

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 Juin 2019 à Poitiers

Par Madame Sarah BERTHO

EXPLORATION DE L'ACCEPTATION ET DE LA FAISABILITÉ DU SUIVI DES
PATIENTS SOUS PrEP PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX EN
VIENNE ET DEUX-SEVRES

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure France CAZANAVE – ROBLOT, chef de service maladies infectieuses, CHU de POITIERS

Membres : Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE, PU-PH maladies infectieuses, CHU de BORDEAUX

Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, Professeure associée de médecine générale de la faculté de Médecine et Pharmacie de POITIERS

Monsieur le Docteur Gwenaël LE MOAL, PH de maladies infectieuses, CHU de Poitiers

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Simon SUNDER

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 Juin 2019 à Poitiers

Par Madame Sarah BERTHO

EXPLORATION DE L'ACCEPTATION ET DE LA FAISABILITÉ DU SUIVI DES
PATIENTS SOUS PrEP PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX EN
VIENNE ET DEUX-SEVRES

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure France CAZENAVE – ROBLOT, chef de service maladies infectieuses, CHU de POITIERS

Membres : Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE, PU-PH maladies infectieuses, CHU de BORDEAUX

Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, Professeure associée de médecine générale de la faculté de Médecine et Pharmacie de POITIERS

Monsieur le Docteur Gwenaël LE MOAL, PH de maladies infectieuses, CHU de Poitiers

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Simon SUNDER

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie

- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

 05.49.45.43.43 -  05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- 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
- CASTETS Monique, 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, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARISSAUD Albert, physiologie
- 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
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure France ROBLOT,

Qui me fait l'honneur de présider ce jury, ainsi que pour votre enseignement dispensé et votre implication lors de mon externat.

A Monsieur le Docteur Simon SUNDER,

Pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et dirigé ce travail, pour ta disponibilité, ton aide et tes conseils tout au long de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE,

Pour avoir accepté de vous déplacer jusqu'ici afin de faire partie de ce jury et ainsi juger ce travail.

A Madame la Docteure Valérie VICTOR-CHAPLET,

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury et ainsi juger ce travail avec votre expertise de médecin généraliste.

A Monsieur le Docteur Gwenaël LE MOAL,

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury et ainsi juger ce travail et pour ton aide lors de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY,

Pour les nombreux conseils de méthodologie et la disponibilité dont il aura su faire preuve pour nous aider à réaliser ce travail.

A tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude ; Merci pour votre temps, votre apport et votre intérêt pour ce travail.

Aux multiples médecins qui m'ont formé, merci Xavier, Matthieu, Françoise et Véronique pour votre implication, la transmission de votre expérience de médecin généraliste et le soutien que vous m'avez apporté durant ma formation.

A l'équipe médicale et paramédicale du service de pédiatrie de La Rochelle, ça a été difficile de ne plus revenir travailler avec vous, vous m'avez tant apporté, autant sur le plan professionnel qu'humain ; merci pour les pauses biberons en milieu de nuit, pour les fou-rires, votre soutien dans les moments difficiles...

A l'équipe médicale et paramédicale des services d'urgences et de maladies infectieuses de l'hôpital de Niort, merci pour votre bonne humeur, votre apprentissage, votre soutien.

Au service de SSR gériatrie de Lusignan, merci Isabelle, Amélie et Aurélie pour votre enseignement, votre soutien, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

A l'ANEMF et l'IFMSA pour ces expériences associatives inoubliables, ce regard si ouvert sur le monde, ces échanges enrichissants et la rencontre de belles personnes à travers le monde.

A mes co-internes tout au long de ces stages, vous avez rendu la fatigue et le stress des semaines chargées supportables et tellement drôles.

A mes amis d'externat et d'internat, Laura, Manue, Dorian, Nico, Val, Romain, Estelle, Caro, Alex, Charlotte, Jeanne, Florence, Louciné, Marion, Clémence, Julie, Camille, Olivier ; merci pour ces moments de partage, ces soirées inoubliables et ces fous rires ; merci d'avoir rendu ce périple si agréable et enrichissant.

A mes amis, en dehors du monde médical, Julie, my person, d'avoir été là chaque jour en soutien, tes paroles et ton amitié font que j'en suis là aujourd'hui, Aurélia, Mathieu, Laurie, Oléna, Aurélie, Juliette, Sidney, merci tout simplement d'avoir été là et d'être toujours présents, votre soutien a été très important tout au long de ces études et étapes de ma vie.

A ma famille, mes grandes sœurs et mon neveu pour vos encouragements et votre soutien.

A mes parents, c'est grâce à votre implication que j'en suis là aujourd'hui, merci de m'avoir donné les moyens de faire de si belles études, d'avoir essayé de votre mieux de soulager mon stress, et d'avoir contribué à ce que je devienne la femme que je suis aujourd'hui.

A Florine, pour ton soutien quotidien, pour ta capacité à me faire rire en toute circonstance, pour cet amour que tu me donnes chaque jour et qui me permet de devenir une meilleure personne. Merci pour cette vie merveilleuse que l'on partage.

SOMMAIRE

<i>Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers</i>	3
<i>Professeur des universités de médecine générale</i>	3
<i>Professeurs associés de médecine générale</i>	4
<i>Maîtres de Conférences associés de médecine générale</i>	4
<i>Enseignants d'Anglais</i>	4
<i>Professeurs émérites</i>	4
REMERCIEMENTS	5
ABREVIATIONS	9
I – INTRODUCTION	10
I-1 Epidémiologie du VIH	10
I-1-1 Epidémiologie du VIH dans le monde	10
I-1-2 Epidémiologie du VIH en France	11
I-2. Etat des lieux de la prévention contre le VIH en France	11
I-2-1. Les différents moyens de prévention du VIH (5)	11
I-2-2 Principaux acteurs de la prévention du VIH	12
I-2-3 Rôle du médecin généraliste dans la prévention contre le VIH	13
I-3 La PrEP	14
I-3-1. Historique de la PrEP :	14
I-3-2 La PrEP en Europe et dans le monde (figure 4)	15
I-3-3 La PrEP en France	15
I-3-4 Recommandations d'utilisation de la PrEP	16
I-4 Question de recherche et objectifs de notre étude	16
II – MATERIEL ET METHODE	17
II-1 Population d'étude	17
II-2 Volet quantitatif	17
II-2-1 Le questionnaire (Annexe 3)	17
II-2-2 L'échantillon	18
II-2-3 Recueil des données	18
II-2-4 Analyse des données	18
II-3 Volet qualitatif	18
II-3-1 Choix d'une méthode qualitative	18
II-3-2 Taille de l'échantillon	19
II-3-3 Stratégie d'échantillonnage et prise de contact	19
II-3-4 L'entretien	19
II-3-5 Analyse des données	20

III – RESULTATS	21
III-1 Partie quantitative	21
III-1-1 Description de la population étudiée	21
III-1-2 Orientation sexuelle des patients	22
III-1-3 Dépistage et suivi du VIH	24
III-1-4 Les populations à risque et la PrEP	25
III-2 Partie qualitative	26
III-2-1 Données générales	26
III-2-2 Avis personnels concernant la PrEP	28
III-2-3 Repérage des candidats éventuels à la PrEP	31
III-2-4 Suivi des patients sous PrEP en médecine générale	36
III-2-5 Suggestions de moyens pour informer sur l'existence de la PrEP	42
III-2-6 Suggestions pour faciliter le suivi	43
IV – DISCUSSION	45
V - CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	55
Annexe 1 : recommandations HAS sur l'utilisation TRUVADA dans la PrEP, Mars 2017.....	55
Annexe 2 : Questionnaire	56
Annexe 3 : Présentation de l'étude et demande de consentement aux entretiens individuels.....	58
Annexe 4 : Guide d'entretien individuel	59
Annexe 5 : questionnaire quantitatif décrivant les caractéristiques socio-démographiques des médecins ayant participé aux entretiens individuels.....	60
Annexe 6 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes sur le repérage des candidats éventuels à la PrEP	61
Annexe 7 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes sur le suivi potentiel des patients sous PrEP	62
Annexe 8 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes quant à la faisabilité de suivi des patients sous PrEP en médecine générale	63
RESUME	64
SERMENT	65

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

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

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

FDA : Food and Drug Administration

FTC : Emtricitabine

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PPVIH : Personne Porteuse du VIH

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition au VIH

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TAsP : Treatment As Prevention

TDF : Ténofovir Disoproxil Fumarate

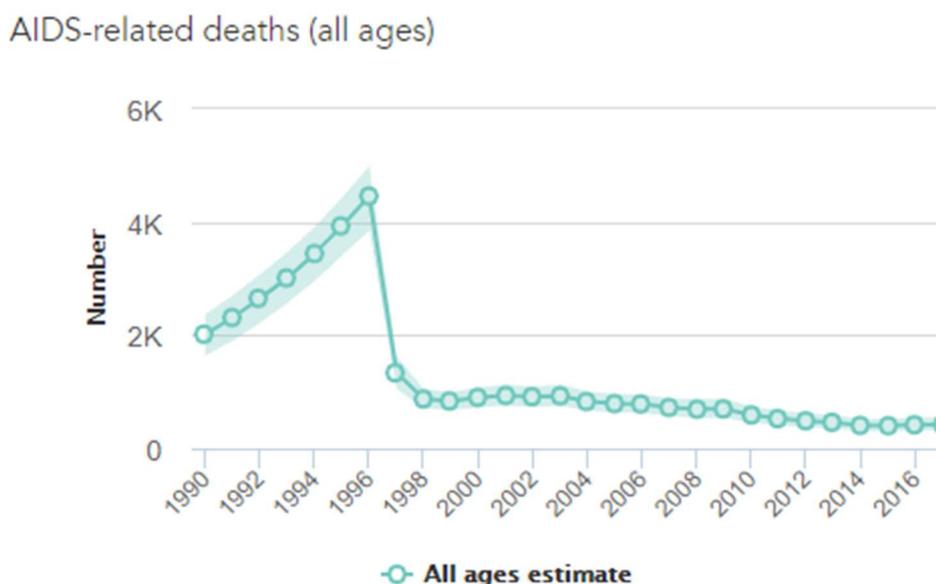
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usagers de Drogues Intraveineuses

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I – INTRODUCTION

L'avènement de la trithérapie en 1996 a permis de réduire considérablement la mortalité par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (**figure 1**). Outre un bénéfice à l'échelon individuel en terme de morbi-mortalité, la trithérapie a un bénéfice collectif, puisqu'il a clairement été démontré qu'une personne vivant avec le VIH (PPVIH) sous traitement et dont l'infection est durablement contrôlée (charge virale indétectable depuis plus de 6 mois) ne transmet pas l'infection (1 - 2). Malgré cela, l'épidémie de VIH/SIDA demeure encore de nos jours, en France et dans le monde, un problème majeur de santé publique.



Source: UNAIDS Estimates 2018

Figure 1 – Nombre de décès liés au SIDA de 1990 à 2017 en France

I-1 Epidémiologie du VIH

I-1-1 Epidémiologie du VIH dans le monde

En 2017, d'après les données de l'ONUSIDA, 36.9 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 1.8 millions de personnes nouvellement infectées dans l'année, 940 000 personnes sont décédées de maladies liées au SIDA. Environ 40% des nouvelles infections concernaient les populations à risque (Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) avec pratiques à risque, travailleurs-euses du sexe, usagers de drogues intraveineuses (UDI)). On estime que 21,7 millions de personnes séropositives pour le VIH étaient sous antirétroviraux.

Les populations à risque représentent 95% des nouvelles infections à VIH en Europe, Asie Centrale, Moyen Orient et Afrique du Nord et seulement 16% en Afrique orientale et australe.

Le risque de contracter le VIH est 27 fois plus élevé chez les HSH, 23 fois plus élevé chez les UDI et 13 fois plus élevé chez les travailleurs-euses du sexe. (3)

I-1-2 Epidémiologie du VIH en France

Les dernières données de Santé Publique France estimaient à 172 700 le nombre de personnes porteuses du VIH (PPVIH) en France, 84% connaissaient leur statut et 75% étaient sous traitement antirétroviral ; on estime autour de 25 000 le nombre de personnes infectées par le VIH ignorant leur statut.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH a été stable entre 2010 et 2017 (**figure 2**). Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2017 dont 3 600 (56%) ont été contaminés lors de rapports hétérosexuels, 2 600 (41%) lors de rapports sexuels entre hommes et 130 (2%) par usage de drogues injectables. (4)



Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/09/2018, Santé publique France

Figure 2 – Evolution de la découverte de séropositivité VIH entre 2010 et 2017

Le 1^{er} décembre 2014 a été lancée la déclaration de Paris avec pour objectif la fin de l'épidémie du VIH dans les villes, en mettant notamment l'accent sur la prévention au sein des communautés les plus à risques de se contaminer et en fixant à l'horizon 2030 l'objectif du 90 – 90 – 90 (90% des PVVIH dépistées, 90% de ces personnes sous traitement et 90% des PVVIH sous traitement contrôlées). Plus de 250 villes et municipalités ont signé la Déclaration de Paris.

I-2. Etat des lieux de la prévention contre le VIH en France

I-2-1. Les différents moyens de prévention du VIH (5)

- **La contraception** mécanique avec les préservatifs externes et internes, le préservatif externe étant remboursé par l'assurance maladie sur prescription médicale depuis décembre 2018.

