

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

ANNEE 2020

2020-67

**LES STRATEGIES MISES EN PLACE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME POUR
LE DEPISTAGE ET LA PREVENTION DES IST
Étude qualitative menée auprès de dix médecins
généralistes de la Somme**

**MEMOIRE
DE D.E.S. DE MEDECINE GENERALE
THESE
POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE
(DIPLOME D'ETAT)**

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2020

Par Marie Cécile BEAUDOIN

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

JUGES : Monsieur le Professeur Antoine GALMICHE

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Julien CORDONNIER

A mon président de jury

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

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

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Externe j'ai eu la chance de faire mes premiers pas en service de médecine dans votre service. J'y ai appris les bases de l'examen clinique, de l'interrogatoire, à présenter un patient lors de la visite du mercredi... J'ai également découvert l'infectiologie et les bases que j'ai acquis dans votre service me servent quotidiennement. J'y ai aussi fait mes premiers pas d'interne en tant que FFI, sereinement grâce à la bienveillance et la pédagogie dont vous avez fait preuve à mon égard, ainsi que l'ensemble du service.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Antoine GALMICHE
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Chef du Service de Biochimie
Centre de biologie humaine

En PI, nous avons été gavés de connaissances, lors de cours que nous avons plus ou moins compris mais appris par cœur. Entre ces heures de cours anonymes, je me souviens du cours sur les immunoglobulines, donné par un professeur motivé, qui ne voulait pas nous lancer un powerpoint à apprendre bêtement mais qui voulait vraiment que l'on retienne ce qu'étaient les immunoglobulines à la sortie de l'amphi, que nous ayons compris les bases. Merci pour ce cours dont j'ai toujours un excellent souvenir 10ans plus tard. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Épidémiologie, Prévention et Économie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Épidémiologie

Merci de m'avoir fait découvrir la santé publique, non comme une obscure spécialité mais comme une pratique en lien avec la médecine du quotidien. Durant cette crise mondiale liée au Covid, la connaissance de la LCA s'est avérée primordiale pour savoir lire les dizaines d'articles qui sortaient chaque semaine. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS
Professeur des Universités (Médecine Générale)
Directeur du Département de Médecine Générale
Assesseur du 3ème cycle

Merci de m'accueillir au sein du DMG avec ce poste de chef de clinique de médecine générale. L'enseignement m'a toujours beaucoup attiré et j'ai à cœur d'apprendre toujours plus et de transmettre mes connaissances aux futurs internes de médecine générale. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

Maître de Conférences

Département de Médecine Générale

Merci de venir partager avec nous votre expérience de la médecine générale, tant lors des cours « magistraux » que des GEP, qui sont des moments plus que formateurs. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Julien Cordonnier

Médecin généraliste

Juju, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, je n'aurai pu rêver meilleur directeur, plus disponible et investi que toi! Je pense que nous aurons tous les deux autant la pression quand il faudra soutenir ce travail, avec nos jolies toges pleines de poussières ! Tout le monde n'a pas la chance de boire des bières sur les pistes de ski avec son directeur de thèse et j'ai apprécié tous les moments de travail comme de loisir passés ensemble .

A mes parents,

Merci pour votre soutien tout au long de ces études. Papa merci pour ce stage dans ton cabinet qui a achevé de me convaincre que la médecine générale était faite pour moi. « Quand je serai grande je veux être docteur, comme papa ». C'est maintenant un de mes grand défi, d'être un aussi bon docteur que toi . Maman merci pour ces mercredi midi ensembles à débriefer mes stages et mes cours ! Promis je ne réveillerai jamais le psychiatre d'astreinte a 3h du mat' si le patient est encore saoul

A Pit,

Il y avait définitivement trop de Docteurs Beaudoin sur Amiens, tu as bien fait de partir faire ton internat à la montagne. Tu seras un super radiologue, je suis fière de toi. Compte sur moi pour venir faire du ski chez toi, partir loin ne te débarrassera pas de ta grande sœur préférée si facilement .

A Pépé et Mémé,

J'espère que d'où vous êtes vous me voyez et que vous êtes fiers de votre arrière petite fille.

A Papy et Mamie,

Merci pour les nuggets du vendredi midi et la relecture de cette thèse, Mamie la secrétaire qui tape plus vite que son ombre !

A Mamie Monique,

Merci pour ces visites de la statuaire du musée après l'école, le début de mes dessins d'anatomie

A Pierre-le Mimou,

Merci d'être le meilleur des meilleurs amis et de m'avoir écouté râler (je ne râle jamais) durant toutes mes études, soutenue quand ça n'allait pas. A nos 500 textos quotidiens depuis 12 ans, qui ont compensé la distance de tes déménagements. Te voir à cheval est la plus belle surprise de cette année.

Aux Girls of Love,

Cathoche, on se supporte depuis 10ans maintenant, ce qui a commencé par des pleurs sur les bancs de l'amphi de P1 s'est poursuivi par des pleurs en salle des thèses lorsque tu lisais le serment, il faudra un jour qu'on arrête de pleurer ensemble. A quand le retour au sommet de la Dent D'Oche, sous le soleil ?

Gaby pour nos week end de poney, nos whatsappéro, merci de m'avoir appris à me maquiller en P2 avant un Fort Manoir; j'ai vraiment bien fait d'acheter cette tente 4 places pour pouvoir t'héberger au WEI !

Loulou et Elo pour toutes nos discussions, pour ces vacances à la montagne, pour ces soirées inoubliables , merci pour tout ces bons moments passés et surtout pour tout ceux à venir.

Loulou j'ai tellement hâte de rencontrer Pimprenelle .

Quentin,

La caution virilité de la team des copines glousseuses, merci pour toutes ces soirées à tes côtés, nous sommes d'accord sur l'essentiel : il faut choisir Salamèche

A Émeline et ses nombreux chromosomes,

Merci pour ton aide en anglais. Vivement nos prochaines soirées à la montagne !

A Alice la meilleure des co-interne féministe,

On a survécu au semestre de l'enfer grâce à notre amitié et aux madeleines industrielles de 4h du mat. L'internat n'aurait pas été pareil sans notre rencontre.

A tous mes co-internes Joy, Thibaut, Sarah, Charles, Vivien,

Merci d'avoir supporté mes « j'ai faim » à partir de 11h05 tous les jours de stage

A Ben et Ingrid, Clem' et Seb', Camille et Greg',

La vie à Abbeville est géniale grâce à vous. A Mayha et Zélie merci pour toutes ces petites piqûres de rappel régulières « Alors elle avance ta thèse ? »

A Claudine,

Merci de ton soutien depuis le début du début de ma scolarité, même si tu détestais nos histoires de médecine et d'hôpital, tu les as écoutées pendant des années tous les mercredi midi.

A Natacha, Constance et Angèle,

Merci d'être là depuis toujours. Angèle, quel coup de vieux que de te croiser aux soirées de l'internat. Tu feras un excellent médecin quelque soit la spécialité que tu choisira (même si la med' G c'est la meilleure des spé, je ne ferai pas la tête si tu choisis autre chose)

A Middays et Little-Louise

Pour nos heures de discussions sur les IST et l'intérêt d'expliquer et de ré expliquer encore et toujours, qui a dérivé sur deux belles amitiés. Vous êtes le tout début du commencement de cette thèse

A la Team Poney et à tous les Centaures,

Merci pour ces week end de folie, ces galops sur la plage , ces auberges Hensoniennes qui sortent de la routine de l'hôpital. Vivement nos prochaines ballades. Eyhnonn t'as intérêt à l'avoir, cette P1, qu'on puisse fêter ta thèse un jour.

A Julie pour nos bouffes du jeudi midi, à Chloé, Tom, Nico, Emilie, Fanny, Thibaut, et aux amis de mon ours que j'oublie

Merci de m'avoir adoptée si vite.

Aux médecins qui ont répondu à mes questions, merci d'avoir participé à l'élaboration de cette thèse et de m'avoir accordé votre temps et livré un morceau de votre expérience.

Aux médecins qui m'ont accueillie en stage, en ville comme à l'hôpital, merci de m'avoir transmis vos connaissances, de m'avoir guidée, de m'avoir tant appris, de cette médecine qu'on ne peut apprendre dans les livres.

Aux équipes de tous les services où je suis passée en stage, IDE, aides soignant.e.s, secrétaires, merci de votre patience à l'égard du bébé médecin un peu perdue que j'ai été, votre tolérance pour mes bégaiements dans les courriers dictés, les bons de labos mal remplis, les prescriptions mal faites sur le logiciel, le rattrapage des toutes mes erreurs (non je ne voulais pas mettre 12 grammes de paracétamol IV à cet enfant en vrai) merci pour tout ce que j'ai appris en travaillant à vos côtés.

A Julien,

L'écriture d'une thèse nous à toujours beaucoup rapproché. Merci pour ton soutien durant la rédaction de ma thèse, maintenant que nous sommes docteurs tous les deux, tu ne pourra plus user de ta supériorité de docteur sur moi .

Merci pour ces années à tes côtés, en attendant maintenant toutes celles à venir, j'espère que tu n'aura plus jamais les mains froides.

Je t'aime.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	21
INTRODUCTION.....	22
MATERIEL ET METHODE	25
I) Choix de la méthodologie qualitative	25
II) Choix de l'échantillon.....	26
III) Déroulement des entretiens.....	27
IV)Analyse des données.....	27
RESULTATS	28
I) Caractéristiques de l'échantillon.....	28
II) Une épidémiologie préoccupante	30
A) Une véritable épidémie d'IST, une situation de crise.....	30
B) Les causes de cet état de crise.....	30
1) Les causes liées aux médecins : des manquements dans le dépistage et la prévention	30
2)Les causes liées aux patients :	31
a) La peur du SIDA recule.....	31
b) Une multiplication des pratiques « à risque ».....	31
III) Le ciblage de la population	32
A) Un ciblage flou.....	32
B) Un ciblage plus précis	32
1) Les filles	32
2) Les jeunes adultes et les célibataires.....	33
3) Le partenaire.....	33
4) Les usagers de drogue intraveineuse.....	33
C) Les difficultés du ciblage des populations	34
1) Une mauvaise évaluation du risque d'IST encouru par le patient de la part du généraliste	34
2)Les couples.....	34
3)Les hommes, une cible plus difficile à prendre en charge.....	34
4) Les généralistes ne se sentent pas écoutés par les patients lorsqu'ils parlent d'IST ..	34
5) Le cas des parents.....	35
a) Le parent comme frein.....	35
b) Le parent comme allié.....	35
c)Une demande de la part des parents.....	35
IV) Les particularités de la médecine générale dans la prévention et le dépistage des IST.....	36
A) Le rôle clef de la médecine générale	36
1) Une médecine de premier recours	36
2) Un rôle central reconnu par les médecins.....	36
3) Une question bien accueillie par les patients.....	37
B) Le suivi et la connaissance du patient : à la fois frein et atout.....	37
1) Un atout	37
2) Un frein	38
C) Les freins rencontrés inhérents à la pratique de la médecine générale.....	39
1) Les freins dans la pratique quotidienne.....	39
a) Un manque de temps.....	39
b) Les IST, pas le motif principal de la consultation	39
c) Un manque de connaissances.....	39
d) Un oubli.....	40

e) Et une certaine démotivation.....	40
2) Des difficultés relationnelles	40
a) Une certaine gêne face à une question tabou.....	40
b) Une peur de vexer le patient.....	41
c) La différence d'âge ou de sexe avec le patient.....	41
d) Une absence de légitimité ressentie par les médecins généralistes à aborder la question des IST en médecine générale.....	41
IV) Le dépistage en pratique	42
A) Les consultations prétextes :	42
1) La prescription de la pilule contraceptive	42
2)Le certificat de non contre indication à la pratique sportive.....	42
3)La vaccination par le GARDASIL®	42
4)Le bilan obligatoire de début de grossesse.....	43
5) Une demande de la part du patient	43
6) Le patient symptomatique.....	43
B) Les différents moyens pour aborder le sujet des IST lors d'une consultation	44
1) Le risque de grossesse non désirée.....	44
2) L'entourage.....	44
3) Lors d'un événement de vie : couple, séparation , discussion sur l'orientation sexuelle	44
4) La pornographie.....	45
5) Se dédouaner en évoquant une demande de la part d'un organisme comme la SECU ou l'OMS.....	45
6) Évoquer une contamination non sexuelle.....	45
7) L'usage de l'humour.....	46
8) Expliquer et re-expliquer	46
C)Amener le patient à parler des IST.....	46
1) Des affiches et un classeur en salle d'attente.....	47
2) Par une question au patient.....	47
3)Laisser la porte ouverte.....	47
V) Vers une amélioration des pratiques	48
A) Le recours à une aide extérieure.....	48
1)Les particularités du cabinet de groupe.....	48
2)D'autres acteurs que le médecin traitant.....	48
3)Une action plus systémique	49
a) La mise en place de numéros verts.....	49
b) Un accès facilité aux TDR.....	49
c) De grandes campagnes publicitaires.....	49
d) Un dépistage organisé.....	50
B) Plus de rigueur dans sa propre pratique	50
1) Proposer de façon plus systématique le dépistage.....	50
2) ...en s'aidant de l'informatique	51
3) Avoir envie de s'améliorer.....	51
DISCUSSION.....	52
Discussion de la méthode : forces et faiblesses de l'étude.....	52
I) Forces.....	52
A) Le choix de la méthodologie.....	52
B) Réalisation et codage.....	52
II) Faiblesses.....	53
A) Biais de recrutement	53

B) Biais liées aux conditions de réalisation	53
C) Biais liés à l'enquêteur	54
DISCUSSION DES RESULTATS	55
I) La population cible.....	55
A) Une véritable épidémie d'IST	55
B) Le ciblage de la population : la facilité de mise en œuvre au détriment de l'épidémiologie	56
C) Trois catégories difficiles à cibler.....	57
1) Les HSH	57
2) Les hommes jeunes, plus rarement vus en consultation	58
3) Le patient « a priori » non à risque	59
D) Vers un dépistage systématique pour contourner ces freins	59
II)Les consultations propices à l'abord des IST	60
A) La demande du patient	60
B) La consultation prétexte	60
C) Le GARDASIL®.....	61
D) Le nouveau patient	62
IV) Les freins	63
A) Le manque de temps	63
B) La gêne.....	64
1) La gêne liée à l'abord de l'intime	64
2) La gêne liée à la différence d'âge et de sexe entre le médecin et le patient.....	64
C) L'ambivalence du rôle du médecin de famille	65
1) La relation médecin malade	65
2) La communication médecin malade.....	65
V) Propositions d'améliorations	66
A) Affiches et grandes campagnes.....	66
B) Site internet et numéro vert	66
C) Dépistage plus systématique, avec une généralisation des TDR et auto prélèvements...67	
1) Le VIH.....	67
2) Les autres IST	67
D)Proposition de consultation de prévention pour les jeunes à l'âge de 16ans.....	68
E) Proposition de formation pour les Médecins généralistes	69
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	77
Annexe 1, guide d'entretien.....	77

LISTE DES ABREVIATIONS

IST : Infections sexuellement transmissibles

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

HSH : Homme ayant des rapport sexuels avec des hommes

CDAG : Centre de dépistages anonymes et gratuits

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

INTRODUCTION

*Dans quel philtre dans quel vin dans quelle tisane,
Noierons nous ce vieil ennemi,
Destructeur et gourmand comme la courtisane,
Patient comme la fourmi ?*

Dans quel philtre ? - dans quel vin ? - dans quelle tisane ?

