

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2020

N° : 87

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention Médecine Générale

PAR

SAATSAZ Pauline Luce Rosalie

Née le 12 janvier 1991 à Caen (Calvados)

Santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : étude
qualitative sur les connaissances des Médecins Généralistes d'Alsace

Président de thèse : Monsieur le Professeur Yves Hansmann

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David Rey

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2020

N° : 87

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention Médecine Générale

PAR

SAATSAZ Pauline Luce Rosalie

Née le 12 janvier 1991 à Caen (Calvados)

Santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : étude
qualitative sur les connaissances des Médecins Généralistes d'Alsace

Président de thèse : Monsieur le Professeur Yves Hansmann

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David Rey

LISTE DES PROFESSEURS ET DES MAÎTRES DE CONFÉRENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoit P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Haute-pierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARCEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Merci à Monsieur le Professeur Yves Hansmann qui me fait l'honneur de présider cette thèse, à Madame les Docteurs Ninove et Chambe : merci pour l'intérêt porté à ce travail.

Un très grand merci au Docteur Rey qui a accepté de diriger ce travail. Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

Aux piliers de ma vie

A ma Bille, à qui je dois absolument tout. Les mots ne suffiront jamais.

Comme je l'ai toujours dit « *avec toi, j'ai tiré le gros lot* ».

Merci d'être ma Maman. Merci pour ton soutien indéfectible et ton amour inconditionnel. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Je t'aime plus que tout.

On est une team.

A ma Paulinette, mon binôme, mon génie. Une de ces rencontres qui changent le cours de l'existence. Merci infiniment d'avoir toujours été là pour moi. Merci pour ta confiance, ton appui et ta présence.

A nos fous rires dans le désespoir, et à tous les autres.

Tu es formidable, et si tu n'existais pas il faudrait t'inventer. Merci de faire partie de ma vie.

Merci pour tous ces moments de bonheur immense passés à tes côtés, et pour tous ceux à venir.

A ta fille Olivia qui illumine encore plus nos vies.

On est bons, PTDR.

A Maeva, celle qui m'a fait connaître dès l'enfance ce que signifiait le mot amitié. Merci pour ton écoute et ton soutien pendant toutes ces années. Tu as toujours su trouver les mots. Je t'aime infiniment.

Ma Biche.

A mes ami(e)s

A Bastien, pour qui ma tendresse et mon affection sont infinies. Merci pour ton sourire et ta joie de vivre. Je sais à quel point je peux tout te dire et à quel point je peux compter sur toi. C'est inestimable de t'avoir dans ma vie.

Ne change rien (sauf de vélo).

A Sam, merci infiniment à cet internat de m'avoir mis sur ton chemin. Tu es génial, et je mesure la chance que j'ai de te connaître. Merci pour tous tes conseils avisés, et merci surtout de ne jamais m'en avoir voulu d'avoir fait strictement l'inverse. Je te souhaite tout l'amour et tout le bonheur du monde, à toi et à l'homme qui aura la chance de partager ta vie.

Décathlon, à fond la forme.

A Florian, un mec 909 ! Merci pour ces virées en Suisse à tes côtés et pour tes conseils. Pensées pour nos discussions Messenger inouvrables en public. Merci pour tes recettes de cuisine du journal des femmes.

*Ça zig****?*

A mes amis du *SBT*, Arthur et Victor. Sacré été 2019 ! La vie est pleine de rencontres et c'est un vrai bonheur de vous connaître. Merci pour toutes ces soirées en terrasse (à boire de l'eau), merci de m'avoir fait rire, de m'avoir fait me sentir à l'aise avec vous, merci pour ces discussions ouvertes et sans jugement. Vous m'avez appris beaucoup et je vous en remercie.

Merci Arthur, pour ton soutien au 7120... *ça fait chier de merde !* Je te le redis : ta femme sera comblée.

Merci Vic, le parrain de cette thèse, pour l'apprentissage du vélo sans les mains et le retour à une notion élémentaire : ne jamais dire jamais. *Check dans le dos.*

A mes copines Cosmo, Mathou et Adèle. La vie est belle quand on est ensemble, tout simplement. A notre surexcitation ultime, à notre euphorie majeure et à nos histoires follement sexy. Et bien-sûr à notre publication dans le Cosmo, une fierté à tout jamais. *C'est mieux que d'être publiées dans Nature.*

Marinette, merci d'être venue à ma thèse...à l'heure. Merci pour tous les moments partagés avec toi, des petits déjeuners en Grèce, aux thés à Pétra, en passant par les supermarchés en Allemagne et les brunchs Strasbourgeois. Merci de m'avoir fait rentrer par les fenêtres aux tonus. Merci pour les points de suture dans le salon. Merci pour ces soirées rituelles « pâtes au bleu/crevettes – tisane ».

Lasagnes ou pas ?

A mes ami(e)s de Caen : Tiph, Maxime, Caro, Marmelène, Sophie ...

A mon frère qui, malgré la distance, a toujours été un soutien. *Pas le droit de me contredire et sans refus.*

À mon grand-père qui serait fier de me voir franchir cette étape aujourd'hui.

Merci au reste de ma famille pour votre soutien.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités mais auxquels je pense.

Merci à Camille pour ton aide, ta disponibilité et tes encouragements dans l'élaboration de cette thèse.

A mes maitres de stages

Un grand merci au service de médecine interne de Mulhouse, et en particulier aux Docteurs Olivier Hinschberger et Arnaud Drabo pour leur bienveillance, leur confiance et leurs enseignements. Je sais ce que vous m'avez apporté, je ne l'oublierai pas.

Aux médecins généralistes

Aux médecins généralistes qui ont accepté mes entretiens et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Merci pour vos témoignages et le temps que vous m'avez accordé. Vous m'avez permis d'effectuer ce travail, et ce avec plaisir.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PROFESSEURS ET DES MAÎTRES DE CONFÉRENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.....	2
SERMENT D'HIPPOCRATE	14
REMERCIEMENTS	15
LISTE DES ABRÉVIATIONS	20
INTRODUCTION.....	21
I) Épidémiologie du VIH	21
II) Recommandations de l'OMS pour le VIH	22
III) La prophylaxie préexposition au VIH (PrEP)	22
IV) Le chemsex	24
V) Les recommandations vaccinales liées à l'orientation sexuelle	25
VI) IST chez les HSH	26
VII) Problématiques de la thèse	27
1. La PrEP.....	27
2. Patients HSH et médecine générale.....	28
MATÉRIEL ET MÉTHODE	29
I) Objectifs de l'étude	29
II) Type d'étude	30
1. Choix de la méthode	30
2. Recrutement des médecins	30
3. Déroulement des entretiens	31
III) Mode de recueil	33
1. Guide d'entretien	33
2. Questions de recherche.....	33
3. Retranscription et anonymisation des verbatims	35
IV) Analyse des données.....	36
RÉSULTATS	37
I) Caractéristiques de l'échantillon	37
II) Abord de la sexualité en médecine générale	38
1. Résultats.....	38
2. Facteurs influençant le ressenti des médecins lors de ces consultations	39

3. Attitude et difficultés des patients hommes à aborder la sexualité (selon les médecins).....	41
III) Abord de l'orientation sexuelle en médecine générale.....	43
1. Moyens permettant aux médecins de connaître l'orientation sexuelle des patients ..	43
2. Situations où l'orientation sexuelle est abordée	46
3. Freins des médecins à aborder l'orientation sexuelle.....	47
4. Opinions des médecins sur l'intérêt de connaître l'orientation sexuelle des patients	49
IV) La PrEP.....	50
1. Connaissances des médecins généralistes	50
2. Opinions des médecins généralistes sur la PrEP	56
3. Avis des médecins sur l'extension d'une primo-prescription de la PrEP en médecine de ville.....	60
V) Le chemsex	67
1. Connaissances.....	67
2. Opinions.....	69
VI) Recommandations vaccinales liées à l'orientation sexuelle.....	71
1. La vaccination HPV chez les HSH en médecine générale	71
2. La vaccination VHA chez les HSH en médecine générale	75
3. La vaccination VHB chez les HSH en médecine générale.....	76
4. Freins à la connaissance de ces recommandations vaccinales	76
VII) IST chez les HSH	78
1. Un motif fréquent	78
2. Dépistage des IST chez les HSH en médecine générale	78
3. Traitements des IST	82
VIII) Outils d'aide.....	84
1. Avis.....	84
2. Support.....	85
DISCUSSION	87
I) Résultats principaux et implication majeure	87
II) Forces et faiblesses du travail.....	88
1. Limites de l'étude	88
2. Forces de l'étude.....	90
III) Discussion des résultats	91
1. Abord de la sexualité	91
2. Abord de l'orientation sexuelle	94
3. La PrEP.....	96
4. Le chemsex	108
5. Connaissances des recommandations vaccinales chez les HSH	112

6. Dépistage des IST chez les patients HSH.....	115
7. Besoins en formation	116
CONCLUSION	118
BIBLIOGRAPHIE	120
ANNEXES	129
Annexe 1 : guide d'entretien	129
Annexe 2 : entretiens	131
RÉSUMÉ.....	214

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

FTC : Emtricitabine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human PapillomaVirus

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBT : Lesbienne, Gay, bisexuelles, transgenres ou transexuelles

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NHC : Nouvel Hôpital Civil

NNT : Number Needed to Treat

PrEP : PRophylaxie Pré-Exposition

RTU : Recommandation Temporaire d'utilisation

TAR : Traitement Anti-Rétroviral

TASP : Treatment AS Prevention

TDF : Ténofovir Disoproxil Fumarate

TPE : Traitement Post-Exposition

VHA : Virus de l'Hépatite A

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

I) Épidémiologie du VIH

A l'échelle mondiale, 74.9 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie (1). Il a entraîné plus de 32 millions de décès (1).

En 2018, 1.7 millions de nouvelles infections ont eu lieu, portant à 37.9 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde. 79% d'entre elles connaissaient leur statut VIH (1). Parmi ces 79%, 62% bénéficiaient d'un traitement antirétroviral, et la charge virale était indétectable pour 53% d'entre elles (1).

En France en 2018, près de 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH (2). Pour la première fois depuis de nombreuses années ce nombre est en diminution, avec une baisse de 7% par rapport à 2017 (2). En 2018, 56% des contaminations ont eu lieu lors de rapports hétérosexuels, 40% lors de rapports sexuels entre hommes, 2% par usage de drogues injectables et 2% par un autre mode de contamination (2).

De 2013 à 2018, une baisse significative du nombre de découvertes de séropositivité VIH a été observée chez les personnes nées en France âgées de 25 à 49 ans avec une diminution de 16% chez les HSH et de 22% chez les hétérosexuel.le.s. (2).

Chez les HSH de 50 ans et plus nés en France, le nombre de découvertes augmente (2).

En 2018, le principal mode de contamination pour les hommes est le rapport sexuel entre hommes (61%) (2). Le risque d'infection au VIH est vingt-deux fois plus élevé chez les patients HSH (1), ce qui en fait une population très à risque et un problème de santé publique.

En région Grand Est en 2018, le nombre de sérologies VIH positives pour milles sérologies VIH réalisées était de 1,1 selon Santé Publique France, soit un ratio intermédiaire bas par rapport aux autres régions françaises (3).

II) Recommandations de l’OMS pour le VIH

L’OMS vise d’ici 2030 pour le VIH (4) :

- Un « objectif 95-95-95 » : 95% des statuts séropositifs connus, 95% des séropositifs sous TAR, 95% des patients sous TAR avec une charge virale durablement indétectable
- Moins de 200 000 nouvelles infections chez les adultes
- Zéro discrimination

Afin de réduire les nouvelles infections au VIH elle intègre l’utilisation de la PrEP orale au sein de la prévention combinée du VIH, et insiste sur le besoin d’améliorer l’accès aux services de dépistage.

III) La prophylaxie préexposition au VIH (PrEP)

Il s’agit d’une stratégie récente dans la prévention du VIH, destinée aux femmes et aux hommes séronégatifs pour le VIH mais s’exposant par leurs pratiques à un risque élevé de contamination (5). Son objectif est de réduire les contaminations sexuelles du VIH dans les populations les plus à risque, dont font partie les HSH (1,5).

Elle est utilisée dès 2012 aux Etats-Unis dans les suites des résultats de l'étude iPrex. Cette étude multicentrique en double aveugle contre placebo montrait une réduction de risque d'infection au VIH de 44% chez les HSH prenant la PrEP en continue (6).

Les études contrôlées randomisées versus placebo franco-canadienne ANRS IPERGAY (7) et anglaise PROUD (8) ont montré une efficacité similaire de la PrEP orale continue et discontinuée avec des réductions du risque d'infection VIH-1 de 86% chez les HSH. C'est dans ce contexte que la PrEP devient alors disponible en France, initialement sous la forme d'une RTU à partir de janvier 2016 puis d'une AMM depuis mars 2017 (9).

Elle s'ajoute ainsi à l'ensemble des moyens de prévention du VIH déjà existants qui constituent la « stratégie diversifiée de prévention VIH » : usage du préservatif et de lubrifiant, dépistage régulier du VIH et des autres IST, conseils sur les pratiques à risque, connaissance du statut virologique VIH des partenaires, recours au TasP chez les partenaires séropositifs, recours au TPE, et utilisation de matériel à usage unique lors de la consommation de drogues (5). Elle est prise en charge intégralement par l'assurance maladie (5).

La PrEP consiste en la prise de TRUVADA® (bithérapie Ténofovir disoproxil fumarate et Emtricitabine) ou de génériques, soit continue (un comprimé par jour) soit ponctuellement en encadrant les rapports potentiellement à risque (5) selon le protocole ANRS IPERGAY (7) : deux comprimés avant le rapport (au minimum 2h avant, au maximum 24h avant), un comprimé 24h et 48h après la première prise.

Une surveillance clinico-biologique trimestrielle est requise afin de contrôler le statut VIH et de rechercher d'éventuels IST, grossesse et effets indésirables (5).

Les populations notamment ciblées par la PrEP sont les HSH et les personnes transgenres ayant au moins un des critères suivants : rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins deux partenaires sexuels différents dans les six derniers mois, plusieurs épisodes

d'IST dans les douze derniers mois, recours au TPE dans les douze derniers mois ou usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex) (5). Au cas par cas, ce traitement s'adresse également à d'autres populations : les usagers de drogues injectables avec échanges de seringues, les travailleurs du sexe ayant des rapports sexuels non protégés et les personnes en situations de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH (5).

L'instauration de la PrEP nécessite une consultation spécialisée par un médecin expérimenté dans la prise en charge du VIH qui évalue le risque de contamination et recherche les contre-indications à la PrEP (5). Elle peut se faire en milieu hospitalier ou dans un CeGIDD. La prescription doit être réévaluée tous les ans dans ces mêmes conditions (5). Les médecins généralistes ont la possibilité de renouveler la PrEP dans le cadre du suivi trimestriel des patients sous PrEP (5,10).

En 2019, la Cour des comptes sur la politique de prévention et de prise en charge du VIH proposait d'autoriser la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville et en médecine scolaire du second degré et universitaire (11).

IV) Le chemsex

Le chemsex est un anglicisme né au sein de la communauté gay du rapprochement des mots « chemical » et « sex ». Il correspond à la consommation de substances dans un but sexuel. Sa définition paraît s'élargir et les substances consommées, initialement psychoactives, semblent désormais inclure des substances non psychoactives (12).

Il s'agit d'une pratique décrite initialement à Londres. Le chemsex prend néanmoins depuis quelques années de l'ampleur, notamment via Internet qui permet une mise en contact rapide et facile des chemsexuels via les applications des géolocalisations (13). Il représente également le principal vecteur de diffusion des nouveaux produits de synthèse, dont des études européennes sur le chemsex (13,14) montrent qu'il s'agit de substances privilégiées par les chemsexuels HSH.

Or les HSH sont un groupe communautaire avec une prévalence et une incidence élevées d'infections au VIH (2). De plus, une étude Belge (13) fait ressortir qu'il s'agit d'une pratique fréquemment orientée vers le sexe collectif et suggère que les sujets ayant le plus de partenaires (« *plus de dix* ») soient séropositifs au VIH.

V) Les recommandations vaccinales liées à l'orientation sexuelle

Il existe des recommandations vaccinales destinées aux HSH.

La persistance de certains papillomavirus oncogènes peut induire chez l'homme des pathologies graves comme le cancer de l'anus, de l'oropharynx et du pénis (15). Les HSH sont particulièrement touchés par les affections liées aux HPV (16). Il existe depuis 2016 une indication à vacciner les patients HSH contre les infections à l'HPV jusqu'à l'âge de vingt-six ans révolus. Le bénéfice de cette vaccination est d'autant plus important qu'elle est réalisée avant le début de l'activité sexuelle ou rapidement après, et que le nombre de partenaires sexuels est faible (17).

En 2000, l'épidémie d'hépatite A chez les homosexuels masculins (18) a conduit à l'extension de la vaccination VHA chez les HSH, dont on sait qu'une transmission liée aux

pratiques oro-anales et digito-anales est possible (18,19). Ainsi il existe depuis 2002 en France, une indication à vacciner tous les patients HSH contre le VHA quel que soit leur âge (20). Il est recommandé de réaliser au préalable une sérologie attestant de l'absence d'immunisation (17).

Les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples font partie des populations pour lesquelles une vaccination VHB est recommandée, de même que les personnes exposées aux IST, ayant une IST en cours ou récente (20). Ainsi, les HSH peuvent être concernés par cette recommandation.

VI) IST chez les HSH

Entre 2015 et 2017, les infections à gonocoque chez les patients HSH ont augmenté de 84% (versus + 29% chez les hétérosexuels) et celles à chlamydia de 29% (versus + 9% chez les femmes) (21). Sur cette même période, le nombre de syphilis est resté stable chez les patients HSH mais ils représentent 81% de ces infections (21).

Les pénétrations anales sont encore très insuffisamment protégées chez les HSH. Dans l'étude PRÉVAGAY 2015 (22) près d'un tiers des HSH n'utilisaient pas systématiquement de préservatif lors des pénétrations anales avec des partenaires de statut sérologique VIH différent ou inconnu. Bien que possiblement majoré du fait d'un biais de recrutement (HSH fréquentant les lieux de convivialité gay), ce pourcentage reflète malgré tout un usage inconstant du préservatif.

Le rapport Morlat informe des recommandations de dépistage d'IST chez les patients HSH (17). Ils sont dits « à haut risque » en cas de rapports sexuels anaux non protégés avec au moins deux partenaires sexuels différents dans les six derniers mois, devant plusieurs épisodes

d'IST ou de recours au TPE dans l'année, ou en cas de pratique du chemsex. Il est alors recommandé un dépistage au minimum trimestriel des chlamydias, des gonocoques, du VIH et du VHC et au minimum annuel de la syphilis (17). Les recherches de chlamydias et de gonocoques doivent par ailleurs être multisites chez tous les patients HSH (prélèvements génito-urinaire, anal et pharyngé).

VII) Problématiques de la thèse

1. La PrEP

Chez les patients HSH la prévalence du VIH reste élevée (2) et le non-usage du préservatif important, témoignant ainsi que la prévention du VIH ne peut reposer uniquement sur le préservatif dans cette population. En parallèle, le nombre de personnes ayant initié un traitement par PrEP ne cesse de s'accroître (23) et la grande majorité des utilisateurs, HSH principalement, renouvelle leur traitement (23). Cela suggère une bonne appropriation et adhésion à ce moyen de prévention.

Dans ce contexte, il apparaît important de pouvoir faire bénéficier les patients HSH d'outils supplémentaires efficaces dans la prévention du VIH, y compris donc la PrEP, en complémentarité des mesures préventives déjà disponibles. C'est pourquoi nous pourrions imaginer que la promotion de la PrEP s'intègre aux nombreuses missions de prévention déjà existantes en médecine générale. Cependant, pour détecter les patients concernés encore faut-il connaître ce dispositif. Or la PrEP semble peu connue des médecins généralistes, alors qu'il va de soi que son approbation et sa promotion en soins primaires dépendent de leurs connaissances et de leurs avis sur ce moyen de prévention. Ce travail se place également dans la continuité

d'une proposition de 2019 visant l'amélioration de l'accès à la PrEP par l'élargissement de ses modalités de primo-prescription à la médecine de ville (11). Qu'en pensent les médecins généralistes ? Seraient-ils prêts à le faire ? L'objectif principal est d'évaluer les connaissances et l'opinion des médecins généralistes sur la PrEP ainsi que connaître leurs avis sur l'extension de sa primo-prescription en médecine de ville et leur intention de le faire.

2. Patients HSH et médecine générale

Les autres IST telles que la syphilis, la gonococcie, les chlamydioses, les infections à papillomavirus et les hépatites virales sont fréquentes chez les patients HSH qui font ainsi l'objet de recommandations spécifiques en termes de prévention vaccinale et de dépistage. Le médecin généraliste est en France l'acteur majeur de la vaccination et un acteur central des dépistages d'IST. Il pourrait donc être au cœur des stratégies de prévention de santé sexuelle des patients HSH dans le cas où il serait informé de ces recommandations. Quelles sont les connaissances des médecins généralistes sur ces recommandations ? Le premier objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes relatives aux recommandations liées à l'orientation sexuelle, concernant notamment les recommandations vaccinales HPV, VHA et VHB et de fréquence de dépistage d'IST chez les patients HSH. Le deuxième objectif secondaire est de connaître les attentes des médecins généralistes en termes d'outils d'aides dans ces différents domaines.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'évaluer les connaissances et les opinions des médecins généralistes d'Alsace au sujet de la PrEP, et de connaître leurs avis sur l'extension de sa primo-prescription en médecine de ville.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer les connaissances des médecins généralistes relatives aux recommandations liées à l'orientation sexuelle, concernant notamment les recommandations vaccinales HPV, VHA et VHB et de fréquence de dépistage d'IST chez les patients HSH.
- de recueillir les attentes des médecins généralistes dans ces domaines (PrEP et prise en charge des patients HSH en médecine générale).

Afin d'amener à ces discussions, et puisque la connaissance de l'orientation sexuelle est un prérequis pour aborder ces thèmes en pratique clinique, il semblait pertinent d'explorer de façon préliminaire l'attitude des médecins lors des consultations concernant la sexualité, et de les questionner sur leur pratique concernant l'abord de l'orientation sexuelle.

II) Type d'étude

1. Choix de la méthode

L'analyse qualitative permet de comprendre et d'observer. Elle explore les attitudes, les représentations, les expériences, les habitudes et les difficultés. A l'inverse du quantitatif le but n'est pas de quantifier ni de généraliser, mais de faire apercevoir le vécu et le ressenti. C'est pourquoi les résultats des études qualitatives ne sont pas des données chiffrées mais des données verbales. Cette méthodologie paraissait donc la plus adéquate pour ce travail.

Le mode de recueil le plus adapté était l'entretien semi-directif, cette méthode permettant une diversité de réponses. Au vu des thèmes à aborder, des objectifs qui visaient notamment la recherche de connaissances et/ou des pratiques professionnelles, il semblait pertinent de réaliser des entretiens individuels afin que les médecins puissent s'exprimer librement, sans biais de réserve.

Il s'agit donc d'une enquête qualitative par analyse d'entretiens individuels semi-directifs, réalisée auprès de médecins généralistes du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

2. Recrutement des médecins

Le but des entretiens était de recueillir les réponses les plus diversifiées possibles. Dans cette logique, le choix des médecins a été effectué en « variance maximale » c'est-à-dire en favorisant des profils de praticiens variés.

Le mode de recrutement choisi a consisté en l'appel au hasard de médecins généralistes dont les coordonnées ont été trouvées sur internet, en prenant en compte leur lieu d'exercice pour permettre la diversité de l'échantillon.

Seuls des médecins généralistes exerçant en libéral ont été contactés. Les critères d'exclusion étaient de ne pas être un médecin généraliste libéral (interne en médecine générale, médecin généraliste hospitalier ou médecin spécialiste libéral) et le refus de participer à l'étude.

Il était communiqué brièvement (directement ou par le biais des secrétariats) le thème de l'étude et le principe de l'entretien.

Le nombre de médecins généralistes à interroger n'a pas été déterminé à l'avance, et les entretiens ont été arrêtés lorsqu'il ne ressortait plus de nouvelle information (saturation des données). Environ soixante médecins ont été contactés et treize ont accepté de participer.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 17 juin 2019 au 26 septembre 2019. Ils ont été réalisés par une seule personne (mademoiselle Pauline SAATSAZ).

Onze se sont déroulés au sein des cabinets médicaux des médecins dans les villes de Strasbourg, Mulhouse, Thann et Cernay, en face à face autour du bureau.

Deux autres entretiens ont eu lieu par téléphone.

Les entretiens débutaient par un remerciement vis à vis des médecins interrogés. Afin de les mettre le plus en confiance possible et de favoriser ainsi des réponses spontanées, il leur était expliqué que les questions posées étaient volontairement larges, qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse, que tout ce qu'ils diraient serait intéressant et qu'aucun jugement ne serait émis.

Il était demandé leur accord pour enregistrer les entretiens après information que leurs propos seraient anonymisés. Un médecin a refusé l'enregistrement obligeant à une retranscription des propos en temps réel. Les autres entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone Olympus VN-7800PC.

Toujours dans le souhait de créer un climat bienveillant et de confiance, les entretiens se poursuivaient par le recueil de caractéristiques personnelles et socio-professionnelles des médecins interrogés:

- données personnelles : âge, statuts matrimonial et religieux.
- mode d'exercice : médecin installé ou remplaçant, activité libérale seule ou en association (il était dans ce cas recherché si les associés étaient des médecins généralistes ou des spécialistes).
- organisation du cabinet : informatisation du cabinet, consultations libres ou sur rendez-vous, nombre de demi-journées travaillées par semaine, nombre moyen de consultations par jour et durée moyenne des consultations.
- existence d'une activité universitaire (maitre de stage, tuteur...) et abonnement à une revue médicale.

Ces données ont permis la description précise de l'échantillon sélectionné. Le nom des participants n'était pas demandé.

La durée des entretiens variait de seize à soixante-quatre minutes. La durée moyenne était de trente-deux minutes.

III) **Mode de recueil**

1. Guide d'entretien

Le guide a été adapté (une fois), comme le permet la méthodologie d'une étude qualitative. Il avait été prévu des relances de reformulation en cas de non ou de mauvaise compréhension. Des relances de contrôle et d'approfondissement n'avaient pas été pas élaborées mais ont été utilisées.

Toutes les questions n'ont pas été posées dans le même ordre à chaque entretien afin de maintenir une certaine fluidité lors des échanges.

2. Questions de recherche

Le guide d'entretien est disponible en annexe (annexe 1).

A. Abord de la sexualité en médecine générale

La première question encourageait les médecins à relater leur dernière consultation avec un patient homme ayant touché à la sexualité.

Il n'était volontairement pas prononcé à cette question le terme d'HSH afin de ne pas restreindre les possibilités de réponse, et de voir si les médecins évoquaient spontanément des consultations avec des patients HSH.

Il était également recherché le ressenti des médecins lors de ces consultations.

B. Abord de l'orientation sexuelle en médecine générale

Dans un second temps, les médecins généralistes étaient interrogés sur leur manière de s'enquérir de l'orientation sexuelle des patients.

Si cette information n'était pas recherchée, il leur était demandé d'en expliciter les raisons.

C. Motifs de consultations des HSH et représentations des médecins généralistes sur la sexualité entre hommes

Les motifs de consultations des patients HSH étaient abordés. Le but de cette question était de rechercher si les consultations en lien avec leur santé sexuelle étaient fréquentes.

Une question du guide d'entretien explorait la représentation des médecins généralistes sur la sexualité entre hommes afin de mieux comprendre si cela influençait leur opinion sur la PrEP.

D. La PrEP

L'abord de ce thème commençait par la question : « *parlez-moi de la PrEP* ».

Le but était de recueillir leurs connaissances sur ce traitement.

Il leur était également demandé le rôle du médecin généraliste dans la PrEP, s'ils avaient des patients sous PrEP, s'ils étaient favorables à une éventuelle primo-prescription de PrEP en médecine générale et leur intention de le faire le cas échéant. Leur opinion sur ce traitement était recherchée.

E. Chemsex

Le chemsex étant à la fois une des indications de la PrEP et une pratique notamment décrite chez les HSH, les connaissances et l'avis des médecins sur cette pratique étaient recherchés.

F. Les recommandations liées à l'orientation sexuelle

Cette partie de l'entretien avait pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les spécificités de la santé sexuelle des HSH, notamment sur les recommandations vaccinales HPV, VHA et VHB et sur la fréquence de dépistage des IST des HSH à risque.

Lorsque les médecins se déclaraient non informés, les raisons étaient recherchées.

En cas de connaissances exprimées, l'application de ces recommandations et/ou les difficultés des médecins généralistes à le faire étaient questionnées.

Il leur était également demandé s'ils étaient à l'aise avec le traitement des IST et les sites de prélèvements.

G. Outils d'aide

L'entretien se terminait par l'avis des médecins sur l'intérêt de créer un outil d'aide pour la prise en charge des patients HSH en médecine générale, ainsi que leurs éventuelles propositions sur le support à privilégier.

3. Retranscription et anonymisation des verbatims

Les entretiens (disponibles en annexe 2) ont été retranscrits le jour même ou au plus tard le lendemain sur le logiciel Microsoft Word, par seule personne (mademoiselle Pauline SAATSAZ).

L'enquêtrice s'est identifiée par ses initiales « PS », et a identifié les médecins interrogés par la lettre M suivie du numéro d'entretien (M1 pour le médecin ayant réalisé le premier entretien, M2 pour le médecin ayant réalisé le deuxième entretien, et ainsi de suite). Lorsque les médecins citaient leur nom ou celui d'un confrère les données ont été anonymisées par « XXXX ».

La retranscription a été exhaustive dans la communication verbale. Les silences (« ... »), les hésitations (« *euh* »), les rires (« *rires* ») et les soupirs (« *soupir* », « *pfff* ») ont été retransmis. Elle ne prend pas en compte la communication non verbale (postures...).

IV) Analyse des données

L'analyse des entretiens a été effectuée manuellement par codage axial des verbatims.

RÉSULTATS

I) Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon de médecins généralistes interrogés se composait de sept femmes et de six hommes.

Les âges variaient entre trente et soixante ans, avec un âge moyen de quarante-quatre ans et quatre mois.

Neuf médecins étaient mariés et quatre étaient célibataires.

Un médecin se déclarait croyant, un autre « croyant par intermittence », et les onze autres athés.

Douze étaient installés (année d'installation comprise entre 1990 et 2015), et un médecin était remplaçant depuis juin 2017.

Huit médecins avaient un lieu d'exercice urbain (centre-ville de Strasbourg et de Mulhouse), et quatre avaient une activité semi-rurale (Thann et Cernay). Le médecin remplaçant effectuait des remplacements à mi-temps en ville et mi-temps en campagne.

Trois avaient un mode d'exercice seul, et neuf autres exerçaient en association. Parmi ces derniers, les associations étaient variables. Quatre médecins étaient associés à d'autres médecins généralistes (cabinet de deux ou trois médecins généralistes) et les cabinets des cinq autres médecins comprenaient des médecins généralistes, des médecins spécialistes (cardiologue ou oto-rhino-laryngologue) et/ou des paramédicaux (infirmier, ostéopathe, kinésithérapeute).

Sept médecins consultaient uniquement sur rendez-vous, et six autres avaient une activité mixte (consultations libres et sur rendez-vous).

Le nombre moyen de demi-journées travaillées par les médecins interrogés était de 7.6 par semaine.

Le nombre moyen de consultations effectuées par jour par les médecins était de 25.2, avec une durée moyenne de 16.7 minutes par consultation.

Tous les cabinets des médecins étaient informatisés.

Neuf médecins avaient fait des diplômes universitaires ou des diplômes inter-universitaires, dont un sur le VIH pour un des médecins.

Trois médecins déclaraient une activité universitaire (stage praticien de niveau 1 et 2, accueil d'externes).

Sept médecins étaient abonnés à des revues médicales (Prescrire, Le Quotidien du Médecin, et La Revue du Praticien).

II) Abord de la sexualité en médecine générale

1. Résultats

A la question « *parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes* », les médecins rapportent des cas de troubles érectiles ^{M1 M2 M3 M4 M6 M11 M13}, d'éjaculation précoce ^{M5}, d'urétrite à chlamydia ^{M7}, de condylomes de la verge ^{M8}, de baisse de la libido ^{M10}, et des demandes de dépistages d'IST ^{M9 M12}.

Les médecins évoquant les dépistages d'IST et l'urétrite à chlamydia ^{M7 M9 M12} explicitent que ces consultations concernaient des hommes homosexuels. Deux autres

consultations se sont déroulées avec des hommes hétérosexuels^{M2 M8} et concernaient la prise en charge de troubles érectiles et de condylomes de la verge.

L'orientation sexuelle des huit autres patients n'est pas précisée.

Il s'agit du motif initial de consultation^{M2 M3 M4 M7 M8 M9 M12 M13} ou d'un motif surnuméraire^{M1 M6 M10}.

L'abord de la sexualité est fréquemment à l'initiative des patients^{M1 M2 M3 M4 M6 M9 M10 M13}.

Ces consultations sont décrites par les médecins comme étant récentes, s'étant déroulées au cours de la semaine^{M1 M4 M7 M8 M12 M13} ou du mois^{M2 M3 M10}.

Elles concernent des patients jeunes^{M5 M6 M7 M9 M12} (de l'adolescent jusqu'à des hommes de quarante-cinq ans) ou des patients d'un âge plus avancé^{M1 M3 M10}.

A noter que l'âge des patients n'est pas mentionné par cinq médecins^{M2 M4 M8 M11 M13}.

2. Facteurs influençant le ressenti des médecins lors de ces consultations

Certains médecins s'estiment à l'aise^{M3 M4 M6 M7 M8 M10 M12 M13}, d'autres évoquent une gêne systématique^{M1 M5 M11}, et d'autres encore^{M2 M9} expliquent que leur ressenti est variable. Les médecins ont expliqué les éléments influençant leur ressenti.

La fréquence de ces consultations est un facteur évoqué. Ainsi, des consultations fréquentes permettent aux médecins d'être plus à l'aise^{M4 M6 M7}, alors qu'ils sont en difficulté lorsque les consultations sont plus rares^{M1 M11}.

M11	« Pas forcément très à l'aise car je n'ai pas l'habitude »
-----	--

L'ancienneté de la relation médecin-malade est identifiée comme une aide^{M3}.

M3	(A propos d'un patient) <i>« Oui cava, je le connais bien, je le connais depuis longtemps, pas de soucis »</i>
----	---

L'impression d'absence de solution concrète à fournir aux patients est une difficulté mise en avant ^{M10}.

M10	<i>« Ba c'est parfois on n'a pas forcément de réponse à donner, parce que les problèmes de libido ou le choses comme ça ...On fait un peu de la psychologie sur laquelle je n'ai pas forcément beaucoup de connaissances en fait, c'est surtout ça. C'est surtout ça. Quelle réponse à donner aux gens ? C'est surtout cela en fait »</i>
-----	---

L'absence de formation médicale sur les troubles sexuels est un frein pour les médecins à acquérir une attitude sereine et confiante lors de ces consultations ^{M5}.

M5	<i>« Je n'ai jamais eu de formation de sexualité. Il ne faut pas oublier que j'ai 58 ans, que j'ai fait la fac en 79 et que les préoccupations que vous avez aujourd'hui et bah en 79 c'était pfffff et la formation c'était pfffff »</i>
----	---

Le comportement des patients lors de ces consultations peut générer un inconfort pour le médecin ^{M9 M13}.

M13	<i>« Il y a des personnes qui sont neutres et des personnes qui sont plutôt dans la séduction et cela peut être un peu compliqué à gérer quand on parle de sexualité »</i>
-----	--

3. Attitude et difficultés des patients hommes à aborder la sexualité (selon les médecins)

Les médecins interrogés ont décrit d'une part la façon dont ils perçoivent les hommes lors de ces consultations, et d'autre part les difficultés qu'ont les patients à aborder la question de la sexualité.

Selon les médecins, les hommes hétérosexuels sont soit à l'aise^{M3 M13} soit gênés^{M4 M5} pour évoquer leurs plaintes.^{M10 M12}

M3	« Faut dire que les gens sont assez expansifs, ils vous racontent tout...vous avez tous les détails. C'est rare que quand ils viennent pour un problème comme ça ils tournent autour du pot. Souvent on sait ce qu'il s'est passé, comment ça s'est passé... plus que ce qu'on devrait presque savoir. La plupart du temps ils expliquent quelles pratiques ont été faites... presque le coup d'après on aura les photos! Des fois je me demande pourquoi ils racontent tout ça alors que...finalement il n'y a pas beaucoup d'influence sur le diagnostic mais il faut qu'ils vous racontent toute l'histoire »
M4	« On les voit arriver parce que souvent ils mettent du temps à l'aborder, ça vient à la fin de la consultation »
M5	« Le mec il tourne en rond au départ »

En revanche, les homosexuels sont vus comme étant très à l'aise^{M2 M7 M8 M9 M10 M12}. Des médecins hommes et femmes partagent l'avis que la sexualité est plus fréquemment abordée avec et par les homosexuels.

M2	<i>« En général avec les homosexuels il n'y a pas de problème parce qu'ils sont...bah à cause de leur orientation sexuelle justement c'est plus facile d'en parler et d'échanger avec eux, plus que les hétérosexuels »</i>
M12	<i>« Moi je pense que l'on peut plus facilement parler de sexualité avec des homosexuels qu'avec un groupe ou un couple hétérosexuel (...). Je pense qu'on a beaucoup beaucoup plus de mal à aborder le sujet chez les couples hétérosexuels »</i>
M13	<i>« Les personnes à orientation homosexuelle (...) ont tendance à en parler plus facilement parce qu'ils sont peut-être plus à l'aise avec ça, je ne sais pas. Mais les hétéros qui sont mariés, qui ont des troubles, qui ont des soucis ou même des éléments comme de l'adultère ou des choses comme ça, et qui veulent poser des questions ils sont beaucoup plus gênés, alors que les gays sont beaucoup plus ouverts je trouve sur tout ce qui est questions par rapport à la sexualité ou à des troubles cutanés liés à des organes génitaux externes ou des choses comme ça »</i>

Des médecins femmes ^{M2 M4 M9 M11 M13} pointent du doigt qu'outre l'orientation sexuelle des patients, le sexe du médecin est un facteur non neutre dans l'abord de la sexualité par les patients. Elles évoquent que les femmes leur en parlent plus facilement que les hommes.

M11	<i>« Moi il se trouve que je travaille avec mon mari, qui est donc un homme, et que forcément même mes patients hommes qui veulent consulter pour ce genre de problèmes vont plus volontiers chez mon mari que chez moi. Donc j'ai très peu moi finalement de consultations avec des hommes qui me parlent de problèmes de sexualité »</i> <i>« Une femme parlera plus volontiers de sa sexualité avec une femme qu'avec un homme, et un homme parlera plus volontiers de sa sexualité avec un homme qu'avec une femme. Que ce soit de l'hétérosexualité ou de l'homosexualité »</i>
-----	---

Il est également mentionné que le lieu d'exercice est un élément non négligeable dans l'abord de la sexualité ^{M7 M11}. Une activité rurale est vécue comme influençant négativement l'abord de la sexualité.

M11	« Vous savez moi je travaille en campagne, je ne suis pas en ville (...) les gens ne parlent pas, très peu »
-----	--

Face à ces difficultés, le remboursement désormais en vigueur des préservatifs apparaît comme un moyen supplémentaire d'aborder la sexualité.

M13	« Maintenant le fait que le préservatif soit remboursé cela permet aussi d'aborder le sujet plus facilement car on le propose et après ils attrapent ou pas la perche qu'on leur tend et en fonction on peut en parler s'il y a besoin »
-----	--

III) Abord de l'orientation sexuelle en médecine générale

1. Moyens permettant aux médecins de connaître l'orientation sexuelle des patients

Certains médecins recourent à des questions ouvertes ou indirectes afin de permettre aux patients qui le souhaitent de mentionner leur orientation sexuelle ^{M7 M10 M13}.

M7	« Je pose la question 'est-ce que vous avez des rapports avec des femmes ?', alors ils me disent non, et donc je demande 'avec des hommes du coup ?'. Ils me disent 'oui'. Je pose toujours la question dans ce sens-là en fait, mais c'est vrai que d'emblée je
----	--

	<i>ne dis pas 'est-ce que vous avez des relations avec des hommes ?'. Je demande s'ils ont des relations avec des femmes, ils me disent non, et ensuite je demande voilà. C'est un petit truc »</i>
M10	<i>« J'essayais à un moment donné de demander 'compagne/compagnon ?' »</i>
M13	<i>« C'est vrai que quand je pose la question par rapport à quelqu'un où j'ai un doute, je demande toujours 'le partenaire', je ne demande pas 'la femme' et cela ouvre un petit peu le dialogue et cela permet à la personne de dire 'mon copain'»</i>

Des médecins ^{M3 M8 M10} rapportent que certains patients l'évoquent de façon spontanée et explicite.

M3	<i>« Souvent ils nous le disent quand c'est entre guillemet pas une orientation classique (...) ils sont souvent assez clair avec ça »</i>
M8	<i>« Il y en a beaucoup qui arrivent en disant 'je suis homo' (...) il y a beaucoup de patients qui viennent en disant les choses »</i>
M10	<i>« Les gens spontanément en parlent en disant par exemple, pour un homme qui parle de son compagnon, 'il' au lieu de 'elle'»</i>

En revanche, d'autres médecins ^{M4 M6} constatent que, bien qu'abordée par les patients, cette information est évoquée tacitement.

M6	<i>« Ils le disent quand même d'une manière ou d'une autre (...) pas forcément clairement (...) c'est par exemple juste 'mon copain il a fait ça ou ça', 'ma copine' (...). C'est principalement ça (...). Après il faut juste le comprendre au moment où ça vient. Je n'ai jamais eu quelqu'un qui m'a dit 'bonjour, je suis homosexuel'»</i>
----	--

Certains médecins ^{M1 M2 M9 M11 M12} s'accordent à dire que le suivi des patients dans la durée favorise la mention de cette information.

M2	« <i>Ils finissent par dire 'mon copain, ma copine'.</i> »
M11	« <i>J'ai un patient que je suis depuis longtemps (...) il me disait tout le temps 'on part en vacances', 'je vais chez mes beaux-parents', 'on a fait ci' et puis un jour il m'a dit 'il'.</i> »
M12	« <i>C'est aussi l'avantage du médecin traitant, on a une relation de confiance qui fait qu'à un moment les gens vont s'ouvrir, parler de leurs pratiques ou de leur orientation.</i> »

Des médecins se fient également aux stéréotypes physiques LGBT afin d'en déduire l'orientation sexuelle de leurs patients ^{M3 M5 M7 M8 M9 M11 M12}.

M3	« <i>Euhhhh au pif et (...) on se trompe rarement (...). Je ne leur demande pas ça c'est sûr, mais souvent on le remarque quoi.</i> »
M5	« <i>J'en suspecte un autre (...) il est un peu efféminé.</i> »
M7	« <i>(rires) C'est ...j'allais dire ... nan nan mais ça il ne faut pas enregistrer (rires) Bein...souvent cela se devine un peu.</i> »
M9	« <i>Pour des gens c'est tellement flagrant (rires).</i> »

Des indices non verbaux, tels que les consultations conjointes de deux hommes, sont également compris comme étant le signe d'une orientation homosexuelle ^{M6 M10 M12}.

M6	« <i>Quand ils viennent à deux et qu'ils sont du même sexe et sans avoir l'air d'être frère et sœur, c'est souvent voilà ...</i> »
----	--

Les récurrences de demandes de bilan de dépistage des IST sont suspectes d'une orientation homo- ou bisexuelle pour le médecin ^{M5}.

M5	<i>« J'en suspecte un autre (...) je pense qu'il est bi parce qu'il part trop souvent en vacances sans sa femme et il fait régulièrement des HIV (...) »</i>
----	--

2. Situations où l'orientation sexuelle est abordée

Les médecins ^{M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7 M8 M9 M10 M11 M12 M13} ne recherchent pas l'orientation sexuelle de façon systématique.

M13	<i>« Je ne pose pas la question, dans mon questionnaire systématique il n'y a pas l'orientation sexuelle »</i>
-----	--

Les consultations touchant à la sexualité sont identifiées comme particulièrement favorables à l'abord de l'orientation sexuelle ^{M2 M3 M6}. Il ressort que les HSH l'évoquent fréquemment au cours de ces consultations.

M2	<i>« Ça dépend des sujets qu'on aborde. Mais oui au final en général quand on parle de sexualité c'est eux qui le disent et qui abordent cette information »</i>
M3	<i>« C'est très rare qu'ils ne le disent pas s'ils viennent pour un motif pour ça. (...) Quand ils viennent pour recherche de MST ou pour un problème ils disent leur orientation. »</i>

Des plaintes de la sphère génito-anales permettent également son abord ^{M6 M8}.

M8	<i>« C'est dans certains domaines particuliers, je dirai spontanément quand ils consultent pour des trucs de peau au niveau de la verge ou des trucs comme ça, quand</i>
----	--

	<i>il y a des fissures anales on pose des fois la question ou ils le disent en fait spontanément »</i>
--	--

La présence de symptômes généraux ou d'éléments anxieux permet d'évoquer l'orientation sexuelle^{M2 M12}. Il s'agit par ailleurs de motifs de consultations rapportés chez les HSH^{M4 M5 M12}.

M2	<i>« Quand on aborde d'autres sujets plus généraux (...) si ça ne va pas bien, s'il y a des syndromes anxieux ou d'autres choses... souvent on va effectivement parler de l'environnement social et cela vient sur le sujet ».</i>
----	--

3. Freins des médecins à aborder l'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle est considérée comme relevant du domaine de l'intime^{M1 M2 M3} M4 M6 M7 M9 M11 M12 et non du champs médical.

M11	<i>« J'estime que c'est quelque chose de personnel et que cela ne fait pas partie de l'interrogatoire médical »</i>
-----	---

Des médecins considèrent qu'il s'agit d'une question stigmatisante pour les patients^{M4} M7 M10 M12 M13.

M4	<i>« Je pense qu'il y a des gens que ça peut mettre mal à l'aise »</i>
M13	<i>« J'ai du mal à poser les questions par rapport au métier et par rapport à l'orientation sexuelle car je trouve que ce sont des choses qui stigmatisent beaucoup les gens (...)»</i>

Ce ressenti d'intrusion ou de stigmatisation est pour certains médecins en lien avec leur expérience personnelle.

M13	« J'ai aussi une femme qui m'a avoué son homosexualité en pensant que c'était un délit (rires). Enfin c'était vraiment 'mais vous vous rendez compte ...il faut que je vous dise un truc mais il ne faut surtout pas que vous me jugiez là-dessus'. Il y a des gens qui pensent encore que c'est une maladie entre guillemets d'être gay »
M9	« Vous savez il y a un truc qui m'a vachement choquée, et je le suis toujours. Quand je n'étais pas encore informatisée, j'avais les dossiers cartons comme tout le monde et il y avait marqué 'profession', donc je demandais 'qu'est-ce que vous faites dans la vie ?'. Et un jour je dis ça à un copain médecin généraliste et il me dit 'mais ça ne va pas, c'est vachement indiscret, tu n'as pas à demander aux gens ce qu'ils font'. (...) Et ce n'est pas une orientation sexuelle... »

La gêne personnelle des médecins est un frein, même pour ceux jugeant cette information pertinente ^{M9}.

M9	« Par pudeur »
----	----------------

La peur d'altérer la relation médecin-patient est évoquée ^{M12}.

M12	« Cela peut aussi troubler notre relationnel avec nos patients de poser ce genre de questions »
-----	---

En conséquence de ces difficultés elle n'est pas systématiquement recherchée, y compris par les médecins informés de l'existence de recommandations liées à l'orientation sexuelle ^{M8}
M10 M12.

M10	« Quelque part c'est un peu discriminant de se dire qu'on cible juste les hommes qui ont des relations avec les hommes. Cela me paraît un peu discriminant je trouve. C'est parfois compliqué car ce sont déjà souvent des populations qui vivent un peu au
-----	---

	<i>quotidien avec une certaine discrimination, donc si au niveau médical on met aussi un stigmat et qu'on dit 'parce que vous avez des relations avec des hommes...hop je dois vous vacciner pour ça...'.C'est aussi cela ma limite, de devoir leur remettre une pression médicale alors qu'ils ont déjà une pression au niveau social »</i>
--	--

Les médecins interrogés estiment que c'est davantage aux patients eux-mêmes de mentionner leur orientation sexuelle ^{M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7 M8 M9 M10 M11 M12 M13}.

M11	<i>« Moi je pense que c'est à l'initiative du patient »</i>
-----	---

4. Opinions des médecins sur l'intérêt de connaître l'orientation sexuelle des patients

Il s'agit d'une information médicalement non importante ^{M1 M3 M5 M11}.

Les médecins évoquent l'absence de prise en charge particulière découlant de cette information. Cet avis constitue en lui-même un frein supplémentaire à une démarche visant la recherche de l'orientation sexuelle.

M3	<i>« Ça ne change rien à ... au.... à la prise en charge en fait de le savoir »</i>
M11	<i>« Pour moi ce n'est pas un aspect médical (...) de la même manière que je ne leur demande pas 'ce qu'ils aiment manger' »</i>

D'autres médecins ^{M2 M6 M7 M8 M9 M10 M12 M13} pensent qu'il peut s'agir d'une information importante, particulièrement pour une prise charge adaptée des risques sexuels ^{M2 M6 M7 M8 M9}, pour permettre une vigilance vis-à-vis de la santé mentale ^{M2 M12} et pour la prise en compte de l'environnement social ^{M2 M9}.

M6	« Alors pour certaines pathologies particulières oui, comme les MST ou les choses comme ça ou pour certaines autres pathologies particulières que ce soit dermato ou autres, oui, cela peut avoir un intérêt. Après sinon pour le reste, par exemple pour ce qui est des troubles de l'érection cela ne change pas grand-chose »
M9	« Alors...je me rends compte que là je vois énormément d'IST en ce moment et c'est quasiment exclusivement parmi la population homosexuelle. Donc j'ai l'impression que c'est entre guillemet un facteur de risque pas négligeable »
M12	« Effectivement cela peut avoir un impact (...) sur leur santé ou leur façon d'être, leur psychologie qui va avoir un intérêt pour moi de le savoir, pour pouvoir les prendre en charge correctement »

IV) La PrEP

1. Connaissances des médecins généralistes

A. Connaissances générales sur la PrEP

La population cible concernée par ce traitement est connue^{M2 M6 M7 M10 M12}.

M2	« Des patients qui ont des rapports à risque »
M10	« C'est à priori proposé aux personnes qui sont particulièrement à risque, qui ont des conduites sexuelles à risque, non protégées »

L'efficacité de la PrEP est mentionnée^{M7 M10}.

M7	<i>« Je sais qu'apparemment cela fonctionne bien »</i>
----	--

Les molécules du traitement sont connues^{M6 M7 M10}.

M6	<i>« Je connais les molécules qu'il y a dedans »</i>
----	--

La nécessité d'un suivi rapproché chez les patients sous PrEP est évoquée^{M10}.

M10	<i>« Il y a tout un suivi médical effectivement par rapport aux toxicités éventuelles du TRUVADA®, faire des prises de sang biologiques spécifiques par rapport au TRUVADA®, aussi la surveillance des IST : VIH chlamydia et compagnie, il faut régulièrement programmer des bilans »</i>
-----	--

Les modalités de prises sont connues^{M10}.

Les conditions de primo prescription actuelle sont connue^{M6 M7 M10 M12}.

M12	<i>« Je sais que l'on ne peut pas primo-prescrire »</i>
-----	---

Les médecins généralistes savent qu'ils peuvent renouveler la PrEP^{M2 M4 M6 M7 M8 M10 M12 M13}.

M7	<i>« Cela m'est arrivé de le renouveler »</i>
----	---

Des médecins donnant des informations estiment malgré tout que leurs connaissances restent extrêmement limitées^{M6 M12}.

M6	<i>« Un petit peu mais je ne suis pas un spécialiste non plus »</i>
M12	<i>« Alors je connais un tout petit peu, très peu »</i>

Les autres médecins connaissent le terme de « PrEP » sans savoir réellement en quoi elle consiste^{M2 M3 M4 M5 M8 M9 M13}, ou n'en ont jamais entendu parler avant l'entretien^{M1 M11}.

M3	<i>« Je ne sais pas du tout comment ça marche, ni quels sont les résultats ni rien... je n'ai rien lu là-dessus... »</i>
M8	<i>« Je sais qu'il y a des prescriptions d'antirétroviraux mais je ne sais pas lequel... avant le rapport il me semble... mais voilà je n'en sais pas plus que ça ... je... c'est nul hein... je ne m'en souviens plus du tout »</i>

Les circonstances de primo-information sur la PrEP explicitées par certains médecins sont les consultations avec les patients (sous PrEP ou souhaitant l'être)^{M3 M6 M7 M13} ou la lecture d'un article^{M4}.

Les sources d'information consultées sont les sites internet informels^{M3 M13}.

La PrEP est parfois confondue avec le TPE^{M8}.

M8	<i>« Alors ça c'est le truc... euh... post... euh...quand il y a eu un accident, une exposition sexuelle et c'est le traitement dans les vingt-quatre heures c'est ça ? »</i>
----	---

La réponse d'un médecin^{M3} fait ressortir qu'une confusion est possible entre le terme de PrEP et les traitements de préparations au changement de sexe. Il explique qu'il percevait la PrEP comme un traitement hormonal destiné à changer de sexe et rapporte une connaissance récente de ce traitement dans sa réelle indication.

M3	<i>« Je vais vous raconter une histoire drôle mais je n'en suis pas très fier. La première fois que j'ai entendu parler de la PrEP c'était un patient de vingt et un ans qui était</i>
----	--

	<i>visiblement très homosexuel, et j'étais persuadé qu'il prenait la PrEP pour pouvoir changer de sexe. Donc j'étais parti là-dessus dans ma consultation »</i>
--	---

B. Connaissance de patients sous PrEP parmi leur patientèle

Des médecins savent qu'ils ont des patients sous PrEP au sein de leur patientèle ^{M3 M6 M7 M9 M10}. Hormis un médecin ^{M7} qui déclare avoir « *une vingtaine ou une trentaine de patients sous PrEP* », les autres rapportent une part très marginale de Prepeurs parmi leur patientèle.

D'autres médecins déclarent ne pas avoir connaissance de patients sous PrEP ^{M1 M2 M4 M5 M8 M11 M12 M13}, mais certains d'entre eux émettent l'hypothèse que des patients puissent l'être sans qu'ils en soient informés ^{M1 M5 M8 M11 M13}.

Concernant les médecins ayant connaissance de patients sous PrEP, ils l'ont été par la consultation de l'historique du dossier médical ^{M7}, lors d'une demande de renouvellement de la PrEP ^{M7}, à l'occasion d'une question générale « *prenez-vous des traitements ?* » ^{M7} et/ou par une information spontanée de la part des patients ^{M3 M6 M7 M9 M10}. Ils ne mentionnent pas l'envoi de courrier de liaison les informant de l'introduction de ce traitement chez leurs patients ^{M3 M6 M7 M9 M10}.

C. Connaissances des médecins sur leurs rôles dans la PrEP

Un rôle dans le repérage et l'adressage de la population éligible à la PrEP vers les centres autorisés à la primo-prescrire est connu ^{M2 M9}.

M2	« <i>Le rôle c'est dépister, de voir les gens qui sont à risques et de les orienter</i> »
----	---

Poursuivre l'éducation sur les autres IST avec la promotion de l'usage du préservatif reste une priorité pour certains médecins ^{M1 M3 M4 M11 M13}.

M11	« <i>C'est d'informer que rien ne remplace le préservatif pour moi</i> »
-----	--

Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients sous PrEP est mentionné ^{M6} ^{M10}, mais un seul ^{M10} évoque explicitement le suivi biologique rapproché en lien avec la toxicité du TRUVADA® et le dépistage régulier des IST.

M10	« <i>Les risques de toxicité, le suivi dépistage des MST, vérifier et être sûr qu'il le prend bien régulièrement, quand il y a une IST chlamydia et compagnie la traiter...</i> »
-----	---

Des médecins ont connaissance que le renouvellement de la PrEP fait partie de leurs prérogatives ^{M2 M4 M6 M7 M8 M10 M12 M13}. Certains l'ont déjà renouvelée ^{M4 M7 M10} mais d'autres ne le font pas en pratique ^{M2 M6 M8 M12 M13}. Dans ce dernier cas, le sentiment d'une meilleure prise en charge lorsque la prescription est limitée au médecin prescripteur référent ^{M6} et le manque de connaissances sur la PrEP ^{M2 M8 M13} sont mis en avant. L'absence de demande de renouvellement est également évoquée ^{M12}.

Un des médecins questionne le droit de prescription de la PrEP par le médecin généraliste ^{M9}.

Un médecin mentionne qu'au vu de ses connaissances actuelles, la PrEP ne peut s'intégrer à son champ de compétence. En conséquence, il n'évoque pas de rôle du médecin généraliste ^{M5}.

En réponse à la question : *pour vous, c'est quoi le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?*

M5	« <i>Aucune idée. Le jour où il m'en parlera je lui dirais qu'il y a des mecs plus compétents que moi, et je lui dirai d'aller faire un tour là-bas</i> »
----	---

D. Facteurs limitant la connaissance de la PrEP par les médecins généralistes

Un manque de communication des autorités de santé publique sur la mise sur le marché de la PrEP est constaté ^{M6 M8 M9}.

M6	« <i>Ce n'est pas le truc où vous êtes spécialement mis au courant que ça existe</i> »
M8	« <i>En tout cas dans tous les trucs, tous les mails et les machins qu'on reçoit je n'ai rien vu mais j'avoue que je ne lis pas tout car on reçoit tellement que je lis les gros titres et les trucs qui m'intéressent mais même dans les gros titres je ne le vois pas apparaitre</i> »

Un défaut de communication interdisciplinaire entre les professionnels de santé prescrivant la PrEP et les médecins généralistes est déploré ^{M5 M7 M8}.

M7	« <i>Je vois souvent des courriers pour des gens qui sont séro-positifs et qui sont suivis au trait d'union à Strasbourg (...). Pour ceux qui sont sous PrEP je n'ai jamais vu de courrier qui le mentionnait</i> »
----	---

L'absence de formation sur la PrEP est également évoquée ^{M5 M13}.

M5	« <i>Donc la FMC vous allez vous taper le diabète, l'hypertension, le cholestérol, les vaccins... mais le reste on ne viendra jamais t'en parler</i> »
M13	« <i>On n'a pas du tout été formé à cela</i> »

Bien que l'absence de FMC sur la PrEP soit identifiée comme un facteur limitant sa connaissance, il est rappelé que le choix des FMC est influencé par l'appétence des médecins généralistes à se former à ces sujets. Un médecin évoque un manque d'intérêt pour la PrEP ^{M5}.

M5	« Je vais à des FMC qui m'intéressent moi » « Je sais qu'à un moment on parlait de ce truc là mais je n'en avais rien à foutre »
----	---

La prescription initiale réservée aux centres hospitaliers et aux CeGIDD restreint les connaissances et l'implication des médecins généralistes^{M7 M9}.

M9	« On n'a pas le droit de prescrire (...) c'est aussi pour cela qu'on ne sait pas »
----	--

L'absence supposée de patient susceptible de prendre la PrEP ou un faible effectif de patients concernés est mentionnée^{M1}.