- **Le dépistage régulier** : prélèvement sanguin ou TROD (= test rapide d'orientation diagnostic) en CEGIDD ou auprès du médecin généraliste.
- **Le traitement comme prévention (TAsP)** : que chaque personne séropositive pour le VIH soit traitée et contrôlée durablement par la trithérapie rendant le risque de contamination nul (objectif de la Déclaration de Paris).
- **Traitement post-exposition d'urgence** : traitement en cas d'exposition possible au VIH d'une durée de 4 semaines.
- **Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)** : association de Tenofovir Disoproxil Fumarate et Emtricitabine à prendre au cours d'une période d'exposition à un risque de contamination, s'adresse à toutes les personnes n'utilisant pas systématiquement le préservatif lors de leurs rapports sexuels et qui sont à haut risque de contracter le VIH.
- **Réduction des risques chez les UDI**, notamment par le libre accès à des seringues stériles pouvant être récupérées ou échangées dans les distributeurs automatiques ou dans les antennes mobiles ou fixes de prévention (CAARUD ou CSAPA), l'ouverture de salles de consommation à moindre risque en 2016 à Paris et Strasbourg pour diminuer aussi le risque d'overdose et promouvoir via les professionnels de santé le sevrage ou réduction de consommation grâce aux produits de substitution.

I-2-2 Principaux acteurs de la prévention du VIH

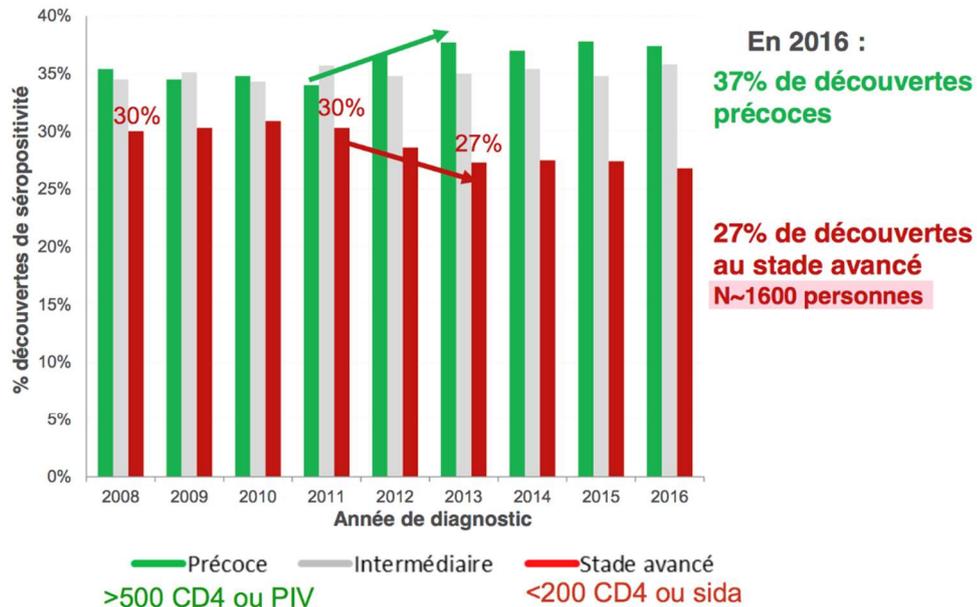
La prévention est essentielle, d'autant plus qu'encore beaucoup de personnes séropositives pour le VIH s'ignorent contaminées et donc sont à haut risque de transmission. En 2017, 30% des séropositivités VIH ont été découvertes à un stade avancé, ces personnes ayant pu transmettre le virus à leurs partenaires depuis leur contamination (**figure 3**). (4)

En Mars 2017, l'HAS a mis à jour les recommandations concernant le dépistage de l'infection par le VIH (6):

- La priorité doit être accordée au dépistage de l'infection à VIH au sein des populations clés ; avec renforcement du dépistage à savoir tous les 3 mois chez les HSH, tous les ans chez les UDI et tous les ans chez les personnes originaires de zones à forte prévalence du VIH.
- Proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans dans la population générale ; proposition principalement orientée dans les régions Ile De France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Départements Français d'Amérique où l'incidence du VIH est la plus importante avec un moindre recours des hommes au système de santé que les femmes.

Le dépistage de l'infection à VIH peut être réalisé sur proposition d'un professionnel de santé, quel que soit le recours aux soins (consultation ambulatoire, admission dans un service d'urgences, séjour hospitalier, visite de médecine préventive pour les étudiants), dans une structure associative ou un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE OU AU STADE AVANCÉ : RÉPARTITION INCHANGÉE DEPUIS 2013



Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

Figure 3 – Évolution des stades de diagnostic VIH entre 2008 et 2016

La diversité des acteurs permet de favoriser toutes les occasions de proposition de dépistage, en les coordonnant et en les adaptant aux populations visées.

1-2-3 Rôle du médecin généraliste dans la prévention contre le VIH

Le médecin généraliste (MG) a, parmi ses compétences, un rôle de santé publique dont notamment le dépistage et l'éducation en santé (7). Il est le médecin référent de ses patients et il semble nécessaire qu'il puisse avoir un rôle dans la santé sexuelle.

Cependant plusieurs études réalisées (travaux de thèses de médecine générale) ont montré la difficulté d'aborder la sexualité entre les MG et les patients, que ce soit pour les médecins généralistes (8), les adolescents (9), les hommes (10) ou les femmes victimes de violence (11). Les facteurs favorisant cet abord étaient la nécessité d'une relation de confiance, l'absence de jugement, la nécessité de ne pas paraître trop curieux en expliquant au préalable le but du questionnement sur la sexualité, et le choix du bon moment pour amener le sujet.

Ceci montre que la limite entre ce qui est perçu comme professionnalisme et ce qui est perçu comme de la curiosité est ténue et difficile à évaluer ce qui rend nécessaire une mise au point sur la pratique des médecins généralistes concernant la santé sexuelle.

I-3 La PrEP

I-3-1. Historique de la PrEP :

La prophylaxie pré-exposition au VIH est l'utilisation prophylactique d'une association d'anti-rétroviraux : ténofovir disoproxil fumarate (TDF) + emtricitabine (FTC) (Truvada® et ses génériques). Elle s'adresse aux populations à risque élevé d'exposition au VIH à savoir les hommes et les transsexuels ayant des relations sexuelles à risque avec des hommes, les travailleurs-euses du sexe, les personnes en situation de vulnérabilité sexuelle et les UDI qui partagent du matériel.

Plusieurs facteurs contribuent à comprendre les raisons de l'incidence élevée de l'infection par le VIH chez les HSH :

- Le phénomène de « bareback » apparu dans la fin des années 1990 (barebacking signifiant « monter à cru »), devenu un acte militant qui revendique un choix délibéré d'avoir des rapports sexuels non protégés dont le but était de retrouver une sexualité libre et naturelle. (12)
- Des phénomènes d'addictions et prises de risque avec une utilisation de produits psychostimulants à l'occasion des rapports sexuels appelée « chemsex » avec différents modes de prise que ce soit per os, par voie nasale, par voie anale ou en « slam » (par voie intraveineuse) multipliant les risques d'infections par le VIH notamment en étant associée au multipartenariat et aux rapports non protégés et potentiellement traumatiques. (13)
- Des rencontres multiples, facilitées, géolocalisées et immédiates grâce aux applications smartphones favorisant les rapports à risque (14)
- L'augmentation des autres IST dans cette population dont on sait qu'elles augmentent le risque de transmission du VIH par fragilisation des muqueuses.

Dans ce contexte, il était important de pouvoir enrichir l'offre de prévention contre la transmission du VIH par un accès à la PrEP.

En Novembre 2010, l'étude IPREX (15) aux Etats-Unis montre pour la 1^{ère} fois l'efficacité de l'utilisation de l'association TDF/FTC en PrEP chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes avec une réduction supplémentaire du risque de transmission de 44% dans un contexte de prévention associée incluant des conseils de réduction de risques sexuels, des dépistages VIH, des dons de préservatifs et diagnostic et traitement de survenue d'autres IST. Dans cette étude, le faible taux de protection était principalement lié à un défaut d'observance des sujets.

En Juillet 2012, la PrEP sous forme d'un comprimé de TDF/FTC à prendre une fois par jour est approuvée par la FDA (Food and Drug Administration) pour les personnes les plus à risque de contamination par le VIH.

En mai 2014, le CDC (Center for Diseases Control and Prevention) recommande la PrEP et publie des directives de prescription.

Deux autres études importantes ont été publiées en 2015 (PROUD en Angleterre et IPERGAY en France) et ont démontré l'intérêt de la mise en place d'une offre de PrEP intégrée à un dispositif complet d'accompagnement en santé sexuelle, dans une population HSH à haut risque de contracter le VIH avec une réduction du risque de

contamination de 86% dans les 2 études. L'adhésion au traitement, ou observance, étant la clé de la réussite de cette stratégie de prévention. L'essai IPERGAY a permis de valider une modalité de prise discontinue de la PrEP, centrée sur les rapports sexuels entre hommes. (16 – 17)

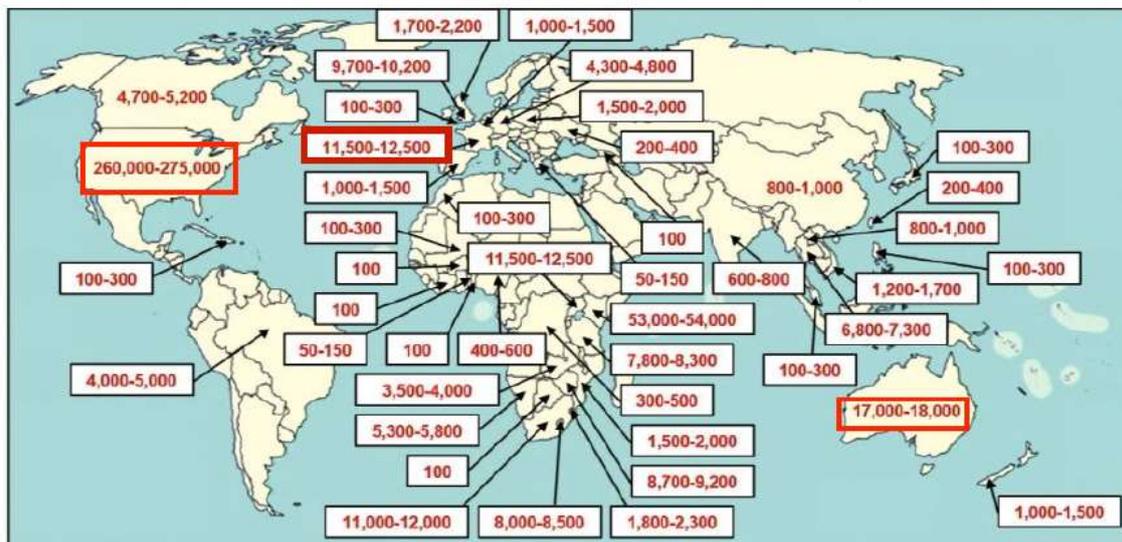
L'étude Partners PrEP menée au Kenya et en Uganda, l'une des régions du monde la plus touchée par l'épidémie de VIH, publiée en 2012, a évalué l'efficacité de la PrEP dans les couples sérodiscordants avec une réduction du risque de transmission de l'ordre de 75% permettant ainsi de valider son utilisation dans les rapports hétérosexuels. (18)

I-3-2 La PrEP en Europe et dans le monde (figure 4)

La PrEP est accessible dans différents pays du monde : Afrique du Sud, Kenya, Zimbabwe, Nigéria, Thaïlande, Australie, Nouvelle Zélande, Paraguay, Pérou, Brésil, Guatemala, Etats-Unis, Canada, Taïwan, Népal, Malaisie, Egypte, Algérie, Maroc. (19)

Quelques pays européens prennent en charge la PrEP dans le cadre de leur système de santé : la Norvège, l'Ecosse et la France. D'autres pays sont en train de mettre en place la prise en charge de la PrEP, c'est le cas de la Belgique, les Pays Bas et l'Italie. La plupart des autres pays européens planifie de la prendre en charge, pour le moment elle est accessible mais à charge du patient : l'Espagne, le Portugal, le Pays de Galles, l'Irlande, la Suède, le Luxembourg, la Grèce, la Croatie, la Slovénie, la République Tchèque, la Suisse, la Pologne, l'Allemagne, la Roumanie et l'Ukraine. (20 – 21)

Global Oral PrEP Use by Country Feb 2019



de son système de santé. Le TDF/FTC a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour la PrEP en mars 2017 et peut donc, après une initiation à l'hôpital ou en centre de dépistage, être renouvelé par les médecins généralistes.

D'après les dernières données de l'ANAES en Février 2019, entre 11500 et 12500 ont initié une PrEP par TRUVADA : 98 % des utilisateurs sont des hommes âgés en moyenne de 38ans, 50 % résident en île de France, 10 % dans la région Auvergne Rhône Alpe et 9 % dans la région Provence Alpes Côte d'Azur ; régions dans lesquelles on retrouve le plus fort taux de découverte d'infection par le VIH. (21)

L'étude ANRS Prévenir a été initiée en 2017 et se poursuivra jusqu'en 2020. Elle a pour objectif d'évaluer l'impact du déploiement de la PrEP sur l'épidémie VIH/SIDA dans la région Île-de-France. L'ANRS rapporte, lors de son bulletin en Juillet 2018, 10 000 patients mis sous PrEP et zéro nouvelle contamination VIH chez ces personnes, donc une efficacité sur la transmission du VIH proche de 100% à l'heure actuelle.