[...]

L'irréparable ronge avec sa dent maudite

Notre âme, piteux monument,

Et souvent il attaque, ainsi que le termite,

Par la base le bâtiment

L'irréparable ronge avec sa dent maudite !

Charles BAUDELAIRE , L'irréparable [1]

Ces vers sont extraits des Fleurs du mal, écrits par Charles Baudelaire en 1861. Ils évoquent le mal qui le ronge, lui comme tant d'autres de ses contemporains, et auquel on ne connaît à son époque pas de remède : la vérole.

Dans notre esprit, la vérole, aujourd'hui plus communément appelée syphilis était une maladie confinée aux romans et poèmes des 19ème et 20ème siècle, disparue depuis, et nous ne pensions plus la rencontrer dans notre pratique de la médecine générale en 2020.

Notre opinion a changé dès nos premiers stages d'externe, en particulier dans le service de pathologies infectieuses et au planning familial, où nous avons été touchée par la prise en charge de certains patients souffrants d'IST et de leurs complications, ce qui nous a amené à nous intéresser à la problématique des IST.

L'incidence des IST est en forte augmentation depuis une dizaine d'années. On note une progression des infections par le Chlamydia et le gonocoque [2] , près de 6000 nouvelles séropositivités pour le VIH en 2015 avec une absence de contrôle de cette épidémie chez les HSH (les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) . On constate également une recrudescence des cas de syphilis , prouvant qu'elle n'est en rien une maladie moyenâgeuse, mais un véritable problème de santé publique, tout comme les autres IST.

Pour certaines IST comme le VIH, l'hépatite B , l'herpès, nous ne bénéficions pas de traitements curatifs efficaces et même si des traitements permettent de diminuer la contagiosité des personnes atteintes et de leur offrir une certaine qualité de vie, ils ne les guérissent pas. La meilleure stratégie consiste à éviter de nouvelles contaminations par la

prévention, et à dépister les personnes atteintes non symptomatiques afin qu'elles cessent d'être vecteur de la maladie. C'est là tout l'enjeu de notre travail, s'intéresser à la prévention et au dépistage. Les différents plans de lutte contre le VIH rappellent d'ailleurs leur importance [3] [4].

Or il semble que la prévention et le dépistage souffrent de nombreuses carences.

En effet, une majorité de jeunes pensent que le VIH n'est plus au cœur des actions de prévention dont ils bénéficient [5]. De plus ils n'effectuent en réalité qu'une seule session de prévention relative aux IST lors de leur scolarité au lieu des 3 sessions annuelles prévues par les réformes gouvernementales [6].

De nombreux acteurs sont mis en avant pour effectuer ces actes de prévention et de dépistage : les centres de planification familiale, les CDAG, les associations mais également les médecins généralistes.

La conférence d'Alma Ata [7] rappelle la dimension holistique de la médecine générale et sa prise en charge de l'individu dans sa globalité, laquelle comprend donc des actes de prévention et de dépistage afin de maintenir en bonne santé une population. De nombreuses études montrent également que le médecin généraliste est un premier recours pour beaucoup de patients, tant de façon générale que pour la problématique des IST. [8]

Les médecins généralistes ont donc un rôle important à jouer dans la question des IST, se révélant être un problème de santé publique et d'actualité. Ils sont une des pierres angulaires du dépistage et de la prévention. Ce travail se propose d'étudier les spécificités du rôle de médecin généraliste dans une question qui relève à la fois de la santé publique, du soins des populations, mais également qui touche à l'intime, ce colloque singulier entre le médecin et son patient.

Concernant la gestion des IST par les médecins généralistes, de nombreux travaux de recherche ont été menés. Si l'on sait par exemple qu'ils prescrivent en moyenne 5,9 sérologies VIH par mois [9], il n'existe pas de travaux étudiant la façon de faire des médecins généralistes installés dans la Somme, les techniques qu'ils emploient pour aborder le sujet des IST avec leurs patients, tant sur le plan du dépistage que de la prévention, ce que notre travail se propose d'étudier.

Le choix de l'étude qualitative s'est imposé à nous assez rapidement : en effet le but de ce travail est d'étudier les stratégies utilisées par les médecins. Un travail quantitatif n'aurait pas permis de générer des hypothèses nouvelles pouvant décrire les prises en charge des médecins généralistes et aurait borné les réponses obtenues aux choix d'un questionnaire, choix proposés par le chercheur réalisant ce travail et ne reflétant pas forcément toute la diversité des stratégies employées par les médecins interrogés.

L'objectif principal de ce travail est donc d'étudier les stratégies mises en place par les médecins généralistes de la Somme concernant le dépistage et la prévention des IST .

L'objectif secondaire de cette étude est de mettre en avant les freins rencontrés par les médecins généralistes et les moyens qu'ils évoquent pour permettre de contourner ces freins, améliorant ainsi le dépistage et la prévention des IST.

MATERIEL ET METHODE

D) Choix de la méthodologie qualitative

Nous avons choisi d'utiliser la méthodologie qualitative pour ce travail de thèse. En effet la question de recherche consistait à étudier les stratégies mises en place par les médecins

généralistes, et il nous paraissait nécessaire de réaliser un travail exploratoire pour générer des hypothèses de recherche sur les pratiques des médecins généralistes, ce que propose la méthodologie qualitative [9] .

L'adoption de la méthodologie quantitative aurait pu, à notre sens, risqué de borner la description de la pratique des médecins généralistes aux simples propositions d'un questionnaire à choix multiples.

Un guide d'entretien semi-dirigé à été réalisé en amont (annexe 1) . La première partie permettait de caractériser l'échantillon en fonction de l'âge, du sexe, du type et du lieu de pratique des médecins interrogés. Ensuite la première question était une « question d'accroche », permettant de contextualiser le sujet et de lancer les entretiens. Les deux questions suivantes étaient directement en lien avec notre objectif principal tandis que les deux dernières étaient plus vagues, afin de pouvoir rebondir sur les réponses apportées. La technique de relance ouverte était utilisée pour inciter les médecins interrogés à aller au bout de leur réflexion et approfondir les problématiques en rapport avec nos questions de recherche. [10]

II) Choix de l'échantillon

Nous avons choisi d'étudier les pratiques des médecins généralistes installés dans la Somme. Le seul critère d'inclusion à notre étude était d'être un médecin généraliste installé dans la Somme et de consentir à la participation à ce travail de thèse.

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

Les médecins généralistes ont été recrutés de proche en proche, en commençant par des médecins que nous connaissions, pour avoir par exemple été en stage dans leur cabinet. Les médecins suivant ont été recrutés en cherchant une variation maximale sur l'âge, le sexe, le lieu d'installation et le mode d'exercice, afin de retrouver une variabilité maximum dans les réponses . [10]

Ils ont été contactés par téléphone, ont été informés du sujet de la thèse, du type de travail effectué, et de la réalisation d'entretiens semi dirigés enregistrés puis anonymisés . Après avoir donné leur accord, la date et le lieu de rendez vous étaient fixés à leur convenance . Certains médecins contactés ont refusé de participer aux entretiens, pour motif d'un manque de temps essentiellement mais également de manque d'intérêt pour le sujet de la thèse.

III) Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins interrogés sauf un, à son domicile.

Il a été réalisé un premier entretien « test » afin de se familiariser avec la méthode des entretiens semi dirigés et d'éprouver le guide d'entretien. Cet entretien a par la suite été rajouté au pool des autres entretiens, le guide n'ayant pas été modifié après cet entretien. Le nombre d'entretiens nécessaires n'a pas été fixé à priori mais, comme le veut la méthodologie qualitative, une fois la saturation des données atteinte, c'est à dire lorsque le dernier entretien réalisé n'a pas apporté d'idées nouvelles. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour vérifier que cette saturation des données était bien atteinte .[11] [12]

Les entretiens étaient enregistrés avec un téléphone mobile équipé de l'OS Android, en mode dictaphone puis intégralement retranscrits mot à mot sur un ordinateur à l'aide du logiciel de traitement de texte Open Office Writer.

IV)Analyse des données

Les textes des entretiens ont ensuite été codés, chaque idée exprimée par les médecins interrogés étant retranscrite sous forme de « code » à l'aide du logiciel QDA Miner Lite qui est un outil d'analyse permettant de coder, phrase par phrase, sans grille préanalytique les textes des entretiens, selon la méthode de la théorisation ancrée [13] [14].

Les entretiens ont été codés un par un, directement après la réalisation de chaque entretien, avec des allers-retours fréquents entre l'entretiens en cours de codage et les entretiens précédemment codés, permettant de vérifier la présence ou l'absence des codes, leur validité et leur cohérence entre eux et avec le sujet de recherche [12].

C'est lors qu'aucun nouveau code n'a pu être mis en évidence que nous avons pu conclure à la saturation des données [12] .

Une triangulation, c'est à dire un second codage, en aveugle du premier, à été réalisé par un médecin extérieur à l'étude, concernant les trois premiers entretiens, afin de renforcer la validité interne de l'étude. Les codes et nœuds retrouvés dans ce second codage étant superposables au codage réalisé initialement, la méthode de codage a été jugée cohérente et efficace.

Les codes ont ensuite été regroupé entre eux, en thèmes plus généraux, afin d'obtenir un diagramme de concepts, diagramme dont les limites étaient celle de la question d'étude [11]. Ce diagramme à ensuite été mis en page sous forme d'un plan plus linéaire, adapté à la

présentation sous forme de texte.

RESULTATS

I) Caractéristiques de l'échantillon

Praticien	Sexe	Tranche d'âge	Mode d'exercice	Lieu d'exercice
------------------	-------------	----------------------	------------------------	------------------------

interrogé				
P1	Homme	50-60	Cabinet individuel	Urbain
P2	Homme	50-60	Cabinet groupe	de Urbain
P3	Homme	50-60	Cabinet individuel	Rural
P4	Homme	>60	Cabinet groupe	de Urbain
P5	Homme	50-60	Cabinet groupe Réfèrent VIH	de Urbain
P6	Femme	40-50	Cabinet groupe	de Rural
P7	Homme	>60	MSP	Rural
P8	Homme	30-40	MSP	Rural
P9	Femme	40-50	Cabinet groupe DU de gynéco	de Urbain
P10	Femme	30-40	Cabinet groupe	de Urbain

Un test de dépistage impose de partir du constat d'une épidémiologie préoccupante, concernant un problème de santé publique , puis de définir une population cible à ce dépistage, des acteurs pouvant prendre en charge cette mission, en ayant conscience des freins éventuels qu'ils pourraient rencontrer, et enfin de définir les stratégies dudit dépistage. Elles se heurteront inévitablement à des freins qu'il convient de repérer afin de pouvoir les contourner au mieux . Nous choisissons donc de présenter nos résultats en suivant ce plan : constat épidémiologique, acteurs du dépistage, population cible, stratégies, freins et contournement

II) Une épidémiologie préoccupante

A) Une véritable épidémie d'IST, une situation de crise

Les médecins généralistes semblent conscients de l'existence de cette épidémie d'IST , et de son caractère préoccupant , tant en terme de santé publique que du point de vue de la santé de l'individu, avec une augmentation de l'incidence des différentes IST remarquée dans une pratique quotidienne, touchant toute la population , pour tous les type d'IST.

P8 : *« Ça devient assez préoccupant, dans notre bassin de -petite ville rurale- en tout cas , dans les jeunes, de plus en plus fréquent, c'est pas du quotidien mais ça devient vraiment hebdomadaire d'être confronté à ça. »*

P2 : *«C'est incroyable d'ailleurs, c'est de la folie, et tout le monde, du prof au jeune puceau. »*

Ils considèrent cette épidémie d'IST comme une urgence médicale à prendre en charge.

P1 : *« On a urgence à soigner les gens »*

B) Les causes de cet état de crise

1) Les causes liées aux médecins : des manquements dans le dépistage et la prévention

Lorsque nous leur demandons leur avis sur les causes ayant mené à cette épidémie, ils évoquent en premier lieu un manquement dans le dépistage et prévention des IST. Ils évoquent aussi leur propre manquement à ce rôle .

P2 : *« parce que ça veut dire que la prévention elle se fait moins bien »*

P10 : *« peut être que nous aussi, peut être que nous les médecins on en parle moins*

systématiquement et eueh on le fait pas à chaque fois »

2) Les causes liées aux patients :

a) La peur du SIDA recule

Les médecins généralistes évoquent leur impression quant au fait que les patients ne semblent plus avoir « peur » notamment du SIDA. Cette peur était pour eux bien ancrée dans les mentalités des patients dans les années 80, lors de la découverte du VIH, alors que la découverte d'une séropositivité équivalait à une condamnation à mort.

P10 : *« Bah je pense que les jeunes maintenant fin j'parle des jeunes mais.. ont beaucoup moins peur des infections sexuellement transmissibles, avant on en parlait beaucoup plus , du sida tout ça et que maintenant, j'sais pas s'ils sont moins sensibilisés mais en tout cas ils ont moins peur , j'ai l'impression »*

P5 : *« Dans les jeunes le SIDA c'est pas grave maintenant on en guéri, oui...*

C'est pas une maladie grave pour les jeunes. Moi j'ai vu des gens mourir du SIDA , de ma génération »

b) Une multiplication des pratiques « à risque »

Enfin ils évoquent une autre cause dans l'augmentation de l'incidence des IST : une probable augmentation des pratiques dites « à risque » sans conscience de la part des patients de ce caractère « risqué ». Pour eux il existe un relâchement des pratiques avec un moindre usage du préservatif, associé à la multiplication du nombre de partenaires , tant chez les jeunes que chez les personnes plus âgées qui multiplieraient les partenaires après une séparation .

