hésite pas à dire : « - On en parle vaguement là, si vous voulez parler en famille, faites le », et que l'ado revienne en consultation seul sans problèmes par la suite.

Moi : Filles comme garçons ?

J: Filles comme garçons, oui.

Moi : Si jamais ils sont accompagnés, tu fais simplement cette phrase d'accroche en disant que tu es ouverte à la discussion.

J: Parfaitement, qu'ils peuvent même venir le lendemain.
Souvent je fais des remplacements d'une semaine, deux semaines voire trois semaines donc du coup je suis là pendant un certain temps. J'ai le temps de voir les gens. Ça fonctionne, en tout cas ça ne tombe jamais dans l'oreille d'un sourd.

Moi : D'accord, revenons sur les condylomes, est-ce qu'ils faisaient des dépistages des IST ?

J: A l'hôpital, j'en ai pas le souvenir. Mais oui je pense, je l'espère en tout cas.

Moi personnellement, j'en ai déjà vu. Et systématiquement c'est bilan de la personne et je demande à voir le partenaire.

Je demande à ce qu'il y ait une enquête sur le partenaire parce que c'est bien beau de traiter un condylome mais si l'autre est atteint, ça ne sert à rien.

J'ai eu une personne, cet été, qui n'arrêtait pas d'avoir des infections vaginales. Une personne mariée, il s'avère que son mari allait voir des prostituées et donc là ça commence à devenir délicat. Là en tant que remplaçant, c'est compliqué. Parce que c'est une histoire longue et familiale, et que du coup c'était compliqué.

J'ai traité la dame et puis c'est tout. Le mari clairement on ne pouvait plus en parler à partir du moment où ils se sont séparés.

J'ai transmis au médecin que j'ai remplacé, qu'il y avait cela et qu'il se débrouille (*rires...*)

Parce que là, je me sentais de trop. Il faut que ça reste en petit comité. Même si je ne trompe pas le secret médical, je pense qu'il faut qu'il y ait le moins d'intervenant possible.

Moi : Et puis par rapport au suivi, tu ne vas peut-être pas pouvoir le continuer.
Ta formation te semble-t-elle suffisante sur les IST ?

J: Ma formation, globalement, n'est pas suffisante.

Peut-être arrêter de nous apprendre des syndromes rarissimes. Peut-être être plus accès les cours sur des pathologies plus généralistes, faire des cours de prévention.

Un module prévention, c'est utile à tout le monde, que l'on soit cardiologue etc...

*Discussion sur la nécessité d'adapter la formation à la faculté davantage sur la prévention.
Reprise de la discussion sur les IST à 23min56.*

11) *Moi :* Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles, qu'est ce que ça t'évoque ?

J: Par rapport au regard des gens, ça ne se voit pas : donc une personne qui ne va pas le savoir.

Quelqu'un qui a une hépatite B ou C, des fois je ne suis pas au courant en tant que médecin remplaçant.

Le regard des gens est le même pour tout le monde à partir du moment où ça ne se voit pas.

On voit plus quelqu'un qui a un cancer. Les gens vont plus s'apitoyer pour quelqu'un qui a un cancer plutôt que pour quelqu'un qui a une hépatite ou le VIH.

Syphilis, ça se voit encore moins.

Par rapport à mon expérience : pas grand chose dans le sens où des IST chroniques, je n'en vois pas beaucoup.

Souvent ce sont des gens qui sont déjà dépistés, qui sont déjà traités et donc qui viennent pour un suivi.

Pour les hépatites, c'est peut-être ce que je vois le plus : bilan hépatique régulier tous les ans.

Le VIH, c'est rare. J'en ai déjà vu. Ce sont des gens qui viennent pour leurs enfants, pas forcément pour eux car eux en général ils sont rattachés au service de maladies infectieuses.

Parce que c'est vrai que ce service là est vraiment très ouvert. Dès qu'ils ont un problème ils y vont, je crois qu'ils peuvent y aller quand ils veulent.

Je crois qu'il y a déjà des patients qui ont le VIH qui m'en ont parlé.

Moi je n'en vois pas tant que ça, j'en vois peut-être un par an.

Je n'ai jamais fait le diagnostic de VIH. Ceci dit quand je fais les bilans, les gens : je ne les revois pas forcément.

Les diagnostics que l'on fait le plus souvent sont *Chlamydia*, gonocoque, *Gardanella vaginalis*.

Moi : *Chlamydia* et gonocoque, tu les dépistes parce que c'est symptomatique ?

J : Je les vois dans un contexte de vaginose : symptômes vaginaux un peu spéciaux, brûlures, douleurs pendant les rapports etc...

Ou dans le cadre de bilan systématique.

Chlamydia, je demande quasi-systématiquement. Sur les bilans IST, bien entendu.

Sur des demandes : « - Oh ! Mon mec m'a trompé » ou alors « -Bah voilà, je me suis mise avec quelqu'un, on voudrait retirer le préservatif ».

Voilà : bilan d'IST.

Moi : Cela t'arrive ?

J : Oh oui. Ça m'arrive très régulièrement de faire ça. Plusieurs fois par mois.

5) *Moi* : On va parler de sexualité avec les patients, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

J : Disons que ça passe.

J'ai la chance d'avoir le contact facile.

Et je pars du principe où si il y a bien un endroit où l'on peut en parler librement : c'est au cabinet médical.

C'est marrant parce que c'est peut-être moins tabou que quand on parle d'alcool.

Pour moi ça passe assez facilement. Les gens, globalement, je n'ai pas trop vu de personnes qui étaient gênées sauf peut-être les hommes.

Les hommes parce que je suis une femme. Mais de base, je pense que les hommes ont du mal à parler de sexualité.

Les femmes s'épanchent un peu plus sur le sujet, des fois même un peu trop.

Les hommes ont plus du mal à en parler parce qu'ils craignent tout le temps qu'on va les examiner, qu'on va

regarder leurs testicules.

Moi : C'est possible.

J : Peut-être que du coup, ça gêne.

Mais c'est vrai qu'avec les hommes, j'en parle, ça m'arrive de poser la question.

Moi : Dans quels contextes ?

J : Les gens qui divorcent.

Il y a des consultations où : « -Oh ça ne va pas docteur, je divorce », c'est peut-être le moment de parler de se protéger lors des nouvelles relations.

Ce sont beaucoup des quarantenaires.

Ça, ça passe.

Moi : C'est vrai que ça nous arrive régulièrement.

J : Pour dire que c'est difficile de montrer les testicules, j'ai eu un « papy » avec une orchite-épididymite, il ne voulait pas me montrer.