I-3-4 Recommandations d'utilisation de la PrEP

D'après les recommandations HAS (Annexe 1), la PrEP est indiquée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les transgenres, les travailleurs-euses du sexe, les usagers de drogues intra-veineuse ayant une sérologie VIH négative et des conduites à risque d'infection par le VIH. Lorsque ces conditions sont réunies, ils doivent être suivis en consultation annuelle par un CeGIDD ou un centre hospitalier (service de maladies infectieuses) où il doit être vérifié l'absence d'infection VIH ou autre IST, l'absence de grossesse et l'absence d'insuffisance rénale. Lors de la consultation à l'hôpital ou en CeGIDD il sera fortement recommandé l'usage du préservatif en parallèle de la PrEP. Le schéma de prise peut être soit continu (schéma validé par l'AMM) soit discontinu (« à la demande » : 2 comprimés 2 à 24 heures avant le 1^{er} rapport puis 1 comprimé toutes les 24 heures jusqu'à 48 heures après le dernier rapport). La PrEP peut alors être renouvelée tous les 3 mois par un médecin qui vérifiera alors par une analyse sanguine et des prélèvements l'absence d'infection par le VIH et autres IST, l'absence de grossesse et l'absence d'insuffisance rénale.

I-4 Question de recherche et objectifs de notre étude

Actuellement le nombre de patients sous PrEP ne fait qu'augmenter et les créneaux de consultations de certains centres saturent avec des délais d'attente qui se rallongent. Afin d'étendre l'offre d'accès à la PrEP, et ainsi pouvoir suivre un plus grand nombre de personnes, une réflexion sur un relai de ville par les médecins généralistes pour le suivi des patients sous PrEP semble indispensable.

Notre étude a pour objectif d'explorer l'acceptabilité et la faisabilité du suivi trimestriel des patients sous PrEP par les médecins généralistes libéraux en Vienne et Deux-Sèvres.

II – MATERIEL ET METHODE

Notre étude repose sur une méthodologie mixte incluant :

- un volet quantitatif basé sur une enquête observationnelle transversale déclarative auprès des professionnels de santé avec questionnaires auto-administrés.
- un volet qualitatif réalisé à partir d'entretiens semi dirigés.

II-1 Population d'étude

La population cible regroupe les médecins généralistes exerçant sur les territoires de Vienne et Deux-Sèvres.

La population d'étude a été établie à partir des sources d'informations suivantes :

- Listing des médecins acceptant de recevoir des questionnaires de thèse fournie par les conseils de l'ordre des Deux-Sèvres,
- Contacts des médecins en Vienne figurant dans les pages jaunes, le conseil de l'ordre de la Vienne ayant refusé de diffuser le questionnaire par crainte qu'il soit perçu comme discriminatoire ...
- Étaient inclus tous les médecins installés exerçant dans la Vienne et les Deux-Sèvres en 2018.
- Étaient exclus les médecins retraités et les médecins remplaçants.

Au total notre population comptait 256 médecins dans les Deux-Sèvres, présélectionnés puisqu'ils faisaient partie d'une liste de « répondants » (sur un total de 503 selon les données du site du conseil de l'ordre) et 302 médecins de la Vienne qui ont été aléatoirement contactés par téléphone (sur un total de 693 selon les données du site du conseil de l'ordre).

II-2 Volet quantitatif

II-2-1 Le questionnaire (Annexe 3)

Il nous semblait important dans cette étude de connaître les pratiques courantes concernant la santé sexuelle en médecine générale.

Pour construire ce questionnaire nous nous sommes appuyés sur une enquête réalisée par la Coordination Régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) auprès des médecins généralistes du secteur de Morlaix dans le Finistère qui visait à évaluer les pratiques de prévention et dépistage du VIH chez les médecins généralistes dans cette zone faiblement touchée par le VIH et ayant le moins recours au dépistage VIH en France. (22) Certains items proposés dans ce questionnaire ont été repris et une partie sur les populations à risque et sur la PrEP a été ajoutée. Il a été structuré de la manière suivante :

- caractéristiques socio-démographiques des médecins,
- connaissances sur l'orientation sexuelle des patients,
- dépistage et suivi de l'infection par le VIH,
- populations à risque et la PrEP.

Le questionnaire, n'impliquant aucun patient, mais uniquement des médecins, n'a pas été présenté au comité d'éthique. Les données n'étaient pas anonymes de façon à pouvoir recontacter les médecins ultérieurement ; cependant, les analyses ont été réalisées de manière anonyme.

II-2-2 L'échantillon

Deux cent cinquante-six médecins sur un total de 503 en exercice en Deux-Sèvres ont reçu le questionnaire par e-mail par l'intermédiaire du conseil de l'ordre. Trois cent deux médecins de la Vienne ont été aléatoirement contactés par téléphone, 189 ont accepté de communiquer leur adresse e-mail pour recevoir le questionnaire sur un total de 693 en exercice dans le département. Au total 445 médecins ont reçu un lien par e-mail pour accéder au questionnaire réalisé sur Google® document.

II-2-3 Recueil des données

Le questionnaire a été envoyé à la liste des médecins sus-cités sous forme en Août 2018. La date de clôture des réponses a été fixée au mois d'octobre 2018. Une relance par e-mail a été effectuée en septembre 2018.

II-2-4 Analyse des données

Les analyses statistiques linéaires ont été réalisées par le logiciel de Google® document permettant d'évaluer les différentes réponses sous forme de pourcentages. Les résultats ont ensuite été traités par logiciel Excel sous forme de tableaux croisés dynamiques.

L'indépendance des variables a été testée selon l'âge, le sexe et la zone d'exercice par analyses univariées sous forme de test de χ^2 ou de test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

II-3 Volet qualitatif

La deuxième partie de l'étude était l'exploration de la faisabilité et de l'acceptabilité du suivi des patients sous PrEP en médecine générale (objectif principal de notre étude).

Le questionnaire qualitatif se terminait par une proposition de participation à une soirée d'information et d'échange sur la PrEP. Les médecins s'étant dit intéressés par cette soirée ont été contactés dans le but de réaliser des focus group. Malheureusement le recrutement pour les focus group a été insuffisant (nous avons proposé 3 focus group répartis dans la Vienne et des Deux-Sèvres), nous obligeant à nous tourner vers la réalisation d'entretiens individuels.

II-3-1 Choix d'une méthode qualitative

L'objectif principal de notre travail était d'étudier une perception, un ressenti. Ces données sont subjectives et donc difficilement mesurables quantitativement. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. Cette méthode de recherche permet alors d'explorer des émotions, des sentiments ainsi que des comportements et expériences personnelles (23).

Le choix de cette méthodologie reposait sur la réalisation, grâce à des entretiens verbaux, d'une analyse interprétative sur la perception de la PrEP par les MG et la possibilité pour eux de repérer et éventuellement participer au suivi des patients éligibles.

II-3-2 Taille de l'échantillon

Dans les recherches qualitatives, le critère requis pour définir la taille de l'échantillon est le phénomène dit de « saturation ». On dit qu'il y a « saturation des données » lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments (23).

14 entretiens ont été réalisés et la saturation des données est apparue à partir du 12ème entretien. Les 2 derniers entretiens avaient déjà été réalisés au moment de l'analyse des données.

II-3-3 Stratégie d'échantillonnage et prise de contact

Le choix des informateurs est primordial car il doit permettre d'avoir un panel le plus diversifié possible de la population à étudier. Dans notre étude, il s'agissait des médecins généralistes installés dans les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres.

Les médecins généralistes participants doivent donc avoir des profils socio-démographiques et professionnels différents (âge, sexe, modes d'exercice, zone d'exercice).

Le premier contact pour la partie qualitative s'est fait par l'intermédiaire d'un e-mail où était présentée la PrEP avec joint à l'e-mail une présentation Power point sur le sujet le quel. Un appel à volontaires pour la réalisation d'entretiens individuels y était passé.

Les entretiens ont été menés jusqu'à obtenir une saturation des données. Sur les 64 médecins contactés (correspondant aux 64 médecins ayant répondu être intéressés par une formation sur la PrEP dans le questionnaire), 14 ont accepté de participer. Les 12 premiers avaient répondu positivement au contact par e-mail. Il s'agissait principalement des jeunes médecins avec des activités variées urbaines, rurales et semi-rurales. Les 2 derniers, âgés de plus de 60 ans, ont été ciblés et contactés pour atteindre une variation maximale de l'échantillon en termes d'âge.

II-3-4 L'entretien

II-3-4 a) Type d'entretien

Le mode d'entretien semi-directif a été choisi par défaut, en alternative au focus group qui n'a pas pu être mis en œuvre par manque de participants, pour permettre néanmoins un maximum de liberté d'échange autour des thématiques préalablement définies pour notre étude.

14 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre Février et Avril 2019.

II-3-4 b) – Méthodologie des entretiens

Les entretiens ont tous été réalisés en face à face.

Ils ont été réalisés par un enquêteur unique, moi-même. Au préalable de chaque entretien, la thématique générale et l'objectif de notre étude étaient rappelés ainsi que la durée approximative de l'entretien. Les entretiens étant filmés, l'accord verbal des médecins était recueilli pour réaliser et exploiter ces données. Le respect de l'anonymat était garanti aux médecins. (Annexe 3)

Pour structurer l'échange lors des entretiens et dans l'optique de faciliter l'analyse des données, un guide d'entretien a été conçu (Annexe 4). Initialement le guide d'entretien avait été créé pour la réalisation de focus group et testé sur un panel de médecins généralistes participant à une formation hypnose avec moi. Quelques modifications ont été apportées à la suite de ce test afin de clarifier le sens de certaines questions et pour l'adapter aux entretiens individuels avec ajout de phrases de relance.

L'enregistrement des entretiens a été réalisé à l'aide d'un smartphone. Chaque entretien a ensuite été transféré sur ordinateur et retranscrit en verbatim à l'aide du logiciel O-Transcribe (éditeur : Elliot Bentley), en libre accès sur internet.

En fin d'entretien, les interviewés remplissaient un questionnaire quantitatif décrivant leurs caractéristiques socio-démographiques (Annexe 5).

II-3-5 Analyse des données

Pour analyser les données recueillies lors des entretiens, nous nous sommes inspirés de l'approche analytique de Glaser et Strauss, la « grounded theory ». Cette approche consiste à élaborer des théories à partir des données recueillies, centrées sur la question de la recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux (23).

Cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative RQDA (éditeur : Huang Ronggui), disponible gratuitement sur internet. Ce logiciel est un CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software), destiné à l'aide à la lecture et la codification de phrases ou de mots.

Une double lecture a été appliquée aux deux premiers verbatims par le Docteur Simon Sunder et moi-même. Les codages ouverts de ces deux analyses parallèles ont été mis en commun, discutés puis regroupés pour ne donner qu'une base de code. Ce processus a permis de vérifier que nous avons une compréhension similaire des entretiens. Ces codes ont, par la suite été modifiés pour plus de précision et de nombreux autres ont été ajoutés au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

Pour la présentation des résultats, les propos des MG interrogés sont cités entre guillemets et apparaissent en italique. Lorsque des relances ont été effectuées par l'interviewer, les propos du MG sont précédés de la mention « MG » et ceux de l'interviewer de la mention « SB ». Chaque citation est succédée de la mention (MG) signifiant Médecin Généraliste ainsi que du numéro de l'entretien dont est tirée la citation.

III – RESULTATS

III-1 Partie quantitative

III-1-1 Description de la population étudiée

Au total 90 médecins généralistes ont répondu au questionnaire sur les 445 qui avaient reçu l'e-mail avec le lien pour y accéder (256 Médecins généralistes des Deux-Sèvres et 189 Médecins généralistes de la Vienne). **Figure 5**

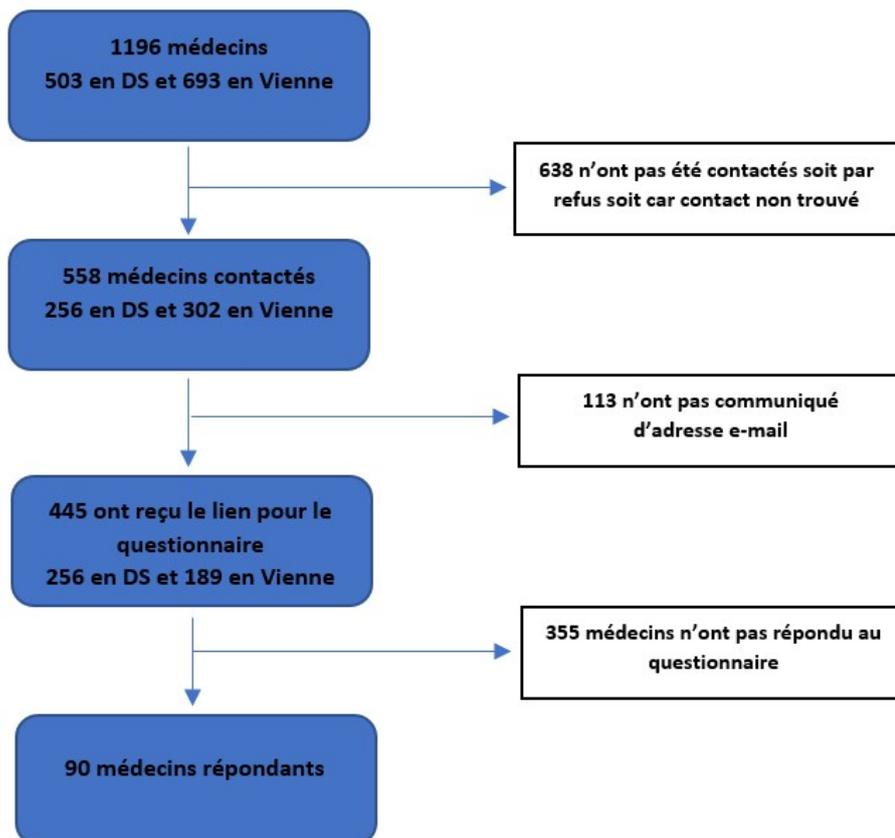


Figure 5 : diagramme de flux de l'échantillon

Sur ces 90 médecins répondants, 46 (51%) étaient des femmes et 44 (49%) étaient des hommes, la moyenne d'âge était de 47ans ; les différents lieux d'exercices (urbain, semi-rural et rural) étaient également représentés. (**Figure 6**)