P9 : *« C'est, euh, à la fois par un défaut d'usage du préservatif, parce que voilà, bien qu'on dise qu'il faut continuer de l'utiliser , j'crois qu'il y a une absence de prise de conscience des risques »*

P4 : *« Oui c'est vrai c'est en augmentation c'est à cause du vagabondage sexuel, on couche avec n'importe qui, on se fâche avec sa nana on couche avec une autre sans savoir qui, qui elle est... et puis voilà, c'est un peu ce que j'appelle le vagabondage »*

P6 : *« les gens eueh fraîchement séparés, ça arrive de plus en plus souvent aussi, maintenant*

les gens se séparent beaucoup , et en se séparant ils ont, ils ont.. ils re rentrent dans ma tête dans la catégorie des gens à risque et d'ailleurs j'ai pas mal de demandes de prises de sang IST quand justement on re-rencontre quelqu'un derrière. »

Ils mettent en lien l'incidence grandissante des IST avec la multiplication des rencontres sur les applications et sites dédiés pouvant majorer le nombre de rapports à risque .

P5 : *« C'est pour ça que je te dis que les nouvelles applications font que tu peux... [...] ça a je pense potentialisé une multiplication d'infections. »*

III) Le ciblage de la population

A) Un ciblage flou

Certains médecins généralistes évoquent une pratique du dépistage généralisé, sans critère d'inclusion ou d'élimination .

P4 : *« Oui oui ça peut arriver sur un bilan de routine et d'ailleurs je pose la question aux gens peu importe l'âge, peu importe la classe sociale, est ce que ça vous gêne que je demande ça, souvent ils me disent non »*

D'autres médecins interrogés disent dépister les patients selon leur ressenti, sans argument précis en faveur du dépistage :

P4 : *« Y'a rien qui m'empêche de le proposer, mais je propose, je te dis un peu en fonction, en fonction des choses, y'a beaucoup de choses qui sont en médecine générale, le nez quoi »*

B) Un ciblage plus précis

D'autres médecins en revanche semblent avoir un ciblage plus précis

1) Les filles

Les médecins interrogés axent leurs messages de prévention et leurs propositions de dépistage en priorité sur les femmes et même plus spécifiquement les jeunes femmes, pour différentes raisons : les femmes consulteraient selon eux plus souvent que les hommes, sembleraient plus concernées par leur santé que les hommes et seraient plus souvent touchées par des complications plus graves des IST que les hommes.

P1 : *« moi je cible surtout les femmes parce qu'elles sont plus ouvertes et plus intelligentes*

que les mecs . D'une part elles consultent beaucoup plus et puis d'autre part comme c'est elle qui vont être embêtées en fin de course parce qu'elles sont stériles ou elles sont enceintes c'est surtout ma population cible »

P4 « Oui et déjà parce qu'une femme ça se soigne mieux qu'un homme »

2) Les jeunes adultes et les célibataires

Une autre « population cible » clairement identifiée par les médecins généralistes est composée des jeunes célibataires potentiellement plus à risque d'IST selon eux , et plus réceptifs à ces messages.

P5 : « La prévention c'est chez les jeunes, c'est plus facile chez les jeunes... »

P6 : « soit moi les jeunes adultes, pareil selon aucun critère de sélection, mais euh peut être les adultes jeune j'sais pas j'avais dire jusqu'à 30ans à peu près, celibatoche tout ça, j'avais peut être demander assez facilement sur une prise de sang « est ce qu'on fait les MST? »

3) Le partenaire

Lors de la découverte d'une IST les médecins généralistes ciblent le partenaire de leur patient.

P1 : « Bah on dépiste les partenaires, souvent on a des bonhommes qui nous disent « bah ma copine elle m' a dit qu'elle avait une chlamydia et il paraît que j'ai des trucs à faire... » »

Un rappel concernant la prévention des IST est alors réalisé à l'intention du partenaire.

P1 : « et j'l'eur dit « tu sais ta copine , j'ai peut être vue en consultation et j'lui ai dit si tu mets pas de capuchon, euh elle fera rien donc faut que tu mettes des capuchons parce que y'a telle et telle maladie et j'essaie d'informer »

4) Les usagers de drogue intraveineuse

Les médecins généralistes sont plus enclins à dépister ces patients lorsqu'ils ont connaissance de cet usage de drogues.

P4 :« quelqu'un qui est toxico on va dépister sans hésiter »

C) Les difficultés du ciblage des populations

1) Une mauvaise évaluation du risque d'IST encouru par le patient de la part du généraliste

Les médecins généralistes disent être freinés dans leur dépistage par certains types de patients : les patients âgés ne sont pas pour eux une cible du dépistage.

P6 : « *mais les plus âgés on en parle pas spécialement* »»

P10 : « *mais à partir d'un certain âge à mon avis ça va tiquer* »

Ils évoquent également les patients n'ayant pas l'air « à risque », à qui ils ne pensent pas à proposer un dépistage, et qui finalement devraient en bénéficier, car ayant des relations sexuelles non protégées.

P5 : « *Ah mais elle je lui donnais le bon dieu sans confession, c'était une ..euh voilà quoi, comme quoi tu te fais rouler dans la farine !*

Y'en a tu les sens, tu les vois arriver de loin, y'en a.. Et puis elle, elle, j'te jure, jamais quoi ! Bah si ! »

2) Les couples

Une autre population particulièrement difficile à dépister est représentée par les patients en couple.

P5 : « *Donc tant qu'ils sont jeunes ou qu'ils sont pas maqués c'est très facile, les gens en couples c'est beaucoup plus compliqué...* »

3) Les hommes, une cible plus difficile à prendre en charge

Les médecins disent avoir plus de mal à cibler les hommes pour plusieurs raisons : les hommes, surtout jeunes, ont moins de prétextes à venir consulter leur médecin traitant.

P5 : « *Puis un gamin de 15-16ans, il vient pour quoi ? Il vient pour le certificat de sport. Il vient au maximum une fois par an. Dans le meilleur des cas...* »

4) Les généralistes ne se sentent pas écoutés par les patients lorsqu'ils parlent d'IST

Ils évoquent également un manque d'intérêt ressenti par les médecins de la part des patients, qui ne semblent pas s'intéresser à la question des IST

P6 : « *De la prévention, on essaye d'en faire ...Est ce qu'on est toujours bien écouté ?* »

P7 : « *donner des machins ça sert à que dalle ils les jetteront tout de suite..* »

5) Le cas des parents

a) Le parent comme frein

Souvent, les médecins généralistes évoquent la présence des parents lors de la consultation avec les adolescents, cibles privilégiées pour eux du dépistage et de la prévention. Cette présence des parents bloquent les médecins lorsqu'ils souhaitent évoquer le sujet avec les jeunes.

P10 « *donc parfois aussi les parents sont là, donc c'est aussi un frein à aborder ces sujets la..* »

b) Le parent comme allié

Certains médecins réussissent néanmoins à faire du parent présent un allié concernant la lutte contre les IST, en l'incluant dans la conversation, lui donnant une part de responsabilité

P5 : « *Tu parles sexualité à une fille de 13ans 14ans ça lui passe au dessus de la tête mais la mère elle est là, et donc tu parles à la mère indirectement. Le GARDASIL® il t'explique à la mère , indirectement que y'a un vaccin pour protéger du cancer du col voilà, les condylomes t'en parle pas parce que là t'es mort sinon mais j'veux dire , et donc indirectement tu mets la mère dans l'affaire, tu rends la mère responsable , tu dis à la mère c'est aussi un peu à vous de choisir, dans l'intérêt de votre fille* »

c) Une demande de la part des parents

Enfin, certains parents, en plus d'être présents lors de la consultation, amènent explicitement leur enfant pour cette problématique, souhaitant que le généraliste aborde le sujet des IST avec lui.

P6 : « *Alors les parents euuh des fois ils m'amènent leurs piots, « tiens on va aller voir le docteur » et eux ils voudraient que j'en parle* »

IV) Les particularités de la médecine générale dans la prévention et le dépistage des IST

A) Le rôle clef de la médecine générale

1) Une médecine de premier recours

Les médecins généralistes évoquent leur accessibilité, comme premier recours dans la chaîne de soins, faisant d'eux des interlocuteurs privilégiés dans la question des IST.

P6 : « *Si on a réussi à les mettre à l'aise et qu'on les connaît bien oui effectivement on est.. on est facile d'accès en fait.* »

P10 : « *de toute façon après le médecin traitant fin le médecin généraliste c'est le premier , le premier interlocuteur quand y'a un soucis quand y'a un doute quand y'a une inquiétude, un rapport non protégé* »

2) Un rôle central reconnu par les médecins...

Pour lutter contre cette épidémie d'IST les médecins généralistes de la Somme considèrent aisément leur rôle comme central , ils s'arrogent un rôle clef.

P4 : « *Non faut qu'on soit toujours vigilants et ne pas laisser les choses passer à la chronicité, c'est sûr faut qu'on soit vigilants , mais c'est vrai... faut y penser, c'est notre rôle principal* »

P5 : « *très très important, on a un rôle clef !* »

Chez les médecins interrogés, plusieurs pratiques plus spécialisées ont été mises en avant comme un avantage pour la question des IST : la pratique de la gynécologie médicale a été évoquée, mais aussi celle de l'infectiologie avec P5 évoquant son rôle de médecin référent VIH :

P9 : « *je pense que dans mes patients, les femmes elles savent que je fais du suivi gynéco donc forcément, dans ma population féminine c'est pas un frein du tout que je sois généraliste au contraire, c'est dans la continuité .* »

P5 : « *Le hasard fait que sur -cette ville- , Dr B et moi on est les deux médecins référents pour le sida*

[...] donc on est amenés à voir des gens régulièrement pour ça »

3) Une question bien accueillie par les patients

Lorsque les médecins généralistes abordent eux même le sujet des IST, ils rencontrent généralement une réponse positive de la part des patients : les généralistes pensent que les patients sont réceptifs à cette proposition, qu'ils acceptent volontiers le dépistage .

P10 : « *souvent j'ai l'impression qu'en fait ils sont plutôt contents qu'on aborde le sujet* »

P4 : « *Oui oui ça peut arriver sur un bilan de routine et d'ailleurs je pose la question aux gens peu importe l'âge, peu importe la classe sociale, est ce que ça vous gêne que je demande ça, souvent ils me disent non* »

B) Le suivi et la connaissance du patient : à la fois frein et atout

Le suivi des patients et la relation toute particulière qui en déroule, inhérents à la médecine générale, sont décrits à la fois comme des facteurs favorisant la prévention et le dépistage des IST, mais également comme des freins .

1) Un atout

Bien connaître les patients permet d'aborder des sujets plus intimes, de repérer les patients à risque et la répétition des consultations permet de trouver un moment pour proposer le dépistage, si ce n'est à la première consultation, à celle d'après, puisque le patient sera revu .

P1 « *nous on est des médecins dans la durée. Donc on va les avoir un jour ou l'autre* « rires » , *j'veux dire si c'est pas aujourd'hui ça sera demain* »

P2 « *Mais de toute façon, à un moment ou un autre de la vie de ton patient, forcément il arrivera un moment où tu vas lui faire sa recherche d'IST.* »

P10 : « *Ah non au contraire c'est plutôt un avantage parce que comme ils nous connaissent , et puis si c'est des jeunes on les connaît depuis toujours donc euh j'pense plutôt que c'est un avantage* »

Ce suivi permet d'instaurer une relation de confiance, bénéfique à l'abord de sujets sensibles

P4 : « *la médecine générale, si le patient il a confiance en toi il peut se déshabiller physiquement et psychologiquement* »

2) Un frein

En revanche, cette intimité avec le patient peut être perçue comme un frein, le patient pouvant avoir honte de ses conduites à risque devant le médecin qu'il connaît bien. Le médecin généraliste étant également souvent un médecin « de famille » la question des IST peut être difficile à aborder par le patient lorsque par exemple le médecin sait qu'il est marié et ignore tout de sa vie extra conjugale .

P1 : *« C'est une aide dans un sens mais c'est aussi un inconvénient parce que face à un truc où ils savent qu'ils ont fait une connerie ils ont pas envie de passer pour des cons chez le docteur , qui les a déjà avertis 10fois et puis.. va falloir qu'ils disent qu'ils ont une maîtresse , que je soigne leur bonne femme sans.. parce qu'ils ont été aux putes et tout ...[...] Donc le fait de bien connaître les gens c'est quelques fois une aide mais c'est quelques fois un frein et c'est pour ça qu'on doit adapter nos pratiques et qu'on soit armés à traiter un patient de passage pour les IST »*

P8 *« Bah euuh le frein ça va être fin, d'une qu'on soit médecin qu'on connaisse très bien les patients ça va être à la fois un frein et un levier.*

Un levier parce qu'on connaît comment aborder mais un frein aussi bah parce que c'est peut être moins évident quand on connaît bien la personne et si y'a peut être un p'tit lien qui s'est créé. Après bah ça doit rester une relation médicale donc heu mais, c'est un atout de bien connaître les patients mais ça peut être un frein aussi c'est un peu à nous de savoir bah heu en profiter et d'avoir cette chance de connaître le patient pour savoir comment aborder la notion des IST

Les médecins généralistes interrogés évoquent un certain nomadisme médical permettant de se défaire de cette relation de suivi pour la question des IST :

P1 *« Les ist , fin les ist symptomatiques c'est souvent des patients de passage, des gens que tu n'a jamais vu et tu vas suspecter un truc et d'où l'intérêt du traitement minute que je fais moi même , donc j leur dit, vous allez tout de suite chercher la piqûre à la pharmacie et boum . »*

Les avantages pour le dépistage et la prévention de ce suivi sont également nuancés par certains praticiens, quand le patient est également suivi par un spécialiste : P4 évoque le cas de ce patient pour qui il n'avait initialement pas pensé à dépister une syphilis devant une lésion dermatologique inhabituelle : *« je me dis il est suivi par un spécialiste pour le HIV c'est bon... »*

P4 : *« Mais en plus moi, dans la médecine j'aime pas trop piétiner sur le terrain de quelqu'un d'autre, des gens, je pars du principe que quand tu fais à manger c'est à toi de savoir s'il faut mettre du poivre, du sel, machin chose, si toi tu mets du sel et que après moi je reviens et que je remets du sel derrière encore »*

C) Les freins rencontrés inhérents à la pratique de la médecine générale

1) Les freins dans la pratique quotidienne

a) Un manque de temps

Les médecins généralistes évoquent un manque de temps pour aborder le dépistage et la prévention des IST

P3 : *« Parce que jusqu'à présent y'avait un réel débordement professionnel et que j'estimais pas avoir le temps de le faire. »*

b) Les IST, pas le motif principal de la consultation

D'après les médecins interrogés, le motif des IST est rarement le premier motif de consultation, il apparaît après une consultation « prétexte », à l'occasion de la prescription d'un bilan sanguin, ou bien comme un motif « poignée de porte » en quittant le cabinet.