Il a fallu que j'insiste. J'ai insisté dans le sens où il est hors de question que je prescrive une prise de sang ou quoi que ce soit si il ne me montrait pas.

Globalement je ne vais pas leur en parler spontanément de manière générale. Ce n'est pas un sujet qui est systématique. Sinon on n'arrête pas, la consultation durerait une heure.

Généralement c'est associé à quelque chose.

Donc les séparations.

Les ados. Les ados j'en parle.

Plus chez les filles, bien sûr, car il y a une demande de pilule. Il n'y a pas de contraception chez l'homme. Peut-être que si il y avait une contraception chez l'homme.

Il y a le préservatif bien sûr.

C'est glissé, quand les ados viennent avec leur parent : « - Il a une copine, il faut mettre un préservatif » mais ce n'est pas « - Bon alors les rapports comment ça se passe et avec qui ? ». Devant les parents, non.

Les gens qui sont homosexuels nous le disent. Je trouve que c'est un sujet plus facile.

Moi : Oui, ça s'est démocratisé. On peut en parler.

J : Moi je ne suis pas gênée pour poser la question.

Moi : Penses-tu que c'est plus facile ou identique de parler de sexualité lorsque tu es remplaçant ?

J : Je ne sais pas.

Les médecins installés ne me parlent jamais. J'avoue que je ne sais pas.

Autant nous c'est un peu plus facile de leur taper sur la tête, de leur faire une espèce de morale parce qu'on ne connaît pas les gens et que l'on s'en fiche.

Si ils ne veulent plus nous voir, ça nous est égal.

Mais par rapport juste à la discussion, je pense que c'est pareil. Moi je ne suis pas trop gênée vis-à-vis de ça.

Peut-être qu'au début de mes premiers remplacements, c'était plus difficile.

Socialement et dans ma conduite avec les gens, je suis plus à l'aise.

Même si ce sont des nouveaux. La pratique fait qu'on sait y faire, on sait parler plus facilement et on sait

mieux amener les choses.

Avant j'étais un peu plus pataude, je faisais des boulettes (*rires...*). Dans le sens où j'avais envie que ça se passe bien, des fois on est amené à parler trop.

Moi en tant que remplaçant, c'est peut-être plus facile. Peut-être que maintenant je me comporte un peu comme un médecin installé.

Moi : Penses-tu que tu seras toujours à l'aise par la suite ?

J: Je l'espère. J'espère que ça va continuer dans ce sens là.

Mais la pratique c'est carrément génial. D'ailleurs c'est dommage qu'on n'ait que 6 mois dans notre cursus chez le médecin généraliste.

Je pense que le médecin installé doit avoir des difficultés à parler de sexualité avec des gens qu'il voit grandir. Je pense que c'est difficile pour certains médecins généralistes de se dire : « - Je l'ai vu naître, et là la personne a 30 ans ».

Peut-être qu'il y a cette relation paternaliste qui s'instaure, et peut-être que du coup comme un père à une fille n'oserait pas trop de parler de sexualité.

Mère-fille aussi. Cette relation paternaliste qui vient s'intégrer par hasard, non voulue.

Peut-être que ça doit faire plus bizarre par rapport au médecin que par rapport aux patients.

6) *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

J: Il y a certains motifs de consultation où ce n'est que ça.

C'est : « - Docteur j'ai une mycose », donc là c'est facile. Examen et dépistage, c'est classique.

Donc pour tout ce qui est problèmes gynéco, chez la femme, ça passe niquel.

Écoulement urétral chez l'homme, c'est un peu plus complexe dans le sens où il faut montrer l'appareil. Tout simplement parce que je suis une femme et les gens sont gênés.

Moi : Comment fais-tu lorsque c'est un homme qui vient pour un écoulement, proposes-tu quand même le dépistage ?

J: Proposer le dépistage, ça se fait tout seul, ça tombe sous le sens. C'est proposer l'examen qui est compliqué.

Les gens qui viennent pour un problème infectieux d'ordre génital, la question derrière c'est dépistage. Ce sont eux qui ont une demande cachée.

En gros ça ne m'est jamais arrivé où les gens viennent pour ça et derrière je propose le dépistage et qu'ils disent non. Ça ne m'est jamais arrivé, ils sont même dans l'attente que je le propose.

Après il y a les premiers rapports.

Les dépistages sont assez fréquemment demandés par les gens.

Moi : Ah oui ? Cela t'arrive que l'on te demande spontanément ?

J: Oui. Les gens qui viennent pour des problèmes infectieux en font la demande mine de rien, il faut juste arriver à les décrypter.

Après quand ce ne sont pas des motifs d'infidélité ou de nouvelle relation, je ne propose pas

systématiquement.

Quand la personne vient pour son renouvellement de traitement anti-hypertenseur, ça n'a rien à faire là.

Moi : Donc là tu n'y penses pas ou tu ne le proposes pas ?

J: Ça ne me vient pas à l'idée. Je ne sais pas si c'est une erreur ou pas de ne pas en parler.

Alors hypertension, on va parler de la dernière prise de sang, diabète, alimentation etc...

Je devrais essayer pour rigoler : « - Et sinon aux niveaux des relations

1. Pourquoi vous me demandez ça docteur ? » (*rires...*)

Je pense que ça pourrait créer des questions « - Vous avez vu mon épouse, qu'est ce qu'elle vous a raconté ? »

Je pense que ça pourrait créer des suspicions.

Peut-être que ça pourrait être bizarre de proposer ça de but en blanc.

Moi : Oui anxiogène pour le patient.

J: Ça peut l'être. Moi en tout cas si avec mon copain, on avait le même médecin traitant et que je viens chez le médecin et mon médecin me propose un dépistage, je me poserais des questions.

Moi : Peut-être que si tu étais installée, on se poserait des questions. Alors que toi en tant que remplaçant, vu que tu ne la connais ni son conjoint, ça pourrait être ne pas être mal pris.

J: Peut-être.

Plus le stress du résultat. Se poser des questions et les disputes en revenant à la maison etc... On ne sait jamais, on ne sait pas ce qui se passe dans la vie des gens.

Donc voilà, il faut vraiment que le motif soit là.

Et puis bien sûr, l'ado mais je ne vais pas proposer direct un dépistage des IST à une ado qui vient pour la pilule.

Je vais lui dire que c'est possible de le faire si jamais il y a un accident, de venir tout de suite. J'explique les modalités mais c'est tout. Rassurer sur le fait que c'est normal d'avoir des rapports, il faut se protéger et expliquer les risques. Si jamais il ou elle a un doute qu'il vienne me consulter.