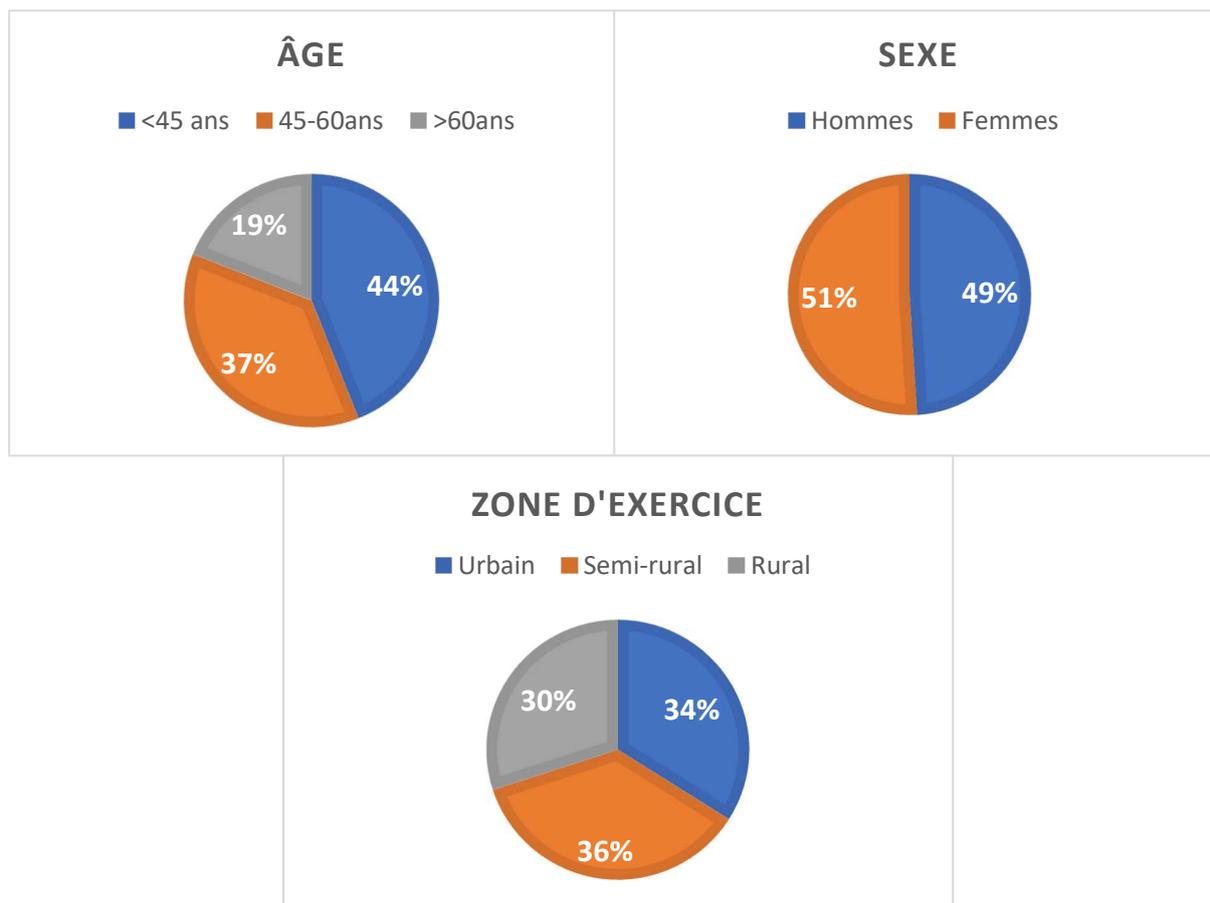


Figure 6 : Répartition de la population d'étude en fonction du sexe et de la zone d'exercice.

III-1-2 Orientation sexuelle des patients

Le niveau de connaissance sur l'orientation sexuelle de leurs patients était évalué comme bon dans 36% des cas (32/90), moyen dans 53% des cas (48/90) et mauvais dans 11% des cas (10/90).

Sur les 90 médecins répondants, 38% (34/90) ne posaient jamais la question de leur orientation sexuelle à leur patient, 61% (55/90) la posaient parfois et seulement 1% (1/90) la posait systématiquement.

Pour la moitié des médecins généralistes répondants, le taux d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes était inférieur à 5% de leur patientèle, pour 11% d'entre eux (10/90) il était de 5 à 20% et enfin il était inconnu pour 39% (35/90).

Le frein majeur à l'abord de l'orientation sexuelle en consultation mis en évidence par 66% (59/90) des répondants était le fait que les patients consultent pour un autre motif, sans rapport avec l'orientation sexuelle ; 33% (3/90) d'entre eux ne pensent pas à aborder le sujet en consultation, 17% (15/90) appréhendent la réaction de leur patient, 14% (13/90) n'osent pas aborder le sujet, et 3% (3/90) estiment ne pas avoir le temps de poser la question durant les consultations. **(Figure 7)**

Plusieurs médecins (18%) ont mis en avant le fait que la question de l'orientation sexuelle était de l'ordre privé et ne posent donc pas systématiquement la question à leur patient, ceux-ci pouvant en parler s'ils le souhaitent. L'information n'est pas jugée utile pour orienter leur prise en charge si la consultation n'a pas de rapport ou s'ils ne décèlent pas de souffrance particulière chez le patient.

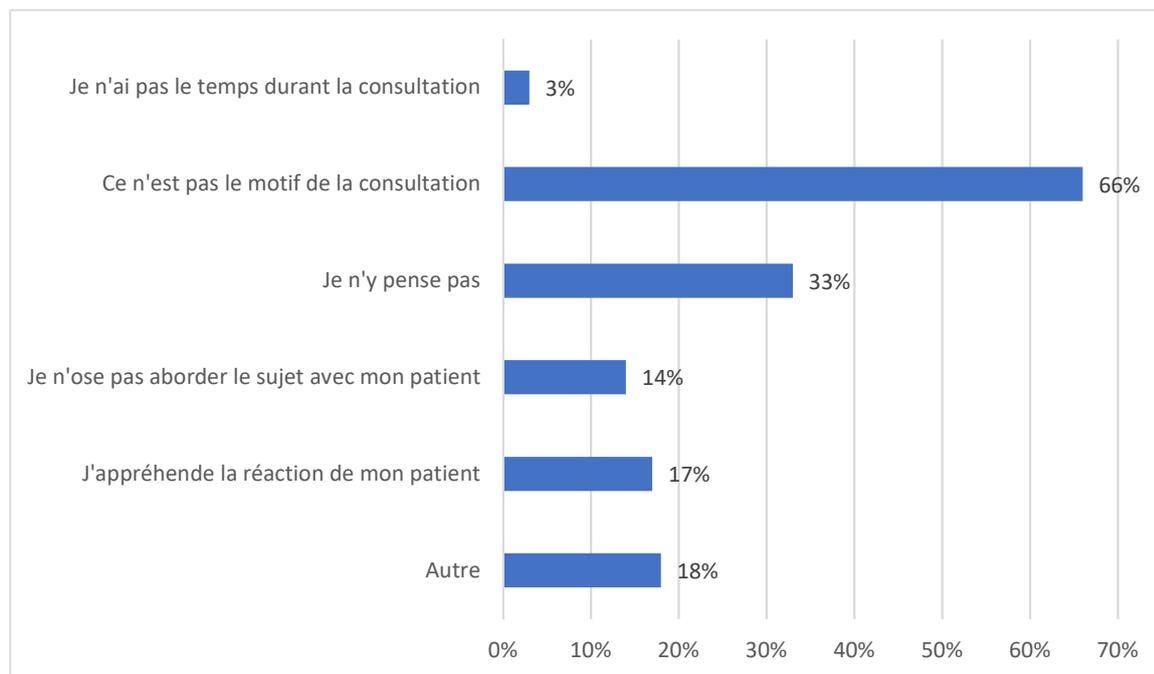


Figure 7 : Freins à aborder l'orientation sexuelle en consultation

Parmi les médecins estimant avoir un bon niveau de connaissance de l'orientation sexuelle de leurs patients (n=32), 31% (10/32) ne posent jamais la question de l'orientation sexuelle et 3% (1/32) la pose systématiquement. (**Figure 8**)

Parmi les médecins estimant leur niveau de connaissance de l'orientation sexuelle de leurs patients comme mauvais (n=10), aucun ne pose systématiquement la question, 70% (7/10) ne posent jamais la question ; 70% (7/10) ne savent pas quelle proportion de leur patientèle masculine a des rapports sexuels avec des hommes.

Parmi les médecins estimant leur niveau de connaissance de l'orientation sexuelle de leurs patients comme moyen (n=48), aucun ne pose systématiquement la question, 35% (17/10) ne posent jamais la question à leur patient, 46% (22/10) estiment que <5% de leur patientèle masculine a des rapports sexuels avec des hommes et 46% (22/10) ne savent pas quelle proportion de leur patientèle masculine a des rapports sexuels avec des hommes.

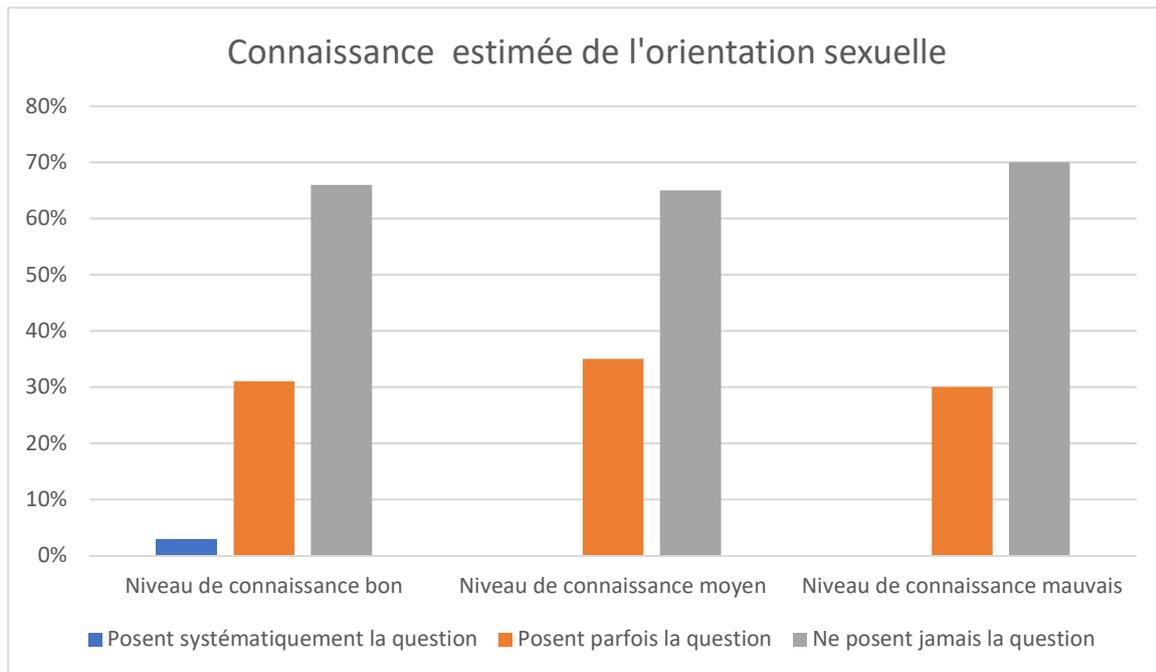


Figure 8 – Habitudes de questionnement sur l’orientation sexuelle en fonction du niveau d’auto-évaluation de la connaissance de l’orientation sexuelle de leurs patients par les MG

III-1-3 Dépistage et suivi du VIH

Sur les 90 médecins interrogés, 31 (19/90) dépistaient le VIH moins d’une fois par an, 27% (24/90) moins d’une fois par mois, 37% (33/90) une à 2 fois par mois et 15% (14/90) une à 2 fois par semaine.

Presque tous les médecins généralistes proposaient un dépistage du VIH dans le cadre de la grossesse (91%), lorsque le-la patient-e présentait une IST symptomatique (94%), lorsque le-la patient-e le demandait (100%) ou lorsque le-la patient-e présentait un comportement à risque d’exposition au VIH (90%). Soixante pour cent (54/90) proposaient un dépistage VIH lors des consultations contraception et 58% (52/90) lors des consultations pré-conceptionnelles.

