



Université
de Poitiers



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 2 Septembre 2024 à Poitiers
par Mr Jean-Mathieu BESSONNET

**Abord de la santé sexuelle et de la PrEP en médecine générale dans les
départements des Deux-Sèvres et Charente.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure Marion ALBOUY, PU-PH en Santé publique au CHU de Poitiers

Membres : Monsieur le Docteur Gwenaël LE MOAL, PH de maladies infectieuses au CHU de Poitiers
Madame le Docteur Céline COLIN, Médecin Généraliste en Charente (Vars)

Directeur de thèse : Madame le Docteur Agnès RICHE, chef de service de maladie infectieuse et médecin interne, PH du CH d'Angoulême



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahya, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAERKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

A Madame la **Professeure Albouy MARION**,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury sans condition, pour votre disponibilité.

A Monsieur le **Docteur Gwenaël LE MOAL**,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury, pour votre expertise comme médecin infectiologue.

A Madame le **Docteur Agnès RICHE**,

Pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et dirigé ce travail, pour votre soutien, pour votre temps donné alors que vos journées sont déjà bien remplies, pour m'avoir redonné confiance, pour m'avoir accueilli en médecine interne et infectieuse pendant les lourds débuts de l'épidémie de la COVID 19, pour avoir été un modèle de réussite, de compétence et d'humanisme.

A Madame le **Docteur Céline COLIN**,

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury, pour m'avoir intégré si rapidement dans ma nouvelle famille de travail, pour ta gentillesse, pour ta bonne humeur constante, pour tes bons conseils, pour ta bienveillance.

Aux médecins généralistes ayant accepté de répondre à mon questionnaire malgré le peu de temps dont vous disposez.

A l'équipe médicale et paramédicale de médecine interne/ maladie infectieuse d'Angoulême, Pour m'avoir appris tant de chose, pour cette cohésion incroyable, pour m'avoir tant fait rire, pour m'avoir permis de me faire de nombreux amis qui partagent encore mon quotidien.

A l'équipe médicale et paramédicale de pédiatrie d'Angoulême,

Pour m'avoir permis de travailler auprès d'une équipe formidable, pour m'avoir permis de travailler auprès des enfants et m'avoir tant appris à leur sujet, de m'avoir accepté pour 6 mois supplémentaire dans votre équipe.

A l'équipe médicale et paramédicale des urgences de Confolens,

Pour mon premier stage hospitalier en tant que médecin, pour votre confiance, pour les amitiés qui se sont créées.

A mes co-internes qui ont partagés avec moi l'expérience de l'internat et qui ont rendu l'exercice encore plus passionnant.

A la maison médicale de Vars avec qui je travaille depuis maintenant 3 ans. Merci de m'avoir accepté dès le premier jour, de partager mon quotidien et d'enchanter ces journées de travail qui peuvent être lourdes et éprouvantes. Je vous souhaite de belles années de complicité, de collégialité et de fraternité. Merci à Pascale, Sarha, Céline, Laurène, Lucie, Caroline, Nathalie, Séverine, Marie, Ludwig et Olivier.

A mes amis de la faculté de médecine de Poitiers, amis auxquels je pense tous les jours malgré la distance et qui ont partagé avec moi mes plus belles années, pour le meilleur et pour le pire. Je ne vous oublierai jamais, Amélie, Estelle, Marina, Margaux, Émeline, Arnaud,

Matthieu, Vincent, Audrey, Corentin, Floriane, Claire, Marie, Orane, Clémence, Morgane, Paul, Clément, Marine, Gaétan, Servane, Céline ...

A ma belle-famille,

Pour m'avoir accepté comme l'un des vôtres dès le premier jour, de partager mon quotidien, de votre aide et de votre soutien, Brigitte, Patrick, Marie, Romain, Martin. Je vous aime

A ma sœur, Sarah, ma meilleure amie et confidente. Tu es la personne à qui je peux tout confier sans me sentir jugé, tu es la personne que je connais le mieux et qui me connaît le mieux. Merci d'avance d'être là pour le restant de ma vie.

A mes parents qui ont toujours tout donné à leurs enfants. Merci de votre soutien et de votre amour sans condition. Merci d'être toujours à mes côtés, merci de m'apporter un réconfort constant lors de mes Week end à la maison, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je n'aurai pas pu rêver meilleurs parents que vous. Je vous aime

A Remy qui partage ma vie, merci d'être là tous les jours, de me soutenir, de m'avoir permis de nous trouver un doux foyer, de faire des projets et de les concrétiser ensemble. Je t'aime

Plan :

Liste des abréviations :	1
I/Introduction :	2
I/1 La PrEP.....	2
I/2 Historique de la PrEP	2
I/3 Efficacité de la Prep :	3
I/4 Expansion de la prescription en France :	3
I/5 En zone rurale : Charente et Deux-Sèvres	5
I/6 Santé sexuelle	6
I/7 Objectifs de l'étude	6
II/Méthode	8
II/1 Population de l'étude :	8
II/1-1 Concernant les deux sèvres :.....	8
II/1-2 Concernant la Charente :	9
II/2 Le questionnaire :	9
II/3 L'entretien dirigé :	10
II/4 l'échantillon :	10
II/4-1 concernant le questionnaire :	10
II/4-2 Concernant l'entretien dirigé :	10
II/5 Recueil des données :	11
II/5-1 Concernant le questionnaire :	11
II/5-2 Concernant l'entretien dirigé :	11
II/6 Analyse des données :	11
III/ Résultats	12
III/1 Description de la population étudiée :.....	12
III/1-1 Zone d'exercice	13
III/1-2 Age des médecins généralistes répondants :	13
III/2 l'abord de la sexualité en consultation.....	14
III/2-1 Connaissances de l'orientation sexuelle	14
III/2-2 Sexualité et santé :	14
III/2-3 Sexualité tabou :	15
III/3 La patientèle :	16
III/3-1 la population cible :	16

III/3-2 Suivi du patient porteur du VIH :.....	17
III/3-3 Suivi du patient Prepeur :	17
III/4 Connaissances des médecins généralistes sur la PrEP :	18
III/4-1 Les raisons d'un défaut de connaissance sur la PrEP :.....	18
III/4-2 Connaissance d'une primo prescription et d'un suivi possible en médecine générale :	19
III/5 Adhésion au suivi de patient Prepeur :.....	20
III/5-1 Le format de la formation	20
III/6 : Retranscription des réponses de l'entretien dirigé.....	21
III/6-1 Premier entretien :	21
III/6-2 Deuxième entretien :	22
III/6-3 Troisième entretien :	22
III/6-4 Quatrième entretien :	23
III/6-5 Cinquième entretien :	23
IV/DISCUSSION	25
IV/1 Choix de l'étude :	25
IV/2 Échantillon de l'étude :	25
IV/3 Principaux résultats :	26
IV/3/a L'abord de la sexualité en consultation	26
IV/ 3/b La population ciblée :	26
IV/3/c : les connaissances sur la PrEP :	27
IV/3/d L'adhésion au suivi du patient Prepeur :	28
IV/3/e : Les médecins généralistes se sentent-ils prêts à être formés ? :	28
IV/3/f : Idées perçues lors des entretiens individuels :	29
IV/4 Perspectives de l'étude :	31
IV/4-a Plaquette d'information, retour sur les résultats	31
IV/4-b Faciliter l'adhésion du patient par de nouvelles formes de PrEP.....	31
IV/4-c Faciliter les critères d'éligibilité pour le professionnel de santé.....	33
IV/4-d Les femmes, les oubliées de la PrEP.....	36
IV/4-e Faciliter l'accès aux formations pour les professionnels de santé :	37
IV/4-f Ne pas oublier le TasP et le TPE :	38
IV/4-g Vers une prophylaxie pré/post exposition des IST :	39
IV/5 Nouvelles coopérateurs, promotions de la santé sexuelles	40
IV/5-a Vers une coopération médecin/infirmier :	40

<i>IV/5-b listing des médecins généralistes prescripteur de la PrEP :</i>	40
<i>V/CONCLUSION :</i>	41
<i>Annexes :</i>	42
<i>Annexe 1 : le questionnaire</i>	42
<i>Annexe 2 : Suivi du patient prepeur, renouvellement d'ordonnance.....</i>	45
<i>Annexe 3 : Synthèse de traitement des IST les plus courantes lors du suivi (55)</i>	46
<i>Annexe 4 : Flashcode pour les professionnels de santé, se former en santé sexuelle, à l'occasion de la semaine de santé sexuelle.</i>	47
<i>Références bibliographiques :</i>	48

Liste des abréviations :

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CCP : Consultation Contraception et Prévention
CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMG : Collège de la Médecine Générale
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREVIH : Comité de coordination régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
HPV : Papillomavirus Humain
HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
IST : Infection Sexuellement Transmissibles
JNI : Journées Nationales d'Infectiologie
OMS : Organisation mondiale de la santé
PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de langue Française
TasP : Treat as Prevention
TPE : Traitement Post Exposition
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I/Introduction

I/1 La PrEP :

« La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un outil préventif qui permet à **une personne séronégative** exposée au VIH de se protéger en prenant un traitement antirétroviral. Plusieurs études ont ainsi montré l'efficacité du Truvada® ou de ses génériques (Emtricitabine/ténofovir qui sont deux antirétroviraux de la famille des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse), une combinaison de deux molécules capables d'empêcher l'infection des cellules par le VIH.

A l'origine commercialisé comme traitement curatif, combiné à d'autres classes d'antirétroviraux, pour les personnes séropositives au VIH, ce médicament est autorisé à titre préventif aux Etats-Unis en 2012. La France est le premier pays d'Europe à en rembourser son usage dans le cadre de la PrEP depuis janvier 2016. » (1)

I/2 Historique de la PrEP :

L'histoire de la PrEP est issue de la constatation de la diminution du risque de transmission materno-fœtale sous traitement antirétroviral prophylactique (2). Ces résultats encourageants ont permis de supposer qu'un nouvel outil prophylactique pouvait réduire le risque de transmission du VIH à un individu séronégatif lors de rapports sexuels à risque. Les premiers essais du prototype de la PrEP ont été réalisés chez les macaques, animaux sensibles à l'infection par des SIV (Virus d'Immunodéficience Simienne) et développant un SIDA ; ceux-ci ont montré qu'un traitement antirétroviral prophylactique intermittent y compris une dose prise après le contact confère une protection significative contre l'infection (3). Fort de ce constat une première étude sur l'Homme (Partners PrEP) est effectuée en 2012 en zone d'endémie du VIH dans deux pays d'Afrique (Kenya et Ouganda). Elle concernait 4747 couples sérodifférents hétérosexuels divisés en deux groupes, traitement contre placebo. Les résultats se sont montrés concluants avec une protection efficace contre une infection à VIH chez le partenaire séronégatif (4).

I/3 Efficacité de la PrEP :

Plusieurs recherches ont prouvé l'efficacité de la PrEP : Iprex (États-Unis) (5), Partners PrEP (Kenya, Ouganda) (4), Proud (Royaume-Uni) (6), ANRS-Ipergay (France, Canada) (7). Ces recherches ont été menées principalement chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais certaines d'entre elles ont aussi concerné des personnes transgenres et hétérosexuelles.

La PrEP a contribué à la baisse inédite des contaminations dans plusieurs régions du monde où elle a été déployée :

- Aux USA, à San Francisco, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 49 % entre 2012 (année où la PrEP a été autorisée aux États-Unis) et 2016 (5)
- Au Royaume-Uni, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 18 % entre 2015 et 2016. Cette baisse est encore plus impressionnante chez les HSH à Londres (- 29 %) (6)
- A Paris, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 16 % entre 2015 et 2018. Dans cette ville aussi, la baisse est encore plus importante chez les HSH (- 22 %) et en particulier chez ceux nés en France (- 29 %) (7)

Plus récemment une étude réalisée par EPI-PHARE montre que, parmi les hommes à haut risque d'infection au VIH par voie sexuelle en France, l'efficacité de la PrEP en vie réelle atteint un niveau très élevé, de l'ordre de 93% (à condition que l'observance à ce traitement préventif soit correcte). Elle montre également que l'inobservance, concernant majoritairement les populations jeunes et défavorisées socialement, entraîne une perte significative de son efficacité (8).