P10 : *« Euh peut être le temps parce que en fait, les IST c'est rarement LE motif de consultation, c'est rarement le premier motif, c'est souvent un motif qui vient « ah au fait j'aimerais bien une prise de sang » et c'est vrai que ça prend du temps, parce qu'en général on s'est déjà occupé de la première chose et quand à la fin ils nous demandent une ordonnance pour un dépistage c'est « à la va vite » on imprime une ordonnance mais on en discute pas quoi. »*

c) Un manque de connaissances

Certains médecins s'estiment insuffisamment formés à la question des IST, ce qu'ils voient comme un frein concernant le dépistage et la prévention :

P3 : *« y'a des sujets que je maîtrise bien, y'a des sujets que je maîtrise mal et celui là entre autre je le maîtrise pas bien [...] cardio, neuro ça va, le diabète je me débouille tout seul, mais IST, pédiatrie.. et gynéco alors la c'est... -rires -catastrophique ! »*

d) Un oubli

Enfin certains médecins estiment simplement ne pas y penser dans leur pratique quotidienne

P7 : « *Parce que j'y pense pas* »

e) Et une certaine démotivation

Malgré le fait qu'ils revendiquent un rôle central dans le dépistage et la prévention des IST, certains médecins évoquent une forme de résignation ou de démotivation quant à la situation actuelle :

P1 : « *C'est toujours un peu déprimant parce que si tout le monde avait mis des capotes y'aurait plus de sida depuis longtemps* »

P7 : « *J'ai pas d'autres idées parce que bon, qu'est ce qu'on peut faire....* »

P9 : « *Non, ce que je peux ajouter c'est que je fais le constat que très peu de généralistes se sentent concernés dans le dépistage.* »

2) Des difficultés relationnelles

a) Une certaine gêne face à une question tabou

P8 évoque comme frein « *Notre morale judéo-chrétienne ? Rires Non euh ça reste tabou je pense de parler de sexualité et notamment d'IST mais, tout le monde est beau tout le monde est gentil officiellement, mais si les IST sont là, c'est que tout le monde n'est pas parfait ...* »

J pense ouais la gêne est des deux côtés , c'est que oui ça.. fin ça doit me gêner, y'a pas spécialement de raison mais le fait est que ça doit me gêner et puis , leur réaction et puis j'ai peur de leur embarras, ouais c'est surtout leur embarras potentiel , c'est surtout potentiel...

J pense que c'est les deux hein , euhh, on est peut être plus habitués on est peut être moins gênés qu'eux mais , si on l'aborde pas, qu'on a plus de mal à l'aborder avec certains patients c'est qu'on est gênés.

P10 : « *je pense qu'effectivement c'est un peu quelque chose de tabou* »

b) Une peur de vexer le patient

En plus de la question du tabou, les médecins interrogés ont souvent peur de vexer le patient, que la question des IST soit mal interprétée, vue comme un jugement de valeur :

P5 « *si tu proposes ça à monsieur ou à madame y'en a un qui va s'imaginer que tu le prends pour quelqu'un de petite vertu* »

P7 « *c'est un peu dérangent pour le patient surtout qu'il croit que après on le croit plus* »

c) La différence d'âge ou de sexe avec le patient

Les médecins évoquent une gêne à aborder le sujet qui est liée soit à leur âge , souvent se trouvant trop jeunes pour aborder le sujet avec des patients plus âgés, soit liée à leur sexe, avec plus de facilités à parler aux patientes pour les médecins généralistes femmes et aux patients pour les hommes.

P8 :« *En tant que jeune médecin moi je suis peut être plus gêné que certains vieux médecins , je pense, autant avec les jeunes ça pose pas trop de soucis, autant les personnes un peu plus matures si je l'aborde pas c'est que y'a un frein de ma part...* »

P10 : « *alors peut être parce que je suis une femme, parce que parfois j'ai des patients à moi hommes qui vont voir mon collègue homme et des fois des patientes femmes qui sont suivies par mon collègue qui viennent me voir moi* »

P9 :« *[le frein serait] Que je sois une femme je pense ...* »

d) Une absence de légitimité ressentie par les médecins généralistes à aborder la question des IST en médecine générale

D'autres médecins estiment quant à eux que le dépistage et la prévention des IST n'ont pas leur place dans une consultation de médecine générale.

P7 : « *je vois pas très bien ce qu'on peut faire , surtout qu'on peut pas parler, y'a pas de motif d'en parler ici donc.. en consultation.. hors gynéco et encore* »

IV) Le dépistage en pratique

A) Les consultations prétextes :

Les médecins généralistes interrogés disent utiliser plusieurs consultations « type » pour pouvoir aborder le sujet des IST

1) La prescription de la pilule contraceptive

L'introduction d'une contraception, et plus particulièrement la pilule est décrite comme un moment clef pour aborder le sujet des IST

P6 : « *Chez les ados filles , à l'introduction d'une contraception....C'est vraiment le moment hyper facile , pour aborder ce genre de choses. »*

2)Le certificat de non contre indication à la pratique sportive

Les médecins généralistes utilisent également comme prétexte la consultation pour l'établissement d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive.

P8 : « *quand y'a des certificats pour le sport ou pour euuh peu importe des fois on essaie d'en parler un petit peu plus longuement, quand on aborde tabac tout ça, alcool, on essaye de placer un ou deux mots et de savoir où ils en sont , de savoir s'ils connaissent certaines choses... »*

3)La vaccination par le GARDASIL®

La vaccination contre le papilloma virus, en raison du mode de transmission sexuelle de ce virus permet aux généralistes d'aborder la question des IST.

P5 : « *le GARDASIL® nous permet de parler sexualité »*

Cette stratégie liée à la vaccination par le GARDASIL® est nuancée par certains médecins qui trouvent le nouveau schéma vaccinal trop précoce.

P1 : « *c'est à dire que nous avant la chance d'avoir le GARDASIL® pour les filles, qu'on fait plus précocement qu'avant, à 15ans c'était le bon âge pour parler du vaccin et des IST, là on le fait dès 11 ans alors j'essaie de le faire un peu plus tard, mais à 13ans envoyer des messages sur les IST c'est quand même très très bizarre »*

4) Le bilan obligatoire de début de grossesse

Les médecins généralistes proposent également un dépistage lors d'un bilan de début de grossesse.

P4 : *« j'aime bien le faire quand y'a un bilan pour une grossesse »*

5) Une demande de la part du patient

Les médecins généralistes évoquent la prévention et le dépistage lorsque la demande émane du patient lui-même, soit de manière explicite lorsque le patient demande une recherche d'IST après une prise de risque, soit de façon plus implicite, lorsqu'il demande une « prise de sang complète ».

P3 : *« Je l'amène rarement, c'est la personne qui le demande »*

Certains profitent également de la demande du patient d'une prescription de bilan sanguin pour y ajouter différentes sérologies.

P10 : *« Ah la prise de sang complète ! Alors je fais exprès de toujours bien demander ce qu'ils veulent parce qu'effectivement une prise de sang complète ça veut rien dire, voilà on peut pas tout faire et c'est là, je dis « mais vous voulez chercher les MST ? » « oui oui voilà.. » donc après on peut engager la conversation mais c'est vrai qu'ils vont pas le dire quoi..*

C'est en général ils détournent, c'est « une prise de sang complète » sauf ce patient là, on a découvert la syphilis, où lui clairement il était venu pour ça c'était le motif de consultation mais euh hier j'en ai eu un « ho j'voudrais faire une prise de sang complète »

P5 : *« Le jour où tu leur fais un bilan standard, moi je leur demande facilement »*

6) Le patient symptomatique

Enfin, lorsque les patients arrivent au cabinet avec des symptômes évoquant une IST, les médecins généralistes étendent leur bilan étiologique à la recherche des autres IST et rappellent les règles de prévention.

P5 : *« après s'ils viennent me voir pour un truc chelou genre une roséole un peu merdique, une blenno, une gonno, une nana qui a souvent des cystites, tu poses quand même la question, un mec qui va faire plusieurs prostatites, ou même une prostatite isolée, assez jeune, on va se demander ce qu'il a fait quand même, quoi, voilà »*

P8 : *« Ouais, oui les jeunes ou .. certains patients quand on a des fois.. bah la dernière fois j'ai eu un patient qu'est venu avec un trou, une ulcération au niveau oro-pharyngé, bon bah forcément on aborde la question, au niveau de sa sexualité.. euuuhh... »*

P9 *« évidemment j'ai pas abordé les patients qui viennent, homme ou femme confondus, avec des symptômes évoquant une IST et là on en profite pour faire toutes les IST »*

B) Les différents moyens pour aborder le sujet des IST lors d'une consultation

Les médecins généralistes ont discuté de plusieurs façons d'amener la problématique des IST et de la sexualité en général dans les consultations :

1) Le risque de grossesse non désirée

Pour lancer le sujet des rapports sexuels non protégés, certains médecins axent leur prévention sur les grossesses non désirées

P1 : *« Et la première IST c'est quand même la grossesse non voulue » « Les hommes j'leur fait peur avec les grossesses « rire » »*

2) L'entourage

Certains médecins s'aident de l'entourage des patients, surtout des jeunes, pour aborder le sujet, demandant s'ils en ont parlé aux « copines » aux grands frères, aux parents.

P5 *« mais elles parlent entre copines donc tu lui dis à la gamine, tu tends une perche à la gamine, elle prend elle prend pas « t'en a parlé avec tes copines ? » parfois la gamine, elle est babache « ah non » et puis y'en a « ouais j'en ai déjà parlé avec mes copines elles m'ont dit machin et tout » donc t'as un vecteur, donc tu peux parler, grâce aux copines tu peux accrocher une gamine »*

3) Lors d'un événement de vie : couple, séparation , discussion sur l'orientation sexuelle

Les médecins généralistes profitent des événements de vie relatés par les patients pour proposer un dépistage IST : changement de statut marital, rencontre d'un nouveau partenaire, discussion sur l'orientation sexuelle :

P1 : *« après c'est les couples qui se forment, ou les gens, j'en fait un peu quand j'ai des coming out »*

P9 : *« J'en parle effectivement moins mais suivant les situations donc euuh dans un.. comment.. quand on sait qu'un couple se sépare c'est l'occasion de rappeler à l'un et à l'autre que dans leur nouvelle vie il faut pas oublier que du coup les IST elles existent »*

4) La pornographie

Les médecins généralistes pensent que les patients seraient trop exposés aux vidéos pornographiques, trop jeunes, leur donnant une image faussée de la représentation de la sexualité, mais également des pratiques à risque ou non. Parler du « porno » permet de délivrer des messages de prévention, en abordant un sujet touchant une grande partie des adolescents

P1 : *« Justement j'essaie de les mettre en garde contre le porno parce que les jeunes sont quand même très très exposés au porno très jeunes, j'prend mon téléphone portable j'leur dis « vous voyez ça c'est pas un téléphone portable c'est une usine à regarder des films de cul » et les films de cul c'est pas la vraie vie, alors j'dis ça aux parents, j'dis ça aux enfants, j'dis ça aux filles, j'dis ça aux garçons et ils ont l'impression que le porno c'est la vraie vie et dans les porno y'a jamais de capotes »*

5) Se dédouaner en évoquant une demande de la part d'un organisme comme la SECU ou l'OMS

Pour ne pas vexer les patients et ne pas avoir l'air de soupçonner certains comportements sexuels, pour ne pas donner l'impression d'appliquer un jugement de valeur, certains médecins évoquent une demande de la part de la sécurité sociale concernant le dépistage des IST et surtout du VIH :

P5 : *« Donc ça tu l'amènes assez facilement, je dis « écoutez je n'insinue rien j'dis juste que voilà , on nous demande d'essayer de dépister les gens et ça peut arriver à tout le monde et voilà .. un contage une capote qui pète euuh ça peut arriver facilement , on termine ça en disant que la sécu nous DEMANDE de faire attention , que l'OMS nous DEMANDE de faire attention »*

6) Évoquer une contamination non sexuelle

Pour évoquer le sujet des IST, les médecins abordent parfois le sujet en suggérant une voie de

contamination non sexuelle, afin que la question ne porte plus sur la sexualité du patient

P5 : « *Quand je les connais et que je sais qu'ils sont en couple ? J'ai énormément de mal, après on peut parler, après on peut truanter, j'peux demander, vous avez eu une transfusion ? Pas de transfusion..* »

7) L'usage de l'humour

Certains médecins lancent le sujet avec humour, en mettant volontairement « les pieds dans le plat » pour dédramatiser la question et détendre les patients :

P4: « *mais moi comme j't'ai dit j'suis facile a dire par exemple a, a..* « *tu vois la quéquette toi* »

Et oui avec les gens ça passe , ça passe, rire, c'est vrai je balance des mots facilement comme ça ce qui fait que quand tu balance des gros mots comme ça après .. après c'est plus facile »

P5: « *si tu les connais, si tu les connais TRES bien tu peux inventer des conneries, tu peux prendre sur la boutade..* »

8) Expliquer et re-expliquer

Constatant un grand manque d'éducation de la population générale, les médecins généralistes rappellent leur rôle éducatif, et surtout le rôle de la répétition des informations pour qu'elles finissent par être comprises et entendues :

P1 : « *Le patient de base a déjà aucune idée de son anatomie alors la physiologie et la physiopathologie c'est vraiment très très bizarre* »

P9 : « *si quand ils comprennent pas bien quand je leur parle de parties de leur anatomie , je leur montre des planches anatomiques, je leur MONTRE ce que c'est qu'un gland, ce que c'est qu'un prépuce , ce que c'est qu'un scrotum* »

P6 « *et que c'est je pense en martelant les informations beaucoup beaucoup beaucoup que.. qu'on arrive à plus de résultats* » .