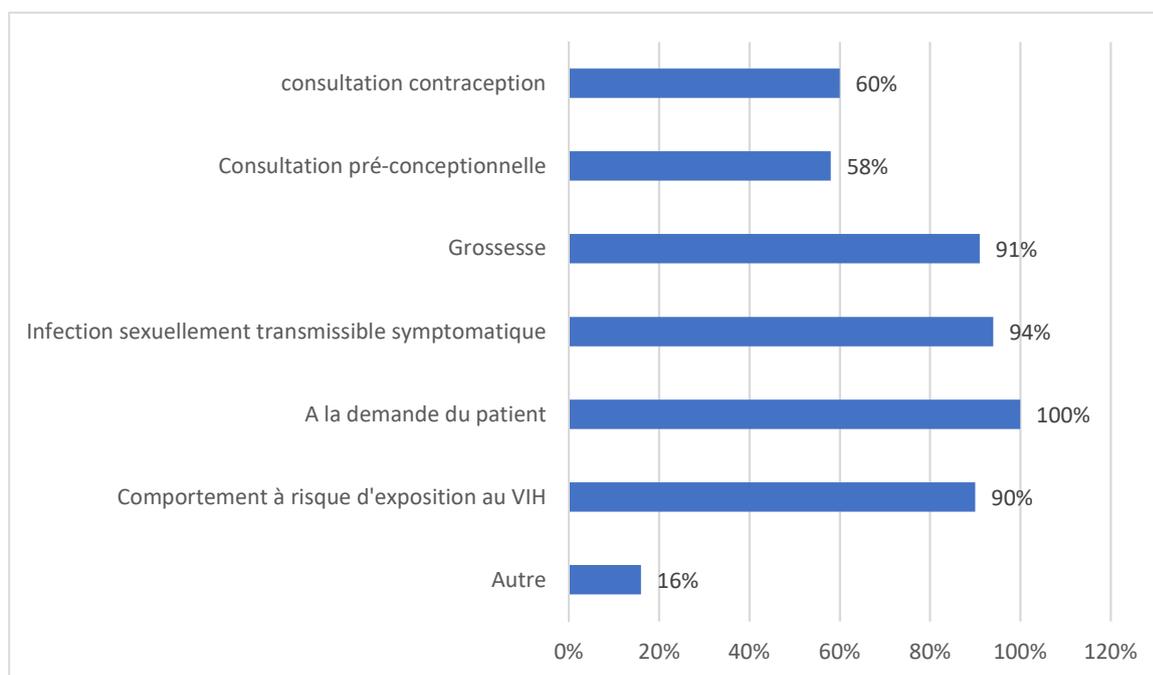


Figure 9 : situations motivant la prescription de sérologie VIH

Concernant les PPVIH, 30% des médecins répondants ne suivaient aucun patient séropositif pour le VIH, 56% en suivaient au moins 1 et 14% en suivaient plus de 5.

III-1-4 Les populations à risque et la PrEP

Sur les 90 médecins répondants, 73% (66/90) suivaient des personnes à risque élevé d'exposition au VIH, à savoir des HSH, transgenres, travailleurs-euses du sexe, UDI ayant des conduites à haut risque de contamination.

Concernant la PrEP, 53% des médecins (48/90) en avaient déjà entendu parler mais seulement 3% (3/90) suivaient des patients sous PrEP. Soixante-douze pour cent (65/90) se disaient intéressés par une soirée de formation sur le thème de la PrEP.

Selon les tranches d'âge, les médecins ayant déjà entendu parler de la PrEP représentaient 63% des moins de 45ans, 45% des 45-60ans et 47% des plus de 60ans.

50% des médecins exerçant en milieu rural et en milieu semi-rural en avaient entendu parler contre 61% des médecins exerçant en ville. **Tableau 1**

	Connaissance de la PrEP		
	Non	Oui	Total
<45ans	15	25	40
Rurale	6	5	11
Semi-rurale	5	10	15
Urbaine	4	10	14
>60ans	9	8	17
Rurale	2	3	5
Semi-rurale	2	1	3
Urbaine	5	4	9
45-60ans	18	15	33
Rurale	6	5	11
Semi-rurale	9	5	14
Urbaine	3	5	8
Total	42	48	90

Tableau 1 – Connaissance de la PrEP en fonction de l'âge et de la zone d'exercice

III-1-5 Analyse stratifiée des réponses en fonction du sexe, de l'âge et de la zone d'exercice

Les réponses aux différents items du questionnaire ne variaient pas significativement en fonction du sexe, de l'âge ou du lieu d'exercice.

III-2 Partie qualitative

III-2-1 Données générales

III-2-1 a) Description de la population étudiée

Quatorze médecins généralistes de Vienne (n=7) et Deux-Sèvres (n=7) ont participé à ce travail. Deux médecins (14.3%) suivaient des patients sous PrEP.

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées par la **figure 10**.

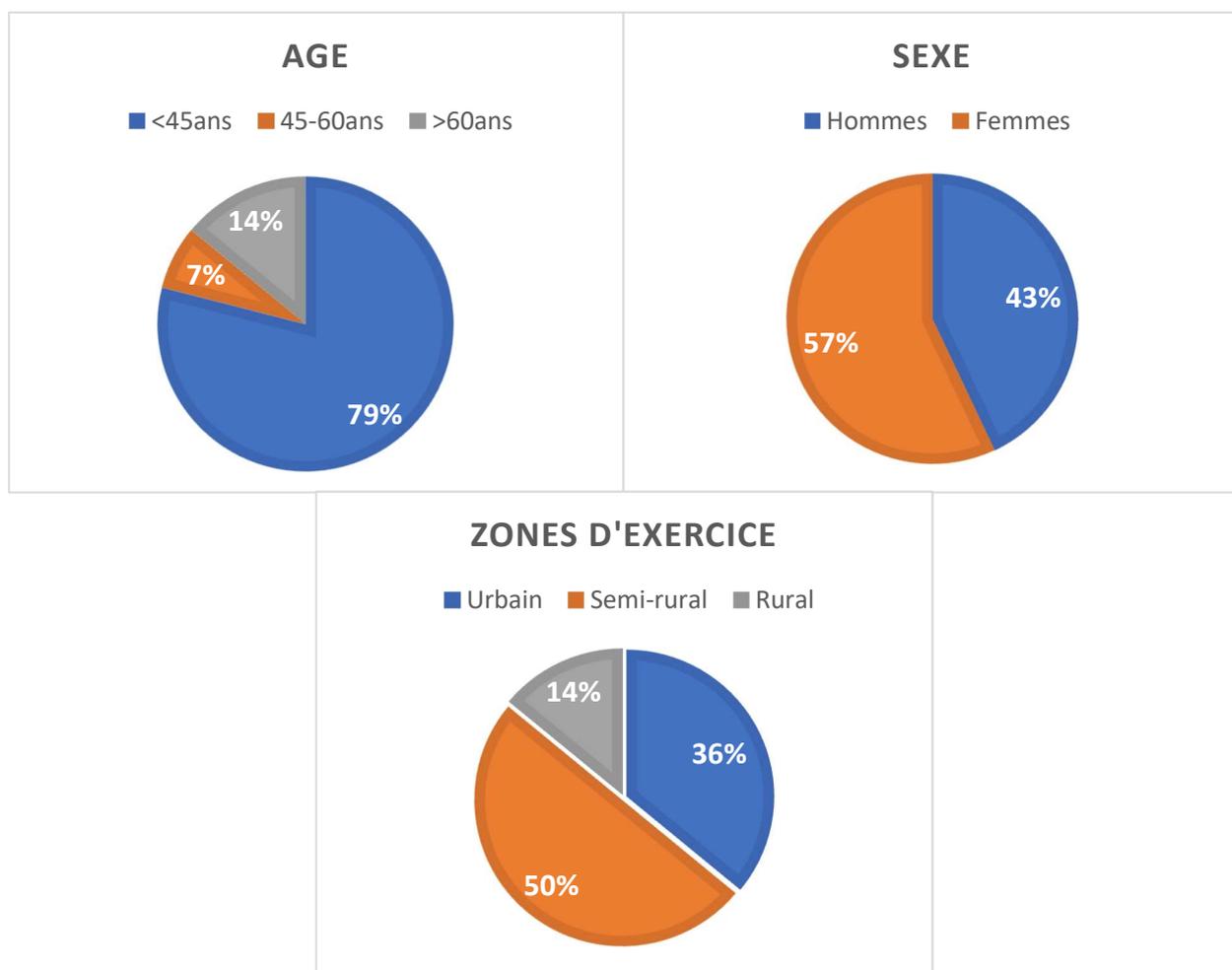


Figure 10 – Répartition des médecins généralistes interviewés

III-2-1 b) Données sur les entretiens

Les 14 entretiens ont été réalisés en face à face. La durée moyenne d'enregistrement était de 24min23sec (de 16min19sec à 38min56sec).

L'analyse a permis de définir 68 codes, divisés en 59 codes principaux sur l'avis des MG sur la PrEP, la sélection des patients potentiellement éligibles à la PrEP et le suivi patients sous PrEP et 9 codes secondaires représentant des suggestions pour faciliter le suivi des patients sous PrEP et des suggestions pour améliorer la diffusion de l'information sur la PrEP aux médecins généralistes.

La saturation des données a été obtenue au 12e entretien. Les entretiens analysés en 13ème et 14ème n'ont donc pas ajouté de nouveaux codes « principaux » à l'analyse.

Les résultats sont présentés en annexes 6, 7 et 8 sous forme de cartes heuristiques.

III-2-2 Avis personnels concernant la PrEP

III-2-2 a) Anecdotes sur la PrEP

Pour introduire le sujet de la PrEP il paraissait utile de savoir si, parmi les médecins généralistes participants, certains pouvaient me raconter quelque chose sur la PrEP, un ressenti, un vécu personnel.

Un tiers des MG interrogés pouvaient me raconter une anecdote sur la PrEP, que ce soit parce qu'ils **en avaient entendu parler dans leur entourage** :

« La seule anecdote que j'ai sur la PrEP c'est un de mes amis qui prend la PrEP donc voilà; donc euh c'est aussi comme ça que je sais les suivis tous les 3mois etc... » MG11

« J'ai une tante qui fait des maraudes, c'est sur Poitiers en fait, elle participe aux rondes de nuit auprès des travailleurs du sexe et du coup elle a eu une formation, elle est infirmière à la retraite et fait ça à titre bénévole et donc elle a eu une formation durant laquelle ils ont parlé de la PrEP, ça c'était déjà il y a presque 2 ans. » MG5

Ou parce que **des patients leur en avaient parlé** :

« C'est un patient qui a des relations homosexuelles qui est venu, chez qui j'ai diagnostiqué une syphilis et en fait il m'a parlé de PrEP parce qu'il avait un compagnon qui était traité et donc ça l'intéressait » MG 5

« J'ai un patient, mais qui fait plutôt de l'errance médicale, qui m'en avait parlé qu'il souhaitait être sous PrEP, je crois que d'ailleurs c'était ce qui avait motivé ma recherche, j'en avais entendu parler et du coup j'avais recherché derrière mais depuis j'en ne l'ai plus jamais revu » MG 7

Ou parce qu'ils **avaient lu un article dans une revue médicale** :

« J'en ai entendu parler par Prescrire, ils avaient fait un article je crois » MG 12

Les deux autres tiers des médecins généralistes interviewés ne connaissaient pas la PrEP et n'en n'avaient pas entendu parler avant de recevoir le questionnaire de thèse.

III-2-2 b) Les avis positifs

Plusieurs points positifs sur la PrEP sont ressortis de ces 14 entretiens :

1. La majorité des MG interrogés **trouvaient la PrEP intéressante** :

« Je pense que c'est une bonne chose si on peut être en amont en fait » MG5

« Je trouve ça très très bien, ça permet à des gens qui ont un partenaire séropositif d'avoir des rapports sans protection, c'est quand même super » MG3

« Alors avant de te voir je ne savais pas trop à qui en prescrire et à quoi vraiment ça servait euh... je pensais vraiment que c'était pour des patients VIH+, bon apparemment

non, puis du coup j'ai bien compris, là comment tu expliques les choses, ouais je pense que ça peut être intéressant » MG12

2. Certains MG mettaient en avant que la PrEP pourrait **rapprocher certains patients d'un suivi médical**, notamment **les jeunes hommes peu vus en consultation** car ils n'ont pas de problème de santé majeur :

« Tout ce qui est hommes on ne les voit jamais, ils sont pas malades et puis s'ils sont malades ils ont une grippe ou quelque chose comme ça, on va pas parler de rapports sexuels à ce moment-là » MG 6

« Les hommes consultent moins que les femmes en médecine et surtout la population jeune [...] c'est plus souvent voilà des personnes jeunes qui pourraient potentiellement utiliser ça mais c'est pas forcément obligatoire mais des personnes qui se sentent plutôt en bonne santé ça permettra de faire le point sur plein de choses, de les rapprocher d'un suivi médical parce qu'ils ont quand même des pratiques à risque » MG 8

3. Certains pensent que suivre des patients sous PrEP **les aideraient à parler d'avantage de prévention et de pratiques sexuelles à risque** :

« Ce qui est pas mal c'est que par ce biais là ça permet de faire de la prévention d'IST, de revoir les patients tous les 3 mois donc pouvoir faire des consultations qui sont consacrées à ça et donc revoir un peu toutes les pratiques sexuelles » MG2

« J'ai même tendance à penser que si on voit quelqu'un tous les 3 mois pour son renouvellement de traitement on va pouvoir faire encore plus de prévention puisqu'on va le voir » MG11

III-2-2 b) Les avis négatifs

Les avis négatifs sur la PrEP sont finalement plutôt ressortis sous forme de craintes :