Moi : Oui tu restes disponible.

J: C'est anxiogène. C'est flippant de se dire que l'on a peut-être le SIDA. Au même titre que d'avoir un cancer, c'est une maladie qui est à vie. C'est l'épée de Damoclès. Ça ruine les projets etc...

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST.

1. *Moi* : Étais-tu au courant de ces recommandations ?

J: Non. Je ne reçois rien, je suis remplaçante.

Moi : Est-ce que tu reçois les recommandations officielles ?

J: Si je ne vais pas les chercher, rien de rien. Pourtant ils ont mon adresse personnelle. Il faut qu'on « se démerde », on n'a pas de petits fascicules.

Moi : Qu'en penses-tu ?

J: Bah après proposer le dépistage du VIH dans le cadre d'un bilan systématique, tous les ans ?

Moi : Non, pour les personnes qui n'ont pas de facteurs de risque. Au moins une fois.

J: Une fois ? C'est fait en général.

Après c'est pour les personnes âgées que ça peut paraître bizarre.

Jusqu'à 50 ans ça passe, après je ne sais pas, ça dépend. Faut voir, il faut essayer.

Je le propose aux personnes de moins de 50 ans puisque c'est ils le demandent. Sans avoir notion des recommandations, c'est assez fréquent de voir une sérologie VIH qui date des 5 dernières années. La plupart du temps, c'est fait.

Moi : Oui c'est vrai que je vois régulièrement avec surprise que ça a déjà été fait.

J: A Amiens, il y a le centre Fernel (*CDAG d'Amiens*) où c'est anonyme. Donc du coup on ne sait pas si ça a été fait parce que les gens n'en parlent pas, parce que c'est tabou pour eux.

Alors peut-être pour les personnes plus âgées. De toute façon pour les personnes de plus de 70 ans, la syphilis on l'a fait pour les troubles de mémoire.

A partir du moment où je fais la syphilis, je demande si ils sont d'accord pour le VIH.

Moi : Lorsque tu proposes un bilan de syphilis, tu demandes les autres IST ?

J: Souvent il y a le VIH. Tant qu'à faire *Chlamydia*, même si c'est un peu plus chiant à faire.

Moi : Et inversement si tu penses au VIH, tu penses aux autres IST.

J: Oui.

Après il y a des gens qui passent à la trappe dans les 15 à 70 ans.

Moi : Oui. Mais tu penses que c'est réalisable ?

J: C'est parfaitement réalisable.

Moi : Est-ce que c'est pertinent ?

J: Disons que si on commence à le faire durant les premiers rapports, après il faut le faire régulièrement. Une fois ça me semble même pas suffisant. A chaque conduite à risque au final. Au cours d'une vie, on doit faire le test plusieurs fois.

Moi : Oui ne pas hésiter à dire la phrase de refaire le test si il y a de nouveaux rapports.

J: Après ça peut aider. Le dépistage systématique est une bonne phrase pour dédramatiser et enlever ce côté « angoisse ».

« - Dans le cadre d'un dépistage systématique, on propose de dépister le VIH, qu'est ce que vous pensez ? »

Les gens en général acceptent de faire une prise de sang.

Moi : Personnellement les gens qui refusent le dépistage sont parce qu'ils ont de bonnes excuses comme le fait qu'ils sont depuis longtemps en couple.

J: Après il y a aussi les femmes enceintes, le dépistage du VIH est obligatoire. Non pas le VIH mais la syphilis qui est obligatoire.

Mais je propose, je n'ai jamais eu un « non ».

En général c'est : « - Bah si il faut le faire, faites le. Tant qu'à faire une prise de sang ».

VERBATIM OPHELIE

Durée de l'entretien : 25min11

Rappel du sujet

7) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

O : Sexe : Féminin

Age : 29 ans

Durée de remplacement : 3 ans

Milieu : Rural , urbain

Type de remplacement : Plusieurs cabinets différents, des jeunes médecins hommes et femmes entre 30 et 40 ans, seul ou en groupe

Projet d'installation : Pas de projet d'installation pendant les 4 années qui viennent

9. *Moi* : D'après ton expérience personnelle, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention, d'une manière générale ?

O : Tout dépend pourquoi les gens viennent : Quand ils viennent pour un renouvellement, tu as le temps de regarder si ça a été fait etc ... Selon l'âge tu vois tout de suite si les dépistages colorectaux etc ... ont été faits ou pas.

Si les gens viennent pour une angine, c'est vrai que je vais moins regarder si les frottis sont à jour etc..

On est sollicité si les gens demandent spécifiquement, il y en a qui viennent spontanément pour les IST lors d'une nouvelle relation.

On a une place mais c'est quand même plus au médecin qui les suit plus régulièrement de savoir si ils sont à jour et de leur proposer au besoin.

Moi : On n'a pas forcément connaissance si tel ou tel dépistage a été réalisé.

O : Souvent les gens demandent de toute façon , ils viennent et disent : « -J'ai reçu le courrier pour le dépistage ,est ce que vous avez le kit ? ». Ça il y en a beaucoup.

Moi : Pour certains dépistages , c'est indifférent que ce soit remplaçant ou installé.

O : Je pense que les patients s'en fichent.

Après peut-être que le remplaçant des fois posant la question, y a des médecins installés qui ne sont pas forcément sensibles au dépistage.

Y en a sur les logiciels où c'est marqué systématiquement quels tests à faire telle année et y en a d'autres où tu vois nul part dans le dossier donc honnêtement je ne sais pas si c'est à jour ou pas.

9. *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

O : La formation, sur les dépistages ça remonte pendant les cours d'externat car je crois que pendant l'internat on n'a pas eu spécifiquement de trucs dessus.

Moi je ne suis pas passée en gynéco pendant les semestres d'interne donc je n'ai pas été forcément confrontée.

Après c'est vrai que quand tu en as vu, un ou deux, tu sais ce qu'il faut prescrire de base ou pas. Souvent ils font VIH, VHB, VHC, le reste ça passe un peu à la trappe.

Je pense que systématiquement c'est pas mal de rechercher tant qu'à faire *chlamydia*, gonocoque et syphilis. Les gens ne sont pas formés non plus dessus donc ils ne vont pas me le demander spontanément.

Moi : Penses-tu qu'elle soit suffisante en tant que remplaçant ?

O : J'ai déjà eu un appel du labo pour une jeune fille qui était positive à gonocoque et honnêtement j'ai

vérifié le traitement sur internet, car chez les hommes c'est une injection unique, je ne savais pas chez les femmes.