M1	« Mais comme j'ai pas du tout cette population je n'ai pas cette info, c'est pour ça que je ne connais pas trop »
----	---

Des médecins soulignent qu'en revanche les patients sont bien informés, ou dans tous les cas mieux qu'eux^{M4 M8}.

M8	« Ils sont plus au courant que nous »
----	---------------------------------------

2. Opinions des médecins généralistes sur la PrEP

A. Un médicament utile

La PrEP est perçue comme un outil efficace dans la prévention du VIH en permettant de diminuer le risque de nouvelles contaminations^{M4 M7 M8 M10 M13} et donc d'enrayer la dynamique de l'épidémie de VIH.

M4	« C'est quand même un traitement qui peut éviter d'attraper le VIH »
----	--

M8	« Ce traitement c'est réduire un risque de contagion donc c'est intéressant »
M13	« C'est probablement une avancée thérapeutique »

Elle offre une occasion supplémentaire pour le médecin généraliste d'aborder la sexualité des patients ^{M4}.

M4	« Je pense que c'est justement un moyen d'aborder la sexualité avec le patient à ce moment-là, en le questionnant sur ses pratiques, pourquoi il ne met pas de préservatif... pour refaire le point »
----	---

La PrEP est également utile car particulièrement adaptée aux habitudes sexuelles des HSH qui peuvent comporter selon les médecins des relations extra-conjugales ^{M2 M9 M10 M12}, des partenaires sexuels multiples ^{M1 M3 M8 M9 M10 M12 M13} et une sexualité peu protégée ^{M2 M4 M8 M9 M10 M11 M13} par méconnaissance des risques ^{M4} ou par prises de risque délibérées ^{M2 M9}.

En ce sens, la PrEP est vue comme un moyen de prévenir les éventuelles conséquences infectieuses de comportements sexuels à risque déjà existants chez les HSH, sans pour autant les favoriser ^{M8 M10}.

M8	« La question c'est : 'est-ce que du coup cela pousse à plus de risques ou pas ?'. Je pense que non. Je pense que les personnes qui ont des rapports multiples sont prêtes à prendre le risque avec ou sans traitement, donc ce traitement c'est réduire un risque de contagion donc c'est intéressant. Ce n'est pas parce qu'on va donner une pilule qu'ils vont avoir plus de rapports à mon avis si c'est cela la question. Je pense que dans tous les cas ils auront plus de rapports et que dans tous les cas il y a un risque qu'ils ne se protègent pas, et dans ces cas-là autant qu'il y ait quelque chose pour protéger concrètement. Moi je trouve que ce n'est pas mal »
----	--

B. Risques de dérives

S'appuyant sur ces représentations de la sexualité HSH, il est craint à contrario que la PrEP incite ou pérennise les comportements à risques.

Une des craintes est la baisse de l'usage du préservatif au profit de la PrEP^{M1 M3 M4 M9}
^{M11 M12 M13}. Les médecins doutent qu'en pratique la PrEP s'inscrive dans une stratégie de prévention combinée.

M3	<i>« S'ils prennent la PrEP c'est qu'ils ne veulent plus se protéger »</i>
M4	<i>« Ils prennent la PrEP donc ils ne pensent plus à mettre le préservatif. Ou en tout cas c'est plus facile de prendre la PrEP que de mettre le préservatif »</i>

En conséquence, il existe l'inquiétude d'une augmentation des IST^{M1 M3 M4 M11 M12 M13}, sachant qu'elles sont dans leur ensemble déjà considérées comme fréquentes chez les HSH^{M3}
^{M7 M12}.

M11	<i>« Cela va entraîner d'autres infections »</i>
-----	--

La compréhension du champs non exhaustif de prévention que couvre la PrEP inquiète
^{M11 M13}.

M13	<i>« Mais j'avais l'impression que pour lui cela annulait tous les risques, de tout et pas que du VIH ! Je lui ai parlé de la syphilis, des IST de tout ça... mais pour lui c'était 'ah ba nan, je n'ai plus besoin de me protéger'. Je pense qu'ils ne comprennent ou pas qu'ils ne veulent pas comprendre le... but ... le motif de prescription »</i>
-----	--

Une autre crainte est la banalisation du VIH^{M4 M12} qui bénéficie parfois d'une image désormais rassurante au sein du grand public qui sait qu'il existe un traitement^{M9}.

M12	« <i>Je pense vraiment que c'est quand même un peu une porte ouverte à dire ' vous prenez votre truc et du coup vous pouvez faire n'importe quoi...' surtout auprès d'une population qui justement a déjà des pratiques qui peuvent être déjà un peu extrêmes (...). Le risque c'est la banalisation : comme on prend son DOLIPRANE quand on a mal à la tête, son antihistaminique quand on a un petit rhume des foins, et ben on va prendre son médicament avant d'aller faire la fête. Voilà et ça c'est quelque chose moi je trouve qui va peut-être dans l'excès »</i>
M9	(A propos d'un patient nouvellement diagnostiqué séropositif au VIH) « <i>Il me dit ' ne vous en faites pas, il y a un traitement !'. C'est à moi qu'il dit ça, c'est lui qui me dit 'ne vous en faites pas il y a un traitement' (rires) ».</i>

C. Questionnements et remarques

La question de l'émergence de virus VIH résistant chez les patients sous PrEP est posée

M8.

M8	« <i>S'ils le prennent en continu et qu'ils sont exposés, est-ce qu'ils favorisent des résistances ? »</i>
----	--

Des réticences à prescrire un traitement chez des personnes non malades et en bonne santé sont mentionnées^{M7}.

M7	« <i>Cela m'embête toujours un peu ces traitements prophylactiques le fait de prendre un médicament alors qu'on n'est pas malade, c'est toujours le problème de la prophylaxie »</i>
----	--

Les effets secondaires possibles de la PrEP sont aussi sujets à questionnement^{M8}.

M8	« Parce que l'idéal ce serait de la prendre en continu car il n'y a pas besoin d'anticiper les choses mais niveau effets secondaires... je ne m'y connais pas niveau effets secondaires. Mais il faudrait savoir ce qu'il y a derrière... »
----	---

3. Avis des médecins sur l'extension d'une primo-prescription de la PrEP en médecine de ville

A. Avis favorable

Des médecins sont favorables à l'élargissement de sa primo-prescription en soins primaires^{M2 M4 M6 M7 M8 M9 M10} et évoquent divers arguments pour montrer la pertinence de cette mesure.

Elle donnerait l'opportunité de répondre à l'attente actuelle de patients désireux de prendre la PrEP qui sollicitent déjà leur médecin généraliste^{M7}.

M7	« Cette semaine j'ai un patient qui ne venait pas pour ça mais qui m'a posé la question 'est-ce que vous pouvez la prescrire ?' »
----	---

La facilité d'accès aux consultations de médecine générale est un moyen d'action congru pour élargir les prescriptions à la population cible^{M4 M9}.

M4	« On est d'accès plus facile »
----	--------------------------------

Cela permettrait de contourner la nécessité de se rendre dans les structures autorisées, identifiée comme un potentiel frein des éventuels Prepeurs^{M8}, et de limiter les perdus de vue^{M9}.

M8	<i>« Je pense que cela peut permettre d'en parler avec des patients (...) qui savent très bien que c'est une prescription hospitalière au départ et qui n'ont pas forcément envie d'aller à l'hosto pour avoir leur médicament avant »</i>
M9	<i>« On peut les choper sur le coup »</i>

Une primo-prescription par un médecin connu du patient (médecin traitant en l'occurrence) est vu comme un avantage ^{M10}.

M10	<i>« Il y a peut-être des patients que cela limite un peu de voir quelqu'un d'autre qu'ils ne connaissent pas »</i>
-----	---

Il est également mis en avant un bénéfice dans la prise en charge médicale globale de ces patients ^{M4}.

M4	<i>« Ça permettrait de reprendre contact avec ces patients (...) qui sont peut-être en rupture de soins ou seulement vus dans l'instantané »</i>
----	--

Cette mesure est également identifiée comme permettant de consolider et d'améliorer le suivi PrEP des patients. D'une part par des informations réitérées par différents professionnels de santé ^{M4}, mais aussi en limitant les ruptures de suivi médical ^{M6M8}. Il est en effet déploré des ruptures de suivi par certains Prepeurs avec leur médecin généraliste ^{M8} ou avec le médecin ayant primo-prescrit ce traitement ^{M6}.

M6	<i>« En l'occurrence pour les mecs aux histoires des MST, ils sont venus chez moi et puis finalement ils n'ont pas revu après le médecin qui avait prescrit ... »</i>
M8	<i>« J'avais basculé un patient vers l'infectio en 2015, il a eu le traitement mais du coup je n'ai plus de nouvelle »</i>

Ces médecins favorables à l'éventuelle autorisation de primo-prescription de la PrEP en médecine générale déclarent être prêts à le faire. Ils évoquent néanmoins la nécessité d'une formation comme prérequis ^{M2 M4 M6 M7 M8 M9}, dont l'absence représente actuellement un frein à l'intentionnalité de le faire en pratique.

M2	« <i>Oui, pourquoi pas, si j'étais formée pour</i> »
M4	« <i>Oui si on a une information adaptée</i> »

Ils se montrent confiants sur leur capacité à intégrer cette nouvelle prérogative ^{M8}.

M8	« <i>Après cela n'a pas l'air d'être trop compliqué et je pense que je peux arriver à le gérer</i> »
----	--

Il est également souligné qu'en cas d'élargissement de la primo-prescription de la PrEP aux médecins généralistes, l'adoption d'une attitude pro-active dans le recueil de l'orientation sexuelle et des pratiques sexuelles est nécessaire ^{M6}.

M6	« <i>Oui ça peut être intéressant oui (...) mais là effectivement pour le coup il faut en parler clairement avec les gens de la prévention, de tout ça, de l'orientation sexuelle et des habitudes</i> »
----	--

B. Avis défavorable

D'autres médecins désapprouvent l'élargissement de la primo-prescription de la PrEP aux soins primaires ^{M1 M3 M5 M11 M12}.

Les centres primo prescrivant la PrEP sont perçus comme compétents et permettant une prise en charge globale. In fine, il est craint une prise en charge réduite à une prescription médicamenteuse ^{M1 M12}.

M1	« Non.... Je préfère qu'ils soient vus dans ces centres car en plus j'imagine que la prise en charge est plus complète avec peut-être des psychologues... Je suis content qu'il y ait des centres sinon on fait n'importe quoi »
----	--

L'accessibilité des médecins généralistes fait ici redouter une augmentation du nombre de patients sous PrEP et donc une augmentation des IST ^{M3 M11}.

M3	« Il va avoir de plus en plus de patients sous PrEP, et il va y avoir une explosion des IST »
----	---

L'absence de FMC destinée aux médecins généralistes sur le VIH et sur sa physiopathologie témoigne pour certains médecins que le VIH et ses traitements constituent des domaines spécialisés donc non maîtrisés par les médecins généralistes. De ce constat, ils soulèvent l'incohérence et la dangerosité qu'aurait selon eux cette mesure les autorisant à primo-prescrire des traitements qu'ils ne connaissent pas ^{M5}.

M5	« On ne joue pas avec la vie des gens (...) Je fais ce que je maîtrise (...) Je n'ai aucune formation en pathologie infectieuse traitant des IST, le VIH reste pour moi encore une nébuleuse car il n'y a jamais un mec qui est venu nous expliquer le VIH comment ça fonctionne et ce qu'on sait faire aujourd'hui (...) La physiopath quand on fait la FMC on n'en reparle pas. Or c'est quand tu fais la physiopath des choses que là tu piges. J'attends qu'on nous fasse une vraie soirée d'infectiologie où on te parlera de physiopathologie de virus, de bactéries... »
----	---

Au-delà de l'absence de formation, un médecin refuse de s'impliquer dans cet outil de prévention qu'il considère comme dangereux et non éthique ^{M3}.

M3	« Je trouve que c'est quand même dangereux. Il y a tellement d'autres choses à s'attraper qui ne sont pas protégées par la PrEP que je ne trouve pas ça très très éthique. (...) Je trouve ça quand même osé de tester des trucs sans avoir vraiment de solution (...) Je trouve que c'est dangereux, ce n'est même pas lié au fait qu'on ne soit pas formés à ça en fait »
----	---

L'absence de connaissance des données de la littérature sur l'efficacité de la PrEP ^{M3} ^{M12} et sur l'incidence des autres IST chez les patients sous PrEP ^{M12} est également abordée. Ce manque d'informations est vécu comme un frein pour accepter de primo-prescrire.

M3	« Après ce que j'en pense...je trouve que c'est vraiment...je ne sais pas du tout comment ça marche, ni quels sont les résultats ni rien...je n'ai rien lu là-dessus... »
M12	« Est-ce qu'on aura vraiment des études intéressantes montrant que ça a un intérêt en termes de prévention primaire et de diminution nette des IST ? (...). Parce que si cela fait exploser les syphilis... c'est ça le truc c'est qu'on fasse exploser tout le reste : l'hépatite B, plein de choses en fait »

Un médecin ^{M12} se représente également cette autorisation comme un facteur propulseur vers des prescriptions massives. Il s'inquiète des demandes récurrentes de « toute une population qui viendrait » et qu'il ne pourrait pas refuser si l'indication est réelle, alors même qu'il n'est pas favorable à cette prophylaxie. Cette mesure constituerait pour lui une remise en cause de sa liberté de prescription et met en avant que les structures autorisées à primo-prescrire constituent un garde-fou et une close morale pour les médecins.

A l'inverse, il est exprimé un refus de se former à ce traitement vu comme prescrit sporadiquement ^{M5}.

M5	« Supposons que je sois confronté à quinze mecs qui ont besoin de ça, ok je dirai 'ok bah les mecs puisque vous commencez à être un peu nombreux je vais quand même me renseigner', mais pour trois pelés un tondu tu peux te la mettre là-haut »
----	---

« *Primum non nocere* » : la PrEP est décrite comme trop récente. L'absence de recul ne permet pas d'envisager sa primo-prescription ^{M5 M12}.

M5	« On parle de la PrEP aujourd'hui mais qui me dit que dans deux ans ce médicament ne va pas disparaître et être remplacé par autre chose ? (...) Vous n'avez pas connu les Glicazones dans le diabète, vous êtes trop petite. Mais à une époque tous les diabétos mettaient des Glicazones et si tu n'en mettais pas tu étais un mauvais garçon, ok ? Trois ans après : retiré du marché, toxique ce truc... Donc j'ai vu des tucs comme ça avec des médicaments apparaître et disparaître aussi vite qu'ils étaient arrivés et on nous avait dit 'oh putain c'est fantastique les mecs faut tous s'y mettre' (...) le traitement je n'en ai rien à foutre pour une raison simple c'est qu'il va changer »
----	--

Ces médecins ^{M1 M3 M5 M11 M12} défavorables à cette éventuelle autorisation ne se disent pas prêts à primo prescrire, excepté l'un d'eux ^{M12} qui malgré sa réticence à la primo-prescription, pourrait l'envisager au cas par cas et après formation. Il accepterait de primo-prescrire la PrEP uniquement pour les personnes dont il est sûr qu'ils utilisent la PrEP en complémentarité des autres outils de prévention existants.

M12	« C'est quelque chose qui me complique un peu la vie ! Parce qu'autant un vaccin vous pouvez le mettre en avant en disant 'c'est de la prévention machin machin', aussi bien ça c'est quelque chose qui est quand même la porte d'entrée à ... Là je reviens
-----	--

	<p><i>plus peut-être à mes racines chrétiennes mais ... euh moi... je trouve qu'on arrive un petit peu à ... enfin ... ce n'est pas quelque chose avec laquelle je serais à l'aise et à prescrire de façon aisée (...) C'est une pratique si vous voulez que je préfère ne pas avoir en fait (...) Moi je ne serai pas prêt à le faire (ndrl : primo prescrire). Après peut être dans certains cas si on me donne la liberté de le faire et je pourrais le faire avec telle ou telle personne, mais dans un contexte bien particulier (...). C'est peut-être une espèce de psychose de dire 'je ne veux absolument pas l'attraper, il y a toujours un risque on ne sait jamais : accident de préservatif etc...'. Peut-être pour quelqu'un comme cela qui aura une configuration de ce type là et on se dira 'voilà, on sait qu'il se protège, qu'il fait attention, on va l'aider pour justement être sûr que'. Mais si c'est pour dire 'j'ai eu des rapports sans préservatif, je fais n'importe quoi, je change de partenaire comme de chemise (soupir) et sans connaître quoi que ce soit de son statut' euh ...cela pose problème »</i></p>
--	--

C. Absence d'avis

Un médecin ^{M13} n'émet actuellement pas d'avis sur cette éventualité mais se dit prêt à primo-prescrire s'il bénéficie d'une formation adaptée.

M13	<p><i>« Si j'étais formée peut-être mais là je ne me sens pas, je ne sais pas comment le prescrire, je ne sais pas les effets indésirables, je ne sais pas dans quelle condition il faut qu'ils le prennent, je ne sais rien »</i></p>
-----	--

V) Le chemsex

1. Connaissances

Il s'agit d'une pratique peu connue des médecins interrogés^{M1 M2 M3 M4 M5 M8 M11 M12 M13}. Ils expliquent que les patients ne l'ont jamais abordée^{M2 M3 M4 M5 M8 M11 M12 M13} et réitèrent qu'un exercice médical en milieu rural n'est pas propice à l'abord de ce genre de pratique^{M11}.

M11	<p><i>« Mais je vous le dis encore une fois je suis en campagne. Je pense que c'est très différent par rapport à un milieu très urbain. Vraiment, je crois qu'il y a vraiment une grosse différence. Moi je n'ai jamais entendu. Evidemment aucun de mes patients ne m'en a jamais parlé. En campagne on ne parle pas de sexualité, c'est terrible mais c'est la vérité »</i></p>
-----	---

D'autres médecins connaissent l'existence de cette pratique, bien que ne connaissant pas initialement le terme de « chemsex »^{M6 M7 M9 M10}.

Certains d'entre eux l'ont déjà abordée avec des patients^{M7 M9 M10}. Cette discussion a été introduite au moyen d'une question de dépistage sur la consommation de toxique posée par les médecins^{M7 M10}, par des plaintes addictologiques relatées par les patients^{M10}, par des demandes de prescription de VIAGRA®^{M9}, ou en questionnant l'indication d'un patient déjà sous PrEP^{M10}.

Pour les médecins l'ayant explicité les pratiquants sont des hommes^{M7 M9 M10}, mais pas uniquement des homosexuels^{M9}.

M7	<p><i>« Je lui demandais s'il fumait ou s'il avait des habitudes comme ça, et lui spontanément il m'a évoqué la prise de drogue (...) de produits pour l'acte sexuel.</i></p>
----	---

	<i>Mais je ne pourrais plus vous dire les noms, c'est même des trucs que je ne connaissais pas donc ... Mais c'est la seule fois où on a parlé de ça »</i>
M9	<i>« Moi ça m'est arrivé que deux fois mais des mecs qui sont venus pour du VIAGRA® uniquement pour aller faire la fête (...). Il y en a un : militaire, genre trente ans qui est venu pour se faire prescrire du VIAGRA®. Je lui ai dit 'vous avez un problème ?' 'Non mais je vais à des clubs échangistes'. (...) Et lui il raconte effectivement qu'il passe la nuit dans ces trucs, qu'ils sont trente ou quarante... (...) Ça n'était pas des homosexuels, je ne pense vraiment pas (...). En tout cas (...) le militaire je connaissais sa nana »</i>

Les entretiens ont montré que le contexte de prise de toxiques n'est pas systématiquement recherché par les médecins ^{M4 M8 M9 M12}.

M8	<i>« Je pense à deux patients par exemple qui consomment de la cocaïne, ils me le disent (...) mais après je n'ai pas creusé pour savoir si c'est un usage par rapport au sexe etc »</i>
----	--

Parallèlement, la présence d'une IST ne conduit pas systématiquement à la recherche de prise de toxiques ^{M12}.

M12	<i>« Voilà cela fera encore une question en plus à poser quand on a des IST ou des choses comme ça, de dire 'est-ce que vous prenez des choses ?' »</i>
-----	---

Parmi les motifs de consultation des HSH en médecine générale, l'addiction au sexe a été évoquée sans qu'elle n'entraîne pour autant la recherche de cette pratique ^{M9}.

Le manque de connaissances des médecins sur le chemsex les pousse à s'interroger sur les connaissances des autres médecins interrogés^{M5} et sur le caractère répandu de cette pratique^{M9}.

M5	« <i>Je suis le seul olibrius ou les autres sont tous des olibrius ?</i> »
M9	« <i>Il y en a beaucoup vous croyez ?</i> »

2. Opinions

Les risques encourus ne sont pas forcément perçus^{M1 M6}.

M1	« <i>Ça peut être pas mal mais ça dépend de l'usage</i> »
M6	« <i>Pfff... du moment que cela reste dans des conditions de sécurité</i> »

Le chemsex est aussi vu comme une pratique dangereuse^{M2 M3 M6 M8 M10 M11 M12}.

Des risques addictologiques^{M2 M12} et des conséquences générales sur la santé^{M6} imputables aux consommations de substances sont évoqués.

Les médecins s'inquiètent également des comportements à risque favorisés par l'effet psychoactif des molécules consommées dans ce but précis^{M8 M10}.

M8	« <i>Cela pousse à plus de risques en fait s'il y a une désinhibition</i> »
M10	« <i>Bah c'est sûr que cela augmente les risques (...) il y a moins de contrôle conscient de ce que vous faites</i> »

Les opinions des médecins concernant la connaissance des chemsexuels sur les risques liés à cette pratique sont divergentes. L'absence de sensibilisation du grand public sur les effets néfastes des drogues peut expliquer l'ignorance des risques et ainsi le recours à cette pratique

^{M8}. A contrario, il est affirmé ^{M10} que la pratique du chemsex s'inscrit dans une prise de risque consciente et délibérée de ses usagers.

M8	« En fait c'est hypermédiatisé 'il ne faut pas fumer', 'il ne faut pas boire', 'il ne faut pas machin', mais les drogues ok on le dit qu'il ne faut pas se droguer mais ce n'est pas du tout médiatisé les risques qu'ils encourent. Les patients ne sont pas assez sensibilisés »
----	--

D'autres s'inquiètent d'une « pharmaceutisation » de la sexualité ^{M5 M9 M12}.

M12	« Cela ne correspond pas à une activité sexuelle normale. Là on est sûr de la performance (...) c'est flippant ... »
-----	--

Le caractère légal du chemsex est aussi questionné ^{M7}.

M7	« J'en pense quoi ? (rires). Je ne sais pas. Je ne sais pas si c'est très légal déjà (...). Je n'ai pas vraiment d'avis là-dessus, à part que cela ne doit pas forcément être très légal de prendre ce genre de chose mais c'est tout quoi »
----	--

VI) Recommandations vaccinales liées à l'orientation sexuelle

Le but était d'apprécier les connaissances des médecins généralistes sur les recommandations vaccinales HPV, VHA et VHB. Des médecins ont également spontanément évoqué la vaccination contre la méningocoque chez les HSH ^{M4}, ou une limitation au don du sang dans cette communauté ^{M7}.

1. La vaccination HPV chez les HSH en médecine générale

A. Connaissances

L'indication à la vaccination des HSH contre l'HPV est connue de médecins ^{M2 M4 M5 M6 M7 M8 M10 M11 M12}, même s'ils ne l'évoquent pas tous spontanément ^{M4 M5 M6 M11 M12} (et qui donc logiquement ne la proposent pas à leurs patients).

Pour d'autres médecins il s'agit d'une primo-information ^{M1 M9 M13}.

Cette vaccination n'a pas été abordée par omission de ma part avec le médecin 3.

Les revues médicales, les discussions confraternelles et les FMC sont évoquées comme sources d'informations ^{M2 M5}.

B. Difficultés pratiques à l'application de cette recommandation

Les médecins déclarant spontanément connaître cette recommandation ne l'appliquent pas pour autant dans leur patientèle HSH ^{M2 M7 M8 M10}.

M2	« Mais c'est vrai que je ne le fais pas encore pour l'instant »
----	---

M7	<i>« Alors...franchement non. Je crois que je n'ai jamais vu un patient homme homosexuel qui était vacciné par le GARDASIL®. Moi je ne l'ai jamais vu »</i>
----	---

Les entretiens ont permis à certains médecins, déjà ou nouvellement informés, d'expliquer leurs difficultés à proposer en pratique cette vaccination aux HSH.

La difficulté pour les médecins à questionner l'orientation sexuelle dès l'adolescence est exprimée. Ils évoquent une gêne personnelle^{M7 M8 M12}.

M8	<i>« Les seize/dix-sept ans des fois c'est peut-être un peu chaud ... moi je ne suis pas à l'aise pour en parler avec des ados »</i>
M12	<i>« C'est difficile pour moi de demander à un gamin de dix-sept/dix-huit piges 'est-ce que tu es homosexuel ?' »</i>

Certains médecins pointent une difficulté supplémentaire à l'abord de l'orientation sexuelle avec un adolescent : la présence parentale au cours des consultations.

Ils rappellent qu'en pratique les consultations avec les adolescents vont fréquemment de pair avec la présence de l'un des parents^{M8 M9 M10 M13}.

M8	<i>« L'ado mec il vient souvent avec sa mère et parler d'orientation sexuelle avec la maman à côté c'est vachement compliqué, enfin pour moi »</i>
M13	<i>« Après les tout jeunes on a quand même du mal à en parler avec eux car il y a souvent les parents...déjà rien que demander s'ils fument c'est la polémique donc demander l'orientation sexuelle c'est compliqué »</i>

Des médecins expliquent que leurs patients HSH ont déjà un âge avancé, et que la limitation d'âge fixée à vingt-six ans limite la possibilité de faire ce vaccin^{M2 M4 M12 M13}.

M2	« <i>Après c'est vrai que les homosexuels que je vois ils ont quand même un certain âge, ils n'ont pas la vingtaine</i> »
M4	« <i>Ils ont plus que vingt-six ans</i> »
M13	« <i>Les gens que j'ai le plus ont plus trente-quarante-cinquante ans voire plus... J'ai peu de jeunes (...) Quand moi je les vois c'est déjà trop tard</i> »

Une connaissance imparfaite des modalités d'application et du schéma vaccinal dans la population HSH sont évoquées ^{M7}.

M7	« <i>Je ne sais même pas jusqu'à quand on peut vacciner et quel est le schéma vaccinal chez les hommes</i> »
----	--

Une autre difficulté exprimée par des médecins par ailleurs favorables à cette vaccination est la crainte de véhiculer une image stigmatisante aux patients HSH ^{M10 M12}.

M12	« <i>Encore une fois ne pas mettre une discrimination à un jeune homme en lui disant 'tu as tel truc donc on va te faire le vaccin'</i> »
-----	---

C. Souhait d'un élargissement de l'indication vaccinale

Sans que cela n'ait été prévu par le guide d'entretien, il a été spontanément évoqué l'intérêt d'une extension de l'indication vaccinale à tous les hommes, indépendamment de l'orientation sexuelle ^{M7 M10 M12 M13}. Les médecins soulignent qu'une vaccination collective permettrait de contourner leurs difficultés et d'impacter efficacement sur la couverture vaccinale de l'HPV en France.

Ils rappellent aussi que cette mesure s'applique déjà dans certains pays ^{M7 M12 M13}.

M10	« Je pense que de toute manière générale (...) il faudrait vacciner les garçons de manière générale et pas que les hommes qui ont des relations avec des hommes. Car mine de rien les femmes c'est aussi leur conjoint hétéro qui les contamine. Enfin c'est une opinion personnelle que cela devrait être la même chose pour les filles et les garçons mais ça c'est encore un autre débat je pense (rires) »
M12	« Je pense que l'HPV il faudrait le faire comme on le fait dans certains pays : une vaccination générale car on n'a de toute façon pas une couverture suffisante chez la jeune fille (...) Je pense qu'à titre collectif on aurait plus à y gagner au vu de ce qu'on a et les études le montrent à vacciner tout le monde (...) sans que cela soit lié à l'orientation sexuelle »
M13	« Je pense que ce serait bien de vacciner les hommes pour l'HPV, qu'ils soient homos ou hétéros (...) »

En plus du bénéfice collectif, cet élargissement est perçu comme l'opportunité de réduire d'éventuelles discriminations individuelles. Un médecin ^{M12} rappelle que le carnet de santé contient l'historique des vaccins réalisés chez un individu, et que bien que personnel, il s'agit en réalité d'un document communément demandé afin de prouver que les vaccinations sont à jour.

M12	« On regarde le carnet de vaccination et on se dit 'mais vous êtes un garçon, pourquoi vous êtes vacciné ?'. Car il ne faut pas oublier non plus que le carnet de vaccination il voyage un peu partout, pour les études, en médecine du travail... quelque part cela voudrait dire 'je suis un garçon, j'ai eu la vaccination HPV donc je suis homosexuel' »
-----	--

Il s'agit également d'une décision d'ores et déjà attendue de certains parents souhaitant faire vacciner leur enfant de sexe masculin ^{M10 M13}.

2. La vaccination VHA chez les HSH en médecine générale

A. Connaissances

La recommandation de vacciner les HSH contre l'hépatite A est connue de certains médecins ^{M6 M10 M12}, même s'ils ne l'évoquent pas tous spontanément ^{M12}.

Pour d'autres il s'agit d'une primo-information ^{M1 M4 M5 M7 M8 M9 M11 M13}.

Lors des entretiens avec les médecins 2 et 3, cette question n'a pas été abordée par omission de ma part.

Les médecins citent les revues médicales ^{M12} ou la prise en charge de personnes vivant avec le VIH ^{M10} comme sources d'information.

B. Questionnements et remarques

Le lien entre les relations sexuelles entre hommes et l'hépatite A est sujet à un questionnement des médecins ^{M4 M5 M7 M9 M10 M13}.

M10	« <i>Ils ont fait cela car il y avait effectivement une épidémie d'hépatite A constatée ? (...) Parce que moi je n'ai jamais vu d'hépatite A chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, donc j'étais étonnée par ces recommandations-là</i> »
M13	« <i>Mais l'hépatite A c'est plus les eaux souillées non ?</i> »

Il existe un scepticisme sur l'utilité de cette recommandation ^{M5}.

M5	« <i>Quand tu sais que l'hépatite A cela ne fait pas grand-chose ...</i> »
----	--

La question du remboursement du vaccin dans cette indication est évoquée ^{M13}.

S'agissant d'un vaccin surtout prescrit dans un contexte de voyage, donc non pris en charge par l'assurance maladie, il existe un doute sur son remboursement sans que les HSH n'aient en pratique besoin de justifier de leur orientation sexuelle lors du retrait du vaccin en pharmacie.

M13	« Peut-être que c'est remboursé dans ces cas-là, mais comment on prouve que la personne a des relations homosexuelles ? C'est compliqué »
-----	---

3. La vaccination VHB chez les HSH en médecine générale

A. Connaissances

La recommandation VHB est connue de certains médecins ^{M4 M6} qui l'évoquent d'ailleurs spontanément.

Pour d'autres médecins il s'agit d'une primo-information ^{M1 M5 M7 M8 M9 M11}.

Cette vaccination n'est pas abordée avec d'autres médecins ^{M2 M3 M10 M12 M13} par omission de ma part.

Les moyens d'information des médecins informés n'ont pas été explicités.

4. Freins à la connaissance de ces recommandations vaccinales

Les médecins interrogés identifient diverses raisons à l'absence de connaissance des recommandations HVP, VHA, VHB chez les HSH. Ces explications sont communes pour ces vaccinations

Les médecins ^{M2 M5 M9 M10 M12 M13} se disent non informés de l'existence de ces recommandations pour les HSH.

M5	<i>« C'est une totale nébuleuse. Et cela ne peut pas être autrement puisqu'il n'y a personne qui vient nous expliquer »</i>
M9	<i>« Moi je ne fais que des GARDASIL® aux jeunes filles, le truc classique. Et je vous dis les labos jamais ils n'en parlent, et pourtant qu'est-ce qu'ils nous ont bourrés le mot avec GARDASIL®, mais jamais jamais... c'est incroyable ! »</i> <i>« On ne nous en parle jamais. Il y a des gens qui savent ça (rires) ? »</i>
M10	<i>« Pour le papillomavirus (...) je n'ai pas vu passer de papiers officiels en tout cas ni de recommandations par rapport à ça quoi... »</i>

Le manque de temps pour se maintenir informé de l'évolution des recommandations vaccinales est évoqué ^{M5}.

M5	<i>« Franchement quand tu t'es enfilé quarante consult' à quinze minutes par tête, que tu n'as pas fini, que t'as encore le courrier, que t'as encore la paperasse (...) »</i>
----	--

Ces recommandations sont perçues comme ne relevant pas de la médecine générale ^{M1}.

M1	<i>« Cela me semble trop spécialisé pour de la médecine générale »</i>
----	--

Un faible nombre de patients identifiés HSH au sein de la patientèle est également évoqué ^{M1 M11}.

M11	<i>« Comme je vous le disais je pense que (...) je ne suis pas très concernée »</i>
-----	---

VII) IST chez les HSH

1. Un motif fréquent

Les médecins considèrent que les IST sont un motif fréquent de consultations chez les HSH^{M3 M7 M12}.

M3	« Il y a beaucoup de MST »
----	----------------------------

Ils constatent que les cas de syphilis sont fréquents^{M3 M7 M13}, en recrudescence^{M10} et/ou sous des formes évoluées^{M3} dans cette population.

M3	« J'ai un confrère qui a eu une neuro syphilis chez un homosexuel il n'y a pas longtemps... on est dans les livres là quoi »
M10	« Il y a eu toute une période où il y avait eu une bonne épidémie de syphilis et là effectivement toutes les syphilis que je voyais c'était chez des patients hommes ayant des relations avec des hommes »

2. Dépistage des IST chez les HSH en médecine générale

A. Connaissances d'une fréquence de dépistage des IST recommandée

Certains médecins^{M3 M6 M8 M10} ont connaissance qu'une fréquence de dépistage rapprochée est recommandée pour certains HSH. Deux d'entre eux explicitent cette fréquence à trois mois^{M8 M10}.

M10	« En théorie c'est tous les trois mois, mais c'est la théorie. Après en pratique... bon souvent ceux qui ont quand même des pratiques un peu à risque ils vont spontanément soit me demander des ordonnances de contrôle, soit ils vont au centre de dépistage gratuit. Donc chez les gens qui en parlent et qui avouent avoir eu des conduites à risque, on voit quand même qu'ils ont ces suivis assez réguliers »
-----	--

Les autres médecins ^{M1 M2 M4 M5 M7 M9 M11 M12 M13} ne sont pas informés qu'il existe des recommandations en matière de dépistage chez les patients HSH.

B. Avis des médecins sur cette recommandation

Cette recommandation est sensée ^{M1 M8 M9}.

M8	« C'est très bien au niveau infectiologique puisque cela permet de dépister plus tôt »
----	--

A contrario, d'autres médecins jugent cette recommandation malgré tout discriminante ^{M11 M12}. Ils considèrent que les patients HSH ont des profils de risques variables et que les prises de risque sexuels ne sont aucunement l'apanage de cette communauté.

M12	« C'est sûr qu'ils ont plus de risques mais combien d'hétéros devraient se faire dépister et ne le font pas ? (...) Ce n'est pas parce qu'il est hétéro qu'il ne va pas aller voir une partenaire par semaine ou par WE ni forcément se protéger »
-----	--

La capacité des patients HSH ciblés à maintenir au long cours des dépistages rapprochés est également évoquée ^{M8}.

M8	« Est-ce que cela tient sur le long terme au niveau de la personne ? Parce que c'est quand même super stressant, et je ne sais pas s'ils peuvent arriver à faire tous les
----	---

	<i>trois mois de façon systématique sur le long terme. Un an on le fait je pense, mais après...enfin je ne sais pas »</i>
--	---

C. Le dépistage en pratique

Les médecins connaissant cette recommandation rapportent qu'ils ne dépistent pas les pratiques et les patients HSH à risque. Les dépistages réalisés sont dépendants des prises de risques sexuels rapportées par leurs patients.

M10	<i>« C'est vrai qu'effectivement de moi-même je ne recherche pas les HSH à risques quoi »</i>
-----	---

Les propos des autres médecins suggèrent que l'absence de connaissance de cette recommandation n'empêche pas une prescription régulière de bilans de dépistage d'IST faite à la demande des HSH, qu'ils considèrent d'ailleurs comme très demandeurs ^{M2 M4 M6 M9 M10 M13}.

M2	<i>« De toute façon ils sont demandeurs de dépistages régulièrement ceux qui viennent ici, qui sont à l'aise... Ils le demandent régulièrement de toute manière »</i>
M4	<i>« Je ne prescris pas du tout à titre systématique, c'est vraiment quand on me demande»</i>
M9	<i>« Ils demandent quand même souvent, je trouve, eux-mêmes »</i>

De manière générale, les prescriptions de bilans biologiques ^{M7 M8} et les nouveaux patients ^{M12} sont des occasions saisies par les médecins généralistes pour proposer des bilans de dépistages des IST.

Ils soulignent également que ce motif de consultations peut pousser les patients HSH à consulter ponctuellement les confrères généralistes^{M2 M8 M12}.

En définitive, il s'agit d'une recommandation connue par certains médecins, et ignorée par d'autres. Quoiqu'il en soit, une proposition systématique de dépistage d'IST à une dite fréquence chez les HSH à risque n'est pas appliquée mais les dépistages restent fréquents et faits à l'initiative des patients souhaitant connaître leur statut sérologique.

D. Sites de prélèvements

Concernant les sites de prélèvements des dépistages d'IST, certains médecins se déclarent à l'aise^{M1 M2 M3 M6 M7 M8 M9 M10 M11 M12} et d'autres^{M5 M13} relatent des incertitudes.

M13	<p><i>« En général je mets ce que je veux et je dis au labo de faire comme il y arrive (rires). Parce que je sais que le frottis pénien c'est quand même très douloureux donc je mets 'si possible urinaire, sinon frottis' et je laisse le labo gérer »</i></p>
-----	--

Les connaissances des patients et des médecins biologistes sont parfois une aide pour les médecins généralistes^{M7 M11}.

M7	<p><i>« J'apprends des trucs des patients, des fois ils m'apprennent des choses (rires). (...)Une fois j'avais un patient qui avait une gêne au niveau anal, et je lui dis que c'est un peu bizarre, et le patient me dit qu'on peut faire un prélèvement gonocoque au niveau anal. Je ne le savais pas que cela se faisait en fait. Et du coup on a demandé un prélèvement au niveau anal gonocoque, chlamydia, tout ça et c'est revenu effectivement positif au niveau anal (...). Je l'ai traité comme une urétrite simple à Chlamydia alors que c'était un prélèvement anal mais voilà »</i></p>
----	--

M11	« <i>Je pense connaître... et puis après je discute parfois avec les biologistes, on échange. Par exemple les chlamydias maintenant je sais qu'il faut faire une PCR sur les urines, voilà je le sais maintenant, on échange avec le labo souvent</i> »
-----	---

Les pratiques concernant les sites de dépistage des chlamydias et gonocoques sont variées parmi les médecins interrogés : sur prélèvement sanguin ^{M5}, sur prélèvement urétral en cas d'écoulement ^{M7 M8} ou sur urine ^{M8 M10 M11 M12}.

Leurs recherches ne font pas systématiquement partie du bilan de dépistage des IST ^{M12}.

3. Traitements des IST

Certains médecins estiment mal maîtriser les traitements des IST ^{M5 M6 M11}. Ils rapportent être rarement confrontés à ces prises en charge et devoir, en conséquence, recourir à des sites tels qu'Antibiocllic ou Cismef pour connaître la conduite à tenir.

En réponse à la question : *Connaissez-vous le traitement des IST chlamydia, gonocoque, syphilis ?*

M5	« <i>Pas du tout. Je tape sur internet. J'ai découvert avec les étudiants depuis que j'en ai que les mecs ils ne savent pas grand-chose mais qu'ils savent tout avec internet (...). Ils m'ont filé Antibiocllic (...)</i> »
----	--

D'autres médecins se déclarent à l'aise avec leurs traitements. Ils l'expliquent à contrario par le caractère fréquent ^{M1 M2 M7 M8 M10} de ces infections et/ou par l'existence d'outils d'aide à leur disposition notamment Antibiocllic ^{M2 M4 M7 M8 M10 M12 M13}.

M7	« <i>A force d'en voir maintenant je les connais</i> »
M2	« <i>Je regarde sur Antibiocllic (...) pour savoir comment traiter</i> »

Il est intéressant de souligner que pour ces derniers, la conduite à tenir trouvée sur ces sites aboutit à une réassurance et les amène à ne pas déclarer d'inconfort dans la prise en charge thérapeutique des IST bien que la raison initiale de consultation de ces sites soit une absence de connaissance ou une incertitude du traitement.

Un autre outil d'aide utilisé ou envisagé est le recours aux avis spécialisés^{M1 M2 M4 M6 M8}

M9 M12 M13

M2	« <i>J'appelle le trait d'union, ils sont toujours disponibles</i> »
M6	« <i>Si vraiment j'avais une question je pense que je verrai avec l'hôpital, avec un médecin référent d'antibio par exemple</i> »

Il ressort des entretiens que ces avis concernent particulièrement les infections à syphilis pour les médecins qui les qualifient de rares ou qui rapportent des difficultés dans leurs prises en charge^{M4 M8 M12 M13}.

M8	« <i>Quand je ne sais pas des fois avec les histoires de syphilis j'ai des trucs un peu bizarres et je ne sais pas s'il faut que je refasse quelque chose ou pas : j'appelle l'infectio. Je ne regarde pas dans les bouquins : je donne les résultats et en général j'ai la réponse. Donc je saoule Dr XXXXXX au NHC (rires)</i> »
M12	« <i>Après pour la syphilis c'est parfois un peu plus chaotique mais moi je n'en ai pas eu souvent - j'ai peut-être eu deux ou trois cas- alors souvent j'appelle un copain infectiologue comme cela on peut confronter avec les séro, voir comment on fait, les machins... moi j'aime bien toujours avoir un contact pour être sûr (...). C'est vrai que pour les traitements plus complexes ou lorsque on a des cas un peu particuliers ou des choses qu'on rencontre plus rarement je donne des coups de téléphone</i> »

M13	« <i>Et la syphilis (...) on a appelé quand même le centre d'infectio à l'hôpital (...) C'est vrai que quand j'ai un doute sur les pathologies comme cela j'appelle facilement l'hôpital pour poser les questions et savoir comment on fait</i> »
-----	---

L'avis auprès d'un confrère généraliste exerçant dans le même cabinet est également évoqué^{M8}.

M8	« <i>J'appelle ma collègue aussi, c'est un très bon outil d'aide (rires)</i> »
----	--

VIII) Outils d'aide

1. Avis

Certains médecins ne considèrent pas utile de créer de nouveaux outils d'aide^{M3 M10}.

M3	« <i>On arrive déjà à trouver l'information sur internet</i> »
----	--

En revanche, d'autres médecins seraient favorables à cette initiative^{M1 M2 M4 M5 M6 M7 M8 M9 M11 M12 M13}.

Ils sont désireux d'informations sur la PrEP et à fortiori en cas d'extension des conditions de primo-prescription^{M2 M4 M6 M7 M8 M9 M12}.

Leur intérêt se porte également sur les spécificités de santé sexuelle des HSH^{M5 M8 M9 M12} (recommandations vaccinales HPV, VHA, VHB, et fréquences de dépistage des IST).

Enfin, ils sont intéressés par des formations sur les IST ^{M4 M5 M9 M12}, dont certains s'étonnent de leur rareté ^{M12} ou du décalage entre les formations proposées et les IST vues en médecine générale ^{M5}.

M5	<i>« Je pense que cela serait intéressant car Antibioclic ne répond qu'à une seule question : 'j'ai une bête, qu'est-ce que je fais ?'. Il n'y a pas de physiopath, il n'y a pas d'attitude thérapeutique globale, il n'y a pas de prise en charge. On a parlé de l'hépatite B, du GARDASIL® et compagnie...il n'y a rien là-dessus »</i>
M8	<i>« Pour les vaccins cela serait bien, parce que la preuve l'hépatite A cela me dit quelque chose maintenant mais voilà... Oui peut-être sensibiliser sur le fait qu'il ait par exemple des vaccinations spécifiques et tout ça (...). Et (...) si on est habilités dans le futur à pouvoir faire les prophylaxies de TRUVADA® et tout il faut qu'il y ait des outils c'est sûr »</i>
M12	<i>« Par exemple la PrEP moi ce que je connais c'est basique de chez basique , je n'y connais rien, il faudrait que je fasse une formation là-dessus »</i>

2. Support

Divers supports sont proposés : ligne téléphonique ^{M4}, site internet ^{M5 M7 M9}, application ^{M7}. Les médecins souhaitent un outil fonctionnel et rapide d'usage ^{M5 M6 M7 M13}.

Des formations en e-learning ou en présentielle sont également suggérées ^{M2 M4 M6 M7 M8 M9 M11 M12}.

M4	<i>« Je dirais que ce serait bien plutôt un numéro de téléphone pour quand on a une sérologie douteuse, ou comment compléter le bilan.... Je pense que ce serait bien que</i>
----	---

	<i>quelqu'un puisse nous rappeler. Mieux qu'un site internet où on ne pourrait pas détailler le cas de figure »</i>
M7	<i>« Un petit site très simple comme Antibioclic. (..) oui un petit site de référence, éventuellement une petite appli »</i>
M9	<i>« Un site dédié pour les médecins »</i>
M11	<i>« Peut-être par des articles ou des formations en lignes »</i>
M12	<i>« Moi je pense que les formations qui sont dispensées comme cela soit en journée soit en soirée ce sont des trucs intéressants »</i>

Des médecins évoquent qu'un outil d'aide tel qu'une « fiche chek-up » à l'instar de celles disponibles pour le suivi des diabétiques ne semble pas approprié ^{M9 M12}.

M12	<i>« Ce que je n'aime pas dans l'histoire c'est qu'encore une fois c'est comme si c'était une pathologique (...) car (...) le diabétique c'est un malade »</i>
-----	--

DISCUSSION

I) Résultats principaux et implication majeure

Nos résultats montrent une connaissance limitée des médecins généralistes concernant la PrEP, qui fait d'ailleurs débat. Elle représente pour certains médecins un outil intéressant dans la prévention du VIH. Pour d'autres, elle fait particulièrement craindre une baisse de l'usage du préservatif et une augmentation subséquente des autres IST. L'étude étant de nature qualitative, une extrapolation des résultats n'est pas possible. Néanmoins, les entretiens menés dans cette étude suggèrent que la promotion de la PrEP en médecine générale est actuellement limitée. Les avis sur une primo prescription de PrEP en médecine de ville sont également mitigés. Malgré tout, ce travail montre une demande de formation des médecins sur la PrEP qui pourrait permettre d'apporter des connaissances et de lever certains freins qui font actuellement obstacles à sa diffusion.

Les connaissances des médecins généralistes relatives aux recommandations vaccinales et de dépistage d'IST chez les patients HSH sont également partielles. Ils évoquent notamment un manque d'informations sur leurs existences. Ils soulignent par ailleurs que leurs applications sont difficiles puisque qu'elles nécessitent d'aborder la sexualité et l'orientation sexuelle, qui restent des situations complexes. En pratique, ces vaccinations ne sont pas proposées et les dépistages d'IST se font à l'initiative des patients HSH.

Enfin, les médecins sont favorables à la création d'outils d'aide et de formations sur les questions de santé sexuelle au sens large (PrEP, spécificités vaccinales et de dépistages pour les HSH, IST).

II) Forces et faiblesses du travail

1. Limites de l'étude

A. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien était relativement vaste et il est arrivé que des médecins ne répondent pas à une ou plusieurs questions.

De plus, la formulation de la question sur la vaccination VHB chez les patients HSH a été source de confusion et n'a probablement pas permis à tous les médecins d'évoquer cette recommandation même s'ils la connaissaient.

Rétrospectivement, la question sur les sites de prélèvements lors des bilans d'IST a pu être mal comprise dans la mesure où il n'était pas précisé qu'elle concernait les patients HSH, bien qu'aucun médecin n'ait fait préciser la population ciblée.

Une analyse à mesure des entretiens aurait permis de corriger ces biais.

B. Biais de sélection

Il est possible que les médecins ayant accepté les entretiens soient davantage intéressés ou formés aux thèmes étudiés.

De plus, les thèmes étant communiqués lors du premier contact téléphonique, il n'est pas exclu que des médecins aient cherché à se renseigner en amont afin de paraître informés et de donner « les bonnes réponses ».

Par ailleurs, la difficulté à recruter les médecins n'a pas permis la diversité souhaitée en termes de lieu d'exercice (faible nombre de médecins non urbains).

C. Biais d'investigation

Il existe un biais d'investigation lié au choix des entretiens individuels semi-directifs. Les médecins ont une capacité à exprimer leurs opinions et leurs connaissances qui leur est propre. De plus, l'absence de formation de l'enquêtrice sur la manière de mener un entretien a pu malgré tout influencer le discours des médecins, en dépit du souhait de neutralité.

D. Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par une seule et même personne. Il n'y a pas eu de double analyse qui aurait renforcé la validité des résultats.

2. Forces de l'étude

A. Méthodologie

Une approche qualitative des connaissances des médecins généralistes sur la PrEP a été jusqu'à présent peu explorée. Il s'agit par ailleurs du premier travail dans la région d'Alsace.

Les entretiens ont permis le recueil de propos riches et variés permettant de mieux comprendre les difficultés des médecins généralistes dans les domaines étudiés. C'est ce qui fait aussi l'originalité de ce travail.

B. Questions de recherche

La pertinence de ce travail de thèse tient également au caractère très actuel de la PrEP et de l'éventualité d'un élargissement de sa primo-prescription aux médecins généralistes.

Nous n'avons pas retrouvé de donnée bibliographique sur les connaissances des médecins généralistes relatives aux recommandations liées à l'orientation sexuelle, excepté pour la vaccination HPV. Nos résultats sont donc également originaux.

A des échelles variables, ce travail a permis d'informer les médecins interrogés sur la PrEP, le chemsex et sur les recommandations liées à l'orientation sexuelle.

C. Critères de validité

Malgré un exercice en milieux urbain et semi-rural exclusivement, il n'en demeure pas moins des profils variés de médecins. L'échantillon reste diversifié.

La saturation des données, critère essentiel à la validité interne, a été atteinte.

Afin de justifier des résultats, ces derniers ont été annotés des numéros d'entretiens. Les entretiens sont disponibles en annexe.

Les entretiens ont bénéficié d'une double lecture afin de s'assurer que les propos exprimés par les médecins étaient compris de manière identique par deux personnes différentes. Cela a limité le biais d'interprétation et renforcé la validité des résultats.

Par ailleurs, le biais de désirabilité sociale était limité par le fait que les questions sur la PrEP et le chemsex visaient les connaissances et l'avis des médecins, plus que leur pratique.

III) Discussion des résultats

1. Abord de la sexualité

Nos entretiens montrent que l'abord de la sexualité (plaintes sexuelles et dépistage des IST) demeure une approche principalement à l'initiative des patients. La littérature met en évidence de nombreux freins pour les médecins généralistes à l'aborder (24–30). Cette situation, vraisemblable conséquence des difficultés des médecins, reste problématique et incohérente avec les attentes des patients hommes qui considèrent comme légitime que le médecin généraliste s'intéresse à la qualité de leur vie sexuelle (31,32). En 2011, une étude Suisse (31) révélait que 90% des hommes interrogés (orientation sexuelle non connue) souhaitaient que le médecin généraliste évoque davantage leur sexualité, afin d'obtenir notamment des conseils de prévention. Selon l'étude HomoGen (33), 42% des HSH n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin.

Nos entretiens soulèvent également que le genre féminin du médecin généraliste peut engendrer une difficulté pour les hommes à aborder leur sexualité, point de vue retrouvé dans la littérature (34). La féminisation du corps médical (35) est un argument supplémentaire pour élaborer des stratégies permettant de contourner les difficultés de communication autour de la sexualité en médecine générale.

Une étude américaine, publiée dans *The Journal of Sexual Medicine* en 2013 (36) proposait par exemple d'utiliser quatre questions ouvertes : *Êtes-vous actuellement sexuellement actif ? Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? Y-a-il des problèmes sexuels dont vous souhaiteriez me parler ? Certains patients présentant certaines pathologies telles l'hypertension artérielle, le diabète ou prenant certains traitements peuvent présenter des difficultés sexuelles. Avez-vous des soucis particuliers dont vous aimeriez parler ?* Cette approche, applicable de façon systématique et/ou dès la première consultation, permettrait de palier aux freins des médecins généralistes, et de répondre à l'attente des patients qui dans l'étude Suisse (31) était plus de la moitié à considérer que la sexualité devrait être abordée dès la première consultation au cours du recueil de leurs antécédents. Ce chiffre est toutefois à nuancer car, dans un travail de thèse de 2015 (37) qui explorait les attentes des patients hommes (orientation sexuelle non précisée) concernant la façon d'aborder la sexualité par le médecin généraliste, la confiance était un élément primordial pour pouvoir parler de sexualité avec leur médecin, ce qui sous-entend fréquemment l'existence d'une relation ancienne. De plus, ils trouvaient souvent inutile d'être questionnés sur leur sexualité en l'absence de plainte, hormis dans trois situations cliniques précises : le dépistage et la prévention (notamment des IST ou des dysfonctions érectiles), le suivi d'une pathologie cardio-vasculaire ou uro-génitale, ou lorsque le médecin mettait en évidence des signes indirects de problèmes sexuels (symptômes dépressifs, signes de conjugopathies). Ils semblaient ainsi encourager la stratégie dite d'attitude qui utilise un contexte médical pour aborder la sexualité. Il s'agit d'une approche adoptée par

certaines médecins généralistes (30). Cette thèse (37) propose un algorithme élaboré selon les attentes des hommes et applicable en pratique courante pour aborder la sexualité en médecine générale. Il comprend cinq étapes facilitées par une relation de confiance, un cadre professionnel et une attitude bienveillante du médecin : la mise en place d'outils de communication tels que l'affichage en salle d'attente de brochures ou d'affiches, un accueil personnalisé des patients, une attitude pro-active du médecin par trois questions types proposées par les hommes interrogés « *vous allez bien ?* », « *comment ça va dans le couple ?* » ou « *comment se passe vos rapports sexuels ?* », la capacité du médecin à s'adapter à la réaction du patient face à ces questions, et la poursuite de la discussion uniquement en cas d'accord du patient (37).

La mise à disposition de préservatifs sur le bureau médical pourrait également inciter à l'abord de la sexualité, de même que le remboursement des préservatifs désormais en vigueur.

En somme, il existe différents outils d'aide pour aborder la sexualité en consultation de médecine générale. La temporalité à privilégier semble en revanche difficile à standardiser, et le médecin doit s'adapter aux patients. L'idée d'une consultation dédiée à cette thématique est acceptable (38) voire parfois même souhaitée des patients (37). La durée moyenne dédiée à l'enseignement de la sexologie au cours du deuxième cycle des études médicales étant de trois heures (29), il serait également pertinent de renforcer la formation initiale des professionnels de santé.

2. Abord de l'orientation sexuelle

Les résultats montrent qu'il existe diverses situations permettant d'aborder l'orientation sexuelle, mais reflètent aussi que son recueil ne s'intègre pas dans une démarche systématique. Les médecins évoquent plusieurs freins à sa recherche, qui sont retrouvés dans d'autres travaux (28,39–41). Ils mentionnent notamment la crainte de stigmatiser les personnes à orientation non hétérosexuelle. Ce résultat est intéressant car une étude américaine de 2017 (42) rend compte du paradoxe existant entre les représentations des médecins généralistes et celles des patients sur ce point : 80% des médecins généralistes pensent qu'ils offenseraient les patients en posant la question de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, alors que seulement 11% des patients (hétérosexuel.le.s et LGTB) s'en sentiraient offensés. Une étude américaine de 2014 menée dans quatre centres de santé communautaires américains (39) montrait d'ailleurs des niveaux élevés d'acceptabilité d'une recherche systématique de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre par les patients en population générale (hétérosexuel.le.s et LGTB). Des études européennes révèlent également que, dans l'ensemble, les patients attendent de leur médecin généraliste qu'il aborde l'orientation sexuelle (31,43). Des travaux de thèse français montrent que les HSH souhaitent avoir un médecin traitant qui prenne en compte leur orientation sexuelle (32,44).

La peur d'entraver la relation médecin-malade est également un frein évoqué par les médecins. En 2018, l'étude HomoGen s'est intéressée à l'impact de la mention de l'orientation sexuelle sur la relation de soin, et fait ressortir que 84.4% des HSH considéraient que la relation médecin-patient était inchangée après information de leur orientation sexuelle (33).

Parce qu'ils la placent comme une information à la croisée de l'intime et de la discrimination, les médecins jugent que c'est aux patients de mentionner leur orientation sexuelle. Dans l'étude HomoGen 90.3% des HSH pour lesquels le médecin traitant était informé

de leur orientation sexuelle l'avait été à leur initiative (33). Néanmoins, l'âge avancé était un des facteurs associés en analyse multivariée, ce qui suggère malgré tout que le médecin traitant devrait d'autant moins s'attendre à ce que les patients abordent le sujet d'eux-mêmes qu'ils sont jeunes. Toujours dans cette étude (33), 68.6% des patients HSH estimaient nécessaire que leur médecin traitant connaisse leur orientation sexuelle mais seulement 58% déclaraient qu'il en était effectivement informé. Cela suggère qu'il existe des freins pour les HSH à mentionner leur orientation sexuelle ce que montrent d'autres travaux (39,44).

Les difficultés exprimées par les médecins, bien que compréhensibles, interpellent malgré tout car une des particularités de la relation médecin-patient n'est-elle pas justement d'aborder son intimité ? Rappelons cet extrait du serment d'Hippocrate : « *admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés* » (45).

Nos entretiens montrent que l'importance de connaître l'orientation sexuelle n'est pas perçue unanimement parmi les médecins interrogés. L'étude HomoGen (33) montrait que les patients HSH ayant mentionné leur orientation sexuelle bénéficiaient significativement d'une meilleure prise en charge médicale en santé sexuelle de la part de leur médecin traitant : dépistages plus fréquents des IST, meilleures informations sur les IST et propositions plus fréquentes de vaccination contre l'hépatite A.

Cette situation est problématique. L'absence de sensibilisation des médecins généralistes sur l'importance de connaître l'orientation sexuelle des patients et leurs difficultés à l'aborder s'interposent à une prise en charge médicale optimale des patients HSH en médecine de ville. Dans une logique de médecine préventive, il est primordial d'insister sur la pertinence et la légitimité d'évoquer cette question. L'étude américaine de 2013 (36) proposait, en plus des quatre questions permettant d'aborder la sexualité, une question ciblée sur l'identité sexuelle du patient : *Vous identifiez-vous plutôt hétérosexuel, homosexuel, ou bisexuel ?* On

peut également supposer que sensibiliser les médecins dès les premiers cycles du cursus universitaire, qui fait actuellement défaut en France, constitue une piste d'amélioration des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, nos entretiens ont montré que connaître l'orientation sexuelle des patients n'implique pas toujours de l'inscrire dans le dossier médical. Selon la littérature, il s'agit même d'une information rarement renseignée. Dans un travail de thèse de 2017 (28), seuls 22.1% des médecins généralistes interrogés notaient « *souvent* » ou « *très souvent* » l'orientation sexuelle dans le dossier médical. Dans une étude hollandaise de 2017, l'orientation sexuelle des patients HSH apparaissait dans à peine plus d'un tiers des dossiers (46). Avec une patientèle moyenne de 864 patients par médecin généraliste en 2016 en France (47) il semble peu probable qu'ils soient en mesure de retenir quels sont leurs patients HSH et leur faire bénéficier d'une prise en charge adaptée si cette information n'est pas mentionnée dans le dossier médical.