C)Amener le patient à parler des IST

Plutôt que d'aborder directement le sujet des IST avec les patients, certains médecins généralistes utilisent des stratégies afin d'amener le patient lui même à aborder le sujet des

IST.

1) Des affiches et un classeur en salle d'attente

Certains médecins généralistes interrogés disposent d'affiches dans la salle d'attente évoquant les sujets des IST et conseillant d'en parler à son médecin traitant . Dans un autre cabinet, un classeur avec des fiches explicatives, de vulgarisation médicale, est à disposition des patients, permettant aux patients de se renseigner seuls mais également d'aborder le sujet en consultation après avoir lu la fiche.

P7 :« *Oui donc voilà y'a l'affiche du préservatif remboursé , j'la vois tous les matins alors je sais qu'elle est là !* »

P6 : « *En fait ce que je fais c'est qu'on est abonnés à Prescrire ici tout le monde et euuh les fiches patients j'essaye de les mettre dans ce classeur la depuis quelque temps pour voir un peu bah si les gens s'y intéressent et puis leur délivrer une information un peu plus maîtrisée et puis peut être préparer d'aborder les thèmes après en consultations* »

2) Par une question au patient

Certains médecins retournent également la consultation en demandant aux patients ce qu'ils savent des IST, permettant d'aborder le sujet en se basant sur les connaissances et l'absence de connaissances du patient.

P6 : « *sinon dans la demande d'informations concernant les IST on va plus être dans « moi je pose la question » on me répond qu'on sait pas trop et du coup moi j'enchaîne euuuuh sur une discussion autour de ça, mais si je lance pas la question y'a pas beaucoup d'ados spontanément qui vont poser la question .* »

3) Laisser la porte ouverte

D'autres praticiens lancent le sujet des IST pour « laisser une porte ouverte », dire qu'on peut venir leur en parler et attendent ensuite que les patients reviennent vers eux lorsqu'ils en éprouvent le besoin , comme l'évoque ici P9 :« *Mais alors justement la demande elle émane souvent de jeunes à qui j'ai pu en parler auparavant et qui me disent « bah ça y'est j'ai un copain et on voudrait faire les dépistages ensemble* » et ça, ça revient assez souvent. »

V) Vers une amélioration des pratiques

A) Le recours à une aide extérieure

1) Les particularités du cabinet de groupe

Les médecins interrogés qui exerçaient dans un cabinet de groupe ou une maison de santé pluridisciplinaire ont mis ce mode d'exercice en avant, favorisant le dépistage et la prévention. Pour les médecins ne faisant pas de gynécologie, être associés à des médecins qui la pratiquaient, est un vrai avantage. Le cabinet de groupe permet aussi de contourner les freins liés à l'âge ou au sexe du médecin .

P3 : *« j'ai peu de gynéco parce que je suis associée avec mon épouse qui fait la gynéco »*

P10 : *« Ah ouais ça c'est trop bien ! Ouais carrément , j'trouve ça bien et puis j'leur dis, nous ici on travaille comme ça , moi ça me dérange pas qu'un de mes patients aille voir mon collègue... »*

P9 : *« Mais voilà a priori c'est à peu près le seul frein mais après ça peut être un frein aussi j'pense pour les hommes, mais dans ce cas là je leur dis que j'ai des associés hommes et que c'est facile d'aller chez le voisin . »*

2) D'autres acteurs que le médecin traitant

Ils évoquent également d'autres acteurs importants dans la prise en charge des IST, comme des services médicaux plus spécialisés : sont évoqués le planning familial, le service de santé universitaire, les centres de dépistage anonymes et gratuits et les services de pathologies infectieuses.

P2 : *« c'est bien que y'ai un service adapté comme le service de santé étudiant de la fac »*

Ils évoquent le rôle d'autres professionnels de santé, comme les IDE ou les sages femmes.

P9 : *« Ah bah après ça va être le rôle des sages femmes, des centres de planification, des centres où on parle de sexualité et de contraception »*

Ils parlent également du rôle de l'état, notant son désengagement supposé avec l'absence de grandes campagnes de publicité ou d'actions de grande ampleur concernant la lutte contre les IST, mais aussi leur envie de voir ces actions mises en œuvre et leur efficacité supposée.

P5 : « *il faudrait communiquer la dessus, à mon avis tu serais surprise d'une grande communication d'état , tout ça, avec un numéro simpliste où les gens peuvent juste se renseigner tu vois »*

P7 :« *Oui ça serait le rôle de l'état [...] oui, j'veux dire un site officiel de la contraception mais un site ludique hein, pas un site euuhh l'HAS ça sert à rien ... »*

3) Une action plus systémique

a) La mise en place de numéros verts

Les médecins évoquent la possibilité de mettre en place des services spécialisés, anonymes, gratuits, disposant d'un numéro vert, couplés avec des sites internet fiables et faciles d'accès.

P5 : « *Très important faudrait un truc indépendant qu'ils soient pas gênés de venir te voir , très très important, on a un rôle clef !*

C'est à dire un truc indépendant ?

Faudrait un numéro vert pour qu'on puisse .. faudrait qu'on puisse dire aux gens, faudrait avoir une doc par internet, maintenant tout le monde à internet, 'fin les gens qui ont l'âge de s'envoyer en l'air ils ont internet euuhh il faudrait communiquer la dessus »

b) Un accès facilité aux TDR

La banalisation des TDR (test de diagnostic rapide) pour le VIH est envisagée.

P5 : « *L'idée du dépistage sur la goutte de sang , automatique, anonyme, ça me semble pas mal. C'est assez mal rodé dans la population générale. »*

c) De grandes campagnes publicitaires

Ils évoquent également l'intérêt de mettre en œuvre de grandes campagnes publicitaires nationales, à l'image de la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » très connue du grand public.

P6 : « *Donc j'sais pas si c'est forcément en tant que médecins généralistes, même si on a notre rôle qu'est là, mais moi je suis dans les campagnes grand public, où on donne des adresses fiables, internet, où on donne une info facile , facile à retrouver et où l'on martèle des messages des messages des messages, il n'y a que comme ça qu'on arrive à*

progressivement atteindre de plus en plus de gens .. »

P3 :« Non une campagne publicitaire pour ça , « parlez en à votre médecin, n'hésitez pas » et nous à chaque fois qu'on voit un ado ça serait bien de pouvoir lui dire ... »

d) Un dépistage organisé

D'autres parlent de la possibilité de mettre en place une consultation obligatoire dédiée à la prévention et au dépistage, ainsi qu'un dépistage organisé sur le modèle des dépistages déjà existants, comme ceux concernant le cancer colo-rectal ou le cancer du sein. Ils nuancent cette idée, pensant que certains médecins peuvent trouver qu'on leur demande trop de dépistages en tout genre .

P8 « Bah ouais faut qu'on revoie la prévention à grande échelle à mon avis et puis nous bah. faire une consultation de prévention dédiée, j'sais pas si ça va vraiment m'aider après si, qu'on ait vraiment une consultation de prévention pour vraiment on puisse parler de tout dont les ist »

P9 « Bah faut vraiment que tous les médecins se sentent concernés par le problème et qu'ils se souviennent qu'ils ont un rôle, qu'on est aujourd'hui... qu'on nous demande aujourd'hui nous les médecins généralistes d'être le pilier du dépistage, ça en fait partie hein ! Les campagnes de dépistage des cancers c'est bien, le frottis c'est bien parce qu'on dépiste, on voit arriver avant de dépister un cancer, c'est bien mais qu'on nous mette aussi de nouveau au sein du dépistage des IST mais ça y'a des médecins qui sont, 'fin qui trouvent qu'on leur donne trop de responsabilités sur le dépistage donc j'pense que si on leur en recolle un supplémentaire ils vont hurler. »

B) Plus de rigueur dans sa propre pratique

1) Proposer de façon plus systématique le dépistage...

Les différents généralistes interrogés expriment une volonté de proposer plus systématiquement un dépistage IST à leurs patients, afin de pouvoir cibler une plus grande population et d'éviter également que le patient se sente jugé par la proposition

P2 « *C'est vrai qu'on devrait le proposer plus souvent, de façon plus systématique* »

2) ...en s'aidant de l'informatique

Ils évoquent également leur usage des dossiers informatisés et proposent la mise en place d'un rappel informatique concernant le dépistage.

P5 « *Après sur l'ordinateur je sais de quand date la dernière prise de sang , donc c'est assez facile.* »

3) Avoir envie de s'améliorer

Enfin, à la base de toute amélioration , on retrouve la conscience de l'intérêt de cette amélioration, associée à l'envie de modifier ses pratiques pour mieux faire :

P3 : « *La prévention c'est vrai que je pourrais peut être... leur proposer plus... non j'avoue que la j'suis en tort .*

Rires

Non mais c'est vrai j'aimerais pouvoir le faire plus au niveau des adolescents... Quel impact ça aura je sais pas, mais ça vaudrait le coup de tenter ...[...] en fait, y'a que les imbéciles qui changent pas.. »

DISCUSSION

Discussion de la méthode : forces et faiblesses de l'étude

D) Forces

A) Le choix de la méthodologie

La méthodologie qualitative était la plus adaptée pour répondre à la question de recherche : en effet cette méthodologie permet de générer des hypothèses nouvelles et donc de prendre connaissance ici des stratégies utilisées par les médecins généralistes dans le dépistage et la prévention des IST dont l'auteur n'a pas connaissance . L'usage de la méthodologie quantitative aurait risqué de borner les réponses aux propositions d'un questionnaire à choix multiples, propositions faites par l'auteur et donc non représentatives des stratégies utilisées par les médecins, uniquement représentative de la comparaison de la vision de l'auteur avec celle des médecins interrogés. Ce choix de méthodologie permet d'augmenter la validité externe de l'étude

B) Réalisation et codage

Les entretiens ont été intégralement enregistrés et retranscrits mot pour mot en un verbatim. Cela a permis d'éviter les biais de sélection des réponses liés à une prise de notes en temps réel pendant l'entretien et aussi de permettre une fluidité des questions, des réponses et des relances .

Le codage a été réalisé grâce au logiciel QDA , logiciel expressément conçu pour la recherche qualitative. Les entretiens ont été codés en allant puis, à chaque nouveau codage d'un entretien, des allers-retours ont été effectués entre cet entretien et les précédents pour vérifier la pertinence du codage.

Les 3 premiers entretiens ont également été triangulés, c'est à dire qu'ils ont également été codés par une personne extérieure au travail de thèse. La concordance entre le codage de l'auteur et le codage extérieur nous a permis de valider notre méthode de codage. Cette triangulation augmente la validité interne du travail de thèse.

Nous avons testé le guide d'entretien semi dirigé lors d'un premier entretien avec un médecin généraliste, permettant également de nous familiariser avec cette méthode d'entretien. Cet entretien permettant de répondre à la question de recherche, et le guide étant satisfaisant, nous

n'avons pas modifié la liste des questions ouvertes pour les entretiens suivants et donc intégré ce premier entretien dans le verbatim.

Comme le veut la méthodologie qualitative, le nombre d'entretiens nécessaire n'a pas été fixé à priori, mais à posteriori, une fois la saturation des données atteinte, c'est à dire lorsque le dernier entretien n'a pas apporté d'idée nouvelle et donc de nouveau code .

Un ultime entretien a été réalisé afin de confirmer cette saturation des données.

II) Faiblesses

A) Biais de recrutement

Les médecins généraliste recrutés pour cette étude l'ont été de proche en proche, en commençant par des médecins que nous connaissions personnellement, pour avoir par exemple été en stage chez eux. Le sujet de la thèse était également connu à l'avance par les médecins répondants. Une certaine sympathie pour l'enquêteur ainsi qu'un intérêt pour le sujet de l'étude ont pu influencer les médecins interrogés et jouer sur le fait qu'ils aient accepté ou non de nous accorder le temps d'un entretien pour répondre à nos questions .

B) Biais liées aux conditions de réalisation

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin généraliste pour la majorité, et pour 1 au domicile du médecin. Certains médecins ont été plusieurs fois interrompus par des appels téléphoniques, un confrère rentrant dans la salle.

Ils nous ont reçu entre deux patients ou bien le soir après leur consultations et n'ont pas forcément eu beaucoup de temps à nous consacrer, raccourcissant certains entretiens avant la fin du questionnaire pour des raisons de logistique personnelle .

Un autre biais que nous pouvons noter est le sentiment de gêne provoqué par l'enregistrement des entretiens. Certains médecins ont fixé le dictaphone pendant une grande partie de l'entretien, malgré nos tentatives pour les mettre à l'aise. Ils sont également nombreux à avoir ajouté quelques commentaires très intéressants en off, une fois le dictaphone coupé, se sentant sans doute plus libres dans leur parole. Nous avons choisi de ne pas prendre en compte ces remarques et ajouts non enregistrés pour ne pas inclure de biais de mémorisation dans notre

étude et de nous en tenir au Verbatim obtenu après retranscription des entretiens .

C) Biais liés à l'enquêteur

Ce travail qualitatif est notre premier travail du genre. La technique de l'entretien semi dirigé était pour nous une nouveauté qu'il a fallut s'approprier et qui dépend des qualités de relance de l'enquêteur.

Il a été réalisé un questionnaire ne contenant que des questions ouvertes et l'enquêteur s'est efforcé durant tous les entretiens de mettre les médecins généralistes à l'aise, d'utiliser des méthodes de relance actives, de reformuler les questions lorsque les médecins interrogés répondaient par des réponses fermées , d'insister sur le fait qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponses. Malgré ces efforts, l'enquêteur étant novice en la question , on ne peut ignorer ce biais de réalisation.