C'est vrai que sur le dépistage ça va, mais sur le traitement, comme on en voit très peu, nous sommes peut-être pas au goût du jour.

Moi : OK mais tu fais l'effort de regarder les reco sur le net ?

O : On n'a pas le choix, si tu es confrontée tu ne vas pas lui dire de revenir demain le temps que je regarde dans la journée. Il faut les prendre en charge.

Et si tu fais le dépistage et que si ça revient positif, il faut savoir ce que tu vas lui dire aussi.

C'est vrai qu'au début, quand ça fait des années que tu n'as pas fait, l'hépatite B par exemple, les anticorps et antigènes je ne me rappelle plus. Tu marques sérologie VHB et c'est tout.

4) *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles et plus précisément le VIH, qu'est ce que ça t'évoque ?

O : Les classiques : VIH, VHB, VHC et puis tous les trucs à côté.

Cela m'évoque que souvent il n'y a pas de symptômes et que les gens ne sont pas forcément au courant et que souvent il faut proposer systématiquement en début d'une relation parce qu'il peut y avoir un risque de transmission, on ne sait jamais.

Je sais que la plupart des gens ne font pas forcément attention.

Chlamydia, tu sais que tu n'as pas de symptômes et gonocoque des fois non plus. Le reste tu ne vois pas forcément non plus.

Après tout ce qui est prévention : expliquer aux gens qu'il faut se protéger, que si y a rien c'est bien mais que si ils changent de partenaire ou qu'ils ont des expositions à risque, il faut faire attention.

Moi : Donc ça te fait plus évoquer dépistage et prévention que diagnostic car il y a peu de symptômes.

O : Mise à part sur une syphilis mais je n'ai jamais vu une éruption classique ou un chancre.

Herpès si, mais les gens ne savent pas que c'est une IST aussi. Ils pensent à herpès labial.

Moi : Penses-tu qu'il existe une évolution de la société ?

O : Sur les IST qui se traitent facilement, ce n'est pas compliqué : tu fais le diagnostic, tu traites et on n'en parle plus.

Après VIH ça reste compliqué. Hépatite B, quand c'est chronique c'est chronique.

Je pense que le dépistage n'est pas suffisant.

Lorsque je suis passée en tant qu'externe chez le gynéco, ça fait quelques années, mais je pense qu'on en voit encore aujourd'hui : il y avait une dame qui venait suite à un viol, le gynéco l'avait examiné mais n'avait pas prescrit de dépistage d'IST, ça m'avait choqué.

Je pense qu'il y a des médecins qui ne le feront pas non plus.

6. *Moi* : Parler de dépistage d'IST nous amène à parler de sexualité, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

G : Si les gens viennent spécifiquement pour ça, il n'y a pas de soucis particuliers.

Après c'est plus délicat chez une ado qui vient pour une prescription de pilule parce que les parents sont à côté et c'est toujours délicat d'aborder le sujet parce que tu ne sais pas si elle va répondre franchement ou si elle va vouloir répondre, ce qui est compréhensible.

Ça dépend des cas, si tu vois que le patient est seul et à l'aise, ce n'est pas compliqué. Quand tu vois qu'il

n'est pas à l'aise, j'avoue que je ne pousse pas la question. Si c'est pour avoir une réponse du bout des lèvres ça ne sert pas à grand chose.

Moi : Oui bien sûr, mais tu arrives à en parler spontanément dans certains cas de figure ?

O : La plupart des temps ce sont eux.

Après quand c'est quelqu'un qui te dit qu'il a une nouvelle relation, tu essayes de creuser un peu. De base, je ne pense pas que ça soit notre place de s'immiscer dans leur vie privée s'ils ne sont pas demandeurs.

9. *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

O : Je leur explique de base que l'on peut faire une prise de sang. On va rechercher les principales IST et que l'on peut aller plus loin avec des prélèvements locaux pour rechercher des infections particulières. Quitte à faire de façon systématique, c'est mieux de faire les deux.

Mais ça s'arrête souvent à la prise de sang. Quand ils viennent pour un dépistage, ils ont les sérologies seulement.

Moi : Mais tu leur en parles quand même de la possibilité d'avoir une investigation plus poussée ?

O : Je leur dis qu'il n'y a pas que ça qui existe et que l'on peut pas tout dépister par prise de sang. Qu'il existe d'autres IST qui n'ont pas forcément de symptômes mais qui restent transmissibles et si ils veulent le faire, on peut le faire.

Moi : Pour quels motifs de consultation es-tu amenée à parler de dépistage ou de prévention des IST ?

O : Lors des prescriptions de pilule chez les jeunes filles quand tu sais que c'est la première fois.

Chez des gens qui viennent spécifiquement pour la demande, souvent ils ne sont pas au courant de la prévention. Ils pensent que le danger est écarté à partir du moment où c'est négatif, alors qu'en changeant de partenaire, tu peux te ré-infester .

Sinon c'est vraiment quand ils abordent le sujet ou chez les jeunes.

Moi : Tu as une idée d'ordre d'âge ?

O : Tout ce qui est prévention chez les ados au dessus de 15 ans. Je ne vais pas leur en parler lorsqu'ils ont 13 ou 14 ans même si ils peuvent être exposés.

Pour le peu que ce soit des jeunes qui ne se sont pas encore posés la question, c'est délicat de mettre des idées dans la tête alors que peut-être ils s'en fichent pour l'instant.

Je dirais les jeunes de 15 à 20 ans.

Il y a parfois des familles à contexte de bas niveau social, ils sont forcément plus à risque, il y a moins d'éducation.

Moi : Penses-tu que cela change quelque chose dans ta pratique de dépistage ?

O : Je pense que les niveaux économiques plus haut sont beaucoup plus à même d'écouter ce que l'on leur propose et d'aller vers la démarche.

Les niveaux plus bas, je pense que des fois tu as beau leur expliquer, ça va leur passer au dessus. Ils ne feront pas forcément l'effort d'aller le faire même si tu leur fais l'ordonnance.

Je pense que si jamais il y a une infection et que tu n'as pas proposé je pense que ça peut te retomber dessus si tu ne lui en a jamais parlé.

Après les gens ne peuvent pas le deviner si ils ont été infestés. Ils ne vont pas forcément penser spontanément : « - Tiens j'ai 16 ans, je couche avec mon copain, est-ce qu'il y a des trucs à faire ? ».

Moi : As-tu déjà eu des demandes spontanées des patients ?

O : Chez les jeunes, non.