1. Certains MG ont des **doutes sur la réelle efficacité du traitement et son intérêt** :

« Si ça diminue le risque de transmission de 44 à 86% ça reste quand même pas si certain que ça, est-ce que par rapport juste à l'utilisation du préservatif est-ce que c'est pas finalement suffisant, ou... qu'est-ce que ça apporte vraiment de plus? Pour quelqu'un qui n'aurait pas de frein à utiliser la barrière mécanique j'accentuerai mon message sur la barrière mécanique. » MG4

« Mes interrogations c'est plus euh... par rapport au devenir du médicament, par rapport aux effets indésirables éventuels, ce qui peut se passer éventuellement, et puis au niveau efficacité donc c'est plus des interrogations médicales » MG12

2. Plusieurs MG craignent **une déresponsabilisation des patients envers le VIH et autres IST** :

« Est-ce qu'on leur apporte pas une solution de facilité pour épargner un petit peu la responsabilisation qu'ils pouvaient avoir jusque-là? Est-ce qu'on ne déresponsabilise

pas un petit peu ces personnes en leur proposant finalement de prendre un comprimé tout en sachant qu'il y a d'autres moyens de protection hein » MG7

3. Plusieurs MG craignent un abandon des contraceptions mécaniques et une majoration des autres IST :

« Je pense que ce que tu dis c'est la théorie et qu'en réalité ça peut devenir un traitement préventif du SIDA et éviter le préservatif. Présenté comme ça, ils sont remboursés par la sécu, ils ont pas à acheter les préservatifs et ils sont toujours prêts, s'ils le prennent en continue ils sont toujours prêts, c'est le danger. C'est moins agréable de mettre le préservatif que de prendre le cacheton le matin. » MG13

« Mon inquiétude principale c'est un peu comme ce qu'il s'est passé avec l'avènement de la trithérapie c'est la baisse des protections "ah ben je risque pas d'avoir le sida donc pas de préservatif" et donc de moins se protéger envers les autres IST qui peuvent arriver et augmenter les rapports à risque en fait tout simplement. » MG8

4. Au-delà de ces différentes craintes sur les conséquences de l'utilisation de la PrEP et sur son efficacité réelle, il a été mis en avant que le fait que l'initiation ne soit qu'hospitalière ou en CEGIDD **pouvait retarder voire bloquer la prise en charge de certains patients à risque :**

« L'initiation ça nous bloque que ça soit que hospitalier pour l'instant » MG1

« Le problème c'est d'être interpellé par un patient ou de vouloir proposer à un patient mais ne pas pouvoir l'initier et je pense que si à un moment donné si on propose à un patient et qu'il dit "oui banco j'y vais" ou qui vient spontanément en disant "j'ai entendu parler de la PrEP et qu'est-ce qu'on peut faire?" je pense que s'il vient c'est qu'il faut commencer, faut pas tarder en fait parce que par définition ça veut dire qu'ils prennent déjà des risques » MG11

En résumé, la majorité des médecins interrogés trouvent la PrEP intéressante et il en ressort **des avis positifs** notamment le fait que la PrEP pourrait **rapprocher certains patients d'un suivi médical**, en particulier **les hommes jeunes** qui sont à l'heure actuelle peu vus en consultation mais aussi le fait que suivre des patients sous PrEP pourrait permettre aux médecins généraliste de **faire d'avantage de prévention** et de **parler des pratiques sexuelles à risque** ce qui est peu fait en consultation habituellement.

Néanmoins plusieurs avis négatifs ont été mis en avant sur la PrEP et son initiation, notamment le **doute sur la réelle efficacité** de la PrEP, la **crainte de déresponsabiliser le patient** vis-à-vis des IST et que cela aboutisse à un **abandon du préservatif** avec une **recrudescence des autres IST**.

De plus, si le suivi de la PrEP se faisait en médecine générale il faudrait que l'initiation le soit aussi, certains **médecins craignent que l'impossibilité d'initiation de PrEP en médecine générale retarde, voire bloque, la prise en charge de ces patients à risque**.

III-2-3 Repérage des candidats éventuels à la PrEP

III-2-3 a) Facteurs favorisants

Plusieurs facteurs favorisant le repérage des éventuels candidats à la PrEP, et donc la mise en évidence de patients à risque, ont été mis en avant au cours des entretiens, notamment **certaines situations** :

1. **La 1^{ère} consultation** avec un patient :

« J'y pense sur les 1ères consultations là en général je vais assez loin dans l'interrogatoire et je leur dis aux gens, je leur dis « je n'ai pas de tabou et j'ai besoin de savoir votre mode de vie pour savoir comment vous prendre en charge » » MG1

« La 1ère fois je leur dis "je vais vous poser des questions qui vont peut-être vous déranger mais c'est important que je sache pour bien vous suivre, pour bien vous comprendre et pour votre santé" et donc je demande tout ça quoi, contraception, grossesses, IVG pour les femmes, est-ce qu'ils sont mariés, est-ce qu'ils ont des rapports sexuels réguliers, avec la même personne etc... » MG8

2. Les consultations de patients **jeunes** :

« Je trouve c'est les 20-35ans on y arrive bien parce qu'ils ont eu une autre éducation et qu'on en parle plus librement » MG1

« Les jeunes générations bon... En plus ils viennent avec leur renouvellement de pilule ou des choses comme ça c'est un peu plus facile. Là j'en ai de plus en plus, depuis un mois que les préservatifs sont remboursés, j'en ai qui viennent pour ça donc du coup c'est plus facile, mais c'est une certaine génération. » MG1

3. Des **motifs ou contextes de consultations** « adaptés »

« Les gens qui viennent en disant "je veux faire un dépistage MST" c'est plus facile parce que déjà eux on arrive à voir leurs conduites à risque et tout » MG1

« Je me sers souvent du critère infectieux c'est à dire que si y a des gens qui viennent par exemple avec des symptômes urinaires un peu bizarres ou pour les femmes des symptômes gynéco ou autre là par contre je demande à chaque fois et je dis "est-ce que vous avez des pratiques sexuelles particulières?" [...] Si je pose la question dans un contexte adapté là les gens se disent bah oui il me pose la question parce que j'suis infecté, parce que j'ai un truc... » MG12

« La grossesse j'en parle plus facilement, la contraception, quand les garçons viennent qu'ils ont des problèmes dermato au niveau du sexe, quand ils ont des problèmes psycho-somatoformes de la sphère génitale, quand ils viennent pour une fissure anale ou autre anomalie avec suspicion de condylomes là j'aborde le sujet et je demande les pratiques » MG14

4. Lorsque le praticien **connaît l'orientation sexuelle des patients** :

« A partir du moment où vous savez que quelqu'un est homosexuel c'est beaucoup plus facile à mon sens de lui dire "et au niveau des pratiques est-ce que tu changes souvent de partenaire?" » MG10

« Je suis des patients homosexuels pour lesquels j'ai aucune idée s'ils ont des pratiques à risque ou pas, à priori même plutôt pas, mais auxquels je peux poser la question en fait je peux me permettre de savoir comment ça se passe, est-ce qu'ils ont quelqu'un est-ce qu'ils ont pas quelqu'un etc... » MG11

En parallèle de ces situations qui favorisent la discussion autour de la sexualité, il est important de noter que la majorité des médecins généralistes interviewés suivent déjà **certains patients à risque qui pourraient bénéficier de la PrEP**, plusieurs MG pouvaient en effet me parler de patients à qui ils pourraient proposer la PrEP.

« C'est un cinquantenaire euh... qui m'a déjà appelé un matin parce qu'il était tombé dans sa douche parce qu'il avait pris du poppers et fait l'amour toute la nuit et qu'il s'était cogné la tête et qu'il était inquiet etc... et donc du coup en effet je pense qu'il pourrait potentiellement, vu cet épisode-là, être concerné par de la PrEP. » MG11

« Cette personne que j'ai vu cette semaine c'est un gars qui a des relations sexuelles avec des hommes différents régulièrement et bien il m'a dit qu'il avait été exposé à un gars qui avait le VIH qui le savait et lui a dit, même s'il prenait son traitement, le gars avait une charge virale négative à priori il lui a montré les documents, ils sont assez réglo, mais il dit j'avais quand même un doute donc je préfère faire un dépistage, qui est revenu négatif d'ailleurs, là à ce moment-là j'aurai pu lui parler de la PrEP. » MG8

III-2-3 b) Freins

1. Différents freins ont été mis en évidence lors des entretiens ; **certains semblaient plutôt imputés au MG**, il s'agit surtout de comment amener le sujet dans une consultation lambda :

- A. Pour certains il est **difficile d'amener le sujet de la sexualité et des pratiques** en consultation:

« Il faudrait leur demander leur orientation sexuelle mais aussi, on sait que le VIH touche aussi des personnes hétérosexuelles donc faut savoir, si on ne suit pas leur partenaire ou leur demander s'ils ont des rapports extra conjugaux non protégés ou s'ils sont en contact sexuellement avec des personnes qui ont le VIH, après c'est pas toujours facile à amener en consultation » MG4

« J'ai l'impression que la problématique sexuelle et risques HIV, en dehors des messages qu'on peut passer en particulier aux adolescentes au moment des contraceptions j'ai pas l'impression qu'on l'aborde très souvent » MG11

- B. Il est nécessaire de **choisir LE bon moment** pour aborder le sujet de la sexualité/pratiques à risque et PrEP :

« Il y a peut-être d'autres problèmes plus importants dans la consultation, il ne vient pas pour ça quoi donc il faut en parler au bon moment » MG8

« Si c'est des populations un petit peu comme tu me dis un peu marginales ou enfin ceux qui se drogues etc... et qui voient des médecins juste de temps en temps parce qu'il y a un problème je pense que ça va être un peu compliqué de leur proposer d'emblée comme ça la PrEP » MG12

« Il y a toute une partie de la population où j'en parle jamais parce que bah parce qu'ils ne viennent pas pour ça, par manque de temps... » MG6

C. La plupart des MG interrogés posent **peu de questions directes sur la sexualité** :

« Je ne pose pas brutalement la question, je sais que c'est débattu ça, certains disent de le faire, d'ailleurs le DMG nous avait dit faut en parler systématiquement, je n'en vois pas l'intérêt » MG12

« On ne pose pas la question à tous les patients "quelle est votre pratique sexuelle?" ça nous regarde pas forcément » MG12

D. Certains ont **peur de blesser** le patient en étant trop direct:

« Je ne sais pas trop comment formuler la question pour ne pas être blessante enfin y a des gens qui peuvent mal l'interpréter en fait » MG5

« Quand on est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes et qu'on vient voir le médecin on n'a pas envie d'avoir l'étiquette HSH à chaque fois sur le front dès qu'on vient et que le médecin en parle tout le temps quoi enfin je trouve ça un peu soulant "oui certes je suis homo et puis alors?" (rires) » MG8

« Si on se dit que potentiellement ce patient-là a des pratiques à risque mais qu'on n'en a jamais vraiment parlé ça va être comment lui demander s'il a des pratiques à risque sans avoir l'impression de le heurter, d'être hyper intrusif, parce que c'est surtout le côté intrusif je trouve qui est difficile, après une fois que la barrière est passée c'est bon. » MG11

E. Il existe un certain **tabou** sur la sexualité, participant aussi à la difficulté d'abord du sujet en consultation :

« Il y a un espèce de non dit ou de tabou et c'est curieux parce que j'ai pas l'impression d'avoir de tabou mais en consultation des fois on en a quand même, et puis on a l'image qu'on a, on renvoie une image à nos patients, des fois on a l'impression que si on parle de quelque chose on va casser cette image-là » MG11

« Cibler la bonne population ça va pas être très évident parce que c'est un sujet tabou quand même la sexualité » MG12

« Le sentiment du médecin généraliste d'être à l'aise avec ces questions-là, c'est une première chose parce qu'il y a des médecins qui ne sont pas à l'aise avec certaines choses donc forcément ils auront plus de difficultés à aborder le sujet et à faire le suivi » MG8

« Il faut oser parler de ça avec eux parce que la 1ère chose si on ne pose pas la question c'est vrai que des fois on va se sentir un peu gêné et si on ne pose pas les questions on ne peut pas savoir » MG2

2. D'autres freins sont plutôt **imputés aux patients** :

A. Une population à risque qui est finalement **peu vue en consultation**, dont les hommes jeunes sans pathologie associée :

« Ils consultent moins quand même les jeunes, en général quand ils consultent c'est pour des pathologies aiguës bénignes, tu les captes pas pareil » MG3

« Tout ce qui est hommes enfin on ne les voit jamais ils sont pas malades et puis s'ils sont malades ils ont une grippe ou quelque chose comme ça on va pas parler de rapports sexuels à ce moment-là » MG6

« Les hommes consultent moins que les femmes en médecine et surtout la population jeunes » MG8

B. Certaines **spécificités de la consultation** constituent un obstacle pour aborder le sujet de sexualité :

a. Lorsque **le motif n'a pas de rapport avec la sexualité** :

« Souvent ils ne viennent pas pour ça, ce n'est pas le motif de la consultation » MG2

« Y a toute une partie de la population où j'en parle jamais parce que bah parce qu'ils ne viennent pas pour ça, par manque de temps... » MG6

b. Lorsque les patients viennent en consultation **accompagnés** :

« Le fait d'être accompagné ça freine déjà c'est quand même quelque chose qui relève de l'intime » MG8

« Le souci c'est quand ils viennent en couple c'est un peu compliqué parce qu'on va pas forcément avoir les vraies réponses » MG4