DISCUSSION DES RESULTATS

I) La population cible

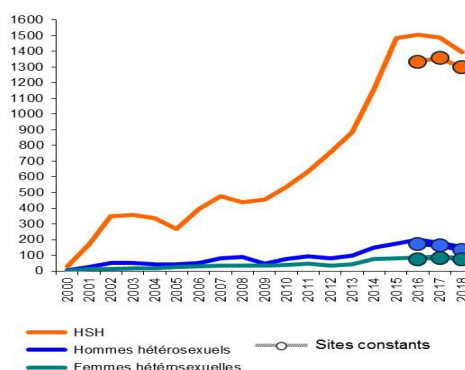
A) Une véritable épidémie d'IST

Les résultats de notre étude montrent que les médecins généralistes interrogés sont bien conscients de l'intérêt du dépistage et de la prévention des IST ainsi que du rôle clef du médecin généraliste dans la lutte contre les IST. Cette épidémie est d'ailleurs confirmée par les chiffres de Santé Publique France qui assure la surveillance de l'épidémiologie des IST grâce à son réseau [15], liant les CÉGIDD, la médecine hospitalière avec le réseau RésIST, et la médecine de ville grâce aux chiffres de l'assurance maladie.

En juillet 2019, près de 170 000 personnes en France vivaient avec le VIH, avec une prévalence de la séropositivité pour le VIH de 0,4% de la population entre 15 et 49ans. Près de 6400 découvertes de séropositivité pour le VIH ont lieu chaque année. L'épidémie touche préférentiellement les HSH ainsi que les ressortissants d'Afrique subsaharienne, respectivement 41% et 33% des découvertes de séropositivité en 2017 [16].

Concernant les autres IST, on observe également une augmentation de l'incidence des infections par le gonocoque et les chlamydiae. En 2017 le taux d'infection à gonocoque a augmenté de 70% par rapport à 2015, particulièrement chez les HSH, avec une augmentation des diagnostics posés chez des personnes asymptomatiques, ce qui est en faveur d'une augmentation du dépistage. Également la progression des infections par chlamydiae a été de 15% sur la même période.

Pour la syphilis, il existe une relative stabilité des découvertes depuis 2016, qui contraste avec l'augmentation brutale des 10 dernières années, augmentation touchant essentiellement les HSH [17].



Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2018 [17].

On décrit également des cas chez des personnes de plus en plus jeunes, comme ce case-report d'un diagnostic positif de syphilis chez un adolescent de 15ans [18]

Pour résumer, les populations les plus touchées par les IST sont les HSH et les hétérosexuels d'Afrique Subsaharienne , les populations jeunes majoritairement. Néanmoins il ne faut pas oublier que 20% des diagnostics de VIH sont posés chez des personnes âgées de plus de 50ans, souvent à un stade avancé de l'infection [16].

Les médecins généralistes de notre étude sont donc bien au fait de l'épidémiologie actuelle des IST , et du problème de santé publique qu'elles représentent .

B) Le ciblage de la population : la facilité de mise en œuvre au détriment de l'épidémiologie

Le résultat principal de notre étude concernant le ciblage de la population retrouve une dissociation entre l'épidémiologie des IST connue par les médecins généraliste et le ciblage qu'ils effectuent pour aborder le sujet avec leurs patients

On remarque dans le ciblage des médecins généralistes une dissociation avec cette épidémiologie : ils ciblent majoritairement les femmes jeunes, les célibataires, les partenaires et les usagers de drogues intra-veineuse. Aucun médecin généraliste ne nous a parlé d'un ciblage en fonction de l'orientation sexuelle, alors que les HSH sont les premiers victimes des IST.

L'orientation sexuelle à même été défini comme un frein, certains médecins trouvant les HSH mieux informés et moins demandeurs que le reste de la population.

Le ciblage qui ressort de notre étude n'est donc pas un ciblage basé sur l'épidémiologie des IST, mais basé sur les populations qu'ils jugent les plus faciles à aborder et avec lesquelles ils se sentent le plus à l'aise et légitimes pour parler d'IST. Ce ciblage « décalé » est retrouvé dans d'autres travaux et ne semble pas lié à un défaut de connaissances concernant l'épidémiologie des IST mais bien à une facilité de mise en œuvre En effet des médecins généralistes ont été interrogés lors d'une étude qualitative réalisée en Seine maritime [19] d'abord sur leur connaissance de l'épidémiologie, qui est bonne, puis sur leur ciblage pour proposer un

dépistage des IST, ciblage qui est superposable à celui de notre étude et donc en décalage avec leurs connaissances . Les résultats de notre étude confortent donc les résultats de l'étude menée en Seine Maritime. Il serait intéressant de réaliser un travail quantitatif concernant ce décalage de ciblage pour asseoir définitivement ce résultat dans la littérature.

Il serait également intéressant de communiquer sur ce sujet auprès des médecins généralistes pour leur permettre de prendre conscience de ce décalage afin d'améliorer leurs pratiques.

C) Trois catégories difficiles à cibler

1) Les HSH

Devant l'épidémiologie des IST, nous pensons qu'il serait intéressant néanmoins de cibler les HSH.

Si les médecins généralistes de notre étude n'ont pas précisé pourquoi ils ne ciblaient pas les HSH, ils n'ont pas non plus mentionné de questions adressées aux patients concernant l'orientation sexuelle, ne semblent pas la noter dans le dossier du patient ni la considérer comme une information pertinente. Peut-être il y a -t- il une certaine gêne à poser la question, ou une crainte de laisser apparaître ce qui pourrait passer pour un préjugé homophobe ? Une thèse qualitative réalisée à Lille en 2018 se pose la question de l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale [20] . En interrogeant des médecins généralistes des Hauts de France, ce travail retrouve une gêne importante à l'abord de l'orientation sexuelle par les médecins généralistes, une peur de gêner le patient, ainsi qu'une difficulté à noter l'information dans le dossier médical.

Ce double embarras médecin- patient lors de l'évocation de l'orientation sexuelle est également évoqué par cette étude australienne réalisée chez 600 médecins généralistes, par auto questionnaires [21]. La gêne, tant chez les patients que chez les médecins généralistes est donc évoquée comme premier frein à l'abord de l'orientation sexuelle. Nous aborderons ultérieurement plus en profondeur le sujet de la gêne, pas uniquement pour l'abord de l'orientation sexuelle mais de la question des IST dans son ensemble .

Un abord plus systématique de l'orientation sexuelle pourrait aider à dépasser cette gêne et à cibler au mieux la population la plus touchée par les IST. Le côté systématique , à notre sens, permet d'éloigner tout jugement de valeur. Le plan VIH 2017 [3] recommande d'ailleurs un dépistage plus rapproché pour les populations HSH, afin de coller au mieux à l'épidémiologie actuelle.

2) Les hommes jeunes, plus rarement vus en consultation

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude déclarent avoir également des difficultés de ciblage concernant les hommes jeunes, principalement dues au fait que les jeunes hommes consultent moins leur médecin traitant que les jeunes filles et qu'ils ont moins de prétextes pour parler des IST.

Effectivement les jeunes hommes consultent moins que les jeunes femmes : dans cette étude quantitative réalisée en 2016 en Australie, sur la totalité des consultations de médecine générale, 4,9% étaient des jeunes femmes entre 15 et 25 ans contre seulement 3% d'hommes du même âge [22].

Les médecins généralistes de notre étude trouvent également qu'ils ont moins de prétextes pour évoquer le sujet des IST avec les jeunes hommes: pas de prescription d'une contraception, pas de vaccin par le *GARDASIL®* à l'heure où nous avons réalisé les entretiens. D'autres études montrent néanmoins que les jeunes hommes attendent une discussion et des conseils concernant leur santé sexuelle, quelque soit leur motif de consultation au cabinet, comme décrit dans cette étude qualitative réalisée en 2016 auprès de jeunes hommes américains, les interrogeant sur leurs attentes concernant l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale [23].

Il est d'autant plus important pour les généralistes d'évoquer la question des IST avec les jeunes hommes quand plusieurs études montrent que leurs sources d'informations principales sur la sexualité restent internet, la pornographie et les discussions entre pairs, pas toujours mieux informés qu'eux même [24], [25], mais qu'ils sont en recherche de sources d'informations fiables parmi lesquelles ils placent volontiers leur médecin traitant.

Enfin on notera que lors de la découverte d'une IST symptomatique les hommes voudraient consulter en priorité leur médecin traitant, tandis que les femmes indiquent leur gynécologue, ce qui fait du médecin traitant un interlocuteur privilégié pour les jeunes hommes, cité comme premier recours pour les questions d'IST et de santé sexuelle [26].

Il est donc important de cibler également les jeunes hommes, sans attendre une demande explicite de leur part, et peut être de proposer une consultation plus systématique à cette partie de la population. Un bilan de santé avec une consultation de prévention chez les jeunes adultes de 16ans pourrait être envisagée, de façon à cibler cette population consultant moins,

d'offrir aux médecins un prétexte pour évoquer la question des IST, et de disposer d'un vrai temps de consultation, le temps étant évoqué plus loin dans ce travail comme un véritable frein au dépistage .

3) Le patient « a priori » non à risque

Les médecins de notre étude évoquent dans leurs difficultés de ciblage une mauvaise évaluation du risque d'IST encouru par le patient. Le médecin généraliste ne pensant pas que le patient est « à risque » d'IST, il ne lui propose pas de dépistage. Cette attitude est également décrite dans la littérature : les médecins généralistes n'abordant pas le sujet de la sexualité si le patient ne leur semble pas avoir de problème de santé sexuelle [27] .

Également, les patients en couple, particulièrement difficiles à dépister selon les médecins interrogés, pour deux raisons. Premièrement les médecins généralistes de notre étude pensent les patients en couple stable comme non à risque d'IST et ne proposent donc pas de dépistage. Deuxièmement ils craignent de vexer le patient en couple, de sous entendre une infidélité de la part du patient ou de son conjoint et n'osent pas proposer de dépistage ou parler prévention des IST

Il convient donc de rester vigilants dans ces cas de figures.

D) Vers un dépistage systématique pour contourner ces freins .

Un dépistage systématique, sans critère d'âge, de sexe ou de statut marital permettrait de contourner ces freins.

C'est d'ailleurs ce qui est proposé dans la mise à jour du plan VIH de 2017 [3] en France mais également dans d'autres pays comme au Luxembourg [28] : un test VIH en population générale de 15 à 74ans, en proposition systématique, en plus des propositions de dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque.

Ce dépistage systématique est évoqué par les médecins que nous avons interrogés comme étant une bonne façon de se dédouaner pour évoquer la question des IST : ce ne sont pas eux qui soupçonnent l'IST, avec un possible jugement de valeur, c'est l'OMS ou la sécurité sociale qui demandent de dépister tout le monde .

Les propositions de dépistage systématique sont en outre bien acceptées par les patients comme le montrent ces deux études réalisées en 2010 auprès de patients français, les questionnant entre autres sur l'acceptabilité de dépistage [29], [30], ce qui est en faveur de cette proposition systématique .

II)Les consultations propices à l'abord des IST

A) La demande du patient

Certains médecins de notre étude attendent que la demande de dépistage émane du patient. Dans cette étude qualitative réalisée à Poitiers auprès d'hommes, en 2004 [31], portant sur l'abord de la sexualité chez les hommes en médecine générale, les hommes voudraient que cette discussion vienne d'eux. Il y a donc une adéquation entre la vision des médecins généralistes que nous avons interrogés et l'attente des patients interrogés dans l'étude de Poitiers.

Néanmoins attendre une demande du patient nous paraît réellement insuffisant :en effet une étude française quantitative [32] réalisée en 2009 auprès d'hommes adultes montre que 64% des hommes ayant rencontré un problème au niveau sexuel n'ont pas consulté pour ce problème.

En outre de nombreuses IST sont asymptomatiques , et certains patients fuient le dépistage par peur du résultat [33] . Il faut donc d'autres stratégies pour évoquer les IST en médecine générale que d'attendre la demande du patient, que nous allons évoquer ensuite.

B) La consultation prétexte

Les médecins de notre étude utilisent certaines consultations comme prétexte : la prescription d'une contraception chez la femme, la vaccination par le *GARDASIL®*, le bilan de début de grossesse, la consultation pour l'établissement d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive. En effet ces différentes consultations permettent de voir une population plutôt jeune, qui habituellement consulte peu son médecin généraliste.

A ce titre un travail de thèse réalisé à Bordeaux en 2010 par A. Terrier [34] nous a paru très intéressant : les médecins généralistes étaient interrogés sur les situations permettant d'aborder la sexualité en médecine générale, ainsi que le dépistage du VIH. La consultation contraception et la consultation de début de grossesse étaient jugées comme appropriées pour aborder le dépistage des IST, contrairement au certificat de non contre-indication à la pratique sportive . La vaccination par le *GARDASIL®* n'était pas évoquée dans ce travail. La méthode utilisée était la méthode Delphi, une méthode d'analyse qualitative mais dont les propositions émanaient de l'enquêtrice, les médecins interrogés devaient signifier si la situation leur paraissait plus ou moins appropriée pour évoquer la sexualité d'une part et le dépistage du VIH d'autre part. La consultation avec un adolescent leur a également paru non appropriée ce qui dénote avec les résultats de notre enquête. La différence retrouvée avec notre étude est peut être due à la différence de méthodologie : les médecins de notre étude n'ont pas été bornés dans leurs réponses par nos idées regroupées dans un questionnaire, mais ont pu exprimer les leurs, ce qui est une des forces de la méthodologie qualitative par théorisation ancrée que nous avons utilisée. Notre travail permet donc d'approfondir les résultats retrouvés par A Terrier.

De plus dans notre étude les médecins ont pu justifier leurs propositions et leurs stratégies, les expliquer et les argumenter ce qui renforce la validité externe de l'étude et permet d'en savoir plus sur les stratégies qu'ils utilisent, alors que la méthode Delphi permet uniquement de savoir le degré d'assentiment des médecins par rapport à une proposition, sans savoir pourquoi.

C) Le *GARDASIL®*

Concernant la vaccination par le *GARDASIL®* elle est citée dans plusieurs travaux comme un bon prétexte pour aborder la question des IST [35] , avec cependant un bémol rappelé par les médecins de notre enquête : jusqu'en 2014 le schéma vaccinal comprenait deux doses à partir de 15ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19ans si les patientes n'avaient pas encore eu de rapport sexuel. L'âge de 15ans paraissait très adapté aux médecins généralistes, qui déplorent que le nouveau calendrier place cette vaccination entre 11 et 13ans. C'est un âge où les jeunes filles ont moins de chance d'avoir commencé leur activité sexuelle certes, permettant une meilleure protection vaccinale mais rendant l'abord de la sexualité plus difficile. Cette difficulté, avec une vaccination à un âge charnière entre l'enfance et l'adolescence est retrouvée dans la littérature [35] . A l'époque où nous avons réalisé les entretiens, la

vaccination n'était pas étendue à l'ensemble des garçons, mais pouvaient être prise en charge par la sécurité sociale et indiquée chez les HSH. Les médecins de notre étude ont proposé un élargissement de l'indication de cette vaccination à tous les garçons, d'une part dans l'intérêt de diminuer le portage des HPV oncogènes dans la population générale, d'autre part pour avoir un prétexte pour aborder le sujet de la sexualité et des IST chez les garçons, population qu'ils avaient du mal à cibler .