Par contre chez des couples qui se créent, parfois il y en a qui sont demandeurs, c'est rare mais ça arrive. Des gens de classe moyenne ou plus élevée qui font la démarche.

Moi : Quels sont les freins de proposer un dépistage pour toi ?

O : Je pense qu'il y a déjà le tabou de se dire si c'est positif de savoir d'où ça vient. « Trouver la source » c'est toujours délicat de faire l'investigation, de dépister le conjoint, ça pose la question de savoir si il a été voir ailleurs.

Après il n'y pas de frein pour une prise de sang, généralement les gens ne sont pas contre.

Moi : Plusieurs études ont montré la bonne participation des patients.

O : Et puis ça peut se faire en même temps qu'autre chose aussi.

Moi : Est-ce que tu penses que c'est plus facile de proposer ce genre de bilan en tant que remplaçant ?

O : Je pense que c'est quand même plus facile parce que quand tu connais moins les gens souvent c'est plus facile de parler avec quelqu'un que tu ne connais pas. Des fois il y en a qui le disent pour des mycoses ou autre : « -Tiens je suis bien content que ça soit vous, je n'osais pas en parler au docteur ». Je pense que des fois ça peut les amener à parler de ça.

Être trop proche des patients des fois tu ne dis pas tout ce que tu veux dire, avec la peur d'être jugé.

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST

O : Ça me fait penser qu'il y en a qui le demandent systématiquement. J'ai déjà vu sur des remplacements, des gens qui viennent pour une sérologie VIH car ça faisait longtemps qu'ils ne l'avaient pas faite.

Je ne sais pas si ce sont chez des patients qui savent qu'ils ont des comportements à risque ou si on leur a déjà dit.

Moi : Tu as déjà eu des patients qui t'ont parlé de comportements à risque ?

O : Ils viennent pour leur sérologie, après honnêtement ils ne disent pas : « - Je souhaite une sérologie parce que je fais ci ou ça ». Ils ne veulent pas aborder la question.

En continuant de lire les recommandations : Oui pour les grossesses, on le fait systématiquement. Les femmes ne savent pas forcément que l'on fait mais c'est vrai. On le fait pendant le premier bilan de base du premier trimestre.

12) *Moi* : Que penses-tu de ces recommandations ?

O : Le tableau est cool, selon les cas. C'est pas mal, ça fait un rappel. C'est vrai que c'est complet. C'est vrai que quand on le fait, il faut faire tout.

Moi : Connais-tu la nouvelle recommandation de proposer le VIH entre 15 et 70 ans ?

O : Non ça je ne le savais pas.

Moi : Reçois-tu en tant que remplaçant des nouvelles recommandations ?

O : Non c'est vrai. Ne serais-ce que pour les remboursements de médicaments etc ... c'est par hasard que l'on sait. Il faut que nous nous documentions nous même.

Et on ne peut pas être à jour de toutes les recommandations, il y en a tellement.

Moi : Penses-tu que ça soit réalisable de proposer le dépistage entre 15 et 70 ans ?

O : Oui, bah oui.

Après je pense que plus tu montes en âge et plus les patients vont se demander pourquoi tu leur proposes. Par exemple, les patients de 70 ans n'ont plus forcément de rapport.

Chez la population générale je pense que c'est faisable. Après il faut y penser , il faut le noter et proposer. Je pense qu'il y en a beaucoup qui ne voudront pas le faire non plus. Si on le demande ou pas, on ne peut pas le savoir.

Moi : C'est vrai que dans ces recommandations, il disait de dire simplement que c'était la sécurité sociale qui le proposait sans parler de sexualité, juste le proposer dans un bilan autre.

O : A l'occasion d'un bilan, c'est facile de le faire passer. Le test urinaire, les gens vont se dire que c'est un truc de plus à faire et ça va peut-être les embêter. Mais sur une prise de sang, je pense qu'ils s'en fichent, ils sont déjà piqués.

Moi : Penses-tu que cela va changer quelque chose. ?

O : Peut-être que si les médecins le reçoivent systématiquement, peut-être qu'ils y penseront. Après je pense que tous n'y penseront pas dans tous les cas.

Quelqu'un qui voit une fois tous les ans parce qu'il est malade, y a pas de raisons de le proposer de base mais si la recommandation le veut, pourquoi pas : à l'occasion d'autre chose, c'est vrai qu'une personne qui vient pour un certificat, tu ne le vois jamais, tu ne connais pas ses antécédents. Ils ne sont pas demandeurs, ce n'est pas pour ça qu'ils ne sont pas à risque.

Moi : C'est vrai que certains médecins le proposent lors de certificat de sport.

O : Moi j'en ai un hier, honnêtement je regarde son dossier, il ne vient que pour ça depuis 5 ou 6 ans, sinon tu le vois jamais, tu ne sais pas si entre-deux il y a de la tension ou autre, donc ça peut être l'occasion. Peut-être même plus facilement que quelqu'un qui vient pour son renouvellement tous les deux mois, il va se demander pourquoi on lui propose ça d'un coup alors qu'on en a jamais parlé.

Moi : Y a t il autres choses que tu voulais aborder ?

O : Non je pense qu'on a fait le tour. Je pense que le dépistage n'est peut-être pas assez proposé. Les femmes enceintes, oui car tu le fais systématiquement mais ce ne sont que les trucs de base.

Mais le reste de la population, si ils ne le demandent pas, je pense qu'il y a plus de la moitié des médecins qui ne le proposeront pas spontanément.

VERBATIM THOMAS

Durée de l'entretien : 60min22

Rappel du sujet

8) *Moi* : Peux-tu te présenter ?

T: Sexe : Masculin

Age : 33 ans

Durée de remplacement : 4 ans

Milieu : Semi-rural

Type de remplacement : A remplacé 1 an et demi en DOM-TOM (La réunion). Actuellement remplace dans plusieurs villes de la Somme.

Projet d'installation : Peut-être dans 3 à 5 ans suivant les opportunités en Picardie.

10. *Moi* : D'après ton expérience personnelle et d'une manière générale, quelle est la place du médecin remplaçant vis-à-vis du dépistage et de la prévention ?

T: C'est paradoxal.

Je pense qu'avec certaines personnes, le fait d'être remplaçant peut être un énorme avantage :

J'ai eu le cas notamment hier d'une jeune fille de 18 ans où il s'avère que c'était pour une IST.

La jeune fille est venue me voir spécifiquement, elle savait que j'étais remplaçant, elle est venue me voir parce que le médecin qui la suivait habituellement était un ami de ses parents. Elle m'a demandé de ne pas laisser de traces.