I/4 Expansion de la prescription en France :

Le nombre d'utilisateur de la PrEP ne cesse d'augmenter en France depuis janvier 2016. Le nombre d'initiation à la prescription est de 84997 au 30 juin 2023 ce qui représente une hausse d'environ 10% en 1 an. La grande majorité des initiateurs à la PrEP est concentrée dans les zones démographiquement élevées puisque 41% résident en Île-de-France, 11% résident en Auvergne-Rhône-Alpes, 9% en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et 8% en Occitanie. La région Nouvelle Aquitaine représente, quant à elle, 6% de la part de prescription de la PrEP,

pourcentage en légère hausse entre janvier 2016 et le premier semestre 2023(6,4% vs 4,9%). Elle reste néanmoins en dessous de la moyenne puisque cette région représente 11,3% de la population Française. (9) (tableau 1)

Région de résidence	TOTAL	PAR PÉRIODE							
	N=84 997	2016 N=3 383	2017 N=5 327	2018 N=8 173	2019 N=11 448	2020 N=10 927	2021 N=16 227	2022 N=19 471	2023 S1 N=10 041
Auvergne-Rhône-Alpes	8 974 (10,6)	330 (9,8)	490 (9,2)	744 (9,1)	1 192 (10,4)	1 101 (10,1)	1 771 (10,9)	2 167 (11,1)	1 179 (11,7)
Bourgogne-Franche-Comté	1 721 (2,0)	38 (1,1)	91 (1,7)	142 (1,7)	251 (2,2)	208 (1,9)	340 (2,1)	446 (2,3)	205 (2,0)
Bretagne	2 698 (3,2)	60 (1,8)	131 (2,5)	243 (3,0)	339 (3,0)	306 (2,8)	546 (3,4)	722 (3,7)	351 (3,5)
Centre-Val de Loire	2 380 (2,8)	54 (1,6)	117 (2,2)	201 (2,5)	288 (2,5)	391 (3,6)	460 (2,8)	581 (3,0)	288 (2,9)
Corse	114 (0,1)	<10	10 (0,2)	<10	13 (0,1)	13 (0,1)	28 (0,2)	27 (0,1)	16 (0,2)
Grand Est	3 534 (4,2)	98 (2,9)	173 (3,2)	299 (3,7)	493 (4,3)	432 (4,0)	682 (4,2)	863 (4,4)	494 (4,9)
Hauts-de-France	4 618 (5,4)	129 (3,8)	245 (4,6)	396 (4,8)	579 (5,1)	526 (4,8)	893 (5,5)	1 207 (6,2)	643 (6,4)
Île-de-France	34 968 (41,1)	1 716 (50,7)	2 423 (45,5)	3 826 (46,8)	4 939 (43,1)	4 695 (43,0)	6 472 (39,9)	7 230 (37,1)	3 667 (36,5)
Paris	19 704 (23,2)	1 088 (32,2)	1 495 (28,1)	2 254 (27,6)	2 869 (25,1)	2 690 (24,6)	3 580 (22,1)	3 873 (19,9)	1 855 (18,5)
Petite Couronne	10 201 (12,0)	450 (13,3)	639 (12,0)	1 106 (13,5)	1 452 (12,7)	1 375 (12,6)	1 911 (11,8)	2 166 (11,1)	1 102 (11,0)
Grande Couronne	5 063 (6,0)	178 (5,3)	289 (5,4)	466 (5,7)	618 (5,4)	630 (5,8)	981 (6,0)	1 191 (6,1)	710 (7,1)
Normandie	1 997 (2,3)	63 (1,9)	102 (1,9)	174 (2,1)	209 (1,8)	247 (2,3)	396 (2,4)	515 (2,6)	291 (2,9)
Nouvelle-Aquitaine	5 078 (6,0)	166 (4,9)	315 (5,9)	439 (5,4)	635 (5,5)	582 (5,3)	1 006 (6,2)	1 290 (6,6)	645 (6,4)
Occitanie	7 034 (8,3)	234 (6,9)	446 (8,4)	604 (7,4)	966 (8,4)	881 (8,1)	1 387 (8,5)	1 633 (8,4)	883 (8,8)
Pays de la Loire	3 175 (3,7)	87 (2,6)	202 (3,8)	247 (3,0)	373 (3,3)	359 (3,3)	610 (3,8)	860 (4,4)	437 (4,4)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7 339 (8,6)	373 (11,0)	519 (9,7)	721 (8,8)	1 016 (8,9)	1 020 (9,3)	1 400 (8,6)	1 548 (8,0)	742 (7,4)
DROM	1 364 (1,6)	33 (1,0)	63 (1,2)	132 (1,6)	155 (1,4)	166 (1,5)	235 (1,4)	381 (2,0)	199 (2,0)

Note : Pour des raisons de confidentialité, le détail des effectifs non nuls n'atteignant pas 10 personnes ne peut pas être fourni.

Tableau 1 : Nombre de personnes ayant initié un traitement par Truvada® ou génériques pour une PrEP entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2023 selon la région de résidence, globalement et par année (9)

La très grande majorité des utilisateurs de la PrEP restent encore à l'heure actuelle les hommes (97%). On peut constater une légère hausse de prescription chez les femmes (4,6% en 2023 vs 3% en 2016). Quant à l'origine démographique des utilisateurs, elle reste majoritairement urbaine (71%) notamment dans les grandes villes (hab > 200 000), comparativement aux villages de moins de 2000 habitants (7,8%). (9) (tableau 2)

	TOTAL	PERIODES							
	N=84 997	2016 N=3 383	2017 N=5 327	2018 N=8 173	2019 N=11 448	2020 N=10 927	2021 N=16 227	2022 N=19 471	2023 S1 N=10 041
Sexe, n (%) :									
Hommes	82 458 (97,0)	3 280 (97,0)	5 243 (98,4)	8 006 (98,0)	11 170 (97,6)	10 646 (97,4)	15 807 (97,4)	18 724 (96,2)	9 582 (95,4)
Femmes	2 539 (3,0)	103 (3,0)	84 (1,6)	167 (2,0)	278 (2,4)	281 (2,6)	420 (2,6)	747 (3,8)	459 (4,6)
Catégories d'âge (années), n (%) :									
≤25	16 458 (19,4)	314 (9,3)	663 (12,4)	1 250 (15,3)	1 924 (16,8)	2 127 (19,5)	3 471 (21,4)	4 379 (22,5)	2 330 (23,2)
26-35	30 932 (36,4)	1 244 (36,8)	1 942 (36,5)	2 995 (36,7)	4 165 (36,4)	4 200 (38,4)	6 020 (37,1)	6 873 (35,3)	3 493 (34,8)
36-45	19 579 (23,0)	1 100 (32,5)	1 642 (30,8)	2 170 (26,6)	2 794 (24,4)	2 458 (22,5)	3 385 (20,9)	3 977 (20,4)	2 053 (20,5)
46-55	12 571 (14,8)	566 (16,7)	855 (16,1)	1 337 (16,4)	1 849 (16,2)	1 550 (14,2)	2 304 (14,2)	2 765 (14,2)	1 345 (13,4)
56-65	4 449 (5,2)	133 (3,9)	194 (3,6)	346 (4,2)	577 (5,0)	486 (4,5)	870 (5,4)	1 203 (6,2)	640 (6,4)
>65	1 008 (1,2)	26 (0,8)	31 (0,6)	75 (0,9)	139 (1,2)	106 (1,0)	177 (1,1)	274 (1,4)	180 (1,8)
Âge (années) :									
Moyenne (ET)	35,9 (11,4)	37,7 (10,0)	36,9 (10,1)	36,6 (10,7)	36,5 (11,3)	35,4 (11,0)	35,4 (11,5)	35,6 (12,0)	35,6 (12,2)
Médiane (IQR)	34 (27-44)	37 (30-44)	36 (29-44)	35 (28-44)	34 (28-44)	33 (27-43)	33 (26-43)	33 (26-44)	33 (26-43)
CSS*, n (%) :									
Oui	6 477 (7,6)	221 (6,5)	356 (6,7)	512 (6,3)	798 (7,0)	780 (7,1)	1 314 (8,1)	1 605 (8,2)	891 (8,9)
Non	78 520 (92,4)	3 162 (93,5)	4 971 (93,3)	7 661 (93,7)	10 650 (93,0)	10 147 (92,9)	14 913 (91,9)	17 866 (91,8)	9 150 (91,1)
AME, n (%) :									
Oui	195 (0,2)	<10	13 (0,2)	39 (0,5)	29 (0,3)	38 (0,4)	23 (0,1)	30 (0,2)	14 (0,1)
Non	84 802 (99,8)	-	5 314 (99,8)	8 134 (99,5)	11 419 (99,8)	10 889 (99,7)	16 204 (99,9)	19 441 (99,9)	10 027 (99,9)
Taille zone urbaine de résidence (nombre d'habitants), n (%) :									
Commune rurale	6 591 (7,8)	198 (5,9)	349 (6,6)	563 (6,9)	840 (7,3)	763 (7,0)	1 231 (7,6)	1 718 (8,8)	929 (9,3)
2 000 à 9 999	4 631 (5,4)	121 (3,6)	244 (4,6)	383 (4,7)	608 (5,3)	586 (5,4)	932 (5,7)	1 137 (5,8)	620 (6,2)
10 000 à 49 999	4 649 (5,5)	118 (3,5)	298 (5,6)	344 (4,2)	595 (5,2)	546 (5,0)	906 (5,6)	1 250 (6,4)	592 (5,9)
50 000 à 199 999	7 534 (8,9)	208 (6,2)	405 (7,6)	673 (8,2)	950 (8,3)	889 (8,1)	1 432 (8,8)	1 986 (10,2)	991 (9,9)
≥200 000	60 419 (71,1)	2 698 (79,8)	3 973 (74,6)	6 108 (74,7)	8 321 (72,7)	7 984 (73,1)	11 491 (70,8)	13 082 (67,2)	6 762 (67,3)
Non renseigné	1 173 (1,4)	40 (1,2)	58 (1,1)	102 (1,3)	134 (1,2)	159 (1,5)	235 (1,5)	298 (1,5)	147 (1,5)
APL (nombre de consultations en médecine générale accessibles/an/habitant)†									
Moyenne (ET)	4,5 (1,2)	4,6 (1,2)	4,5 (1,1)	4,5 (1,2)	4,5 (1,2)	4,5 (1,2)	4,5 (1,2)	4,5 (1,2)	4,4 (1,2)

CSS : complémentaire santé solidaire; AME : aide médicale d'état ; ET : écart type ; IQR : intervalle interquartiles ; APL : indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes.

*Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide pour une complémentaire santé) ont fusionné pour constituer la CSS.

†Nombre moyen de visites en médecine générale disponible par an et par habitant en 2015 selon la commune de résidence (moyenne nationale 4,1).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant initié un traitement par Truvada® ou génériques pour une PrEP entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2023, globalement et par année. (9)

Depuis l'élargissement de la primo-prescription de la PrEP aux médecins généralistes au 1^{er} juin 2021, les initiations de PrEP et les prescriptions de renouvellement par les médecins libéraux ne cesse d'augmenter. En effet, 42% des prescriptions d'initiations et de renouvellements de PrEP ont été effectués par des médecins libéraux dont 88% de médecin généralistes au premier semestre 2023. (9)

I/5 En zone rurale : Charente et Deux-Sèvres :

En 2021, en Charente, 87 patients étaient suivis sous PrEP au CeGIDD d'Angoulême, tous HSH, ce qui a représenté environ 190 consultations. Une hausse de prescription a été recensée en 2022 pour concerner 127 patients (tous HSH dont un transsexuel), ce qui a donné lieu à 121 consultations par IDE, grâce au protocole de coopération médecin infirmier appliqué en 2019 (10) et 97 consultations médicales. En 2023, on constate une stabilisation de la file active à 130, tous HSH dont 3 transsexuels et 3 travailleurs du sexe. En 2024, 2 femmes ont été demandeuses d'une prise de PrEP mais le schéma continu, obligatoire pour le genre féminin et

nécessaire pour avoir des concentrations vaginales satisfaisantes (11), a été refusé. Un suivi est tout de même réalisé chez ces deux femmes en réitérant la proposition d'un schéma continu les concernant. (Données CeGIDD Angoulême)

Dans les Deux Sèvres, environ 130 patients sont actuellement suivis au CeGIDD de Niort (antennes à Thouars et Bressuire comprises). (Données CeGIDD 79)

I/6 Santé sexuelle :

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés »

La Stratégie nationale de santé sexuelle existe depuis 2017 et a pour but de définir, à l'horizon 2030, les différents objectifs nationaux pour l'amélioration de la santé sexuelle en France.

Parmi ces objectifs, la stratégie nationale de santé sexuelle souhaite mettre à l'honneur la promotion de la santé chez les jeunes, l'amélioration du parcours de santé en matière d'infection sexuellement transmissibles, la promotion de la recherche et de l'innovation en santé sexuelle mais également répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables (12).

I/7 Objectifs de l'étude :

Cette étude a pour objectif d'aborder la santé sexuelle et l'outil qu'est la PrEP chez les médecins généralistes exerçant majoritairement en zone rurale et semi rurale. Les différentes études sur le sujet de la PrEP et de sa démocratisation montrent unanimement qu'une grande partie de la population cible n'est pas suffisamment couverte par ce traitement prophylactique (les femmes, les populations en situation précaires, les jeunes de moins de 25 ans, la population rurale). A l'heure actuelle, les informations délivrées grâce aux spots publicitaires, les programmes ministériels et les nouveaux dispositifs pour la facilitation de l'accès à la PrEP sont en pleine extension et manquent encore à gagner certains territoires et certaines populations

clés. L'autorisation de la prescription et du suivi de la PrEP par les médecins généralistes depuis le 1^{er} juin 2021 semble être un terrain à explorer en essayant de comprendre comment toucher ces professionnels de santé pour les intégrer pleinement dans le processus de prévention contre le VIH, identifier les freins à la prescription et à la promotion de la PrEP.

II/Méthode

L'étude est qualitative et quantitative basée sur une enquête observationnelle transversale auprès des médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire (cf: annexe 1) et également un entretien dirigé sur un échantillon réduit pour explorer plus précisément certaines questions.

II/1 Population de l'étude :

La population de l'étude regroupe les médecins généralistes de Charente et Deux-Sèvres, installés et toujours actifs.

Population établie à l'aide de :

- Site internet du conseil de l'ordre des médecins des Deux Sèvres
- Contact des médecins des Deux Sèvres via téléphone et adresse mail devant refus de diffusion par le président du conseil de ce département. Annuaire téléphonique disponible sur le site de l'Assurance Maladie.
- Exclusion des médecins généralistes à la retraite, remplaçant ou exerçant en milieu hospitalier.
- Médecins généralistes volontaires de ma connaissance des Deux-Sèvres et Charente pour un entretien dirigé.
- Listing des médecins généralistes récupéré auprès de l'Ordre des médecins de Charente, envoi du questionnaire par mail

II/1-1 Concernant les deux sèvres :

Au total, la population comptait 276 médecins généraliste installés en cabinet privé, seul ou en maison de santé dans les Deux Sèvres.