Le changement de schéma vaccinal avec l'inclusion des garçons [36] va sans doute permettre de proposer une consultation spécifique pour ce vaccin aux garçons et d'aborder avec eux le sujet des IST, avec ce bémol qu'il reste proposé aux garçons de 11 à 13 ans, ce qui est jeune pour aborder la sexualité .

Même si l'âge de 11 à 13 ans paraît en effet très jeune pour aborder le sujet de la sexualité, le portage d' HPV ayant une origine sexuelle, nous pensons qu'il est important de se saisir de ce prétexte pour commencer à aborder le sujet de l'éducation sexuelle en médecine générale , première étape afin de pouvoir aborder ultérieurement le sujet des IST. Un rappel anatomique concernant les organes reproducteurs féminins nous semble pertinent pour expliquer l'intérêt de ce vaccin et peut être considéré comme la première étape au dépistage et à la prévention des IST .

Cela nécessite selon nous également d'adapter son discours au jeune âge du patient

D) Le nouveau patient

Les médecins de notre études n'ont pas cité comme consultation permettant d'évoquer la question des IST la première consultation avec un nouveau patient, consultation qui est régulièrement citée dans la littérature comme moment privilégié, permettant d'intégrer la question de la sexualité dans un questionnaire assez systématique, au côté du statut tabagique par exemple, de la consommation d'alcool et d'autres items de prévention, et d'éviter une gêne ou une peur du jugement chez les patients. [33] [37]. L'absence de ce résultat dans notre étude est peut être liée à un biais de recrutement, les médecins interrogés avaient souvent une patientèle surchargée ne leur permettant plus le plus souvent d'accueillir de nouveaux patients. Il serait intéressant de tester l'hypothèse de la première consultation comme consultation adéquate pour l'abord des IST chez une population de médecins acceptant plus souvent de nouveaux patients, dans une région à la démographie médicale différente.

La question a été posée différemment dans une thèse qualitative réalisée à Amiens en 2017 interrogeant les remplaçants en médecine générale sur leur abord des IST [38] . Même si les

patients font partie de la patientèle habituelle du médecin remplacé, ils peuvent être considérés comme « nouveaux patients » pour le médecin remplaçant qui les rencontre pour la première fois. Cette position de nouveau patient a été décrite dans cette étude à la fois comme un frein , le médecin remplaçant ne connaissant pas le mode de vie des patients et ne pouvant proposer un dépistage véritablement ciblé, mais aussi comme un atout, avec un dépistage plus systématique sans crainte de jugement.

IV) Les freins

A) Le manque de temps

Concernant le manque de temps, c'est une problématique très présente en médecine générale, pas seulement pour la question de l'abord des IST . Une étude réalisée sur un échantillon de médecins de la région Provence Alpes Cote d'Azur identifiait comme première cause de stress ,déclarée par les médecins, le manque de temps [39]

Concernant la question des IST le manque de temps comme frein est évoqué dans plusieurs études, ainsi que le manque de formation [40], [41].

Les médecins et infirmières interrogés par M. Gott dans une étude qualitative aux Etats-Unis [42] évoquent le temps comme principal frein, poser la question de la santé sexuelle équivaudrait selon eux à « ouvrir la boîte de Pandore » «(Opening a can of worm) , lors d'une consultation ayant souvent d'autres motifs que les IST. On retrouve aussi le sujet des IST comme un sujet « poignée de porte » [21], ce qui diminue grandement le temps que les médecins peuvent accorder à cette question lors de la consultation.

Encore une fois, la proposition d'une consultation de dépistage et de prévention, systématique vers l'âge de 16ans, pourrait répondre à ce manque de temps et permettre de discuter entre autres du sujet des IST, autrement que comme un motif « poignée de porte » , de dégager un temps de consultation spécialement pour la question. Le coté systématique pourrait en outre réduire la gêne et le sentiment de jugement que peuvent ressentir les patients à l'abord de la question des IST .

B) La gêne

1) La gêne liée à l'abord de l'intime

Les médecins de notre étude évoquent la peur de gêner les patients mais également leur propre gêne à aborder un sujet intime. Ce double inconfort médecin-patient est évoqué dans la littérature [43].

L'étude menée par l'équipe de Khan mettait en évidence lors d'un questionnaire auprès de médecins généralistes du Pays de Galles que 49% craignaient le sentiment d'inconfort de leur patient, et 15% l'embarras du médecin lui même.

En revanche une autre étude suisse réalisée en 2011 [44], montre que 90% des patients souhaiteraient être interrogés à propos de leur vie sexuelle, afin de recevoir des conseils et de bénéficier de prévention pour 60% d'entre eux . 50% des personnes interrogées déclarent être embarrassées par des questions sur la sexualité mais 76% d'entre elles souhaitent néanmoins que le médecin aborde le sujet en consultation.

Un étude américaine [45] illustre aussi cette dissociation entre la peur de provoquer une gêne et la gêne réelle : 80% des patients interrogés dans cette étude pensent qu'il est gênant de demander son orientation sexuelle à un patient mais seuls 11% d'entre eux seraient personnellement gênés si leur médecin le leur demandait.

2) La gêne liée à la différence d'âge et de sexe entre le médecin et le patient.

La différence d'âge et de sexe entre le médecin et le patient est également citée par les médecins de notre étude comme un frein, lié également à la gêne. Dans une étude qualitative de M. Gott interrogeant les patients sur cette gêne, il semble qu'elle soit en effet moins importante lorsque le médecin est du même sexe qu'eux et d'un âge proche, car les patients pensent qu'un médecin du même sexe et du même âge pourrait être confronté aux mêmes expériences qu'eux et mieux les comprendre [46]

La gêne occasionnée chez le patient, qui est bien sûr à considérer, ne doit pas être vue comme un obstacle insurmontable à l'abord des IST. [47]

Il serait intéressant de communiquer auprès des médecins généralistes sur le fait qu'ils

surement sans doute la gêne ressentie par les patients et que même lorsque ceux-ci sont effectivement gênés, ils souhaitent en majorité que le sujet soit tout de même abordé par le médecin généraliste.

Les médecins interrogés dans notre étude évoquent d'ailleurs un accueil plutôt positif de la part des patients lorsque le sujet des IST est abordé.

C) L'ambivalence du rôle du médecin de famille

1) La relation médecin malade

Concernant la relation médecin malade toute particulière lorsqu'on est un médecin de famille avec une bonne connaissance du malade, elle est vécue comme un atout pour parler d'intimité mais aussi comme un frein par les médecins de notre étude. Cette discordance se retrouve dans la littérature : lorsqu'on interroge les patients, certains préfèrent aborder le sujet avec des médecins qu'ils ne connaissent pas [46], [48], lors de la première consultation, tandis que d'autres mettent en avant l'intérêt d'une relation longue et d'une bonne connaissance entre le médecin et son patient [44], [49].

2) La communication médecin malade

Une communication médecin patient efficace est indispensable pour faire passer un message de prévention qui sera entendu et appliqué. A ce titre les médecins de notre étude ont évoqué l'usage de l'humour comme stratégie de communication. Cet abord nous a paru particulièrement intéressant et cet usage a été étudié dans un travail qualitatif à Amiens en 2016 [50]. L'auteur se proposait d'étudier l'humour comme moyen de communication en médecine générale, humour utilisé par le médecin lui-même et dirigé vers le patient. Le résultat principal de cette étude est que l'usage de l'humour en médecine générale permet d'améliorer la relation médecin-malade, et la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Notons que l'usage de l'humour pour l'abord de la santé sexuelle est également bien accueilli par les patients comme le montre un travail qualitatif réalisé auprès d'hommes par S. Bartoli en Charentes Maritimes [31].

Cependant le travail réalisé à Amiens en 2016 alertait sur l'ambivalence de l'usage de l'humour en consultation, véritable travail d'équilibriste, parfois à double tranchant.

Nous estimons donc que l'humour est un bon outil de communication en matière de délivrance d'un message de prévention. Il doit cependant être bien maîtrisé pour éviter un effet délétère et demande le plus souvent une bonne connaissance du patient, retrouvée chez les médecins de famille.

De nombreuses formations permettent aux médecins d'améliorer ces techniques communicationnelles et sont à notre sens à développer pour optimiser le message de prévention. L'humour n'est selon nous pas la seule technique de communication permettant d'aborder des sujets intimes . Un travail étudiant la pertinence et l'efficacité des différentes techniques de communications employées en médecine générale nous semble indispensable afin de cerner les plus appropriées à l'abord de la sexualité.

V) Propositions d'améliorations

A) Affiches et grandes campagnes

Les médecins interrogés dans notre étude évoquent l'intérêt de grandes campagnes de communication nationales, à l'image de la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » qui a profondément marqué les patients, même 12 ans après le début de sa diffusion [51] . Certains proposent donc une campagne invitant les patients à parler des IST avec leur médecin traitant, assortie d'affiches à placer en salle d'attente. Concernant les affiches, une étude qualitative sur les attentes des hommes en matière de santé sexuelle révèle qu'ils seraient positivement influencés par la présence d'une affiche en salle d'attente[31] . De même les médecins interrogés dans cette étude australienne réalisée en 1999 disent pouvoir se servir de la présence d'une affiche en salle d'attente comme d'une accroche pour aborder la question des IST [21].

B) Site internet et numéro vert

Certains médecins de notre étude proposent également la mise en place d'un site internet simple, fiable et d'un numéro vert gratuit et anonyme pour les patients n'ayant pas accès à l'internet. Cette recherche d'informations sur des sites fiables est retrouvée lorsqu'on interroge les patients, surtout les adolescents qui n'osent pas s'adresser directement à leur médecin et cherchent donc l'information sur internet.

Différents sites internet ont été créés pour répondre à cette demande d'information vérifiée,

comme choisiracontraception.fr , IVG.gouv, info-ist.fr , mais se heurtent parfois dans leur diffusion massive aux algorithmes des moteurs de recherche, induisant des référencements de sites non vérifiés avant le référencement des sites gouvernementaux ou officiels [52] . Une autre piste serait l'utilisation des réseaux sociaux, avec des formats adaptés à l'usage de jeunes : vidéos courtes, formats interactifs [53]

C) Dépistage plus systématique, avec une généralisation des TDR et auto prélèvements

1) Le VIH

Les médecins de notre étude évoquent l'intérêt d'un dépistage plus systématique pour le VIH, comme cela est recommandé dans le plan VIH 2017[3], avec selon la littérature une bonne acceptabilité des patients.

Une proposition systématique pourrait aider les médecins généralistes à contourner les autres freins évoqués comme les erreurs de ciblage dont nous parlions plus haut.

Nous pouvons imaginer une aide informatique, avec un rappel depuis le logiciel comme évoqué par les médecins de notre étude, voir même un dépistage organisé comme le dépistage du cancer colo rectal, avec un courrier envoyé à tous les patients le proposant un dépistage VIH . Cela permettrait également aux médecins de contourner la gêne ressentie en se dédouanant de tout jugement de valeur concernant le patient, arguant que cette proposition de dépistage est généralisée.

Il serait intéressant de mener une étude interventionnelle concernant la réalisation de ce dépistage organisé avec un groupe de patients randomisé recevant une invitation comme celle du dépistage du cancer colo rectal et un groupe témoin n'en recevant pas et de comparer le taux de dépistage pour le VIH entre ces deux populations.

Une mise à jour des logiciels informatiques de certains médecins par rapport à un groupe contrôle pourrait également être envisagée, afin de mesurer l'efficacité d'un rappel informatique concernant le dépistage du VIH .

2) Les autres IST

Concernant les autres IST, une étude interventionnelle réalisée en 2016, par C. Engrand [54], montre qu'un dépistage systématique de toutes les femmes de 18 à 30 ans n'aurait pas un rapport coût/ bénéfice intéressant pour dépister le portage asymptomatique des chlamydia. En effet en population générale sans notion de facteur de risque, le nombre d'infections

asymptomatiques à chlamydia retrouvées est dérisoire par rapport au coût financier d'un tel dépistage. Un dépistage ciblé en fonction des conduites à risque est à préférer.

En effet un essai randomisé a été mené par l'INPES en 2012, lié à l'opération chlamyweb : un dépistage après recueil anonyme des facteurs de risque via internet était proposé chez les 18-24ans , avec deux bras randomisés, l'un orientant vers un centre de dépistage, l'autre envoyant un kit d'auto prélèvement. L'envoi du kit augmente statistiquement le recours au dépistage [55]. On pourrait généraliser le questionnaire de l'enquête Chlamyweb à toute la population via internet ou via les médecins généralistes afin d'obtenir une population cible. Cette population cible pourrait également se voir proposer ce type de kit d'auto prélèvement à domicile, permettant de rendre le dépistage plus acceptable.

D) Proposition de consultation de prévention pour les jeunes à l'âge de 16ans.

Une consultation de prévention pour toute la population âgée de 16ans, sans la présence de leurs parents, permettrait de contourner les freins évoqués plus haut : le manque de temps, le motif de consultation non centré sur la prévention, la faible consultation des jeunes et surtout des jeunes hommes. Le coté universel de cette consultation permettrait de ne pas émettre de jugement de valeur par rapport au patient et de s'affranchir des freins évoqués par les médecins : difficulté à aborder la question chez les patients en couple, présence des parents ou de tiers ...

L'âge de 16 ans correspond à l'âge de déclaration de son propre médecin traitant auprès de la sécurité sociale [56] . Une consultation obligatoire pourrait être demandée pour ce choix et permettre donc l'abord des IST.