Par rapport au bilan, je lui ai dit que c'était moi qui allait le recevoir mais que après , je ne sais pas trop si j'ai le droit de ne pas prévenir le médecin que je remplace. (*vérification dans le code de déontologie médical : pas de mention à ce sujet concernant la partie du statu du remplaçant*).

Moi : Je me suis moi-même posé la question, parce que si le test revient négatif : pas de problème mais si il revient positif, doit-on forcément le mettre dans le dossier ou peut-on faire nous même la déclaration auprès de l'ARS ?

T: Ou alors je l'oriente vers un autre médecin.

Moi : Oui bonne idée.

T: Sur le dépistage des IST, c'est un peu particulier.

J'ai l'impression qu'en tant que remplaçant, on peut avoir un nouveau regard, quelqu'un qui ne vous juge pas. Tu ne te fais pas juger par les gens que tu ne connais pas.

Je vois en tant que remplaçant, il y a des gens qui me parlent de leurs problèmes, au niveau sexuel c'est assez présent : ça m'est arrivé 2 ou 3 fois qu'ils m'ont dit qu'ils préféreraient me parler parce que le médecin qui les suit habituellement, ils ont une totale confiance mais ils ne peuvent pas leur parler de ça.

Un patient m'a dit ça et il a dit que son médecin allait se foutre de sa gueule.

Après sur le reste des dépistages, je me dis que l'avantage est que l'on peut avoir un regard neuf. Des patients qui sont suivis depuis très longtemps par leur médecin : il les connaît depuis 10-15 ans, il y a des questions qu'il ne pose plus, le médecin n'y pense pas forcément.

Ça m'est rarement arrivé de découvrir quelque chose que le médecin n'a pas cherché, n'a pas découvert. Je ne pense pas avoir la prétention.

Mise a part les IST, je ne pense pas avoir découvert des choses. Par contre j'ai déjà fait des examens que les médecins n'auraient pas fait parce qu'ils les connaissaient.

Moi : D'accord, en dépistage ?

T: Oui, c'est pas forcément dépistage.

Je pense notamment aux jeunes entre 20 et 30 ans, qui demandent de faire un bilan, ce n'est pas vraiment un dépistage. Je leur dis que je comprends leur inquiétude, je fais le bilan mais je ne m'attends pas à ce qu'il y a

quelque chose d'anormal.
La place du remplaçant peut être complémentaire.

10. *Moi* : Quelle est ta formation et ton expérience sur les infections sexuellement transmissibles ?

T : Elles sont assez limitées. Les cours que l'on a eu en fac. Je me suis formé avec l'expérience, quand j'ai commencé les remplacements.

Mais aussi j'ai pu passer au centre Fernel (*centre de dépistage anonyme et gratuit d'Amiens*) en tant qu'externe, c'était pas mal mais pas suffisant.

Moi : Est ce que tu penses que ça a pu avoir un impact avec ta pratique ?

T : Ça m'a plutôt permis d'apprendre à gérer ce genre d'entretien, ça m'a aidé à prendre en charge la détresse surtout à Fernel car c'était des gens qui étaient susceptibles d'avoir une IST.

Je me rappelle qu'un militaire n'avait pas pu réaliser un bilan car c'était tabou et que apparemment le médecin militaire avait refusé.

Moi : Penses-tu que ta formation est tout de même suffisante ?

T : En tant que remplaçant, oui.

Après c'est dans le détail, comme le dépistage du gonocoque, je ne le fais pas systématiquement.

Ça m'a appris à faire une habitude mécanique : je n'ai pas de signes, je vais prescrire certains examens, différents si il y a des signes.

Moi : C'est-à-dire ?

T : Je fais des choses systématiques : si les gens viennent pour un dépistage des IST, c'est hépatite B et C, VIH, syphilis et je ne fais pas *Chlamydia*, je n'explique pas aux gens.

Je ne sais pas si je suis dans les clous.

Si j'ai des signes, je vais faire tout.

Moi : Lorsque tu as des signes urinaires, est-ce que tu fais les autres IST ?

T : J'ai tendance à faire effectivement dans ces cas là.

Moi : Sais-tu pourquoi tu privilégies une IST plus qu'une autre ?

T : Je vais me dire, celles-ci (*VIH, syphilis, VHC, VHB*) sont plutôt avec des signes cliniques initiaux qui peuvent être un peu bâtarde, alors que dans les autres (*Chlamydia*-gonocoque) j'attends un écoulement urétral ou des signes urinaires qui peuvent me faire penser à eux.

Ce n'est pas forcément basé sur l' HAS, je fais de façon empirique en fonction de l'expérience que j'ai eu.

Moi : Juste en deux mots, il y a 50 % des cas asymptomatiques chez *Chlamydia*. Mais j'ai du mal à le proposer car c'est une autre modalité de prélèvement.

10. *Moi* : Lorsque je te dis infections sexuellement transmissibles, qu'est ce que ça t'évoque ?

T : Globalement je dirais couple, infidélité.

Difficultés non pas avec le patient mais avec son environnement ; si les gens viennent c'est qu'ils sont demandeurs, par contre il est extrêmement compliqué parfois d'arriver à dépister le compagnon.

Autre chose sur IST, je dirais violence conjugale. Peut-être pas aller jusqu'à violence conjugale dans le sens violence physique. Ce n'est pas soumission mais ça m'est arrivé deux fois au moins où des femmes venaient me voir en me disant qu'elles avaient de gros doutes sur leur compagnon. La patiente disait qu'il était

inconcevable de lui demander de faire un dépistage.

Donc là, dans ces cas là, on se pose la question si il y a des violences conjugales. Je ne lui ai pas demandé.

Une autre fois, une dame est venue pour mycose vaginale. Elle m'expliquait qu'elle faisait très attention, mais pas son mari qui en avait aussi. Elle disait que son mari ne voulait pas se traiter, elle disait aussi qu'il refusait de porter des préservatifs alors qu'elle le soupçonnait d'aller voir ailleurs. En tant que remplaçant, je ne sais pas ce que ça a donné vu que je ne l'ai pas revue.

Sinon les patients jeunes,.

J'ai bossé à la Réunion et je ne sais pas si c'est le cas en métropole mais l' HAS a envoyé les recommandations aux services : elle demandait à tous les services d'encourager fortement les médecins généralistes à réaliser un dépistage des IST.

Moi : Les nouvelles recommandations vont dans ce sens, elles voudraient renforcer plus fortement le dépistage dans les DOM-TOM.

T : Et peut-être une chose nouvelle, ce sont les « personnes âgées ».