- 85 appels téléphoniques ont été réalisés à partir du listing des médecins généralistes des Deux Sèvres proposé par l'assurance maladie dans 70 villes différentes. 48 cabinets ont pu être contacté, 3 ont refusés de donner des adresses mails des médecins concernés, 45 ont accepté de fournir l'adresse mail du secrétariat correspondant afin de diffuser le

questionnaire aux différents médecins du cabinet. Ces 45 cabinets regroupaient au total 135 médecins généralistes.

- Diffusion du questionnaire de thèse sur le site internet du Conseil de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres.

II/1-2 Concernant la Charente :

La population de médecin généraliste s'élevait à 236 en activité selon le Conseil de l'Ordre des Médecins de Charente. La mailing-liste de ce dernier a permis la diffusion du questionnaire à près de 236 médecins.

II/2 Le questionnaire :

Ce questionnaire avait pour objectif d'évaluer la connaissance globale des médecins généraliste concernant la PrEP, de quantifier le potentiel de leur impact sur une patientèle cible, mais également faire le point sur l'état des connaissances de prises de risque sexuel de leur patientèle en évaluant leur facilité à l'abord de la santé sexuelle en consultation. Il cible une médecine générale à prédominance rurale et semi rurale (environ 53% de population rurale en Charente et 69% pour les Deux-Sèvres selon l'Insee 2021).

Il regroupe ces thématiques suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques des médecins
- Les connaissances sur l'orientation et les pratiques sexuelles des patients
- L'abord de la sexualité en consultation
- Le dépistage des IST de façon générale et le suivi de l'infection par le VIH
- L'évaluation de leur connaissance sur la PrEP
- L'adhésion potentielle à la prescription, au renouvellement de la PrEP et du suivi de la patientèle concernée

Le questionnaire implique uniquement les médecins généralistes contactés (actifs, possédant une patientèle et exerçant dans les deux départements ciblés). Les données ainsi que les analyses sont totalement anonymes.

II/3 L'entretien dirigé :

Cet entretien anonymisé s'est imposé quelques temps après la diffusion du questionnaire pour éclairer certains items de ce dernier, notamment sur la formulation de quelques questions qui pouvaient porter à confusion. Le terme « suivi » en référence à la question n°10 (cf : annexe 1) concernant le suivi du patient sous PrEP visait uniquement à connaître le nombre de médecin ayant dans leur file active des patients sous PrEP mais qu'ils voyaient pour d'autres motifs que la primo-prescription ou le renouvellement.

Il a pour but de s'assurer de la compréhension de certains termes utilisés mais également de collecter des réponses plus exhaustives sur certaines thématiques.

Cet entretien s'est composé de 3 questions :

- 1- Avez-vous une idée positive ou négative de la PrEP, pourquoi ?
- 2- Quels seraient pour vous les freins à la prescription de la PrEP ?
- 3- Si vous êtes intéressés pour intégrer le suivi PrEP dans votre patientèle, que vous manque-t-il pour vous décider (documentation, formation etc.) ?

II/4 l'échantillon :

II/4-1 concernant le questionnaire :

371 médecins généralistes ont reçu le questionnaire par mail dans les deux départements confondus (Deux-Sèvres et Charente) sur un total de 512 médecins généralistes. Un nombre incertain a pu avoir accès au questionnaire via le site du Conseil de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres.

II/4-2 Concernant l'entretien dirigé :

5 médecins généralistes de ma connaissance ont été contactés par mail pour une demande d'entretien, 2 des Deux-Sèvres et 3 de Charente. Tous ont répondu par la positive.

II/5 Recueil des données :

II/5-1 Concernant le questionnaire :

L'Accessibilité du questionnaire a débuté lors d'un premier partage en Novembre 2022 via mailing liste en Charente suivi d'un deuxième partage en Avril 2023. Le partage du questionnaire via le site du Conseil de l'Ordre des médecins des Deux-Sèvres a débuté en Novembre 2022, le partage via adresse mail récupéré directement auprès des cabinets a quant à lui débuté en mars 2023 pour se terminer en Avril 2023.

La date de clôture des réponses a été fixée au 1^{ER} Novembre 2023

II/5-2 Concernant l'entretien dirigé :

Les entretiens avec les Deux Sevriens ont été réalisé par téléphone, les autres en entretien présentiels. Tous ont été enregistrés sur magnétophone pour une exploitation complète des réponses.

II/6 Analyse des données :

L'analyse des données pour le questionnaire a été réalisée à partir de Google Forms® et Microsoft EXCEL pour l'analyse des résultats croisés.

III/ Résultats

III/1 Description de la population étudiée :

Au total, 73 médecins généralistes ont répondu au questionnaire sur un total de 371 ayant reçu le questionnaire (soit 19,7%).

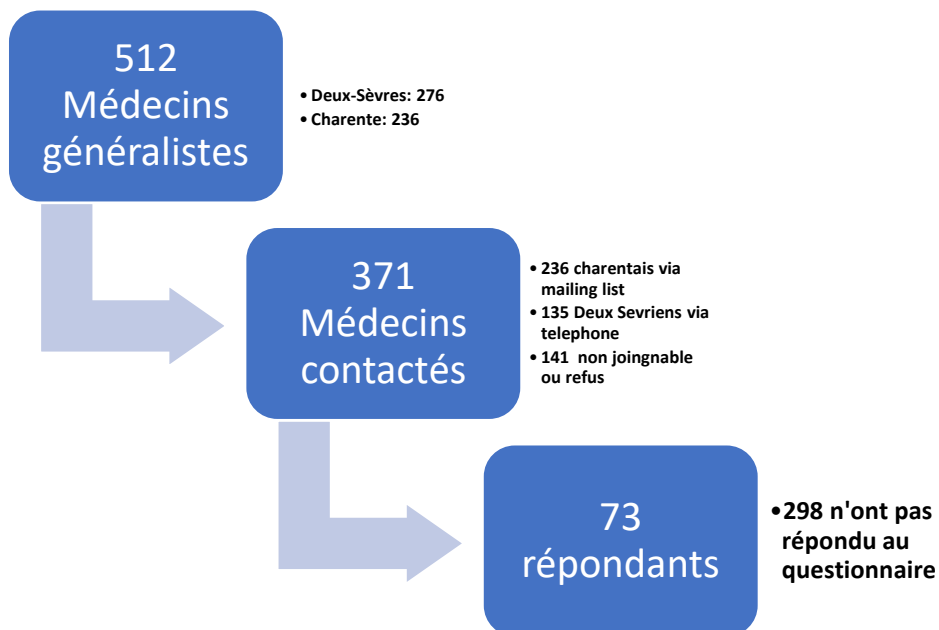


Diagramme de flux 1 : proportion de répondant au sein de la population de médecins généralistes des Deux Sèvres et Charente.

Parmi ces 73 médecins généralistes, **84,9%** (n=62) étaient des médecins de Charente contre **15,1%** (n=11) de Deux-Sévriens.

Quel est votre département d'exercice?
73 réponses

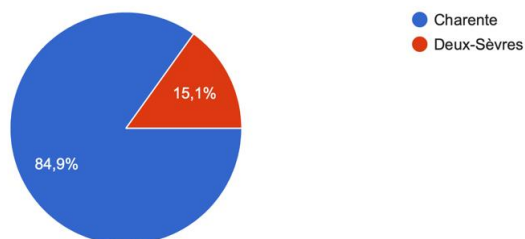


Diagramme 1 : département d'exercice des médecins généralistes répondants.

III/1-1 Zone d'exercice :

43,1% (n=31) des répondants travaillaient en zone semi-rurale, **37,5%** (n=27), en zone rurale et **19,4%** (n=14) en zone urbaine.

Quel type d'exercice?

72 réponses

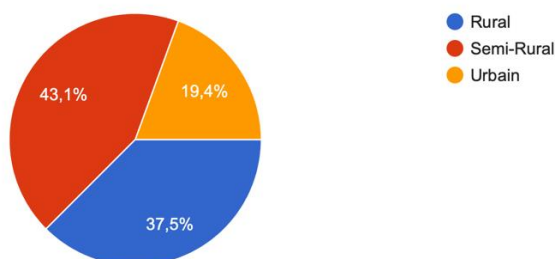


Diagramme 2 : type d'exercice des médecins généralistes répondants

III/1-2 Age des médecins généralistes répondants :

38,4% (n=28) d'entre eux ont déclaré avoir entre 30 et 40 ans, **30,1%** (n=22) avoir entre 40 et 50 ans, **17,8%** (n=13) avoir 60 ans et plus, **8,2%** (n=6) avoir entre 50 et 60 ans et pour finir **5,5%** (n=4) ont déclaré avoir entre 20 et 30 ans.

Quel est votre âge?

73 réponses

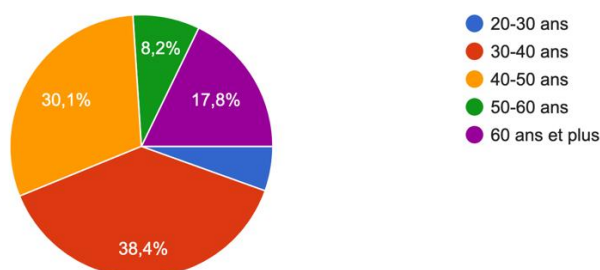


Diagramme 3 : âge des médecins généralistes répondants

III/2 l'abord de la sexualité en consultation :

III/2-1 Connaissances de l'orientation sexuelle :

Les connaissances des médecins généralistes sur l'orientation sexuelle de leur patient a été évaluée mauvaise selon **23,6%** (n=17) d'entre eux, moyenne selon **62,5%** (n=45) d'entre eux et bonne selon **13,9%** (n=10) d'entre eux.

Comment estimez-vous votre niveau de connaissance concernant la sexualité de vos patient?

72 réponses

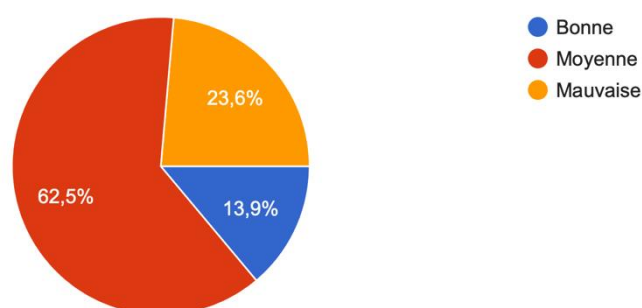


Diagramme 4: Connaissance de la sexualité de la patientèle des médecins généralistes répondants

III/2-2 Sexualité et santé :

45,2% (n=33) des répondants estiment que leur facilité à poser des questions sur la sexualité à ses patients est mauvaise, **28,8%** (n=21) l'estiment bonne contre **26%** (n=19) qui l'estiment moyenne.

Comment estimez vous la facilité de poser des questions sur la sexualité à vos patient?

73 réponses

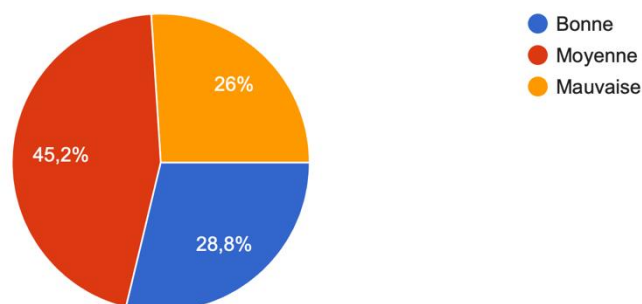


Diagramme 5 : facilité de l'abord de la sexualité pour les médecins généralistes répondants

III/2-3 Sexualité tabou :

La cause d'une mauvaise connaissance de la sexualité des patients est pour, **61,1%** (n=30) d'entre eux le fait qu'ils abordent la sexualité que s'il s'agit du motif de consultation, **19,4%** (n=7) n'osent pas s'immiscer dans l'intimité de leur patient, **16,7%** (n=6) d'entre eux pensent que c'est par manque de temps et enfin **2,8%** (n=1) d'entre eux rapportent qu'ils n'y pensent tout simplement pas.

Si vous l'estimez mauvaise, quelle en est selon vous la cause?

36 réponses

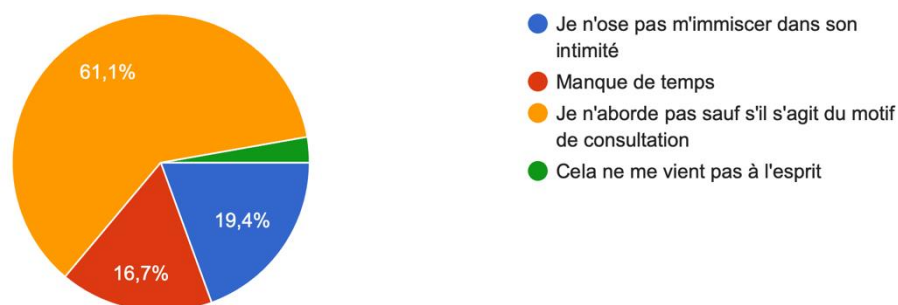


Diagramme 6 : causes du défaut d'abord de la sexualité en consultation des médecins généralistes répondants

Le dépistage d'IST est quant à lui proposé en cas de prise de risque ou signes cliniques dans **58,9%** (n=43) des cas ou de façon plus systématique chez les jeunes de 15-25 ans dans **24,7%** (n=18) des cas et enfin uniquement à la demande du patient dans **16,4%** (n=12) des cas.