Également en France l'âge du premier rapport sexuel est estimé par l'INED aux alentours de 17ans et demi pour les filles et les garçons [57]. Les consultations de prévention doivent bien entendu avoir lieu avant ce premier rapport . 16 ans paraît être un bon compromis pour aborder la question de la sexualité auprès des jeunes, avec un public assez mature pour évoquer la question, avec un professionnel de santé choisi, et avant l'âge du premier rapport sexuel pour éviter les risques pris au début de la vie sexuelle.

Une méta analyse réalisée par l'OMS sur la CBS [58](Communication brève relative à la sexualité) , recommande son usage pour la santé sexuelle et le dépistage des IST .

Les données étudiées lors de l'examen systématique des études par l'OMS ont montré que la CBS améliore les connaissances en matière de santé sexuelle, l'attitude à l'égard des rapports protégés,l'intention de se protéger, et les compétences en prévention des IST, autant de progrès qui sont durables sur 12 mois. Des études ont décrit les effets de ces améliorations sur différentes populations, y compris les groupes à risque. Elles ont montré que la CBS diminue les comportements sexuels à risque, augmente l'utilisation rapportée du préservatif masculin, et diminue l'incidence des IST . Quatre études ont montré qu'elle réduit le nombre de partenaires sexuels et le nombre de rapports sexuels non protégés . Il n'y a pas de modèle unique de CBS . Les études sur la CBS acceptées par l'OMS pour cette analyse avaient toutes en commun une même conception de la CBS, selon laquelle celle ci consiste à poser des questions sur la santé sexuelle, à donner des informations et à apporter un soutien aux patients en renforçant leur confiance en eux et leur capacité à agir. Tous ces éléments relèvent d'une démarche centrée sur les patients.

Cette consultation de dépistage et de prévention systématique pourrait être qualifiée de CBS, dont l'intérêt est donc démontré, et recommandé par l'OMS

E) Proposition de formation pour les Médecins généralistes

Parmi les médecins interrogés, si certains ne se sentaient pas concernés par la question des IST , et semblaient démotivés, d'autres en revanche ont mis en avant leurs lacunes et leur volonté d'améliorer leurs pratiques concernant la prévention et le dépistage.

Les recommandations de l'OMS concernant les CBS [58] proposent de former les médecins généralistes à la technique des CBS et à la question des IST. Une études réalisée en 2016 concernant le dépistage des chlamydia a montré qu'une visite confraternelle chez un médecin généraliste avec un rappel concernant le dépistage des chlamydiae et la distribution de kit d'auto prélèvement à remettre à leurs patientes à modifié la pratique des médecins de l'étude et à augmenté significativement le nombre de dépistages proposés et réalisés [59].

La mise en place d'une consultation de dépistage systématique, ou d'un dépistage organisé devrait à notre sens s'accompagner d'une brève formation des médecins généralistes à l'intérêt des différents dépistages, à la technique de CBS , avec un rappel concernant les populations les plus à risque ainsi qu'une réassurance concernant la gêne ressentie par les patients, qui, si elle est présente, ne doit pas empêcher le colloque singulier entre le médecin et son patient.

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont conscients de l'augmentation de l'incidence des IST et des problèmes de santé publique que cela implique. Ils s'attribuent également une place centrale dans la lutte contre les IST, convaincus de leur rôle de premier recours auprès des patients.

Pour aborder la question des IST, ils utilisent des consultations prétextes, comme la vaccination par le *GARDASIL®*, la prescription d'une contraception, la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive. Ce faisant ils ciblent la population la plus accessible à leur yeux essentiellement les femmes jeunes, mais pas la plus touchée par les IST, à savoir les HSH et hommes jeunes.

Ils utilisent également diverses techniques de communication pour parler des IST avec leurs patients : l'humour, le questionnement sur les connaissances des patients, évoquer le sujet pour laisser la porte ouverte, expliquer l'anatomie et la physiologie, évoquer un dépistage systématique par une organisation de santé .

Ils évoquent comme principaux freins la gêne , qu'elle soit ressentie par les patients ou par le médecin, le manque de temps, la présence des parents ou d'un tiers lors de la consultation et la mauvaise estimation du risque d'IST encouru par le patient . Ils parlent également de l'ambivalence du rôle de médecin de famille concernant la question des IST, à la fois un frein et un levier.

Pour contourner ces freins, plusieurs solutions sont envisageables : les médecins évoquent un dépistage plus systématique, permettant de se dédouaner de la responsabilité de proposer le dépistage aux patients et de l'accusation de « mœurs légères » qui peut sembler en découler au regard de certains. Ils évoquent aussi l'idée de grandes campagnes de communication nationales, multimédias (TV, internet, réseaux sociaux , numéro vert) associées à des affiches en salle d'attente. Une consultation de prévention à l'âge de 16ans serait également envisageable, afin de contourner certains autres freins comme la présence des parents et le mauvais ciblage de la population à risques, mais également le manque de temps et permettrait de fournir une nouvelle « consultation prétexte » . Ces mesures pourraient être assorties d'une brève formation à l'intention des médecins généralistes concernant le dépistage des IST et l'intérêt des CBS dans la santé sexuelle .

Il serait intéressant de réaliser un travail interventionnel afin de vérifier l'impact d'une aide informatique à la proposition d'un dépistage plus systématique, avec deux groupes de médecins randomisés, l'un effectuant une mise à jour logicielle permettant d'intégrer cet onglet de dépistage, l'autre pas.

Une consultation de prévention à l'âge de 16ans pourrait également être proposée à un échantillon de patients randomisés, qui serait également comparés à des patients du même âge n'ayant pas bénéficié de cette consultation, afin d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques , et de rechercher une différence entre les deux groupes.

Enfin on pourrait étudier l'impact de la vaccination nouvelle des garçons par le *GARDASIL®* concernant le dépistage et la prévention des IST, pour savoir si les médecins généralistes se saisissent de cette consultation comme d'un prétexte pour aborder le sujet des IST également chez les garçons.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Charles Baudelaire - Les fleurs du mal (1857) - . Disponible sur: <https://www.poesie-francaise.fr/charles-baudelaire-les-fleurs-du-mal/>
- [2] Épidémiologie des IST – Santé publique France [Internet]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles](https://determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles)
- [3] Du plan National de lutte contre le VIH/Sida et les IST à la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle. Corevih IDF Nord. 2017. Disponible sur: <https://www.corevih-idfnord.fr/du-plan-national-de-lutte-contre-le-vihsida-et-les-ist-a-la-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/>
- [4] Plan d’action national VIH 2018-2022 Ministère de la Santé Grand-Duché de Luxembourg . Disponible sur: <https://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-sida-2018-2022/plan-action-national-sida-2018-2022.pdf>
- [5] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010. 2010;8.
- [6] Bressy J. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2017. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prise-en-charge-globale/avis-jeunes-2017/>
- [7] OMS | Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires . WHO. World Health Organization.
- [8] Les médecins généralistes français face au dépistage du VIH [Internet]. vih.org. . Disponible sur: <https://vih.org/20110829/les-medecins-generalistes-francais-face-au-depistage-du-vih/>
- [9] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
- [10] Duchesne S. Pratique de l’entretien dit « “non-directif” ». :37.
- [11] Le Bohec J. Sophie Alami, Dominique Desjeux, Isabelle Garabau-Moussaoui, Les méthodes qualitatives. Lectures [Internet]. 5 oct 2010 [cité 4 mai 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1146>
- [12] Nicolas Hennebo. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine Version 1.0 . Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
- [13] Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
- [14] QDAMiner3f.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://provalisresearch.com/Documents/QDAMiner3f.pdf>
- [15] Surveillance épidémiologique des IST– Santé publique France [Internet]. [cité 26 mai

- 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/notre-action/surveiller-l-epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles](#)
- [16] Épidémiologie des IST – Santé publique France [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles](#)
- [17] Syphilis [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis](#)
- [18] Sanchez A, Del Giudice P, Peneau A, Grange P, Dupin N, Hubiche T. Une syphilis « précoce ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 févr 2020;147(2):127-30.
- [19] Vautrin D. Analyse des modalités et de l'offre de dépistage du VIH et des IST en médecine générale et en CeGIDD en Seine-Maritime. :131.
- [20] Julia Tarragon. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France . 2018
- [21] Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect*. févr 1999;75(1):41-4.
- [22] Britt H, Miller GC, Henderson J, Bayram C, Harrison C, Valenti L, et al. General practice activity in Australia 2015–16 . Sydney University Press; 2016
- [23] Latreille S, Collyer A, Temple-Smith M. Finding a segue into sex: young men's views on discussing sexual health with a GP. *Aust Fam Physician*. avr 2014;43(4):217-21.
- [24] Litras A, Latreille S, Temple-Smith M. Dr Google, porn and friend-of-a-friend: where are young men really getting their sexual health information? *Sex Health*. nov 2015;12(6):488-94.
- [25] Tortuyaux-Juliac S. Evaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2011 [cité 26 mai 2020]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733009>
- [26] Camille Lévêque. Démarches et attentes des adolescents dans leur recherche sur Internet d'informations sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles : étude qualitative chez des adolescents de 15-18 ans en Gironde et en Lot et Garonne. 2017
- [27] Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? *Am J Public Health*. juin 1999;89(6):899-902.
- [28] [plan-action-national-sida-2018-2022.pdf](#) [Internet]. Disponible sur: <https://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-sida-2018-2022/plan-action-national-sida-2018-2022.pdf>
- [29] Cremieux AC, d'Almeida K, Kierzek G, De Truchis P, Vu S, Pateron D. Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010. *Bull Epidemiol Hebdomadaire*. 1 janv

2010;11:460-4.

[30] Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels. Enquête KABP Réunion 2012

[31] Sandra Bartoli - Aborder la sexualité en médecine générale : Attentes, opinions et représentations des hommes : enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor . Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/52602>

[32] Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Jr EDM. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. International Journal of Urology. 2009;16(7):632-8.

[33] Prendre connaissance de son résultat après un dépistage volontaire du VIH au Cameroun | Cairn.info [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-409.htm>

[34] Université de Bordeaux - Mémoires - Situations d'abord de la sexualité et de proposition de dépistage du VIH en Médecine Générale [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-UNIV-BORDEAUX/dumas-01627134v1>

[35] Esperandieu C. LA VACCINATION ANTI- PAPILOMAVIRUS HUMAIN EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2016 : ENJEUX ÉTHIQUES. :95.

[36] Vacciner tous les garçons contre les papillomavirus ? La HAS met en consultation publique un projet de recommandation vaccinale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116003/fr/vacciner-tous-les-garcons-contre-les-papillomavirus-la-has-met-en-consultation-publique-un-projet-de-recommandation-vaccinale

[37] Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. In 2017.

[38] Braure G. Pratique de médecins généralistes remplaçants concernant le dépistage et la prévention des infections sexuellement transmissibles : enquête qualitative réalisée en Hauts-de-France. 3 mars 2017;80.

[39] Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine>

[40] Arya M, Patel S, Kumar D, Zheng MY, Amspoker AB, Kallen MA, et al. Why Physicians Don't Ask: Interpersonal and Intrapersonal Barriers to HIV Testing—Making a Case for a Patient-Initiated Campaign. J Int Assoc Provid AIDS Care. juill 2016;15(4):306-12.

[41] Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al.

- Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract.* févr 2003;20(1):11-5.
- [42] Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* 1 oct 2004;21(5):528-36.
- [43] Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Sexual risk assessment in general practice: evidence from a New South Wales survey. *Sex Health.* 19 mars 2007;4(1):1-8.
- [44] Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
- [45] Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, Schneider E, Ranjit A, Kodadek LM, et al. Risks, Benefits, and Importance of Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Healthcare Settings: A Multi-Method Analysis of Patient and Provider Perspectives. *LGBT Health.* 2017;4(2):141-52.
- [46] Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract.* déc 2003;20(6):690-5.
- [47] Fuzzell L, Fedesco HN, Alexander SC, Fortenberry JD, Shields CG. « I just think that doctors need to ask more questions »: Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Educ Couns.* 2016;99(9):1467-72.
- [48] Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract.* févr 2003;20(1):11-5.
- [49] Fievet C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion. *Médecine Interne.* :125.
- [50]. Cordonnier Julien . Place de l'humour en tant qu'outil de communication en médecine générale. 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01366751/document>
- [51] « Le 1er site officiel sur l'IVG enfin en ligne! www.ivg.gouv.fr » [Internet]. ivglesadresses.org. 2013 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ivglesadresses.org/le-1er-site-officiel-sur-livg-enfin-en-ligne-www-ivg-gouv-fr/>
- [52] « Les antibiotiques c'est pas automatique », 12 ans après, quels sont les changements laissés par ce slogan percutant ? :37.
- [53] Gabarron E, Wynn R. Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. *Glob Health Action* [Internet]. 19 sept 2016 [cité 26 mai 2020];9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030258/>
- [54] Engerand C. Pertinence et faisabilité d'un dépistage ciblé de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, par auto-prélèvement vaginal, chez les jeunes femmes à risque consultant en médecine générale. In 2016.

- [55] SPF. « Chlamyweb » : une intervention de promotion de l'autoprélèvement à domicile à la recherche d'une IST à chlamydiae via une campagne web pour les jeunes. [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/chlamyweb-une-intervention-de-promotion-de-l-autoprelevement-a-domicile-a-la-recherche-d-une-ist-a-chlamydiae-via-une-campagne-web-pour-les-jeu](#)
- [56] Déclaration de choix du médecin traitant | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/declaration-choix-medecin-traitant/declaration-choix-medecin-traitant](#)
- [57]. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/](#)
- [58] OMS | Communication brève relative à la sexualité (CBS) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/](#)
- [59] Lundgren PT, Detanne S, Dunais B, Bruno P, Bentz L, Khouri P, et al. Promotion du dépistage d'infection à Chlamydia trachomatis en soins primaires. Sante Publique. 12 août 2016;Vol. 28(3):299-308.

ANNEXES

Annexe 1, guide d'entretien

- 1) Pouvez vous vous présenter : sexe, age, lieu et mode d'exercice ?

- 2) Vous n'êtes pas sans savoir que l'incidence des IST augmente en France depuis plusieurs années, qu'évoque pour vous cette situation ?

- 3) Comment aborder vous le sujet des IST avec vos patients ?

- 4) Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des IST ?

- 5) Identifiez vous des situations cliniques qui vous empêcherait d'évoquer le sujet des IST et pourquoi ?

- 6) Dans votre activité de médecin généraliste, votre pratique quotidienne vous permet- elle d'évoquer le sujet des IST ? Pourquoi ?