3. La PrEP

A. Connaissances de la PrEP

Nos résultats montrent une connaissance globale restreinte des médecins généralistes sur la PrEP. Un travail de thèse de 2017 estimait à 86.5% les médecins généralistes ayant « *déjà entendu parler de la PrEP* » (28), mais ce taux était moindre dans d'autres travaux : 41% (48), 59.1% (49), et 65% (50). De plus, un écart important entre les connaissances « *supposées* » et « *réelles* » des médecins sur la PrEP était constaté dans certains d'entre eux (28,48). Dans la thèse du Dr Zeggagh (28) par exemple, seuls 16.7% des médecins généralistes ayant « *déjà entendu parler de la PrEP* » déclaraient initialement ne pas connaître ses indications, mais ce taux s'élevait à 63% après le rappel des indications. Ce décalage était également constaté

concernant les modalités de prises de la PrEP (42% des médecins généralistes ayant « *déjà entendu parler de la PrEP* » déclaraient initialement ne pas connaître les modalités de prises versus 60% après leurs rappels) (28). Toujours dans cette étude, 24.6% des 86.5% de médecins généralistes ayant « *déjà entendu parler de la PrEP* » ne savent pas que le médecin généraliste ne peut pas primo-prescrire la PrEP (28).

Les sources d'information citées par les médecins pour s'informer de la PrEP sont les sites internet informels. Dans un autre travail de thèse, les généralistes mentionnaient (par ordre décroissant) la presse médicale généraliste (type « Le Quotidien du Médecin »), les recommandations de sociétés savantes, la presse générale, la presse scientifique, les congrès de médecine et les visiteurs médicaux (50).

Dans notre étude qualitative, des médecins constatent que les patients sont plus informés qu'eux sur la PrEP, ce qui avait déjà pu être observé (49). Dans l'enquête européenne FPIE qui explorait la connaissance, l'intérêt et l'utilisation de la PrEP par les populations ciblées, 82% des HSH Français interrogés (n = 540) déclaraient avoir connaissance de la PrEP avant l'enquête (51). Bien que probablement sur-évalué du fait d'un biais de recrutement ce pourcentage dénote malgré tout d'une vraisemblable connaissance de l'existence de la PrEP par les patients HSH. Cela suggère-t-il que le milieu associatif ou que les campagnes publiques nationales communiquent efficacement auprès de cette population ? Il ressort du travail de thèse de Marie Bistoquet, qui recherchait les motivations des patients HSH pour recourir à la PrEP, que les médias télévisés et les réseaux sociaux sont les moyens par lesquels les HSH entendent parler de la PrEP pour la première fois (52). De plus, la page Facebook de la PrEP, le bouche à oreille (applications de rencontres Grindr) et les sites d'information tels qu'AIDES ou Sida Info Service semblent être des moyens d'informations où les HSH trouvent des réponses plus précises que celles des professionnels de santé (52,53).

B. Connaissance de patients sous PrEP parmi la patientèle

Les médecins généralistes ont des difficultés à savoir s'ils ont des patients sous PrEP. Ils sont rarement avertis de la mise en place de ce traitement, qu'il s'agisse d'un choix délibéré des patients ou d'un défaut de communication de la part des médecins prescripteurs (49). Cette situation est dangereuse car des prescriptions conjointes inadaptées peuvent conduire à une moindre efficacité de la PrEP et à la survenue d'effets indésirables (5). La connaissance de la prise de PrEP par les médecins généralistes a donc un impact sur la qualité de leurs prescriptions. Elle permettrait de ne pas y associer des médicaments comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens dont on sait qu'ils majorent la toxicité rénale (5). Cela rendrait également possible l'éducation thérapeutique et la sensibilisation des patients aux risques de l'automédication.

C. Rôles des médecins généralistes dans la PrEP

En considérant tous les entretiens, l'ensemble des rôles du médecin généraliste dans la PrEP sont évoqués. Néanmoins à l'échelle individuelle, les médecins généralistes n'abordent pas de façon exhaustive les différents rôles qu'ils peuvent avoir dans cette prise en charge. En ce sens nos résultats rejoignent ceux d'une étude quantitative de 2019 portant sur les connaissances et les perceptions des médecins généralistes du Maine et Loire sur la PrEP où seuls 12.7% d'entre eux connaissaient leurs rôles selon toutes les modalités dans le suivi de la PrEP en médecine de ville (48).

Un rôle dans la réduction des risques envers les autres IST chez les patients sous PrEP a été abordé. Dans un travail de thèse, 80% des médecins généralistes interrogés pensent également qu'il s'agit d'un de leurs rôles dans le suivi des patients sous PrEP (48).

L'analyse de nos entretiens a montré que le renouvellement de la PrEP en soins primaires est rare et associé à divers freins. Ce constat ressort également d'autres travaux (28) (49). Les données actuelles disponibles estiment d'ailleurs qu'il est réalisé à 85% en milieu hospitalier (23). Nous ne sommes que partiellement étonnés de nos résultats. Néanmoins ce constat interpelle. D'une part car les généralistes sont autorisés à la renouveler depuis mars 2017 (soit trois ans) (10) et d'autre part car il existe une augmentation continue des prescriptions de PrEP qui a doublé en France en un an pour atteindre 20 478 au 30 juin 2019 (23). En région Grand Est, le nombre d'utilisateurs de la PrEP est passé de 165 en juillet 2017 à 787 au 30 juin 2019 (10). In fine, cela questionne sur les messages délivrés par les CeGIDD et services hospitaliers, mais également sur les freins des PrEPeurs à consulter leur médecin traitant dans le cadre de leur suivi et renouvellement trimestriels.

Un médecin évoquait que la PrEP ne faisait pas partie des missions de la médecine générale. Cet avis est partagé par 14.55% des médecins généralistes d'un travail de thèse réalisé dans le Maine et Loire qui estimaient que la PrEP était un « *un sujet trop spécialisé* » pour être suivi en médecine de ville (48).

D. Facteurs limitant la connaissance de la PrEP par les médecins généralistes

Les médecins interrogés exprimaient plusieurs facteurs limitant une bonne connaissance de la PrEP en médecine générale. Le manque de communication médicale, l'absence de formation, la restriction de primo-prescription aux médecins spécialisés et un faible effectif

voire l'absence supposée de patients concernés par la PrEP sont des freins également identifiés dans différents travaux (48–50).

E. La PrEP est utile

L'impact positif de la PrEP sur l'infection au VIH est évoqué. Dans un travail de thèse la médiane d'évaluation de la PrEP par les médecins généralistes comme outil dans la prévention diversifiée était de 7/10 sur une échelle allant de 1 (mauvaise) à 10 (bonne) (50). Dans une autre étude, 68,2% des médecins généralistes interrogés pensent que la PrEP peut être un moyen efficace de lutter contre l'épidémie du VIH (48). L'efficacité de la PrEP a été largement démontrée par plusieurs études, avec des réductions de risques jusqu'à 86% (7) (8). Le nombre de sujets à traiter (NNT) annuel pour prévenir d'une infection était de 13 dans l'étude PROUD (8) et de 18 dans l'essai IPERGAY (7).

Elle est également jugée utile car adaptée aux habitudes sexuelles des HSH. Près de la moitié (45%) des HSH de l'étude PRÉVAGAY indiquait avoir eu plus de dix partenaires dans l'année et près d'un tiers rapportaient au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois (22). Ces taux augmentent significativement chez les patients HSH séropositifs au VIH (22).

Les médecins évoquent que la PrEP permet également d'aborder les pratiques et/ou les habitudes sexuelles avec les patients sous PrEP. 79,1% des médecins estiment aussi que cela fait partie de leur rôle dans le cadre du suivi des patients sous PrEP (48).

F. Craintes de la PrEP

a. Un effet préventif du VIH contrebalancé par une augmentation des comportements à risque et des IST

La crainte d'une baisse de l'usage du préservatif chez les patients HSH sous PrEP et d'une augmentation secondaire des IST a été exprimée dans notre étude. Il s'agit d'une inquiétude partagée par d'autres médecins généralistes (49).

Il ne fait aucun doute qu'il existe des taux élevés d'IST chez les HSH prenant la PrEP (54-56). Plusieurs études suggèrent que la PrEP soit associée à une augmentation des taux d'IST chez les HSH (54,57).

L'enjeu est de déterminer si la PrEP a un rôle causal dans l'augmentation des IST via un impact comportemental négatif, ou si elles sont davantage en lien avec d'autres facteurs comme l'augmentation des dépistages liée au suivi strict qu'elle impose. Les données actuelles sur ce point sont ambiguës.

Des études de haut niveau de preuve ne montrent pas d'impact comportemental négatif en lien avec la PrEP. Marcus JL et al. montrent qu'il n'y a pas de compensation du risque en lien avec la PrEP (58). Les résultats de l'essai iPrex (6) montrent que la PrEP n'entraîne pas de désinhibition. Dans l'étude anglaise PROUD (8), la fréquence équivalente des IST dépistées dans les deux bras montre que la PrEP n'a pas d'effet négatif sur une éventuelle « désinhibition » des comportements sexuels.

Une étude américaine (59) observait une désinhibition à l'initiation de la PrEP mais qui évoluait dans plusieurs cas vers une reprise de l'utilisation quasi systématique des préservatifs en raison de la recrudescence des autres IST. En 2017, une revue Cochrane (60) ne retrouvait pas d'élément concluant affirmant l'existence d'une prise de risque accrue chez les HSH sous PrEP.

D'autres études incluant des patients HSH suggèrent, en revanche, qu'il existe un risque de désinhibition sexuelle en lien avec la prise de PrEP (61,62).

En 2016, Golub et al. (63) suggèrent que l'augmentation des taux de dépistage contribuait à au moins une partie de l'augmentation des diagnostics d'IST chez les hommes homosexuels sous PrEP. Dans cette étude, 68 à 83% des IST diagnostiquées étaient asymptomatiques (63).

En 2017, une étude américaine de modélisations prédictives suggérait que le dépistage répété des IST dans le cadre de la PrEP puis le traitement des IST conduiraient à terme à la diminution de leur incidence chez les HSH (64).

Quoiqu'il en soit, ces données montrent l'importance d'un suivi PrEP rigoureux avec un dépistage régulier des IST, un traitement précoce en cas d'IST diagnostiquée, la recherche de compensation des risques et la dispensation de conseils de réduction de risques.

Il existe probablement aussi divers profils d'utilisateurs de la PrEP : ceux considérant la PrEP comme unique moyen de prévention du VIH, et ceux l'utilisant en double protection avec l'utilisation régulière voire systématique du préservatif pour les pénétrations anales (« *safer sex* »).

b. Banalisation du VIH

La PrEP suscite la crainte de renforcer la banalisation du VIH dans notre étude comme dans d'autres travaux (49).

La représentation du VIH chez les HSH a évolué depuis sa découverte, notamment grâce à l'arrivée des trithérapies antirétrovirales efficaces qui ont considérablement amélioré la qualité et l'espérance de vie des patients. Un travail de thèse de 2018 fait ressortir une vision

dédramatisée du VIH surtout chez la jeune génération d’HSH « *j’ai pas de peur particulière du VIH* », « *maladie comme une autre* » (52) qui représente une part importante des utilisateurs de la PrEP en France (23).

Il apparaît nécessaire que les prescriptions de la PrEP s’accompagnent d’informations sur le VIH afin que ses usagers ne sous-estiment pas l’impact de cette infection sur la santé.

c. Résistances induites par la PrEP

La crainte de l’apparition de mutations acquises par la PrEP a été abordée lors des entretiens. Il s’agit d’une inquiétude partagée avec d’autres médecins généralistes (49).

Les données actuelles disponibles relatives au risque d’acquisition de résistance du VIH dans le cadre de la PrEP sont rassurantes (65). Le développement de résistances au Ténofovir et/ou à l’Emtricitabine est rare, et principalement susceptible de se produire lorsque la PrEP est initiée lors d’une primo-infection VIH non détectée ou en cas de séroconversion sous PrEP (65). Un défaut d’observance peut induire des résistances au TRUVADA® (66).

Dans des circonstances autres, la littérature décrit quelques cas de séroconversion au VIH malgré des données clinico-pharmacocinétiques suggérant une bonne observance de la PrEP, en cas de virus ayant des mutations conférant une résistance à l’une et/ou à l’autre des molécules du TRUVADA® (chez des HSH et hommes ayant eu des relations vaginales ou anales avec des femmes cis- et transgenres) (67–71). Dans plusieurs de ces études, il s’agissait de mutations de résistances transmises et non acquises sous PrEP (à l’Emtricitabine au moins) (67,68,71). L’étude de Thaden et al. n’a pas permis d’établir si la résistance virale était transmise, ou bien acquise au cours d’une période de moindre observance de la PrEP qui restait malgré tout élevée (69). Colby et al. n’évoquent pas une séroconversion au VIH liée à une résistance virale acquise par la PrEP. Ils suggèrent soit une contamination au cours de la

première semaine d'utilisation de la PrEP (avant sa pleine efficacité), soit la transmission d'un virus muté résistant à l'Emtricitabine (70).

Tableau : Résumé de la littérature universitaire sur les infections par le VIH malgré une forte adhésion à la PrEP confirmée par des tests de concentration des médicaments (71)

Location	Time between PrEP initiation and date of HIV diagnosis	Major resistance mutations	Inferred resistance	PrEP drug or metabolite concentration and interpretation*	Likely cause of PrEP failure provided by study authors
Knox et al ⁶	Toronto, ON, Canada	24 months NRTI: M41L, D67G, T69D, K70R, M184V, Y215E NNRTI: Y181C PI: L101 INSTI: H51Y, E92Q	Emtricitabine resistant, TDF low-level resistant	DBS 2297 fmol per punch on day +24 consistent with daily dosing in previous 6 weeks, plasma 152 ng/mL on day 0 consistent with dosing in previous 1–3 days	Transmitted drug resistance to TDF and emtricitabine
Markowitz et al ⁷	New York City, NY, USA	5 months NRTI: K65R, M184V NNRTI: K103S, E138Q, Y188L	Emtricitabine resistant, TDF resistant	Hair 0.0448 ng/mg and DBS 1478 fmol per punch on day +35 consistent with daily dosing in previous 6 weeks	Transmitted drug resistance to TDF and emtricitabine
Hooenenborg et al ⁸	Amsterdam, Netherlands	8 months No major mutations	Emtricitabine susceptible, TDF susceptible	DBS 2234 fmol per punch on day +6 and DBS 2258 fmol per punch on day -72 consistent with daily dosing in previous 6 weeks	High-inoculum effect with multiple exposures and concomitant lymphogranuloma venereum infection
Thaden et al ⁹	Charlotte, NC, USA	14 months NRTI: M184V, K70T, K65R NNRTI: K103N	Emtricitabine resistant, TDF resistant	Hair 0.0434–0.0520 ng/mg on day +27 consistent with daily dosing in previous 3 months, plasma 75 ng/mL on day +27 consistent with dosing in previous 1–3 days	Transmitted drug resistance to TDF and emtricitabine or acquisition of HIV during period of lower adherence with subsequent acquired resistance
Colby et al ¹⁰	Pattaya, Thailand	8 weeks NRTI: M184V NNRTI: A98G, K103N	Emtricitabine resistant, TDF susceptible	Hair 0.126 ng/mg on day +4 consistent with daily dosing in the previous 6 weeks, plasma TDF 25 ng/mL on day +2 consistent with dosing in previous 1–3 days	Transmitted drug resistance to emtricitabine or acquisition of HIV very proximate to PrEP initiation

PrEP=pre-exposure prophylaxis. NRTI=nucleoside or nucleotide reverse-transcriptase inhibitor. NNRTI=non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitor. PI=protease inhibitor. INSTI=integrase strand-transfer inhibitor. TDF=tenofovir disoproxil fumarate. DBS=dried blood spot. *Tenofovir diphosphate is measured in DBS. TDF is measured in hair and plasma. Day of drug concentration testing is relative to the day of HIV diagnosis.

Table: Summary of academic literature on HIV breakthrough infections despite high adherence to pre-exposure prophylaxis confirmed by drug concentration testing

A notre connaissance, un seul cas de séroconversion au VIH chez un patient HSH sous PrEP observant depuis huit mois, et avec un virus sans mutation majeure de résistance aux deux molécules a été documenté (72).

Bien que rares et ne remettant pas en cause l'efficacité de la PrEP contre le VIH, ces cas de séroconversion rappellent que malgré la haute efficacité scientifiquement démontrée de la PrEP le risque zéro n'existe pas. Les utilisateurs de PrEP doivent être avertis qu'une infection peut survenir malgré une bonne observance, notamment en cas d'exposition à un virus résistant à la FTC, au TDF ou aux deux molécules. Ces cas soulignent également l'importance du

dépistage initial puis régulier du VIH, et la surveillance continue des mutations pouvant affecter l'efficacité de la PrEP.

d. Prescrire un traitement à un patient non malade

Le principe même de la prophylaxie médicamenteuse a été évoqué avec la difficulté à « prescrire un traitement à un patient bien portant ». Il s'agit d'un inconvénient de la PrEP également exprimé dans un autre travail (49). Cette remarque interpelle car, en parallèle par exemple, nous imaginons mal des médecins tenir un discours semblable sur la chimioprophylaxie palustre. La PrEP bouleverse la vision de la prévention sexuelle alors qu'il existe d'autres outils efficaces et dénués d'effet indésirable. Cela ramène à la nécessité d'une prise en charge individualisée dans laquelle la balance bénéfice/risque doit toujours être réévaluée.

e. Iatrogénie de la PrEP

La prise de TRUVADA® peut générer des effets indésirables peu graves (nausées, diarrhées, douleurs abdominales, céphalées...) mais aussi de la survenue d'une insuffisance rénale ou d'une fragilité osseuse (5) en lien avec la potentielle toxicité rénale (tubulopathie) et osseuse (hypophosphatémie secondaire à la tubulopathie) du Ténofovir.

Une étude française du Professeur Molina (7) montrait que la prise de PrEP à la demande chez les HSH était associée, par rapport au groupe placebo, à une augmentation des taux d'événements indésirables gastro-intestinaux (14% contre 5%, $p = 0,002$) et rénaux (18% contre 10%, $p = 0,03$). Néanmoins, aucun n'a conduit à l'arrêt de la PrEP et aucune différence significative n'a été observée en termes de survenue d'effets indésirables dits graves entre les

deux groupes de l'étude (7). Les événements indésirables gastro-intestinaux et rénaux sont pour la plupart légers et réversibles à l'arrêt du traitement (73).

Il convient néanmoins de vérifier la fonction rénale avant et pendant le traitement, et de déconseiller l'utilisation de médicaments néphrotoxiques (5).

Concernant le risque osseux, une diminution faible mais statistiquement significativement de la densité minérale osseuse au niveau du rachis a été observée dans le bras TRUVADA® des études iPrex (6) et de Mulligan et al. (prise en continue chez les HSH et femmes transgenres) (74) par rapport au bras placebo, mais aucune augmentation de l'incidence de fracture n'y a été rapportée. L'essai clinique de Mulligan et al. retrouvait également une baisse de la densité minérale osseuse au niveau de la hanche mais sans conséquence clinique (74).

Chez les usagers de la PrEP, des suppléments de calcium ou de vitamine D peuvent être utiles, surtout en cas d'ostéopénie ou d'ostéoporose des utilisateurs.

G. Primo-prescription de la PrEP en médecine de ville : avis et intentions

Les médecins généralistes voient dans la possibilité de primo-prescrire la PrEP un moyen d'en faciliter l'accès. En effet, un des freins évoqué par la population cible intéressée par la PrEP est la crainte de devoir se rendre à l'hôpital (75). Le lieu de dispense le plus plébiscité est le cabinet de médecine de ville (76). Cela laisse donc penser que si les médecins généralistes étaient en mesure de délivrer des informations éclairées sur la PrEP puis de la primo-prescrire, cela permettrait d'accroître le nombre de patients sous PrEP dont on sait qu'il est limité en France. En 2017, le ratio entre le nombre de patients sous PrEP par rapport au nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH était très bas en France (1.3/1) en comparaison avec d'autres pays où la PrEP est largement utilisée : 5,6/1 aux Etats-Unis et 13/1 en Australie (77).

La question du retentissement sur la qualité de la prise en charge des patients sous PrEP a été soulevée. Un autre enjeu pour les médecins généralistes, qui rapportent déjà des difficultés à entreprendre les discussions relatives à la sexualité, sera de ne pas négliger la dimension « counseling sur la réduction des risques » qui doit s'adjoindre à la prescription de PrEP. Il est malgré tout encourageant de souligner que certains médecins évoquent la possibilité que la PrEP soit une occasion supplémentaire d'informer leurs patients sur leur capacité à avoir une discussion ouverte et non jugeante sur la sexualité (49).

La PrEP représente pour certains répondants une forme « d'irresponsabilité » et ne correspond pas à « leur éthique personnelle ». Ils ont exprimé leur peur et leur refus de cautionner des comportements sexuels perçus comme débridés et déresponsabilisés. Il s'agit d'un frein à la primo-prescription de PrEP et à son approbation de manière générale. Réduire la discrimination liée à la PrEP est donc une autre étape primordiale pour envisager sa diffusion par les professionnels de santé.

L'absence de recul sur l'utilisation de la PrEP est également évoquée comme un obstacle à accepter de la primo-prescrire. Il s'agit d'une remarque présente dans d'autres travaux, tant pour la prescription de PrEP (28) que pour l'appropriation de cet outil (50). Malgré tout, le TRUVADA® dispose d'une AMM européenne depuis 2005 dans le traitement du VIH chez l'adulte (78). Il existe donc un recul sur ce traitement et sur ses effets à long terme.

L'acceptation d'une primo-prescription de PrEP en soins primaires ne peut se concevoir qu'au décours de formations adaptées à la médecine générale et à ses contraintes. Elles doivent être mises en place en amont de cette autorisation afin de donner aux médecins généralistes les capacités d'y répondre, et ce d'une manière optimale. Ces formations seraient également l'occasion de les sensibiliser à l'importance de repérer les personnes les plus exposées pour leur

proposer ce traitement. Cela permettrait d'augmenter le nombre de Prepeurs au sein de leur patientèle, dont le faible nombre constitue actuellement un frein pour s'y intéresser.

4. Le chemsex

Nos résultats montrent que le chemsex est une pratique peu connue des médecins interrogés. Bien qu'il s'agisse d'une pratique en pleine expansion chez les HSH (79) nous n'en sommes pas surpris. Nos résultats rejoignent ceux d'un travail de thèse mené en 2017 en région parisienne qui révélaient que 64% des médecins généralistes interrogés n'avaient jamais entendu parler du chemsex (28).

Il ressort des entretiens que les usagers l'abordent rarement lors des consultations de médecine générale. Nous n'avons pas trouvé de donnée évaluant la part de chemsexuels informant leur médecin traitant de cette pratique, ni leurs motivations à le faire le cas échéant.

Il a été souligné que des personnes non homosexuelles recouraient également à cette pratique, ce qui est retrouvé dans la littérature (12,80–82). Cette donnée est intéressante car elle fait transparaître l'ampleur potentielle du chemsex. Néanmoins, les HSH représentent actuellement la population la plus impliquée dans cette pratique (79–81). La proportion d'HSH déclarant avoir pratiqué le chemsex varie selon les sources entre 12.6% (83) et 27% (84).

Parmi les médecins interrogés, l'abord du chemsex en consultation a pu être amené lors du questionnement de l'indication de la PrEP. Dans l'étude Française de Pialoux et al., dont la population était à 96% des HSH, la PrEP avait été initiée dans un contexte de chemsex dans 43% des cas (85).

Les médecins ont mentionné l'utilisation de médicaments de performance sexuelle délivrés sur prescription médicale comme substances consommées lors du chemsex. Le

VIAGRA® (ou produit similaire) fait en effet partie des substances couramment associées au chemsex (82). Cela est problématique et justifie de sensibiliser les professionnels de santé sur cette pratique, afin de la dépister lors de ces prescriptions.

Ils s'inquiètent également des comportements sexuels à risque favorisés par cette pratique. Il s'agit d'une crainte pertinente, le chemsex étant associé à une augmentation des rapports sexuels non protégés, à une désinhibition et à une hypersexualité (79,86). Bourne et al. (87) ont étudié en 2014 la consommation de drogues en contexte sexuel chez les HSH et bisexuels de Lambeth, Southwark et Lewisham en Angleterre : un tiers des hommes séronégatifs au VIH ont rapporté s'être engagés (volontairement ou accidentellement) sous l'effet des substances psycho-actives dans des pénétrations anales non protégées avec des partenaires séropositifs ou de statut inconnu.

Dans une étude Belge, 59% des chemsexeurs déclarent avoir eu « *au moins deux* » partenaires sexuels lors de leur dernier « plan chem » (13). Elle suggère que les sujets ayant le plus de partenaires (« *plus de dix* ») soient séropositifs au VIH (13).

L'analyse multivariée de Heiligenberg et al. montrait que le chemsex était associé à la survenue d'IST chez les patients HSH, quel que soit la substance consommée (81). Dans l'étude de Pialoux et al., 50% des HSH chemsexeurs sous PrEP étaient porteurs d'IST contre 33% des HSH non chemsexeurs sous PrEP ($p < 0.001$) (85). L'action psychoactive ou les propriétés anesthésiantes de certains produits consommés pourraient également faciliter des pratiques sexuelles plus traumatiques comme le « fist-fucking ». Bien que pour N. Foureur et al. (14) cette sexualité soit en réalité souvent antérieure à la pratique du chemsex, d'autres suggèrent que l'usage de produits psychoactifs soit propice à s'engager dans certaines pratiques sexuelles (88).

Il existe une association significative entre l'inobservance thérapeutique aux anti-rétroviraux et la pratique du chemsex (89).

Les médecins interrogés craignent également des risques somatiques et addictologiques subséquents au chemsex. L'étude de Jonas Van Acker (13) s'est intéressée, entre autres, aux éventuelles conséquences physiques du chemsex. Ce travail met en exergue que, outre les troubles du sommeil et l'asthénie (81,1%), les principaux impacts rapportés sont la perte de conscience (24.5%), les fissures anales (20%), les hématomes (18.9%), les abrasions du pénis (11.3%), les abcès (7,5%) et les lésions nasales (5.7%). Ces plaintes sont évoquées chez 23.6% des chemsexuels de cette étude (13).

Des cas de décès ont également été rapportés (90).

Comme évoqué par les médecins, il existe également des risques psychiatriques : agitation, anxiété, paranoïa, agressivité, psychose, dépression, sautes d'humeur, sentiment de culpabilité, pensées suicidaires (13,79), et addictologiques en lien avec la pratique du chemsex : surdosage et dépendance (13,79).

Bien que non mentionné par les médecins, les usagers s'exposent également à des risques sociaux (désocialisation, absentéisme professionnel, difficultés financières, problèmes juridiques) (13).

Les avis des médecins étaient divergents sur les connaissances des chemsexuels quant aux risques associés à cette pratique. Bien qu'il existe des témoignages des usagers il n'y a pas de donnée scientifique ad hoc évaluant les pratiques à risque connues ou inconnues des chemsexuels (82). Il est néanmoins probablement réducteur de penser que toute prise de risque découle d'un manque d'informations, et le rapport individuel au risque doit également être pris en compte (82).

La recherche de performance lors de rapports sexuels est déplorée. Il s'agit d'une des nombreuses motivations à recourir aux chemsex : désinhibition, qualité des rapports (désir de rapports plus longs et pouvant être répétés, recherche de sensation d'être « *en phase avec son*

partenaire »), souhait d'augmenter la sensation de plaisir, dépassement de limites, recherche de nouvelles sensations, augmentation des capacités à s'engager dans certaines pratiques sexuelles... (13,79). Un recours à cette pratique en conséquence de l'étiollement des relations sociales (solitude, isolement, désir de faire des rencontres, recherche d'intimité, de proximité affective...) est aussi exprimé, tout comme le « *hasard* » (13).

La question de la légalité de cette pratique a été questionnée. Certains substances consommées sont autorisées.

Une difficulté du chemsex est qu'il se développe surtout dans des lieux privés, par définition inaccessibles aux actions de prévention classique. Néanmoins, AIDES a permis en partie de contourner ces difficultés en développant un réseau national d'entraide pour les usagers du chemsex, leurs proches ou leurs partenaires via différents outils : un numéro national d'appel d'urgence (le 01.77.93.97.77, 24h/24, 7jours/7) destiné à gérer les situations qui requièrent une prise en charge immédiate, une page Facebook d'information sur la réduction des risques liés au chemsex (Info chemsex by AIDES), un numéro WhatsApp (07.62.93.22.29) offrant une possibilité d'écoute et de soutien. Ces outils sont intéressants et il serait pertinent que les médecins généralistes les connaissent.

Des soirées de discussion autour du chemsex (soirées « *chillOut chemsex* ») sont également organisées chaque mardi à Paris afin de répondre aux questions des chemsexuels, de les sensibiliser sur les risques et de diffuser des stratégies de prévention de réduction de risques. Des professionnels de santé (addictologues, sexologues...) interviennent parfois.

5. Connaissances des recommandations vaccinales chez les HSH

A. Vaccination HPV

L'indication à vacciner les HSH contre l'HPV jusqu'à vingt-six ans révolus est assez bien connue des médecins de notre étude. Ce résultat est en inadéquation avec une étude qui montrait que seuls 19.2% des médecins généralistes en activité dans le département du Nord la connaissaient (91). Néanmoins ce travail avait été mené en 2017, le recul par rapport à la publication de cette recommandation de 2016 était donc différent. Nos résultats sont en revanche soutenus par une thèse plus récente de 2018 dans laquelle 62,8% des médecins généralistes connaissaient cette recommandation (92).

Les médecins évoquent les revues médicales, les discussions confraternelles et les FMC comme sources d'informations. Le travail de thèse du Dr Dufour retrouve certaines d'entre elles (91).

Cette recommandation reste néanmoins non appliquée par les médecins généralistes interrogés. Selon des données de 2019, le taux déclaré de vaccination HPV chez les patients HSH est faible et estimé entre 15.1% et 18% parmi ceux en âge d'être vaccinés (16,93). Une surestimation en lien avec le mode de recrutement des patients HSH est évoqué (93).

Les médecins ont évoqué divers freins à la réalisation de ce vaccin. La nécessité d'aborder l'orientation sexuelle est un obstacle partagé par d'autres médecins pour proposer cette vaccination (92). Néanmoins, le taux de vaccination HPV chez les patients HSH est augmenté de manière significative lorsque l'orientation sexuelle est connue du praticien (93). Il est également plus élevé chez les patients HSH prenant la PrEP (93). Nos médecins interrogés n'évoquent pas d'opposition des patients HSH à cette vaccination, dont l'acceptabilité est d'ailleurs jugée très bonne dans la littérature (93,94).

Ainsi, il semble que la faible couverture vaccinale chez les patients HSH soit liée à un manque de propositions des médecins, ce que suggérait déjà le travail de thèse du Dr Benoit Petit : parmi les HSH interrogés ayant une indication à cette vaccination et un médecin traitant déclaré, seuls 9.9% avaient reçu une proposition de vaccination HPV de sa part (93).

Dans une volonté d'amoindrir la stigmatisation liée à l'orientation sexuelle, de favoriser le respect de la vie privée et d'augmenter la couverture vaccinale, il a été évoqué le souhait d'un élargissement de cette vaccination chez tous les garçons. Cette mesure était également attendue par d'autres médecins généralistes (91,92,95). Depuis décembre 2019 il existe désormais, en plus de cette recommandation spécifique, une indication à vacciner tous les garçons de 11 à 14 ans révolus contre l'HPV par le GARDASIL 9® selon un schéma à deux doses (M0, M6). Un rattrapage est possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à trois doses (M0, M2, M6) (16).

B. Vaccination VHA

Malgré l'ancienneté de la recommandation à vacciner les patients HSH contre le VHA et son indication quel que soit l'âge, elle reste insuffisamment connue et appliquée des médecins interrogés. En 2017, différents travaux constataient une épidémie d'hépatite A en Europe mais aussi en France touchant principalement les HSH (96,97), pouvant suggérer une insuffisance de couverture vaccinale dans cette population malgré l'existence de recommandation. Dans le travail de thèse de Benoit Petit, près de la moitié (49,4%) des participants HSH était vaccinée contre l'hépatite A (93). L'auteur suggère que ce taux soit probablement sur-estimé alors que le seuil d'immunisation nécessaire pour prévenir la transmission du VHA sur un mode épidémique dans une population à haut risque telle que les patients HSH est de 70% (19).

En parallèle, le Dr Jedrzejewski (44) montrait une méconnaissance des vaccinations spécifiques par les homosexuels hommes interrogés, rendant peu probable qu'ils puissent être à l'initiative de cette vaccination. L'information des médecins sur l'existence d'une indication à vacciner les HSH contre le VHA doit donc être renforcée, d'autant plus qu'il est constaté une augmentation des cas de VHA de transmission sexuelle présumée chez les HSH séropositifs au VIH (98) et chez les HSH séronégatifs au VIH mais utilisateurs de PrEP (99).

L'acceptation de ce vaccin chez les HSH semble importante (93).

La proposition de ce vaccin aux patients HSH présuppose bien sûr la connaissance de leur orientation sexuelle. Des études montrent que les HSH l'ayant mentionnée (33) ou ayant parlé de sexualité (32) avec leur médecin traitant bénéficient significativement de propositions plus fréquentes de vaccination contre l'hépatite A de la part de leur médecin.

La prise en charge de ce vaccin par l'assurance maladie sans devoir en préciser l'indication était une des interrogations émises. En théorie le vaccin est remboursé à 65% sur prescription médicale pour les patients HSH (100). En pratique, ces derniers évoquent une vaccination majoritairement dans les CeGIDD (53), raison pour laquelle nous n'avons pas trouvé de donnée sur d'éventuelles difficultés lors des retraits en pharmacie.

Enfin, l'indication de cette vaccination a pu être mal comprise, tant par le mode de transmission que par la supposée « inoffensivité » d'une hépatite A. Il serait intéressant de rechercher plus précisément l'opinion des médecins généralistes sur cette vaccination chez les HSH et de les sensibiliser davantage aux modes de transmissions.

C. Vaccination VHB

Nos résultats montrent une connaissance limitée des médecins généralistes interrogés vis-à-vis de cette recommandation. Néanmoins cette question a pâti d'un important biais. Parce

qu'il s'agit d'une vaccination intégrée au calendrier vaccinal obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2018 (20) et qu'elle était déjà antérieurement recommandée pour d'autres populations à risque, certains médecins ont considéré à juste titre qu'elle n'était pas liée à l'orientation sexuelle ni spécifique des HSH. Nous n'avons pas retrouvé de travaux évaluant la connaissance de cette recommandation par les médecins généralistes.

La couverture vaccinale anti-VHB déclarée par 2645 HSH fréquentant les lieux de convivialités gays dans cinq villes françaises (Lille, Lyon, Montpellier, Nice et Paris) était de 63% selon l'étude PRÉVAGAY de 2015 (101).

6. Dépistage des IST chez les patients HSH

Il était intéressant de voir que les médecins réinterrogeaient le postulat épidémiologique des patients HSH comme étant un « groupe à risque ». Ils insistaient sur l'hétérogénéité des sexualités dans cette population et sur la nécessité d'un raisonnement individualisé en termes de pratiques et de prises de risque. On ne peut que valoriser cette démarche.

Nos résultats montrent également que la prescription des bilans de dépistage d'IST se fait à l'initiative des patients HSH. Des données Françaises récentes, sans préciser qui du médecin ou du patient est à l'origine des dépistages, montrent une augmentation significative du nombre de patients HSH ayant réalisé un test de dépistage du VIH entre 2017 (53%) et 2019 (55%) (102). Les HSH à haut risque sont également plus nombreux en 2019 à déclarer un dépistage répété du VIH (trois tests et plus dans l'année) : 20% en 2019, versus 15% en 2017 (102). L'usage de la PrEP contribue à ce dépistage répété mais il s'observe également chez les HSH non Prepeurs, notamment ceux déclarant fréquenter les lieux de convivialité gay et les sites/applications de rencontres, chez les HSH ayant eu plus de cinq partenaires sexuels dans les six derniers mois, chez ceux ayant protégé leur dernier rapport sexuel et chez les HSH avec

un antécédent d'IST dans l'année (102). Bien que très encourageante, cette tendance ne concerne néanmoins pas tous les patients HSH, notamment ceux déclarant leur dernier rapport sexuel non protégé (102). De plus, en 2019 en France, 15% des patients HSH n'ont encore jamais fait de dépistage du VIH au cours de leur vie (102). Cela souligne l'importance d'informer les médecins généralistes sur l'existence des recommandations relatives aux dépistages d'IST chez les patients HSH. Des études qualitatives recherchant les freins des patients au dépistage sont par ailleurs en cours.

7. Besoins en formation

Notre étude laisse entrevoir le besoin de créer des outils d'aide dédiés aux questions de santé sexuelle au sens large (PrEP, spécificités vaccinales et de dépistages pour les HSH, IST) destinés aux médecins généralistes.

Avoir reçu une formation sur la PrEP (48) mais aussi sur les IST (28) influence positivement les connaissances des médecins généralistes sur la PrEP. Ce besoin en formation sur la PrEP est également exprimé par les médecins généralistes d'autres travaux (28,48,49), et par les usagers de la PrEP qui déplorent un défaut de connaissances des professionnels de santé (52) et des informations peu claires fournies par les médecins généralistes (53).

De plus, dans le contexte actuel où se pose la possibilité d'un élargissement de la primo-prescription en médecine de ville, ces besoins vont réellement se faire ressentir, et ce à court-terme. L'enjeu est désormais de créer ces outils. Dans les rares données de la littérature disponibles, les supports principalement plébiscités par les médecins généralistes pour mieux maîtriser la PrEP sont des fiches d'actualisation envoyées régulièrement par mail (28) ou des FMC en présentielle (en CHU, à la faculté ou en soirée) (48).

Dans une étude Irlandaise de 2018, près d'un tiers des HSH (31%) déclaraient qu'ils souhaiteraient de l'aide ou des conseils sur le chemsex (84). Ce chiffre sans équivoque traduit la nécessité de former les médecins généralistes à acquérir une conscience des problématiques en jeu (psycho-somato- addicto -sociaux), à repérer ces patients et à leur proposer des offres de soins appropriées dans une logique de prise en charge pluridisciplinaire. Il existe déjà des guides d'information sur le chemsex destinés aux professionnels de santé mais leur diffusion semble précaire (90).

Concernant les recommandations vaccinales liées à l'orientation sexuelle, les médecins ont évoqué leurs difficultés à connaître ces recommandations et/ou leurs évolutions. Le manque de temps et d'information sont mentionnés. Nous ne sommes pas surpris par cette problématique de temps, les médecins généralistes français travaillant en moyenne 54 heures par semaine (103). Dans un travail de thèse de 2017 (104), bien que 84% des médecins généralistes lorrains interrogés estimaient que les formations étaient nécessaires, elles étaient également jugées chronophages (45%), mal organisées (41%) et/ou mal enseignées (16%). Le principal frein à se former est le manque de temps (28,104). Les autres freins rapportés sont la difficulté à s'absenter du cabinet, la distance, les thèmes abordés et la multitude des supports (104). Le besoin en formation reste néanmoins réel, et ces données montrent l'importance de créer des outils adaptés aux exigences et aux contraintes de la médecine générale.

Les médecins semblaient également peu informés de l'existence de recommandations en matière de dépistage chez les patients HSH. Il semblerait intéressant qu'ils bénéficient d'informations précisant les infections à rechercher dans cette population tant en termes de fréquence et que de techniques à privilégier.

CONCLUSION

Les médecins ont une connaissance limitée de la PrEP. Le manque de formations et de communication, tant à l'échelle collective en termes de santé publique qu'à l'échelle individuelle en termes de coordination de soins, semblent y contribuer. Les avis sur la PrEP sont partagés entre un traitement utile dans la prévention du VIH et un médicament aux risques de dérives. La baisse de l'usage du préservatif et une augmentation des IST autres que le VIH sont des craintes fortement exprimées. Pour ces raisons notamment, une primo-prescription de PrEP en médecine générale n'est pas unanimement souhaitée et difficilement envisageable en l'état. L'implication des médecins généralistes dans la PrEP et sa promotion en soins primaires semblent actuellement limitées. Malgré tout les freins exprimés pourraient être en partie levés, d'autant plus qu'il existe un désir de formation sur la PrEP dans le contexte actuel où les modalités de primo-prescription sont possiblement amenées à évoluer vers un élargissement en médecine de ville. Ainsi la formation des médecins généralistes sur la PrEP représente un enjeu majeur pour répondre à ces craintes et pouvoir supposer une diffusion plus large de cet outil. Une meilleure communication entre les professionnels de santé et l'amélioration des stratégies de communication de santé publique sont également d'importantes stratégies d'amélioration.

Les connaissances des médecins généralistes relatives aux recommandations vaccinales et de dépistage d'IST chez les patients HSH sont également partielles. Le manque d'informations sur leurs existences et la difficulté des médecins à se maintenir à jour des recommandations sont évoqués. Lorsque connues, leurs applications se heurtent à des difficultés supplémentaires puisqu'elles présupposent d'aborder la sexualité et l'orientation sexuelle des patients. C'est pourquoi en pratique, ces vaccinations ne sont pas proposées et les

dépistages d'IST se font à l'initiative des patients HSH, demande somme toute fréquente. L'extension de la vaccination HPV à tous les adolescents, souhaitée et attendue par les médecins généralistes, permettra à ces derniers d'atteindre les patients HSH. Mais ces difficultés n'en demeurent pas moins réelles pour les autres recommandations.

Les médecins généralistes sont demandeurs de création d'outils d'aide et de formations sur les questions de santé sexuelle au sens large (PrEP, spécificités vaccinales et de dépistages pour les HSH, IST). Afin de leur donner les moyens de mieux maîtriser ces sujets, d'améliorer leurs pratiques professionnelles et de s'investir davantage dans ces domaines, leurs attentes doivent conduire à la création de sources d'informations. Elles devront répondre à leurs besoins mais aussi à leurs contraintes, notamment de temps. Des formations courtes et focalisées sur les points essentiels pourraient être envisagées. Il pourrait être utile que des travaux ultérieurs questionnent de façon plus précise les supports à privilégier pour ces différents thèmes.

VU
Strasbourg, le 12.05.2020
Le président du jury de thèse
Professeur.... H. A. S. O. A. D.

VU et approuvé
Strasbourg, le 15/05/2020
Le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



J.S.B.I.A.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fiche d'information 2019 — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida, Onusida [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
2. Bulletin de santé publique. Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida - France, 2018 [Internet]. 2019 [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019>
3. Santé Publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Bulletin de santé publique Grand Est. 2019.
4. ONUSIDA. Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030. 2014.
5. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-tenofovir-disoproxil/emtricitabine-truvada-et-ses-generiques
6. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 30 déc 2010;363(27):2587-99.
7. Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
8. McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD) : effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. 2016;387(10013):53-60.
9. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Plus de 10 000 personnes ont initié une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par Truvada ou génériques. Point d'information. [Internet]. 2018 [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plus-de-10-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-Point-d-Information>
10. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Actualisation des données jusqu'au 30 Juin 2019. 2019.

11. Enquête de la Cour des comptes sur la politique de prévention et de prise en charge du VIH [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r18-624/r18-6242.html>
12. Pirani F, Lo Faro AF, Tini A. Is the issue of chemsex changing? Clin Ter. 2019;170(5):e337-8.
13. Van Acker J. Plan chem ? Plan Slam ? Les plans « sous prod » : une recherche exploratoire sur le chemsex parmi les gays, bisexuels et autres HSH dans la Région de Bruxelles-capitale | Observatoire du sida et des sexualités [Internet]. 2017 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <http://observatoire-sidasexualites.be/>
14. Foureur N, Fournier S, Jauffret-Roustide M, et al. SLAM - Première enquête qualitative en France [Internet]. Paris: AIDES; 2013. 60 p. Disponible sur: <http://a-f-r.org/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france/>
15. Institut national du cancer. Papillomavirus et cancer. Etat des lieux et des connaissances. Fiches repère. 2018.
16. Haute Autorité de Santé. Recommandation vaccinale : élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. 2019.
17. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Prévention et dépistage [Internet]. 2018 [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-depistage.pdf
18. Delarocque-Astagneau E, Valenciano M, Dariosecq JM, et al. Une épidémie d'hépatite A chez des homosexuels masculins à Paris en 2000. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2001;44:207-10.
19. Lin KY, Chen GJ, Lee YL, et al. Hepatitis A virus infection and hepatitis A vaccination in human immunodeficiency virus-positive patients: A review. World J Gastroenterol. 2017;23(20):3589-606.
20. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales en 2019. Ministère des solidarités et de la santé. 2019.
21. Épidémiologie des IST. Santé publique France [Internet]. 2019 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: </determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles>
22. Velter A, Sauvage C, Saboni L, et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises-PREVAGAY 2015. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2017;8.
23. Prévention du VIH : Depuis 2016, plus de 20 000 personnes ont initié une prophylaxie pré-exposition (PrEP). Point d'Information : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2019 [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prevention->

du-VIH-Depuis-2016-plus-de-20-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-Point-d-Information

24. Gott M, Galena E, Hinchliff S, et al. « Opening a can of worms » : GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* 2004;21(5):528-36.
25. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with old people. *Social science & medicine* (1982). 2004;58:2093-103.
26. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Family practice.* 1 janv 2004;20:690-5.
27. Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, et al. Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust Fam Physician.* sept 1996;25(9 Suppl 2):S71-74.
28. Zeggagh J. Évaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes parisiens concernant la prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, à l'heure de la prophylaxie pré-exposition du VIH [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 UFR de médecine; 2017.
29. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Singuliers généralistes [Internet]. Rennes: Presses de l'EHEESP; 2010. p. 147-68. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-147.htm>
30. Barais M. Ejaculation prématurée: stratégies pour aborder le sujet en médecine générale : Etude qualitative par analyse thématique de 11 entretiens semi directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2009.
31. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, et al. Talking about sexuality with the physician : are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
32. Broc A. Sexualité et bien-être sexuel, en parler pour améliorer la santé de nos patients : exemple de la vaccination contre l'hépatite A chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 UFR de médecine; 2016.
33. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin (étude HomoGen). *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(12):204-10.
34. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender related barriers to discussing sexual health in consultations : a qualitative study. *Eur J Gen Pract.* juin 2004;10(2):56-60.
35. Chiffres clés : Médecin généraliste [Internet]. *Profil Médecin.* 2019 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
36. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, et al. Standard operating procedures for taking a sexual history. *J Sex Med.* 2013;10(1):26-35.

37. Bartoli S. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
38. Saroux D. Des réticences aux attentes des patients âgés de plus de 74 ans sur leur sexualité : place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2019.
39. Cahill S, Singal R, Grasso C, et al. Do ask, do tell : high levels of acceptability by patients of routine collection of sexual orientation and gender identity data in four diverse American community health centers. *Plos One*. 2014;9(9):e107104.
40. Hayes V, Blondeau W, Bing-You RG. Assessment of medical student and resident/fellow knowledge, comfort, and training with sexual history taking in LGBTQ patients. *Fam Med*. mai 2015;47(5):383-7.
41. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale: étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2018.
42. Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, 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.
43. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian, does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1):58-62.
44. Jedrzejewski T. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France : réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 UFR de médecine; 2016.
45. Le serment d'Hippocrate. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
46. Joore IK, Geerlings SE, Brinkman K, et al. The importance of registration of sexual orientation and recognition of indicator conditions for an adequate HIV risk-assessment. *BMC Infect Dis* [Internet]. 28 2017 [cité 28 mars 2020];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329968/>
47. www.pourquoidoctor.fr. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/14919-Un-generaliste-a-en-moyenne-864-patients>
48. Chareau S. Enquête sur les connaissances et perceptions des Médecins Généralistes du Maine-et-Loire concernant la PrEP (Prophylaxie pré-Exposition au VIH) en 2018 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2019.

49. Daire P, Junquero P. Comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées perçoivent-ils et envisagent-ils la prophylaxie pré-exposition au VIH ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2019.
50. Foka Tichoue H. Etude des freins à l'appropriation Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers : enquête auprès des médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis. [Créteil]: Université Paris-Est-Créteil; 2019.
51. Brancourt M, Klausner N, Laforgerie JF. VIH/Hépatites : la face cachée des discriminations [Internet]. 2017 p. 64-81, chapitre 5 : PREP un accès encore insuffisant pour endiguer l'épidémie. Disponible sur: www.aides.org/rapport-discriminations-2017
52. Bistoquet M. Motivations à entreprendre une prophylaxie pré exposition du VIH chez les HSH : approche phénoménologique (Étude MotivPrEP) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
53. Groupe facebook de la PrEP : PrEP'Dial [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/groups/PrepDial/>
54. Kojima N, Davey DJ, Klausner JD. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men. *AIDS*. 2016;30(14):2251-2.
55. Werner RN, Gaskins M, Nast A, et al. Incidence of sexually transmitted infections in men who have sex with men and who are at substantial risk of HIV infection : a meta-analysis of data from trials and observational studies of HIV pre-exposure prophylaxis. *Plos One*. 2018;13(12):e0208107.
56. Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J, et al. Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection. *JAMA*. 09 2019;321(14):1380-90.
57. Nguyen VK, Greenwald ZR, Trottier H, et al. Incidence of sexually transmitted infections before and after preexposure prophylaxis for HIV. *AIDS*. 2018;32(4):523-30.
58. Marcus JL, Glidden DV, Mayer KH, et al. No evidence of sexual risk compensation in the iPrEx trial of daily oral HIV preexposure prophylaxis. *Plos One*. 2013;8(12):e81997.
59. Storholm ED, Volk JE, Marcus JL, et al. Risk perception, sexual behaviors, and PrEP adherence among substance using men who have sex with men : a qualitative study. *Prev Sci*. 2017;18(6):737-47.
60. Freeborn K, Portillo CJ. Does pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men change risk behaviour? A systematic review. *J Clin Nurs*. sept 2018;27(17-18):3254-65.
61. Tripathi A, Whiteside YO, Duffus WA. Perceptions and attitudes about preexposure prophylaxis among seronegative partners and the potential of sexual disinhibition. *South Med J*. 2013;106(10):558-64.

62. Lal L, Audsley J, Murphy DA, et al. Medication adherence, condom use and sexually transmitted infections in Australian preexposure prophylaxis users. *AIDS*. 2017;31(12):1709-14.
63. Golub SA, Pena S, Boonrai K, et al. STI Data From Community-Based PrEP Implementation Suggest Changes to CDC Guidelines | CROI Conference [Internet]. 2016 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.croiconference.org/sessions/sti-data-community-based-prep-implementation-suggest-changes-cdc-guidelines-0>
64. Jenness SM, Weiss KM, Goodreau SM, et al. Incidence of gonorrhea and chlamydia following Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis among men who have sex with Men : a modeling study. *Clin Infect Dis*. 1 sept 2017;65(5):712-8.
65. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Comité scientifique spécialisé temporaire « RTU TRUVADA en Prophylaxie pré-exposition » compte rendu de séance [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.anism.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/985249fa1f81ad459b2bbb3578496383.pdf
66. Sivay MW, Li M, Piwowar-Manning E, et al. Characterization of HIV Seroconverters in a TDF/FTC PrEP Study : HPTN 067/ADAPT. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;75(3):271-9.
67. Knox DC, Anderson PL, Harrigan PR, et al. Multidrug resistant HIV-1 infection despite Preexposure Prophylaxis. *N Engl J Med*. 02 2017;376(5):501-2.
68. Markowitz M, Grossman H, Anderson PL, et al. Newly acquired infection with multidrug-resistant HIV-1 in a patient adherent to Preexposure Prophylaxis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 01 2017;76(4):e104-6.
69. Thaden JT, Gandhi M, Okochi H, et al. Seroconversion on preexposure prophylaxis : a case report with segmental hair analysis for timed adherence determination. *AIDS*. 2018;32(9):F1-4.
70. Colby DJ, Kroon E, Sacdalan C, et al. Acquisition of multidrug-resistant Human Immunodeficiency Virus type 1 infection in a patient taking preexposure prophylaxis. *Clin Infect Dis*. 2018;67(6):962-4.
71. Cohen SE, Sachdev D, Lee SA, et al. Acquisition of tenofovir-susceptible, emtricitabine-resistant HIV despite high adherence to daily pre-exposure prophylaxis : a case report. *Lancet HIV*. 29 nov 2018;
72. Hoornenborg E, Prins M, Achterbergh RCA, et al. Acquisition of wild-type HIV-1 infection in a patient on pre-exposure prophylaxis with high intracellular concentrations of tenofovir diphosphate : a case report. *Lancet HIV*. 2017;4(11):e522-8.
73. Chou R, Evans C, Hoverman A, et al. Preexposure Prophylaxis for the prevention of HIV infection : evidence report and systematic review for the US preventive services task Force. *JAMA*. 2019;321(22):2214-30.

74. Mulligan K, Glidden DV, Anderson PL, et al. Effects of Emtricitabine/Tenofovir on Bone Mineral Density in HIV-negative persons in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2015;61(4):572-80.
75. Bernier A, Delabre RM, Schlegel V, et al. Barriers to uptake of pre-exposure prophylaxis among respondents to the Flash! - PrEP in Europe survey [Internet]. 9th IAS Conference on HIV Science; 2017 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: http://www.natap.org/2017/IAS/IAS_125.htm
76. AIDES. Enquête Flash PrEP. 2014.
77. vih.org. Nouvelles contaminations VIH en 2017 : Pourquoi les chiffres français sont-ils mauvais ? [Internet]. vih.org. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://vih.org/20190328/nouvelles-contaminations-vih-en-2017-pourquoi-les-chiffres-francais-sont-ils-mauvais/>
78. Commission de la transparence : emtricitabine, ténofovir disoproxil, Haute Autorité de Santé. 2018.
79. Ma R, Perera S. Safer 'chemsex': GPs' role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. *Br J Gen Pract*. 2016;66(642):4-5.
80. Prouvost-Keller B, Naqvi A, Joulié A, et al. Caractéristiques et facteurs de risque de consommation de produits psychoactifs au cours des relations sexuelles de patients fréquentant des lieux de dépistage ou de prise en charge du VIH et des hépatites virales dans le Sud-Est de la France en 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;9.
81. Heiligenberg M, Wermeling P, Van Rooijen M, et al. Recreational drug use during sex and sexually transmitted infections among clients of a city sexually transmitted infections clinic in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis*. 2012;39(7):518-27.
82. Milhet M. APACHES. Attentes et Parcours liés au CHEmSex. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) [Internet]. 2019 [cité 28 mars 2020] p. 99. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/apaches-attentes-et-parcours-lies-au-chemsex/>
83. Milhet M, Néfau T. Chemsex, slam : renouvellement des usages de drogues en contexte sexuel parmi les HSH [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2017 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Chemsex%2C+slam+%3A+renouvellement+des+usages+de+drogues+en+contexte+sexuel+parmi+les+HSH>
84. Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy*. févr 2018;52:9-15.
85. Pialoux G, Hamidi M, Danet M, et al. Incidence des infections sexuellement transmissibles (ISTs) et impact de la consommation de nouvelles drogues de synthèse en contexte sexuel (CHEMSEX) dans une consultation PrEP. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2017;47(4):S11.

86. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, et al. Chemsex and the city : sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. 2017;28(4):362-6.
87. Bourne A, Reid D, Hickson F, et al. The chemsex study : drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. London School of Hygiene & Tropical Medicine, London [Internet]. 2014 [cité 2 févr 2020]; Disponible sur: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245/>
88. Martens V. Enquête Internet européenne sur la sexualité entre hommes (EMIS) : Rapports 1 & 2 pour le public LGBT | Observatoire du sida et des sexualités [Internet]. 2010 [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <http://observatoire-sidasexualites.be/enquete-internet-europeenne-sur-la-sexualite-entre-hommes-emis-rapports-pour-le-public-lgbt/>
89. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV diagnosed men who have sex with men in the UK : results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*. Oct 2014;1(1):e22-31.
90. Chemsex. Livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[e]s de santé [Internet]. 2016. 15 p. Disponible sur: <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2016/10/ChemSex-BAT5-Version-d%C3%A9finitive.pdf>
91. Dufour G. Vaccination anti-papillomavirus des homosexuels en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé Lille; 2017.
92. Degoue M. Place de la vaccination anti-HPV dans la pratique des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2019.
93. Petit B. Faible couverture vaccinale contre les papillomavirus chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes : un manque de proposition du vaccin par les médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2019.
94. Nadarzynski T, Smith H, Richardson D, et al. Perceptions of HPV and attitudes towards HPV vaccination amongst men who have sex with men : a qualitative analysis. *Br J Health Psychol*. 2017;22(2):345-61.
95. Tutala M. Evaluation de l'impact des praticiens sur la couverture vaccinale HPV en Occitanie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2019.
96. Le Bourhis-Zaim M, Roque-Afonso A, Chemlal K. Épidémie d'hépatite A parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Rouen, décembre 2016 - avril 2017. *Bull Epidémiol Hebd* [Internet]. avr 2017 [cité 11 févr 2020];(18):355-61. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/2017_18_2.html
97. Santé Publique France. Epidémie d'hépatite A en France et en Europe. Point de situation au 13 novembre 2017 [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/epidemie-d-hepatite-a-en-france-et-en-europe-point-de-situation-au-13-novembre-2017](http://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/epidemie-d-hepatite-a-en-france-et-en-europe-point-de-situation-au-13-novembre-2017)

98. Martin A, Meddeb L, Lagier JC, et al. Épidémie d'hépatite A chez les patients HSH infectés par le VIH : une nouvelle IST ? Un ricochet de la PrEP (pré-exposition-prophylaxie) ? Médecine et Maladies Infectieuses. 2018;48(4, Supplement):S144-5.
99. Charre C, Ramière C, Roque-Afonso A, et al. Épidémie d'hépatites A chez les HSH infectés par le VIH et utilisateurs de PrEP malgré un fort taux d'immunisation. /data/revues/0399077X/v48i4sS/S0399077X18305560/ [Internet]. 29 mai 2018 [cité 11 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1217321>
100. Prise en charge de la vaccination [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/vaccination>
101. Vaux S, Chevaliez S, Saboni L, et al. Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et couverture vaccinale contre le VHB chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay de cinq villes françaises. Étude PREVAGAY 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2018;9.
102. Velter A, Duchesne L, Lydié N. Augmentation du recours répété au dépistage VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France entre 2017 et 2019. Résultats de l'enquête Rapport au sexe. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(31-32):648-56.
103. Médecins généralistes : 54 heures de travail par semaine [Internet]. Sciences et Avenir. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/medecins-generalistes-54-heures-de-travail-par-semaine_133494
104. Geeraert M. Evaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien

1. Abord de la sexualité en médecine générale

- Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes.
- De manière générale, lors de l'abord de la sexualité en consultation avec des hommes ou des femmes, comment vous sentez-vous ?

2. Abord de l'orientation sexuelle en médecine générale

- Comment faites-vous pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients hommes ?
- Pourquoi n'abordez-vous pas la question de l'orientation sexuelle ?
- Pensez-vous que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite à l'initiative du patient ou du médecin généraliste ?

3. Motifs de consultations des HSH et représentations des médecins généralistes sur la sexualité entre hommes

- Quels sont les problèmes de santé de vos patients HSH ?
- Les HSH sont davantage exposés aux IST. De votre point de vue de médecin, quelle est votre représentation de la sexualité entre hommes ?
Relance : Selon vous, d'où viennent ces risques ?