Vous proposez un dépistage IST (VIH compris)

73 réponses



Diagramme 7 : occasions du dépistage du VIH des médecins généralistes répondants

III/3 La patientèle :

III/3-1 la population cible :

90,4% (n=66) des répondants suivent au moins une catégorie de patient parmi les suivantes : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, bisexuels, travailleur(euse) du sexe, usagers de drogues intraveineuses, contre **9,6%** (n=7) qui déclarent ne suivre aucune de ces catégories.

Vous suivez des patients: hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, bisexuels, travailleur(euse) du sexe, usagers de drogues intraveineuses

73 réponses

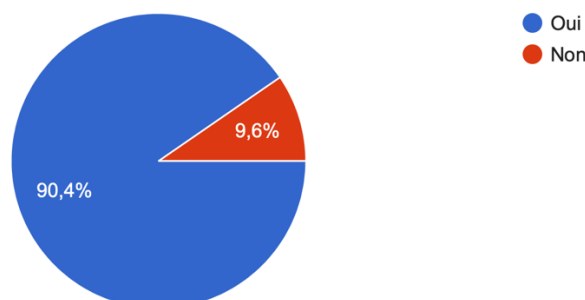


Diagramme 8 : proportion de patientèle cible de l'étude des médecins généralistes répondants

III/3-2 Suivi du patient porteur du VIH :

Les répondants au questionnaire sont **76,7%** (n=56) à suivre des patients séropositifs au VIH contre **23,3%** (n=17).

Suivez vous des patients séropositifs au VIH?

73 réponses

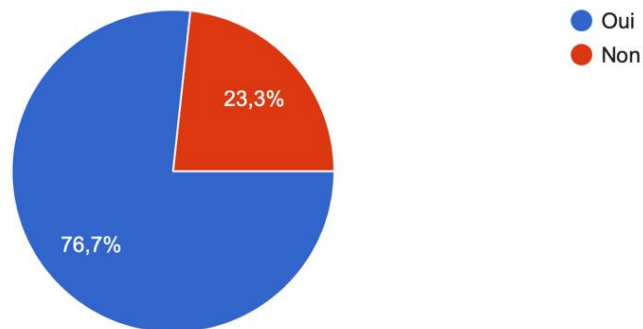


Diagramme 9: pourcentage du suivi de patient séropositif au VIH chez les médecins généralistes répondants

III/3-3 Suivi du patient Prepeur :

Quant aux patients prenant la PrEP, **66,7%** (n=48) des médecins déclarent en suivre contre **33,3%** (n=24).

Suivez vous des patients sous Prep (prophylaxie pré exposition)?

72 réponses

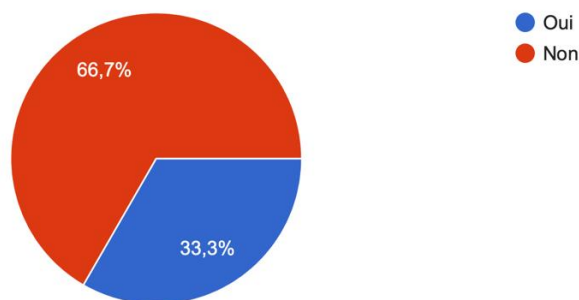


Diagramme 10: proportion de patients sous PrEP dans la patientèle des médecins généralistes répondants

III/4 Connaissances des médecins généralistes sur la PrEP :

Les médecins questionnés estiment à **54,8%** (n=40) d'entre eux avoir de mauvaises connaissances sur la PrEP contre **38,4%** (n=28) qui l'estiment moyenne et **6,8%** (n=5) qui l'estiment bonne.

Comment estimez vous vos connaissances sur la Prep (enjeu individuel et collectif, modalité d'utilisation, patientèle cible)?

73 réponses

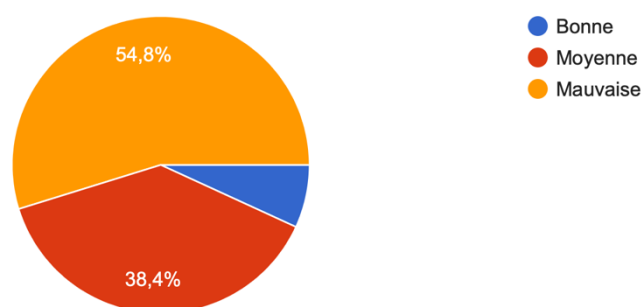


Diagramme 11 : Évaluation des connaissances sur la PrEP des médecins généralistes répondants

III/4-1 Les raisons d'un défaut de connaissance sur la PrEP :

Parmi les 49 médecins qui estiment leurs connaissances mauvaises sur la PrEP **61,2%** (n=30), estiment que cela est dû à un manque d'information, **32,7%** (n=16) l'attribuent à une absence de patientèle cible, 2 répondants (**4,1%**) ont opté pour « réponse autre », 1 (2%) répondant avance que le suivi du patient sous PrEP doit être uniquement réalisé par un spécialiste.

Si mauvaise, pourquoi?

49 réponses

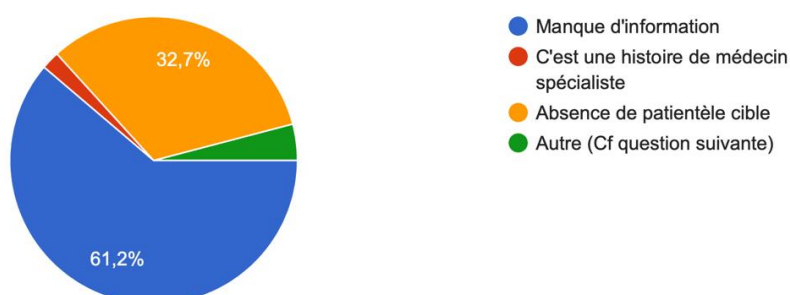


Diagramme 12 : défaut de connaissance sur la PrEP chez les médecins généralistes répondants

14,2% (n=7) des médecins répondants ont choisi de répondre par une réponse libre dans la question d'après, listée ci-dessous :

- « Absence de demande »
- « Je ne me sens pas à l'aise pour parler de sexualité avec mes patients donc ils ne m'en parlent pas en retour »
- « Trop peu d'expérience pour le moment, seulement 2 patients sous Prep suivis conjointement avec une infectiologue. »
- « J'ai déjà fait une formation »
- « Peu de recrutement, absence de temps, le CeGIDD le fait très bien »

III-4-2 Connaissance d'une primo prescription et d'un suivi possible en médecine générale :

A la question « Avez-vous connaissance que la primo-prescription et le suivi des patients sous PrEP est, depuis le 1^{er} juin 2021, possible en médecine générale ? », **61,6%** (n=45) ont répondu par la positive contre **38,4%** (n=28) par la négative.

Avez vous connaissance que la primo-prescription et le suivi des patient sous PrEP est, depuis le 1er juin 2021, possible en médecine générale?

73 réponses

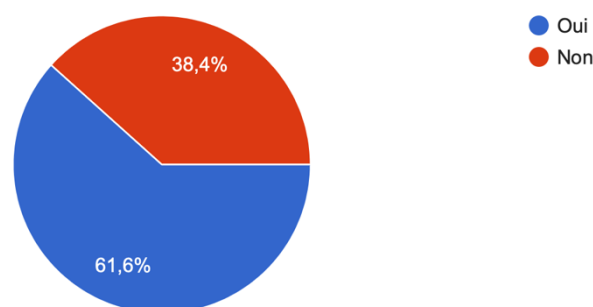


Diagramme 12 : connaissance d'un suivi possible en ville du patient sous PrEP chez les médecins généralistes répondants

III/5 Adhésion au suivi de patient Prepeur :

82,2% (n=60) des médecins questionnés se disent favorables à une formation sur la PrEP (modalité de prescription et de suivi, patientèle cible, rappel sur les enjeux individuels et collectifs sur l'épidémie du VIH) contre **17,8%** (n=13).

Seriez vous intéressé par une formation sur la Prep (modalité de prescription et de suivi, patientèle cible, rappel sur les enjeux individuel et collectif sur l'épidémie du VIH) ?

73 réponses

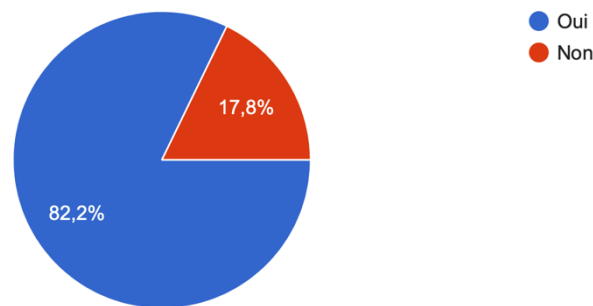


Diagramme 13 : Intérêt porté sur la formation chez les médecins généralistes répondants

III/5-1 Le format de la formation :

Parmi les médecins intéressés par la formation, **47,5%** (n=29) la souhaiteraient sous forme d'un document d'information, **32,8%** (n=20) par visio-conférence avec des médecins infectiologues/épidémiologues et **19,7%** (n=12) d'entre eux par FORMAPREP. (13)

Si oui, sous quel format?

61 réponses

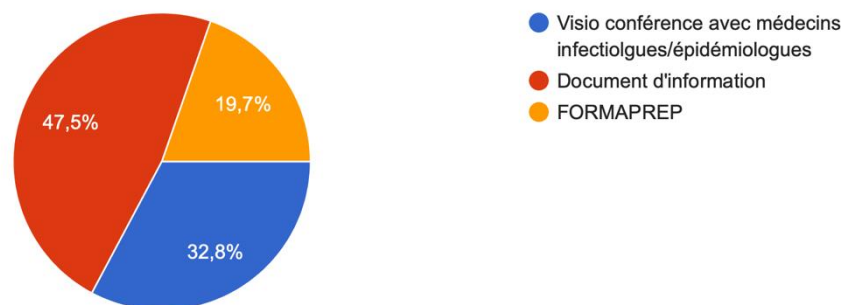


Diagramme 14 : format de la formation souhaité chez les médecins généralistes répondants

III/6 : Retranscription des réponses de l'entretien dirigé :

Chaque réponse des entretiens est retranscrite de façon manuscrite sans déformation ni interprétation de la part de l'interrogateur.

III/6-1 Premier entretien :

1- Avez-vous une idée positive ou négative de la PrEP, pourquoi ?

« Je pense vraiment que ce traitement peut aider certaines personnes... mais je ne sais pas vraiment comment puisqu'il peut inciter des personnes fragiles à prendre des risques sexuellement... enfin je suppose que c'est positif sur certains points mais d'autres non. En fait tout dépend du patient à qui on peut proposer ce traitement. »

2- Quels seraient pour vous les freins à la prescription de la PrEP ?

« Alors franchement je pense que la première chose qui puisse me freiner c'est tout simplement d'aborder le sujet, trouver un moyen de le faire sans faire peur à mon patient... en fait il faudrait que le patient me demande ouvertement des informations sur la PrEP ou encore qu'il me dise explicitement qu'il prend des risques sexuellement régulièrement... ce qui n'arrive quasiment jamais... »

3- Si vous êtes intéressés pour intégrer le suivi PrEP dans votre patientèle, que vous manque-t-il pour vous décider (documentation, formation etc.) ?

« Ça m'intéresse mais de là à faire une formation complète je ne pense pas... il faut dire que je ne vois pas qui cela pourrait intéresser dans ma patientèle. »

III/6-2 Deuxième entretien :

1- Avez-vous une idée positive ou négative de la PrEP, pourquoi ?

« Oui j'ai un avis positif, pourquoi... parce que ça peut permettre de limiter la transmission du virus mais ça a quand même un effet pervers parce que ça peut conduire à de l'irresponsabilité... c'est-à-dire que les patients ne se protègent plus et pensent être protégés de toutes les IST. Je pense qu'il y a beaucoup de prévention à faire lors de la prescription de ces traitements. »

2- Quels seraient pour vous les freins à la prescription de la PrEP ?

« Heu... et bien justement la peur de la dérive, qu'ils puissent penser qu'ils sont immunisés contre tout... finalement le temps nous manque pour faire de la prévention correctement. Je ne pense pas avoir suffisamment d'information du coup ça ne me paraît pas évident de me lancer là-dedans. J'ai du mal à parler sexualité avec mes patients parce que j'ai toujours peur d'être trop intrusif et que la consultation soit mal vécue ».

3- Si vous êtes intéressés pour intégrer le suivi PrEP dans votre patientèle, que vous manque-t-il pour vous décider (documentation, formation etc.) ?

« Le manque d'information... il faut juste que je prenne le temps... pour commencer un document écrit simple et bien résumé pour m'expliquer l'intérêt de me former plus sur le sujet »

III/6-3 Troisième entretien :

1- Avez-vous une idée positive ou négative de la PrEP, pourquoi ?

« Positive, parce que j'imagine que ça diminue la transmission du VIH dans les pays concernés par la prescription de la PrEP, parce que c'est facile à prendre »

2- Quels seraient pour vous les freins à la prescription de la PrEP ?

« L'absence de formation »

3- Si vous êtes intéressés pour intégrer le suivi PrEP dans votre patientèle, que vous manque-t-il pour vous décider (documentation, formation etc.) ?

« Le manque de connaissance sur l'activité sexuelle de mes patients, on n'est pas assez formés pour ça »

III/6-4 Quatrième entretien :

1- Avez-vous une idée positive ou négative de la PrEP, pourquoi ?

« Positive, parce que ça limite les infections au VIH quand même »

2- Quels seraient pour vous les freins à la prescription de la PrEP ?

« La méconnaissance, ne pas y penser, la méconnaissance des pratiques sexuelles de mes patients, les effets indésirables. »

3- Si vous êtes intéressés pour intégrer le suivi PrEP dans votre patientèle, que vous manque-t-il pour vous décider (documentation, formation etc.) ?