Moi : Ah oui ? Par rapport à quoi ?

T : C'est peut-être un changement de paradigme : il y a 20 ans, est-ce qu'on proposait le dépistage aux personnes de 65-70 ans ? alors que maintenant je le fais et aussi sur la demande des patients.

Un patient en maison de retraite m'a dit qu'il avait rencontrée une amie et qu'il souhaitait faire le dépistage.

Des fois gêne de ma part dans certains cas, on ne sait pas quelles questions poser au départ sur qu'est-ce que c'est qu'une IST, comment ça se transmet, est-ce qu'on interroge les patients sur ses pratiques, où est-ce qu'on s'arrête, où est-ce qu'on rentre dans l'intimité des gens, où est-ce qu'on devient trop invasif ou est-ce qu'on laisse aux patients de gérer ?

Moi : Penses-tu que la société a évolué son regard sur les IST ?

T : La société je ne sais pas.

J'entends parler que l'usage du préservatif est en recul chez les adolescents.

Parce que le SIDA peut devenir une maladie chronique, on sait que c'est grave mais on peut vivre avec et longtemps avec.

Les autres IST sont passés complètement à l'as.

On ne peut pas leur en vouloir car même nous avant de faire des études de médecine :syphilis ??? hépatite B ou C ???

Les gens après 50 ans savent ce que c'est que la « chaude-pisse » mais pas ceux d'avant.

Au niveau sociétal, le dépistage est peut-être plus facile.

Les gens sont peut-être plus au courant mais au niveau des mesures de prévention, j'ai l'impression que les gens se protègent moins.

Moi : Oui je vois ce que tu veux dire. Il existe actuellement une augmentation de la prévalence pour la syphilis et il existe maintenant un traitement que l'on peut dire curatif pour l'hépatite C. Et apparemment l'espérance de vie pour une personne porteuse du VIH traitée est identique à la population française.

13) *Moi* : On va parler de sexualité avec les patients, comment te situes-tu avec l'abord de la sexualité en tant que remplaçant ?

T : Je ne pense pas avoir de tabou, de barrière.

Je ne me pose jamais la question de savoir si je vais choquer ou pas. Si je pose la question d' IST, je ne me pose pas la question quelque soit la personne en face de moi.

Après il faut savoir comment l'amener.

Après c'est plutôt dans la gestion de ce qui se passe après : je ne pense pas avoir été gêné par ce qu'un patient me disait par contre je me suis senti parfois gêné par les questions qu'ils me posaient, c'est un peu paradoxal. Il y a une fois il y a un type qui m'expliquait ses pratiques, on rentrait trop dans le démonstratif. Je me suis dit : « OK c'est bien de savoir mais pas dans les détails ». Il voyait des prostitués, je ne lui en ai pas tenu rigueur. Je lui ai parlé du risque de transmission bucco-génitale, je me suis gêné de lui poser la question.

Ce n'est pas quelque chose que j'aborde systématiquement.

Moi : Et ça t'est déjà arrivé de le faire ?

T : Jamais quasiment. Peut-être parce que je suis remplaçant, et je ne sais pas quelle est la légitimité d'initier cette réflexion.

Moi : Pourrais-tu identifier des freins ou des facteurs favorisant ?

T : Oui ! Il y a peut-être un facteur favorisant, les personnes jeunes de moins de 20 ans. Souvent c'est dans le cadre d'un renouvellement de pilule : je leur demande comment ça se passe et si elle utilise le préservatif.

Le problème est que les jeunes filles quand elles ont 16 ans, viennent souvent avec leurs mamans et là je n'aborde pas.

Les garçons viennent pour des certificats médicaux, je pense que ce n'est pas bien parce que je ne le fais pas parce qu'ils ne viennent pas pour parler de ça.

Moi : Oui c'est pas facile. J'arrive à parler de prévention sexuelle lors des certificats chez les jeunes hommes sauf quand ils sont accompagnés mais c'est toujours délicat.

T : Après tu te dis aussi que ce n'est pas mon rôle de parler de sexualité. Je ne suis pas là pour dire ce que doivent faire les gens. Après je leur dis que je ne jugerai aucune pratique tant qu'elle est protégée. Ça, j'arrive à le faire avec les jeunes filles même si il y a leurs mamans.

Moi : D'accord et chez les garçons, c'est plutôt par gêne ?

T : C'est parce que j'y pense pas. Pour les certificats de sport : les jeunes garçons de 15-16 ans sont souvent seuls mais pour être franc si il faut faire le test du Ruffier, regarder si ils ont pas une scoliose et prendre leur tension et faire leur certificat de sport, je n'ai pas le temps d'y penser.

En tant que remplaçant je suis persuadé, peut-être à tort, que les médecins que je remplace, certains sont incapables d'aborder la sexualité, parce qu'ils sont comme tout le monde. Je pense qu'il y a des gens qui portent des jugements sur le comportement de leurs patients mais je pense que la plupart des médecins ne le font pas.

Après je me dis que si personne ne lance de perches, qui le fera ? Je pense qu'il ne faut pas se poser de questions, il faut le faire et voilà. Encore une fois, choqué le patient n'est pas un problème. Je n'ai pas la crainte que le patient ne revienne pas. A la rigueur, ils vont dire : « - Ah, le remplaçant, quand même il s'incruste dans la vie privée », mais je m'en fous.

Moi : Oui tant que la discussion n'est pas hyper intime.

T: Bien sûr ! Il faut temporiser la conversation.

Les répercussions, je ne les ai pas. Et le médecin va sûrement expliquer que c'est rien, que c'est parce que je suis un jeune.

Après je ne dis pas que j'aime choquer les patients.

La notion du temps n'est pas un facteur qui m'empêche poser la question, c'est vraiment de ne pas y penser. Je ne me dis pas que parler de dépistage va me prendre 5 minutes de plus. Je fais des trucs des trucs et je n'y pense pas, même le soir en rentrant.

C'est ce jour que je me pose la question.

7. *Moi* : Comment abordes-tu la proposition d'un dépistage et de la prévention des IST dans ta pratique ?

T: En France métropolitaine, le dépistage des IST est essentiellement basé sur la demande du patient ou situations à risque.

Mais ça ne m'a pas arrivé beaucoup de fois, je n'en ai pas le souvenir.

J'entends abus sexuels ou ce genre de choses, ça m'est déjà arrivé aux urgences.

A la Réunion, ça m'est arrivé parce que j'en discutais avec les médecins du coin, et du fait des courriers de la sortie d'hôpital où c'était marqué de le proposer.