4. Thème PrEP

- Parlez-moi de la PrEP.
- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?
- Avez-vous des patients sous PrEP ?
- Que pensez-vous de la PrEP ?
- Actuellement, la prescription initiale de PrEP doit se faire en milieu hospitalier ou dans un CeGIDD, et le médecin généraliste peut renouveler ce traitement. Il est actuellement en discussion une primo-prescription par le médecin généraliste. Pensez-vous que c'est une bonne chose que les médecins généralistes puissent primo-prescrire la PrEP ?
- Seriez-vous prêt à le faire ?

5. Chemsex

- Que connaissez-vous du chemsex ?
- Qu'en pensez-vous ?

6. Recommandations liées à l'orientation sexuelle

- Pensez-vous qu'il existe des recommandations en vigueur liées à l'orientation sexuelle ? Lesquelles ?

Relances :

- Pensez-vous qu'il existe des recommandations vaccinales en vigueur pour les patients HSH ? Lesquelles ?
- Connaissez-vous la fréquence de dépistage des IST recommandées chez les patients HSH ?
- En pratique, vos patients HSH ont-ils bénéficié de ces vaccins ? Les bilans de dépistage sont-ils faits de façon systématique ou uniquement lors des prises de risque ? Pourquoi ?
- Connaissez-vous les sites à prélever pour les bilans de dépistage des IST ?
- Connaissez-vous le traitement des IST (syphilis, chlamydia, gonocoque) ?

7. Outils d'aide

- Quels sont vos outils d'aide pour la prise en charge des patients HSH ?
- Comment pourrions-nous vous aider dans la prise en charge des patients HSH ?

Annexe 2 : entretiens

Entretien 1

Homme de 54 ans

Lieu de l'entretien : cabinet de ce médecin

Durée de l'entretien : 45 min

Nb : Refus de l'enregistrement au dictaphone : « c'est non. Je vais faire des réponses simples »

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes.

M1 : C'était vendredi dernier. C'est lui qui a demandé spontanément. Il se plaint d'être moins performant, à soixante ans. Il venait pour un renouvellement d'ordonnance et a précisé ça. C'est rarement le motif de consultation exclusif, c'est souvent au décours. Mais par contre, moi je veux entendre les plaintes de la bouche des patients. Par exemple, si c'était la femme qui me dit que son mari est moins performant, je ne traite pas. Pour que je fasse quelque chose, j'attendrai que l'homme m'en parle.

PS : De manière générale, lors de l'abord de la sexualité en consultation avec des hommes ou des femmes, comment-vous sentez-vous ?

M1 : Gêné...oui, pas très à l'aise, en plus ce n'est pas fréquent.

PS : Comment faites-vous pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients hommes ?

M1 : Souvent je connais les patients. Ils me parlent de leurs relations hétérosexuelles...Les homo... pffff je ne sais pas, c'est rare qu'ils évoquent leurs problèmes.

PS : Pensez-vous qu'il est important de connaître l'orientation sexuelle des patients ?

M1 : Bah... Pourquoi vous dites ça ? Je ne comprends pas.

PS : Pensez-vous que le fait de connaître l'orientation sexuelle des patients fait que la prise en charge peut être différente ?

M1 : Pff..non.

PS : Quels sont les problèmes de santé et les motifs de consultations de vos patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M1 : Les mêmes choses que les hétéros donc surtout des pathologies comme le diabète. Après, je n'ai pas de sidéen donc je ne peux pas en parler.

PS : Pensez-vous que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite à l'initiative du patient ou du médecin généraliste ?

M1 : Je pense que c'est plus à l'initiative du patient. Parce que...comment vous dire.... Je réponds à la demande du patient mais c'est trop intime, je ne suis pas dans le domaine de l'uro-génital d'emblée.

PS : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont davantage exposés aux IST. Selon vous, d'où viennent ces risques ?

M1 : Euh.... Qu'est-ce que vous voulez-dire ?

PS : De votre point de vue de médecin, quelle est votre représentation de la sexualité entre hommes ?

M1 : Je ne pense pas que ce soit spécifique des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes mais plutôt des hommes en général et des jeunes. Mais pour moi ils ont quand même plus de partenaires. Et plus de caprices « je te prends, je te laisse ». Ils font plus de rencontres.

Oui je pense qu'ils ont une sexualité plus tumultueuse avec plus de rencontres et d'échanges on va dire. Ils en veulent toujours plus.

PS : Connaissez-vous les traitements des IST (syphilis, chlamydia, gonocoque) ?

M1 : Oui, je me sens à peu près à l'aise, c'est assez fréquent pour nous. Et on a vraiment des surprises, parfois c'est le premier bilan IST et bam c'est positif dès le début.

PS : Et les sites de prélèvements pour les rechercher ?

M1 : Là aussi ce n'est pas quelque chose qui me pose trop de problème.

PS : Que connaissez-vous du chemsex ?

M1 : Ça je ne connais pas...

PS : Le chemsex est un mot né de la contraction des mots « chemical » et « sex » en anglais. C'est l'usage de substances psycho-actives dans un but sexuel pour augmenter le plaisir, la désinhibition, la capacité à s'engager dans certaines pratiques.... C'est le fait de consommer des drogues dans un but sexuel.

M1 : Non je ne connaissais pas.

PS : Et qu'en pensez-vous ?

M1 : Ça peut être pas mal mais ça dépend de l'usage. Au moins j'ai appris quelque chose aujourd'hui car je suis à l'arrière garde....

PS : Parlez-moi de la PrEP.

M1 : Euh... je ne sais pas.

PS : En fait c'est un nouvel outil dans la prévention du VIH, pour des hommes séro-négatifs mais à risque du fait de partenaires multiples ou de rapports non protégés. Après ça ne protège que du VIH et pas du tout des autres IST donc au final l'usage du préservatif reste vraiment recommandé. Pour les indications, le fait de faire du chemsex peut-être une indication à mettre en place un traitement par PrEP pour ces patients. Il y a aussi le fait d'avoir eu recours à un traitement post-exposition dans l'année, avoir eu deux rapports anaux non protégés dans les six mois, plusieurs d'épisodes d'IST... S'il y a un de ces critères-là cela peut-être une indication à mettre en place un traitement par PrEP. Vous en pensez quoi ?

M1 : Ça a l'air de concerner les gens à risque et vous me dites que le préservatif reste recommandé, je suis...euh...un peu sceptique sur son usage en fait. Je pense que ça peut aussi faire augmenter les IST cette histoire.

PS : Avez-vous des patients sous PrEP ?

M1 : Non, à priori.

PS : Et selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?

M1 : C'est plutôt un rôle dans la prévention je pense quand même. Expliquer aux jeunes...surtout lors des consultations de contraception expliquer aux jeunes filles d'être prudentes et aux garçons de faire des prises de sang...Et comme vous dites de se protéger des autres IST avec le préservatif. Mais comme j'ai pas du tout cette population je n'ai pas cette info, c'est pour ça que je ne connais pas trop.

PS : Actuellement, la prescription initiale de PrEP doit se faire en milieu hospitalier ou dans un CeGIDD, et le médecin généraliste peut renouveler ce traitement après avoir éliminé les contre-indications (séroconversion au VIH, insuffisance rénale, grossesse...). Il est actuellement en discussion une primo-prescription par le médecin généraliste. Seriez-vous prêt à le faire ?

M1 : Non.... Je préfère qu'ils soient vus dans ces centres car en plus j'imagine que la prise en charge est plus complète avec peut-être des psychologues.... Je suis content qu'il y ait des centres sinon on fait n'importe quoi.

PS : Que connaissez-vous des spécificités de santé des HSH ?

M1 : Je ne comprends pas la question.

PS : Pensez-vous par exemple qu'il existe des recommandations vaccinales en vigueur ou des fréquences de dépistage recommandées pour les hommes ayants des relations sexuelles avec des hommes ?

M1 : Surement mais...comment dirais-je...je ne suis pas à jour car je n'en ai pas l'usage. Oui je pense qu'il en existe mais je ne les connais pas car je ne suis pas tellement sensibilisé par ma patientèle donc je ne me suis pas tellement renseigné.

PS : Il y a la vaccination contre l'HPV pour les HSH jusqu'à vingt-six ans révolus

M1 : Non, je ne savais pas. Je n'ai jamais lu ça, ni entendu parler de cette recommandation, que ce soit en formation ou même en parlant du GARDASIL® avec des consœurs.

PS : Il y a également une indication de vaccination des HSH contre l'hépatite B, et contre l'hépatite A

M1 : Ah d'accord... Je ne sais rien de tout cela. Après cela me semble quand même très spécialisé pour de la médecine générale.

PS : Vous pensiez à quelles recommandations particulières par exemple quand vous m'avez dit « surement » ?

M1 : A aucune précisément en fait, c'est juste que je me dis que c'est un groupe à risque donc j'imagine que sur le plan épidémiologique il y a des mesures particulières.

PS : Quels sont vos outils d'aide pour la prise en charge des hommes ayants des relations sexuelles avec des hommes ?

M1 : Moi je téléphone au Dr XXXXXX à Strasbourg qui est spécialisé dans les vaccins, comme ça j'ai l'info.

PS : Comment pourrions-nous vous aider dans la prise en charge des hommes ayants des relations sexuelles avec des hommes ?

M1 : Par un outil qui soit fonctionnel et facile à utiliser mais je n'ai pas d'idée là-dessus... J'aimerais que ce soit vous qui me proposiez quelque chose. Je serai content que ce soit pensé pour moi.

Entretien 2

Médecin femme de 45 ans

Durée de l'entretien : 16 min

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes

M2 : Alors euh... Il faut que je réfléchisse ce n'est pas très souvent qu'on aborde la question avec un homme...avec qui c'était ? euh ...on en parle de temps et temps mais alors là franchement je réfléchis mais je ne saurais même pas vous dire avec qui j'en ai parlé la dernière fois...je n'arrive pas à replacer.

PS : Ou sinon une consultation où vous avez parlé de sexualité même sans être la dernière ?

M2 : S'il faut que je retrouve une consultation comme ça... Ce sont des sujets qu'on aborde mais... Est-ce que vous pouvez couper votre dictaphone le temps que je réfléchisse ? Ça me stresse je me dis « ça tourne ça tourne » (dictaphone coupé) : « euh je ne sais pas. »

Dictaphone remis pour la suite de l'entretien.

PS : Comment faites-vous de manière générale pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients hommes ?

M2 : Ils en parlent spontanément en général. C'est eux qui en parlent. Ils finissent par dire « mon copain, ma copine ». C'est une information qu'eux me donnent en général mais c'est vrai que pas toujours, ça dépend des sujets qu'on aborde. Mais oui au final en général quand on parle de sexualité c'est eux qui le disent et qui abordent cette information intime.

PS : Pensez-vous que c'est important d'avoir connaissance de cette information ?

M2 : Non. Ça dépend du motif de consultation en fait. Si c'est juste quelqu'un qui vient pour une rhino-pharyngite cela n'a pas trop d'intérêt. Mais oui parfois il y a d'autre soucis et quand on aborde d'autres sujets plus généraux : s'il y a un malaise, si ça ne va pas bien, s'il y a des syndromes anxieux ou d'autres choses... souvent on va effectivement parler de l'environnement social et cela vient sur le sujet. On en parle beaucoup aussi pour les patients qui viennent pour les dépistages de MST. Mais on n'en parle pas à chaque fois.

PS : Pensez-vous que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite à l'initiative plutôt du patient ou du médecin généraliste ?

M2 : De savoir l'orientation sexuelle ? Euh franchement si ça n'a pas d'intérêt pour le diagnostic ou pour ce qui se passe dans la consultation ce n'est pas une question que l'on va poser. Maintenant si c'est important pour faire un diagnostic le médecin doit essayer de savoir quelle est l'orientation sexuelle du patient oui.

PS : Globalement, c'est quoi les problèmes de santé de vos patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M2 : Les problèmes de santé des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

PS : Oui

M2 : Quand je les vois, eux ils viennent plus pour des dépistages de MST et de choses comme ça. Ils ne viennent pas pour des troubles de la sexualité. Ce sont plutôt les hétérosexuels qui parlent de leurs troubles de la sexualité.

PS : Et quand vous parlez de sexualité avec vos patients, est-ce que vous êtes plutôt à l'aise ?

M2 : Non ça dépend des gens. Il y a des gens avec qui cela ne se passe pas bien, et puis d'autres avec qui il n'y a pas de problème. En général avec les homosexuels il n'y a pas de problème parce qu'ils sont...bah à cause de leur orientation sexuelle justement c'est plus facile d'en parler et d'échanger avec eux, plus que les hétérosexuels. Mais peut-être aussi parce que je suis une femme justement.

PS : Vous pensez que le sexe du médecin peut jouer ?

M2 : Oui avec les hommes en tout cas. Avec les femmes il n'y a pas de problème pour en parler.

PS : On sait que les hommes ayants des relations sexuelles avec des hommes ont plus d'IST que la population générale. Pour vous, ces risques viennent d'où ?

M2 : Je pense qu'ils ont beaucoup de relations extra-conjugales. Je pense que c'est à cause de ça. Et du fait qu'ils ne se protègent pas. C'est d'ailleurs assez terrible car ils savent très bien...Moi j'en ai qui sont assez cortiqués et qui savent qu'ils prennent des risques mais qui ne mettent pas de préservatifs.

PS : Connaissez-vous le traitement des IST (syphilis, chlamydia, gonocoque...) ?

M2 : Euh... ça va mieux, à force d'en voir, de me renseigner...Mais au début à ma première installation j'étais à la campagne, et le dépistage des MST c'était un sujet qu'on n'abordait jamais en fait, c'était assez incroyable. Et dès que je suis arrivée en ville les gens sont venus me demander des dépistages, il y a eu des MST à traiter et il a fallu que je me remette à jour car je n'étais plus du tout à jour. Il y a vraiment une différence ville/campagne. »

PS : Et sur les différents prélèvements urinaire, urétral...vous vous sentez à l'aise ?

M2 : Maintenant oui mais il a fallu que je me renseigne un petit peu.

PS : Qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M2 : Alors ça je ne sais pas ce que c'est...du ?

PS : Le chemsex. C'est la contraction des mots « chemical » et « sex » en anglais. C'est vraiment l'usage de substances psychoactives dans un but sexuel pour augmenter le plaisir, la désinhibition, la capacité à s'engager dans certaines pratiques.... C'est vraiment le fait de consommer des drogues dans un but sexuel.

M2 : Cela n'a pas été abordé, jamais par mes patients.

PS : Et vous en pensez-quoi de cette pratique de prendre des toxiques dans ce but ?

M2 : Prendre des toxiques je ne suis pas pour à la base de toute manière donc a priori je n'en pense pas du bien. Donc si ça rentre dans le cadre des drogues...non je ne pense pas que ce soit une bonne chose, je ne suis pas pour. Mais il y a des patients qui demandent des prescriptions ?

PS : Non, mais il y a des prises de risques qui sont liées à cette pratique. Est-ce que vous pouvez me parler de la PrEP ?

M2 : Pour le VIH ? Alors je n'ai jamais été confronté à ça. Que je réfléchisse ...alors j'ai des patients qui ont le VIH. Je pense que si j'avais ce cas-là j'enverrai aux urgences ou au trait d'union ou à l'hôpital.

PS : Vous dans votre patientèle, avez-vous des patients sous ce traitement ?

M2 : Non non non. Du coup des patients qui ont des rapports à risque et qui veulent ce traitement ? Non.

PS : Oui. En fait c'est un nouvel outil dans la prévention du VIH, pour des hommes séro-négatifs mais à risque du fait de partenaires multiples ou de rapports non protégés. Après ça ne protège que du VIH et pas du tout des autres IST donc au final l'usage du préservatif reste vraiment recommandé. Pour les indications, le fait de faire du chemsex peut-être une indication à mettre en place un traitement par PrEP pour ces patients. Il y a aussi le fait d'avoir eu recours à un traitement post-exposition dans l'année, avoir eu deux rapports anaux non protégés dans les six mois, plusieurs d'épisodes d'IST... S'il y a un de ces critères-là cela peut-être une indication à mettre en place un traitement par PrEP. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans l'instauration d'un traitement par la PrEP ?

M2 : C'est quelque chose que moi je ne saurai pas faire, je ne saurai pas prescrire. Vraiment j'enverrai vers le spécialiste, j'appellerai au trait d'union, en infectiologie...Mais bon le rôle c'est dépister, de voir les gens qui sont à risques et de les orienter.

PS : Actuellement le médecin généraliste ne peut pas primo-prescrire, c'est vraiment comme vous dite au trait d'union, dans les CEGIDD ou dans les centres hospitaliers que peut se faire la première prescription. Il peut par contre renouveler ce traitement en l'absence de contre-indication. Mais c'est en discussion qu'à terme le médecin généraliste puisse primo-prescrire

ce traitement. Pensez-vous que c'est une bonne chose que les médecins généralistes puissent primo-prescrire la PrEP ?

M2 : Oui, oui. Pourquoi pas. Sauf que c'est des médicaments qu'on ne connaît pas alors qu'il faudrait bien les connaître, connaître les contre-indications... Mais pourquoi pas. Mais je n'en vois pas tant que ça en fait des homosexuels... je pense qu'ils vont beaucoup plus facilement au trait d'union pour se faire dépister, je ne sais pas s'ils font tellement ça dans les cabinets, en tout cas pas ici.

PS : Vous vous sentiriez de mettre en place ce traitement si c'était autorisé ou pas ?

M2 : Oui, pourquoi pas, si j'étais formée pour. Ca serait utile qu'on ait des formations.

PS : Qu'est-ce que vous connaissez-vous des spécificités de santé des patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M2 : Des....

PS : Est-ce vous pensez qu'il existe des recommandations particulières pour eux ?

M2 : Des recommandations particulières pour eux ... pour des maladies en général, pour l'HTA par exemple ?

PS : Je pensais plutôt par rapport à des recommandations vaccinales ou des fréquences de dépistage des IST recommandées ?

M2 : Je ne suis pas très informée là-dessus mais de toute façon ils sont demandeurs de dépistages régulièrement ceux qui viennent ici, qui sont à l'aise... Ils le demandent régulièrement de toute manière. Ce que je sais c'est qu'il y a la vaccination contre le papillomavirus aussi qui est d'actualité. Parce que j'ai lu qu'il y avait de plus en plus de cancer de l'anus et de la gorge dus au papillomavirus. Je crois même que j'en ai parlé une fois avec un médecin du centre de vaccination. Mais c'est vrai que je ne le fais pas encore pour l'instant, et je ne sais pas comment les jeunes homosexuels sont au courant de ça. Après c'est vrai que les homosexuels que je vois ils ont quand même un certain âge, ils n'ont pas la vingtaine, c'est déjà bien assumé quoi.

PS : Quels sont vos outils d'aide pour la prise en charge des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M2 : J'appelle le trait d'union, ils sont toujours disponibles.

PS : Comment pourrions-nous vous aider dans la prise en charge des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M2 : Moi je regarde sur Antibioclic aussi. La dernière fois j'avais un cas de patient qui avait une syphilis et j'ai regardé sur Antibioclic pour savoir comment traiter.

M2 : Et maintenant je me souviens de la dernière fois que j'ai parlé de sexualité avec un homme, mais ce n'était pas un homosexuel. C'était un patient avec de gros problèmes cardiaques, qui a fait un burn-out, qui a pas mal d'anti-dépresseurs, et qui a une copine et qui a des troubles de l'érection. Il me demandait du VIAGRIA et il m'expliquait que c'était juste psychologique parce qu'il fallait qu'il arrive à avoir un rapport avec sa copine. Ça m'avait posé problème vu ses antécédents cardiaques...J'avais discuté avec le cardiologue qui ne s'est pas du tout posé de question et qui l'avait prescrit direct.

PS : C'était quand ?

M2 : C'était bien il y a un mois, ce n'est pas quotidien. Les femmes elles en parlent plus quand même de leurs problèmes. Bon ba voilà !

Entretien 3

Homme de 48 ans

Durée 18'17 min

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes.

M3 : Euh...quand ça c'est ça ? Euh...c'était il y a un mois peut-être.

C'était un petit monsieur pas si vieux que ça...70-75 ans, qui était diabétique et qui ne comprenait pas pourquoi il avait moins de désir qu'avant, et surtout pourquoi ça marchait moins bien qu'avant. Il n'était pas trop pour prendre des médicaments parce je pense qu'il n'avait pas envie d'aller les chercher et parce que c'était un peu cher. Il m'en avait déjà parlé à plusieurs reprises mais il n'avait jamais été chercher les médicaments et il pensait qu'on aller trouver une solution autre pour que ça marche mieux. Depuis il ne m'en a plus reparlé. Je ne retrouve plus son nom je suis désolé.... Mais c'était vraiment le motif de consultation, il n'en pouvait plus. Les deux fois précédentes il tournait autour du pot mais la dernière fois il est arrivé complètement anxieux et il fallait lui trouver une solution. C'est lui qui en a parlé spontanément.

PS : Vous vous êtes senti à l'aise ?

M3 : Oui cava, je le connais bien, je le connais depuis longtemps, pas de soucis.

PS : Comment faites-vous pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients hommes ?

M3 : Euhhhh au pif et on se trompe ! Non en vrai on se trompe rarement. Comment je fais ? Hum je ne sais pas. Je ne leur demande pas ça c'est sûr, mais souvent on le remarque quoi. Et puis souvent ils nous le disent quand c'est entre guillemet pas une orientation classique.

PS : Donc l'information vient plutôt d'eux ?

M3 : Ouais.

PS : Vous pensez que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite plutôt par le patient ou par le médecin généraliste ?

M3 : Ah non c'est par le patient. Mais ça ne change rien à... au... à la prise en charge en fait de le savoir.

PS : Pourquoi vous ne posez pas la question ?

M3 : Je ne leur demande jamais car ils sont souvent assez clair avec ça. Je n'ai pas trop de soucis avec ça...C'est très rare qu'ils ne le disent pas s'ils viennent pour un motif pour ça. Je ne vais pas leur demander autrement, mais quand ils viennent pour recherche de MST ou pour un problème ils disent leur orientation.

PS : Et quand vous dites « moi je ne leur demande pas », c'est parce que vous avez l'impression que c'est trop intrusif ?

M3 : Oui c'est trop intime et c'est surtout bien souvent ça n'influence en rien sur le problème donc ce n'est pas la peine de savoir.

PS : Quels sont les problèmes de santé de vos patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M3 : Il y a beaucoup de MST, il y a quand même des grosses pathologies : on voit des choses qu'on ne voyait plus souvent, on a beaucoup de syphilis actuellement, des gonocoques aussi, et puis des problèmes locaux au niveau de l'anus. Le dernier c'était un souci comme ça.

PS : Si je comprends bien c'est donc plutôt pour des IST et des problèmes de la sphère génito-anale ?

M3 : Oui. C'est moins des problèmes de fonctionnement. Après ce n'est aussi pas la même tranche d'âge. Mes patients homosexuels hommes vieux, eux ... déjà ils en parlent moins, mais c'est surtout que j'ai 90% de jeunes entre 20-30 ans.

PS : Parlez-vous de sexualité avec vos patients même si vous ne parlez pas spécifiquement de l'orientation sexuelle ?

M3 : S'ils ne me le demandent pas non.

PS : Et quand ils vous en parlent vous êtes à l'aise ?

M3 : Je suis à l'aise il n'y a pas de soucis. Faut dire que les gens sont assez expansifs, ils vous racontent tout...vous avez tous les détails. C'est rare que quand ils viennent pour un problème comme ça ils tournent autour du pot. Souvent on sait ce qu'il s'est passé, comment ça s'est passé...plus que ce qu'on devrait presque savoir. La plupart du temps ils expliquent quelles pratiques ont été faites...presque le coup d'après on aura les photos ! Des fois je me demande pourquoi ils racontent tout ça alors que...finalement il n'y a pas beaucoup d'influence sur le diagnostic mais il faut qu'ils vous racontent toute l'histoire.

PS : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont plus d'IST que la population générale. Selon vous, d'où viennent ces risques ?

M3 : Ça vient de leurs pratiques un peu plus débridées. Ils ont un mode de fonctionnement assez débridé surtout ...c'est un peu péjoratif ce que je dis mais c'est vrai que quand ils ne sont pas en couple il y a quand même beaucoup d'échanges, peut-être plus que chez les hétéros, et encore je ne suis pas sûr.

PS : Donc selon vous c'est lié à leur nombre de partenaires ?

M3 : Ah oui oui, pour moi c'est pour ça que leur sexualité est à risque.

PS : Que connaissez-vous du chemsex ?

M3 : Rien.

PS : C'est un mot que vous n'avez jamais entendu, par exemple par un de vos patients ?

M3 : Jamais, jamais entendu.

PS : C'est un mot qui vient de la fusion des mots « chemical » et « sex » et qui désigne l'usage de substances psychoactives dans un but sexuel. Il y a différentes substances qui peuvent être consommées, mais en général il s'agit des nouveaux produits de synthèse. Il y a différents modes de consommation : ça peut être inhalé, intra-veineuse, intra-rectal... et ça répond à des motivations d'ordres sexuelles : la désinhibition, la recherche de performance, augmenter la qualité des rapports, le fait de s'engager dans certaines pratiques. Et il y a un rôle des réseaux sociaux et des applications de rencontres. Vous en pensez quoi ?

M3 : Euh...ils font ce qu'ils veulent. Mais cela ne me semble pas dans l'air du temps de prendre des drogues car c'est bien plus facile de rencontrer des gens maintenant et qu'il y a moins besoin de drogues ou de choses comme ça. Je trouve ça plus dangereux que choquant. C'est surtout très dangereux.

PS : Parlez-moi de la PrEP.

M3 : AHAAH. Je vais vous raconter une histoire drôle mais je n'en suis pas très fier. La première fois que j'ai entendu parler de la PrEP c'était un patient de vingt et un ans qui était visiblement très homosexuel, et j'étais persuadé qu'il prenait la PrEP pour pouvoir changer de sexe. Donc j'étais parti là-dessus dans ma consultation. Et au moment de lui demander où il en était j'ai quand même eu l'intelligence de regarder sur internet et j'ai vu ce que c'était. Mais je n'étais absolument pas au courant de ce qu'était la PrEP il y a encore six mois. Après ce que j'en pense...je trouve que c'est vraiment...je ne sais pas du tout comment ça marche, ni quels sont les résultats ni rien...je n'ai rien lu là-dessus.... mais je trouve que c'est quand même dangereux. Il y a tellement d'autres choses à s'attraper qui ne sont pas protégées par la PrEP que je ne trouve pas ça très très éthique. La PrEP je ne sais pas si ça marche mais je trouve ça quand même osé de tester des trucs sans avoir vraiment de solution.

D'ailleurs on a de plus en plus de coups de fils. C'est d'ailleurs assez insultant souvent parce que moi je ne sais pas faire ça la préparation au changement de sexe et donc on a l'impression d'être contre alors que je ne sais juste pas le faire. Donc c'est assez inélégant on se fait carrément insulter en nous traitant de tous les noms au téléphone parce qu'on ne sait pas le faire mais ça c'est une autre partie.

PS : Chez ce patient, quelle était l'indication de la PrEP ?

M3 : Il avait eu un gonocoque je crois.

PS : Et qui avait mis en place le traitement ?

M3 : L'hôpital, c'était la boussole je crois. Non, le trait d'union.

PS : Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la PrEP actuellement ?

M3 : De leur dire qu'il faut continuer à se protéger mais bon s'ils prennent la PrEP c'est qu'ils ne veulent plus se protéger donc bon on prêche un peu dans le vide. Le reste je ne sais pas. Franchement je ne sais pas du tout... on n'a pas de recul, on n'a rien...

PS : Actuellement, la prescription initiale de PrEP doit se faire en milieu hospitalier ou dans un CeGIDD, et le médecin généraliste peut renouveler ce traitement. Il est actuellement en discussion que les médecins généralistes puissent primo-prescrire la PrEP. Est-ce que vous pensez que c'est une bonne chose ?

M3 : Non. Non car il va avoir de plus en plus de patient sous PrEP, et il va y avoir une explosion des IST. J'ai un confrère qui a eu une neuro syphilis chez un homosexuel il n'y a pas longtemps...on est dans les livres là quoi.

PS : Et seriez-vous prêt à le faire ?

M3 : Non.

PS : Par rapport à quoi ?

M3 : Par rapport à ça, pour le principe du truc. Je trouve que c'est dangereux, ce n'est même pas lié au fait qu'on ne soit pas formés à ça en fait.

PS : Pensez-vous que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ont des spécificités de santé, des recommandations liées à l'orientation sexuelle ?

M3 : Dans quel sens a part pour les MST ?

PS : Par exemple pour les fréquences de dépistage des IST ?

M3 : Oui, pour ça oui mais en dehors de tout ce qui est IST il n'y a pas d'autre chose.

PS : Vous sentez-vous à l'aise avec le traitement des IST (syphilis, chlamydia, gonocoque) et les prélèvements à effectuer ?

M3 : Oui ça ça va.

PS : Et pour les recommandations vaccinales spécifiques liées à l'orientation sexuelle, est-ce que c'est quelque chose que vous connaissez ?

M3 : Non pas trop.

PS : Quand vous avez un patient homosexuel avec lequel vous ne savez pas trop quoi faire, quels sont vos outils d'aide pour la prise en charge ?

M3 : Je n'ai pas plus de problèmes avec les patients homosexuels qu'avec les autres. Je ne vais pas l'orienter chez quelqu'un parce qu'il est homosexuel.

PS : Comment pourrions-nous vous aider dans la prise en charge des hommes ayants des relations sexuelles avec des hommes ?

M3 : On arrive déjà à trouver l'information sur internet.

Entretien 4

Femme de 33 ans

Durée : 19 min

PS : Parle-moi de la dernière consultation où tu as parlé de sexualité avec un patient homme en consultation.

M4 : Ba c'était la semaine dernière, pour un trouble de l'érection. Même deux fois la semaine dernière. Un patient à qui j'avais déjà prescrit du VIAGRA® et que je renouvelais. Et un autre patient que j'avais envoyé chez le cardio avant la prescription de SILDENAFIL car il avait des antécédents ... enfin des facteurs de risques cardio-vasculaire un fumeur de 45 ans et qui avait des troubles de l'érection. Donc voilà on a essayé un peu de VIAGRA®.

PS : C'est lui qui t'en a parlé spontanément ?

M4 : Oui il venait pour ça. Enfin c'est un monsieur qui est sous BUPRENORPHINE donc il vient tous les trois mois pour son renouvellement donc la dernière fois il m'en a parlé, c'est là où je l'ai envoyé chez le cardio, et la semaine dernière il est revenu uniquement pour la prescription. Mais en général ce n'est jamais le motif de consultation. Ça vient toujours en plus.

PS : Et toi tu t'es sentie à l'aise ou pas trop ?

M4 : Oui maintenant j'ai l'habitude que les hommes en parlent car ils en parlent régulièrement quand même. On les voit arriver parce que souvent ils mettent du temps à l'aborder, ça vient à la fin de la consultation « ah oui je voulais encore vous dire...euh...c'est un peu gênant ...vous êtes une femme mais vous êtes mon docteur donc je vais quand même vous en parler... »

PS : Comment en pratique tu fais pour connaître l'orientation sexuelle de tes patients ?

M4 : Euh.... Je ne pose jamais la question. Ce sont des petits indices en général qui finissent par le dire... Par exemple le monsieur en parle en disant « mon compagnon ».

Mais je ne pose jamais la question sauf quand vraiment quand je sens qu'il y a.... Ça a dû m'arriver une ou deux fois quand on me demande un bilan de MST et que je sens... qu'il y a un malaise... enfin que la personne n'ose pas trop en parler. Mais ce n'est jamais moi qui aborde le sujet car je pars du principe que c'est personnel et que ça fait partie de la vie privée et que si on a envie de me le dire on me le dit. Après je propose volontiers des bilans de dépistage des MST.

PS : Du coup tu penses que la mention de l'orientation sexuelle doit plutôt être faite par le patient ?

M4 : Ouais, je pense que cela ne nous regarde pas. Voilà. C'est pareil le travail parfois je demande, parfois je ne demande pas car je pense qu'il y a des gens que ça peut mettre mal à l'aise et qui vont finir par le dire plus tard. Je trouve que c'est des choses qui font aussi partie de la vie privée et qui ne se demandent pas forcément au départ. Et il suffit aussi de quelques consultations pour se rendre compte qu'en fait ils sont homosexuels.

PS : Et est-ce que tu parles de sexualité avec tes patients même si vous ne parlez pas d'orientation sexuelle ?

M4 : Non pas forcément s'il n'y a pas de plainte du patient.

PS : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont plus d'IST que la population générale. Selon toi cela vient d'où ?

M4 : Qu'il y ait plus d'IST chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ? Parce que je pense qu'il y a une perte de la pratique du préservatif. Ils le mettent moins... parce que des fois on se dit « une fellation il n'y a pas de risque d'attraper une IST » Et il y a aussi une grosse pratique ...je ne sais plus ...de patients qui prennent...je ne sais plus comment ça s'appelle ce traitement pour le VIH...euh...

PS : La PrEP

M4 : La PrEP ! Je pense que le VIH a été banalisé quoi ! Ils prennent la PrEP donc ils ne pensent plus à mettre le préservatif. Ou en tout cas c'est plus facile de prendre la PrEP que de mettre le préservatif.

PS : Quels sont les problèmes de santé de tes patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M4 : Euh...je n'ai pas beaucoup...les quelques homosexuels que j'ai en tête n'ont pas beaucoup de problèmes d'infection sexuellement transmissible ...enfin pas ceux que j'ai vu jusqu'à présent. Ce n'est pas ce qui vient au premier plan. Par contre ils sont beaucoup demandeurs de dépistage. Après c'est vrai que je ne vais pas forcément systématiquement demander s'il y a eu des relations extra-conjugales pour ceux qui sont en relation de longue durée. Par contre quand on me demande une ordonnance je leur demande si c'est pour ça. Mais après en termes de problématique de santé, ceux que j'ai en consult' sont quand même plutôt stressés mais sur beaucoup d'autres types de pathologies mais pas forcément les MST. Parce que le dépistage ils font leur prise de sang et voilà, par contre « j'ai mal de gorge » bah là le diagnostic n'est pas très facile. Après c'est le cas d'autres patients aussi... Donc ce n'est pas les MST qui viennent en premiers. Ce sont surtout des consultations tout-venant.

PS : Et du coup quand ils te demandent des bilans IST, t'es à l'aise avec les fréquences de dépistage auxquelles il faudrait le faire, le traitement des IST, les prélèvements à faire ?

M4 : Alors moi je leur dis toujours lorsqu'il y a eu un rapport à risque d'attendre un bon mois avant de faire la sérologie du VIH pour être sûre qu'elle soit vraiment négative. Après... en termes de fréquence de répétition systématique ? Alors pas du tout ! Je ne prescris pas du tout à titre systématique, c'est vraiment quand on me demande.

PS : Du coup pour information, dans les recommandations, ils disent dans la population homosexuelles hommes à risque qu'il est recommandé de faire une sérologie VIH tous les trois mois, et la recherche de chlamydia et de gonocoque. Et du VHC. Et la syphilis tous les ans.

M4 : Nan ça je n'applique pas du tout, je ne recherche pas les prises de risque du tout, c'est vraiment quand ils me demandent.

PS : Et pour les prélèvements à faire et les traitements des IST par exemple quand une syphilis revient positive ou un chlamydia, tu te sens à l'aise dans les traitements ?

M4 : Oui...En tout cas je cherche sur internet on trouve facilement.

PS : Tu vas sur un site en particulier ?

M4 : Je vais sur Antibioclic en général. La syphilis il y a de nouveau de l'EXTENCILLINE. J'ai dû avoir un cas en quatre ans mais j'ai dû envoyer en dermatologie à l'hôpital car il n'y avait pas d'EXTENCILLINE.

PS : Est-ce que tu trouves qu'il y a un outil qu'il serait bien de créer pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M4 : Je dirais que ce serait bien plutôt un numéro de téléphone pour quand on a une sérologie douteuse, ou comment compléter le bilan.... Je pense que ce serait bien que quelqu'un puisse nous rappeler. Mieux qu'un site internet où on ne pourrait pas détailler le cas de figure.

PS : Qu'est-ce que tu connais du chemsex ?

M4 : Ah rien du tout ! C'est quoi ?

PS : Alors le chemsex est un mot qui vient de la contraction des mots « chemical » et « sex » et qui désigne l'usage de substances psychoactives dans un but sexuel. C'est actuellement décrit parmi les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes même si probablement cela existe aussi chez les couples hétéros. Il y a plusieurs produits qui peuvent être consommés, mais en général c'est vraiment les nouveaux produits de synthèse. Il y a différents modes de consommation, cela peut être inhalé, intra-veineuse, avalé, intra-rectal.... Et la motivation est d'ordre vraiment sexuel : recherche de désinhibition, recherche de performance, augmenter la

qualité des rapports, le fait d'avoir des rapports répétés, le fait de s'engager dans certaines pratiques...C'est quelque chose dont tu n'avais jamais entendu parler ?

M4 : En tout cas pas sous cette forme-là, je ne connaissais pas ce terme « chemsex ». Après je connais le popper, je pense que ça en fait partie ?

PS : Oui ça peut être une des substances.

M4 : Je pense que je suis assez naïve....

PS : Les patients n'en parlent pas ?

M4 : Non.

PS : Les patients homosexuels que tu suis ne disent jamais « des fois on prend des trucs » ?

M4 : Non ce n'est pas quelque chose qu'ils mentionnent. Mais il faudrait leur poser la question ?

PS : Oui c'est à dire que ce serait une bonne chose dans le sens où ces pratiques sont à risques infectieux IST et aussi en fonction du mode de consommation, qu'il peut y avoir un risque addictologique derrière, des conséquences sociales... Donc ce serait dans le dépistage. Par exemple à l'interrogatoire quand on leur demande s'ils fument ou s'ils consomment des drogues, s'ils disent consommer et bien dans ce cas-là leur demander dans quels contextes ont lieu ces consommations.

M4 : Oui ça après c'est vrai que les drogues on pose la question mais je n'aurai jamais pensé à ces consommations.

PS : Est-ce que tu peux me parler de la PrEP ?

M4 : Euh...t'en parler...euh...je crois l'avoir prescrit une seule fois. J'ai dû lire ça dans une revue et un patient me l'a demandé peu de temps après donc je me souvenais que ça existait. Je me souviens aussi en avoir parlé en salle de pause entre nous car un des autres médecins généralistes du cabinet nous a dit « on m'a demandé de la PrEP aujourd'hui ». Du coup je l'ai regardé et je lui ai dit « ça me dit quelque chose mais je ne me souviens plus », et lui ne savait pas non plus ce que c'était jusqu'à ce que le patient lui explique « mais si c'est le traitement... ». On a un peu l'impression que les patients sont au courant avant nous.

PS : Et toi tu as des patients qui sont sous PrEP ?

M4 : J'en ai un qui m'en a demandé une fois. Je crois que c'était un patient d'un autre médecin du cabinet, ce n'était pas un de mes patients.

PS : Selon toi, quel est le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?

M4 : Euh...Je pense que c'est justement un moyen d'aborder la sexualité avec le patient à ce moment-là, en le questionnant sur ses pratiques, pourquoi il ne met pas de préservatif...Pour refaire le point. Après en dehors de ça...euh je pense qu'on a le droit de prescrire. C'est aussi de les recapter et de les sensibiliser à la prévention et pas juste prescrire ce traitement.

PS : En fait le médecin généraliste, actuellement, il ne peut pas primo-prescrire la PrEP.

M4 : Ah d'accord !

PS : C'est que à l'hôpital ou dans un CeGIDD que cela peut être fait. Le médecin généraliste peut renouveler tous les trois mois en l'absence de contre-indications (pas de séro- conversion au VIH, si le patient ne s'est pas mis en insuffisance rénale...). Mais il est actuellement en discussion une primo-prescription par le médecin généraliste à terme. Tu penses que c'est une bonne chose ou pas ?

M4 : Je n'en sais rien ! Humm ...Oui parce que peut-être qu'on est d'accès plus facile que les ...C'est prescrit où tu dis ?

PS : Dans les CeGIDD ou à l'hôpital ...A Mulhouse à l'hôpital c'est prescrit en consultation de dermat.

M4 : Oui...peut-être oui ... Peut-être que cela permettrait de faire le lien avec ce genre de structure et que c'est peut-être aussi prescrit à des patients qui sont en rupture de soins ou seulement vus dans l'instantané, et ça permettrait de reprendre contact avec ces patients là et qu'ils aient plusieurs euh... oui, oui je pense que cela peut être une bonne chose... pour qu'ils aient plusieurs fois la même information et qu'on puisse engager un suivi.

PS : Et toi tu serais prête à le faire ?

M4 : De prescrire ce traitement ? Oh ba oui c'est quand même un traitement qui peut éviter d'attraper le VIH.

PS : Mais tu te sentiras à l'aise ?

M4 : Oui si on a une information adaptée, car c'est toujours intéressant d'avoir une petite formation mais je pense que si cela vient à se démocratiser en prescription chez les médecins généralistes, en général les groupes de pairs et tout ça on en parle dans les journées médicales de Haute-Alsace donc ça risque de suivre à ce niveau-là.

PS : Comment tu évaluerais tes connaissances sur les spécificités de santé en termes de prévention des patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M4 : Je n'ai pas compris ta question.

PS : Alors est-ce que tu penses qu'il y a des recommandations particulières qui sont liées à l'orientation sexuelle ?

M4 : Oui je pense ! Bah déjà puisque tu m'as dit avant qu'il faut faire un VIH tous les trois mois !

PS : Et est-ce que tu penses qu'il y en a d'autres ?

M4 : Certainement ! Euh... Oui peut-être les vaccins c'est la seule chose qui me traverserait l'esprit.

PS : Oui effectivement. Et tu penses à quoi comme vaccinations ?

M4 : Hépatite B. La méningite peut-être je ne sais pas...

PS : La méningite effectivement il y avait une recommandation mais qui est caduque maintenant, ça doit faire pas très longtemps, un an je pense. Il y a l'hépatite A où c'est spécifiquement marqué « pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ». C'est une injection suivie d'une 2^{ème} 6 mois ou un an plus tard.

M4 : Mais ça se transmet aussi par voie sexuelle l'hépatite A ?

PS : C'est pour la contamination oro-fécale avec les pratiques anales. Et il y a aussi le GARDASIL® pour l'HPV.

M4 : Ah oui, exact ! C'est vrai que j'ai vu ça !

PS : En pratique, tes patients homosexuels hommes que tu suis ils ont ces vaccins ?

M4 : Non, pas du tout.

PS : Après le GARDASIL® c'est jusqu'à vingt-six ans.... Je ne sais pas quel âge ont tes patients ?

M4 : Oui ils ont plus que vingt-six ans.

Entretien 5

Homme de 58 ans

Durée de l'entretien : 36.41 min

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un patient homme

M5 : Jamais. Ils n'en parlent jamais. Déjà quand le mec il arrive en consult'... c'est incroyable...il te dit « docteur j'ai un souci mais c'est un peu compliqué... ». Tu lui dis : « c'est un problème de kekette ? » « Oui ». Non, les mecs ils ne viennent jamais parler de ça.

Je ne sais pas qui parle de ça. Même les filles elles n'en parlent pas de sexe. Le sexe c'est vraiment... Tu peux parler d'amour mais pas de sexe, c'est vraiment un truc...c'est comme ça.

PS : Et vous si jamais on vous en parlait vous seriez à l'aise ou du coup c'est un sujet du coup...

M5 : Qu'est-ce que vous appelez être à l'aise pour vous ?

PS : Est-ce vous seriez gêné de poser des questions, de rechercher ce qui a été fait...

M5 : Il y a un truc qui va me poser problème c'est « qu'est-ce qui a été fait ? ». Je n'ai jamais eu de formation de sexualité. Il ne faut pas oublier que j'ai 58 ans, que j'ai fait la fac en 79 et que les préoccupations que vous avez aujourd'hui et bah en 79 c'était pfffff et la formation c'était pfffff. Je ne sais même pas ce que c'est que de faire un bilan de sexualité. D'ailleurs je ne sais même pas ce que cela veut dire.

PS : Parfois il est possible de faire un bilan juste par des questions ouvertes si cela se passe bien, s'ils ont des soucis...

M5 : Ça ce n'est pas pour moi un bilan, c'est de la discussion.

PS : Ça c'est des choses que vous vous faites ?

M5 : Oui ça ça m'est déjà arrivé. Avec des mecs qui sont des gamins et qui sont des éjaculateurs précoces et qui ne font pas la différence entre le lapin et l'être humain. C'est tout. Et le jour où ils ont compris qu'on n'est pas des lapins et que quand tu commences à avoir des sentiments pour quelqu'un cela ne marche pas comme un lapin. On parle de ça oui, cela m'est déjà arrivé de parler de ça avec des jeunes. Mais les vieux ils n'en parlent plus. Les vieux en fait ils ne bandent plus, ou alors ils s'aperçoivent après un divorce que la machine ne marche plus. Et là tu reviens comme sur les gamins en disant : « d'abord c'est l'amour et ensuite c'est le cul ».

PS : Et quand vous en parlez en général c'est le motif de consultation ou pas du tout ?

M5 : Dans ces cas-là c'est le motif de consult'. Et le mec il tourne en rond au départ. Au début je ne savais pas, maintenant je bourre direct car on ne va pas passer deux plombes à tourner en rond...non car tu as quinze minutes donc il faut que ça drope.

PS : En pratique, comment vous faites pour connaître l'orientation sexuelle des patients ?

M5 : Ah je ne pose pas la question, je m'en fous c'est son problème à lui s'il ne m'en parle pas. C'est d'ailleurs une chose qui me fascine beaucoup dans les sociétés modernes : pourquoi est-ce que l'orientation sexuelle devrait s'afficher sur le front ? En quoi ça vient perturber quelque chose l'orientation sexuelle ? J'ai découvert qu'un copain à mon gamin était un pédé notoire, ok ? Comment j'ai découvert ça ? Par hasard car il est venu me voir un jour pour une brûlure anale avec une lésion. Je lui ai dit « je ne sais pas ce que c'est ton truc ». Je file un traitement, ça ne va pas mieux, j'appelle un gastro qui me dit « vous me l'envoyez j'irai regarder ». Et en fait le truc c'est que le mec il y allait comme un bourrin. Bon bah d'accord, il s'était fait une anite je ne sais pas trop quoi. Bon depuis on en rigole (rires) mais je lui ai dit « t'aurais pu me le dire, je ne serai pas passé pour un con auprès du gastro ».

PS : Mais il était gêné ?

M5 : Mais ça dépend comment vous vivez la chose. Vous êtes chrétienne catholique ?

PS : Moi ? c'est une question ?

M5 : Oui.

PS : Non pas croyante, pas pratiquante.

M5 : D'accord. Moi je me fous de la façon dont ils se servent de leur corps, ce n'est pas mon problème. Tout ce que je leur demande c'est d'aimer, ce qui n'est pas la même chose. Après j'ai une patiente...ça me fait marrer... C'est deux filles qui sont ensemble et quand je l'examine je lui demande si ça ne la dérange pas et elle me dit : « vous savez vous ne me faites rien » (rires), ça me fait mourir de rire. Car je fais de l'ostéo donc je les tripote, mais cela me fait mourir de rire (rires). Voilà.

PS : Mais vous vous sentiriez de le demander ? Ou vraiment pour vous l'orientation sexuelle...

M5 : C'est quelque chose je ne vois pas l'intérêt de poser la question de l'orientation sexuelle aux gens. S'ils ne veulent pas m'en parler, en quoi cela m'intéresse ? Mais pourquoi l'orientation sexuelle serait aussi passionnante que ça ? Quelle information je vais en tirer ? Moi ce que je veux c'est que les gens soient amoureux de quelqu'un.

PS : Quels sont les problèmes de santé de vos patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, donc les homosexuels hommes et les hommes bi ?

M5 : Alors ...les homosexuels dont je suis au courant il y a lui et j'en suspecte un autre. Celui-là il s'est calmé depuis, on en a parlé après et je lui ai dit « arrête tes conneries, t'es pas une poubelle ». Donc il s'est calmé. Après la difficulté pour eux c'est de pouvoir trouver l'âme sœur. Pour l'instant il est plus prudent mais il ne sert plus de poubelle. Il est plus prudent. Mais après c'est simplement qu'on n'est pas des lapins. D'abord tu vas rencontrer quelqu'un, puis tu vas aimer quelqu'un.

PS : Et l'autre patient que vous suspectez avoir des relations sexuelles avec des hommes ?

M5 : Lui je pense qu'il est bi parce qu'il part trop souvent en vacances sans sa femme et il fait régulièrement des HIV.

PS. Des sérologies de dépistage ?

M5 : Oui. Et puis il est un peu efféminé.

PS : D'accord.

M5 : Il part en vacances sans sa femme et il me dit qu'il a vécu des expériences.

PS : Et par exemple là quand vous avez un doute vous pensez qu'il le prendrait mal si vous lui demandiez ?

M5 : Tant qu'il ne m'en parle pas, j'estime que c'est parce qu'il n'a pas envie de m'en parler, donc je ne vais pas aller l'emmerder avec ça puisque de toute façon l'attitude thérapeutique ne changera pas.

PS : On sait que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ont plus d'IST que la population générale. Selon vous, d'où viennent ça vient d'où ?

M5 : Je ne sais pas, je comptais sur les étudiants d'aujourd'hui qui sont savants pour me le dire. Je ne sais pas du tout.

PS : Mais est-ce que c'est parce que vous pensez qu'ils ont une sexualité qui n'est pas protégée, plus de partenaires... ? Vous d'un point de vue médical, quelle est votre représentation de la sexualité entre hommes ?

M5 : D'un point de vue d'être humain pas d'un point de vue médical ! Car d'un point de vue médical ... là vous êtes une gamine je peux le dire, vous avez 27 ans ...j'en ai 58. Est-ce qu'en FMC on vous parle de cul ? Non. Pour les médecins généralistes... je ne sais pas ce que vous pensez de la fac car moi je l'ai jusqu'ici la fac ... On nous prend pour des charlots et on attend de nous que l'on fasse ce que la fac n'a pas envie de faire c'est-à-dire les basses besognes. Donc la FMC vous allez vous taper le diabète, l'hypertension, le cholestérol, les vaccins... mais le reste on ne viendra jamais t'en parler. On va te faire chier avec ces problèmes-là. J'ai demandé une fois à qu'on parle d'ostéo ou d'autre chose ... J'ai un copain médecin généraliste qui est passionné par le lien mère-enfant et tout ce qu'on appelle « les troubles de la petite enfance chez le nourrisson » et qui te dit que le problème majeur ce n'est pas le gamin, c'est la mère, et que dans les milieux qui sont branchés sur le sujet tout le monde le sait ! Nous en pédiatrie et en médecine générale on continue à changer de lait quand le gamin il pète de travers... et on

n'est pas près de voir les choses changer. Alors que ce week-end on était en stage, il nous a fait un aparté d'une demi-heure là-dessus et bah putain t'apprends des trucs d'enfer. Donc euh...quand là aujourd'hui ça vous passionne, vous êtes frais là-dedans mais dans trente ans on en recause. Et vous verrez que vous aurez comme moi la faculté de médecine largement ici, la FMC et le discours officiel...vous l'aurez...moi je l'ai carrément ici parce que c'est des cons...c'est tout...voilà.

PS : Connaissez-vous le traitement des IST chlamydia, gonocoque, syphilis ?

M5 : Pas du tout. Je tape sur internet. J'ai découvert avec les étudiants depuis que j'en ai que les mecs ils ne savent pas grand-chose mais qu'ils savent tout avec internet !

PS : Vous allez sur quels sites ?

M5 : Ils m'ont filé Antibioclic et ensuite quand je vais à des FMC qui m'intéressent moi, je pompe. J'ai mes pompes sur l'ordinateur. Je suis allé à une journée d'infectiologie et j'ai demandé à ce que le mec m'envoie tout son truc. Donc l'infectiologue m'a envoyé tout son truc en 2018 sur plein de domaines. Et c'est là où tu te poèles car les recos pour les prostatites c'est grosso modo sept à dix jours et que les urologues ils en sont à trois semaines ou six semaines de fluoroquinolones plein gaz sans vérifier l'ECBU sans rien faire. Les infectiologues te disent qu'ils font n'importe quoi les mecs. Et il y a un autre site qu'Antibioclic mais j'ai complètement oublié le nom.

PS : Donc Antibioclic et les fiches du médecin infectiologue ?

M5 : Oui. Grosso modo j'ai pigé que quand c'est un chlamydia tu balances la monodose ! Et puis terminé car on ne voit pas grand-chose à part des chlamydias...pfff je ne vois pas grand-chose... A l'hôpital il ne faut pas oublier que vous verrez... En fait c'est comme moi si je résumais en disant que « les lombalgies il y a en tout plein, partout, tous les jours », bah oui c'est parce que je vois des gens qui ont des problèmes de rachis tous les jours. Mais c'est parce que je recrute en ostéo les gens qui ont ce problème-là, c'est tout. Donc le biais il est placé là.

PS : Et pour les prélèvements à faire c'est quelque chose avec lesquels vous vous sentez à l'aise ?

M5 :

PS : Les prélèvements urétraux, urinaires....

M5 : Je croyais qu'on ne faisait plus ça ? Sérologie PCR gono chlamydia, moi j'en suis là ! Mais le jour où ils nous feront une vraie formation je valide ! Mais j'attends toujours tu vois ! Là j'attends toujours ... un moment on a eu un mec dermato qui nous fait tout un truc, tout un pataquès sur les lésions dermatologiques de syphilis. Non mais franchement il a fumé la moquette...le jour où on verra une syphilis nous !

PS : Vous n'en avez pas dans votre patientèle ?

M5 : De syphilis ? Je n'en ai jamais vu. Toujours ce biais de recrutement. Quand les délégués médicaux viennent et qu'ils te disent : « vous voyez 30 % d'hypertendus », je leur dis « prend ma blouse et va les chercher » car j'en ai cent en tout et pour tout. Trente diabétiques et cent hypertendus. Pourquoi ? Parce que à l'époque je faisais beaucoup de pédiatrie comme tout le monde, les enfants sont devenus des ados et maintenant j'ai remplacé les ados par de l'ostéo, et progressivement je vais remplacer d'autres choses par de la micro-nutrition. C'est toujours le biais de recrutement. Je n'ai quasiment pas de renouvellement d'ordonnance tous les jours alors qu'il y a des mecs qui ne font que ça, qui ne font que du vieux. Bon aller on pose les questions qui tuent là !!!

PS : Parlez-moi de la PrEP

M5 : Hein ? C'est quoi ça ?

PS Vous n'en avez jamais entendu parler ?

M5 : Ah non !

PS : Alors la PrEP c'est un nouveau moyen de prévention du VIH, qui est destiné aux hommes et aux femmes séronégatifs pour le VIH mais qui sont à haut risque de transmission. Donc en

pratique c'est du TRUVADA® , donc soit une prise par jour en continue, soit avant les prises de risques sexuelles mais cela ne protège que du VIH donc en fait ...

M5 : Ah cela me rappelle quelque chose lors des journées de médecine de Haute-Alsace ! J'avais pris infectiologie car j'aime bien ces bêtes-là, j'aime bien les bactéries cela me fait rire. Je sais qu'à un moment on parlait de ce truc là mais je n'en avais rien à foutre. Enfin bon j'ai pigé ce jour-là qu'il y avait à Mulhouse un truc où le gens peuvent aller faire des dépistages gratos et se faire suivre. J'ai découvert ça ce jour-là. Car il faut bien voir que quand l'hôpital fait un truc tu ne reçois pas un mail disant « et, on fait ça... »

PS : Et vous n'avez pas de patient sous PrEP ?

M5 : Non. Ou alors ils le sont mais ils ne m'en parlent pas.

PS : Et pour vous, c'est quoi le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?

M5 : Aucune idée. Faudrait déjà que le mec il t'en parle. Le jour où il m'en parlera je lui dirais qu'il y a des mecs plus compétents que moi, et je lui dirai d'aller faire un tour là-bas.

PS : Actuellement le médecin généraliste ne peut pas primo-prescrire ce traitement. C'est comme vous dites à l'hôpital ou dans les centres de dépistage. Mais c'est en discussion qu'à terme le médecin généraliste puisse primo-prescrire. Vous pensez que c'est une bonne chose ?

M5 : Ce que je pense c'est que tu ne joues pas avec la vie des gens. Quand je dis « tu » c'est parce que là je suis...euh... On ne joue pas avec la vie des gens. Les gens ils viennent nous confier leur vie. Je fais ce que je maîtrise. On parle de la PrEP aujourd'hui mais qui me dit que dans deux ans ce médicament ne va pas disparaître et être remplacé par autre chose ? Quand j'ai commencé en médecine générale, parce qu'avant j'ai fait d'autres métiers, en 1995 le premier mec que j'ai remplacé je lui fais le bilan de ce que j'avais fait pendant les quinze jours de ses vacances. Je lui ai dit « j'ai vu madame untel j'ai augmenté ça, j'ai un peu changé ça... ». Il m'a dit « c'est bien, c'est moderne, c'est super mais tu sais XXXXXXXX j'ai vu toutes les modes passer... ». J'ai intégré ça dans ma tête. Vous n'avez pas connu les Glicazones dans le diabète, vous êtes trop petite. Mais à une époque tous les diabéto mettaient des Glicazones et si tu n'en mettais pas tu étais un mauvais garçon, ok ? Trois ans après : retiré du marché, toxique ce truc... Donc j'ai vu des tucs comme ça avec des médicaments apparaître et disparaître aussi vite qu'ils étaient arrivés et on nous avait dit « oh putain c'est fantastique les mecs faut tous s'y mettre ». Donc tu regardes et tu te dis « ok bon d'accord ».

Donc je n'ai aucune formation en pathologie infectieuse traitant des IST, le VIH reste pour moi encore une nébuleuse car il n'y a jamais un mec qui est venu nous expliquer le VIH comment ça fonctionne et ce qu'on sait faire aujourd'hui en termes de ... A moins d'aller chercher sur internet tu n'as pas un mec qui vient t'expliquer comment ça fonctionne ! La physiopath on ne nous en parle pas. Quand vous ferrez de la FMC diabète ou sur n'importe quoi, la physiopath on ne vous en parlera pas, on oublie qu'on est des toubibs. On aimerait bien en avoir parce que la physiopath en 79 c'était hyper nébuleux. Si je vous dis que cette année j'étais inscrit à la fac de pharma pour faire ce diplôme de micro-nutrition et bien j'ai découvert qu'au 7^{ème} mois de la grossesse il y a avait une translocation de la mère vers l'enfant de son microbiote. On vous a dit ça ? Et bah voilà : en fait le gamin il naît, et son système immunitaire est opérationnel car au septième mois il y a une translocation de votre microbiote vaginal, intestinal et buccal vers bébé. J'en parle à un chercheur de Novartis et il me dit « bah ouais c'est connu depuis longtemps ». T'as quand même le cul par terre. Quelle est l'importance de ça ? Bah c'est que tu fous des antiobios à une mère au troisième trimestre de la grossesse bah tu sais que tu augmentes le risque d'obésité, de MICI, de pathologies auto-immunes chez son gamin... donc t'y réfléchis ! Mais ça tu n'as pas un mec qui vient t'en parler. J'ai découvert des trucs tout cons. L'ostéoporose, c'est une pathologie de vieux ? Raté c'est une pathologie de l'enfant parce que ton capital osseux tu le fais avant trente ans et à partir de cinquante ans quoi que tu fasses il se casse la gueule. Donc plus tu montes ton capital osseux au départ haut, moins tu te retrouves à la barre fatidique après. Or comme disait le mec « un capital osseux faut-il encore le faire,

mais les jeunes aujourd'hui ils ne foutent rien... on va se poêler dans vingt ans car il faut le fabriquer ! ». J'ai appris des tas de choses comme ça, on a revu la physiopath du cycle de krebs, on a revu toutes les physiopathologies avec toutes les mises à jour ! Mais pour moi c'était du tout neuf. Et pour mon prof d'ostéo qui a dix ans de plus que moi c'était encore pire. Mais la physiopath quand on fait la FMC on n'en reparle pas. Or c'est quand tu fais la physiopath des choses que là tu piges. J'attends qu'on nous fasse une vraie soirée d'infectiologie où on te parlera de physiopathologie de virus, de bactéries... Le traitement je n'en ai rien à foutre pour une raison simple c'est qu'il va changer.