« Fiche récapitulative avec les effets indésirables, posologie, suivi etc... »

III/6-5 Cinquième entretien :

1- Avez-vous une idée positive ou négative de la PrEP, pourquoi ?

« Bien sûr que oui car je me suis renseigné sur le sujet... mais de prime abord je comprends que ça soit sujet à controverse. Quand on le présente tel quel sans plus d'information on peut tout de suite penser à quelque chose de négatif et qui peut inciter à avoir des relations sexuelles non réfléchies et pouvant entraîner la recrudescence des autres IST... Mais finalement on aura toujours des détracteurs qui chercheront à nuire à tout nouveau progrès... à voir dans le temps comment on peut amener le sujet pour balayer toute idée reçue. »

2- Quels seraient pour vous les freins à la prescription de la PrEP ?

« Je ne pense pas qu'il y aura vraiment des freins hormis le fait d'avoir peur de faire des bêtises avec des traitements anti-rétroviraux qu'on n'a pas l'habitude de manier. Si tout est bien protocolisé je pense qu'on devrait tous s'en sortir... Encore faut-il avoir de la demande pour pouvoir la prescrire facilement, sans avoir à vérifier chaque recommandation pour chaque consultation dédiée »

3- Si vous êtes intéressés pour intégrer le suivi PrEP dans votre patientèle, que vous manque-t-il pour vous décider (documentation, formation etc.) ?

« Peut-être une réunion avec des infectiologues qui pourront nous rassurer sur la prise en charge des patients. S'ils nous proposent une prise en charge protocolisée et les objectifs de la PrEP je pense que je serai partant ... »

IV/DISCUSSION

IV/1 Choix de l'étude :

Cette étude a été réalisée dans le but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de Charente et Deux-Sèvres sur la PrEP à l'aide d'un questionnaire et d'un entretien dirigé. Elle aborde également leurs connaissances sur la sexualité de leur patient (orientation sexuelle, pratiques à risques etc.), leur facilité à aborder la thématique de la sexualité en consultation mais également leur adhésion au suivi du patient sous PrEP.

Cet abord de ces sujets complexes et parfois tabou est à l'heure actuelle peu documenté et reste une facette de la médecine qui reste encore à explorer.

IV/2 Échantillon de l'étude :

La population ciblée par l'étude est celle d'une médecine générale dont l'exercice est prédominant en milieu rural et semi rural (en majorité selon l'Insee 2021), moins touché par le VIH mais qui reste tout de même non négligeable. Contrairement à l'Ile de France, le nombre de sérologie positive par sérologie réalisé en Nouvelle Aquitaine reste stable (environ 44 découvertes par an et par millions d'hab). (14) Des efforts de prévention sont nécessaires pour tendre à une diminution significative de l'incidence du VIH dans cette région.

Le taux de participation à l'étude est resté faible (19,67%), résultats sensiblement identiques aux autres études réalisés par mailing-list dans le reste de la France (15, 16, 17). Il reste peu représentatif de la pratique de la médecine générale dans la région mais soulève tout de même quelques points intéressants parmi les résultats.

IV/3 Principaux résultats :

IV/3/a L'abord de la sexualité en consultation :

L'abord de la sexualité semble de toute évidence difficile pour les médecins généralistes de Charente et des Deux Sèvres, dont 86,1% des répondants estiment qu'ils ont une connaissance mauvaise à moyenne de la sexualité de leur patient et donc de leurs pratiques sexuelles.

Les principaux freins pour aborder la question, et connaître l'orientation et les pratiques sexuelles des patients, se retrouvent dans plusieurs études (15,16,18,19). Parmi ces freins, on retrouve très souvent un manque de disponibilité, la peur de froisser ou de s'immiscer dans la vie privée du patient mais encore une formation et des connaissances insuffisantes pour être à l'aise avec le sujet et répondre aux demandes liées à cette sexualité. La majorité des répondants aborde le sujet uniquement s'il s'agit du motif de la consultation. Les conséquences d'un abord non systématique du sujet, notamment lors des premières consultations d'un nouveau patient, semble être une imperméabilisation du médecin à l'abord des problèmes liés à la sexualité. Le patient, si à une période de sa vie éprouve le besoin de parler d'un trouble, peut se trouver hésitant à se confier à son médecin traitant, de peur qu'il ne se sente tout simplement pas concerné si ce dernier n'a jamais abordé la question (20). A la Réunion, sur une patientèle de 6000 patients, ces derniers semblent plus enclins à discuter de leur sexualité lorsque la question est posée régulièrement au cours des consultations. Cette étude démontre également que l'élément de surprise lors de l'abord du sujet par le médecin traitant ne semble pas entacher le relationnel (21). L'instauration d'un climat de confiance et le fait de s'entraîner à poser des questions sur la sexualité sont les stratégies proposées par des médecins généralistes dans les Hauts de France interrogés dans une étude récente en 2020 (22).

IV/ 3/b La population ciblée :

Malgré un abord de la sexualité avec leur patientèle compliquée, les médecins généralistes sont pourtant confrontés à une population à risque puisque 90,4% d'entre eux déclarent suivre au moins un patient HSH, bisexuel, travailleur du sexe ou usager de drogues intraveineuse. Ces chiffres indiquent clairement qu'une très grande majorité des médecins ont matière à exercer un interrogatoire décomplexé mais aussi que le milieu rural ou semi urbain n'exclut en aucun cas le type de population à risque.

Le suivi d'un patient séropositif au VIH et nouvellement de patient prenant la PrEP semble également concerner une majorité des médecins généralistes interrogés entre 66,7% et 76,7% selon le département.

IV/3/c : les connaissances sur la PrEP :

Une majorité des médecins généralistes interrogés estime leurs connaissances sur la PrEP mauvaise (54,8%). Nous retrouvons des résultats similaires dans une étude de 2021 réalisée dans toute la France à l'aide d'un questionnaire en ligne et ayant concerné 473 médecins généralistes répondants (18). Dans cette étude, 57,8 % des répondants estimaient avoir de très faibles connaissances concernant la PrEP, 33 %, une connaissance faible et seulement 12 % une bonne connaissance. Ces résultats semblent s'améliorer au fil des années puisque deux études précédentes menées en 2018 à l'aide questionnaires en ligne, l'une en Seine Saint Denis avec 96 médecins généralistes répondants et l'autre dans la France entière avec 351 répondants (15, 19) rapportaient des proportions de médecins généralistes s'auto-évaluant ayant une mauvaise connaissance de la PrEP à 66,3% et 65% respectivement (cf : tableau 3). Cela peut être expliqué par la nouveauté relative de cette prophylaxie, de sa présence plus fréquente dans les informations grand public ces dernières années. Néanmoins ces lacunes restent d'actualité car elles concernent près d'un médecin généraliste sur deux et peuvent laisser supposer que de nouvelles stratégies d'informations plus efficaces peuvent être mises en œuvre.

Étude :	Seine Saint Denis 2018 (16)	France entière 2018 (17)	France entière 2021 (15)	Charente et Deux-Sèvres 2023-2024
Nombre de participant :	96	351	473	73
Pourcentage de répondant s'auto évaluant ayant de faibles à très faibles connaissances sur la PrEP :	66,3%	65%	57,8%	54,8%

Tableau 3 : Proportion de médecins généralistes ayant de faibles connaissances sur la PrEP

IV/3/d L'adhésion au suivi du patient Prepeur :

La majorité des médecins généralistes questionnés sont favorables au suivi de patients sous PrEP ; il existe néanmoins quelques réticences concernant les potentiels « effets secondaires » liés à la prise de ce traitement. Dans une étude de 2020, réalisée en Bretagne à partir d'un questionnaire en ligne, ayant concerné 181 médecin généralistes répondants, les médecins généralistes qui s'opposaient au suivi du patient sous PrEP apportaient des arguments tels que la crainte d'augmenter le risque d'effets indésirables chez un patient en bonne santé, le coût engendré par la prescription, la problématique de l'interaction médicamenteuse chez des patients ayant déjà un traitement bien fourni, le risque d'augmentation des rapports sexuels à risques associé à l'émergence des autres IST ou encore le développement de résistance au traitement du VIH aux antirétroviraux (16). On retrouve des résultats similaires dans une étude qualitative de 2020 réalisée dans les Alpes Maritimes auprès de 11 médecins généralistes de modes d'exercices divers concernant la représentation négative de la PrEP. Il en ressort en majorité que la PrEP pourrait être responsable de l'émergence des autres IST ou que la prise de traitement chez une personne saine est mal perçue. Malgré la légitimité de ces inquiétudes, il semblerait que le manque d'information serait le point commun à toutes ces réticences (23).

IV/3/e : Les médecins généralistes se sentent-ils prêts à être formés ? :

Les médecins sont largement favorables dans 82,2% des cas à une formation concernant la prescription de la PrEP et de ses avantages dans la lutte contre le VIH. Cet intérêt semble partagé dans la plupart des études traitant de l'adhésion des médecins généralistes à une formation. Une étude quantitative descriptive réalisée en 2018 à l'aide de questionnaire en ligne et concernant des médecins généralistes installés en Maine et Loire (110 répondants) retrouve des résultats similaires avec 81,1% des médecins désireux de faire une formation sur la PrEP (17). Les moyens de formation semblent être divers et variés quant aux préférences des médecins généralistes : En Charente et Deux Sèvres 47,5% préfèrent une documentation d'information, un tiers opte pour une visio-conférence avec des médecins spécialistes et moins d'un quart est intéressé par FORMAPREP. Plus récemment, en 2021 en Bretagne, la demande des médecins généralistes interrogés (181 répondants sur un questionnaire en ligne) dans 96,1%

est d'avoir un accès téléphonique ou mail via un infectiologue référent pour obtenir des informations concernant la PrEP (cf : tableau 4). Concernant les modalités de formation 66,3% des interrogés souhaitent qu'elle soit intégrée dans le DPC (Développement Professionnel Continu) présentiel contre 33,7% en e-learning. Dans tous les cas une grande majorité souhaitait un intervenant spécialiste en infectiologie (16).

En 2024, le COREVIH Nouvelle Aquitaine a répertorié le nombre de médecin généralistes ayant suivi la formation FormaPrEP. Sur les 53 médecins généralistes ayant suivi la formation dans la région et ayant autorisé la diffusion de leur coordonnées 2 seulement résident en Charente et 1 dans les Deux Sèvres. Une grande majorité de ces médecins formés sont Girondins, cela peut s'expliquer par une forte population urbaine du département (Bordeaux et sa banlieue).

Étude :	Maine et Loire 2018	Bretagne 2021	Charente et Deux-Sèvres 2023-2024
Nombre de participant :	110	181	73
Pourcentage de médecin favorable à la formation sur la PrEP :	81,1%	86%	82,2%

Tableau 4 : Proportion de médecins généralistes favorables à la formation sur la PrEP

IV/3/f : Idées perçues lors des entretiens individuels :

Les cinq médecins ont une idée positive de la PrEP et expriment que le manque d'information et les idées reçues sur la PrEP peuvent être à l'origine d'une idée négative sur sa promotion. Les principaux freins évoqués sont l'absence de formation et de connaissance, l'abord difficile du sujet et l'absence de demande de la part de leur patientèle. Un médecin évoque le risque de promouvoir une sexualité « sans protection » et pourvoyeuse d'émergence des autres IST. Néanmoins, ils sont tous d'accord pour entamer une formation.

Pour rappel, le suivi d'un patient sous PrEP prévoit une consultation tous les 3 mois avec un dépistage des IST, un examen clinique, un entretien motivationnel pour promouvoir les autres méthodes de protection comme le préservatif, une mise à jour vaccinale, le dépistage de violence sexuelle et la recherche de l'éventuelle pratique du chemsex. Ce temps médical

régulier permet de réagir rapidement lors d'une contamination et de traiter afin de limiter la propagation de l'IST concernée (Cf : annexe 2 et 3). Une recherche des partenaires sexuels potentiellement exposés au risque de contamination de cette infection est élaboré à l'aide du patient afin que ces derniers puissent également bénéficier des dépistages.

Pour ce qui concerne la formation, la bonne accessibilité en ligne et la gratuité de FormaPrEP ou encore la plateforme FormaSantéSexuelle proposée par la SFLS, le CMG et la SPILF, pourraient séduire les médecins généralistes intéressés à se former. La promotion de ces sites est envisagée avec le retour de ce travail auprès des médecins répondants.

Pour celles et ceux qui souhaitent se former « rapidement » et obtenir des informations sur des protocoles concrets de la prise en charge et du suivi du patient sous PrEP, de toute nouvelles recommandations simplifiées devraient paraître courant septembre 2024.

Il existe également des outils intéressants, pouvant aider le patient comme le prescripteur de la PrEP, comme l'application mobile MyPrEP téléchargeable gratuitement. Cette dernière offre un suivi précis de la prise du traitement et des relations sexuelles à risque que le patient peut notifier. Elle peut répondre à des questions qui découlent lors d'un oubli de prise du comprimé ou si une relation sexuelle imprévue vient bousculer le schéma de prise convenu.

Les effets secondaires liés à la prise de la PrEP peuvent également être un frein à sa prescription (donner un traitement à un patient sain, nuire à sa santé...). L'effet secondaire le plus dommageable pour le patient est l'insuffisance rénale iatrogène, il est néanmoins rare avec une incidence de 4,4 pour 1000 personnes années selon une étude réalisée chez 3117 usagers de PrEP suivi à l'hôpital Saint Louis à Paris publiée en 2019 (24). Il reste néanmoins très surveillé puisque la fonction rénale est demandée tous les 3 mois dans le suivi PrEP et est réversible à l'arrêt du traitement. Il est également possible de proposer aux patients ayant une fonction rénale altérée (DFG entre 50 et 60 ml/min) de passer en schéma discontinu ou de proposer depuis peu le cabotégravir injectable comme alternative. Les autres effets secondaires sont recensés dans le VIDAL (diarrhée, vomissements, nausées, vertiges, maux de tête, éruption cutanée, fatigue etc.) et concernent qu'un usager sur dix en moyenne.