C. D'autre part, certains patients **ne veulent tout simplement pas parler de leur sexualité à leur médecin traitant** de façon à garder aussi une certaine intimité, c'est difficile d'avoir un praticien unique qui sait absolument tout:

« Des fois on va parler de ça à quelqu'un d'autre que le médecin traitant, c'est quelque chose que j'ai déjà entendu chez les patients; comme les patientes qui disent "la gynéco je sais que vous en faites mais je vais voir quelqu'un d'autre, c'est une manière pour les patients je pense de garder leur autonomie et la maîtrise des choses et pas avoir une seule personne qui sait "tout" » MG11

« Si déjà ils ne demandent pas une sérologie VIH régulièrement je pense que ça peut être dur pour ces gens-là d'être suivi par leur médecin généraliste pour la PrEP, tu sais je pense qu'il va y avoir les patients pour qui ce n'est pas un problème et qui vont faire avec leur généraliste et puis d'autres qui vont vouloir vraiment cloisonner les choses. » MG3

« Il y a d'autres patients qui ont du mal à nous évoquer leur vie intime de peur de jugement, parce qu'ils ont pas envie de nous en parler parce qu'ils nous parlent déjà d'autre chose et qu'ils ont pas envie de confronter ça dans la relation avec le médecin »
MG4

- D. Les difficultés viennent aussi du fait que certaines générations semblent **moins sensibilisées aux risques d'exposition sexuelle** ce qui rend difficile leur sélection, en effet ils ne pensent pas à en parler avec leur médecin puisqu'ils ne sont pas conscients des risques, il s'agit souvent des personnes de plus de 40ans:

« J'en parle aussi aux personnes âgées hein mais là le préservatif tu peux toujours courir » MG13

« Les populations à risque comme ça c'est les 40-50ans, c'est ceux qui n'ont pas connu le préservatif étant jeune ou à peine et qui pensent que justement tous ces traitements préventifs et curatif, si un jour ils ont le SIDA ben ils prendront les médicaments et puis voilà quoi. » MG13

« C'est plus les post 40ans où c'est plus compliqué parce qu'ils sont dans ce mode de "ben j'craings plus rien, j'ai passé 40ans, je ne peux plus rien attraper". » MG1

En résumé, le repérage des potentiels-les candidats-es à la PrEP en consultation de médecine générale serait favorisé par plusieurs facteurs ; à savoir **l'abord systématique de la sexualité**, la **1^{ère} consultation** qui permet d'aborder un plus large panel de sujets, **les situations favorisant l'abord de la sexualité et des pratiques à risque** (patients jeunes, contexte de consultation adapté, connaître l'orientation sexuelle). **La majorité des médecins généralistes interviewés suit des patients à risque** de se contaminer par le VIH.

Plusieurs freins ont aussi été mis en évidence concernant l'abord de la sexualité et des pratiques à risque :

Pour le praticien il peut être **difficile d'amener le sujet de la sexualité** et des rapports à risque en consultation, **et notamment de choisir le bon moment** pour en parler. Il existe une **Crainte de blesser** les patients en étant trop direct, la sexualité pouvant être un sujet **tabou**.

Les médecins ressentent ainsi parfois une **gêne des patients à parler de leur intimité** avec eux. Le déroulement de la consultation peut également être un facteur limitant que ce soit parce que le **motif de la consultation est autre** voire multiple ou parce que les patients peuvent venir en consultation **accompagnés** ce qui rend alors l'échange moins intime. Il est difficile de cibler les patients ayant des pratiques à risque les rendant potentiellement éligibles à la PrEP car ils **consultent peu ou n'en parlent pas**.

III-2-4 Suivi des patients sous PrEP en médecine générale

III-2-4 a) Facteurs favorisants

1. Le suivi des patients sous PrEP serait favorisé par sa simplicité :

A. Pour plusieurs MG le **schéma thérapeutique semble assez simple** :

« Si on me demande de prendre le relai de suivi tous les 3 mois il m'a quand même pas l'air très compliqué ce suivi donc c'est tout à fait faisable » MG11

« C'est un schéma quand même, le schéma thérapeutique est très simple » MG10

B. **Le suivi semble réalisable** pour la majorité des médecins interviewés :

« Ça ne prend pas plus de temps, ce n'est pas plus compliqué qu'une autre consultation, tous les 3 mois c'est faisable, comme un renouvellement classique » MG1

« Si on m'explique bien comment ça se passe, les effets secondaires, comment se comporte le suivi et tout ça ne me gêne pas de renouveler la PrEP » MG14

« Je pense que c'est quelque chose effectivement qu'on doit pouvoir manager en médecine générale au même titre que les autres traitements » MG10

2. Ce suivi, s'il était effectué en médecine générale, pourrait avoir plusieurs **bénéfices pour les patients**, avec notamment une gestion plus facile :

A. Une facilité en terme de **proximité géographique** :

« La facilité d'accès déjà au niveau géographique, on a beaucoup de patients qui ont du mal à se déplacer quand même » MG5

« Quand on habite Poitiers j pense qu'aller voir le spécialiste c'est facile, quand on habite Bressuire aller voir le spécialiste ça l'est moins donc que je puisse renouveler ça a cet avantage-là, qu'ils soient pas obligés de courir à pétaouchnok pour voir le spécialiste » MG6

B. Une plus grande **facilité de prise de rendez-vous** avec des plages de consultation plus libres

« Pour avoir eu des patients suivis au CHU et qui sont toujours suivi pour leur traitement de SIDA je peux te dire que ça les gonfle, ils ont pas forcément les consultations quand ils veulent, c'est programmé longtemps à l'avance donc résultats s'ils peuvent pas se rendre disponibles ça leur pose soucis, ils repoussent parfois les consultations et il faut qu'ils se débrouillent pour aller récupérer le traitement en attendant » MG14

« Pour un routier, qui peut faire partie des personnes les plus à risque, s'il a pas de créneau dispo entre le vendredi soir et le samedi c'est cuit quoi, chez le généraliste les plages horaires sont un peu plus souples et les disponibilités un peu plus simples » MG13

« Ils peuvent nous voir un peu quand ils veulent faut juste qu'ils prennent rendez-vous » MG12

C. Le suivi par le MG apporterait un **gain de temps** aux patients

« C'est tout bête mais en 5min ils se garent et viennent en consultation et une demie heure après c'est fini » MG1

« Je pense que c'est un gain de temps, c'est plus facile, c'est je pense plus facile de se dire "bon allez j'ai rdv dans 3jours avec mon médecin traitant" que « j'oublie mon rdv qui est dans 3 mois » MG1

D. Le suivi en médecine générale serait aussi **plus confortable** pour le patient :

a. **Une relation de confiance** déjà installée :

« Le médecin traitant est quand même le référent, son référent, je pense qu'on connaît quand même le mieux les patients » MG8

« Il y a des gens qui sont plus à l'aise de parler à leur médecin parce qu'ils le connaissent bien » MG2

« J'ai des gens que je connais depuis la naissance donc c'est facile de parler parce que t'as un lien affectif et social, amical avec eux » MG13

b. C'est plus facile d'être dans un **lieu connu**

« Le fait qu'il y ait un passage hospitalier une fois par an et un renouvellement chez le médecin ça permet de ne faire qu'une seule visite par an à un endroit peu connu pour eux » MG13

« Ce serait plus simple parce qu'ils ont déjà de multiples lieux de référence donc aller dans le même lieu c'est plus simple, c'est un lieu qu'ils ont déjà comme référence, ils connaissent ils sont à l'aise donc ça évite d'aller dans d'autres lieux où c'est plus compliqué » MG2

c. Cela permettrait probablement une **meilleure observance** car le MG serait en général plus disponible que le spécialiste à l'hôpital :

« Pour pérenniser après le traitement c'est mieux parce que le gars qui travaille sur la route toute la journée il peut pas rentrer forcément tous les 3 mois » MG13

« Je pense qu'au niveau de l'observance ça peut l'améliorer parce qu'effectivement y a des moments où ils vont pouvoir se dire "oh punaise j'ai pas eu le temps d'aller voir le spé au CHU, il va encore falloir que j'y passe la matinée et compagnie..." donc euh ils vont pas forcément y aller donc euh facilité d'accès aux soins je vais dire, par rapport à nous, meilleure observance peut-être grâce à ça » MG10

- d. Pour certains peut-être que cela permettrait de **garder un certain anonymat** à la consultation :

« Il y a toute la question aussi, mais ça je ne sais pas si ça se pose trop ici, mais de l'anonymat; parce que quand on va à AIDES ou en hôpital de jour il y a toujours l'étiquetage VIH et cette maladie reste quand même très stigmatisée encore, des fois il peut y avoir une certaine honte » MG2

« Quand ils viennent ici dans la salle d'attente on ne sait pas pour quel motif ils viennent » MG4

3. Un suivi de la PrEP en médecine générale pour **enrichir les consultations** :

- A. Le suivi des patients sous PrEP permettrait **une prise en charge plus globale** :

« On aurait une meilleure vision d'ensemble, on prendrait mieux en compte les potentiels risques pour eux, qu'on sous-estime, qu'on n'aborde pas actuellement en fait » MG5

« Ça permet de mieux connaître les gens c'est quand même important de savoir s'ils peuvent potentiellement attraper quelconque IST » MG3

« Quand je traite quelqu'un pour autre chose je sais qu'il a aussi ça et je peux m'occuper des interactions médicamenteuses alors que si je ne le sais pas je ne peux pas le deviner » MG11

- B. Suivre des patients sous PrEP permettrait de **faire d'avantage de prévention** :

« J'ai même tendance à penser que si on voit quelqu'un tous les 3mois pour son renouvellement de traitement on va pouvoir faire encore plus de prévention puisqu'on va le voir, que si on en est à prescrire une PrEP ça veut dire qu'on a passé toute la barrière de la discussion sur les pratiques et sur les prises de risques etc... » MG11

« Ça peut être justement là de reparler de sexualité et de leur pratique en disant qu'il y a peut-être d'autres solutions que de se bombarder de produits chimiques donc ça peut être un bon passage pour nous aussi dans la discussion » MG13

- C. Suivre des patients sous PrEP permettrait de **libérer la parole en consultation** :

« Parler de la sexualité un petit peu plus, donc ça je pense que ce serait bénéfique pour tout le monde » MG9

« C'est toujours une source de discussion donc c'est toujours intéressant de pouvoir ouvrir la porte à d'autres trucs » MG13

III-2-4 b) Freins

1. Freins à la réalisation d'un suivi de la PrEP en médecine générale:

A. Une **charge de travail supplémentaire** et une inquiétude sur des consultations chronophages pour certains :

« Ça va m'apporter du surmenage, ça rajoute encore un truc » MG13

« Ils me prendront peut-être un peu plus de temps dans mes consult, donc même si nous on a des créneaux de 20minutes on prend le temps de parler avec les gens mais faut pas non plus trop se laisser dépasser » MG12

« Peut-être que les 1ères consultations prendront un peu plus de temps ce qui est logique mais comme tout nouveau traitement en fait. » MG1

B. La PrEP risque de **concerner peu de patients** par médecin et donc les médecins généralistes risqueraient d'être moins à l'aise par manque de pratique :

« Le risque c'est aussi qu'on en ait très peu et donc très peu ça veut dire qu'on sera pas trop briefé sur le sujet » MG8

« C'est pas des médicaments que je vais utiliser de façon très régulière, si j'en ai un ou deux dans ma carrière enfin... ou peut-être plus mais j'ai pas l'impression que j'en aurai quand même 50 à la fois en même temps » MG6

« Ça va représenter peut-être 2-3 patients tu vois, donc quand t'en fais peu tu oublies, t'es moins performant » MG14

« On a tellement de choses à savoir, tellement de choses à maîtriser, ce que tu maîtrises tous les jours tu le fais bien, y a un truc que tu fais moins, à un moment je suivais beaucoup de grossesses et maintenant moins et du coup t'as l'impression de le faire moins bien, c'est moins systématique, t'oublies toujours un truc... » MG14

C. Un **manque de connaissance** sur le sujet :

« Ce qui m'intéressait dans votre truc c'est que je vais me retrouver peut-être confronté à des patients effectivement qui sont potentiellement contaminables et à qui je vais pas être foutu de prescrire le traitement ou de leur expliquer comment ça marche » MG10

« Le médecin généraliste il voit tout, tout le temps, et donc y a plein d'autres sujets sur lesquels il faudrait améliorer l'information aux médecins généraliste, l'information et la formation, y a les modalités de plein de choses dont on a besoin d'être au courant » MG11

2. Freins pouvant émaner des patients

A. Le suivi pourrait être **contraignant** :

« Mine de rien tous les 3mois ils vont parler de leur pratique sexuelle ils en ont peut-être pas envie » MG1

« J'ai peur que leur imposer ou recommander de venir tous les 3 mois alors qu'on pourrait très bien le faire tous les 6 à 9 mois comme avec les prescriptions de contraception... J'ai peur que ce soit trop contraignant tous les 3 mois » MG10

B. Certains patients veulent **séparer la sexualité du reste des pathologies** :

« Des fois on va parler de ça à quelqu'un d'autre que le médecin traitant, c'est quelque chose que j'ai déjà entendu chez les patients; comme les patientes qui disent "la gynéco je sais que vous en faites mais je vais voir quelqu'un d'autre", c'est une manière pour les patients je pense de garder leur autonomie et la maîtrise des choses et pas avoir une seule personne qui sait tout » MG11

« Si déjà ils ne demandent pas une sérologie VIH régulièrement je pense que ça peut être dur pour ces gens-là d'être suivis par leur médecin généraliste pour la PrEP, tu sais je pense qu'il va y avoir les patients pour qui ce n'est pas un problème et qui vont faire avec leur généraliste et puis d'autres qui vont vouloir vraiment cloisonner les choses. » MG3

C. Le **suivi hospitalier peut être rassurant** et certains patients ne vont pas forcément se sentir en sécurité et bien suivis si le médecin généraliste prend le relai :

« Il y en a qui vont se sentir plus en confiance dans le centre où ça a été initié où là-bas ils sont sûr de ne pas être jugé, s'ils ont été d'abord là-bas c'est que probablement ils s'y sentent plus à l'aise donc euh voilà l'assurance d'être pris en charge sans jugement, rapidement, pour toutes ces problématiques » MG5

D. C'est **plus facile de parler de sexualité à l'hôpital**

« En CEGIDD les gens ils savent où ils viennent, s'ils vont à une consultation PrEP ils savent où ils viennent d'emblée donc en fait ils se sont déjà fait une représentation ou se sont déjà renseignés sur ce qui va se passer, ce qu'on va leur demander, arriver dans un cabinet de médecine générale, avoir le médecin qui t'interroge sur ta sexualité et puis ressortir avec une proposition de PrEP c'est pas pareil.» MG11

En résumé, Le suivi de la PrEP présente à la fois des facteurs favorisants et des freins à sa mise en pratique.