C'était plus présent et je me disais que dans les DOM, il y a une recrudescence des IST ; donc à la Réunion j'abordais plus facilement ces sujet là.

Et en plus sur les courriers, ils mentionnaient qu'il ne fallait pas se lier à la limite d'âge, je crois.

Ça m'est arrivé, 1 à 2 fois par jour de le proposer, ce qui est comparé à la métropole c'était x fois plus grand.

Moi : Et à qui le proposais-tu ?

T: Parfois de façon systématique.

Des patients qui avaient 40-50 ans, même si ils étaient en couple. Après c'est un préjugé mais les réunionnais me disaient qu'ils avaient le sang chaud (rires...).

Je ne leur demandais pas si ils allaient voir ailleurs

Par contre je ne le faisais pas fréquemment de parler de préservatif lorsque les gens étaient en couple.

Par contre les gens célibataires de 20 à 70 ans, dans ces cas là ça m'est arrivé de poser la question plus fréquemment.

Le problème c'est que ça arrivait avec des gens avec qui j'avais un peu discuté avant.

Je discutais de prévention par exemple lors des certificats de sport.

Le problème avec les renouvellements d'ordonnance, dès qu'il y avait d'autres choses qui venaient parasiter comme l'évolution de la pathologie, non je ne posais pas la question du dépistage.

Au début tu essayes de faire plein de choses à la fois autre que le motif de consultation mais avec l'expérience tu te rends compte que ce n'est pas forcément rendre service au patient car tu n'as pas approfondi avec lui et ça risque d'être anxiogène pour le patient.

Si ça allait bien, si il était célibataire, je lui en parlais.

Moi : Oui.

Lorsqu'une consultation dure 5 minutes, je pense qu'il est aussi plus facile de refaire le point sur son état de santé et donc de proposer un bilan d'IST alors que peut-être le médecin de famille « meublerait » plus en demandant des nouvelles des enfants ou des grand-parents.

T: Tu as raison, quand on est médecin de famille, tu les connais et donc tu discutes de leur boulot, de leurs vacances, de leurs activités etc... Nous, on les connaît pas.

Moi : Penses-tu que c'est plus facile de proposer ce genre de bilan en tant que remplaçant ou installé ?

T: Je dirais que ce n'est pas pareil, c'est différent.

On a un œil neuf, on ne porte pas de jugement parce qu'on ne connaît pas les patients et du coup ça serait plus facile pour certaines personnes.

Par exemple, une situation compliquée où le couple connaît le médecin, et ça c'est assez fréquent. Ça peut être des amis ou des voisins, et là dans ces cas là je suis persuadé qu'il est impossible pour l'un des membres du couple de parler de sexualité ou de problèmes conjugaux.

Et inversement, il y a des gens pour qui c'est très difficile de se confier à un étranger. Il y a un lien de confiance avec le médecin installé.

On voit par exemple pour moi que en gynéco, je ne fais pas de frottis mais même je n'ai pas une seule demande de frottis même lorsque je remplace un médecin qui en fait habituellement. Alors que logiquement on devrait en avoir une ou deux.

Je me dis que pour ces patients là, c'est le médecin avec leur lien de confiance qui peut y arriver.

Rappel des nouvelles recommandations du plan national IST

- 9) *T:* Ça me fait rappeler que au cours d'un bilan systématique, il m'arrive parfois de le proposer. Lorsque ce sont des gens de 40 ans qui viennent pour un simple renouvellement, je leur dis simplement : « - Voulez-vous que l'on fasse le dépistage des IST ? », si la personne me regarde un peu bizarrement, je dis : « - Je vous propose de manière systématique » et ça s'arrête là, et après j'attends que le patient me dise oui ou non.

Moi : Oui ça suit bien les recommandations car ils disent bien de le proposer lors d'un bilan systématique en dehors de toutes notions de risque.

Donc que penses-tu de ces reco ?

T: Ça me paraît bien.

Après moi ma réflexion c'est de me dire : quand on a une campagne de dépistage à un échelon locorégional au minimum, c'est quand même beaucoup plus facile d'aborder ce sujet là.

Quand il y a une campagne de dépistage, je trouve que c'est plus facile d'aborder ce sujet parce que les gens sont au courant via les médias, déjà ça fait sauter les verrous même si les gens ne se précipitent pas.

Mais du coup, vu que c'est la sécu qui le demande, le fait qu'il y ait une institution qui fasse des recommandations, ça peut être un prétexte une base sur lesquels s'appuyer : « - Il y a de nouvelles recommandations c'est pour ça que je vous le propose ».

C'est important d'expliquer aux gens que ce n'est pas culpabilisant.

Moi : C'est exactement ça, les gens savent aussi qu'ils ne sont pas les seuls. Parce que aller dans un laboratoire avec un bilan où c'est marqué VIH, ça peut être gênant.

Mais les études montrent que les patients refusent rarement.

T: Moi je n'ai jamais eu de refus.

Mais mon quota de demandes perso n'est pas suffisamment important, j'ai peut être demandé 20 fois de mon propre chef.

Moi : Je le propose un petit peu plus mais j'ai déjà quelques refus mais c'est rare. Ils le prennent assez positivement.

T: Je pense qu'on se met un frein qui est humain pour rien.

Après attention, je ne vois plus la campagne affichée sur les bus pour dire de faire attention aussi aux autres IST autre que le SIDA.

Il est important de mettre ça dans les bars, d'être au contact avec les populations.

Moi : Est-ce que tu reçois les recommandations officielles ?

T : Non je ne les reçois pas et pour être franc je ne vais pas les chercher non plus.

Je vais les chercher quand j'y pense, quand j'ai un peu de temps.

Quand je rentre à la maison, je bosse rarement.

Quand on me les apporte, je les prends, comme toi avec les IST mais pas de moi même.

Je suis abonné à « Prescrire » depuis 3 ans mais je les lis rarement.

Je commence à m'inscrire à des formations mais ça se fait tout doucement.

On a travaillé pendant longtemps pour passer et avoir les examens mais finalement si tu vas chercher un truc maintenant c'est pour toi, pour que ça se passe bien. J'y vais moins à reculons, je suis payé pour ça.

1. *Moi* : As-tu des questions, des commentaires, des choses que tu voulais aborder et que l'on n'a pas parlé ?

T : Non, je pense qu'on a fait le tour.

D'un point de vue personnel, je n'ai jamais fait un dépistage d' IST. Mon histoire personnelle me dit que j'en ai pas besoin mais bon, je me dis que parmi les médecins, qui fait un bilan ? Vu qu'on ne sait pas se soigner, on est faussement protégé.