IV/4 Perspectives de l'étude :

IV/4-a Plaquette d'information, retour sur les résultats :

Un retour sur les résultats de cette étude sera transmis aux médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire. Il sera également agrémenté d'une plaquette informative sur les liens d'accessibilité des formations sur le net, sur les moyens de contact pour les avis en infectiologie mais également sur les principaux axes du suivi du patient sous PrEP et les modalités de prescription. Cette plaquette sera naturellement mise à jour à partir des dernières recommandations nationales prévue pour septembre 2024.

IV/4-b Faciliter l'adhésion du patient par de nouvelles formes de PrEP :

A l'heure actuelle et en concomitance avec les essais sur la PrEP par voie orale, d'autres formes sont actuellement en cours d'étude afin de faciliter son accès et son administration (PrEP locales, gel vaginal et/ou anal, anneau vaginal, PrEP injectables).

- La PrEP injectable (cabotégravir) : Cette nouvelle forme d'administration (forme injectable IM administrée toutes les 8 semaines avec une injection initiale à M0 et M1), a été homologuée aux États Unis depuis décembre 2021. Elle s'est avérée une méthode efficace de prévention de l'infection par le VIH dans deux grandes études HPTN 083 et HPTN 084 (25, 26).

En septembre 2023, la formulation Apretude (cabotégravir injectable) a été validée par l'Agence européenne des médicaments. L'essai clinique CABOPrEP visant à effectuer l'efficacité de la PrEP injectable en France a été démarrée début 2024 (27, 28).

Une formule à libération « ultra » longue pouvant faire espérer des injections tous les 4 mois (CAB-ULA pour ultra long acting) serait sujette à des essais cliniques à grand échelle qui devraient se voir déployés dans l'année. (29)

Le 27 juin 2024, l'HAS a approuvé l'utilisation du cabotégravir injectable dans le cadre de la PrEP. Cette décision a été appuyée par les données probantes des études sus cités (HPTN 083 et HPTN084) qui mettent en avant la meilleure observance du traitement par forme injectable et qui est la pierre angulaire de l'efficacité de la protection contre le VIH. (30)

- La PrEP par anneau vaginal : Devant le problème d'observance constaté quant à la prise de la PrEP par forme orale, en particulier dans les pays d'Afrique subsaharienne chez les femmes (31), l'anneau vaginal mensuel à la dapivirine pourrait représenter une option discrète et moins contraignante qu'une prise de comprimé quotidienne. Ce nouveau dispositif a montré une protection inférieure à celle de la PrEP orale bien conduite mais l'OMS le recommande comme une option additionnelle pour la prévention du VIH chez les femmes exposées à un risque substantiel d'infection par le VIH et ayant des difficultés à suivre une prise quotidienne de comprimé (32). Cet anneau libère la dapivirine pendant 28 jours et doit être remplacé tous les 28 jours afin de rester efficace. L'étude clinique parue en 2020 dans laquelle 1959 patientes étaient incluses a montré que l'anneau réduisait le développement d'anticorps anti-VIH-1 (séroconversion) de 35% par rapport au placebo (33)
- Les formes topiques : Ces topiques se présentent sous forme de gel contenant, concernant la première génération, du Nonoxynol-9 qui a la propriété d'être bactéricide, spermicide et virucide (dont le VIH in vitro). Cette molécule s'est montrée inefficace in vivo, est alors apparue une deuxième génération de gel contenant cette fois-ci un antirétroviral (particulièrement le ténofovir à 1%). L'étude CAPRISA 004 a évalué l'efficacité du gel vaginal en étant réalisé en double aveugle contre placebo sur 889 femmes séronégatives d'Afrique du sud entre 2007 et 2010. Les résultats ont montré une réduction de la transmission du VIH de 39% par rapport au groupe placebo (34).
Les études probantes concernant le gel rectal sont à l'heure actuelle inexistantes, cela peut s'expliquer par le fait que la surface de la muqueuse rectale est beaucoup plus importante que la vaginale à protéger. La conception du protocole et l'emploi du gel est alors compliquée à intégrer dans des tests sur échantillon humain (35).
- Le ténofovir alafénamide (TAF) : il s'agit d'une nouvelle formulation du ténofovir disoproxil (TDF) qui a la caractéristique d'avoir une demi vie plus longue et une toxicité rénale diminuée par rapport à son homologue. Il est habituellement utilisé pour le traitement du VIH mais également en PrEP (associé à l'emtricitabine) aux États Unis. Elle est pour l'instant étudiée sur animaux et a montré des résultats intéressants en termes de protection vaginale. Des études pour les infections par

voir rectale doivent être réalisées pour confirmer l'intérêt que peut apporter cette formulation pour une prise hebdomadaire de la PrEP. (36) Un implant sous cutané de TAF a été testé sur des femmes en Afrique du Sud mais a conduit à des intolérances locales importantes. Les essais en phase 2, concernant les implants à base de d'islatravir (molécule ayant la capacité de persister longtemps dans l'organisme), ont été interrompu face à l'observation de lymphopénies chez les patients testés. D'autres études semblent se poursuivre à dose réduite pour limiter cet effet indésirable. (37)

- Le lenacapavir : il s'agit d'une molécule antirétrovirale (inhibiteur de capsid) qui a été mise en avant récemment par l'essai PURPOSE1. Ce dernier a concerné 5300 femmes de 16 à 25 ans en Afrique du Sud et Ouganda. Les participantes ont été intégrées dans 3 bras. Les femmes du premier bras prenaient le Truvada® en prise orale quotidienne, le second le Discovy® en prise orale quotidienne également et celles du troisième se voyaient administrer une injection par semestre de lénacavir. Selon un communiqué du laboratoire responsable de l'étude (Gilead), aucune participante du bras recevant les injections n'a été infectée par le VIH contrairement à celles du bras Truvada® (16 cas de primo-infection soit 1,69 pour 100 personnes-années) et celles du bras Discovy® (39 cas soit 2,02 pour 100 personnes-années). D'autres essais sont actuellement en cours mais cette fois chez des HSH, hommes et femmes transgenres (38).

IV/4-c Faciliter les critères d'éligibilité pour le professionnel de santé :

La PrEP est un outil de prévention supplémentaire et s'adresse à une population séronégative à partir de 15 ans présentant un risque substantiel d'exposition au VIH. Le risque substantiel n'a pas de définition stricte et dépend des priorités épidémiques. On y inclura volontiers des groupes d'hommes HSH, des professionnels du sexe dans les lieux à incidence élevée, jeunes femmes et hommes ayant des rapports sexuels fréquents sans préservatif ou présentant des IST de façon répétée. Dans tous les cas, la prescription de la PrEP doit être en premier lieu sur un accord total de la personne qui en bénéficiera, en lui donnant une explication loyale, claire et appropriée sur les bénéfices attendus, l'observance du traitement et sur

l'adhérence. En effet, la seule prise du traitement prophylactique, même bien conduite ne sera pas d'une efficacité optimale si non associée à d'autres moyens de prévention comme le port du préservatif dès que possible mais également à un suivi rapproché avec un dépistage du VIH et autre IST tous les 3 mois. (39)

Les critères d'éligibilités ont été élargis et peuvent être différents en fonction du contexte épidémiologique, du groupe de personne identifié (HSH/transgenre, professionnel du sexe, couple sérodifférents ou encore du degré de sensibilité du prescripteur. (Cf : tableau ci-dessous)

Au niveau individuel:	• Avoir des rapports sexuels oraux, génitaux, anaux sans préservatif • Avoir partagé récemment ou anticipé de partager du matériel d'injection • Diagnostic d'IST signalant des rapports sexuels sans préservatif • Demande du patient d'utiliser la PrEP • Age > 15 ans • DFG de 50 à 60ml /min : forme discontinue ou cabotégravir, forme continue possible >60 ml/min
Au niveau communauté ou réseau :	• Avoir des partenaires multiples • Avoir des partenaires concomitants • Avoir un réseau de partenaires connu pour sa forte prévalence au VIH • Faire partie d'une communauté ou d'une zone géographique connue pour sa forte prévalence au VIH

Au niveau du partenaire :	• Avoir un partenaire sexuel ou d'injection de statut sérologique inconnu ou exposé face au VIH • Avoir un partenaire sexuel qui a une charge virale détectable ou qui ne connaît pas sa charge virale • Avoir un partenaire usager de drogue injectable • Être dans l'impossibilité d'utiliser un ou plusieurs autres moyens de protection
----------------------------------	--

Tableau 3 : Indicateurs suggérant à proposer la PrEP- France 2019 (40)

La réalisation de ces critères peut néanmoins limiter l'accès à la PrEP à certaines populations puisqu'elle reste sélective et repose sur l'évaluation du prescripteur en fonction de ce qui est divulgué par le patient questionné. L'ignorance concernant les avantages de révéler à leurs prescripteurs des comportements à risque peuvent entraîner des non-dits et biaiser la prise en charge et d'adaptation des traitements. Il existe également un risque d'omission par peur du jugement, surtout lorsque l'on aborde une population particulièrement touchée par les jugements sociaux comme les minorités raciales, les HSH ou encore d'autres populations clés. Une étude publiée en 2019 aux États Unis abonde en ce sens et propose une approche universelle. Cette approche propose d'aborder la santé avec tous les patients et de mentionner systématiquement la PrEP parmi les stratégies de prévention face au VIH (sans omettre les critères d'accessibilité déjà connu à la PrEP). (41)

Pour rappel, la population concernée par les critères d'éligibilité n'est pas nécessairement éligible à vie. En effet, la proposition d'une prophylaxie à la demande doit se corréliser avec des périodes de prise de risque que peut rencontrer tout type de patient au cours de sa vie.

IV/4-d Les femmes, les oubliées de la PrEP :

Pour rappel les femmes représentent 46% des personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde en 2022 (39). Cela peut s'expliquer entre autres par un risque de contamination deux fois plus important que pour un homme du fait de l'anatomie du vagin, essentiellement composée de muqueuse. Ce risque s'élève lorsqu'il y a éjaculation intravaginale, s'il y a un rapport sexuel traumatique ou si la femme est porteuse d'une autre IST (inflammation des muqueuses, hausse de la perméabilité).

Outre les facteurs biologiques et anatomiques il existe également un facteur social important. Les femmes ne sont pas toujours en position pour négocier le port du préservatif, se sentent parfois moins concernée par le VIH pensant que c'est une maladie des hommes. En fonction des cultures, des religions et de leur profil social, elles sont également moins ouvertes à la discussion concernant leur santé sexuelle selon une méta analyse Française de 2007. (42)

Néanmoins, à l'heure actuelle en France, les utilisateurs de la PrEP ne seraient qu'à 3% des femmes (43). Ce chiffre peut s'expliquer par les mêmes arguments cités plus haut comme le sentiment de ne pas être concernées par le VIH. Il faut également souligner que les femmes n'étaient pas non plus concernées par les directives nationales et les campagnes d'informations ces dernières années qui se focalisaient sur les HSH ou les personnes transgenres comme le démontre une étude publiée en décembre 2020 réalisée à partir des données de 34 pays (44).

La problématique du schéma de prescription de PrEP en discontinu, non recommandé chez la femme, du fait de l'imprégnation vaginale insuffisante de l'emtricitabine/ténofovir, peut également être un frein à sa démocratisation. (11,45) Les recherches concernant les nouvelles formes d'administration de la PrEP pour optimiser l'observance et diminuer la contrainte d'une prise médicamenteuse quotidienne pourrait être la clé pour gagner du terrain sur cette catégorie de population potentielle à risque. La forme injectable de cabotégravir tous les 2 mois, approuvée par la HAS le 27 juin 2024, beaucoup moins contraignante que la prise quotidienne par voie orale, pourrait être une des solutions dans un avenir proche et sera discutée dans les nouvelles recommandations nationales de fin 2024

La tendance semble changer ces dernières années en incluant ces nouvelles cibles à travers les spots publicitaires déployés par l'association AIDES mais également par le ministère de la santé et de la prévention (publicité audiovisuelle), efforts qui peuvent être encore estimés toujours faibles notamment en zone rurale n'ayant pas accès à la plupart des informations que l'on rencontre à chaque abri de bus en zone urbaine. Un travail reste à faire également du côté

des professionnels de santé et nouvellement les médecins généralistes et infirmier(e)s de centre de prévention sexuelle pour l'inclusion dans les critères d'éligibilité à la PrEP plus systématisé des femmes dans le sens large.