PS : Donc là si j'ai bien compris, c'est plutôt que vous ne trouvez pas que c'est une bonne chose et vous ne seriez pas prêt à le faire ?

M5 : Ah non et je ne le ferai pas.

PS : Parce qu'on n'est pas assez formés, parce qu'on ne sait pas et qu'on n'a pas assez de recul, c'est ça ?

M5 : Je ne joue pas avec la vie des gens. Si lui il veut avec la vie des gens il se démerde, mais moi je ne joue pas avec la vie des gens.

PS : Qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M5 : Je ne sais pas ce que c'est. Le sexe tout court oui, mais le chemsex je ne sais pas !

PS : Le chemsex c'est la contraction des mots « chemical » et « sex » en anglais.

M5 : « Chemical » je ne sais pas ce que cela veut dire.

PS : C'est « chimie, molécule »

M5 : Ok.

PS : C'est vraiment l'usage de substances psycho-actives dans un but sexuel. Actuellement c'est plus décrit dans la population des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

M5 : Mais c'est quoi ces trucs ? Ça sert à quoi ?

PS : Alors c'est quoi ces trucs ? Il y a en général différentes substances qui peuvent être consommées mais c'est généralement les nouveaux produits de synthèse, soit par voie inhalée, soit par voie orale, soit par voie intra veineuse, soit par voie intra-rectale.

M5 : Mais c'est pour baiser comme des lapins ? Après ils se démerdent pour les prendre mais c'est pour baiser comme un lapin ?

PS : C'est pour la désinhibition, la recherche de performance, augmenter la qualité des rapports...

M5 : Oui donc c'est pour baiser comme un lapin.

PS : Vos patients ne vous en ont jamais parlé en disant « on prend des trucs ? »

M5 : Non mais ils ne parlent jamais de ça. Sincèrement, vous en avez vu combien des toubibs là ?

PS : Euh, vous êtes le cinquième

M5 : Ok, cinquième. Et dans les cinq je suis le seul olibrius ou les autres sont tous des olibrius ?

PS : Nan ...mais ce n'est pas pour dire « les médecins généralistes ne savent pas, ils sont mauvais ». Mais oui globalement le chemsex personne ne sait ce que c'est. Enfin jusqu'à présent. Mais vraiment il n'y a pas du tout de jugement, de bonne ni de mauvaise réponse.

M5 : Tu peux me juger je m'en fous.

PS : Nan mais je vous le dis.

M5 : Tu peux me juger je n'en ai rien à foutre. Pourquoi je n'en ai rien à foutre ? Parce que...Je pourrais en parler deux heures de ça, mais j'ai un chemin de vie et j'essaie de faire les choses comme je l'entends. Supposons que je sois confronté à quinze mecs qui ont besoin de ça, ok je dirai « ok bah les mecs puisque vous commencez à être un peu nombreux je vais quand même me renseigner », mais pour trois pelés un tondu tu peux te la mettre là-haut.

PS : Qu'est-ce que vous connaissez des spécificités de santé de patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ? Ça peut être en termes de fréquence de dépistage ...

M5 : Rien. Est-ce que vous avez déjà vu une FMC là-dessus ?

PS : Non.

M5 : Non, affaire réglée, il n'y en a pas. Les nouveaux dadas dans les FMC aujourd'hui c'est l'enfant obèse, super... Quand tu vois les parents tu as compris. Et en plus je pourrais parler de l'alimentation maintenant, t'es mal barrée.

PS : Est-ce que vous pensez qu'il existe des recommandations vaccinales en vigueur pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M5 : Aucune idée. C'est une totale nébuleuse. Et cela ne peut pas être autrement puisqu'il n'y a personne qui vient nous expliquer comment cela fonctionne.

PS : Alors pour l'hépatite A il y a une recommandation pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. C'est une première injection et une deuxième six mois à un an après.

M5 : Qu'est-ce que vient faire l'hépatite A là-dedans ?

PS : C'est pour la transmission oro-fécale.

M5 : Ah ouais ? Quand tu sais que l'hépatite A cela ne fait pas grand-chose ...

PS : Il y a le GARDASIL® pour l'HPV.

M5 : Ah oui cela me revient tiens, tout à coup, oui oui, elle en avait parlé la nana.

PS : C'était qui qui vous en avez parlé ?

M5 : Alors je crois que cette année c'était une nana qui est en médecine interne à Mulhouse à qui on a refourgué le bébé, à la journée de médecine de Haute Alsace. Tous les ans je prends « mises à jour de la maladie infectieuse » cela me détend.

PS : Pour le GARDASIL® il y a une recommandation pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à vingt-six ans. Il y a aussi l'hépatite B. La recommandation est pour les hommes ayant des partenaires multiples et les usagers de drogues injectables.

M5 : Dac. Et les filles, il n'y a pas avec les godes des fois ? (rires)

PS : Non il n'y a rien dessus (rires).

M5 : Godes transporteurs de maladies... trop bien... Il faudrait tremper de la javel avant de servir.

PS : Et est-ce que vous connaissez quelles sont les fréquences de dépistage recommandées chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes dits à risque ?

M5 : Zéro. Je ne connais rien à tout ça. En fait ... je ne connais rien à ça. Je peux vous parler de plein d'autres trucs auxquels vous ne comprenez rien mais alors ça... vous me parlez... pareil chinois.

PS : D'accord. Du coup pour information, dans les recommandations c'est noté que pour eux il est recommandé de faire une sérologie VIH et VHC tous les trois mois, et la recherche de chlamydia et de gonocoque aussi. Et la syphilis tous les ans.

M5 : Ok

PS : Vous me parliez que vous aviez un patient homosexuel...

M5 : J'ai un patient homosexuel et deux trans. Les deux trans ils n'ont absolument pas envie de faire du cul. Les deux trans c'est simplement deux mecs qui ne se sont jamais sentis mec. Pour l'un il a rempli les obligations sociétales : il s'est marié et s'est reproduit, et ensuite il a tout balancé. Ce qui est assez rigolo c'est que c'est un ancien nageur du « M.O.N. » donc t'imagines la baraque... Voir ça avec un string je me marre quand il vient pour l'ostéo, je me bidonne. On en rigole tous les deux (rires). On se marre tous les deux. Mais le sexe il s'en tape complètement du sexe. Il veut être reconnu comme une femme donc il est en mode de transformation plein gaz. Il est suivi par un spécialiste endocrino. Mais alors c'est marrant de voir un gabarit comme ça avec une paire de néné qui pousse, avec des cheveux longs et habillé en fille avec un string derrière. Trop bien.

PS : Du coup vous n'avez à priori pas beaucoup de patients que vous connaissez comme étant

...

M5 : Non, ou « à l'insu de mon plein gré » comme dit Marcel Incel le sportif.

PS : Mais est-ce que sur Antibiocllic ou sur les fiches de l'infectiologue dont vous vous servez vous trouvez les informations ? Ou vous auriez l'impression qu'il faudrait qu'un nouvel outil soit créé ?

M5 : Je pense que cela serait intéressant car Antibiocllic ne répond qu'à une seule question : « j'ai une bête, qu'est-ce que je fais ? ». Il n'y a pas de physiopath, il n'y a pas d'attitude thérapeutique globale, il n'y a pas de prise en charge. On a parlé de l'hépatite B, du GARDASI® et compagnie...il n'y a rien là-dessus. Antibiocllic c'est comme la faculté de médecine : cela vient quand c'est cassé, la notion de prévention ça leur a totalement échappé.

PS : Et du coup cet outil vous pensez que cela serait bien que ce soit quoi ? Par exemple un site internet, une ligne téléphonique, un médecin spécialiste du sujet...

M5 : Bah déjà pour ça il faudrait trouver des médecins, or des médecins on n'en trouvera plus faut pas rêver. A part les quelques couillons comme vous mais les autres vont se tailler. D'ailleurs vous ne ferez pas médecine générale visiblement.

PS : Si je suis en médecine générale.

M5 Oui. Mais après vous allez vous tailler vers un truc comme ça ?

PS : Euh la franchement je me plais vraiment bien en médecine générale au sens général du terme. Après...euh... je ne suis peut-être pas plus maligne que les autres et je ne ferais surement pas de la médecine générale toute ma vie. Mais là pour l'instant...enfin je suis encore interne je n'ai pas encore terminé.

M5 : D'accord...ok ... ouais... essayez de faire autre chose.

PS : Et du coup cet outil vous pensez que ce serait bien que ce soit quoi concrètement ?

M5 : Moi ce que j'aimerais bien c'est qu'il y ait des sites, quelques soient les domaines, car les informations on doit aller les chercher. La faculté pourrait très bien mettre un accès à Unistra où tout médecin installé pourrait rentrer et dire « voilà tiens aujourd'hui je vais gérer l'épaule ou rester dans les MST ». Un site où tu pourrais aller fouiller en te disant « tiens j'ai vu Monsieur Machin, qu'est-ce que la fac raconte aujourd'hui sur le sujet ? ». Mais sans passer deux jours parce que franchement quand tu t'es enfilé quarante consult' à quinze minutes par tête, que tu n'as pas fini, que t'as encore le courrier, que t'as encore la paperasse de ces connards... parce que les spécialistes la paperasse ils délèguent « ce n'est pas moi c'est au médecin traitant » en fait c'est à lui de le faire mais cela l'emmerde. L'hôpital et la médecine générale ... vous serez toujours le larbin des autres. Moi mes gamins ils ont l'habitude de me voir trier le courrier à dix du soir ... merde putain...a trente ans ça vous fait marrer...j'approche de soixante donc non les mecs...Ce n'est pas une question de vantardise mais je fais de l'ostéo depuis vingt ans, ce n'est pas beaucoup, mais j'en sais beaucoup plus que pas mal de traumatologues. Ces mecs là ils sont péremptoirs, ils ont décidé que ... en fait ils ne comprennent rien, ils sont juste bons à serrer des boulons. C'est assez con mais c'est comme ça.

Je reviens sur votre question : êtes -vous croyant, tu veux savoir ça ?

PS : Après franchement vous n'êtes pas obligé de me répondre c'est juste pour avoir une idée de l'échantillon de médecins...

M5 : On m'appelait le curé à l'hosto. On m'appelait le curé pour une raison vachement simple c'est que...combien de gens vous avez enterré dans votre vie ?

PS : Euhh ...

M5 : Combien de gens vous avez accompagné à l'hôpital qui ont crevé dans tes mains ? Abandonnés par tout le monde ? et toi tu es juste le mec qui passait par là et qui leur tient la main pour partir ?

PS : Zéro.

M5 : Nous à l'époque il y en avait pas mal. J'étais externe et un jour je passais dans le service comme ça. Un mec m'appelle et m'a demandé de lui tenir la main. C'était vachement intéressant parce que ... quand tu es externe je ne sais pas quel âge tu as ... C'était vraiment

fascinant parce qu'à ce moment-là le mec a parlé d'un tas de choses puis il m'a dit « vous savez putain, j'ai eu plein du fric mais finalement dans la vie ce qui me reste aujourd'hui c'est tout ce que je n'ai pas fait, c'est tout ce que j'aurai dû faire non pas en termes de matériel mais tout ce que j'aurai dû faire pour la famille tout ça... », autrement dit la vie. Et là le mec il est parti comme ça, je lui ai tenu la main jusqu'à ce qu'il parte. Il a crevé mais je lui tenais la main donc il n'a pas crevé tout seul (rires). Mais donc dans la vie la seule chose qui a de l'intérêt c'est d'aimer. De plus je suis né dans un univers catholique puisque je suis né ici...enfin pas ici... mais je suis né en France, j'ai habité divers pays, j'ai fréquenté et habité chez des musulmans, chez des hindous, chez des protestants, chez des adventistes du septième jour.

PS : Des quoi ?

M5 : Adventistes du septième jour. C'est comme les mormons et les quakers...c'est des cons, d'accord. Ils ne sont pas méchants mais ils sont...La religion est un formatage...Ils oublient la substantifique moelle, le message initial. Donc est ce que je suis religieux ? Non. Est-ce que je suis croyant ? Oui.

PS : D'accord, ok.

M5 : Je crois que tu es sur terre et que tu as un rôle à faire. Et quand tu es médecin...il y a une chanson d'Yves Duteil qui disait « prendre un enfant par la main pour l'accompagner vers demain ». Ça fait partie de mon boulot sur le plan médical, sur le plan humain, sur le plan philosophique... C'est mon boulot. Et donc quand je ne sais pas répondre à une question je dis « écoute je ne sais pas répondre à ta question ». Mais je vais l'accompagner quand même. Pas ce que fait la fac qui raconte des conneries parce qu'ils ne veulent pas paraître cons. Alors que ce n'est pas de la connerie ! Tu dis aux gens « j'ai mes limites, je peux t'accompagner jusque-là mais au-delà de ce chemin il faut que tu ailles avec quelqu'un d'autre ». Et tu ne continues pas avec lui. Voilà.

Entretien 6

Homme de 38 ans

Durée de l'entretien : 17.56 min

PS : Est-ce que vous pouvez me parler de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un homme ?

M6 : Avec un homme ? Il faut que je me souviene ? Je me souviens c'était ... un homme qui devait avoir la quarantaine, qui était venu pour autre chose mais à la fin on avait discuté de ses troubles de l'érection... un petit peu ... voilà... ça ne marchait pas bien, il avait changé de petite copine après une relation assez longue qu'il avait arrêté, puis un intervalle libre assez long puis une nouvelle petite amie, et puis cela ne marchait pas comme il voulait.

PS : Et c'est lui qui vous en a parlé spontanément ?

M6 : Ouais.

PS : Et vous vous êtes senti à l'aise ?

M6 : Oui ça va, ça arrive de temps en temps donc ce n'est pas un truc qui est totalement... particulier. Ce genre de consultation avec les troubles de l'érection et les choses comme ça ce sont des trucs qui sont quand même...non pas fréquents mais disons que ça arrive.

PS : En pratique, comment vous faites pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients ?

M6 : Un peu de feeling (rires). Avant quand ils viennent à deux et qu'ils sont du même sexe et sans avoir l'air d'être frère et sœur, c'est souvent voilà... Sinon je ne saurais pas dire.... Mais au final je laisse les gens parler et ils le disent quand même d'une manière ou d'une autre. Et puis des fois on ne sait pas mais c'est des choses qui ne posent pas trop de problèmes par rapport à la consultation.

PS : Donc, si j'ai bien compris, les patients dont vous savez qu'ils sont homosexuels c'est plutôt eux qui vous l'ont dit ?

M6 : Euh pas forcément clairement. C'est par exemple juste « mon mari », « mon copain il a fait ça ou ça », « ma copine » ... donc c'est juste au décours de la conversation que cela se comprend on va dire mais sans mettre clairement des mots dessus ... C'est principalement ça, juste ça. Mais de mon expérience à moi c'est plutôt dit comme si c'était normal et après il faut juste le comprendre au moment où ça vient. Je n'ai jamais eu quelqu'un qui m'a dit « bonjour, je suis homosexuel ».

PS : Et vous pensez-que c'est important pour le médecin d'avoir connaissance de l'orientation sexuelle des patients ?

M6 : Alors pour certaines pathologies particulières oui, comme les MST ou les choses comme ça ou pour certaines autres pathologies particulières que ce soit dermato ou autres, oui, cela peut avoir un intérêt. Après sinon pour le reste, par exemple pour ce qui est des troubles de l'érection cela ne change pas grand-chose.

PS : Et vos patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, donc soit les homosexuels soit les bi, ils ont quoi comme problème de santé ?

M6 : De manière générale ? Euh...Ceux que j'ai en tête là ce n'est pas des trucs inhabituels. Après pour un couple en particulier c'est plus des problèmes de MST mais c'est un couple particulier ce n'est pas juste une relation ...classique comme on va dire comme un couple marié, c'est plus de ...fantaisie.

PS : Et quand vous parlez de sexualité avec vos patients, vous êtes à l'aise ?

M6 : Ça va. Après je n'ai pas le souvenir non plus d'être rentré dans les détails plus que ça. Sauf des fois mais c'est plus pour les MST avec des jeunes où il faut quand même préciser certaines choses au niveau du type de contamination, est-ce que cela protège ou pas, voilà, des choses comme ça. Mais oui, plutôt.

PS : Et là si je reviens sur l'orientation sexuelle, vous pensez que c'est plutôt au médecin de la demander ou au patient de l'aborder ?

M6 : ... Moi je laisse les gens le dire mais je pense que chacun fait ce qu'il veut. Encore une fois je ne suis pas sûr que ce soit fondamental d'être vraiment au courant de leur orientation. Médicalement parlant, à part pour certaines pathologies particulières, cela ne change pas non plus des masses. Après pour tout ce qui est des problèmes typiquement sexuels je pense que cela vient sur la table un moment donné quoi.

PS : Est-ce que vous pensez qu'il existe des recommandations particulières pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M6 : Oui il y a des choses, ouais.

PS : Ouais, lesquelles ?

M6 : (rires). Je ne les ai pas toutes en tête mais c'est plus les vaccinations...les choses comme ça et puis le dépistage. Mais après cela dépend vraiment je pense des habitudes. Si c'est une relation stable avec la même personne on n'est pas forcément dans les mêmes précautions que si c'est une relation un peu plus fantaisiste. Là les patients auxquels je pense ils sont sous traitement PrEP à côté.

PS : Et la PrEP c'est quelque chose avec laquelle vous êtes à l'aise ? Vous avez l'impression de connaître un petit peu ?

M6 : Un petit peu mais je ne suis pas un spécialiste non plus. Je connais parce que j'ai eux qui le prennent et qui me l'ont dit mais ce n'est pas le truc où vous êtes spécialement mis au courant que ça existe.

PS : Et vous avez beaucoup de patients sous PrEP ?

M6 : Nan. De tête... pas beaucoup.

PS : Et pour ces patients-là, c'est qui qui avait mis ce traitement en place ?

M6 : L'hôpital.

PS : Parce que là du coup actuellement les médecins généralistes ne peuvent pas primo-prescrire, mais c'est en discussion qu'à terme éventuellement ils puissent le faire. Vous pensez que c'est une bonne chose ?

M6 : En primo-prescription ?

PS : Ouais.

M6 : Oui ça peut être intéressant oui. Mais là effectivement pour le coup il faut en parler clairement avec les gens de la prévention, de tout ça, de l'orientation sexuelle et des habitudes.

PS : Et vous seriez prêt à le prescrire vous ?

M6 : Bah, s'il faut oui. Après il faudrait se renseigner là-dessus exactement, parce que là comme ça je sais le principe à peu près, je connais les molécules qu'il y a dedans et tout mais pour les détails je ne suis pas formé là-dessus pour l'instant mais ça serait intéressant ouais.

PS : Et là c'est quoi le rôle du médecin généraliste dans la PrEP pour vous justement actuellement ?

M6 : Pour moi c'est plus le suivi, voir s'il n'y a pas souci particulier à côté, de choses comme ça. Mais après pour ce qui est du traitement en lui-même je ne vais pas mettre la main dessus, c'est prescrit par l'hôpital et par le médecin qui le suit à l'hôpital et qui suit là-bas aussi d'autres choses. Par exemple en l'occurrence pour les mecs aux histoires des MST, ils sont venus chez moi et puis finalement ils n'ont pas revu après le médecin qui avait prescrit ... Donc on se croisait un peu sur les histoires.

PS : Et c'était quoi l'indication de la PrEP ?

M6 : Je pense que c'était justement ... les habitudes assez libres qui font qu'ils ont des relations non protégées, enfin au moins pour l'un d'eux avec d'autres hommes.

PS : Et donc les deux prennent ce traitement ?

M6 : Oui.

PS : Et vous vous renouvelez ou c'est l'hôpital qui fait tout ?

M6 : C'est l'hôpital.

PS : Qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M6 : Du ?

PS : Du chemsex.

M6 : Rien du tout (rires). Alors attendez

PS : Prenez tout votre temps.

M6 : C'est sous chimie... faire du sexe sous chimie... que ce soit Popper, des machins, tout ça ?

PS : Oui.

M6 : D'accord ! Je ne connaissais pas l'abréviation. J'en connais un peu le principe de certaines substances qu'on utilise, après je n'ai pas d'expérience pour le coup, personne n'est venu m'en parler particulièrement par rapport à des problèmes ou par rapport à l'usage qu'il en ferait, « est-ce que cela marche ou pas ? », je n'ai pas eu ce genre de questions.

PS : Et vous vous en pensez quoi ?

M6 : Pfff... du moment que cela reste dans des conditions de sécurité. Après je pense que ce n'est pas forcément une bonne chose pour tout le monde, les substances ne sont pas tout à fait compatibles en fonction de l'âge, en fonction des pathologies ...

PS : Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec le traitement des IST quand une sérologie revient positive, ou quels prélèvements il faut faire ?

M6 : J'ai eu plusieurs fois le cas. Après être à l'aise...non, ce n'est pas le truc qui nous vient comme ça sans réfléchir. J'ai tendance à regarder de temps en temps sur Antibioclic ou autres pour avoir des protocoles un peu précis. Pour ce qui est des prélèvements et des sérologies je fais à peu près toujours la même mais il y a peut-être des trucs plus précis.

PS : Vous allez sur Antibioclic, mais est-ce qu'il y a d'autres outils qui vous aident ?

M6 : Qu'est-ce que j'utilise encore...pour le côté antibiotiques c'est plutôt ça...Sinon j'utilise Cismef aussi, c'est un truc qui recense un peu différents articles médicaux et d'autres sources. Cela vient du CHU de Rouen. Vous tapez un truc et cela vous donne des articles avec des recommandations. Par exemple pour la PrEP ça donne les sites de la HAS.

PS : Vous suivez beaucoup de patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ou pas trop ?

M6 : Spécifiquement dans un cadre de suivi particulier ? Non je n'en ai pas beaucoup. Après j'ai sûrement beaucoup de patients homosexuels ...enfin beaucoup...je pense que par rapport à la population comme tout le monde.... mais je ne suis pas forcément au courant pour tous.

PS : Et pour ceux dont vous connaissez l'orientation sexuelle mais que vous avez un doute, que vous avez un problème, que vous ne savez pas trop comment les prendre en charge, vous vous tournez vers qui dans ces cas-là ? Ou vers quoi ?

M6 : Sur quoi comme problème ?

PS : Sur un problème infectieux ou autre.

M6 : Je n'ai pas trop de problème de ce côté-là jusqu'à présent. Après si vraiment j'avais une question je pense que je verrai avec l'hôpital, avec un médecin référent d'antibio par exemple. Il y a le Dr XXXXXXXX qui est bien à Mulhouse donc si j'avais vraiment une question particulière je pense que je verrai avec lui.

PS : D'accord, ok. Et est-ce que vous trouveriez que ce soit bien qu'un outil soit créée, je ne sais pas si cela serait sous la forme d'un site internet, d'un numéro de téléphone où on aurait quelqu'un au bout du fil... ou vous avez l'impression qu'au final vous arrivez à trouver l'information ou à joindre des collègues et qu'au final ça suffit ?

M6 : Ça peut être un outil en plus oui si cela est bien fait et facile à utiliser. Après le truc c'est ça !

PS : Tout à l'heure vous parliez des recommandations vaccinales : est-ce que vos patients dont vous savez l'orientation sexuelle ils sont à jour ? Est-ce que vous êtes plus attentif aux vaccins ?

M6 : Je pense qu'ils sont à jour, j'espère...oui normalement je fais un peu de suivi de vaccination, donc je pense. Comme dit sauf s'ils sont suivis ailleurs souvent mais je ne pense pas.

PS : Et pour vous c'est quoi comme recommandations qui existent ?

M6 : Les recommandations ?

PS : Oui les recommandations pour quels vaccins ?

M6 : L'hépatite A, hépatite B...euh...sinon. Je vois principalement ça.

PS : Oui. Il y a le GARDASIL® aussi.

M6 : Oui qu'on peut faire aussi, oui.

PS : Mais jusqu'à vingt-six ans.

M6 : Ça je sais aussi oui.

PS : Et par rapport aux fréquences de dépistage des IST chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes à risque, vous les faites à une fréquence systématique ou c'est vraiment quand eux viennent et qu'ils vous le disent ?

M6 : Je ne suis pas les recos. C'est plutôt quand eux viennent. Après ...oui c'est plutôt quand eux viennent en me disant « j'ai un souci ou un machin, je voudrais un dépistage ». Après encore un fois pour ceux qui ont une vie classique comme les autres je ne fais pas de discrimination particulière à ce niveau-là. Après pour ceux qui ont des habitudes ou qui ne sont pas en couple ...je vais en faire plus fréquemment mais c'est plutôt eux qui viennent régulièrement, c'est pas moi qui propose.

PS : Ils sont demandeurs assez facilement ?

M6 : Oui ça va, relativement. Encore une fois : des fois c'est du non-dit. C'est-à-dire au moment du dépistage je leur demande s'ils ont eu des relations protégées, « est ce qu'il y a un souci ou quoi que ce soit », ils me répondent « oui/non » et puis voilà sans plus.

Entretien 7

Homme de 54 ans

Remplaçant

Entretien téléphonique

Durée de l'entretien : 33.8 min

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes.

M7 : Ouais. Alors c'est marrant parce que là à Strasbourg justement je suis dans un cabinet de médecine générale où j'ai une grosse population d'homosexuels hommes donc c'est très souvent évoqué. Par contre dans les autres cabinets mais genre zéro quoi. Donc là vous avez de la chance (rires) ! Tous les autres cabinets où je remplace (Strasbourg...) j'ai quasiment aucun homosexuel et c'est très peu abordé la question de la sexualité avec les hommes à part pour les troubles de l'érection. Mais donc dans le cabinet à Strasbourg c'est très fréquent, j'ai beaucoup d'IST, je ne sais pas si cela rentre dans le cadre de la sexualité ces IST mais c'est surtout des IST.

PS : Oui oui oui. Allez-y racontez moi je suis désolée je vous ai coupé.

M7 : Du coup c'était mon dernier patient vendredi soir, c'était une urétrite à Chlamydia. Alors du coup je ne sais pas si c'est dans le thème là ou pas, mais voilà c'était chez un homosexuel qui avait des symptômes avec un écoulement urétral et des petites démangeaisons et donc on a fait un prélèvement et c'était positif à chlamydia et je l'ai traité. J'en vois énormément, même des syphilis, beaucoup de VIH ... dans la population homosexuelle dans le cabinet où je suis.

PS : Le patient il avait quel âge à peu près ?

M7 : Je ne sais pas ...35-40, je ne sais plus exactement mais oui cela doit être 35-40.

PS : Vous, de manière générale, lorsque vous abordez la sexualité en consultation avec des hommes ou des femmes, vous vous sentez comment ?

M7 : Euh...bein... euh forcément ça va un petit peu mieux maintenant car au début il y a toujours une petite gêne. Mais maintenant je trouve que ça va, j'aborde sans problème, sans soucis. Je leur demande s'ils ont des rapports homosexuels tout ça..., je n'ai plus de problème à leur demander s'ils ont des rapports à risques...alors qu'au début on est toujours un peu gênés quand on commence. Mais je pense que cela va mieux avec entre guillemet l'expérience même si je n'ai pas une grande expérience.

PS : D'accord ! Et vous le demandez de façon systématique ou c'est vraiment quand c'est une consultation qui parle de dépistage ou de choses comme ça ?

M7 : Nan je ne le demande pas de façon systématique c'est vrai. Non que si la consultation amène à parler de ça: si le patient me demande une prise de sang alors je demande « est-ce que vous voulez qu'on rajoute les sérologies ? », « est ce que vous avez eu des conduites à risques sur le plan sexuel ? ». Si le patient vient pour, je ne sais pas, le renouvellement de son traitement du diabète je n'évoque pas spontanément le sujet. Voilà. Peut-être un peu ...Oui non j'allais dire même pour les femmes je demande un peu le suivi gynéco même si elles viennent pour un tout autre motif mais cela ne rentre pas trop dans le cadre là je crois.

PS : Comment vous faites pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients hommes ?

M7 : (rires)...C'est ...j'allais dire ... nan nan mais ça il ne faut pas enregistrer (rires). Bein...souvent cela se devine un peu. Mais surtout dans le cabinet où je suis à Strasbourg, comme le titulaire du cabinet est homosexuel il a une énorme patientèle homo, et du coup cela se voit assez facilement. Mais souvent je pose la question « est-ce que vous avez des rapports avec des femmes ? » alors ils me disent « non », et donc je demande « avec des hommes du coup ? ». Ils me disent « oui ». Je pose toujours la question dans ce sens-là en fait, mais c'est vrai que d'emblée je ne dis pas « est-ce que vous avez des relations avec des hommes ? ». Je

demande s'ils ont des relations avec des femmes, ils me disent non, et ensuite je demande voilà. C'est un petit truc.

PS : Oui c'est intéressant. Pourquoi vous pensez, ou ne pensez pas, qu'il soit important de connaître l'orientation sexuelle des patients ?

M7 : Alors...je me rends compte que là je vois énormément d'IST en ce moment et c'est quasiment exclusivement parmi la population homosexuelle. Donc j'ai l'impression que c'est entre guillemet un facteur de risque pas négligeable. Tous les patients VIH que j'ai, toutes les IST et toutes les syphilis que j'ai vues c'était uniquement chez les patients homosexuels. Là je parle vraiment juste pour moi car dans la population générale ce n'est pas le cas, mais moi dans le cabinet où je suis c'est vraiment uniquement ça. Donc...voilà...il y a...je pense qu'ils ont une sexualité beaucoup plus active, un peu plus...je ne sais pas... libre... libérée ... qui amène peut-être à plus de conduites à risque. Et souvent d'ailleurs c'est ce qu'ils disent quand je leur demande : « est-ce que vous avez eu des rapports non protégés ? », et ils me disent « oui en soirée on ne s'est pas protégés, je regrette un petit peu ». Après ce n'est pas spécifique à la population gaye mais comme j'en vois beaucoup beaucoup j'ai l'impression que c'est un facteur de risque.

PS : Et est-ce qu'ils ont d'autres problèmes de santé les patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes que vous voyez, ou c'est vraiment globalement que des IST ?

M7 : Non non ! Il y a des homosexuels hommes qui sont plus âgés et qui ont forcément un traitement chronique comme le diabète, la tension...donc je ne vois pas uniquement que des IST chez ces patients, mais beaucoup d'IST que je vois sont en rapport avec des patients homosexuels.

PS : Pensez-vous que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite à l'initiative du patient ou plutôt à la demande du médecin ?

M7 : Euh...bonne question ! Après moi je me dis : si le patient n'a pas envie de mentionner son orientation c'est son choix aussi. Cela n'a pas d'implication dans la prise en charge sauf là chez moi car je trouve qu'il y a beaucoup d'IST. Je pense que c'est le patient qui doit peut-être l'aborder, c'est son choix aussi de le dire ou de ne pas le dire. C'est comme quand on demande « vous fumez/vous ne fumez pas », s'il a envie de mentir en disant qu'il ne fume pas... Je pense que c'est plutôt à lui. On peut poser la question mais après libre à lui de répondre.

PS : D'accord. Tout à l'heure vous parliez des traitements de IST que vous voyez, les traitements vous les connaissez ? C'est des choses avec lesquelles vous vous sentez à l'aise ?

M7 : Au début non, je regarde sur Antibiocliv (rires). Mais à force d'en voir maintenant je les connais.

PS : Et pareil par rapport aux prélèvements à faire, c'est des choses avec lesquelles maintenant ça va ?

M7 : Ouais maintenant cava. J'apprends des trucs des patients, des fois ils m'apprennent des choses (rires). Notamment par exemple on pense toujours aux urétrites. Mais une fois j'avais un patient qui avait une gêne au niveau anal, et je lui dis que c'est un peu bizarre, et le patient me dit qu'on peut faire un prélèvement gonocoque au niveau anal. Je ne le savais pas que cela se faisait en fait. Et du coup on a demandé un prélèvement au niveau anal gonocoque, chlamydia, tout ça et c'est revenu effectivement positif au niveau anal.

PS : Ah oui ?

M7 : Oui. Ça se fait souvent d'ailleurs. Oui donc vous voyez des fois c'est les patients qui m'apprennent des choses. Je l'ai traité comme une urétrite simple à Chlamydia alors que c'était un prélèvement anal mais voilà.

PS : Que connaissez-vous du chemsex ?

M7 : Pardon ?

PS : Qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M7 : Alors... rien... cela ne me dit rien.

PS : C'est un mot qui est né de la contraction des mots « chemical » et « sex » en anglais. C'est l'usage de substances psychoactives en contexte sexuel. Actuellement c'est une pratique qui est surtout décrite dans la population des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, donc soit les homos soit les bi. Il y a divers produits qui peuvent être consommés mais généralement c'est nouveaux produits de synthèse. Il y a différents modes de consommation aussi. Les consommations peuvent être inhalées, intra-veineuses, intra-rectales ou des choses comme ça. Les motivations sont majoritairement d'ordre sexuel avec la recherche de désinhibition, de performance, augmenter la qualité des rapports... Les patients ne vous en ont jamais parlé de ces pratiques ?

M7 : Alors...si...enfin le terme ...Ça s'écrit comment d'ailleurs vous m'avez dit ?

PS : Cela s'écrit C-H-E-M-S-E-X, tout collé en un mot.

M7 : Ok d'accord. Alors ils n'ont pas utilisé ce terme mais j'ai déjà un patient qui m'a déjà parlé de prise de psychotropes, drogues...enfin je ne sais plus exactement le nom mais il m'a déjà parlé de trucs, de produits pour l'acte sexuel. Mais une fois, j'ai le souvenir d'un patient mais c'est tout.

PS : Et il vous en parlait par rapport à quoi ?

M7 : Euh... je ne sais pas, je lui demandais s'il fumait ou s'il avait des habitudes comme ça, et lui spontanément il m'a évoqué la prise de drogue. Mais je ne pourrais plus vous dire les noms, c'est même des trucs que je ne connaissais pas donc ... Mais c'est la seule fois où on a parlé de ça.

PS : Et vous, vous en pensez-quoi de ces pratiques ?

M7 : (rires). J'en pense quoi ? (rires). Je ne sais pas. Je ne sais pas si c'est très légal déjà. Après cela ne me regarde pas. C'est comme les gens qui prennent du cannabis, voilà qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? Je vous le dis, je connais très peu, le nom je ne l'ai jamais entendu, on m'en a parlé qu'une fois...je n'ai pas vraiment d'avis là-dessus, à part que cela ne doit pas forcément être très légal de prendre ce genre de chose mais c'est tout quoi.

PS : Parlez-moi de la PrEP.

M7 : Oui.

PS : C'est quelque chose que vous connaissez ?

M7 : Que je connais, oui. J'ai beaucoup de patients qui sont sous PrEP enfin j'ai vu beaucoup de patients qui sont sous PrEP. Après c'est le TRUVADA® donc en général ce n'est pas nous qui l'initions puisqu'il faut que ce soit fait dans un centre spécialisé. Cela m'est arrivé de le renouveler entre guillemet mais c'est tout. Finalement je sais ce que c'est, je sais qu'apparemment cela fonctionne bien, mais encore une fois moi je ne vois ça que dans la population homosexuelle homme. Euh...voilà...ouais... je n'ai pas beaucoup d'expérience là-dessus non plus, mais au moins je sais ce que je c'est car il y a plein de mes confrères qui n'ont jamais entendu ça, mais voilà.

PS : Et donc dans le cabinet à Strasbourg dans lequel vous remplacez, il y a beaucoup de patient qui ont ce traitement ?

M7 : Beaucoup c'est toujours pareil... je pense que sur l'ensemble des patients du cabinet cela représente un petit pourcentage mais par rapport aux autres cabinets où je remplace c'est énorme. J'en ai une vingtaine ou une trentaine qui sont sous PrEP. Et encore cela c'est que ceux que j'ai vu mais je pense qu'il y en a beaucoup plus qui le prennent, par exemple les jeunes qui n'ont pas de problème de santé et qui ne consultent pas forcément mais qui sont quand même sous PrEP. Je pense qu'il y a un pourcentage élevé par rapport à d'autres cabinets mais je ne peux pas vous dire quel pourcentage.

PS : Et les patients qui sont sous PrEP que vous voyez : quand vous les avez vus c'était pour renouveler la PrEP ou c'était pour autre chose mais c'est à ce moment-là que vous avez vu qu'ils prenaient ce traitement-là ?

M7 : Non en général c'est vraiment pour un autre motif. Moi je pose toujours la question même s'ils sont jeunes « est-ce que vous prenez des traitements ? », ils me disent « ah ba je suis sous PrEP », donc voilà ok. Mais s'ils viennent pour une angine je ne demande pas s'ils sont sous PrEP a tout le monde ça c'est sûr. C'est eux qui me le disent. Ou alors je le vois dans le dossier d'ailleurs que cela a été renouvelé une fois... Des fois ils me demandent de renouveler... le TRUVADA® c'est ça hein ?

PS : Tout à fait.

M7 : TRUVADA® et je ne sais pas quoi.

PS : Et ces patients qui sont sous PrEP qui a été débuté à l'hôpital, vous avez des courriers de l'hôpital, il y a une communication entre les médecins ou pas trop ?

M7 : Alors... pour la PrEP non, en fait non... Par contre je vois souvent des courriers pour des gens qui sont séropositifs et qui sont suivis au trait d'union à Strasbourg et qui sont sous traitement antirétroviral et eux ont un suivi régulier tous les six mois/un an au trait d'union donc là oui bien sûr il y a des courriers. Pour ceux qui sont sous PrEP je n'ai jamais vu de courrier qui le mentionnait.

PS : Actuellement la prescription initiale de PrEP doit se faire dans un milieu hospitalier ou dans un centre CeGIDD, mais c'est actuellement en discussion qu'à terme le médecin généraliste puisse primo-prescrire. Vous pensez que c'est une bonne chose que les médecins généralistes puissent à terme primo-prescrire la PrEP ?

M7 : Oui, oui. Encore une fois il faudrait que ce soit des médecins qui connaissent un peu le truc mais oui oui oui oui je pense que c'est une bonne chose. Cette semaine j'ai un patient qui ne venait pas pour ça mais qui m'a posé la question « qu'est-ce que vous en pensez de la PrEP ? Est-ce que vous pouvez la prescrire ? ». C'est lui qui a lancé le sujet. Donc pareil je lui ai expliqué rapidement ce que c'était mais je ne maîtrise pas à fond non plus donc c'était assez court, et je lui ai dit qu'en gros il fallait qu'il se rapproche d'un centre type trait d'union. Donc là ...cela peut limiter un peu nos connaissances et nos moyens d'actions.... Alors que si finalement j'étais un peu formé là-dessus et que j'aurais pu lui prescrire d'emblée ... moi je trouve que c'est une bonne chose oui que les médecins généralistes puissent le prescrire aussi.

PS : Vous seriez prêt à le faire ?

M7 : Bah oui, bien sûr. Avec une petite formation quoi.

PS : Vous en pensez quoi de la PrEP ?

M7 : Je ne sais pas (rires). D'après ce que je lis cela a l'air d'être plutôt une bonne chose, d'être efficace... donc ça c'est que je lis donc forcément je pense des bonnes choses de ce traitement. Oui si cela peut aider... je trouve cela bien, je trouve cela plutôt bien. Maintenant cela m'embête toujours un peu ces traitements prophylactiques le fait de prendre un médicament alors qu'on n'est pas malades, c'est toujours le problème de la prophylaxie. Mais si cela peut permettre d'éviter de chopper un VIH pourquoi pas ouais.

PS : D'accord. Et pensez-vous qu'il existe des recommandations en vigueur qui soient liées à l'orientation sexuelle ?

M7 : Des recommandations ?

PS : Ouais

M7 : Sur quoi ? Peut-importe le sujet ?

PS : Ouais

M7 : Déjà il y a des recommandations déjà d'ordre vaccinal sur le papillomavirus, non ?

PS : Oui tout à fait, complètement.

M7 : Qui est proposé aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, je ne sais plus comment on appelle cela d'ailleurs, il y a un acronyme non ?

PS : Oui c'est HSH.

M7 : Donc oui déjà ça. Après je sais qu'il y a... ce n'est pas vraiment des recommandations mais c'est notamment pour le don du sang il y avait eu une limitation vis-à-vis de ça aussi non ?

PS : Ah oui, oui effectivement, effectivement

M7 : Je ne sais pas si c'est toujours d'actualité. C'est une contre-indication aux dons du sang non ?

PS : Effectivement j'avais lu ça... Alors là je n'avais pas du tout recherché mais c'est intéressant ce que vous me dites. Effectivement il y a un moment c'était mis qu'ils ne pouvaient pas donner leur sang il me semble, il me semble.

M7 : Oui si on avait eu une relation homosexuelle dans l'année mais je ne sais plus exactement, je ne suis pas précis dans ma réponse mais il y avait quelque chose là-dessus. Donc ça, la vaccination ...

PS : Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres vaccins que le GARDASIL® ou le GARDASIL 9®?

M7 : D'autres vaccins pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

PS : D'autres recommandations vaccinales oui.

M7 : Peut-être l'hépatite B mais à mon sens ce n'a pas une indication quand même, donc non pour moi il n'y a que cela.

PS : Pour l'hépatite la recommandation c'est pour les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, les usagers de drogues par voie parentérale et les partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs. Donc ce n'est pas spécifiquement pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Mais par contre pour l'hépatite A il y a une recommandation pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

M7 : Pour l'hépatite A ?!

PS : Oui. C'est un schéma vaccinal avec une première injection M0 et un rappel 6 mois ou un an après.

M7 : D'accord...on peut même le faire dans les trois à cinq ans, même j'ai vu théoriquement. Cela je ne savais pas, oui d'accord. Je ne vois pas trop le ...

PS : Je pense que c'est pour la transmission oro-fécale.

M7 : Oui clairement mais bon... ouais, bon, d'accord, ok.

PS : Connaissez-vous la fréquence de dépistage des IST recommandée chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M7 : Les recommandations des dépistages ? Non cela je ne connais pas exactement.

PS : D'accord. Dans les recommandations, il est noté que dans la population à risque des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes il est recommandé de faire une sérologie VIH et VHC tous les trois mois avec la recherche de chlamydia et de gonocoque. Il faudrait également dépister la syphilis au moins tous les ans. Vous les faites quand les personnes viennent vous les demander c'est ça ?

M7 : Oui. C'est vrai que si elles sont asymptomatiques... Si elles me le demandent je le fais mais maintenant si elles viennent pour un tout autre motif et qu'elles ne mentionnent pas de plainte sur le plan sexuel c'est vrai que je ne le propose jamais c'est vrai.

PS : D'accord. Et les patients dont vous avez connaissance de l'orientation sexuelle et qui sont donc des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, est-ce qu'ils ont eu ces vaccins ?

M7 : Alors... franchement non. Je crois que je n'ai jamais vu un patient homme homosexuel qui était vacciné par le GARDASIL®. Moi je ne l'ai jamais vu. Parce qu'en plus, je ne sais même pas jusqu'à quand...chez la fille ok on n'en parle pas ... mais chez les hommes je ne sais même pas jusqu'à quand on peut vacciner et quel est le schéma vaccinal chez les hommes.

PS : Pour le GARDASIL® et surtout le GARDASIL® 9 maintenant, c'est pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à vingt-six ans révolus. Cette recommandation précise quand même que le bénéfice est d'autant plus important que le début

de l'activité sexuelle est récent et que le nombre de partenaires sexuels est faible. Le schéma c'est trois injections M0-M2-M6.

M7 : Oui comme chez la fille. Mais je trouve ça toujours bizarre parce que chez la jeune fille on dit toujours qu'il faut que ce soit fait avant les premiers rapports ou dans l'année qui suit les premiers rapports. Mais moi les jeunes hommes à treize ans je ne vais pas... enfin vous voyez c'est un peu particulier... Du coup chez les hommes la recommandation, peu importe on s'en fiche de savoir s'ils ont déjà eu des premiers rapports ou pas. Je ne comprends pas en fait ce schéma thérapeutique chez l'homme qui est si différent de chez la femme alors que normalement cela ne devrait pas l'être. C'est pour ça que moi je suis pour la vaccination des hommes et des femmes avant les premiers rapports et point quoi, peu importe leur indication et leur orientation sexuelle mais ça c'est un autre débat. Mais comme d'ailleurs ce qui est proposé dans d'autres pays, je crois même qu'au Québec ils proposent la vaccination pas que chez les femmes : chez les hommes aussi, et peu importe l'orientation sexuelle.

PS : D'accord.

M7 : Parce que là je trouve que c'est quand même vachement paradoxal non ? Que chez les femmes on fasse cela avant les premiers rapports, et chez les hommes on peut vacciner jusqu'à vingt-six ans, peu importe s'ils ont déjà eu dix ans d'activité sexuelle. Je ne sais pas, moi je ne comprends pas ce schéma mais bon...

PS : Comment évalueriez-vous vos connaissances concernant les spécificités de santé des patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, en particulier sur les plans vaccinal et du dépistage ?

M7 : Mes connaissances...sur une échelle de 10 ?

PS : Est-ce que vous êtes à l'aise ou vous avez vraiment l'impression que c'est un domaine qui est totalement...

M7 : En fait c'est surtout mes remplacements dans ce cabinet qui m'ont permis de progresser un peu car forcément dès qu'on rencontre un souci et bien après on se renseigne un peu dessus. J'ai lu un peu ce que c'était la PrEP car je vous avoue que la première fois qu'un patient m'a dit qu'il était sous PrEP -c'était-il y a deux ans maintenant- mais j'ai regardé sur Google quand même ce que c'était quoi... Maintenant cela va beaucoup mieux car justement j'ai appris sur le tas quoi. A mon avis je ne suis pas le plus au courant de tout ça, mais je pense que j'ai fait pas mal de progrès là-dessus et que je suis à mon avis un petit peu plus au courant que la population de médecin généraliste. En moyenne quoi, qui n'ont pas forcément l'habitude de voir ce genre de patients. Car on ne va pas se mentir dans les petits bleds c'est un peu plus rare.

PS : Et en pratique, quels sont vos outils d'aide pour la prise en charge des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes quand il y a des informations ou des choses que vous ne savez pas ? Il y a un site ou quelque chose qui vous aide ?

M7 : Non, non. Je n'en connais pas. Il doit y en avoir mais je ne les connais pas. Je n'ai pas un site particulier.

PS : Vous trouvez que cela serait une bonne chose ?

M7 : Bah oui ! C'est toujours bon à prendre (rires), plus on a des aides. Pour les antibiotiques, moi je me sers d'Antibiocliv...donc c'est toujours bien d'avoir des références comme ça, oui c'est toujours bien. Après on s'en sert ou pas.

PS : Et sous quelle forme vous trouvez que cela serait le plus pertinent ?

M7 : Un petit site très simple comme Antibiocliv. Moi Antibiocliv c'est ma référence, cela me sert tous les jours quasiment, enfin presque. Oui un petit site de référence, éventuellement une petite appli quoi mais il faut que ce soit rapide et pratique.

Entretien 8

Femme de 34 ans

Durée de l'entretien : 35.49 min

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes

M8 : Euh...ba hier franchement. Il était venu consulter pour des condylomes. C'est un patient que je connais depuis très longtemps. Il faut que je parle de patients hommes avec hommes ? Parce qu'il est hétéro. Donc la façon d'aborder c'est qu'il est venu car il avait des lésions sur la verge et du coup voilà, et il est venu consulter pour cela. Mais c'est une consultation classique où je lui ai expliqué ce qu'étaient des condylomes et on a fait un bilan MST en fait. Voilà. Faut que je vous trouve une autre consultation qui vous aiderait plus c'est ça ? (rires). Au secours... En fait j'avoue que je n'aborde pas forcément... enfin c'est par le motif de consultation qu'on aborde la sexualité en générale... purée c'est compliqué... je suis en train de réfléchir... j'essaye d'aider mais... c'est souvent enfin honnêtement... clairement... c'est peut-être cliché mais c'est vrai quand même, mais souvent ce sont des hommes qui viennent pour demander des dépistages en fait et c'est là qu'on voit s'il y a des conduites à risques et qu'on aborde la sexualité souvent.

PS : Là vous parlez pour les patients homosexuels ?

M8 : Oui je cherchais au niveau homo par rapport à la sexualité. Après j'ai un patient mais ce n'est pas tout à fait ça, que je suis depuis longtemps : c'est une dame qui devient un homme et qui du coup est hétéro. Il vient car il ne voulait pas que ce soit une infirmière qui fasse ces injections d'ANDROTARDYL etc mais je pense que c'est surtout ...vu le ... il a besoin de voir quelqu'un tous les quinze jours... je l'accompagne mais c'est une façon de vider son sac, voilà. Donc lui je le suis mais c'est un hétéro aussi du coup.

PS : Et quand vous parlez de sexualité, de manière générale avec des hommes ou avec des femmes, vous vous sentez comment ?

M8 : Je vais dire que je me replie sur le truc... sur le discours médical, donc à l'aise. Mais c'est parce que je parle de truc médical. Après je ne vais pas demander... euh... je me replie sur le côté médical donc assez à l'aise je pense. Après je l'aborde lorsque je sens que le patient veut en parler, je ne le fais pas systématiquement tout le temps ni aux ados quand j'ai un doute. Je les laisse aborder s'ils ont des questions.

PS : En pratique, comment vous faites pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients ?

M8 : Alors... de base ... il y a déjà la communication non verbale je pense : dès le départ on se pose des questions voilà on se dit il y a peut-être des signes qui disent que c'est plutôt quelqu'un d'homosexuel ou d'hétérosexuel. Et après effectivement ... ben... quand il y a un bilan MST etc ben je pose la question, voilà s'il y a des pratiques particulières ... Je pose la question directement.

PS : D'accord.

M8 : En général j'ai une réponse.

PS : C'est plutôt vous qui posez la question ?

M8 : C'est plutôt moi mais il y en a beaucoup qui arrivent en disant « je suis homo ». En fait j'ai plusieurs patients que l'on suit en couple donc je le sais qu'untel est avec untel donc après j'ai un peu la réponse. Alors peut-être qu'effectivement il y en a sans doute plein qui ne le disent pas et moi je ne le sais pas du tout. Après voilà je pense à un patient qui venait en consultation en disant « je ne veux pas que ce soit mon médecin traitant habituel, j'ai besoin d'un dépistage, je suis homo et j'ai eu une prise de risque », et voilà, il y a beaucoup de patients qui viennent en disant les choses.

PS : D'accord.

M8 : J'ai l'impression. Je peux me planter mais j'ai l'impression.

PS : Et vous vous pensez que c'est important pour le médecin généraliste d'avoir cette information que le patient est homosexuel ou pas ?

M8 : Honnêtement pour la prise en charge quotidienne...non...(rires). Moi spontanément je dirai non. La vraie utilité c'est peut-être que, désolée, j'avoue on ne peut pas sortir cela de votre étude mais c'est vrai que j'aurai peut-être tendance plus facilement à proposer des bilans MST, c'est affreux hein. Après moi tous les patients de plus de vingt ans qui me demandent une prise de sang je leur dis tout le temps « le bilan MST etc par rapport aux maladies sexuellement transmissibles... ». Mais quand il a un rhume, un machin, un truc... qu'il soit hétéro ou homo ou je ne sais pas quoi je m'en fous complètement, je veux juste le soigner. Et qu'il est malheureusement un cancer du côlon cela ne change pas énormément la donne honnêtement, donc j'avoue que c'est personnel... ce n'est pas la première question qui me vient. C'est dans certains domaines particuliers, je dirai spontanément : quand ils consultent pour des trucs de peau au niveau de la verge ou des trucs comme ça, quand il y a des fissures anales on pose des fois la question ou ils le disent en fait spontanément, et pour les bilans d'IST mais sinon je ne cherche pas tout le temps. Désolée (rires)...

PS : Et vous pensez que cette mention doit être faite plutôt à la demande du médecin ou par le patient lui-même ?

M8 : Par le patient. Oui, s'il a envie d'en parler il en parle, et s'il n'a pas envie d'en parler il n'en parle pas, je ne sais pas ?

PS : Ils ont quoi comme problème de santé vos patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M8 : Alors... franchement... en ce moment c'est un couple... mais ce sont vraiment les circonstances qui font cela. Un des deux a perdu son père brutalement donc il a un gros syndrome anxiodépressif mais comme tout le monde dans ces circonstances concrètement. Pour moi ils ont les mêmes pathologies, c'est les mêmes ! Ce n'est pas « je pense à eux quand... ». Après en FTM c'est un peu particulier, c'est une histoire de vie compliquée.

PS : En FTM ? Je n'ai pas entendu.

M8 : Madame qui devient monsieur. C'est compliqué, elle a eu une vie vraiment très compliquée donc au niveau psychologique c'est compliqué mais c'est sa vie qui a fait cela. Cela serait arrivé à n'importe qui cela serait pareil. Pour moi ils n'ont pas de pathologies particulières vraiment spécifiques. Les condylomes cela existe aussi chez les hétéros.

PS : On sait que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes sont plus exposés aux IST que la population générale. Vous, d'un point de vue médical, c'est quoi votre représentation de la sexualité entre hommes ?

M8 : Au niveau rapports et tout ça ?

PS : Oui, enfin selon vous d'où viennent ces risques d'IST ?

M8 : Ah ! Alors pour moi, la représentation qu'on m'a inculqué c'est qu'ils avaient plusieurs partenaires en fait, c'était des couples plus libres qui avaient donc plus de prises de risques. Mais je ne sais pas si cela est encore vraiment d'actualité aujourd'hui, je ne sais pas. Je pense que la prise de risque finit par être autant chez les hétéros que chez les homos en fait et que les couples sont libres un peu partout. Après c'est vrai qu'en tout cas ils en parlent peut-être plus facilement en consultation. Enfin je ne sais pas mais c'est ce que je vois. Je pense à deux couples mariés. Ils viennent pour des dépistages en se présentant « on est un couple libre, donc j'ai besoin de temps en temps de faire des contrôles etc... » car peut-être qu'ils se protègent un peu moins, mais je ne sais pas ! Mais en tout cas ils en parlent peut-être plus ouvertement que les hétéros, c'est peut-être plus cela d'ailleurs. Je ne sais pas si au niveau infectio ... dans le temps... oui clairement la prévalence des IST était plus importante chez les homos que chez les hétéros. Mais là, c'est une question dont je n'ai pas la réponse : je ne sais pas si c'est encore la même chose au jour d'aujourd'hui ?

PS : C'est le seul groupe dans lequel le nombre d'IST ne diminue pas en fait.

M8 : Ne diminue pas, ok, ouais ne diminue pas, ok. Mais j'avais l'impression qu'ils étaient plus libres et qu'ils en parlaient un peu plus. En tout cas ce sont plus des couples libres et avec plus de rencontres dans ma représentation, voilà.

PS : Est-ce que vous connaissez le traitement des IST (chlamydia, gonocoque...), enfin est-ce ce que c'est des choses avec lesquelles vous vous sentez à l'aise ?

M8 : Oui, car on en voit beaucoup !

PS : Vous en voyez beaucoup ?

M8 : Ah oui ! Surtout en ce moment on en voit beaucoup, beaucoup de chlamydia par rapport au gonocoque mais cette année on a vu les deux, mais beaucoup de chlamydia.

PS : Et en règle générale, c'est plutôt chez des hétéros ou chez des homos ?

M8 : J'ai en tête plus des hétéros qui me viennent là spontanément ! C'est pour cela que je dis que ma représentation des infections est à mon avis.... J'ai vu pas mal de femmes avec des chlamydias qui étaient hétéros. Les derniers c'étaient des hétéros. Bon par contre la syphilis effectivement j'ai fait l'EXTENCILLINE deux fois cette année donc pas tant que cela, et c'était des homos effectivement pour la syphilis. Quand on n'était pas encore en rupture.

PS : Qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M8 : Oula... j'ai entendu parler mais pas grand-chose. De nom, j'ai déjà entendu ce truc là mais je pense que c'est un copain qui est infectiologue qui a dû m'en parler mais je ne sais pas du tout ce que c'est. Je ne sais plus ce que c'est...

PS : C'est la contraction en anglais des mots « chemical » et « sex ». Cela désigne l'usage de substances psychoactives en contexte sexuel. Il y a différents produits qui peuvent être consommés mais majoritairement ce sont les nouveaux produits de synthèse. Il y a différents modes de consommation aussi. Cela peut être intra-veineux, intra-rectal, inhalé. Les motivations sont plutôt d'ordre sexuel avec la recherche de désinhibition, de performance, d'avoir une meilleure qualité des rapports...Ce n'est pas des choses dont les patients vous parlent ?

M8 : Alors non. Je vais avoir l'air nul mais... c'est le popper et tout ça ?

PS : Cela peut être une des substances qui est prise mais vraiment de ce qui ressort des études d'après ce que moi j'ai pu lire, c'est vraiment tout ce qui est plutôt nouveaux produits de synthèse. Il peut y avoir la cocaïne, la kétamine ou des choses comme ça aussi.

M8 : La cocaïne ils me le disent mais après je pense que cela je passe à côté.

PS : Ils vous le disent quand vous leur demandez leurs habitudes ?

M8 : Alors pas spontanément. Ils me le sortent en milieu de consultation. Je pense à hier par exemple où je voyais une dame, je ne comprenais rien à ses symptômes. Je lui dis « il ne s'est rien passé ? Vous n'êtes pas tombée ce WE ? etc... ». Et elle me dit « en fait j'ai pris des amphet', est-ce que vous pensez que cela peut être ça ? ». Donc pas spontanément. C'est parce que je lui disais que je ne comprenais pas ce qui se passait, donc elle a essayé de m'aider à trouver ce qui se passait.

Je pense à deux patients par exemple qui consomment de la cocaïne, ils me le disent. Mais ils ne me disent pas « bonjour je prends de la cocaïne ». C'est au bout d'un moment qu'ils me disent « il faut quand même que je vous le dise, je prends... ». Mais ce n'est pas à la première consult' que je l'ai, en général. C'est plutôt ils me disent « vous ne le répétez pas » car je connais sa famille. Donc au bout d'un moment il a fini par me le dire mais après je n'ai pas creusé pour savoir si c'est un usage par rapport au sexe etc...ça je n'ai pas creusé. C'est pour cela que je dis que je pense que je passe complètement à côté de ce truc-là. Même le nom je l'avais déjà entendu mais je pense que ce n'est même pas mon collègue qui m'en a parlé en fait ! Je ne sais pas où je l'ai entendu.

PS : Vous avez entendu ça récemment ou pas du tout ?

M8 : Il y a un moment, ce n'est pas récent. C'est dans l'année c'est sûr, ce n'est pas il y a deux mois quoi. Mais je ne sais plus quand, et je n'ai pas creusé.

PS : Et vous en pensez-quoi vous ?