Récemment, la PrEP par Truvada® a montré sa sécurité d'emploi chez les femmes enceintes et allaitantes comme le montre une étude randomisée de grande ampleur, réalisée en Afrique, portant sur 693 femmes enceintes entre 2017 et 2019. Elle a constaté que les enfants issus de grossesse et allaitement sous PrEP naissaient en moyenne avec des poids normaux, à terme et sans pathologie particulière. (46)

IV/4-e Faciliter l'accès aux formations pour les professionnels de santé :

Le souhait des médecins généralistes de se former sur la PrEP a été confirmée par cette étude et reste un point à développer actuellement. La majorité des médecins questionnés semble intéressée par un document d'information afin de se former. On peut en déduire qu'ils recherchent une approche synthétisée et relativement courte et accessible du format de formation. FORMAPREP ou encore FormationSantéSexuelle (Cf : annexe 4) sont disponibles sur internet après une inscription rapide. Plusieurs thématiques intéressants cette étude sont abordées sur formasantesexuelle.fr comme « les bases de l'abord de la santé sexuelle » (1h55), « troubles de la sexualité » (0h30), « prévention des IST par la vaccination » (1h20), « prise en charge diagnostique et thérapeutique des IST » (0h30), « réseau en santé sexuelle » ou encore « VIH, la PrEP en détails » (1h20). FORMAPREP est quant à elle plus accès sur l'épidémiologie du VIH, l'historique de la PrEP, les preuves de son efficacité et son mode d'emploi (environ 1h30). Une proposition de fascicule synthétique qui met en avant l'impact de la PrEP pour la lutte contre le VIH en exposant la facilité de sa prescription et de son suivi pourrait amener les médecins généralistes à approfondir leur connaissance sur le sujet et s'intéresser de près au rôle qu'ils peuvent jouer dans cette nouvelle coopération.

IV/4-f Ne pas oublier le TasP et le TPE :

Même si l'efficacité de la PrEP pour lutter contre la propagation du VIH n'est plus à démontrer, les autres moyens de protection bien connus comme le port du préservatif ou encore le TasP (Treatment as Prevention) et le TPE (Traitement Post Exposition) qui ont un rôle clé dans la diminution du taux d'incidence pour le VIH. Concernant le TASP, les traitements antirétroviraux initiés rapidement après la confirmation d'une primo infection auront pour but double de protéger le patient d'une progression de l'infection mais également de réduire sa charge virale pour qu'elle devienne indétectable et de ce fait, réduire de façon drastique le risque de transmission.

Afin de prouver l'efficacité de la TasP plusieurs études cliniques ont été réalisées chez des couples hétérosexuels et homosexuels sérodifférents (comme HPNT 052, PARTNER 1, PARTNER 2). PARTNER 2, la plus récente, et publiée en 2019 a concerné 783 couples homosexuels sérodifférents dans 14 pays européens, a recensé près de 75 000 relations sexuelles sans préservatif. Le partenaire séropositif avait une charge virale inférieure à 200 copies par ml pendant 12 mois et le partenaire séronégatif ne prenait pas la PrEP. Les résultats démontrent que malgré ces 75 000 rapports sexuels, aucune contamination n'a été recensée. (47) La place du médecin traitant dans la lutte contre le VIH reste d'une importance capitale pour détecter ses patients à risque et de les dépister régulièrement afin de limiter la propagation du virus.

Concernant le TPE : il s'agit d'un traitement d'urgence donné à une personne séronégative après une prise de risque élevée en rapport avec le VIH (rupture ou oubli du préservatif ou de la PrEP, partage ou réutilisation de seringue, exposition au sang ou à un liquide biologique). Pour qu'il soit efficace, il faut qu'il soit administré dans les 48 heures après la prise de risque. Il s'agit d'une association de 3 médicaments antirétroviraux, deux inhibiteurs nucléotidiques et de transcriptase inverse et un analogue non nucléosidique ou un inhibiteur d'intégrase qui est prescrit initialement pendant 3 à 4 jours puis réévalué par un médecin référent pour le VIH qui affinera plus précisément le risque encouru. Si le traitement est poursuivi, il rédigera une ordonnance pour une durée totale de 28 jours. Un premier test de dépistage du VIH sera réalisé un mois après la fin du TPE. S'il est négatif un dernier test sera réalisé trois mois après la fin du traitement. Son accessibilité reste aujourd'hui un des points faibles de son utilisation. Il est encore aujourd'hui accessible uniquement aux urgences la nuit et dans certains lieux comme les hôpitaux ou le CeGIDD. Selon une étude réalisée en France, concernant 29 répondants (personnes ayant eu recours au TPE dans l'année, personne ayant eu un rapport à risque et

n'ayant pas eu recours au TPE et médecins prescripteurs du TPE), plusieurs freins ont été recensés ; la difficulté à évaluer le risque, ne pas savoir où avoir accès au TPE, ; la distance géographique du lieu de délivrance, les horaires etc. Parmi les pistes d'améliorations identifiées par les répondants nous retrouvons, en outre, l'accessibilité du traitement via le médecin traitant ou le pharmacien qui pourraient prescrire/délivrer des starter kit en attendant la consultation avec le médecin référent VIH (48). Il pourrait s'agir d'une piste à discuter à l'avenir concernant ce moyen de prévention du VIH, très probablement abordé par les nouvelles recommandations qui devraient être publiées en fin d'année 2024.

IV/4-g Vers une prophylaxie pré/post exposition des IST :

Alors qu'un des freins à la prescription à la PrEP des médecins est le risque d'émergence des IST bactériennes, des études se penchent sur la faisabilité d'une prophylaxie concernant la *chlamydia trachomatis*, le *neisseria gonorrhoeae* ou encore le *treponema pallidum*. Parmi ces études on retrouve une sous étude de IPERGAY qui a cherché à évaluer l'efficacité de la prise de 200mg de doxycycline dans les 72h suivant un rapport à risque. Elle a permis de montrer que le risque de survenue d'une première IST chez les participants prenant le traitement prophylactique était plus faible que ceux n'en prenant pas (gonorrhée non comprise) (49). Une autre étude randomisée ouverte nommée DoxyPEP, menée à San Francisco et Seattle chez des HSH sous PrEP ou positif au VIH, selon les mêmes modalités, a montré une baisse significative des épisodes de syphilis, infections à *chlamydia trachomatis* et gonocoque chez les individus prenant la prophylaxie par doxycycline (50).

Afin de confirmer ces résultats, l'étude randomisée et ouverte ANRS 174 DOXYVAC a été réalisée chez 502 HSH prenant la PrEP et ayant présenté au moins une IST dans l'année précédant l'inclusion. (51).

Malgré les résultats probants du TPE par doxycycline, le risque d'émergence de résistance reste un problème majeur pour démocratiser son utilisation. Il reste maintenant à étudier la balance bénéfice/risque d'un tel outil et cibler éventuellement les populations éligibles à cette prophylaxie.

IV/5 Nouvelles coopérateurs, promotions de la santé sexuelles :

IV/5-a Vers une coopération médecin/infirmier :

« Par dérogation, les professionnels de santé peuvent s'engager à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient »

Depuis l'arrêté du 29 octobre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin », une nouvelle approche sur la prise en charge et le suivi des patients éligible à la PrEP est possible. Ce protocole de coopération prévoit que les infirmiers, après une formation théorique et pratique spécifiques, peuvent effectuer des consultations de suivi trimestriel en réalisant un examen clinique à la recherche d'IST et de signe de primo infection au VIH mais encore analyser et interpréter les résultats des bilan biologiques. Ils peuvent également prescrire le traitement des IST, le bilan biologique et le renouvellement de la PrEP en association avec une consultation médicale annuelle. (46, 52)

Aujourd'hui ce protocole s'est démocratisé et s'expand au niveau national et a pour objectif d'élargir l'offre des soins, de réduire les délais d'accès à une prise en charge, de rendre du temps médical afin qu'il soit réinvesti dans des activités plus complexes et enfin d'améliorer les parcours de santé des patients.

IV/5-b listing des médecins généralistes prescripteur de la PrEP :

Un listing des médecins généralistes ayant suivi la formation FormaPrEP non disponible par le public est établi par COREVIH. En septembre 2023 dans la région Nouvelle Aquitaine, 52 médecins l'ont suivi (Cf : données COREVIH Nouvelle Aquitaine). Une liste accessible par le grand public pourrait être réfléchi, permettant aux patients intéressés par la PrEP de consulter avec des médecins généralistes avertis qui garantissent une écoute et les connaissances nécessaires au suivi du patient sous PrEP. La faisabilité d'une telle liste semble compromise par le décret n°2020-1662 du 22 décembre 2020 qui interdit toute publicité pour les médecins. La question d'une close à ce décret pourrait être abordé afin de faciliter l'accessibilité à la PrEP.

V/CONCLUSION

Depuis juin 2021 les médecins généralistes ont la possibilité d'œuvrer amplement dans la lutte du VIH par le biais de la PrEP, ils ont l'avantage non négligeable d'être au premier rang, au contact de la population et leur compétence de prévention à la santé fait partie intégrante de leur travail quotidien. Ils sont également amenés à soigner du nourrisson à la personne âgée et peuvent donc, de ce fait, adapter leur discours préventif tout au long du développement de l'individu et de ses événements de vie.

L'efficacité de la Prophylaxie pré exposition sur l'incidence du VIH dans les différentes études réalisées dans le monde n'est plus à prouver, il semblerait que sa démocratisation avec un élargissement du public et des prescriptions à la demande soit une clé importante pour la lutte contre le VIH. Elle ne se fera également que si le professionnel de santé mesure l'importance de la sexualité dans la santé, dans son sens large et qu'elle se montre capable de l'aborder sereinement avec tout type de profil de patient.

Cette étude a confirmé le fait que la stratégie de prévention qui tourne autour de la PrEP est encore à l'heure actuelle méconnue des médecins généralistes de nos régions à prédominance rurale. Elle a permis également de démontrer que l'abord de la sexualité en consultation reste encore un sujet sensible, difficilement applicable et peu utilisé lors des interrogatoires. Néanmoins, l'envie de se former semble être une préoccupation commune et majoritairement exprimée. Une approche impactante sur la prévention variée, en incluant la PrEP, ainsi que des formations sur l'abord de la sexualité en consultation sont à promouvoir.

Pour concrétiser ce nouvel élan de lutte contre le VIH, grâce à ces nouveaux outils de prévention et à la volonté évidente des professionnels de santé de devenir de nouveaux acteurs à part entière, une coalition mondiale pour la prévention du VIH a confectionné un plan santé sexuelle 2025-2030. Il se donne pour objectif un taux inférieur à 370 000 nouvelles primo infection à VIH d'ici 2025 et met l'accent sur les pays les plus touchés par l'épidémie et ceux dont le gouvernement est le moins investi dans sa lutte. Il souhaite également que 95% des personnes présentant un risque accru d'infection au VIH puissent avoir accès aux services leur permettant de s'approprier des moyens de prévention efficace et adapté à chaque situation. La finalité de ce plan santé est de diminuer l'incidence du VIH partout dans le monde et de mettre fin au SIDA d'ici 2030.

Annexes :

Annexe 1 : le questionnaire

Questionnaire de Thèse

Évaluation globale des connaissances des médecins généralistes des deux sèvres et de Charente, aborder le thème de la sexualité et des prises de risques associées.

1- Département d'exercice :

- ☐ Charente
- ☐ Deux-Sèvres

2- Type d'exercice :

- ☐ Rural
- ☐ Semi rural
- ☐ Urbain

3- Votre âge :

- ☐ 20-30 ans
- ☐ 30-40 ans
- ☐ 40-50 ans
- ☐ 50-60 ans
- ☐ 60 ans et plus

4- Comment estimez-vous votre niveau de connaissance concernant la sexualité de vos patients ?

- ☐ Bonne
- ☐ Moyenne
- ☐ Mauvaise

5- Comment estimez-vous la facilité de poser des questions sur la sexualité à vos patients ?

- ☐ Bonne
- ☐ Moyenne
- ☐ Mauvaise

6- Si vous l'estimez mauvaise, quelle est selon vous la cause ?

- ☐ Je n'ose tout simplement pas par peur de sa réaction
- ☐ Je n'ai pas le temps
- ☐ Il ne s'agit pas du motif de consultation
- ☐ Cela ne me vient pas à l'esprit
- ☐ Absence de formation concernant l'approche d'un sujet « sensible »

7- Vous proposez un dépistage IST (VIH compris) :

- ☐ Fréquemment
- ☐ Quand cela s'impose explicitement
- ☐ Rarement

8- Suivez-vous des patients : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, bisexuels, travailleur(euse) du sexe, usagers de drogues intraveineuses.

- ☐ Oui
- ☐ Non

9- Suivez-vous des patients séropositifs au VIH ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10- Suivez-vous des patients sous PrEP (prophylaxie pré exposition au VIH) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11- Comment estimez-vous vos connaissances sur la PrEP (enjeu individuel et collectif, modalité d'utilisation, patientèle cible) ?

- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise

12- Si mauvaise, pourquoi ?

- Manque d'information
- C'est une histoire de médecin spécialiste
- Absence de patientèle cible
- Autre

Si vous avez répondu « autre » à la question précédente, merci de préciser :

.....

13- Avez-vous connaissance que la primo-prescription et le suivi des patients sous PrEP est, depuis le 1^{er} juin 2021, possible en médecine générale ?

- Oui
- Non

14- Seriez-vous intéressé par une formation sur la PrEP (modalité de prescription et de suivi, patientèle cible, rappel sur les enjeux individuel et collectif sur l'épidémie du VIH etc.) ?

- Oui
- Non

15- Si oui, sous quel format ?