M8 : Cela pousse à plus de risques en fait s'il y a une désinhibition etc. Ce sont des conduites à risques, elles sont de plus en plus présentes mais est-ce que c'est spécifique à la population homo... ? Je ne pense pas, clairement. Mais c'est un risque qui est sous-estimé pour moi en tout cas et qui peut encore...comment dire...En fait c'est hypermédiatisé « il ne faut pas fumer » « il ne faut pas boire » « il ne faut pas machin », mais les drogues ok on le dit qu'il ne faut pas se droguer mais ce n'est pas du tout médiatisé les risques qu'ils encourent. Les patients ne sont pas assezeuh... je ne trouve plus le mot ... sensibilisés.

PS : Parlez-moi de la PrEP

M8 : Alors ça c'est le truc...euh... post...euh...quand il y a eu un accident, une exposition sexuelle et c'est le traitement dans les vingt-quatre heures c'est ça ?

PS : Non c'est le traitement préexposition pour le coup, c'est avant.

M8 : Ah ! Alors je ne le fais jamais si c'est la question. Je n'ai pas...euh... han je ne me souviens plus !

PS : Vous n'avez pas de patients sous PrEP ?

M8 : Euh non. Après c'est vrai que comme dit j'ai mon meilleur ami infectiologue qui me dit qu'il le prescrit beaucoup et tout, mais moi je bascule aux amis infectios en fait pour le faire car je ne suis pas du tout à l'aise pour le faire. Mais effectivement oui je pense que nous on peut le prescrire ?

PS : Alors c'est en discussion qu'à terme on puisse primo-prescrire, mais actuellement on ne peut pas le primo-prescrire. On peut le renouveler mais on ne peut pas faire la prescription initiale.

M8 : Moi j'ai toujours basculé en infectio en fait à chaque fois.

PS : Comme vous le dites la prescription initiale doit se faire en un milieu hospitalier ou dans un CeGIDD. Vous en pensez quoi que le médecin généraliste puisse éventuellement à terme primo-prescrire la PrEP ?

M8 : Cela peut être intéressant mais la preuve il faut qu'il soit formé ! Parlez en moi, c'est quoi votre truc ? Cela peut être super intéressant et effectivement je pense que cela peut permettre d'en parler avec des patients qui ne vont pas en parler facilement car ils sont plus au courant que nous, ils savent très bien que c'est du coup une prescription hospitalière au départ et qui n'ont pas forcément envie d'aller à l'hosto pour avoir leur médicament avant. Cela peut peut-être protéger. C'est intéressant, c'est une piste. Franchement ce n'est pas une mauvaise piste mais il va falloir former les généralistes ! Parce que même les gens de trente-quatre ans ils ne savent plus ce que c'est.

PS : Vous actuellement vous savez quoi là-dessus ?

M8 : Je sais qu'il y a des prescriptions d'antirétroviraux mais je ne sais pas lequel...avant le rapport il me semble...mais voilà je n'en sais pas plus que ça ...je...c'est nul hein...je ne m'en souviens plus du tout.

PS : Du coup c'est une nouvelle stratégie dans la prévention du VIH, qui est destinée aux hommes et aux femmes séronégatifs mais à haut risque de transmission. En pratique c'est du TRUVADA®. Cela diminue le risque d'infection pour le VIH mais cela ne protège pas du tout des autres IST ni des autres maladies qui seraient transmises par le sang. C'est le TRUVADA® soit en prise continue donc un comprimé par jour, ou alors une prise qu'on appelle discontinue en fonction du rapport à risque.

M8 : Je ne savais même pas que cela pouvait être en continu et je ne savais pas non plus l'antirétroviral.

PS : C'est par votre ami infectiologue que vous en avez entendu parler, ou vous recevez des choses pour les médecins généralistes ?

M8 : Non non on non. C'est par mon pote, on en parlait une fois, il m'a dit « je n'arrête pas de faire ça », je lui ai dit « c'est quoi ? ». Donc il m'avait expliqué, mais c'est lui. Je n'en ai pas

souvenir mais cela a dû être évoqué pendant les cours mais cela ne m'a pas marqué. Et en tout cas dans tous les trucs, tous les mails et les machins qu'on reçoit je n'ai rien vu mais j'avoue que je ne lis pas tout car on reçoit tellement que je lis les gros titres et les trucs qui m'intéressent mais même dans les gros titres je ne le vois pas apparaître.

PS : Vous seriez prête à primo-prescrire ?

M8 : Oui, si je le gère. Si je le gère. Après cela n'a pas l'air d'être trop compliqué et je pense que je peux arriver à le gérer après une formation. Ça serait bien et je pense que cela peut vraiment en aider certains. Cela peut être bien.

PS : Vous en pensez quoi de ce traitement ?

M8 : La question c'est : « est-ce que du coup cela pousse à plus de risques ou pas ? ». Je pense que non. Je pense que les personnes qui ont des rapports multiples sont prêtes à prendre le risque avec ou sans traitement, donc ce traitement c'est réduire un risque de contagion donc c'est intéressant. Ce n'est pas parce qu'on va donner une pilule qu'ils vont avoir plus de rapports à mon avis si c'est cela la question. Je pense que dans tous les cas ils auront plus de rapports et que dans tous les cas il y a un risque qu'ils ne se protègent pas, et dans ces cas-là autant qu'il y ait quelque chose pour protéger concrètement. Moi je trouve que ce n'est pas mal.

PS : A priori vous n'avez pas connaissance de patients que vous suivez au cabinet qui soient sous ce traitement ?

M8 : Non, à priori.

PS : Vous ne recevez pas de lettre ?

M8 : Non. J'ai tous ceux qui sont suivis qui sont VIH plus de l'infectio...

Mais cela fait longtemps, enfin pas si vieux que cela mais c'est quand j'ai commencé, j'avais basculé un patient vers l'infectio en 2015, il a eu le traitement mais du coup je n'ai plus de nouvelle du coup je ne sais pas... Parce que l'idéal ce serait de la prendre en continu car il n'y a pas besoin d'anticiper les choses mais niveau effets secondaires... je ne m'y connais pas niveau effets secondaires. Mais il faudrait savoir ce qu'il y a derrière... mais là ce sont les infectios qui savent. L'idée d'une prise ponctuelle me paraissait pas mal mais la question c'est: s'ils le prennent en continu et qu'ils sont exposés, est-ce qu'ils favorisent des résistances ? C'était ça ma question...je suis tordue à fond.

PS : A priori non. Est-ce que vous pensez qu'il existe des recommandations qui soient liées à l'orientation sexuelle des patients, en l'occurrence à l'orientation homosexuelle homme ?

M8 : Des recommandations spécifiques de l'HAS ?

PS : Ouais.

M8 : J'aurai dit non mais c'est une bonne question (rires). Il y en a ?

PS : Par exemple pour les vaccins ?

M8 : Pour l'instant non par exemple je pense au GARDASIL® tout ça ! Ah si le GARDASIL® maintenant on peut ! Exact ...si si maintenant on peut ! Si si, donc oui.

PS : Vous la connaissez la recommandation ?

M8 : Alors pas bien. J'en ai parlé justement hier avec ce patient car on parlait de l'HPV et je me suis dit qu'il fallait que je revoie. Je lui ai dit « je crois qu'effectivement maintenant c'est pris en charge pour les patients homos ». Mais je ne sais plus les bornes d'âges ...Je crois que c'est pour les patients hommes homos.... Jusqu'à vingt-cinq ans ?

PS : Vingt-six ans.

M8 : Je ne suis pas si mal.

PS : La recommandation c'est pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à vingt-six ans révolus. Donc GARDASIL® ou GARSADIL 9®. Le schéma c'est M0-M2-M6.

M8 : Oui comme un schéma classique, pareil, la même chose. Ok c'est jusqu'à vingt-six ans, moi j'avais en tête vingt-cinq ans donc je n'étais pas si mal.

PS : Et est-ce que vous en connaissez d'autres ?

M8 : D'autres vaccins ? Ah je devrais mais non ! Je pense que vu la question je devrais mais non (rires). Je suis en train de réfléchir.

PS : Prenez votre temps il n'y a pas de soucis.

M8 : Purée. Non je dirais que non, je ne vois pas mais je pense qu'il y en a. Est-ce que c'est l'hépatite B ? Mais on la recommande chez tout le monde maintenant donc ce n'est pas spécifique.

PS : La recommandation pour l'hépatite B c'est pour les personnes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires multiples, pour les usagers de drogues par voie parentérale et pour les partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs. Donc effectivement ce n'est pas spécifiquement pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Et il y a l'hépatite A.

M8 : Ah.

PS : Pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, avec une première injection M0 et une deuxième pour le rappel six mois ou un an après.

M8 : Ok, l'hépatite A, même truc que le schéma classique. Ok !

PS : Est-ce que vous pensez qu'il y a des recommandations particulières pour les fréquences de dépistage des IST recommandées chez certains hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M8 : Je ne sais pas. Avec des patients on le fait...enfin cela dépend de la prise de risque mais avec un patient on fait tous les six mois je ne sais pas si...

PS : Vous faites quoi quand vous dites « on fait tous les six mois » ? C'est quoi le bilan ?

M8 : Le VIH, l'hépatite B, syphilis et j'avoue que ce n'est pas dans les recos mais je suis honnête je mets l'hépatite C. Je fais chlamydia et gonocoque sur urine. En fait je fais tout le truc de façon non ciblée... je sais que je ne suis pas dans les recos... je sais... mais je suis honnête.

PS : Donc lui c'est systématiquement qu'il vient tous les six mois ?

M8 : Oui oui. Alors après on regarde par rapport à une prise de risque récente pour savoir si le délai colle etc.... mais sinon oui on a ce truc un peu systématique comme ça. Mais la reco ça doit être beaucoup plus, ça doit être tous les trois mois.

PS : Alors effectivement c'est tous les trois mois pour le VIH, l'hépatite C, les chlamydias et les gonocoques, et au moins tous les ans pour la syphilis.

M8 : C'est vachement...Alors là vous m'avez dit ...Comme on part du principe qu'ils sont tous vaccinés contre l'hépatite B vous ne parlez pas de l'hépatite B c'est ça ?

PS : C'est au cas par cas.

M8 : D'accord oui, adapté en fonction des risques.

PS : Vous en pensez quoi de ces fréquences ?

M8 : Je trouve que c'est vachement proche ! Parce que cela les stresse quand même beaucoup. Il y en a beaucoup... ils m'appellent le soir en me disant « j'ai fait ma prise de sang, est-ce que vous avez les résultats ? ». C'est anxiogène quand même. Ils le font mais je me dis tous les trois mois sauf si vraiment voilà...c'est super anxiogène. Après c'est très bien au niveau infectiologique puisque cela permet de dépister plus tôt. Donc clairement l'intérêt infectiologique il est là : éviter de transmettre à plein de monde c'est logique au niveau santé publique. Mais est-ce que cela tient sur le long terme au niveau de la personne ? Parce que c'est quand même super stressant, et je ne sais pas s'ils peuvent arriver à faire tous les trois mois de façon systématique sur le long terme. Un an on le fait je pense, mais après...enfin je ne sais pas.

PS : Vous en pratique vous proposez tous les ans aux patients dont vous savez qu'ils sont homosexuels ?

M8 : A tous, à tout le monde ! C'est pour cela que je vous dis que cela ne change pas des masses...En fait souvent il y a une histoire de prise de sang qui traîne dans l'année donc je dis

pour n'importe qui « quitte à faire une prise de sang, est-ce que je ne rajoute pas le bilan MST ? ». La plupart du temps on a un grand « oui » sauf une fois où on m'a dit « non je suis allé(e) au CeDIGG faire un dépistage il y a un mois c'est bon je n'ai pas besoin ». Mais la plupart du temps ils me disent oui donc je le fais. En fait dès que j'écris « prise de sang » en général je propose. Après c'est oui ou non, mais je le propose assez facilement. Après c'est vrai que je ne me dis pas « homo, il faut que je le fasse plus » ...c'est peut-être un tort... mais j'essaie de le faire un peu chez tout le monde. Alors après il y a en a chez qui on le fait tous les six mois « parce qu'on sait que » mais on n'est pas dans les clous, je lui dirai (rires).

PS : Est-ce que vos patients homosexuels hommes ils ont eu les vaccins. Par exemple le GARDASIL®, vous l'avez déjà fait ?

M8 : Non ils ne l'ont pas fait. C'est là où je pense que je pêche et où je ne suis peut-être pas la seule à pécher parce que...franchement les patients homosexuels ils nous disent qu'ils sont homosexuels quand ils ont 25-30 ans machins ça vous le savez assez facilement. Mais toute la période ado et tout, je ne suis pas à l'aise pour parler... je le dis... Il faudrait en parler dans les vaccins. L'ado mec il vient souvent avec sa mère et parler d'orientation sexuelle avec la maman à coté c'est vachement compliqué, enfin pour moi. Et donc d'aller parler de GARDASIL® à un jeune homme qui se cherche et qui cela se trouve est complètement hétéro ou qui se pose des questions et du coup il va se dire « ah merde le médecin est en train de poser la question c'est que vraiment j'ai un problème »... je ne suis pas à l'aise donc je ne l'évoque pas facilement et du coup cette couverture... Bon ce qui est bien c'est que cela va jusqu'à vingt-six ans donc on peut faire... mais genre les seize/dix-sept ans des fois c'est peut-être un peu chaud ...moi je ne suis pas à l'aise pour en parler avec des ados.

PS : C'est vrai que la recommandation c'est jusqu'à effectivement vingt-six ans révolus mais il précise quand même que le bénéfice est d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle est récent et que le nombre de partenaires est faible.

M8 : Oui c'est le même principe, c'est logique. Et du coup il faudrait qu'on en parle tôt et c'est vrai que moi je trouve cela compliqué, je ne suis pas à l'aise. Je sais que je ne suis pas à l'aise donc j'ai peur de mettre les pieds dans le plat et de faire de la merde (rires), pardon, désolée !

PS : Ce que je trouve intéressant c'est qu'au début vous disiez que vous n'abordiez pas systématiquement la question de l'orientation sexuelle avec les patients, mais à la fois vous me dites bien de vous-même que vous savez qu'il existe des recommandations particulières. Pourquoi en pratique cela ne vous pousse pas à plus demander l'orientation sexuelle ?

M8 : Bah parce que je pense que c'est quelque chose de privé. Alors vous allez me dire « le médecin doit tout savoir » mais je pense que le médecin ne doit pas tout savoir non plus, mais cela il doit le savoir je suis d'accord sur le papier. Mais il faut que la personne soit prête à en parler. Moi je pars du principe que c'est quelque chose d'un peu privé et que s'il veut en parler il en parle et que s'il ne veut pas en parler il n'en parle pas. C'est tout con mais c'est comme les troubles de l'érection, je ne vais pas demander à tous les mecs s'ils ont des soucis, j'attends qu'ils m'en parlent pour aborder le sujet. Mais c'est un tort sans doute mais... c'est un tort sans doute mais bon...

PS : Quels sont vos outils d'aide pour la prise en charge des patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes quand vous ne savez pas, je ne sais pas... vous avez un doute sur un résultat de sérologie, ou vous ne savez pas quoi faire... ?

M8 : Docteur XXXXXX en infectio (rires) ! Quand j'ai des sérologies très très bizarres où je ne capte pas j'appelle l'infectio, où quand je ne sais pas des fois avec les histoires de syphilis j'ai des trucs un peu bizarres et je ne sais pas s'il faut que je refasse quelque chose ou pas : j'appelle l'infectio. Je ne regarde pas dans les bouquins : je donne les résultats et en général j'ai la réponse. Donc je saoule Dr XXXXXX au NHC (rires).

PS : C'est une amie ?

M8 : Non ce n'est pas une amie, c'est une chef de clinique mais en ce moment je n'arrête pas de la saouler avec ces trucs, elle n'arrête pas. Et pour les trucs tout bêtes genre chlamydia et gonocoque je vérifie sur Antibioclic ou des choses comme ça que je ne suis pas à côté de la plaque ou que je n'ai pas loupé un truc. Et pour les suivis des décroissances pour syphilis par exemple : si j'ai un doute j'appelle en infectio direct, je ne lis pas dans les bouquins. Et j'appelle ma collègue aussi, c'est un très bon outil d'aide (rires).

PS : Et d'ailleurs pour les prélèvements pour les bilans IST c'est quelque chose avec lesquelles vous êtes à l'aise ?

M8 : De quoi les prélèvements sanguins pour les sérologies et les suivis ?

PS : Pour les prélèvements, pour savoir si c'est sur les urines ou urétral ou des choses comme ça ?

M8 : Ba il me semble que je suis à l'aise mais je ne fais pas beaucoup de prélèvement urétral alors il y a peut-être un truc que j'ai loupé (rires) car pour moi c'est plutôt sang et urine en fait concrètement. Un prélèvement urétral c'est quand on a vraiment un doute sur un écoulement douteux et qu'on ne capte pas etc là je commence à faire des prélèvements urétraux. Mais je pensais être à l'aise (rires).

PS : (rires) Non mais la question c'est jute « est-ce que vous vous sentez à l'aise ? »

M8 : Oui je pense, ça je pense.

PS : D'accord. La dernière question, est-ce que vous pensez que cela serait utile et intéressant pour vous dans votre pratique qu'il y ait un outil d'aide qui soit créé vraiment pour la prise en charge des patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes en médecine générale ?

M8 : Oui. Pour les vaccins cela serait bien, parce que la preuve l'hépatite A cela me dit quelque chose maintenant mais voilà... Oui peut-être sensibiliser sur le fait qu'il y ait par exemple des vaccinations spécifiques et tout ça. Et pour le traitement des préventions : si on est habilités dans le futur à pouvoir faire les prophylaxies de TRUVADA® et tout il faut qu'il y ait des outils c'est sûr. Pour la syphilis on peut appeler l'infectiologue cela ne tue pas et ils sont quand même bien joignables. Mais tout ce qui est vaccins et si un jour on doit faire du TRUVADA® au moins qu'on est une formation ou quelque chose.

PS : D'accord, ça marche, je vous remercie.

M8 : Je suis désolée, je ne sais pas si cela aide (rires).

PS : Mais nan, le but n'est pas que de savoir si vous savez ou si vous ne savez pas mais de savoir pourquoi vous savez ou pourquoi vous ne savez pas.

M8 : J'ai essayé de faire.

PS : C'était très bien.

Entretien 9

Femme de 60 ans

Durée entretien 59 min

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes

M9 : Hommes ? Euh ouais...C'est vrai que quand on parle de sexualité finalement c'est plus souvent des histoires d'homosexualité qu'autre chose.

PS : Ah oui ?

M9 : J'ai l'impression ! Déjà moi je pense voir 80% de femmes.

PS : Dans votre patientèle c'est 80% de femmes ?

M9 : Oui. Pour vous donner un peu une idée de ma patientèle c'est peut-être intéressant : quand j'ai eu le truc de la sécu la moyenne d'âge est de 34 ans donc c'est très jeune en réalité, c'est très très jeune. Et alors moi je pense que je vois 80% de femmes mais là ce n'est pas du tout le truc de la sécu c'est moi qui le dis. Ce qui fait que des hommes déjà j'en vois peu, et en plus en général ils sont jeunes donc on ne parle pas obligatoirement de ça quoi. Et je suis plus à l'aise avec des nanas car j'ai plus l'habitude et que je suis une nana aussi j'imagine.

Le dernier à qui je pense c'est une histoire de SIDA en fait qui a mené à ça.

PS : C'est quoi du coup l'histoire ?

M9 : C'est l'histoire du mec qui vient, que je connais depuis très longtemps et qui me dit « je pense qu'il faut faire un HIV ». Je le pensais homo mais « relativement sage » j'ai envie de dire, même s'il ne faut pas avoir d'appréciations mais bon. Et puis paf il est séropositif. Et du coup il me raconte qu'en fait il a des rapports multiples non protégés, qu'aujourd'hui c'est comme ça, que chez les homos c'est de plus en plus comme ça. C'est un mec de 45 ans. Voilà.

PS : Donc ça c'était la dernière consultation ?

M9 : Je pense oui.

PS : Et c'était à la suite d'un bilan de dépistage que la sérologie est revenue positive ?

M9 : Oui.

PS : D'accord, d'accord. Et de manière générale quand vous parlez de sexualité avec vos patients hommes ou femmes, vous vous sentez comment ?

M9 : Ça dépend de la personne que vous avez en face (rires). Je n'en sais rien. Une femme cela ne vous intéresse pas ?

PS : Si, si !

M9 : La dernière avec qui j'ai discuté...Finalement c'est toujours des situations un peu particulières...On ne parle pas de sexualité avec une nana comme moi qui a 60 ans, qui est mariée depuis trente ans, qui a deux gosses. C'est peut-être bête mais on n'en parle pas. Mais la dernière c'est une nana ...C'est elle qui en a parlé. C'était samedi matin. Elle me raconte que son mec a fait ses bagages parce qu'il adore tout ce qui est sado-maso et hyper-sexy. Et du coup il a embarqué tout le ... matériel j'ai envie de dire (rires). Ça c'était samedi.

PS : Et elle vous en parlait par rapport à quoi du coup ?

M9 : Elle est un peu hystérique donc c'était « on part en vacances alors vous comprenez mon copain il a fait les bagages, on a toujours énormément de bagages... », donc moi je dis qu'est-ce qu'elle me raconte ... et elle me dit « c'est d'ailleurs dommage car quand on part en vacances on ne visite pas le pays, parce que tout se passe à l'hôtel, tout se passe au pieu », elle commence à s'étaler sur ..voilà...mais c'est un peu particulier.

PS : Et là vous vous êtes sentie à l'aise là ou pas trop ?

M9 : Un peu parce qu'elle me faisait marrer car elle a une manière...

Par contre non actuellement, je ne sais pas si cela vous intéresse ou pas, c'est un sujet que je ne connaissais pas mais je suis quatre transsexuels en phase de transformation, ici.

PS : Vous les suivez ?

M9 : En tant que médecin oui.

PS : Quatre ?

M9 : Attendez il faut que je fasse les connexions.

C'est bien simple : début juillet j'ai deux patients... patientes... j'ai un peu de mal... qui se sont fait opérer. L'une enlever les seins, et l'autre mettre des seins.

Une fille qui est en train de se faire transformer... de se transformer en garçon. A elle je lui fais des injections tous les mois de testostérone et ça j'avoue que c'est un truc qui, quand même, ne me fout pas tant à l'aise que ça. D'ailleurs je suis allée à une formation à Paris là-dessus sur les trans au mois de janvier, très intéressante et d'ailleurs si cela vous intéresse j'ai un topo, parce que c'est quelque chose de tout bêtement nouveau.

PS : J'imagine.

M9 : Alors là ce n'est même pas... je ne sais pas si on parle sexualité. Non on ne parle pas de sexualité, cela se passe à un autre niveau, vous voyez ce que je veux dire ? Ils ne parleront jamais de l'« acte » ou je ne sais pas quoi, c'est juste « je suis une erreur de la nature ».

PS : Vous disiez que vous en suiviez quatre, c'est énorme !

M9 : Oui je trouve que c'est beaucoup, oui c'est énorme !

PS : Et je n'ai pas compris, vous avez dit : une qui s'est fait enlever les seins.

M9 : Alors... il faut que je fasse mes comptes car moi-même j'ai du mal ...

Donc il y en a une que je suis vraiment depuis le début, mais vraiment, alors que pas les autres. C'est à dire qu'elle est venue... il est venu il faut que je dise d'ailleurs... en octobre cela fera deux ans, a 18 ans. Il était en couple avec une nana donc deux nanas à l'époque quoi. Elle faisait très petit garçon mais bon il y a plein de nanas qui font très petit garçon. Et par contre sa copine vraiment la blonde, très fille. Enfin bon nous sommes brunes toutes les deux et ce n'est pas pour cela que nous ne sommes pas des filles mais bon vous voyez le genre quoi. Entre octobre et janvier si vous voulez je l'ai suivie pour ses angines, ses gastro entérites et ses machins et machins comme tout le monde. Et en janvier elle a commencé à me dire qu'il fallait que je fasse une demande d'ALD, alors que moi je ne savais même pas que c'était une affection de longue durée.

PS : Ah oui ?

M9 : Oui, bah si, c'est une affection de longue durée en fait. Au départ cela parait choquant mais au final on le comprend. C'est pour cela que j'ai fait cette formation à Paris car ce n'est pas si évident. Et ce n'est pas psychiatrique. Cela était considéré comme psychiatrique à un moment donné mais cela ne l'est plus. C'est de la médecine interne... je ne sais pas ce que c'est. En tout cas en janvier 2018 elle a commencé à avoir un traitement hormonal etc etc, Donc moi je fais ses injections tous les mois et je vois la transformation, et c'est vraiment particulier. Et là elle s'est fait opérer à Lyon au mois de juin pour se faire rentrer les seins et fabriquer les pectoraux. D'ailleurs lundi dernier vous savez que je ne travaillais pas mais elle m'a téléphoné pour que j'enlève les fils... et bah j'étais un peu contente de ne pas travailler car c'est un peu bizarre quoi.

Et j'en suis une autre en même temps : qui était un mec qui s'est transformé en nana et qui s'est fait mettre des seins.

PS : D'accord. Et il a quel âge ? enfin elle... enfin cette personne à quel âge ?

M9 : Vingt-quatre ans. C'est jeune hein ! Et l'autre à dix-neuf ans. C'est ça c'était pour les deux. D'ailleurs c'est marrant les deux sont un peu Tahitiennes comme ça, au niveau du visage. Enfin quand je dis un peu : oui tahitienne dans le visage. Les deux ont changé de prénom et les deux sont en phase de changement d'état civil.

PS : Ah oui... d'accord... ok. Donc vos consultations qui parlent de... genre ou de sexualité, c'est dans ce contexte-là ?

M9 : Non ! Là je vous en parle plus facilement car c'est le sujet quoi. Après les autres gens ...Par exemple la sexualité des personnes âgées c'est un truc que je ne connais pas. D'ailleurs quand on a une moyenne d'âge de trente-quatre ans dans sa patientèle...non !

PS : Donc ce n'est pas tellement le motif de consultation ?

M9 : Non c'est plus que comme je vois énormément de jeunes, il y a énormément de demandes de bilans IST. Et là effectivement ils racontent des fois. Mais moi je ne leur pose pas de questions non plus, enfin je ne sais pas.

PS : D'accord. Comment faites-vous pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients ?

M9 : Je ne leur demande pas, non ! (rires).

PS : Et par exemple, pourquoi vous ne demandez pas ?

M9 : Par pudeur je pense. Peut être simplement je me dis que si on veut me le dire ils me le disent. Cela ne me regarde pas.

PS : Et il y en qui vous le disent ?

M9 : Au bout d'un certain temps... cela prend quand même pas mal de temps. Cela dépend mais pour des gens c'est tellement flagrant (rires).

PS : Et dans ces cas là quand vous avez un ...doute ?

M9 : Une suspicion ?

PS : Oui, est-ce que vous posez la question ou non ?

M9 : Non

PS : Et pourquoi vous ne pensez pas que cela peut être important de savoir l'orientation sexuelle ?

M9 : Ah non non c'est juste que je n'ose pas !

PS : Mais vous pensez que c'est important ?

M9 : Oui je pense.

PS : Par rapport à quoi ?

M9 : Socialement surtout.

PS : Vous entendez quoi par socialement ?

M9 : C'est difficile...aidez-moi (rires). Tout comme le métier peut être important aussi...il y a plein de choses. Bon déjà il y a les facteurs de risque médicaux il faut quand même... La syphilis on la trouve surtout chez les homosexuels même s'il paraît que cela grimpe d'ailleurs chez les autres. Vous savez ...jusqu'à présent...euh...je ne sais pas combien je suis de gens qui ont le SIDA peut être six ou sept...non je ne sais plus...

PS : Qui sont homosexuels ou pas du tout ?

M9 : Non mais justement ! C'est là où je me dis...j'en ai une qui n'est pas homosexuelle, une qui est décédée du SIDA qu'elle avait eu par transfusion. La pauvre elle avait SIDA et hépatite C, c'est une vieille histoire mais bon...Et le reste oui c'est tous des homos quand même.

PS : Hommes ?

M9 : Hommes oui !

PS : Du coup si j'ai bien compris : vous ne demandez pas l'orientation sexuelle de vos patients mais plutôt parce que vous ne vous sentez pas à l'aise et que vous pensez que c'est trop intrusif...

M9 : Oui trop intrusif.

PS : Mais d'un point de vue médical vous pensez que cela pourrait avoir un intérêt ?

M9 : Oui quand même oui.

PS : Quels sont les problèmes de santé de vos patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M9 : Des problèmes anaux hein : fistule, fissure... enfin je ne sais pas quoi tous ces trucs là...

PS : C'est surtout pour cela qu'ils viennent vous voir ? Ou par exemple ils ont aussi je ne sais pas de la tension, du diabète ou c'est vraiment...

M9 : Ah ils viennent comme tous, pour tout et n'importe quoi, mais spécifiquement... J'en ai un qui est « sex-addict » en fait. Et lui il est souvent venu pour cela...enfin pour cela. Déjà il faisait faire des test tout le temps, tout le temps, tout le temps !

PS : Tout le temps c'était quelle fréquence ?

M9 : Olala a un moment donné il était capable de venir tous les quinze jours. Bon là ça fait un moment que je ne l'ai pas vu donc il n'est peut-être plus à Strasbourg ou je n'en sais rien, mais à un moment donné c'était terrible et je lui disais « enfin arrêtez, qu'est-ce que vous fabriquez » car oui j'avoue... »

PS : Cela pose questions...

M9 : Oui cela pose questions et puis vous ne pouvez pas faire faire des tests à quelqu'un tous les quinze jours. Puis il me racontait qu'effectivement il avait eu dix mecs dans la semaine enfin des trucs...et que c'était une vraie addiction. Il demandait de l'aide par rapport à ça : psychiatre, machin, anxiolytique, il me demandait régulièrement si je ne connaissais pas une association mais à Strasbourg je ne connais rien...Vous connaissez peut-être vous ? Mais je me demande si je ne l'avais pas envoyé en addictologie d'ailleurs à l'hôpital, mais je ne sais plus.

PS : Mais c'était un homosexuel homme ?

M9 : Oui. Je pense que je vois plus d'hommes que de femme en homo. Je vois beaucoup plus de femmes mais par contre homosexuelles femmes j'en vois moins...ou alors elles le disent mois. C'est vrai que c'est différent ...C'est toujours intéressant ce genre d'interview car on se rend compte de certaines choses soit même. Dernièrement il y a une fille qui est venue et qui commence à me parler de « sa compagne » et je n'aurai jamais osé lui poser la question. Mais de toute façon, pourquoi poser la question ?

PS : Vous n'auriez pas osé c'est-à-dire que vous auriez eu peur de la vexer ?

M9 : Oui peut-être, oui peut-être quand même.

PS : C'était une patiente que vous connaissiez ?

M9 : Non je l'ai peut-être vu trois-quatre fois puis elle vient avec des trucs qui n'ont rien à voir avec sa sexualité.

PS : Et là pourquoi elle vous en parlait ?

M9 : C'est elle qui a commencé à me raconter « ma compagne a... je ne sais pas quoi...de l'herpès... », mais c'était « ma compagne ». Maintenant c'est vrai que je pense que les nanas ont...il faudrait y réfléchir mais...peu de pathologies dues à leur sexualité, je n'en sais rien...vous avez étudié ça vous ?

PS : Chez les femmes homosexuelles cela je ne sais pas, cela je ne sais pas.

M9 : J ne sais rien, je vous le dis honnêtement je n'en sais rien.

PS : On sait que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont davantage exposés aux IST. Pour vous, d'un point de vue médical, c'est quoi votre représentation de la sexualité entre hommes ?

M9 : Comment ?

PS : Pour vous, d'où viennent ces risques ?

M9 : Les pénétrations anales tout ça ...et surtout le fait qu'ils ont souvent beaucoup de partenaires, je crois. Mais je pense que même, ce n'est pas du tout méchant ni quoi, mais je pense que même chez les gens en couple les plus...Bah le mec dont je vous parlais au début...celui qui a le SIDA...C'est vrai qu'il vit avec un type depuis très longtemps, il est agent d'assurance, je vous assure qu'il ne fait pas folle du tout, il fait très sérieux quand vous le voyez et quand il m'a raconté le mode de vie qu'il avait en réalité (rires)...

PS : Il vous a raconté quoi ?

M9 : Bah il m'a raconté que de toute façon il ne se protégeait plus, il me dit que chez les homos de toute façon c'est comme cela « on ne se protège plus ».

PS : C'est le patient qui est addict au sexe ?

M9 : Non, celui qui est addict au sexe il n'est pas malade en fait. C'est le premier dont je vous ai parlé quand vous avez m'avez dit « avec qui est-ce que vous avez parlé de sexe ? ». Et bah il me raconte qu'il va au Bastion ou je ne sais pas où draguer dans les bois...enfin pas dans les bois mais au début de Koenigshoffen c'est une espèce de forêt où il y a des jardins ouvriers et un lieu de drague dehors. Avant c'était le parc de la citadelle à l'Esplanade...je suis quand même très au courant (rires). Donc cela, le mec il me le raconte effectivement.

PS : Donc il vous raconte qu'il va fréquenter ces lieux et qu'il a des rapports occasionnels ?

M9 : C'est plus qu'occasionnel, ce sont vraiment des rapports point.

PS : Ponctuels, sans suite.

M9 : Plus que ponctuels car il les voit à peine. C'est des facteurs de risque complètement dingues... Et je n'aurai jamais imaginé que ce mec, qui est raisonnable, intelligent...- mais je ne parle pas de moralité ni quoi que ce soit- mais pour la santé c'est quand même un type qui est vraiment ...alors que pfff en fait...

PS : Cela vous a paru être un décalage ?

M9 : Oui jamais je n'aurai imaginé. C'est lui qui m'a demandé de tester le SIDA...enfin vous avez compris, le HIV.

PS : Et c'est quand vous avez demandé pourquoi ce bilan qu'il vous a raconté cela ?

M9 : Non il est venu un jour et il me dit « je crois qu'il faudrait faire des tests MST », mais alors non je ne lui ai pas posé de question.

PS : D'accord.

M9 : Mais c'est après, quand il y a eu les résultats. En fait l'annonce...vous savez qu'en médecine c'est un truc abominable ...Enfin moi je trouve que c'est un des trucs les pires...Donc je reçois les résultats, et je me dis « merde » (rires).

PS : Vous voyez VIH positif ?

M9 : Oui, samedi matin, il faut que je l'appelle...j'attends la fin des consult'...lâchement...Et à la fin des consults c'est lui qui m'appelle, il me dit « vous avez les résultats ? », je lui dis « oui il faut que vous veniez. ». Donc il me dit « ok », il arrive, il s'assoie en face de moi et il me dit « ce n'est pas bon hein, c'est ça ? ». Gloups...Je lui dis « oui », et c'est là qu'il commence à me raconter ce qu'il fait et il me dit « ouais enfin cela ne m'étonne pas » puis il me dit « ne vous en faites pas, il y a un traitement ! ». C'est à moi qu'il dit ça, c'est lui qui me dit « ne vous en faites pas il y a un traitement (rires).

PS : Mais il était dans quel état d'esprit ?

M9 : Clair.

PS : Mais il été abattu ou ... ?

M9 : Non pas du tout, pas du tout parce que c'est le mec complètement conscient qui sait ce qu'il fait, il sait qu'il a pris des risques, il sait qu'il y a un traitement. D'ailleurs ça c'est un gros problème je pense, ils savent qu'il y a un traitement et puis du coup « on prendra le traitement » ...D'ailleurs il va bien...

PS : Vous vous sentez à l'aise avec le traitement des IST (chlamydia, gonocoque, syphilis...) ?

M9 : Syphilis je n'en ai pas vu tant que cela...

PS : Mais en règle générale ?

M9 : Chlamydia oui parce qu'on en voit quand même beaucoup beaucoup beaucoup. Ça par contre chez des filles. Mais c'est vrai que les chlamydias on en voit énormément, de plus en plus. C'était beaucoup moins vrai il y a dix ans. Après c'est vrai qu'on n'en fait moins une catastrophe parce qu'il y a un traitement mais moi j'ai juste peur que cela ne soit pas détecté et que plus tard cela pose problèmes quoi.

PS : Et qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M9 : Rien.

PS : Vous n'en avez jamais entendu parler ?

M9 : ...

PS : Euh alors le chemsex c'est la contraction des mots « chemical » et « sex » en anglais, et qui désigne la consommation de substances psychoactives dans un but sexuel.

M9 : Ah oui...d'accord...Oui oui...je ne savais pas qu'on appelait cela comme ça. Mais je n'y connais rien, on ne m'en parle pas.

PS : Et vous en pensez quoi vous de cette pratique ?

M9 : C'est un peu terrifiant, c'est sûr. Mais on ne m'en a jamais parlé ici.

PS : Et par exemple le patient dont vous me parliez qui était addict au sexe...

M9 : Bah c'est possible du coup...

PS : Il ne vous a pas dit s'il prenait des substances ?

M9 : Il prenait de la cocaïne aussi, il prend...

PS : Dans un but sexuel ?

M9 : Non...je pense qu'il est tox' à beaucoup de choses. C'est un gars qui...c'est un artiste et il fait des trucs assez extraordinaires il m'a montré des photos...et on a l'impression que c'est un peu ça... que c'est un peu...je ne sais pas, les paradis artificiels ou je ne sais pas quoi, vous voyez ?

PS : Vous avez l'impression qu'il est un peu moins conscient des risques, qu'il est moins terre à terre ?

M9 : Il n'est pas terre à terre du tout. Il est complètement...mais là il expose au palais royal à Paris, il fait de ces trucs...Mais il est dans un autre monde je pense. Mais il a quand même peur puisqu'il se fait faire tout le temps des tests, donc il n'est quand même pas si...euh...

PS : Il n'est pas si déconnecté que ça ? Il est peut-être connecté mais à posteriori en fait ?

M9 : Oui, oui je pense.

PS : Parlez-moi de la PrEP

M9 : Ecoutez à part pour lui justement...Avec lui on en avait parlé mais je ne sais même plus comment ça se...On n'a pas le droit de le prescrire nous ?

PS : C'est ça.

M9 : C'est ça, parce que je voulais l'envoyer au trait d'union ou je ne sais plus où. C'est au trait d'union ?

PS : Oui la prescription initiale en fait doit se faire dans un centre hospitalier ou dans un CeGIDD.

M9 : Mais c'est le seul à qui effectivement je trouvais que ce n'était pas idiot.

PS : Vous connaissiez ou c'est lui qui vous en a parlé de ce traitement ?

M9 : Ah c'est lui qui m'en avait parlé oui.

PS : Vous n'étiez pas au courant avant lui ?

M9 : Non. On ne nous informe pas trop par rapport à ça mais c'est dommage.

PS : Et selon vous, c'est quoi le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?

M9 : Bein d'informer je pense, et d'envoyer effectivement puisqu'on n'a pas le droit de prescrire. Mais c'est aussi pour cela qu'on ne sait pas.

PS : A priori c'est votre seul patient sous PrEP ?

M9 : Bah oui, je pense

PS : Et du coup vous l'avez envoyé au trait d'union et le traitement a été débuté ou finalement ?

M9 : Le traitement n'a été débuté qu'après mais je ne sais pas trop, je l'ai un peu perdu de vue.

PS : D'accord, vous ne savez pas trop.

M9 : Disons que c'est assez récent quand même car je l'ai peut-être vu en janvier ou février depuis, mais pour lui c'est perdu de vue car je le voyais tellement souvent.

PS : Donc du coup c'est ce qu'on disait qu'actuellement la prescription initiale de PrEP doit se faire dans un milieu hospitalier ou dans un CeGIDD, et que le médecin généraliste peut renouveler. Mais c'est actuellement en discussion que le médecin généraliste puisse à terme primo-prescrire la PrEP. Vous pensez que c'est une bonne chose ?

M9 : Oui.

PS : Pourquoi ?

M9 : Cela sera plus facile pour eux de venir. Vous voyez, j'ai une femme là...C'est terrible...c'est une histoire horrible je vous préviens tout de suite. J'en été malade malade malade malade. C'était il y a un mois que je suis passée à côté du diagnostic, mais bien !

PS : Du diagnostic de quoi ?

M9 : De SIDA. Un couple, elle a 60 ans, lui 68 ans. Il est pasteur. Elle maigrit, elle maigrit elle maigrit, elle maigrit... Moi je fais faire tous les trucs de tous les cancers du monde...rien. Et un jour elle me raconte une histoire abracadabrante. Elle a eu une hystérectomie – ça c'est vrai- et puis elle me dit « on a donné mon utérus à quelqu'un qui a le SIDA et donc il faut faire le SIDA... » enfin un truc débile quoi... Et puis avec le mari ils sont tout le temps fourrés ensemble donc lui mari lui dit « mais enfin Marina, pourquoi tu parles de SIDA... ? ». Bref... Et bah elle avait le SIDA. Alors moi j'en étais complètement malade parce que je n'y avais pas pensé. Ceci dit le gastro chez qui je l'avais envoyée, je l'appelle et il me dit « j'ai fait tous les virus sauf celui-là », et le gynéco me dit « merde ». Je me dis « ce n'est pas possible, ce n'est pas possible », et du coup je l'appelle le lundi « il faut que vous veniez », elle me dit « oui » mais elle ne vient pas, je l'appelle le mardi je flippais complètement, et j'appelle en même temps au trait d'union pour prendre un rendez-vous pour elle. Et ils me disent au trait d'union qu'en fait elle avait été détectée il y a un an et elle n'y est jamais allée. En fait je l'avais envoyée chez un dermato car elle avait des lésions dermatologiques mais jamais je n'aurai pensé à un truc pareil et vu que ...C'est bête, comme quoi on est coincés mais c'est horrible ! En fait c'est ça qui m'a le plus agacée d'avoir des préjugés cons : qu'une femme de pasteur de 60 ans ne peut pas avoir le SIDA. Ridicule. Donc je l'avais envoyée chez la dermato et après j'ai perdu le fil car je n'ai jamais reçu de courrier de la dermato ça aussi. Et la dermato a fait un diagnostic positif et l'a envoyée au trait d'union et elle n'y est jamais allée, deux fois. Elle a eu deux rendez-vous et elle n'y est pas allée. Donc après elle est quand même venue ici « ah mais je ne peux pas le dire, je ne peux pas le dire à mon mari, je ne peux pas le dire à mon mari », donc moi « bah s'il faut que vous le disiez à votre mari... ». Donc j'ai fait les tests au mari qui étaient négatifs...gloups...Parce qu'en plus, con comme je suis je me dis « c'est lui qui est allé courir la gueuse » (rires) et ...euh...en fait après j'ai eu le médecin qui s'occupe d'elle au trait d'union qui m'a dit « nan mais c'est elle qui l'a trompé ». Gloups. On a des idées vraiment bêtes. N'empêche qu'après je lui ai dit « mais écoutez il fallait y aller ». A la fin elle marchait avec une canne hein, mais là elle va mieux et elle me dit « non, je ne veux pas y aller, je veux que ce soit vous qui me prescriviez, je ne veux pas aller dans un truc comme ça ». J'ai expliqué que c'était impossible, qu'il fallait vraiment y aller...je l'ai encore vue la semaine dernière elle me dit « j'ai dit à Mme XXXXXXXXXX que je ne voulais plus venir, que je ne voulais plus aller dans un centre comme ça, que je veux aller chez vous ». Je pense qu'elle a compris que ce n'était pas possible pour l'instant.

Et l'histoire de la PrEP je pense aussi qu'il y a des gens qui n'iraient pas, enfin qui iraient plus facilement chez le généraliste. On peut les choper sur le coup. Pour un tas de trucs c'est comme cela...Ca aussi c'est un sujet important : j'ai plein de jeunes filles paumées qui ne prennent pas de contraception, en particulier les comoriennes. Ça aussi c'est un sujet intéressant, la sexualité chez ces gens-là. Des petites comoriennes...Quand je dis petites comoriennes ce sont vraiment des petites jeunes hein... qui se retrouvent enceinte et paf, IVG.

PS : Elles ont quel âge ?

M9 : Pfff entre 16 et 18-19. Elles n'ont pas douze ans non plus hein, mais quand même ! Avec le voile et tout hein. Alors c'est vrai je discutais avec un copain gynéco il y a quelques années quand il commençait à y avoir de implants. Et je lui ai dit « et si je posais des implants ? ». Il me disait « non... ne fait pas cela...parce que c'est la merde... c'est compliqué sans être compliqué... ». Donc je ne l'ai pas fait. Et la quand je lui parle de ces histoires de petites comoriennes il me dit « mais tu as qu'à leur mettre des implants (rires) », et je lui dis « mais

c'est toi qui m'as dit de ne pas mettre d'implants », et je lui dis « du coup je te les envoie pour les implants ? » et il me dit « mais ca ne va pas, elles ne vont pas arriver jusque chez moi ». Donc c'est le même raisonnement.

PS : Que le médecin généraliste pourrait agir directement sans envoyer et ne pas perdre les patients ?

M9 : Voilà. Pour la PrEP c'est pareil, bon là je me mélange un peu tout mais vous en ferez un résumé et puis voilà.

PS : Et le principe de ce traitement de la PrEP vous en pensez quoi ?

M9 : Je ne sais même pas exactement comment ça marche (rires).

PS : Du coup la PrEP c'est une nouvelle stratégie dans la prévention du VIH...

M9 : Oui je sais, oui oui je sais.

PS : C'est soit une prise continue donc comprimé par jour, soit une prise discontinue en fonction des risques. Mais cela ne protège que du VIH et pas des autres IST.

M9 : Oui tout à fait, oui oui.

PS : Donc l'usage du préservatif reste recommandé. Mais tout à l'heure vous disiez que les patients semblaient ne plus être inquiets par le fait d'avoir le VIH sachant qu'il y a des traitements.

M9 : C'est ça.

PS : Vous vous pensez que cette prophylaxie va faire exploser les IST ou pas du tout au final ?

M9 : Je pense que cela reste un moyen de prévention quand même. Mais c'est vrai, est-ce qu'ils feront PrEP et... Mais je vous le dis, à part pour ce mec je n'y ai pas pensé à la prEP, je vous le dis honnêtement. Mais c'est vrai, est-ce qu'ils feront PrEP + préservatif...je ne suis pas sure qu'ils le feront.

PS : Vous seriez prête à primo-prescrire la PrEP si c'était autorisé ?

M9 : Oui. Je ne pense pas mais est-ce que c'est beaucoup prescrit ?

PS : Actuellement, je ne sais pas, honnêtement je ne sais pas. Non je ne sais pas quel est le pourcentage d'homosexuels hommes qui la prend.

M9 : Parce que du coup il n'y aurait que les homosexuels qui prendraient ce truc ? Parce que c'est ça aussi.

PS : Alors en fait il y a différents critères. Pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes c'est si il y a eu deux rapports anaux non protégés avec deux partenaires différents dans les six mois, s'il y a eu plusieurs épisodes d'IST dans l'année, s'il y eu au moins au recours à un traitement post-exposition dans l'année, et pour les patients qui font du chemsex. Donc s'il y a un critère cela peut-être une indication. Et il y a également au cas par cas pour les travailleurs du sexe et les usagers de drogues... euh...voilà. C'est ce que moi je connais.

M9 : Oui il y a ça aussi.

PS : Est-ce vous pensez qu'il existe des recommandations en vigueur qui soient liées à l'orientation sexuelle, et en l'occurrence à l'orientation homosexuelle homme ?

M9 : Des recommandations officielles ?

PS : Oui.

M9 : Je n'en sais rien (rires).

PS : Par exemple sur les vaccins ?

M9 : Je ne sais pas.

PS : Il y a le GARDASIL®. Il y a une recommandation pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à vingt-six ans révolus.

M9 : Ah je ne savais pas du tout, du tout, du tout. Ils ne sous en parlent pas GARDASIL®.

PS : Alors c'est GARDASIL® ou GARSADIL®9. Et la recommandation précise quand même que même si c'est jusqu'à vingt-six ans révolus, le bénéfice est d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle est récent et que le nombre de partenaires sexuels est faible.

M9 : Oui bon comme...Oui.

PS : Il y a aussi une recommandation pour l'hépatite A pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

M9 : Ah oui parce que l'hépatite A est transmise ...

PS : C'est pour la transmission oro-fécale.

M9 : Oui c'est ça, oui c'est ça...

PS : Et il existe aussi une recommandation pour l'hépatite B. Ils disent aussi pour les personnes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires multiples, pour les usagers de drogues par voie parentérale et pour les partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs. Voilà, il y a quand même des recommandations vaccinales qui sont liées à l'orientation sexuelle.

M9 : Ah oui...je ne savais pas du tout...on ne nous en parle jamais. Il y a des gens qui savent ça ? (Rires).

PS : Et pareil, est-ce que vous pensez qu'il existe des fréquences de dépistages recommandées chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes dits à risque?

M9 : Je ne sais pas du tout.

PS : D'accord.

M9 : Il y en a ?

PS : Il y en a. Pour la syphilis c'est recommandé tous les ans. L'hépatite C, chlamydia, gonocoque et le VIH c'est recommandé au moins tous les trois mois.

M9 : Ah oui quand même. Mais c'est bien.

PS : Est-ce que vous savez si les patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes que vous suivez s'ils ont eu ces vaccins ?

M9 : GARDASIL® surement pas ...ça ba non ! Moi je ne fais que des GARDASIL® aux jeunes filles, le truc classique. Et je vous dis les labos jamais ils n'en parlent, et pourtant qu'est-ce qu'ils nous ont bourrés le mot avec GARDASIL®, mais jamais jamais...c'est incroyable ! Et le reste...hépatite A non plus. Hépatite B il y a déjà beaucoup de monde qui sont vaccinés contre l'hépatite B. Mais l'hépatite A en générale...c'est voyage !

PS : Oui c'est vrai on y pense pour des contextes particuliers mais pas pour l'orientation

M9 : C'est quoi ? Hépatite A, hépatite B et GARDASIL® c'est ça ?

PS : Oui.

M9 : Bientôt ils vont nous sortir l'encéphalite japonaise parce que je ne sais pas quoi... Non on peut comprendre tout à fait pourquoi mais je ne savais pas. Bon

PS : Vous les patients que vous suivez, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, quand vous faites des bilans de dépistages c'est de façon systématique ou c'est vraiment en fonction des prises de risques ?

M9 : Ils demandent quand même souvent, je trouve, eux-mêmes. Maintenant c'est vrai que... non je n'en sais rien...c'est vraiment en fonction de beaucoup de choses. Après il y a des gens qu'on perd de vue, qu'on ne voit pas pendant un an ou deux ans, on ne sait pas trop ce qu'ils font...En général ce sont des gens qui ne sont pas très malades quand même.

Et pour les nanas cela m'intéresserait quand même de savoir ce qui est préconisé.

PS : Pour les patientes homosexuelles femmes, pour les vaccinations ? Je ne sais pas, c'est vrai que je suis plutôt coté hommes.

M9 : Vous êtes aussi coté hétéro pour votre thèse quand même ? Là on passe tous parce que moi j'en parle mais parler de sexualité aux hétérosexuelles etc...c'est tout quoi...je pense que les questions c'est aussi à partir de quel âge et tout ?

PS : Et vous vous parlez de sexualité à partir de quel âge avec vos patients d'ailleurs ?

M9 : J'ai un peu du mal car souvent les filles elles viennent avec leur maman.

PS : Donc ce n'est pas forcément propice.

M9 : Ba non, ba non. Le GARDASIL® c'est une occasion d'en parler, mais alors souvent les mamans viennent avec les filles mais vraiment jeunes, genre douze ans « oui il vaut mieux le

faire maintenant parce que vous savez plus tard... ». On ne peut pas discuter de ça avec une gamine de douze ans...je ne sais pas, surtout devant la mère.

PS : Oui c'est compliqué. Et comment évalueriez-vous vos connaissances concernant les spécificités de santé des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ? Tout ce dont on a parlé, vous avez l'impression que cela vous dépasse complètement ?

M9 : Non, cela ne me dépasse pas, je ne crois pas, pas complètement, mais il y a sûrement beaucoup de choses que je ne sais pas. Parce qu'effectivement les pratiques je ne leur demande pas les détails, c'est toujours pareil...on essaye d'être discret quand même (rires).

PS : Au niveau des prélèvements à faire quand vous prescrivez un bilan, c'est des choses avec lesquelles vous êtes à l'aise pour savoir si c'est un prélèvement urinaire ?

M9 : Oui car c'est quelque chose que je le fais vraiment quotidiennement.

PS : Ah oui tous les jours ?

M9 : Non quand je dis quotidiennement j'en rajoute.

PS : Mais au moins toutes les semaines ?

M9 : Ah oui, ah oui oui ! Ah oui toutes les semaines. Je trouve que les jeunes sont quand même très prudents, je ne parle pas du tout d'homosexualité là. Bon déjà il y a déjà énormément de changement dans les couples « je ne suis plus avec ma copine je suis avec machin » donc hop on fait les tests... Vous devez aussi le voir dans votre entourage mais c'est vachement sécurisant quand même.

PS : Quels sont vos outils d'aide pour la prise en charge des patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ? Si jamais ...voilà vous ne savez pas comment interpréter une sérologie, ou euh...

M9 : Je téléphone au labo, oui je téléphone au labo.

PS : D'accord. Pour parler au médecin biologiste ?

M9 : Pour une histoire d'interprétation je téléphone au labo oui.

PS : Et si vous avez un patient homme homosexuel : il a question ou une demande et franchement vous ne savez pas, vous ne savez pas de quoi il vous parle, vous vous tournez vers qui ou vers quoi ?

M9 : Je ne pense pas que cela me soit arrivée des trucs vraiment bizarres... A part mes histoires de trans (rires). Et je ne pense pas qu'il y ait de cours à la fac sur les trans... Et je vous dis que quatre c'est beaucoup.

PS : Oui je trouve que quatre c'est beaucoup franchement ! Même si c'est Strasbourg et que c'est une grande ville.

M9 : Et que je suis en centre-ville.

PS : Oui je trouve que quatre c'est beaucoup effectivement. Surtout que j'ai vu d'autres médecins généralistes, ils m'ont aussi dit qu'ils en suivaient deux, qu'ils en suivaient un...donc en fait je pense qu'il y en a énormément. Et là pour le coup pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, il y a un outil d'aide qui serait intéressant et utile en médecine générale ?

M9 : Oui, oui, oui.

PS : Et vous aimeriez que ce soit quoi ?

M9 : Bein effectivement des réponses à des questions un peu bizarres peut-être, et les vaccins...enfin tout ce dont on vient de parler !

PS : Sous quelle forme ?

M9 : Sous quelle forme ? Un site dédié pour les médecins.

PS : D'accord. Ça marche.

M9 : C'est ça le but de la manœuvre, de créer un truc ?

PS : Après moi, je ne sais pas mais je me disais que peut-être ce qui serait bien c'est une feuille check-up avec les vaccins et les dépistages. Pour lui proposer tout ce qui pourrait être bien. Mais effectivement cela présuppose de connaître l'orientation sexuelle des patients, forcément.

M9 : Vous savez c'est vraiment compliqué parce que tout de suite c'est discriminant ou machin. Cela me fait penser à un truc vos feuilles là. J'ai fait un DU d'éthique il n'y a pas si longtemps que cela, il y a dix ans quoi. Et mon mémoire c'était sur le dépistage anténatal de la drépanocytose chez les patients d'origine sub-saharienne. Cela me fait rire car moi ça me passionnait mais tout le monde s'en foutait. Excusez-moi, vous pouvez couper... ?

NB : Le téléphone sonne, le médecin me demande de couper l'enregistrement. Je le reprends à la fin de l'appel.

M9 : Donc j'ai fait ce mémoire c'était super intéressant, sur ce qui était du diagnostic anténatal, qu'est-ce qu'on fait si vous êtes enceinte d'un gamin qui est hétérozygote au niveau avortement/pas avortement etc etc...Donc j'avais fait des questionnaires. J'ai énormément d'Africains d'Afrique Sub-saharienne qui viennent chez moi. J'avais fait des questions avec « de quelle ethnie êtes-vous ? », « de quelle religion êtes-vous ? », « est-ce qu'il y a des gens drépanocytaires ? » Eh bah punaise c'est passé comme discriminant comme truc. J'ai un copain qui était médecin je ne sais pas quoi à la MGEN donc je lui ai dit « fait passer cela à tes Africains », et bah oulala à la direction de la MGEN c'est vachement mal passé, parce que demander une orientation religieuse ou ethnique cela ne passe pas. Après c'est vrai que demander une orientation ce n'est pas évidente. Après j'ai compris vous ce serait une fiche conseils alors que moi c'était une feuille à donner aux gens. Mais j'étais contente car j'avais quand même eu cinquante patients (rires).

PS : Mais est-ce que vous ne pensez pas que les patients homosexuels ils attendent aussi que le médecin généraliste pose la question ?

M9 : Je n'en sais rien...je ne sais pas...Le premier patient, c'était tout au début ... : j'avais un jeune qui venait, qui avait passé son BAC, il venait vraiment de la campagne, je ne sais pas ou du trou du cul du monde en Alsace faire des études à Strasbourg. Et je trouvais qu'il faisait très homo mais bon, voilà. Un jour il vient et il me raconte qu'il a peur car il a eu un rapport non protégé et qu'il faut faire des tests et tout, et tout. Et voilà, bon il n'avait rien. Mais quinze jours plus tard sa mère débarque, elle me fait tout un bazar, ça m'avait effrayée à l'époque c'était il y a vingt-cinq ans mais quand même, elle me fait tout un truc comme quoi je savais que son fils était homo et que je ne l'avais pas dit, qu'il fallait le dire à la famille.

PS : Que vous vous le disiez à la famille ?

M9 : Ouais. Horrible. Presque elle allait tout me casser...C'était terrible, terrible, terrible.

PS : Mais quand le jeune vous l'aviez vu, vous le saviez ...enfin il vous l'avait dit que c'était un rapport avec un homme ?

M9 : Moi à l'époque j'étais plus timide que maintenant et puis je ne voyais pas pourquoi j'allais lui demander « vous êtes homo ou pas homo ? » mais je trouvais qu'il faisait très homo mais à part ça voilà...et puis il ne faut pas avoir des préjugés n'est-ce pas. Puis à l'époque il vient un soir, je me rappelle très bien il était tard et il me dit qu'il avait la trouille car il avait eu un rapport non protégé avec un mec, donc moi je me dis « ah ba c'est bien ce que je me disais » mais terminé. Et je suivais sa mère en même temps ici. Et sa mère s'est ramenée, elle m'a traitée de tous les noms en me disant qu'il fallait le dire à famille...Comme quoi cela ne passe quand même pas. Depuis je n'ai plus vu personne.

PS : Ni lui ni la maman ?

M9 : Personne. Et c'était terrible parce qu'elle me traitait de tous les noms et je n'arrivais pas à lui dire que c'était le secret médical et que de toute façon ce n'était pas un problème...Enfin bon bref...Ce n'est pas passé. Pour eux c'était une telle tare, c'est une maladie en fait. Je pense que pour elle c'était une maladie, et l'histoire du secret professionnel même si cela avait été une maladie elle n'en avait rien à foutre parce que c'était son fils...A c'était terrible ce truc...

PS : Et du coup vous trouvez que c'est discriminant de poser la question ?

M9 : Ça peut l'être. Après ça c'est une vieille histoire. De l'eau a passé sous les ponts mais pas tant que ça. Vous savez les gens sont

PS : Mais même est-ce que en justifiant de l'intérêt médical d'avoir cette information vous pensez que cela pourrait être bien reçu ?

M9 : Mais vous verriez le truc comment ? « Bonjour madame, quelle est votre orientation sexuelle ? »

PS : Non. C'est plutôt quand on voit un nouveau patient et qu'on recueille les données : de demander s'ils sont plutôt homos ou hétérosexuels. Moi je vois plutôt ça comme ça. Mais encore une fois je ne sais pas.

M9 : En fait le but de votre thèse c'est de déterminer effectivement s'il faut le dire et s'il faut faire une conduite à tenir ?

PS : En fait moi ce qui m'intéresse de savoir c'est si les médecins généralistes savent par exemple l'orientation sexuelle, savent ce qu'est la PrEP... S'ils savent pourquoi, et surtout s'ils ne savent pas : pourquoi ? Parce qu'ils ne posent pas la question, parce qu'ils sont gênés, parce qu'il y a un manque d'informations... Voilà donc savoir les raisons.

M9 : Vous avez été chez combien de médecins ?

PS : Vous êtes le 9^{ème}.

M9 : Il n'y a pas plein de gens qui vous en dit « mais enfin cela ne nous regarde pas ? »

PS : Ah si si si complètement, ah oui, bien sûr, bien sûr.

M9 : Vous savez il y a un truc qui m'a vachement choquée...et je le suis toujours... C'est un copain médecin... Quand je n'étais pas encore informatisée, j'avais les dossiers cartons comme tout le monde et il y avait marqué « profession », donc je demandais « qu'est-ce que vous faites dans la vie ? ». Et un jour je dis ça au copain médecin généraliste et il me dit « mais ça ne va pas, c'est vachement indiscret, tu n'as pas à demander aux gens ce qu'ils font ».

PS : Ah oui ?

M9 : Et ce n'est pas une orientation sexuelle... je me suis dit « ah oui punaise » ...et j'ai arrêté de demander. Pour lui cela pouvait être un truc discriminant, alors que pour moi c'est intéressant de savoir ce que font les gens, le milieu social et tout ce qu'on veut... Donc maintenant je me couvre en disant « vous faites quoi ? », « Ah ba je suis secrétaire », « ah ba cava vous ne travaillez pas dans les particules chimiques ». Je dis des trucs comme ça...

PS : Pour essayer de le rapporter à la médecine.

M9 : Voilà ! J'essaye de le rapporter à la médecine en disant, je leur dis « ah ça va vous n'êtes pas déménageur vous n'avez pas mal au dos ». Mais c'est marrant il ne m'aurait pas dit cela à l'époque... Vous cela vous choque qu'on demande la profession ?

PS : Pas du tout.

M9 : Bah lui ce le choque. Je suis sûre que si vous allez chez lui pour l'orientation sexuelle il va vous dire « ça ne va pas, c'est quoi cette inquisition ». Ce n'est pas simple.... Parce qu'effectivement on peut se gourer... ce n'est tellement pas évident.

PS : C'est pour cela qu'il faut demander. Parce que des fois on pense que des gens peuvent l'être...

M9 : Mais ce n'est pas vrai du tout.

PS : Et surtout il y aussi plein de...cela ne se voit pas sur le front !

M9 : Mais bien sûr, bien sûr. Mais finalement quand même, qui en parle ? Ce sont des gens souvent avec des trucs bizarres quoi. Moi j'en vois une ici, une américaine...olalala. Elle fait du ... Je ne sais même plus l'expression mais du ...multipartenaire mais vraiment hard, elle va sur des sites de ... vous connaissez ces trucs... ?

PS : ...

M9 : Je ne connais plus l'expression...c'est un truc en anglais...C'est un site qui s'appelle je ne sais plus quoi mais c'est clairement que des histoires de partenaires multiples. Mais alors

elle effectivement c'est spécial, il faudrait lui faire tous les tests tout le temps. Mais je trouve que les gens ont une sexualité quand même ...j'ai envie de dire...tordue...non pas tordue...

Enfin cette femme pour terminer, c'est très intello, c'est toujours dans les milieux intellos « Arte et compagnie », quarante ans presque, « je veux avoir un enfant ». Moi je pensais qu'elle était homo, mais en fait elle est bi. Alors elle veut avoir un enfant car « quand même maintenant j'ai trente-neuf ans, maintenant il serait temps...J'ai des amis, un couple de mecs, qui seraient prêts à faire un don de sperme, mais comment choisir ? ». C'est évident moi je fais faire un spermogramme à chacun pour voir quel est le meilleur sperme...c'est déjà vachement spécial. Le meilleur sperme c'est celui du plus âgé, le vieux il a trente-huit ans. Le jeune a vingt-huit ans. Et du coup, comme elle ne veut quand même pas coucher avec eux, elle va au CMCO avec le sperme du vieux en disant que c'est celui du jeune pour que ce soit vraiment une famille à trois...enfin à quatre bébé inclus...Cela n'a pas marché (rires). Il y a quand même des gens qui ont une drôle de...Alors on ne parle peut-être pas vraiment d'acte sexuel... mais au sens large je trouve que je vois beaucoup de gens qui ont de trucs bizarres. Bon elle en parle ... Elle c'est aussi un peu de l'hystérie, l'autre jour je la rencontre à vélo, je la croise et elle gueule « j'ai un rendez-vous pour coucher », vous vous êtes là sur votre vélo... « bonne soirée ». Ça c'est vraiment spécial...Mais elle me parle d'un tas de groupes Strasbourg. C'est intéressant.

PS : En tout cas merci beaucoup pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé.

M9 : Je vous en prie. Vous savez cela nous fait plaisir de rencontrer des jeunes. Je ne sais pas s'il y a aussi de médecins qui ont observé cela, moi ça m'est arrivée que deux fois mais des mecs qui sont venus pour du VIAGRA® uniquement pour aller faire la fête.

PS : Des hétéros ou des homos ?

M9 : Euh...je ne sais pas quoi, hétéros ou des homos...n'importe quoi. J'en ai eu deux quand même.

Il y en a un : militaire, genre trente ans qui est venu pour se faire prescrire du VIAGRA®. Je lui ai dit « vous avez un problème ? » « Non mais je vais à des clubs échangistes ». Là aussi je peux vous donner les adresses si cela vous intéresse, il y en a deux : un vachement bien à Koenigshoffen, et un moins bien près des Contades. Et lui il raconte effectivement qu'il passe la nuit dans ces trucs, qu'ils sont trente ou quarante...

PS : Et donc il prend le VIAGRA® dans un but sexuel ?

M9 : Ah ba oui car il faut être efficace quand même.

PS : Donc ça c'est vraiment du chemsex.

M9 : Oui c'est ça...Du gamesex ?

PS : Chemsex, C-H-E-M et sex.

M9 : Oui d'accord. Parce que c'est avec du VIAGRA® ?

PS : Parce que ce sont des substances prises dans un but sexuel.

M9 : Donc j'en ai deux en fait, lui et puis un autre qui est déjà venu avant de partir en WE parce que voilà.... Mais je n'aurais pas appelé ça comme cela.... et il y en a beaucoup vous croyez ?

PS : Oui je pense, je pense. Et après c'est un terme utilisé surtout... euh..jusqu'à présent et de ce que moi j'ai lu dans la population homosexuelle mais je pense que c'est une pratique...

M9 : Ça ca n'était pas des homosexuels, je ne pense vraiment pas.

PS : En tout cas je pense que...

M9 : En tout cas je pense que ...Le militaire je connaissais sa nana avant qui était à Strasbourg mais qui n'est plus à Strasbourg mais ...je pense que c'est un mec à nanas. Bon après dans leur truc à quarante il y a peut-être tout et n'importe quoi...c'est vrai je ne sais pas. Et l'autre non plus, l'autre c'était une histoire de nana, aussi.

PS : Je vous remercie beaucoup.

M9 : Et vous en avez encore pour combien de temps là pour votre thèse ?

PS : Bah je ne sais pas trop ...je pense qu'il me faut au moins 12-13 médecins.

M9 : Ils acceptent d'être interrogés ?

PS : C'est dur ! J'essaye de faire Haut et Bas-rhin, et après autant de femmes que d'hommes.

M9 : Oui hommes et femmes, Haut et Bas-Rhin, villes campagnes...Il fait faire ça oui. Mais c'est surtout tourné finalement vers l'homosexualité etc votre histoire. Finalement il n'y a pas tellement d'histoire de « comment cela se passe au pieu avec votre mari ? ».

PS : Ah oui, non !

M9 : Parce que quand vous m'avez téléphoné je pensais que c'était ça, et ca ..pfff...on ne pose pas de questions, on ne pose pas de questions.

PS : Oui effectivement pour ça c'est plus pour savoir si la sexualité ou l'orientation sont des thèmes et des motifs de consultations en médecine générale ou pas.

M9 : Bonne chance, au revoir.

PS : Au revoir.

Entretien 10

Femme de 38 ans

Fait partie du réseau VIH

Durée de l'entretien 26min 43

PS : Parle-moi de la dernière consultation où tu as parlé de sexualité avec un patient homme.

M10 : Oula... la dernière fois...c'était...oui avec un patient qui a eu une ablation des testicules...c'était une complication pour...il a été opéré en fait d'un cancer du côlon, il y a eu de complications infectieuses donc ils ont dû enlever les testicules. Et c'était à ce niveau. C'était il y a deux/trois semaines.

PS : Il avait quel âge le patient ?

M10 : Il a soixante-cinq.

PS : Et il venait vraiment pour ça ?

M10 : Non non, c'était un problème parmi d'autres en fait ...parce que l'urologue n'avait pas mis du coup de traitement de testostérone, et donc il posait la question « et ce qu'il faut le mettre ou pas ? »

PS : Parce qu'il avait des troubles de l'érection ?

M10 : Oui il y avait un problème de libido effectivement donc voilà.

PS : D'accord. Et donc ce n'était pas le motif de consultation.

M10 : Non c'était une des questions.

PS : Et il en a parlé spontanément quand même ?

M10 : Oui, c'est lui qui a posé la question effectivement oui.

PS : Et il était à l'aise ?

M 10 : Oui, assez oui oui. Après c'est vrai que c'est un problème qui traîne depuis longtemps, cela fait au moins... trois ans je crois ...et jusque-là il ne m'en avait pas parlé. Donc effectivement, est-ce que c'était une gêne pour lui ? Mais c'est vrai que je n'ai pas posé la question de savoir pourquoi il ne me l'a pas dit ni demandé avant. En fait c'est une histoire très compliquée, il y a eu des complications post opératoires, puis il y a eu une expertise car il y a eu des erreurs du chirurgien, et en fait c'est l'expert urologue qui lui a suggéré de mettre la testostérone. Et c'est pour cela que lui m'a posé la question.

PS : Et après c'est l'urologue qui va le suivre ou c'est toi, pour la testostérone ?

M10 : Bah du coup il doit revoir prochainement l'urologue effectivement, parce moi ...je ne sais pas trop ...ce n'est pas moi qui aurais introduit ce truc donc... je ne sais pas trop.

PS : Et de façon générale, quand tu parles de sexualité avec un homme ou une femme, tu te sens comment ?

M10 : Cela dépend aussi de la personne, mais ce n'est pas quelque chose qu'on aborde de façon systématique. Après je ne suis pas particulièrement très très gênée mais cela n'est pas effectivement le sujet le plus facile à aborder ça c'est sûr. Et les gens par contre sont gênés, souvent ils trainent un peu avant de poser les questions, quand il y a un souci ils disent « cela fait longtemps mais je n'ai jamais osé vous en parler ... mais maintenant cela devient vraiment un problème donc... ». Ou ils attendent que je les suive depuis un petit moment pour qu'ils se sentent vraiment en confiance et ils me disent « cela fait longtemps qu'on se connaît maintenant, donc je peux vous le dire ».

PS : Et quand toi tu es gênée, c'est par rapport à quoi ?

M10 : Ba c'est parfois on n'a pas forcément de réponse à donner, parce que les problèmes de libido ou le choses comme ça ...On fait un peu de la psychologie sur laquelle je n'ai pas forcément beaucoup de connaissance en fait, c'est surtout ça. C'est surtout ça. Quelle réponse à donner aux gens ? C'est surtout cela en fait.

PS : Et ce sont des motifs de consultations qui sont fréquents ou pas tant que cela ?

M10 : Pas tant que cela. Peut-être que des fois les problèmes existent mais que les gens ne parlent pas... mais pas tant que ça... je n'en ai pas une fois par semaine ça c'est sûr, moins de une fois par semaine.

PS : D'accord. En pratique, comment tu fais pour connaître l'orientation sexuelle de tes patients ?

M10 : Et bien ça souvent c'est par hasard ! Soit les gens spontanément en parlent en disant par exemple pour un homme qui parle de son compagnon « il » au lieu de « elle ». Ou alors spontanément comme ça, ou alors le compagne/compagnon vient avec. J'essayais à un moment donné de demander « compagne/compagnon ? » ... voilà... quand on commence à connaître les gens : « est-ce que vous êtes marié ? », « compagne/compagnon ? » mais c'est vrai que je ne le fais plus tellement parce que ...je ne sais même pas pourquoi je ne le fais plus de manière systématique mais c'est vrai que cela n'apportait pas forcément d'autre information nouvelle ou quoi que ce soit.

PS : Et donc tu le faisais plutôt une fois qu'il y avait déjà eu plusieurs consultations ?

M10 : Non pas forcément. Ou pour les premiers contacts quand on remplit le dossier médical aussi.

PS : Et tu penses que c'est important d'avoir connaissance de l'orientation sexuelle des patients ?

M10 : Pas forcément. C'est pour cela que je ne pose plus la question de façon systématique effectivement...Pas forcément.

PS : Et dans quel(s) cas c'est important ?

M10 : En fait je pense on va dire « non » plutôt parce qu'effectivement... plutôt « non ».

PS : D'accord. Les patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes que tu suis, ils ont quoi comme problème de santé ?

M10 : Effectivement il y a quelques problèmes d'IST parfois. Je suis en train de réfléchir s'il y a des problèmes spécifiques ... Il y a eu toute une période où il y avait eu une bonne épidémie de syphilis et là effectivement toutes les syphilis que je voyais c'était chez des patients hommes ayant des relations avec des hommes mais là cela à l'air de se calmer du coup je n'en vois plus. Donc là vraiment on pouvait dire « spécifiquement » mais sinon autrement... c'est parfois des IST mais pas si fréquemment que cela. Tous ce qui est chlamydia je l'ai aussi chez des personnes qui ont des relations hétérosexuelles exclusives donc il n'y a pas forcément de prédominance. Et puis les autres pathologies pas plus que cela. Voilà.

PS : D'accord, d'accord. Est-ce que tu peux me raconter la dernière consultation que tu as eu avec un patient homme qui avait des relations sexuelles avec des hommes ? Ou pas forcément la dernière mais la dernière dont tu te rappelles ?

M10 : (rires). Je ne sais même pas... Ah là si ce matin c'est un patient que je suis et qui a une infection à VIH et des problèmes de cancers multiples. Après moi aussi c'est un peu faussé car je fais partie d'un réseau de suivi des patients VIH, donc c'est vrai que je suis amenée à voir peut-être plus cette population là parce que malheureusement dans cette population il y a une prédominance. Oui voilà c'était ce matin.

PS : Et du coup il venait pour quoi ?

M10 : Là il venait pour un problème d'infection urinaire. Il fait des infections urinaires récidivantes en fait, sur un problème de diverticule.

PS : D'accord. Est-ce que tu penses que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite par le patient ou par le médecin ?

M10 : Je pense que c'est par le patient, s'il se sent en confiance, et s'il pense que c'est effectivement quelque chose à savoir.

PS : On sait que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes sont plus exposés aux IST. Toi, de ton point de vue médical, c'est quoi ta représentation de la sexualité entre hommes ?

M10 : C'est-à-dire qu'il y a un surrisque ?

PS : Pour toi ils viennent d'où ces risques plus importants d'IST chez la population des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M10 : Je ne sais pas... Est-ce que c'est effectivement de manière générale les hommes qui se protègent moins donc forcément là cela augmente le risque ? Je ne sais pas...

Ou je ne sais, la promiscuité sexuelle : parfois effectivement ce sont des personnes qui ne sont pas forcément en couple stable et qui ont des relations multiples occasionnelles et du coup les probabilités augmentent s'il y a plusieurs partenaires ? C'est peut-être cela mais effectivement je ne sais pas s'il y a un facteur qui pourrait expliquer cela.

PS : Est-ce que tu connais le traitement des IST (syphilis, chlamydia, gonocoque) ? c'est quelque chose avec laquelle tu es à l'aise ?

M10 : Oui, car on en voit souvent et j'ai eu plusieurs cas.

PS : Qu'est-ce que tu connais du chemsex ?

M10 : C'est le traitement préventif ?

PS : Non ça on va y venir après ...(rires). Le chemsex cela ne te dit rien ?

M10 : Cela ne me dit rien.

PS : C'est un mot né de la contraction des mot « chemical » et « sex » et cela désigne la consommation de substances psychoactives dans un but sexuel. Il y a différents types de substances qui peuvent être consommées mais à priori c'est plutôt tout ce qui est nouveaux produits de synthèse. Il y a aussi plusieurs modes de consommation, cela peut être inhalé, intra veineux, intra-rectal. Et les motivations pour le coup elles sont vraiment d'ordre majoritairement sexuel avec la recherche de désinhibition, de performance, de qualité des rapports... Les patients n'en parlent pas ?

M10 : Alors j'ai comme ça ... je n'ai pas le compte exact mais j'ai certains patients effectivement qui ont ce genre de pratique... oui oui tout à fait.

PS : Ils t'en ont parlé à quel moment ?

M10 : Il y en a un car il a vraiment des problèmes d'addiction aux drogues de manière générale, donc c'était un des problèmes qu'il avait évoqué. L'autre aussi, mais il avoue un peu moins : il parle de consommation de drogues et en le questionnant une fois j'avais posé la question. Et un autre... C'était pourquoi ? C'est un qui justement a le traitement préventif TRUVADA® pour ses situations et ses mises en danger.

PS : Et toi tu en penses quoi de cette pratique ?

M10 : Bah c'est sûr que cela augmente les risques donc...voilà... Je dis à chaque fois aux gens « vous êtes libres, vous faites ce que vous voulez dans votre vie sexuelle mais faites attention quand même parce qu'effectivement vous vous exposez à des risques car il y a moins de contrôle conscient de ce que vous faites ».

PS : Et quand tu parles avec eux tu as l'impression qu'ils en sont conscients de ces risques ou pas ?

M10 : En général oui, ils savent ! Mais voilà ils font quand même effectivement. Ils savent mais voilà !

PS : Ils le disent comme cela : « je sais mais je le fais quand même ?

M10 : Oui oui ! « Je sais je m'expose à des trucs mais voilà ».

PS : Et les trois patients dont tu m'as parlé ce sont des jeunes ?

M10 : Il y en a un un peu moins jeune il a la quarantaine, l'autre la trentaine, et l'autre pas loin des trente et quelques.

PS : Et donc les trois ils prennent ces substances dans un but sexuel ?

M10 : Oui.

PS : D'accord. Et c'est eux qui t'en ont parlé spontanément ?

M10 : Euh...alors ... dans quel contexte on en avait parlé ? Euh...Celui qui est en traitement préexposition c'est moi qui lui avais posé la question, et les deux autres c'est quand on a évoqué

les problèmes de prises de drogues qu'ils avaient, ils me disaient les formes de drogues qu'ils prenaient.

PS : Et ils t'ont dit que c'était dans ce contexte ?

M10 : Oui.

PS : Alors est-ce que tu peux me parler de la PrEP, le traitement préexposition ? Ce que tu en sais.

M10 : Donc c'est un traitement...C'est vrai que ce n'est pas nous qui introduisons mais on travaille en collaboration. C'est à priori proposé aux personnes qui sont particulièrement à risque, qui ont des conduites sexuelles à risques, non protégées. Ce traitement qu'ils donnent est à prendre avant les rapports à risques...voilà...Après il y a tout un suivi médical effectivement par rapport aux toxicités éventuelles du TRUVADA®, faire des prises de sang biologiques spécifiques par rapport au TRUVADA®, aussi la surveillance des IST : VIH chlamydia et compagnie, il faut régulièrement programmer des bilans.

Celui qui est sous PrEP il le prend quasiment en continue en fait. J'en ai qu'un en PrEP actuellement... je réfléchis...Oui il y en a qu'un. Il y en a un autre qui voulait mais finalement ce n'est pas un patient à moi donc du coup je ne le suis plus. Donc je n'en ai qu'un.

PS : Et du coup pour toi c'est quoi le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?

M10 : C'est plus le suivi du coup. Le suivi : les risques de toxicité, le suivi dépistage des MST, vérifier et être sûr qu'il le prend bien régulièrement, quand il y a une IST chlamydia et compagnie la traiter...

PS : Et toi tu renouvelles ou pas ?

M10 : Oui, oui, oui...Celui qui l'a effectivement je le renouvèle, et il voit une fois par an le médecin hospitaliser pour valider le traitement.

PS : Et dans l'intervalle c'est toi qui renouvelles ?

M10 : Tout à fait. De toute façon on est régulièrement en contact avec eux donc si on a la moindre question soit je les appelle soit j'envoie un mail et ils nous disent « il faut faire ça comme ça, comme ça ».

PS : Et toi tu en penses quoi de ce traitement, c'est quoi ton avis là-dessus ?

M10 : Moi je pense que c'est une bonne chose effectivement, que cela peut réduire effectivement le taux d'infection des personnes qui se mettent particulièrement en danger à ce niveau-là. Je pense que c'est une bonne chose effectivement.

PS : D'accord. Et tu as beaucoup de patients qui viennent te voir en disant « j'ai entendu parler de ce traitement, est-ce que vous pouvez m'en parler ? Est-ce que vous pouvez me le prescrire ? »

M10 : Là non. Comme dit il y a juste un autre avec qui j'ai un peu parlé et à qui j'ai donné les coordonnées du médecin avec qui je suis en contact à l'hôpital pour qu'il prenne contact et discuter. Mais après ce n'est pas mon patient donc on s'est perdus de vue entre temps.

PS : Comme tu disais, la prescription initiale doit se faire en milieu hospitalier ou dans un CeGIDD mais c'est en discussion qu'à terme, éventuellement, le médecin généraliste puisse primo-prescrire la PrEP.

M10 : D'accord

PS : Tu penses que c'est une bonne chose ?

M10 : Bah oui car il y a peut-être des patients que cela limite un peu de voir quelqu'un d'autre qu'ils ne connaissent pas. Donc cette démarche peut élargir le public qui est touché donc cela peut-être une bonne idée. Moi je n'ai pas eu de demande des patients qui la voulaient mais qui ne voulaient pas aller à l'hôpital... Mais si cela est une possibilité oui, pourquoi pas.

PS : Et toi tu serais prête à le faire ?

M10 : Oui, bah oui oui oui.

PS : Là du coup tu as eu une formation ou pas du tout ?

M10 : Non non non j'avais eu une formation dans le cadre du réseau du suivi VIH mais c'était avant que la PrEP soit mise en place. Et depuis les trucs de formation continue n'ont pas réussi à faire d'autres formations donc...

PS : Et le patient que tu suis qui est sous PrEP, il est sous PrEP depuis peu ?

M10 : Cela fait maintenant plus d'un an je crois ...C'était quasiment quand cela a commencé en fait, il l'a eu direct...je ne sais plus...il me semble qu'il a eu récemment un contrôle donc cela doit faire un an.

PS : Et est-ce que tu penses qu'il existe des recommandations en vigueur qui soient liées à l'orientation sexuelle ?

M10 : Oui il y a pour l'hépatite A, je crois que j'ai entendu ça. Je n'ai pas vu exactement la recommandation...je ne me suis pas intéressée à ça ...mais il me semble. Notamment par rapport aux patients qui sont suivis pour le VIH il y effectivement maintenant de manière systématique dans les conclusions « vaccination hépatite A à faire » donc je crois qu'à ce niveau-là il y a cela mais je ne sais pas la recommandation exacte.

PS : C'est pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Une première injection à M0 et un rappel 6 mois ou un an après.

M 10 : Ils ont fait cela car il y avait effectivement une épidémie d'hépatite A constatée ?

PS : Franchement je ne sais pas.

M10 : Parce que moi je n'ai jamais vu d'hépatite A chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, donc j'étais étonnée par ces recommandations-là. Et même les patients ils ont du mal à comprendre pourquoi tout d'un coup ils doivent se faire vacciner par rapport à ce truc ... il y a souvent une petite résistance.

PS : Ils sont au courant ?

M10 : Ils sont au courant justement parce que les médecins leur disent de se faire vacciner pour ce truc là, mais « le pourquoi du comment » effectivement...A chaque fois que je vois le truc je me dis qu'il faut que je me renseigne pour savoir quels sont les trucs à faire et pouvoir mieux expliquer clairement.

PS : Et tu penses qu'il y en a d'autres des recommandations vaccinales ?

M10 : Alors... chez les gens sains sans infection ?

PS : Oui chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

M10 : Il y a le papillomavirus aussi effectivement je crois. Je ne sais pas si cela est systématique mais il me semble. Et je ne sais pas mais il n'y a pas d'AMM encore pour les hommes pour le faire ?

PS : La recommandation pour GARDASIL® ou GARDASIL9® pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à vingt-six ans révolus. Le schéma c'est M0-M2-M6 et la recommandation précise quand même que le bénéfice est d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle est récent et que le nombre de partenaires sexuels est faible.

M10 : D'accord...mais bon pour les ados c'est ...(rires). Souvent il y a les parents qui sont avec donc ce n'est pas forcément... Alors récemment j'ai vu un truc... je ne sais pas si les parents pensent effectivement que leur garçon est ... ou s'ils en ont parlé avec leur fils mais c'est des parents qui ont demandé à ce que leur fils soit vacciné contre le papillomavirus, et le gamin il a douze ans. Peut-être qu'ils pensent que ...Ils ont aussi des filles qui sont vaccinées par rapport au GARDASIL® et peut-être que c'est signe d'égalité. Je pense que de toute manière générale je pense qu'il faudrait vacciner les garçons de manière générale et pas que les hommes qui ont des relations avec des hommes. Car mine de rien les femmes c'est aussi leur conjoint hétéro qui les contamine. Enfin c'est une opinion personnelle que cela devrait être la même chose pour les filles et les garçons mais ça c'est encore un autre débat je pense (rires).

PS : Et du coup le garçon que tu as vacciné tu l'avais vu avec les parents ?

M10 : Oui avec les parents. Enfin j'ai fait l'ordonnance mais je ne l'ai pas encore revu pour le vacciner en fait. Ils m'ont demandé « est ce qu'est possible ? », j'ai dit « oui, ce n'est pas remboursé encore car ça n'a pas l'AMM encore mais c'est tout à fait possible ».

PS : D'accord. Et ils étaient au courant comment ?

M10 : Parce que en fait leurs filles sont vaccinées contre le GARDASIL® donc ils m'ont demandé : « est-ce qu'on peut vacciner notre fils aussi ? », j'ai dit « oui effectivement c'est les garçons et les filles, je suis effectivement tout à fait pour, on peut le vacciner sans problème. »

PS : Et est-ce que pareil tu penses qu'il existe des recommandations établies pour une fréquence de dépistage des IST chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes à risque ?

M10 : En théorie c'est tous les trois mois, mais c'est la théorie. Après en pratique ...Bon souvent ceux qui ont quand même des pratiques un peu à risque ils vont spontanément soit me demander des ordonnances de contrôle, soit ils vont au centre de dépistage gratuit. Donc chez les gens qui en parlent et qui avouent avoir eu des conduites à risques, on voit quand même qu'ils ont ces suivis assez réguliers. Mais c'est vrai qu'effectivement de moi-même je ne recherche pas les HSH à risques quoi.

PS : C'est des patients homosexuels ?

M10 : Oui, et les hétéros d'ailleurs aussi.

PS : Et tu fais quoi comme biologie tous les trois mois ?

M10 : VIH, syphilis, hépatite B s'ils ne sont pas vaccinés, hépatite C de façon assez systématique même s'il n'y a pas forcément des conduites type drogues et tout ça, mais on ne sait jamais et puis on ne sait jamais à quel point c'est traumatique. Et un dépistage urine chlamydia et gonocoque.

PS : Mais je trouve que c'est intéressant parce qu'en fait au final tu me dis que tu ne demandes pas vraiment l'orientation sexuelle des patients, que tu trouves que cela n'a pas forcément d'intérêt, mais à la fois de toi-même tu me dis bien que tu sais qu'il y a des recommandations qui sont liées à l'orientation sexuelle. Pourquoi en pratique cela ne te pousse pas à demander l'orientation sexuelle pour pouvoir appliquer ces recommandations à tes patients ?

M10 : Je ne sais pas car par exemple pour le papillomavirus je pense que ce n'est pas forcément l'orientation sexuelle qui devrait déterminer le fait de se faire vacciner.

Pour l'hépatite A...oui c'est peut-être une erreur de ma part effectivement... qu'il faudrait que je le fasse de façon plus systématique...mais quelque part c'est un peu discriminant de se dire qu'on cible juste les hommes qui ont des relations avec les hommes. Cela me paraît un peu discriminant je trouve. C'est parfois compliqué car ce sont déjà souvent des populations qui vivent un peu au quotidien avec une certaine discrimination, donc si au niveau médical on met aussi un stigmate et qu'on dit « parce que vous avez des relations avec des hommes...hop je dois vous vacciner pour ça... ». C'est aussi cela ma limite : de devoir leur remettre une pression médicale alors qu'ils ont déjà une pression au niveau social, même si effectivement potentiellement il y aurait un risque... pour l'hépatite A, mais il faut que je lise les trucs car je ne sais pas d'où vient cette recommandation. Mais c'est aussi parfois un petit peu par rapport à cela.

PS : Et du coup les patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes que tu suis, à priori si j'ai bien compris ils ne sont pas vaccinés pour l'hépatite A et le GARDASIL® ?

M10 : Non. Parce que là je réfléchis effectivement même mes patients VIH... :

Papillomavirus : non, hépatite A : il y en a qui ne veulent pas même si effectivement le spécialiste le recommande fortement mais ils disent « celui-là je ne veux pas le faire ».

PS : D'accord. Et comment toi tu évaluerais tes connaissances vis à vis de tout cela, tout ce dont on vient de parler, les recommandations un peu spécifiques...C'est quelque chose avec lesquelles tu es à l'aise ?

M10 : Ben du coup ... comme dit l'hépatite A, non ...c'est surement mon erreur mais je ne me suis pas trop renseignée pour le moment. Pour le papillomavirus : j'entends un peu parler mais je ne me suis pas renseignée plus que cela, et je n'ai pas vu passer de papiers officiels en tout cas/de recommandations par rapport à ça quoi...Comme dit je le sais de manière un peu indirecte par rapport aux suivis spécifiques de malades que j'ai mais bon c'est une population un peu plus concentrée à ce niveau. C'est surement aussi mon erreur, j'aurai dû chercher un peu maintenant que je sais qu'il y a des recommandations.

PS : Et par rapport aux prélèvements à effectuer, savoir si par exemple c'est un bilan sanguin, si c'est urinaire, si c'est un prélèvement urétral, c'est des choses avec lesquelles tu es à l'aise ou pas trop ?

M10 : Oui, assez oui.

PS : Et quand tu as un doute, tu regardes sur quel site, ou sur quel manuel ?

M10 : Pourquoi ?

PS : Pour les traitements, ou pour les vaccins...

M10 : Pour les vaccins il y a le truc de recommandations : le calendrier vaccinal officiel.

Pour le traitement il y a Antibioclic, je regarde systématiquement si jamais j'ai un petit doute mais en général je connais bien. Voilà...c'est surtout cela.

PS : Et est-ce que tu connais un site ou un outil d'aide pour la prise en charge des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes spécifiquement ?

M10 : Non. Ça existe ?

PS : Non. Mais justement est-ce que tu trouverais que cela soit bien qu'il y ait quelque chose qui soit créé ? Sous forme d'un site, d'une appli ou d'une fiche conseil ...Ou tu trouves que cela ne serait pas forcément nécessaire ?

M10 : Je ne sais pas si c'est forcément nécessaire plus que cela, pas forcément.

PS : Ça marche, il n'y a pas d'obligation.

Entretien 11

Femme de 53 ans

Entretien téléphonique

Durée de l'entretien 20 min 30

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes

M11 : Alors...euh... je n'en sais rien. Peut-être des patients qui me parlent de troubles de l'érection, c'est tout ce que j'ai, c'est tout. Mais je ne peux pas vous dire quand c'était, peut-être il y a un mois... deux mois ...je ne sais plus.

PS : C'est un motif de consultation qui est fréquent les troubles de l'érection ?

M11 : Moi il se trouve que je travaille avec mon mari, qui est donc un homme, et que forcément même mes patients hommes qui veulent consulter pour ce genre de problèmes vont plus volontiers chez mon mari que chez moi. Donc j'ai très peu moi finalement de consultations avec des hommes qui me parlent de problèmes de sexualité.

PS : Et avec des femmes c'est plus fréquent ?

M11 : Oui mais vous savez moi je travaille en campagne, je ne suis pas en ville ! Donc cela change un petit quand même.

PS : Au niveau de la fréquence ?

M11 : Les gens ne parlent pas, très peu.

PS : Et vous pensez que cela est lié au fait de votre exercice en campagne ?

M11 : Oui, ah j'en suis clairement persuadée, clairement persuadée.

PS : Ah oui, ah ok...C'est intéressant. Et même si vous n'en parlez pas souvent : quand vous abordez la sexualité en consultation avec des hommes ou des femmes, comment vous vous sentez ?

M11 : Pas forcément très à l'aise car je n'ai pas l'habitude. C'est tellement rare que je n'ai pas forcément l'habitude. Après je sais mettre des mots et expliquer certaines choses mais c'est vrai que cela est tellement rare ...ce n'est pas un exercice fréquent chez moi.

PS : Comment vous faites pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients hommes ?

M11 : J'attends qu'ils m'en parlent eux-mêmes. Et c'est vrai où il y a des fois où j'ai des gros doutes et c'est assez marrant parce qu'eux même arrivent à tourner leurs phrases de manière à ce que je ne sais jamais si le partenaire et « un » ou « une », et cela peut mettre des mois avant que d'un coup ils me parlent de « il ». Mais moi je ne vais pas...je ne force pas...j'attends que cela vienne d'eux.

PS : Vous pensez que c'est important de connaître l'orientation sexuelle ?

M11 : Honnêtement non. Moi personnellement cela ne change pas ma prise en charge.

PS : D'accord, d'accord. Pensez-vous que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite à l'initiative du patient ou du médecin généraliste ?

M11 : Moi je pense que c'est à l'initiative du patient.

PS : Pourquoi ?

M11 : Euh... pour moi ce n'est pas un aspect médical, ce n'est pas un problème médical, c'est un problème personnel et cela ne fait pas partie de mon interrogatoire médical. De la même manière que je ne leur demande pas « ce qu'ils aiment manger » ...J'estime que c'est quelque chose de personnel et que cela ne fait pas partie de l'interrogatoire médical. C'est par respect en fait, voilà.

PS : Quels sont les problèmes de santé de vos patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M11 : Alors...vraiment je n'en ai pas beaucoup des homosexuels moi. Euh...je n'en ai pas beaucoup et quand ils viennent me voir ce n'est pas pour des problèmes qui sont liés à leur homosexualité. Que je réfléchisse...

PS : Prenez votre temps...

M11 : Je réfléchis...Les quelques homosexuels que j'ai ne viennent pas me voir pour des problèmes liés à leur homosexualité donc je ne sais pas, je ne peux pas vous répondre.

PS : Ils viennent vous voir par rapport à quoi ?

M11 : Parce qu'ils ont une bronchite, parce qu'ils ont de la tension, parce que voilà...des choses qui n'ont rien à voir.

PS : Du tout-venant comme les autres patients ?

M11 : Exactement, exactement.

PS : Si vous vous rappelez, pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M11 : Bein oui j'ai un patient que je suis depuis longtemps, je ne sais pas... c'est bête car cela ne repose sur rien mais je me disais « je pense que ce monsieur homosexuel » mais il ne me disait rien, il me disait tout le temps « on part en vacances », « je vais chez mes beaux-parents », « on a fait ci » et puis un jour il m'a dit « il » et puis c'est tout. Il a vu que chez moi cela ne provoquait rien, car cela n'est pas un problème ! Mais on n'en a jamais vraiment parlé... C'est pour cela quand vous m'avez téléphoné l'autre jour je me suis dit que je ne suis pas sûre de vous être d'une grande aide car honnêtement je ne suis pas beaucoup confrontée aux relations homosexuelles. J'ai un couple d'homosexuelles femmes mais pas de couple d'hommes. Mais je soigne un couple d'homosexuelles femmes.

PS : Vous pensez que le fait que vous soyez une femme c'est plus facile pour les femmes homosexuelles de vous le dire que pour les hommes homosexuels ?

M11 : Je pense. Je pense, oui. Tout ce qui attire à la sexualité d'ailleurs. Une femme parlera plus volontiers de sa sexualité avec une femme qu'avec un homme, et un homme parlera plus volontiers de sa sexualité avec un homme qu'avec une femme. Que ce soit de l'hétérosexualité ou de l'homosexualité.

PS : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont davantage exposés aux IST. De votre point de vue vous de médecin, quelle est votre représentation de la sexualité entre hommes ?

M11 : Je ne sais pas. Comment je me la représente ? Mais comme la sexualité entre deux personnes, que ce soit entre hommes ou entre femmes.

PS : Selon vous, d'où vient ce sur-risque d'IST dans la population des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M11 : Peut-être parce qu'ils utilisent peut-être moins le préservatif...je n'en sais rien, je ne me suis pas posée la question.

PS : Donc plutôt par défaut de prévention ?

M11 : Oui peut être.

PS : Connaissez-vous le traitement des IST (syphilis, chlamydia, gonocoque) ?

M11 : Oui je le connais en théorie. Oui. J'ai été amené à traiter il n'y a pas longtemps encore une syphilis, il y a moins d'un mois. Voilà.

PS : C'était chez un homme ou chez une femme la syphilis ?

M11 : Chez un couple, les deux étaient contaminés.

PS : Un couple hétérosexuel ?

M11 : Un couple hétérosexuel.

PS : Le traitement de ces IST c'est quelque chose avec lequel vous êtes plutôt à l'aise ?

M11 : A l'aise non, car ce n'est pas un traitement que je fais quotidiennement, loin de là. Mais je sais le gérer.

PS : Et par rapport au type de prélèvement à effectuer, savoir si c'est un bilan sanguin, urinaire... C'est des choses avec lesquelles vous êtes à l'aise ou pas trop ?

M11 : Alors je me renseigne...Je pense connaître...et puis après je discute parfois avec les biologistes, on échange. Par exemple les chlamydias maintenant je sais qu'il faut faire une PCR sur les urines, voilà je le sais maintenant, on échange avec le labo souvent.

PS : C'est souvent le biologiste votre interlocuteur par rapport à ça ?

M11 : Oui souvent.

PS : Que connaissez-vous du chemsex ?

M11 : Du quoi ?

PS : Du chemsex.

M11 : (rires). Je ne sais pas ce que c'est.

PS : C'est un mot qui est né de la contraction des mots « chemical » et « sex » en anglais. En fait c'est l'usage de substances psychoactives en contexte sexuel. Actuellement c'est une pratique qui est surtout décrite dans la population des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, donc soit les homos soit les bi. Il y a divers produits qui peuvent être consommés mais généralement ce sont les nouveaux produits de synthèse. Il y a également différents modes de consommation aussi. Les consommations peuvent être orales, inhalées, intraveineuses, intra-rectales. Les motivations sont majoritairement d'ordre sexuel avec la recherche de désinhibition, de performance, le fait d'augmenter la qualité des rapports, d'augmenter la sensation d'être en phase avec son partenaire...Ce sont des choses dont les patients ne vous ont jamais parlé en pratique ?

M11 : Jamais. Mais je vous le dis encore une fois je suis en campagne. Je pense que c'est très différent par rapport à un milieu très urbain. Vraiment, je crois qu'il y a vraiment une grosse différence. Moi je n'ai jamais entendu. Evidemment aucun de mes patients ne m'en a jamais parlé. En campagne on ne parle pas de sexualité, c'est terrible mais c'est la vérité.

PS : Vous en pensez quoi de cette pratique ?

M11 : Bah... Vous me prenez un peu de court là...J'ai tendance à me méfier... à me méfier de choses qui pourraient peut-être potentiellement apporter des troubles quelconque c'est tout.

PS : D'accord. Parlez-moi de la PrEP.

M11 : De la quoi ?

PS : De la PrEP, la prophylaxie préexposition.

M11 :

PS : Est-ce que c'est quelque chose dont vous avez entendu parler ?

M11 : Non.

PS : D'accord. La PrEP c'est une nouvelle stratégie dans la prévention du VIH, qui est destinée aux hommes et aux femmes séro-négatifs mais à haut risque de transmission. En pratique c'est du TRUVADA®. Cela diminue le risque d'infection pour le VIH mais cela n'a aucun effet préventif sur les autres IST, ni sur les infections transmissibles par le sang comme l'hépatite C, donc finalement le préservatif reste donc recommandé.

M11 : Mais quel est l'intérêt puisqu'il faut quand même leur faire comprendre que rien ne remplace le préservatif ?

PS : Tout à fait.

M11 : Quel est l'intérêt si ce n'est de se rassurer faussement ?

PS : Effectivement les avis sont extrêmement partagés sur l'existence de ce traitement, vous vous en pensez quoi ?

M11 : Moi je pense que cela va probablement faussement rassurer les gens en se disant que « comme cela ils ne risquent rien », et que cela va entraîner d'autres infections. Personnellement moi je suis contre, enfin comme ça de ce que vous m'en dites, je suis contre. Tout ce qui va limiter l'usage du préservatif est forcément un mauvais calcul.

PS : D'accord, oui oui j'entends bien. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la PrEP ?

M11 : C'est d'informer que rien ne remplace le préservatif, pour moi.

PS : Est-ce que vous avez des patients qui prennent ce traitement ?

M11 : Non, pas à ma connaissance.

PS : Actuellement, la prescription initiale de PrEP doit se faire en milieu hospitalier ou dans un CeGIDD, et le médecin généraliste peut renouveler ce traitement. Il est actuellement en discussion une primo-prescription par le médecin généraliste. Est-ce que vous pensez que c'est une bonne chose que le médecin généraliste puisse à terme primo-prescrire la PrEP ?

M11 : Bah dans le même cadre que ce que je vous disais tout à l'heure, pas forcément car moi je pense que ce n'est pas une bonne solution que de vulgariser ce traitement. Parce que cela va faire baisser les gardes de protection, voilà.

PS : Et vous vous seriez du coup plutôt pas prête à le faire si c'était possible ?

M11 : Bein non, voilà. Non.

PS : Est-ce que vous pensez qu'il existe des recommandations en vigueur qui soient liées à l'orientation sexuelle des patients ?

M11 : Euh...mais je ne suis pas sûre que les recommandations changent forcément quand le patient est homosexuel ou quand le patient est hétérosexuel...je ne suis pas sûre. Mais ma connaissance est peut-être limitée. Je ne sais pas. Je me dis les recommandations sont valables quelques soient le type de relations sexuelles qu'on a.

PS : Et là vous pensez à quoi quand vous dites cela par exemple ?

M11 : Au préservatif par exemple.

PS : Oui oui, ça effectivement, effectivement. Et par exemple il existe une recommandation pour le GARDASIL® ou le GARDASIL 9® pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus. Ça c'est quelque chose dont vous aviez entendu parler ou pas ?

M11 : Oui, j'en ai entendu parler, mais je ne l'ai encore jamais prescrit à des hommes. Mais effectivement j'en ai entendu parler, mais il n'y a pas longtemps et je ne sais plus comment, de ce GARDASIL® qu'on pourrait prescrire à des hommes.

PS : Et est-ce que vous avez entendu parler d'autres recommandations vaccinales ?

M11 : Non.

PS : D'accord. Il y a aussi pour l'hépatite A. C'est une recommandation pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. C'est un schéma vaccinal avec une première injection M0 et un rappel six mois ou un an après.

M11 : D'accord. Non je ne savais pas.

PS : Pour l'hépatite B ce n'est pas spécifiquement pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes mais c'est quand même marqué pour les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples.

M11 : Mais ça ce n'est pas forcément hommes ou femmes ?

PS : Non, tout à fait.

M11 : Ce n'est pas forcément homo ou hétéro ?

PS : Non tout à fait.

M11 : C'est homo ou hétérosexuels. C'est pour cela que je disais que je ne connaissais pas de vaccinations qui étaient spécifiquement homosexuelles.

PS : Ah oui d'accord... je comprends ce que vous avez compris de ma question.

M11 : J'ai juste une question, vous en avez pour combien de temps encore ? Car là je dois repartir en visite. Il y en a pour combien de temps encore ?

PS : Euh...cinq-dix minutes je pense.

M11 : 5 minutes alors.

PS : Connaissez-vous la fréquence de dépistage des IST recommandée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes mais qui sont à risque du fait par exemple de leurs pratiques ?

M11 : Non...je ne sais pas. Je n'ai pas spécifiquement de fréquence homosexuelle quoi voilà.

PS : Alors juste ce qui est recommandé c'est un dépistage tous les trois mois pour le VIH, l'hépatite C, le gonocoque et le chlamydia, et tous les ans au moins pour la syphilis.

M11 : D'accord, ok. Mais ça c'est spécifiquement homosexuel ou c'est même pour l'hétérosexuel qui va à droite à gauche ?

PS : Pour les hétérosexuels c'est les recommandations....euh...collectives

M11 : Je ne savais pas pour les HSH

PS : Comment évalueriez-vous vos connaissances concernant les spécificités de santé des patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, en particulier du coup sur le plan vaccinal et du dépistage ?

M11 : Bah du coup pas très bonne. Comme je vous le disais je pense que je ne suis pas très... parce que je ne suis pas très concernée. Donc je pense que je ne suis pas très bonne.

PS : Et comment on pourrait vous aider dans la prise en charge de ces patients ?

M11 : Peut-être par des articles ou des formations en lignes, je n'en sais rien.

PS : Et actuellement, quels sont vos outils d'aide ?

M11 : Beaucoup internet... enfin des formations en lignes.

PS : Ça marche, je vous remercie.

M11 : Je vous en prie, je suis désolée je n'ai pas été très...voilà...

PS : Mais non tout est intéressant, ne vous excusez pas il n'y a aucun problème.

M11 : Bonne journée, bonne thèse.

PS : Vous aussi, au revoir.

M11 : Au revoir.

Entretien 12

Homme de 45 ans

Durée de l'entretien 1h04

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un de vos patients hommes

M12 : Ouais...de sexualité ?

PS : Oui.

M12 : Ba c'était plus dans le cadre de troubles érectiles alors. Ah non non non non c'était samedi, un homosexuel qui vient souvent pour faire des dépistages de MST.

PS : D'accord. Et là c'était dans ce contexte-là ?

M12 : Oui il vient souvent pour des petits bobos, parce qu'il a beaucoup de petits bobos, mais c'est souvent l'occasion effectivement de demander des dépistages.

PS : D'accord. Et il a déjà eu des infections sexuellement transmissibles, ou les bilans reviennent négatifs à chaque fois ?

M12 : Ils reviennent négatifs.

PS : C'est un patient qui a quel âge ?

M12 : Il a une trentaine d'années.

PS : De manière un peu générale, quand vous parlez de sexualité avec des patients hommes ou femmes, comment vous vous sentez ?

M12 : Cela ne me pose pas de problème, j'ai beaucoup de patients- je ne sais pas si c'est lié au quartier ou à mon âge- mais c'est vrai que j'ai beaucoup de patients hommes homosexuels et des couples homosexuels femmes dont certaines ont eu des enfants d'ailleurs. Voilà...Non non moi je vis cela très librement avec tout le détachement qu'il faut de part notre éthique. Cela ne me pose pas de problème de parler du sujet. Après comme c'est comme c'est quelque chose de très personnel il y a des gens qui mettent du temps à aborder certains sujets, effectivement. Dans le cadre des troubles érectiles par exemple j'ai encore eu récemment -c'est pour cela que je pensais à cela en premier- la fameuse prescription de pilule bleue qu'il faut prescrire à la fin de la consultation à l'extrême limite (rires), cela je l'ai eu pas plus tard que la semaine dernière. Mais non non je n'ai pas de soucis par rapport à cela.

PS : Quand vous dites que vous avez beaucoup de patients homosexuels, à peu près c'est combien ?

M12 : C'est difficile car d'abord d'un on ne connaît pas l'orientation sexuelle de tout le monde et ce n'est pas quelque chose que je note dans un dossier par exemple. Vous me parliez tout à l'heure du dossier partagé mais ce n'est pas quelque chose qu'on note, enfin pas moi. Mais je pense qu'on doit avoir...c'est difficile d'évaluer mais de prime abord au moins une bonne trentaine à quarantaine de patients homosexuels femmes ou hommes, et bisexuels aussi. Car ça aussi des histoires compliquées de couples sur la bisexualité...(rires).

PS : C'est fréquent le fait que vous abordiez la sexualité en consultation ?

M12 : Non, ce n'est pas fréquent. Cela rentre souvent plus dans le cadre de problèmes psychologiques : donc c'est des gens qui viennent parler de problèmes psy, de dépression etc et qui vont à travers cela parler de ça. Après il y a bien sûr aussi le travail de prévention qu'on peut avoir et qu'on aura à travers la prévention lorsqu'on fait les injections de GARDASIL®, les prescriptions de pilule...Moi je parle souvent protection, de prise en charge et de dépistage. Je dis aussi aux gens qui me demandent : « vous avez des centres de dépistages gratuits il ne faut pas hésiter », « surtout vous n'hésitez pas à m'appeler » car il y en a qui reviennent régulièrement mais d'autres moins et on sait bien que parfois ils ont des vies un peu débridées en terme de sexualité, je suis de ce côté-là assez disponible, je leur dis sans problème « appelez-moi si vous avez besoin d'une ordonnance pour une prise de sang ou n'importe n'hésitez pas ».

PS : Pour tous les patients ou que pour les patients homosexuels ?

M12 : Pour tous les patients qui me demandent des dépistages. C'est vrai que parfois les gens ça les pèse de venir me demander un dépistage de MST. Moi j'essaye qu'ils aient vraiment l'impression que je suis très ouvert par rapport à cela et qu'ils n'aient pas d'hésitation. Pour moi c'est la base de dire voilà « il faut mieux faire quinze prises de sang que zéro sous prétexte qu'on n'a pas osé ou pas fait la démarche ». C'est vrai que j'essaye d'être le plus cool avec cela pour que les gens n'aient pas d'a-priori à en parler et à se faire dépister par exemple pour les MST. Après ce n'est pas quelque chose que j'aborde systématiquement ou que je vais facilement aborder pour autant. Je pense que cela tient quand même beaucoup au côté personnel. On est là, certes, pour aider les gens, pour les soigner et heureusement aussi pour faire de la prévention, mais maintenant encore une fois les conduites sexuelles c'est pour moi quelque chose qui a rapport à l'intimité donc après si on l'expose à un médecin c'est parce qu'on estime qu'on a un problème avec ça, même s'il y a un discours à avoir je pense au niveau des jeunes, qu'on essaye d'avoir...voilà....

PS : En pratique comment vous faites pour connaître l'orientation sexuelle de vos patients ?

M12 : C'est à la fois difficile de poser la question et encore une fois : est-ce que cela change la donne pour nous en termes de prise en charge médicale ? Car c'est cela la question : est-ce que cette information va changer quelque chose ? Dans l'absolu je ne pense pas.

Même si on peut dire qu'on a des critères effectivement pour des groupes à risque ou des choses comme cela, moi je reste persuadé encore une fois que c'est de l'intimité et que si les gens veulent nous en parler ils nous en parleront. Après il y a des gens qui ont une étiquette assez vite parce qu'on les voit arriver avec une certaine façon de s'habiller et de se comporter etc... on se dit « bon » ... Il y en a qui viennent avec leur copain ou leur copine, il y en a qui en parle volontiers...C'est aussi l'avantage du médecin traitant : on a une relation de confiance qui fait qu'à un moment les gens vont s'ouvrir, parler de leurs pratiques ou de leur orientation. C'est encore pour cela que moi perso je ne veux pas mettre une étiquette sur le front des gens. Encore une fois je ne pense pas que cela ait un intérêt majeur pour moi dans ma prise en charge de savoir « qu'il est homosexuel ou pas » ou « qu'il est bisexuel ou pas ».

PS : Vous pensez que d'un point de vue médical il n'y a pas forcément besoin d'avoir connaissance de l'orientation sexuelle ?

M12 : Ouais, à mon avis. Après effectivement cela peut avoir un impact mais c'est leur orientation sexuelle qui a un impact sur leur santé ou leur façon d'être, leur psychologie qui va avoir un intérêt pour moi de le savoir, pour pouvoir les prendre en charge correctement. Je pense qu'à la limite, quelque part, il y a plein de choses qu'on ne connaît pas de nos patients et quelque part c'est peut-être aussi bien. Je pense qu'ils ont besoin aussi d'avoir certaines choses dont ils ne vont pas faire part à leur médecin, c'est un peu leur secret et leur intimité. Est-ce que de tout savoir de nos patients fera qu'on les soignera mieux ? Ça c'est très philosophique... je ne sais pas mais je ne suis pas sûr.

PS : Et du coup, si je comprends bien, vous pensez-que la mention de l'orientation sexuelle doit plutôt être faite à l'initiative du patient ?

M12 : Ouais. Effectivement si lui il vient avec un problème en disant « je suis homosexuel, j'ai telle ou telle activité du coup j'ai un risque car j'ai fait si ou ça, ou j'ai un problème. », à ce moment-là oui. Mais encore une fois vous ne verrez aucun de mes dossiers où c'est noté.

PS : Même pour ceux dont vous savez ?

M12 : Oui ce n'est pas noté car pour moi quelque part c'est comme la religion : je ne marque pas s'il est musulman... Il y a certains confrères qui notent quand il y a effectivement des choses particulières comme les témoins de Jehova par rapport aux transfusions mais parce que cela a un intérêt dans notre conduite thérapeutique ou dans l'urgence. Quelque part c'est le noter comme si cela avait un caractère pathologique. A la limite si on le note, on le note dans quoi ? Dans antécédent ? Vous allez adresser quelqu'un aux urgences vous ne faites pas gaffe...homosexualité on va prendre cela pour une pathologique en fait. Mais alors on peut

aussi mettre hétérosexualité aussi vous voyez ? A la limite le mentionner pour tout le monde. « Sexe, adresse, orientation sexuelle ». Mais à ce moment c'est peut-être aussi marquer la religion aussi, et quelque part c'est faire de la discrimination je trouve.

PS : Ok je comprends. Quels sont les problèmes de santé de vos patients hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M12 : Ba moi c'est essentiellement les MST : c'est surtout des pathologies anales : des condylomes, des choses comme cela, des transmissions.

Et puis c'est aussi parfois pas mal de maladies psychologiques dans les relations amoureuses qui ne sont pas forcément toujours faciles et qui sont peut-être là aussi le propre des hormones masculines où l'investissement amoureux n'est pas toujours le même en fonction des gens. Maintenant est-ce qu'il y a plus de malheureux dans les couples homosexuels hommes que dans les couples hétérosexuels ? Je n'ai pas fait d'étude particulière pour savoir si c'était le cas mais c'est vrai que j'ai quelques hommes en souffrance quand même. Et pas mal d'homosexuels plus vieux qui sont un peu aigris et un peu malheureux. Mais je dirai que c'est surtout de la pathologie MST chez les hommes.

PS : On sait que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ont un sur-risque d'IST. D'après vous, cela vient d'où ?

M12 : Moi je pense qu'ils ont effectivement une activité sexuelle qui est plus débridée et plus libertine entre guillemets qu'auront peut-être certains hétéros.

PS : S'ils sont célibataires les deux ?

M12 : Oui célibataires et même en couple. Moi j'ai connu des couples homosexuels où c'était justement le problème, c'est-à-dire vous en aviez un qui était plus ou moins fidèle entre guillemet et l'autre il était amoureux mais ne concevait pas la fidélité de la même manière donc il avait des activités sexuelles avec d'autres personnes, d'autres hommes quand son compagnon n'était pas là parce que....

PS : D'accord.

M12 : Maintenant ça aussi c'est des histoires de chasse ...est-ce que c'est quelque chose qui peut se vérifier ou pas ? Je n'en sais rien mais c'est quand même des impressions que l'on peut avoir par moment.

PS : D'accord.

M12 : A la limite ce qui est bien c'est peut-être que l'on va en parler plus librement : peut-être que l'activité homosexuelle permet aux gens quand ils sont en confiance de parler plus librement. Je pense qu'on a beaucoup beaucoup plus de mal à aborder le sujet chez les couples hétérosexuels. Vous avez des couples qui sont formés depuis 20-30 ans, qui ont certainement aussi des soucis, certains viennent en faire part parfois lorsqu'il y a rupture, lorsqu'il y a ci, qu'il y a ça ... et peut être qu'effectivement on va peut-être plus facilement en parler ... je sais pas, c'est peut-être plus facile pour eux je n'en sais rien ... Peut être qu'effectivement lorsque vous mettez un carcan... euh... religieux ... euh ... euh... de coutume presque j'allais dire, c'est dire « voilà vous avez un couple qui est formé, ben la sexualité ne doit pas être exprimée » et c'est peut être aussi plus difficile pour nous de détecter ces choses-là..... Alors qu'avec les homos on va avoir un discours qui est peut-être plus libre justement. En tout cas enfin moi j'ai plus cette impression : moi je pense que l'on peut plus facilement parler de sexualité avec des homosexuels qu'avec un groupe ou un couple hétérosexuel.

PS : Même avec des homosexuelles femmes ?

M12 : Femmes... alors femmes c'est différent... je ne sais pas ...je dois dire que personnellement par exemple, je ne crois pas avoir dépisté d'IST chez les femmes homosexuelles déjà. Je n'ai pas l'expérience suffisante pour vous en parler...Et en problème de sexualité je dirais que ce n'est pas ce qui est en avant lorsqu'il y a des problèmes. Ça va être des problèmes de ruptures amoureuses des choses comme cela mais pas la sexualité : on parlera moins d'activité sexuelle, on parlera plus de sentiments, plus d'elles, plus de relationnel on va

dire. Même si là aussi il doit y avoir bien sûr mais c'est moins mis en avant. Je pense que dans le côté masculin y a quand même le coté plus « testostérone », plus « activité sexuelle pure » donc je pense que c'est aussi quelque chose qui est plus mis en avant. Alors que chez les couples de femmes j'ai l'impression, là aussi je dis par expérience que j'ai des couples de femmes qui viennent me parler assez librement mais je dirais que le problème de la sexualité est moins en avant. J'ai eu moins de plaintes par rapport à ça.

PS : Et comment vous vous sentez avec le traitement des IST quand une sérologie elle revient positive : le traitement du chlamydiae, gonocoque, syphilis ...c'est des choses avec lesquelles vous êtes à l'aise ou pas trop ?

M12 : Bah ouais ... après moi j'ai Antibioclic, donc ça c'est mon ami (rires) et puis si on a un problème on a toujours les infectiologues qui sont derrière. Sinon moi je mets de la ROCEPHINE, je fais des traitements monodoses par ZYTHROMAX. Après pour la syphilis c'est parfois un peu plus chaotique mais moi je n'en ai pas eu souvent - j'ai peut-être eu deux ou trois cas- alors souvent j'appelle un copain infectiologue comme cela on peut confronter avec les séro, voir comment on fait, les machins... moi j'aime bien toujours avoir un contact pour être sûr. Mais ce n'est pas des pathologies qu'on rencontre forcément tous les jours, bien sûr. Tout ce qui est urétrite c'est bien-sur des choses plus classiques. On fait des prélèvements, on fait des sérologies derrière virales pour être sûr qu'il n'y a pas d'infections concomitantes, on explique au gens voilà ce qu'il faut faire, qu'il faut « faire attention, machin ». Donc non ce n'est pas quelque chose qui me rebute où je ne me sens pas forcément à l'aise. Maintenant c'est vrai que pour les traitements plus complexes ou lorsque on a des cas un peu particuliers ou des choses qu'on rencontre plus rarement je donne des coups de téléphone.