- Visio conférence avec médecins infectiologues/épidémiologues
- Document d'information

Annexe 2 : Suivi du patient prepeur, renouvellement d'ordonnance :

Renouvellement ordonnance de la PrEP	Emtricitabine/Ténofovir disoproxil 200/245 : 1 cp par jour pendant 1 mois AR 2 fois
Dispenser les infos importantes	• Intérêt de l'observance • Vérifier la bonne compréhension du schéma de prise • Promotion de l'usage du préservatif • Risque d'altération de la fonction rénale en cas de prise concomitante d'AINS
Bilan de suivi tous les 3 mois	• Sérologie VIH de moins de 10 jours • Fonction rénale 2 à 4 semaines après traitement puis tous les 3 mois • Recherche autre IST clinique +/- sérologie en fonction des symptômes tous les 3 mois puis une fois par an au moins une sérologie VHB, VHC, syphilis, une PCR chlamydiae, gonocoque (oral, anal et urine) • Contrôle de l'absence de grossesse
Contrôle de la tolérance	• Risque d'altération de la fonction rénale (bonne hydratation, limiter les médicaments néphrotoxiques. • Recherche d'effets indésirables fréquents (nausées, diarrhées, douleurs abdo, rash, hyper pigmentation des paumes et des plantes)
Interaction médicamenteuses	• Pour faciliter les recherches d'interaction médicamenteuse, proposé par VIHclic https://vihclic.fr/interactions-medicamenteuses/ • Médication néphrotoxiques (ex : AINS) • Application mobile pour le patient (ATMedinfo)

ATTENTION : Si découverte d'une séroconversion au VIH lors du suivi, arrêt immédiat de la PrEP (risque de résistance) et adresser à un médecin infectiologue pour la prise en charge.

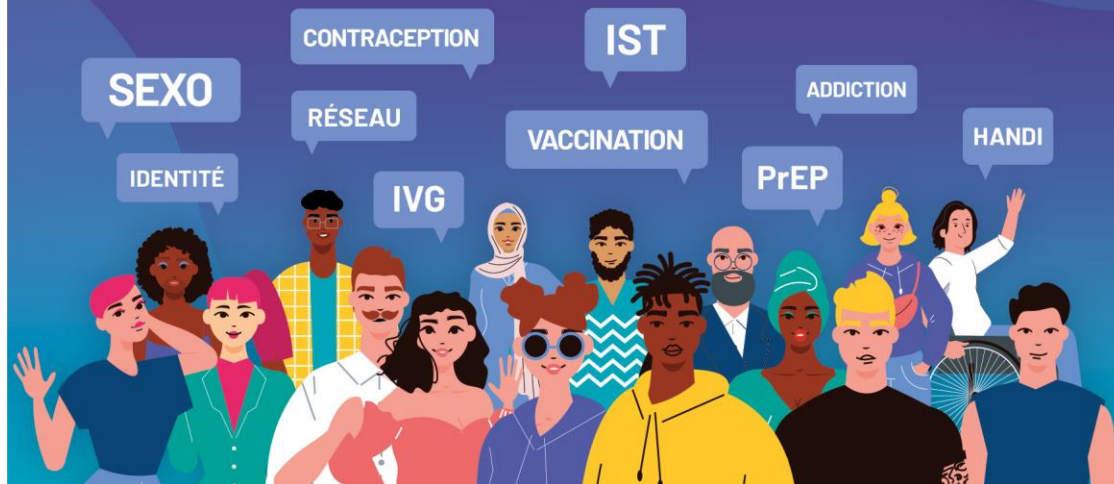
ATTENTION : Le schéma discontinu de la PrEP per os n'est pour l'instant pas envisageable pour la femme. Pour des raisons d'imprégnation vaginale trop longues, l'observance du traitement pour une protection efficace n'est pas compatible.

Annexe 3 : Synthèse de traitement des IST les plus courantes lors du suivi (53)

<u>Agent pathogène</u> :	<u>Traitement</u> :
Chlamydia trachomatis	<u>Urétrite</u> : Doxycycline per os 200mg/j/7j ou azithromycine per os 1g en dose unique <u>Rectite</u> : génotypage si symptomatique ou VIH + et doxycycline/21j si LGV <u>Salpingite</u> : Doxycycline/10j + ceftriaxone 1g+ métronidazole/10j Orchi-épididymite : doxycycline/10j + ceftriaxone 1g
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxone 1g ou gentamicine 240mg IM Si retour d'Asie et infection pharynx : associer avec azithromycine 2g per os
Syphilis	<u>Précoce</u> : Pénicilline G 2,4 M IM <u>Tardive >1 an</u> : Pénicilline G 2,4 M IM X 3 à J1 J8 et J15 <u>Neurosyphilis ou oculaire</u> : Ceftriaxone 1-2g IV/ 10-14j Si allergie pénicilline : Doxycycline 200mg par jour pendant 14 jours (52)
Mycoplasma genitalium	<u>Si macrolide S</u> : doxycycline 200mg/j/7j puis azithromycine 1g J1 puis 500mg J2 à J4 <u>Si macrolide R</u> : doxycycline 200mg/j/7j puis moxifloxacin 400mg/j/7j

Annexe 4 : Flashcode pour les professionnels de santé, se former en santé sexuelle, à l'occasion de la semaine de santé sexuelle.

SE FORMER SANTÉ SEXUELLE GRATUITEMENT



#JeSuisProfessionneldeSanté
<https://www.formasantesexuelle.fr>



Créé par



Accompagné par



Soutenu
par



Références bibliographiques :

- 1- Sidaction.org- Données épidémiologiques VIH/SIDA en France- 2019
- 2- Kumwenda NI, Hoover DR, Mofenson LM, Thigpen MC, Kafulafula G, Li Q, et al. Extended Antiretroviral Prophylaxis to Reduce Breast-Milk HIV-1 Transmission. 10 juillet 2008; 359(2):119-29.
- 3- Intermittent Prophylaxis with Oral Truvada Protects Macaques from Rectal SHIV Infection J. G. Garcia-Lerma et al. – Science translational medicine, 13 janvier 2010, vol. 2, n° 14
- 4- Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Partners prep Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. N Engl J Med. 2 août 2012; 367(5): 399-410.
- 5- Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. iprex Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. N Engl J Med. 30 décembre 2010; 363(27):2587-99.
- 6- Pragmatic Open-Label Randomised Trial of Preexposure Prophylaxis: The PROUD Study | CROI Conference [Internet] 2015. Disponible sur: <http://www.croiconference.org/sessions/pragmatic-open-label-randomised-trial-preexposure-prophylaxis-proud-study>
- 7- On Demand PrEP With Oral TDF-FTC in MSM: Results of the ANRS Ipergay Trial | CROI Conference [Internet] 2015
- 8- EPI-PHARE Communiqué de presse : L'efficacité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) du VIH est confirmée en vie réelle dès lors que l'observation au traitement est bonne. 12 juillet 2022
- 9- Epi-PHARE- 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, 43p, 29 novembre 2023
- 10- ARS nouvelle Aquitaine – Protocoles de coopération entre professionnels de santé- 18 juin 2024
- 11- Cottrell ML, Yang KH, Prince H, et al. A translational pharmacology approach to predicting HIV pre-exposure prophylaxis outcomes in men and women using tenofovir disoproxil fumarate + emtricitabine. Journal of Infectious Diseases. 2016; in press.
- 12- Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024- p94

13- Formaprep.org- FORMAPREP : formation en ligne sur la PrEP pour les professionnels de santé

14- Santé Publique France- Surveillance du VIH et des IST bactériennes- Décembre 2021 ; p16

15- Étude des freins à l'appropriation de la Prophylaxie Pré- Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers. Enquête auprès de médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis. Par FOKA TICHOUÉ H. Paris, Université Paris Est Créteil, 2018

16- Étude des freins à la prescription initiale de la prophylaxie pré exposition au VIH par les médecins généralistes de Bretagne : étude quantitative. Par Dr QUICRAY Sarah Juin 2021 ; p58

17- Enquête sur les connaissances et perceptions des médecins généralistes du Maine et Loire concernant la PrEP. Par Dr CHARREAU Sandra : 2018 ; p62

18- La PrEP et les médecins généralistes en France, quelles perceptions, quelles approbations ? par Marie KIMIAI ; 2021 ; p85

19- La prophylaxie pré-exposition : étude qualitative de la représentation des médecins généralistes des Alpes Maritimes à propos de la PrEP. Par Dr BERTRAND Roxane Juin 2020 ; p51

20- Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecin générale ; Étude qualitative auprès des médecins généralistes d'Ille et Vilaine Brest. Par Nathalie TARTU: 2016 ; p44

21- Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale ? étude comparative de deux techniques d'approche. Par David FRANCOIS Réunion en 2020 ; p55

22- Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? Julia Tarragon, Nassir Messaadi, Marie-Jeanne Martin, Olivier Cottencin, Marc Bayen, Sabine Bayen· Exercer 2020;159:4-10.

23- Analyse des freins à la prescription et au suivi de la Prophylaxie pré- exposition au VIH par Antirétroviraux (PrEP en médecine générale : étude quantitative d'un échantillon de médecins généralistes sur le territoire français. Par CHIARABINI T. Paris, Université Paris XI, 2019, p69.

24- Geoffroy liegeon, Alexandre Brun, Gwen Hamet, Jeremy Zeggah, Claire Pintado, Bénédicte Loze, Mariagrazia Tateo, Diane Ponscarne, Willy Rozenbaym, Jean Michel Molina – incidence et facteurs associés aux effets indésirables rénaux graves chez les usagers de la PrEP- AP-HP, département des maladies infectieuses, Hopital Saint Louis et Lariboisière, Paris, France 2019

25-A Phase 2b/3 Double Blind Safety and Efficacy Study of Injectable Cabotegravir Compared to Daily Oral Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine (TDF/FTC), for Pre-Exposure Prophylaxis in HIV-Uninfected Cisgender Men and Transgender Women who have Sex with Men. HPTN 083- 2020

26- A Phase 3 Double Blind Safety and Efficacy Study of Long-Acting Injectable Cabotegravir Compared to Daily Oral TDF/FTC for Pre-Exposure Prophylaxis in HIV-Uninfected Women. HPTN 084

27- PrEP : prévenir l'infection par le VIH sans vaccin, 24 janvier 2024- La revue de l'institut polytechnique de Paris- 24 janvier 2024

28- La PrEP injectable disponible aux états unis (2021) vih.org

29- CROI 2024 : résultats concernant l'efficacité d'une nouvelle formulation ultra longue durée du cabotégravir à administrer tous les 4 mois- PNMVH ; 29 mars 2024

30- Le cabotégravir injectable approuvé pour la PrEP en France- VIH.ORG-10 juillet 2024

31- Hanscom B, Janes HE, Guarino PD, Huang Y, Brown ER, Chen YQ et al. Brief report: preventing HIV-1 infection in women using oral preexposure prophylaxis: a meta-analysis of current evidence. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016;73(5):606-608.

32- WHO recommends the dapivirine vaginal ring as a new choice for HIV prevention for women at substantial risk of HIV infection- OMS 26 janvier 2021

33- European Medicines agency: Vaginal ring to reduce the risk of HIV infection for women in non-EU countries with high disease burden- 24 juillet 2020

34- AVAC Global Advocacy for HIV Prevention. Understanding the results of CAPRISA 004. août 2010

35- Les différentes formes de prophylaxies pré-exposition au VIH et l'intérêt de ces nouveaux outils en France à travers l'essai IPERGAY. De Clément Réveillé (2018) ; p92

36- AIDES : l'actu vue par REMAIDES : « Etats-unis : plus de PrEP = moins de diagnostics VIH »- 21 juin 2024

37- Seronet.info- Islatravir : tous les essais en pause- le 8 janvier 2022

38- Communiqué de presse- Gilead's twice-yearly lenacapavir demonstrated 100% efficacy and superiority to daily Truvada® for HIV prevention- 20 juin 2024

39- ONUSIDA- Fiche d'information- Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie du SIDA. 2023

40- vih.org- De nouveaux indicateurs pour recommander plus largement. Par Charles Roncier- 26 novembre 2019

- 41- Stratégie nationale de santé sexuelle- agenda 2017-2030
- 42- Facteurs de risque de l'infection à VIH/SIDA chez la femme. Par Dr Patricia FENER et Claire CRITON. Mai 2007; p62
- 43- Explaining racial disparities in HIV incidence in black and white men who have sex with men in Atlanta, GA: a prospective observational cohort study- Atlanta juin 2015
- 44- Achievements and gaps to provide pre-exposure prophylaxis for women across the European region- result from a European survey study Ellen Moseholm , Yvonne Gilleece , Ben Collins , Justyna D Kowalska , Marta Vasylyev , María Jesús Pérez Elía , Gus Cairns , Karoline Aebi-Popp (2020)
- 45- Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, et al. Tenofovir-Based Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. New England Journal of Medicine. 2015 Feb 5;372(6):509-18
- 46-Dhayendre Moodley, Carl Lombard, Vani Govender, Megeshinee Naidoo, Alicia C desmond, Kimesh Naidoo, Ottacia Mhlongo, Motshedisi Sebitloane, Marie Louise Newell, Richard Clark, James F Rooney, Glenda Gray- Pregnancy and neonatal safety outcomes of timing of daily oral tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine pre exposure prophylaxis for HIV prevention (CAP016): an open-label, randomized, non-inferiority trial- 2023
- 47- Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. 15 juin 2019
- 48- Nicolas Charpentier, Guillemette Quatremère, Xavier Mabire, Sabrina Roduit, Vanessa Laguette, Didier Spittler, Elodie Guillois, Cyril Martin, Daniela Rojas Castro, Marie Préau- Freins et leviers de la prise en charge du traitement post exposition au VIH- Santé publique 2016 (vol 28), p791-799
- 49- Molina JM, Charreau I, Chidiac C. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomized substudy of the ANRS IPERGAY trial. Lancet infect dis. ; 2018
- 50- La doxy-PEP réduit drastiquement les IST à San Francisco - Medscape - 25 mars 2024
- 51- ANRS.fr Communiqué de presse : Résultats finaux de l'essai ARNS DOXYVAC sur la prévention des IST- 5 mars 2024
- 52- Le protocole de coopération entre professionnels de santé en santé sexuelle- 24^{ème} journées Nationales d'Infectiologie- Grenoble 8 juin 2023 ; p31
- 53- Santé publique France- Infections sexuellement transmissibles- MAJ 29 novembre 2023