PS : Comme quoi du coup ?

M12 : Par exemple une syphilis. J'ai dû faire - ça fait un bout de temps que je pratique quand même, sans compter les remplacements - j'ai fait deux ou trois diagnostics de syphilis.

PS : D'accord.

M12 : Ce n'est pas quelque chose qu'on a de manière très répandue, en tout cas pas moi au cabinet ni mon associé. On a eu des diagnostics VIH, des choses plus ou moins sympas, peut-être une hépatite C aussi à une autre occasion. Mais on n'a pas non plus je pense nous, dans notre patientèle un gros réservoir ou en tout cas les gens ne viennent pas nous voir : ils vont peut-être voir un autre médecin aussi c'est possible. Pour les IST je pense que ce n'est pas rare aussi de dire « je ne vais pas voir mon médecin, je vais aller voir le médecin d'à-côté ou dans un autre quartier car je n'ai pas envie d'en parler ». Vous en avez peut-être parlé avec d'autres confrères mais je pense que c'est peut-être aussi parfois la honte ou des choses voilà. Là aussi cela dépend des patients : il y en a qui sont très libres avec ça et qui se disent « ok j'ai une patho, ok après c'est bon on va traiter, il faut que je me protège, ok il faut que je fasse mes séro ok on y va », et il y en a peut-être pour qui c'est beaucoup plus difficile et qui vont aller voir ailleurs. Dans notre groupement de patients nous ici au cabinet on a peu d'IST.

PS : D'accord. Et les syphilis et les sérologies du VIH dont vous parliez tout à l'heure c'étaient des homosexuels hommes ou pas du tout ?

M12 : Moi en VIH j'ai deux patients « VIH pos » suivis et traités et que je ne connaissais pas avant : ce n'est pas moi qui ai fait le diagnostic et ils sont venus chez moi après, et qui sont homosexuels.

Et j'ai un autre VIH qui est hétéro.

PS : D'accord. Et tout à l'heure vous parliez des prélèvements et c'est des choses avec quoi vous êtes à l'aise : de savoir si c'est un prélèvement urinaire ou sanguin ? Ou c'est des choses avec lesquelles vous n'êtes pas trop à l'aise ?

M12 : Non ça va plutôt pas mal ! Après voilà je ne sais pas si on fait la meilleure des médecines ... enfin je veux pas....y a des trucs effectivement où des fois je suis obligé de freiner un peu les gens entre les connaissances internet, ce qu'ils ont déjà eu, ce qu'on leur a déjà prescritet

leur expliquer un peu comment cela se passe, comme les séro chlamydiae que tout le monde veut faire ou des trucs comme ça, et expliquer qu'il faut faire des prélèvements. Mais c'est toujours l'immédiateté c'est à dire « j'ai eu un contact sexuel hier je veux avoir le diagnostic d'HIV demain ». Donc voilà il faut expliquer aussi qu'on va faire deux prélèvements (rires)... c'est des choses comme ça mais il y a de l'éducatif aussi.

Et puis casser aussi certaines images auprès de nos patients sur des choses qui pourraient être faites ou demandées parce qu'ils ont fait des choses voilà dont ils ne sont pas forcément fiers et ils veulent être sûrs de ne rien avoir attrapé... là aussi il y a aussi un discours à avoir. Et c'est là juste le petit souci que l'on a par rapport effectivement aux gens qui pourraient vous appeler pour dire « ah voilà je voudrais juste faire des séro » ... C'est le seul truc où je coince un peu parfois : c'est de dire « bon ben il vaut mieux le faire que pas le faire » mais qu'on ne passe pas à côté de gens qui ont eu un comportement à risque, ou faire une sérologie au mauvais moment ou ne pas forcément faire l'examen qu'il faut. Tout le monde demande des séro VIH, et moi je demande toujours des séro hépatite C et syphilis avec...c'est pareil les gens ce qui les intéresse c'est juste le VIH et voilà ! Mais il faut aussi expliquer aux gens que l'on peut avoir d'autres symptômes, que si jamais il y a quoique ce soit qui apparaît dans les semaines qui suivent il faut absolument consulter ... Là aussi c'est toute une éducation à faire auprès de nos patients. Alors il y en a qui connaissent bien alors ça roule, et d'autres chez qui c'est compliqué ils pensent que « les IST c'est le VIH, et que le VIH c'est le sida c'est le machin c'est ça », c'est ça l'image quoi.

PS : Et la sérologie hépatite B vous la faites ?

M12 : Alors la sérologie hépatite B c'est toujours la question. Je ne la fais pas systématiquement, cela dépend du statut vaccinal, et en fonction de cela je la mets avec.

En général ce que je fais – je ne sais pas si je fais le mieux- je fais hépatite B, hépatite C, VIH et syphilis. Ce sont les quatre que je demande.

PS : D'accord. Et chlamydia et le gonocoque pas systématiquement ?

M12 : Non, et pas en séro en tout cas.

PS : Et en PCR sur prélèvement urinaire ?

M12 : Non, c'est toujours un peu ...non je m'en passe maintenant. Je ne fais pas de bilan urinaire. Par contre je leur dis que s'il y a le moindre symptôme qu'ils passent me voir.

PS : D'accord.

M12 : Là aussi je ne sais pas si je fais bien ...on pourrait peut-être aller plus loin mais en tout cas moi mais je m'arrête à la prise de sang et je dis aux gens de venir s'il y a le moindre symptôme.

PS : D'accord ok. Et qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M12 : Ne connais pas.

PS : D'accord. Vous n'en avez jamais entendu parler ?

M12 : Non, bienvenue, enchanté !

PS : En fait c'est un mot anglais, c'est la contraction des mots chemical et sex, et c'est vraiment l'usage de substances psychoactives dans un but sexuel. C'est vraiment se dire qu'on a une consommation qui va être suivie d'un rapport. Pour l'instant c'est vraiment décrit plus dans la population des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, même si probablement que cela existe aussi chez les couples hétéros. Ce sont surtout les nouveaux produits de synthèse qui sont consommés et il y a différents modes de consommation : cela peut être inhalé, oral, intraveineux, intra rectal. Les motivations elles sont surtout d'ordre sexuel avec la recherche de performance, de désinhibition, d'augmenter...

M12 : C'est quel type de molécule alors ?

PS : C'est surtout la 4MEC, la 3 MMC ... vraiment les nouveaux produits de synthèse même si c'est aussi possible que ce soit de la cocaïne, de la kétamine ... il y a plusieurs choses mais a priori dans les études c'est surtout cela qui ressort. Les patients ne vous en ont jamais parlé ?

M12 : Non non là aussi j'ai quelques patients qui prennent de temps en temps des substances bien sûr ... Je n'ai pas vraiment de gros toxicomanes dans ma patientèle mais j'ai des gens qui prennent de temps en temps des choses mais pour ceux-là on n'a jamais abordé le sujet.

PS : Et quand vous dites qu'ils prennent des choses ce n'est pas dans un but sexuel ?

M12 : Quand je parle de cela je ne parle pas de cannabis, je parle effectivement plus de la cocaïne ou des choses comme cela. J'ai des gens qui prennent cela sporadiquement en soirée mais ils ne m'en ont jamais parlé en tout cas pas dans ce sens-là : c'est plus effectivement dans un cadre festif mais pas du tout dans ce but-là.

PS : Ok, et vous vous en pensez quoi de cette pratique ?

M12 : Là on est sur des produits potentiellement dangereux avec à la fois un côté addictif et biaisé aussi ... parce que cela ne correspond pas à une activité sexuelle normale. Là on est sûr de la performance : ce n'est pas de la sexualité pour la sexualité et ce sont des choses qui peuvent détruire plus qu'aider. Voilà cela fera encore une question en plus à poser quand on a des IST ou des choses comme ça, de dire « est-ce que vous prenez des choses ? ».

PS : C'est ça oui : rechercher s'il y a un contexte particulier. En plus c'est vrai qu'avec cette nouvelle pratique il y a le rôle vraiment majeur des applications de rencontre qui utilisent la géolocalisation et en fait des fois c'est vraiment marqué « chemsex » sur le profil.

M12 : Carrément ?

PS : Vraiment il y en a qui recherchent aussi ça spécifiquement.

M12 : Ok, non je ne connaissais pas cela du tout ça, c'est flippant ...bon encore un truc de plus à demander alors.

PS : Ok et est-ce que la PrEP, la prophylaxie préexposition c'est quelque chose que vous connaissez ?

M12 : Alors je connais un tout petit peu, très peu et je dois dire que c'est quelque chose qui me complique un peu la vie ! Parce qu'autant un vaccin vous pouvez le mettre en avant en disant « c'est de la prévention machin machin », aussi bien ça c'est quelque chose qui est quand même la porte d'entrée à ...Là je reviens plus peut-être à mes racines chrétiennes mais euh moi... je trouve qu'on arrive un petit peu à ... enfin ... ce n'est pas quelque chose avec laquelle je serais à l'aise et à prescrire de façon aisée.

PS : Et là est-ce que vous connaissez actuellement le rôle du médecin généraliste dans ce traitement ?

M12 : Non, non du tout ...parce que c'est une pratique si vous voulez que je préfère ne pas avoir en fait.

PS : D'accord. Il n'y pas des patients qui viennent vous voir pour renouveler le traitement ou...

M12 : Non non. Alors je ne sais pas si c'est parce que je n'ai pas la tête à faire ça (rires) mais non non.

PS : D'accord. Actuellement le médecin généraliste ne peut pas primo-prescrire...

M12 : Oui je sais que l'on ne peut pas primo-prescrire , je sais qu'on peut renouveler.

PS : C'est cela. Ça doit se faire à l'hôpital ou dans un CeGIDD mais c'est en discussion qu'à terme éventuellement le médecin généraliste puissent...

M12 : Puisse l'initier, ouais j'avais lu un article là-dessus ouais.

PS : Et vous en pensez quoi ?

M12 : Bah je pense que si un centre peut le faire, pourquoi pas nous ? A condition de le faire dans de bonnes conditions c'est-à-dire que si c'est au coin d'une table ou par un coup de fil ... Cela demande quand même une démarche de prise en charge de prévention. C'est comme quand on fait une injection de GARDASIL® à une gamine: on a derrière l'idée qu'il va falloir faire un suivi gynéco, qu'il va falloir faire attention, se protéger voici voilà ... Si c'est juste pour prescrire cela à quelqu'un ... D'un on ne protège pas contre tout, et deux je pense vraiment que c'est quand même un peu une porte ouverte à dire « vous prenez votre truc et du coup vous pouvez faire n'importe quoi... », surtout auprès d'une population qui justement a déjà des

pratiques qui peuvent être déjà un peu extrêmes. Comme vous dites: on parle du chemsex ... voilà libertinage ...on parle de plein de choses... Pour moi je pense que c'est la porte ouverte à la pratique à outrance sans protection et donc pas forcément à attraper la pire des maladies mais en attraper plein d'autres qui peuvent être très embêtantes : une syphilis compliquée ... Il y a plein de trucs qui peuvent nous embêter, nous pourrir la vie et avoir des complications à long terme euh ...voilà.

PS : Du coup vous seriez, si j'ai bien compris, plutôt pas prêt à le faire ?

M12 : Moi je ne serai pas prêt à le faire. Après peut être dans certains cas si on me donne la liberté de le faire et je pourrais le faire avec telle ou telle personne, mais dans un contexte bien particulier.

PS : Plutôt au cas par cas ?

M12 : Oui plutôt au cas par cas.

PS : D'accord.

M12 : Mais je ne me sentirais pas à l'aise de me retrouver face à toute une population qui viendrait ...voilà c'est compliqué quoi. Peut-être qu'effectivement le fait de garder quand même une structure de prévention, de centre etc... où on assure quand même une démarche du patient qui doit aller voir là, qui doit passer par un certain nombre d'étapes ce n'est peut-être pas si mal que ça quoi. Pas si mal parce que là aussi vous pouvez avoir en face des médecins qui sont formés, qui ont l'habitude de gérer ce type de patients, qui ont aussi peut être les mots pour aborder certaines choses et s'assurer aussi que derrière voilà il y ait vraiment une démarche de prévention, une démarche de dépistage en même temps.

PS : Ouais.

M12 : Le risque c'est la banalisation: comme on prend son DOLIPRANE quand on a mal à la tête, son antihistaminique quand on a un petit rhume des foins, et ben on va prendre son médicament avant d'aller faire la fête. Voilà et ça c'est quelque chose moi je trouve qui va peut-être dans l'excès. Maintenant la question est de savoir et c'est là où ça serait intéressant: est-ce qu'on aura vraiment des études intéressantes montrant que ça a un intérêt en termes de prévention primaire et de diminution nette des IST ? Mais là je pense qu'il faut voir cela globalement et pas simplement sur les pathologies concernées mais aussi voir en dehors quoi. Parce que si cela fait exploser les syphilis, c'est ça le truc c'est qu'on fasse exploser tout le reste: l'hépatite B, plein de choses en fait.

PS : Ouais.

M12 : Moi je suis assez cartésien et assez scientifique dans mes façons de faire, de raisonnement et de mise en place des traitements et surtout des nouveaux médicaments...J'aimerais bien avoir un peu plus de recul pour dire « ouais cela vaut le coup ». Si dans dix ans les études disent que ça vaut vraiment le coup, je le ferai peut-être volontiers.

PS : C'est ce que me disait un autre médecin qui me disait c'est comme avec le diabète et les GLICAZONES : tout le monde s'était jeté dessus et finalement on se rend compte après que c'est retiré du marché pour toxicité.

M12 : Voilà. Moi je n'étais pas un fervent défenseur des nouveaux anti-coagulants même s'ils mettaient plein de choses en avant je disais « attendez, cool hein ». Maintenant je suis quand même un des premiers prescripteurs je pense car j'ai eu beaucoup d'informations, je me suis beaucoup documenté dessus et c'est là où ici on se dit « il manque un peu de recul par rapport à ça et j'ai quand même de gros doutes par rapport à ça ». Maintenant on donne la pilule et après on fait ce qu'on veut quoi, surtout peut être là aussi sur un type de population encore une fois... comme je vous dis : au cas par cas « why not ».

PS : Au cas par cas parmi les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes ce serait peut-être plus envisageable pour vous ?

M12 : Plus envisageable, peut-être sur l'un ou l'autre patient...

PS : C'est intéressant.

M12 : Oui c'est compliqué. Après il y aura des gens aussi qui vont prendre cela en disant « je me protège déjà mais autant y aller », vous voyez ce que je veux dire ? C'est peut-être une espèce de psychose de dire « je ne veux absolument pas l'attraper, il y a toujours un risque on ne sait jamais : accident de préservatif etc... Peut-être pour quelqu'un comme cela qui aura une configuration de ce type là et on se dira « voilà, on sait qu'il se protège, qu'il fait attention, on va l'aider pour justement être sûr que ». Mais si c'est pour dire « j'ai eu des rapports sans préservatif, je fais n'importe quoi, je change de partenaire comme de chemise (*soupir*) » et sans connaître quoi que ce soit de son statut euh ...cela pose problème.

PS : Et vous avez des patients qui sont sous PrEP ou pas ?

M12 : Je ne crois pas. Enfin pas à ma connaissance.

PS : Est-ce que vous pensez qu'il existe des recommandations qui soient liées à l'orientation sexuelle ?

M12 : Des recos c'est-à-dire ?

PS : Surtout vaccinal ou en termes de fréquence de dépistage des IST ?

M12 : Hum ...Donc avant toute infection ?

PS : Oui c'est ça. Est-ce que pour vous quand vous savez qu'un patient est un homme qui a des relations sexuelles avec des hommes vous vous dites « il faut que je pense à ça comme vaccination », « il y a une indication pour cette vaccination, « le dépistage recommandé c'est à telle fréquence... » ou pas spécialement ?

M12 : Moi je n'ai pas connaissance de recommandation particulière. En plus pour les IST dès que j'ai un nouveau patient qui vient je fais souvent un bilan sanguin s'il n'y en a pas eu récemment et je mets les IST systématiquement, et je le dis juste au gens « j'ai l'habitude de faire ça... ». Après la fréquence des dépistages ...bein... de toute façon c'est selon la pratique sexuelle. Que ce soit un homosexuel ou pas : ce n'est pas parce qu'il est hétéro qu'il ne va pas aller voir une partenaire par semaine ou par WE ni forcément se protéger. Donc non, pas spécialement de mon côté.

PS : Il y a la recommandation contre l'HPV – GARDASIL® ou GARDASIL 9®– pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à vingt-six ans révolus...

M12 : Jusqu'à vingt-six ans oui...Mais après le problème c'est que là vous arrivez dans une gamme d'âge ou ce n'est pas forcément évidemment d'avoir leur orientation sexuelle. Donc perso je n'en ai encore jamais fait, c'est compliqué. Après c'est jusqu'à vingt-six ans donc bien sûr on pourrait dire «a vingt-deux ans on peut voir s'il y a une orientation homosexuelle... » mais c'est souvent quand même très dissimulé. Mais c'est vrai que c'est peut-être le seul moment où on pourrait dire que cela peut servir à prévenir quelque chose. Mais moi je n'en ai pas encore fait et encore une fois c'est sûrement cette période-là qui est compliquée. C'est difficile pour moi de demander à un gamin de dix-sept/dix-huit piges « est-ce que tu es homosexuel ? »

PS : Mais vous pensez que cela justifierait quand même de le demander ? Parce qu'en fait là vous avez quand même l'air de le savoir que cette recommandation vaccinale existe ?

M12 : Oui...je suis d'accord.

PS : Mais en pratique cela ne vous pousse pas à le demander particulièrement ?

M12 : Ba c'est ce que je disais... C'est plus large pour moi pour l'HPV en fait. Certes, comme je vous ai dit, il y a souvent des problèmes de condylomes ou de choses comme cela dans les pathologies des patients homosexuels. Le truc c'est que moi je pense que l'HPV il faudrait le faire comme on le fait dans certains pays: une vaccination générale car on n'a de toute façon pas une couverture suffisante chez la jeune fille même si moi je n'ai un mauvais taux de vaccination. Mais je pense que globalement si on prend la population française on a du mal à la vacciner, et je pense que cela serait plus logique de l'introduire dans le calendrier vaccinal de façon systématique. On sait que cela marche en vaccinant les hommes et les femmes donc c'est peut-être plutôt là-dessus qu'on devrait aller. Je me dis que c'est sûr qu'à titre individuel les quelques patients que je pourrais vacciner dans ma population homosexuelle de jeunes cela

va peut-être changer quelque chose pour eux à titre individuel mais plus généralement on doit être plus dans une démarche de vacciner tout le monde, mais je pense qu'on y arrivera. A ce moment-là on aura peut-être plus d'impact globalement, et c'est comme cela que je vois les choses. Personnellement c'est sûr que si je me retrouve devant le cas je proposerai. Mais ce cas je ne l'ai pas eu, les gens que j'ai le plus ont plus trente-quarante-cinquante ans voire plus...J'ai peu de jeunes...Là je suis en train de me demander si je ne devrais pas rattraper quelqu'un mais je ne crois pas... Mais de toute façon pour moi cela serait vraiment à titre sporadique mais je pense qu'à titre collectif on aurait plus à y gagner au vu de ce qu'on a et les études le montrent à vacciner tout le monde.

PS : Sans que cela soit lié à l'orientation sexuelle ?

M12 : Sans que cela soit lié à l'orientation sexuelle. Et encore une fois ne pas mettre une discrimination à un jeune homme en lui disant « tu as tel truc donc on va te faire le vaccin ». Et pire on regarde le carnet de vaccination et on se dit « mais vous êtes un garçon, pourquoi vous êtes vacciné ? ». Car il ne faut pas oublier non plus que le carnet de vaccination il voyage un peu partout, pour les études, en médecine du travail...quelque part cela voudrait dire « je suis un garçon, j'ai eu la vaccination HPV donc je suis homosexuel ».

PS : C'est vrai ...

M12 : Vous voyez ? C'est quelque part mettre une lumière Le médecin du travail qui voit le carnet de vaccination, ou juste une inscription à la fac car on vous demande le carnet de vaccinations et « HPV chez un homme cela veut dire homosexuel ». Après je ne dis pas, c'est l'intérêt de la vaccination sur le long terme sur les cancers qu'on aura que dans 15-20 ans peut-être pour être sûr qu'on est vraiment bon à faire cela – je pense qu'on le sera et c'est pour ça que je défends cette vaccination- mais je pense qu'à titre individuel pour les homosexuels de moins de vingt-six ans c'est à double tranchant sauf si c'est quelqu'un qui se présente et là je lui proposerai. Mais à mon stade dans mon cabinet je pense que déjà si je fais un vaccin dans l'année je serai content ! Je pense que ce serait plutôt un vaccin tous les deux-trois ans.

PS : Ouais. Et il y a aussi une vaccination contre l'hépatite A pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

M12 : Oui, j'ai lu il n'y a pas très longtemps qu'ils le conseillaient. C'est vrai que cela je ne fais pas, je devrais peut-être, je fais peut-être mal (rires), je ne sais pas.

PS : Et ça vous l'avez lu où ?

M12 : C'était dans un article de Prescrire. C'était Prescrire. C'est vrai que cela je ne le fais pas forcément, il faudrait presque limite faire des sérologies avant. Enfin c'est vrai qu'on pourrait mettre l'hépatite A quand on fait les IST.

PS : Et comment vous évalueriez vos connaissances par rapport à tout cela : l'existence de recommandations pour les vaccins, le principe du traitement de la PrEP ?

M12 : Par exemple la PrEP moi ce que je connais c'est basique de chez basique, je n'y connais rien, il faudrait que je fasse une formation là-dessus. Moi je pense que les formations qui sont dispensées comme cela soit en journée soit en soirée ce sont des trucs intéressants. C'est vrai que maintenant on n'a plus trop de choses de synthèse ni de lien : les visiteurs médicaux on ne les voit plus car il n'y en a plus ou très peu, les conférences de consensus si on ne s'y intéresse pas on n'est pas forcément informés des choses de manière directe, il faut chercher l'info.

PS : Est-ce que vous avez un outil d'aide pour la prise en charge des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

M12 : Non.

PS : D'accord. Et vous pensez que cela serait utile ou pas spécialement ? Une espèce de fiche conseil par exemple ?

M12 : Des choses à regarder, à penser ?

PS : C'est ça.

M12 : Bah on revient un peu sur la discrimination : est-ce que ces gens-là ont besoin ? C'est sûr qu'on a quelques consignes qui sortent...je ne sais pas.

PS : Un peu sur l'idée par exemple que chez le diabétique le suivi c'est « comme cela »

M12 : Ce que je n'aime pas dans l'histoire c'est qu'encore une fois c'est comme si c'était une pathologique. Moi je pense que ce n'est pas la normalité l'homosexualité, à titre chrétien. Normalement c'est un homme et une femme qui se mettent ensemble et qui font des gamins, ça c'est la base. Maintenant il y a des gens du même sexe qui peuvent être attirés l'un pour l'autre : est-ce que c'est une pathologie ? On a débattu longtemps, c'est sorti des maladies psychiatriques. Est-ce que maintenant le fait de faire un questionnaire ou un machin ne va pas faire en fait qu'on remette cela dans une case « pathologie » ? Car comme vous dites le diabétique c'est un malade...Alors bien sûr on peut se dire aussi « le ressortissant africain il sort de pathologies tropicales... » : est-ce que pour lui aussi on doit avoir un guide de ce qu'il faut faire ? Moi je n'aime pas trop mettre les gens dans les cases donc cela m'embête. Bien sûr oui les guidelines machin j'aime bien et c'est pratique, mais est-ce qu'on peut comparer et mettre tous les homosexuels dans le même pot alors qu'ils n'ont pas les mêmes pratiques, ils n'ont pas la même façon de voir les choses, ils ne sont pas pareils hommes/femmes....Je connais un couple homosexuel stable dans lequel je ne pense pas qu'il y en ait un qui aille voir à droite ou à gauche...Est-ce qu'il faut forcément généraliser en disant « ils sont tous comme ça, ils sont tous comme ça » ? Est-ce que la population homosexuelle de Paris sera la même que celle de Strasbourg ou de campagne ? Est-ce qu'il ne faut pas plutôt prendre les gens tels qu'ils sont et se dire : « est-ce que lui il peut avoir une activité débridée, est-ce qu'il se protège ? ». Est-ce qu'il faut forcément poser plus la question à quelqu'un quand on sait qu'il est homosexuel ? d'ailleurs cela voudrait dire que la première fois que je vois quelqu'un je lui pose la question ?

PS : Il y a une étude américaine qui recommandait d'effectivement de demander si le patient était « plutôt homo ou hétérosexuel ». Et je voyais des médecins qui me disaient qu'ils avaient du mal frontalement à demander cela. Mais quand il avait un doute il demandait : « est-ce que vous avez des relations avec des femmes ? », donc le patient disait « non », du coup le médecin demandait « avec des hommes ? », et le patient disait « oui ».

M12 : Oui c'est un moyen, c'est pas mal, c'est vrai que ce n'est pas facile à poser ces questions. Après on met en exergue certaines pathologies en plus, d'accord, mais est-ce qu'il y a des recommandations qui disent « le patient homosexuel homme on doit le dépister trois fois par an ? lui faire des séro ? »

PS : Le rapport Morlat disait qu'il y avait une fréquence de dépistage liée à l'orientation et que pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes mais avec des risques sexuels importants c'est recommandé tous les trois mois de faire : l'hépatite C, le VIH, chlamydia et le gonocoque, et tous les ans la syphilis. Mais il y a bien une recommandation. Et il y a des recommandations vaccinales. Donc l'idée c'était de dire, en justifiant de l'intérêt médical de connaître l'orientation sexuelle, que cela peut être intéressant de la connaître. Mais effectivement en pratique c'est un peu compliqué. Mais peut-être en l'intégrant dans « est-ce que vous fumez ? » et dans les questions de mode de vie et des habitudes.

M12 : Oui c'est ça c'est dans les habitudes. Mais ce n'est pas évident car il y a des gens qui vivent cela très mal : par exemple il y a des gens qui n'ont pas de relations sexuelles alors qu'ils aimeraient en avoir donc le fait de poser la question cela choque aussi « qu'est-ce qu'il a me demander ça ? ». Cela peut aussi troubler notre relationnel avec nos patients de poser ce genre de questions. Alors bien sûr on doit savoir certaines choses mais il faut qu'il y ait un impact derrière. Donc normalement ce qu'on devrait faire c'est : demander l'orientation sexuelle, et dire « voilà, vous êtes homo donc il faut vous dépister tous les trois mois ».

PS : C'est de dire qu'on peut leur proposer un dépistage qui paraît adapté à leurs risques, des vaccinations liées à leur orientation sexuelle et des choses comme cela.

M12 : Oui ce n'est pas évident. De toute façon il y aura toujours ceux qui auront la tête dans le sac et qui n'iront pas faire leurs dépistages, et ceux qui se diront « oui il faut que je fasse attention et que je me fasse dépister régulièrement ». Ce n'est pas évident...pour nous c'est compliqué, ce n'est pas évident et cela peut prendre du temps d'avoir toutes ces informations et d'ouvrir un peu les gens. Ou alors il faudrait presque faire comme font les américains ou dans certains trucs c'est d'avoir un petit truc qu'on remplit dans la salle d'attente et peut-être que les gens le feraient plus volontiers, en disant « je fume/je ne fume pas, si oui depuis combien de temps », « avez-vous des relations sexuelles avec des femmes, des hommes ? ». A la limite c'est peut-être ce truc un peu plus détaché avec le côté « je vous le rends » qui sera plus facile à aborder que le truc direct en face...Je sais qu'il y a beaucoup de dentistes qui le font, moi je ne le fais pas mais j'ai aussi des confrères qui le font aussi ce système de petites feuilles dès qu'il y a un nouveau patient à remplir pendant qu'ils attendent. C'est peut-être une manière détournée de banaliser en disant « on note les infos jusque comme cela ».

PS : Mais c'est vrai qu'il faut aussi que le médecin généraliste sache que cela existe, car c'est vrai qu'il n'y a pas non plus une super bonne communication pour nous dire « il y a une recommandation pour tel vaccin ».

M12 : Pour l'hépatite A j'avais juste entendu et je me suis dit « oui bon ok... » c'est un peu con mais c'est vrai mais ce n'est pas quelque chose que j'ai proposé, on ne peut pas être bon partout... Pour le GARDASIL® je le savais, mais comme dit je savais aussi que cela allait être plutôt compliqué à mettre en place car moi dans ma patientèle je ne pense pas avoir un regroupement énorme. Pour ce qui est des sérologies, de dire « c'est important de... ». Après ils vont dire « je suis homosexuel mais je suis fidèle » donc c'est quelque part les mettre aussi un peu en cause en leur disant qu'il faut se faire dépister... Encore une fois c'est une histoire de chiffres avec au milieu de cela des gens qui ont une activité sexuelle tout à fait normale et classique. Et encore une fois, est-ce qu'on n'est pas en train de mettre le doigt sur des gens ? C'est sûr qu'ils ont plus de risques mais combien d'hétéros devraient se faire dépister et ne le font pas ? C'est sûr « il y a plus de risque de »... mais moi quand je vois quand même les couples qui passent, qui cassent, les gens qui viennent se faire dépister...on se rend bien compte qu'il y a des choses qui se passent en sous-marin, et que c'est peut-être globalement qu'il faudrait libéraliser et parler plus facilement de dépistage en disant aux gens « allez-y, faites-le de façon systématique... » et indépendamment de l'orientation. Est-ce que ce n'est pas plutôt un message comme cela qu'il faudrait délivrer ?

PS : C'est intéressant.

M12 : L'idée c'est un peu cela. C'est pour ça que moi j'ouvre vraiment quand les gens m'appelle je leur dis « ok pas de soucis, oui allez-y, faites le... » pour que les gens ils sentent qu'il faut se faire dépister, qu'il faut aller au labo...Après effectivement comme je vous dis c'est vrai que je ne fais pas de dépistage urinaire donc ce que vous me dites il faudra que je le fasse, mais effectivement l'idée c'est de rendre cela « facile », de rendre cela « easy », de se dire « qu'aller au labo pour faire une prise de sang c'est bien, mon médecin me le dit, il faut que je le fasse » et encourager les gens à le faire. Plutôt que de dire « vous êtes homosexuel et il faut aller vous faire dépister tous les trois mois » surtout qu'en plus là-dedans il y a des gens qui font n'importe quoi et que même en se faisant dépister tous les trois mois cela ne les empêchera peut-être pas de transmettre à tout le monde car souvent s'ils l'ont attrapée c'est qu'ils ne se protègent pas et qu'ils s'en foutent donc là on en vient plus à des conduites sexuelles délirantes qui ne sont pas forcément liées à l'homosexualité mais tout simplement à des gens irresponsables.

PS : Bon... merci beaucoup.

M12 : Cela a été constructif j'espère !

PS : Ba oui, c'était super intéressant. Je vais tout retranscrire.

M12 : Vous voyez combien de médecins ?

PS : Là vous êtes le douzième et je m'arrête quand il y a saturation des données mais souvent à chaque nouvel entretien il y a toujours des choses qui arrivent.

M12 : Oui, car chacun à son expérience

PS : Mais c'est vrai que ce que vous disiez sur la PrEP : qu'éventuellement il faudrait peut-être aussi l'envisager au cas par cas parmi la population qui a une indication, je trouve que cela est vachement intéressant et aucun autre médecin généraliste n'avait vu cela sous cet angle-là. Je trouve qu'il y a vraiment du vrai là-dedans et que cela pourrait être vraiment sensé de faire cela.

M12 : Et vous avez pu avoir des rendez-vous ce n'était pas trop galère ?

PS : Si, beaucoup de refus. Le truc c'est qu'en fait j'ai essayé de faire moitié Haut-rhin/Bas-Rhin, hommes/femmes, campagne/ville mais bon...

M12 : Et avoir aussi des gens d'âge différents...

PS : C'est cela. Là je suis à peu près à moitié-moitié sauf pour le lieu d'exercice mais c'est super intéressant ce que les médecins me disent à chaque fois.

M12 : En plus pour nous je trouve c'est beaucoup plus intéressant pour nous de parler de cela et pour vous de retracer cela que car ...nous on a beaucoup de demandes alors évidemment ils font des trucs synthétiques pour qu'on puisse répondre un maximum synthétique avec des cases et des machins mais on se dit que ce n'est pas comme cela ...

PS : Moi vu le thème je ne vois pas comment j'aurai pu faire un truc comme cela.

M12 : Faire un QCM, on remplit et on met deux mois...je ne pense pas que vous puissiez en sortir grand-chose. On sort des chiffres et des statistiques facilement c'est sûr que c'est beau mais encore une fois quand je vois des études je me dis que ce n'est pas forcément ce qui ressort vraiment de notre pratique en fin de compte.

PS : Moi ce que je trouve intéressant là c'est : « si vous savez, comment vous le savez ? », « si vous ne savez pas : pourquoi ? », « c'est quoi votre expérience ? », « c'est quoi votre perception des choses ? ».

M12 : Et je me demande, il faudrait que je regarde mais je crois que pour ce qui est des IST on a peu de formation. De mémoire je ne me souviens pas en avoir vu. On a des trucs de mises à jour pour les vaccins mais pour tout ce qui est IST par exemple il n'y a pas un module, ou un truc en journée ou en soirée en DPC qui est proposé. Ça c'est un manque, quelque chose ou l'on pourrait se remettre à niveau comme pour les vaccins, la pédiatrie, les antibiotiques...où on irait en disant « quoi de neuf ? ». Je vais peut-être aller au congrès en septembre et j'avais survolé le programme mais je crois que les IST n'y sont pas. Ce n'est pas un truc qui...en fait on en parle dans les médias et on apprend beaucoup de choses sur les IST par les médias mais en termes de formation médicale pure.... En plus il n'y a pas de raison que les médecins généralistes ne soient pas intéressés plus que cela car les sérologies classiques, les demandes de dépistages, les problèmes d'IST...on en a tout le temps ! On n'en soigne peut-être pas autant que les angines mais c'est relativement fréquent des questionnements, des suivis... C'est des choses toujours intéressantes à revoir et à refaire.

PS : Et j'ai pas mal de médecins qui disaient avoir appris plein de trucs par leurs patients homosexuels.

M12 : Oui, ah oui !

PS : Par exemple un patient qui dit au médecin « est-ce que vous pouvez me prescrire la PrEP ? », et le médecin ne savait pas ce qu'était la PrEP, et c'est comme cela qu'il a un peu appris. Et aussi au niveau d'un prélèvement : il y avait un patient qui avait une anite et le patient lui a dit qu'on pouvait faire un prélèvement anal pour le chlamydia. Donc le médecin a écouté son patient, l'a fait et le prélèvement est revenu positif et il l'a traité.

M12 : C'est vrai que c'est par expérience c'est clair.

PS : C'est vrai qu'on a un peu l'impression que parfois les patients sont au courant avant nous.

M12 : En l'occurrence ça arrive parfois car eux ils vont chercher des infos que nous n'avons pas, on ne peut pas tout savoir sur tout. J'ai eu une dame enceinte ce matin elle avait des critères

de mise sous antibio pour un lyme et comme elle était enceinte je la mets sous 3g pendant 14j, pour moi c'était comme cela, comme un lyme primaire. Et en fait non il y a un protocole 500mg 3x/jour pendant dix jours. Moi je ne savais pas et il y a le mari qui m'appelle « j'avais appelé le centre, ce n'est pas ce dosage-là », du coup je me suis remis dedans. Bon je ne l'aurai pas tuée en lui mettant 3g/jour pendant quatorze jours mais on ne peut pas tout savoir sur tout. J'avais fait une formation avec Prescrire il n'y a pas longtemps : il parlait d'une antibiothérapie mais il n'avait pas mis le protocole et moi cela a fait tilt, je me suis dit « c'est comme un lyme primaire ». On ne peut pas tout savoir sur tout et malheureusement on a un domaine dans lequel c'est tellement large...bon c'est super car dans notre pratique c'est juste « no limit » c'est cela qui est génial car je veux dire « un ORL il va faire de l'ORL , un ophtalmo il va faire de l'ophtalmo », nous on a une pratique qui s'arrête à la limite de nos connaissances. Si on veut faire plein de choses on peut faire plein de choses, si on est un peu étriqués et un peu peureux et bein voilà ... On travaille avec nos copains spécialistes et c'est vrai que c'est vachement intéressant. Et il y a des choses qu'on fait de manière consensuelle ou un peu à l'expérience et qui n'est pas forcément dans les clous, mais d'un autre coté les clous ne sont pas toujours idéaux. Quand je suis sorti de la fac j'étais vachement cartésien, je me disais « c'est comme cela, comme cela, comme cela », et au fur et à mesure de ma pratique je me suis beaucoup adouci... ne serait-ce qu'en pédiatrie entre ce que j'ai dit à la mère pour le premier gamin et ce que je dis maintenant au bout du troisième...bah ce n'est pas la même chose et c'est aussi la vérité donc tout évolue et il faut aussi savoir mettre un peu d'eau dans son vin par rapport à son discours. C'est pareil pour les cases : tel homo n'est pas comme tel homo, et l'hétéro ce n'est pas parce qu'il est hétéro qu'il n'est pas capable de se taper une syphilis.

PS : Oui c'est sûr.

M12 : Bon bein, bon boulot !

PS : Merci !

M12 : On aura des infos sur les résultats ?

PS : Si vous voulez je vous les enverrai.

M12 : Avec grand plaisir cela m'intéresse ! Je vous donne mon adresse mail

PS : Alors ce ne sera pas tout de suite car je suis encore dans le recueil mais il n'y a pas de problème !

M12 : j'imagine bien, ça roule. Bon je pars en visite !

Entretien 13

Femme de 40 ans

Durée de l'entretien : 25 min

PS : Parlez-moi de la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un patient homme.

M13 : C'était des troubles de l'érection. Ce matin j'ai un patient qui est venu me voir ce matin car il avait essayé des traitements différents qui étaient efficaces mais non remboursés. Il m'a demandé de lui prescrire un traitement remboursé. Donc je l'avais vu il y a trois mois, je lui avais prescrit un médicament qui à priori était moins efficace que ce qu'il prenait avant, donc là on a refait le point, on a doublé la dose, on a fait un protocole en disant qu'il pouvait encore augmenter si il n'y avait pas d'efficacité et on a parlé aussi de ce problème de dysérection qui était a priori étiqueté psychologique puisqu'il avait déjà vu un urologue qui avait fait tout le bilan et qui n'avait rien trouvé de particulier. Et donc on a essayé aussi de traiter l'anxiété et le stress par d'autres moyens. Il avait déjà vu un psychologue donc là je lui ai prescrit de l'homéo et on se revoit dans un mois.

PS : C'était le motif de consultation ?

M13 : Oui il était venu pour cela oui.

PS : Et vous comment vous vous sentez quand vous parlez la sexualité avec vos patients en règle générale ?

M13 : Cela dépend dans quelle position on se trouve par rapport à la personne qui est en face, car il y a des personnes qui sont neutres et de personnes qui sont plutôt dans la séduction et cela peut être un peu compliqué à gérer quand on parle de sexualité. Cela m'était arrivée avec un patient qui en parlait mais on se demandait s'il n'en parlait pas juste pour aborder le sujet et ...c'était un peu gênant ! Mais la plupart du temps cela se passe très bien puisque c'est des gens qui viennent parce qu'ils ont des soucis et puis on en discute. Et maintenant le fait que le préservatif soit remboursé cela permet aussi d'aborder le sujet plus facilement car on le propose et après ils attrapent ou pas la perche qu'on leur tend et en fonction on peut en parler s'il y a besoin.

PS : D'accord. Et c'est des motifs qui sont assez fréquents dans vos consultations ?

M13 : Les troubles de l'érection ?

PS : Le fait de parler de sexualité en règle générale ?

M13 : Les patients ne sont pas très gênés j'ai l'impression. Quand il y a un souci en général ils abordent assez facilement le sujet, homme ou femmes. C'est plus simple chez les femmes à priori mais il y a quand même pas mal d'hommes qui en parlent et qui ne sont pas trop gênés je trouve. Après c'est vrai que c'est plus effectivement les personnes à orientation homosexuelle qui ont tendance à en parler plus facilement parce qu'ils sont peut-être plus à l'aise avec ça, je ne sais pas. Mais les hétéros qui sont mariés, qui ont des troubles, qui ont des soucis ou même des éléments comme de l'adultère ou des choses comme ça, et qui veulent poser des questions : ils sont beaucoup plus gênés, alors que les gays sont beaucoup plus ouverts je trouve sur tout ce qui est questions par rapport à la sexualité ou à des troubles cutanés liés à des organes génitaux externes ou des choses comme ça.

PS : Ah oui, d'accord. Et vous pensez que c'est lié au fait que vous soyez une femme ou pas du tout ?

M13 : Ça...je ne peux pas vous dire (rires).

PS : Je trouve que c'est intéressant que vous constatiez que les hommes homosexuels en parlent plus facilement.

M13 : Après j'ai pas mal de patients homosexuels et j'ai deux patients transgenres donc je pense que peut-être il y a aussi du bouche à oreille qui fait que...voilà je ne juge pas les patients sur leur appartenance sexuelle. Et c'est vrai que quand je pose la question par rapport à quelqu'un

où j'ai un doute, je demande toujours « le partenaire », je ne demande pas « la femme » et cela ouvre un petit peu le dialogue et cela permet à la personne de dire « mon copain... ». Du coup on peut en parler sans que lui soit gêné, et cela nous permet d'être plus libres au niveau de l'échange.

PS : D'accord. Et là vous me disiez que vous avez deux patients homosexuels, en pratique vous faites comment pour demander l'orientation sexuelle de vos patients ?

M13 : Nan je disais que j'ai deux transgenres, des hommes qui veulent devenir des femmes. L'orientation non je ne demande pas... cela vient comme ça. Souvent c'est eux qui l'abordent. J'ai aussi une femme qui m'a avoué son homosexualité en pensant que c'était un délit (rires). Enfin c'était vraiment « mais vous vous rendez compte ... il faut que je vous dise un truc mais il ne faut surtout pas que vous me jugiez là-dessus ». Il y a des gens qui pensent encore que c'est une maladie entre guillemets d'être gay. Pour moi c'est quelque chose de naturel, c'est comme ça et c'est tout. Quand il se rendent compte qu'il n'y pas d'a priori en général après c'est comme ça.... Moi je le note car j'ai besoin de le savoir pour d'autres choses, mais je ne le mets jamais dans des choses qui pourraient se transmettre à des collègues. Je le mets là-haut dans une barre en haut qui est confidentielle qui ne passe nulle part, cela me permet juste si j'ai des remplaçants ou n'importe de ne pas reposer la question s'ils ont un doute.

PS : Et quand vous dites « je ne demande pas », pourquoi vous ne posez pas la question en fait ?

M13 : J'ai du mal à poser les questions par rapport au métier et par rapport à l'orientation sexuelle car je trouve que ce sont des choses qui stigmatisent beaucoup les gens. Du coup s'il n'y a pas une pathologie professionnelle ou s'il n'y a pas une pathologie liée à un problème de sexualité je n'aborde pas forcément le sujet car je trouve que cela catégorise les gens et qu'après ils ne sont plus aussi libres de ce qu'ils disent. Des fois j'ai des patients qui sont des médecins et qui ne me le disent pas et je trouve qu'on aborde mieux les sujets, qu'on explique mieux les choses. On parle plus de façon neutre quand on sait que la personne n'est pas d'un milieu particulier qui fait qu'il comprendrait tout et qu'on n'aurait pas besoin d'expliquer les choses. C'est pour cela que je ne pose pas la question, dans mon questionnaire systématique il n'y a pas l'orientation sexuelle.

PS : D'accord. Quels sont les problèmes de santé de vos patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M13 : Alors le plus embêtant, le dernier cas c'était la syphilis. A priori c'est de plus en plus fréquent. Là on a dû traiter un jeune à cause de ça. Lui c'était assez simple car il faisait des tests tout le temps, il était un peu stressé par rapport à ça. On avait des tests négatifs qui se sont positivés donc on a pu le traiter assez facilement. Mais c'est vrai que quand on ne sait pas de quand cela date cela peut être un peu plus compliqué. Après il n'y a pas beaucoup plus de pathologies chez les homosexuels que chez les patients hétéros : il y a des mycoses, des anomalies dermato au niveau du gland qui ne sont pas forcément toujours étiquetées, des écoulements, des démangeaisons ...des choses plutôt locales en général. Après il y a tout ce qui est VIH, hépatites...mais il n'y en a pas énormément je trouve.

PS : Mais du coup, si j'ai bien compris, c'est des pathologies infectieuses et de la sphère génito-anale plus que les patients hétérosexuels que vous suivez ?

M13 : Je n'ai pas l'impression qu'il y ait une grande différence.

PS : D'accord, ok. Vous pensez que la mention de l'orientation sexuelle doit être faite par le médecin ou plutôt à l'initiative du patient ?

M13 : Moi j'attends qu'ils me le disent, après...La plupart du temps on se rend compte quand même dans leur discours s'ils sont plutôt avec une fille ou plutôt avec un garçon. Je dois avoir trois patientes gays en tant que femmes et j'ai plus de gays hommes, mais il y aussi des femmes qui ne le disent pas je pense. Mais celles et ceux qui le sont le vivent bien et me le disent assez rapidement.

PS : Tout à l'heure vous disiez que vous aviez traité un jeune qui avait la syphilis. Le traitement des IST (chlamydia, gonocoque, syphilis,) c'est des choses avec lesquelles vous vous sentez à l'aise ?

M13 : Chlamydia ce n'est pas très compliqué.

Gonocoque, je n'en ai pas beaucoup donc souvent je regarde vite fait sur internet.

Et la syphilis c'est vrai qu'on a dû regarder sur internet car je n'en avais jamais vu de ma vie en fait. On a appelé quand même le centre d'infectio à l'hôpital car il y avait une négativation de la sérologie qui était assez tardive donc on avait un peu peur qu'il y ait une résistance au traitement mais ils nous ont bien dit que « non ce n'était pas possible et qu'à partir du moment où c'était négatif puis positif et qu'on avait fait les injections il n'y avait pas de soucis. ». Donc ça s'est passé assez facilement, mais c'est vrai que quand j'ai un doute sur les pathologies comme cela j'appelle facilement l'hôpital pour poser les questions et savoir comment on fait.

PS : Et quand vous regardez sur internet, vous regardez sur un site en particulier ?

M13 : Quand c'est pour des antibiotiques je vais sur Antibioclic en général.

Et pour le reste ...non je n'ai pas de site en particulier, mais je ne regarde pas Doctissimo ou des trucs comme ça, je regarde des trucs officiels.

PS : On sait que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes sont plus exposés aux IST que la population générale. Vous, de votre point de vue médical, c'est quoi votre représentation de la sexualité entre hommes ?

M13 : D'un point de vue médical...euh...je ne sais pas... je ne sais pas quoi vous répondre (rires).

PS : Vous pensez qu'ils viennent d'où ces risques ?

M13 : Ah...A mon avis il y a quand même plus de turn-over au niveau des partenaires chez les personnes homosexuelles que chez les personnes qui sont casées et mariées. Et puis c'est beaucoup des jeunes donc il y a probablement des relations qui ont lieu de façon très ponctuelle dans un contexte de soirée, d'alcool, de choses comme cela. Donc à ce moment-là je pense que peut-être il y a moins de protection au niveau préservatif que quand c'est des relations qui sont plus suivies. Je ne sais pas ...En général ceux qui viennent pour des suspicions de MST ou parce qu'ils ont eu un rapport à risque, ce n'est pas forcément que des gays. Il y a beaucoup de femmes qui viennent parce qu'elles ont eu un rapport non protégé, qu'elles ont peur du VIH...Les gens que j'envoie en PMI ou auxquels je dis « la prochaine fois il faudrait consulter rapidement », je trouve que c'est beaucoup quand même des hétéros aussi. Les gays on leur a tellement expliqué qu'il fallait se protéger et qu'il y a un risque par rapport au VIH tout ça... que je pense qu'au niveau préservatif ils font gaffe. Je pense que c'est peut-être les rapports oraux qui entraînent le plus de problème mais cela ils n'en parlent pas très spontanément. Mais à mon avis c'est plus cela qui pêche car quand il y a un rapport anal ils mettent normalement le préservatif.

PS : D'accord, ok. Qu'est-ce que vous connaissez du chemsex ?

M13 : Rien du tout (rires).

PS : Le chemsex est un mot anglais qui est né de la contraction des mots chemical, donc chimie, et sexe. En fait c'est l'usage de substances psychoactives vraiment dans un but sexuel. Ce sont des consommations qui sont destinées...euh...qui sont vraiment prises dans le but d'avoir un rapport sexuel derrière. Les motivations c'est la recherche de désinhibition, de performance, d'augmenter la qualité des rapports...Les patients ne vous en ont jamais parlé ?

M13 : Non. C'est par rapport à l'érection comme on donne dans les problèmes érectiles ou c'est plus des psychotropes ?

PS : C'est surtout tout ce qui est nouveaux produits de synthèse, cocaïne, kétamine. Les modes de consommations peuvent être inhalés, par voie orale, intra veineuse, intra-rectales...Et c'est pareil effectivement il y a vraiment eu un rôle des applications de rencontres qui utilisent la

géolocalisation, et c'est aussi des fois marqués sur le profil des utilisateurs « chemsex » ... donc effectivement il y a pas mal de rencontres ponctuelles comme vous le disiez tout à l'heure.

M13 : Ok. Ils parlent très facilement du cannabis mais alors cocaïne-héroïne je n'en ai pas. J'ai des gens qui sont substitués par SUBUTEX mais qui sont bien intégrés socialement. Mais en tout cas on ne m'en a pas parlé du tout.

PS : Est-ce que la PrEP, la prophylaxie préexposition, c'est quelque chose avec laquelle vous êtes à l'aise ?

M13 : Non pas du tout, j'ai un patient qui m'en a parlé une fois en me disant « je prends ça donc je ne risque pas d'avoir le SIDA ». J'ai dit « ok, si vous voulez, moi je ne suis pas au courant et je ne vous le prescris pas car je ne sais pas comment faire ». Je l'ai envoyé en PMI et je lui ai demandé de voir avec eux. C'est vrai que j'ai regardé un peu sur internet et on n'a pas du tout été formé à cela.

PS : Actuellement, la prescription initiale elle doit vraiment se faire à l'hôpital ou dans un CeGIDD, et le médecin généraliste peut renouveler. Mais c'est en discussion qu'à terme le médecin généraliste puisse primo-prescrire la PrEP. Vous pensez que c'est une bonne chose ?

M13 : Je ne sais pas. Ce patient ce n'était pas un de mes patients: c'était quelqu'un qui était venu comme ça car il voulait que je lui prescrive ça. J'ai dit « je ne peux pas car déjà je ne vous connais pas et en plus je ne sais pas faire », donc je l'ai envoyé vers quelqu'un d'autre. Mais j'avais l'impression que pour lui cela annulait tous les risques, de tout et pas que du VIH ! Je lui ai parlé de la syphilis, des IST de tout ça... mais pour lui c'était « ah ba nan, je n'ai plus besoin de me protéger ». Je pense qu'ils ne comprennent ou pas qu'ils ne veulent pas comprendre le...but ...le motif de prescription.

PS : Vous seriez prête à le faire ou pas ?

M13 : Si j'étais formée peut-être mais là je ne me sens pas, je ne sais pas comment le prescrire, je ne sais pas les effets indésirables, je ne sais pas dans quelles conditions il faut qu'ils le prennent, je ne sais rien.

PS : Et vous en pensez quoi du principe de ce traitement ?

M13 : Je pense que c'est probablement une avancée thérapeutique mais après il ne faut pas qu'il y ait un mésusage c'est tout, c'est comme tout. Si on peut prévenir certaines infections c'est très bien mais il ne faut pas qu'il y en est d'autres qui arrivent à la place. Je pense que c'est là notre rôle c'est l'éducation aux risques et l'intérêt du préservatif.

PS : Et du coup de ce que vous disiez : à priori vous n'avez pas connaissance de patients parmi votre patientèle qui seraient sous ce traitement ?

M13 : Non en tout cas on ne m'en a jamais parlé, à part comme je vous dis ponctuellement une personne qui était venue pour ça.

PS : Est-ce que vous pensez qu'il existe des recommandations qui soient liées à l'orientation sexuelle surtout sur le plan des vaccins et des dépistages ?

M13 : Je ne sais pas, je n'en ai pas connaissance mais je pense que ce serait bien de vacciner les hommes pour l'HPV, qu'ils soient homos ou hétéros. Mais à priori de ce que j'avais regardé - parce que je m'étais posée la question de le faire pour mon fils- je n'ai rien trouvé en France qui recommandait cela. Par contre aux Etats-Unis et en Suède ils le font, je pense que ce serait une bonne chose. Mais pour le reste je ne sais pas si cela existe ou pas.

PS : Alors effectivement il y a une recommandation pour l'HPV pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à vingt-six ans révolus.

M13 : D'accord.

PS : Cette recommandation précise quand même que le bénéfice est d'autant plus important que le début de l'activité sexuelle est récent et que le nombre de partenaires sexuels est faible, mais il y a une recommandation pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

M13 : Je n'avais pas trouvé.

PS : Et il existe aussi une recommandation pour l'hépatite A pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec hommes. Le schéma c'est une injection et un rappel six mois ou un an plus tard.

M13 : Comme pour le voyage à l'étranger. Mais l'hépatite A c'est plus les eaux souillées non ?

PS : Ce n'est pas très clair et on me pose toujours la question... je pense que c'est pour la transmission oro-fécale.

M13 : Car je sais qu'on a été embêté par rapport à l'hépatite A sur le remboursement du vaccin, à priori il faut le mettre en « NR » pour pas que les patients aient de problème car c'est remboursé que dans certaines indications et pas dans les voyages. Mais peut être que c'est remboursé dans ces cas-là, mais comment on prouve que la personne a des relations homosexuelles, et comment on vaccine un gosse quand on ne connaît pas son orientation ? C'est compliqué.

PS : Est-ce que vous pensez qu'il existe des fréquences de dépistage des IST recommandées chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes à risques ou pas ?

M13 : Je ne sais pas si c'est recommandé mais ils viennent souvent les demander (rires). En général je leur dis « s'il y a un rapport à risque il faut attendre au moins trois mois sauf si c'est vraiment très récent ». J'ai l'impression qu'ils les demandent à peu près tous les six mois/un an. Mais après cela dépend aussi du nombre de partenaires, du changement de partenaire et du nombre de rapports à risque. Je pense qu'il existe des recos mais je n'ai pas fait gaffe.

PS : Du coup vos patients sont plutôt assez demandeurs de dépistages ?

M13 : Oui en général ils me demandent dès qu'ils ont un petit truc inhabituel quoi.

PS : Vos patients homosexuels hommes, est-ce qu'ils ont eu par exemple les vaccinations GARDASIL® ou GARDASIL 9® ou hépatite A... enfin les vaccins liés à leur orientation sexuelle ou pas ?

M13 : Bah non car quand moi je les vois c'est déjà trop tard je pense. Après les tout jeunes on a quand même du mal en parler avec eux car il y a souvent les parents... déjà rien que demander s'ils fument c'est la polémique donc demander l'orientation sexuelle c'est compliqué.

PS : Comment vous évalueriez vos connaissances justement concernant un peu toutes ces spécificités de santé des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ?

M13 : Je n'ai pas de formation particulière après j'apprends sur le terrain et comme cela fait dix ans que je suis installée j'ai un peu vu des choses qui m'orientent vers certaines pathologies mais je ne me sens pas qualifiée plus que cela pour les prendre en charge. Quand j'ai eu un doute j'oriente vers l'urologue ou un spécialiste aussi.

PS : D'accord. Vous trouveriez que cela soit une bonne chose qu'un outil soit créé pour la prise en charge des patients hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ou pas ?

M13 : Si c'est un outil simple à utiliser oui, pourquoi pas.

PS : Par rapport aux prélèvements quand vous faites un bilan IST pour savoir si c'est sanguin, urinaire... C'est des choses avec lesquelles vous êtes à l'aise ?

M13 : Pas trop. En général je mets ce que je veux et je dis au labo de faire comme il y arrive (rires). Parce que je sais que le frottis pénien c'est quand même très douloureux donc je mets « si possible urinaire, sinon frottis » et je laisse le labo gérer.

PS : D'accord. Je vous remercie.

RÉSUMÉ

Titre : Santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : étude qualitative sur les connaissances des Médecins Généralistes d'Alsace.

Introduction : Les IST sont fréquentes chez les patients HSH qui font ainsi l'objet de recommandations spécifiques en termes de prévention (vaccinale et dépistage). Le médecin généraliste peut être un acteur central dans ces prises en charge s'il connaît ces recommandations. Dans un contexte de prévention combinée du VIH, la PrEP semble peu connue des médecins généralistes en France.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les connaissances et l'opinion des médecins généralistes sur la PrEP ainsi que connaître leurs avis sur l'extension de sa primo-prescription en médecine de ville et leur intention de le faire. Un des objectifs secondaires est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes relatives aux recommandations liées à l'orientation sexuelle, concernant notamment les recommandations vaccinales HPV, VHA et VHB et de fréquence de dépistage d'IST chez les patients HSH.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes d'Alsace (2019). Le recrutement s'est déroulé dans une logique de variance maximale. Les entretiens ont bénéficié d'une double lecture. Leur analyse a été effectuée manuellement par codage axial des verbatims.

Résultats : Cette étude met en évidence les connaissances partielles des médecins généralistes vis-à-vis de la PrEP. Il en ressort un manque de formations et de communication. Les avis sont partagés entre un traitement utile et un traitement aux risques de dérives. La baisse de l'usage du préservatif et l'augmentation des IST sont des craintes fortement exprimées. Ces appréhensions semblent constituer un obstacle à la promotion et à la diffusion de la PrEP. L'intérêt d'un élargissement des modalités de primo-prescription de PrEP en soins primaires n'est pas unanime, et il existe actuellement de nombreuses réticences exprimées par les médecins. Ils sont néanmoins désireux de formations sur la PrEP.

Leurs connaissances relatives aux recommandations vaccinales et de dépistage d'IST chez les patients HSH sont également limitées. Le manque d'informations sur leurs existences et la difficulté à se maintenir à jour des recommandations sont évoqués. En pratique, ces vaccinations ne sont pas proposées et les dépistages d'IST se font à l'initiative des patients HSH. Les médecins expriment le besoin d'être formés à ces questions.

Conclusions : Les connaissances des médecins généralistes sur la PrEP et sur les spécificités vaccinales et de dépistages d'IST pour les patients HSH sont partielles. La mise en place de formation et/ou d'outils d'aide dédiés à ces questions, somme toute souhaitée, représente un enjeu majeur.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale. Santé sexuelle. HSH. Prévention. PrEP. Dépistage.

Président : Pr Yves Hansmann

Assesseurs : Dr David Rey, Dr Juliette Chambe, Dr Laetitia Ninove.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : SAATSZ

Prénom : Pauline Lucie Rosalie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que
j'encours en cas de déclaration erronée
ou incomplète "

Signature originale :

A Strasbourg, le 20/04/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.