Les facteurs favorisant le suivi de la PrEP sont multiples, notamment car le suivi est simple et présente plusieurs intérêts pour les patients avec une **facilité d'accès, dans un lieu connu**, où une **relation de confiance** est déjà installée avec un certain maintien de **l'anonymat à la consultation** et il pourrait en résulter une potentielle **amélioration de l'observance**. De plus, le suivi de la PrEP pourrait enrichir les consultations avec une prise **en charge plus globale, une meilleure liberté de parole et une augmentation des actes de prévention**.

Les principaux freins au suivi mis en évidence lors des entretiens semblent émaner à la fois des praticiens avec une crainte de **consultations à la fois chronophages** et source d'une **charge de travail** supplémentaire, un **manque de compétence** du fait du **manque de formation** et surtout du **peu de patients** que cela risque de concerner. Mais aussi d'une potentielle réticence des patients car **le suivi régulier pourrait être vécu comme contraignant** et également d'une possible **volonté de séparer le suivi de la santé sexuelle** (de l'ordre de l'intime) du reste du suivi médical en médecine générale. Il est également évoqué que **l'hôpital reste un lieu d'expertise** mettant les patients **d'avantage en confiance** pour leur suivi et permettant **une parole plus libre** sur la sexualité.

III-2-4 c) Besoins exprimés pour réaliser le suivi de la PrEP en médecine générale

1. Les médecins généralistes font part d'un besoin de **soutien** et d'un **accompagnement dans le suivi** de la part des spécialistes:

« À partir du moment où ils ont vu le spécialiste une fois, qu'ils ont bien compris le pourquoi du comment à quoi ça sert, ce que ça peut leur apporter et le suivi indispensable qu'il y a derrière ça ne me posera pas plus de soucis que ça » MG6

« Je pense qu'on peut se contenter d'un suivi par le généraliste, ça peut tout à fait se concevoir. Mais pour structurer les choses c'est peut-être pas mal que le spécialiste voit le patient, fasse la synthèse puisque à chaque fois on mettra pour qu'il reçoive un double des sérologies et tout ça et donc qu'il puisse faire la synthèse une fois par an.» MG10

« Il faudrait avoir un recours à l'infectiologue assez facile, pas pour l'appeler tout le temps parce que je pense qu'il va en avoir marre, mais en cas de besoin » MG8

2. Les médecins amenés à suivre des patients sous PrEP ont **besoin d'être formés** à la fois à la thérapeutique mais aussi sur la façon d'aborder la sexualité en consultation :

« Il faut proposer des formations, tu vois via des FMC, faut que les médecins qui sont spécialistes de ça viennent faire une FMC quoi... Parce qu'en FMC t'as toujours les mêmes sujets en boucle voilà, BPCO, hypertension, etc... et voilà ça c'est un sujet intéressant. » MG3

« Une petite formation ciblée ça sera intéressant en reprenant un peu sur les populations à risque, les connaissances actuelles sur le développement du virus du sida, la molécule, son fonctionnement, les effets indésirables et mode de suivi... mais quelque chose d'intimiste » MG13

« Me former à aborder les questions de sexualité en consultation, je pense qu'il existe des... de la modalité d'entretien pour aller avec justement. Ça, ça m'intéresserait de me poser cette question-là, comment aborder la sexualité... Mais l'aborder au sens large ça ne me pose pas de problème... Mais aborder les pratiques des gens, les interroger sur leur pratique, c'est hyper intrusif » MG11

3. Avoir **des recommandations** à leur disposition (lignes de conduite ou guidelines) :

« Moi j'aime bien quand les choses sont claires en fait, c'est à dire que du moment où je vais faire le suivi d'une nouvelle molécule chez des patients voilà que les indications soient bien claires, qu'on ait les effets indésirables, quoi faire, le contrôle des sérologies, voilà déjà ça nous permet d'avoir des premières données, des premières bases » MG7

« Ça pourrait être par exemple une fiche de synthèse avec les principaux éléments [...] être bien au courant des effets secondaires à suivre, du schéma que le patient doit adopter pour vérifier la compliance, la bonne compréhension » MG5

En résumé, Les principaux besoins exprimés pour effectuer le suivi des patients sous PrEP qui ressortent sont la **nécessité d'une formation** préalable et de pouvoir se référer à des **recommandations claires**, tout en gardant un **accès facile au spécialiste** en cas de besoin ou questions sur le suivi.

III-2-5 Suggestions de moyens pour informer sur l'existence de la PrEP

III-2-5 a) Informer les MG

1. Soit par **une information** de la part de l'hôpital :

« Si c'est au CHU que ça sera centralisé cette histoire bah oui peut-être qu'ils pourraient, parce qu'on a des mailing, faire des communications là-dessus » MG8

2. Soit **via le Conseil de l'Ordre des Médecins**:

« Ça pourrait être faire une plaquette à faire relayer par le conseil de l'ordre » MG5

« Quand ça vient du conseil de l'ordre je fais attention car si ça vient du conseil de l'ordre ça doit être important » MG6

3. Soit **publier un article dans une revue de médecine générale** :

« Un article dans une revue médicale ça peut être intéressant » MG4

« Les revues, nous on est quasiment tous abonnés à prescrire ! Mais faut pouvoir le faire passer dans prescrire... » MG1

III-2-5 b) Informer les patients

1. En **affichant des documents en salle d'attente** par exemple, ce qui permettrait de donner la liberté aux patients d'aborder le sujet de la sexualité et des relations à risque :

« Ce qui pourrait être bien c'est d'avoir des infos dans la salle d'attente mais ça c'est pas forcément pour le suivi mais plus pour amener les gens à nous en parler. » MG1

« Il faut faire de l'info dans la salle d'attente, à mon avis ça ça peut très bien marcher parce que j'vois nous on en met beaucoup dans la salle d'attente, ce genre de choses pour un petit peu parfois les perturber, enfin les interpeler, et ça marche. » MG3

2. En faisant des **campagnes de prévention** :

« Des campagnes d'information de Santé Publique France, on en a de plus en plus. Là dernièrement on a une campagne sur la vaccination et une campagne sur l'alcoolisation ! En fait, on reçoit une grande enveloppe avec des affiches à mettre en salle d'attente si on veut » MG12

En résumé, les différents moyens proposés dans ces entretiens pour informer les médecins et les patients sur l'existence de la PrEP sont la diffusion d'information **via les services spécialisés dans les hôpitaux** et **via conseils de l'ordre**, la publication **d'articles dans les revues de médecine générales**, la mise à disposition de documentation à afficher en salle d'attente et la mise en place de **campagnes de prévention**.

III-2-6 Suggestions pour faciliter le suivi

III-2-6 a) Une structuration des professionnels de santé impliqués

1. Il serait intéressant d'**avoir des médecins généralistes référents** qui seraient formés à la PrEP :

« Il serait peut-être intéressant de cibler une liste de médecins qui auraient déjà eu un petit entretien comme là et pas n'importe qui » MG2

« Dans les structures comme une maison de santé dans laquelle je travaille, ma consœur fait des IVG, on le sait tous donc en fait si on a une problématique d'IVG on peut lui envoyer le patient, on peut imaginer qu'il y en ait un d'entre nous qui dit "ben moi je vais me former vraiment, je vais travailler la technique d'entretien, je vais aller plus loin, je vais l'afficher en salle d'attente et du coup si vous êtes confrontés à ça ben plutôt que de patauger dans un truc où vous êtes pas trop habitué ou pas à l'aise ben vous m'envoyez votre patient et je le vois, avoir un référent, et je pense qu'on gagnerait sûrement en efficacité, ce serait plus pertinent, mais à des petites échelles, sans avoir à aller à l'hôpital du coin. » MG11

2. Peut-être même mettre en place **un réseau de professionnels de santé** :

« Il faudrait un maillage territorial quasiment, sur ce sujet-là comme sur d'autres d'ailleurs, il faudrait avoir comme un espèce de maillage de professionnels qui interviennent sur le sujet etc.. » MG11

III-2-6 b) Alléger la prise en charge

1. La prise en charge pourrait être allégée en favorisant les **auto-prélèvements**

« L'auto-prélèvement c'est une piste qu'il faut favoriser à mon avis parce que si vous leur dites tous les 3mois il va falloir aller au labo faire faire vos prélèvements... » MG10

2. Il pourrait aussi être envisagé **d'espacer le suivi** en consultation

« Est-ce que finalement il vaut mieux pas accepter de les voir que tous les 6 à 9 mois mais de les voir quasiment tous que d'en voir 20% tous les 3 mois et de perdre les 80% qui reste de vue ? » MG10

En résumé, le suivi de la PrEP pourrait favorisée par la mise en place d'un **réseau de professionnels de santé** avec une **liste de médecins généralistes référents**, mais aussi par la simplification de la prise en charge en l'allégeant par l'utilisation des **auto-prélèvements** et un éventuel **espacement des consultations de suivi**.

IV – DISCUSSION

L'augmentation du nombre d'utilisateurs de la PrEP en France et la nécessité de toucher un plus grand nombre de personnes amènent à se poser la question de la place du MG dans ce dispositif. Nous présentons ici les résultats d'une étude qui vise à explorer la faisabilité et l'acceptabilité de ce suivi en médecine générale.

Dans le cadre de la prévention du VIH il est recommandé de réaliser un dépistage VIH au moins une fois dans le courant de la vie des patients et lors de changement d'orientation de vie; chez les populations les plus à risque d'exposition au VIH il est recommandé de dépister le VIH une fois par an et pour les HSH et personnes transgenres à haut risque de contamination une fois tous les 3 mois.

Le MG est un acteur important dans le dépistage du VIH. Dans les réponses au questionnaire envoyé aux MG, celui-ci était proposé de façon fréquente, notamment à la demande du patient mais aussi lors d'IST symptomatiques, lors d'identification de comportement à risque, du suivi de grossesse, des consultations pré-conceptionnelles et du renouvellement de la contraception.

A contrario ce dépistage, même s'il est proposé, semble insuffisamment ciblé vers les patients les plus à risque de se contaminer par le VIH. Ainsi, en France entre 2010 et 2017, le nombre de sérologies VIH réalisées a augmenté mais pas le nombre de découvertes de séropositivité (4). En France, près de 30% des infections VIH sont encore découvertes à un stade tardif (4), avec pour beaucoup de patients des opportunités manquées de dépistage dans leur passé (24). Une étude menée en Ile de France sur 196 médecins généralistes, explorant les pratiques de dépistage de l'infection par le VIH, montrait que 42% des médecins interrogés prescrivaient moins de 20 sérologies VIH par an.

Il semblerait donc que le dépistage soit insuffisamment ciblé et ceci du fait d'une mauvaise évaluation de la population à risque avec une sous-estimation des prises de risque, potentiellement car difficile à réaliser en médecine générale. (25) Ainsi, dans notre étude, 38% des MG ne posaient jamais la question de leur orientation sexuelle aux patients et seulement 1% la posait systématiquement ; 40% ne connaissaient pas le nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans leur patientèle.

Une récente étude menée en Pays de la Loire confirmait, en soins primaires, une faible connaissance de la sexualité des patients et une sous-estimation du multi partenariat. (26 – 27).

La méconnaissance de la sexualité des patients en médecine générale semble liée au tabou sexuel, une gêne venant à la fois du patient (9 – 11) qui n'ose pas aborder le sujet de la sexualité avec son médecin mais aussi de la part du médecin qui ne sait pas comment aborder la sexualité sans heurter son patient (8 – 25). Plusieurs études (8 – 11, 25 – 28) ont fait ressortir que les patients sont dans l'attente d'une attitude pro-active de la part de leur médecin pour aborder le sujet de la sexualité et de la santé sexuelle.

Les MG peuvent jouer un rôle important dans l'accès à la PrEP en ciblant les personnes à qui elle pourrait être proposée et en les orientant vers les équipes pouvant l'initier. Ceci nécessite qu'ils soient à même d'identifier les personnes les plus à risque

de se contaminer par le VIH et donc d'aborder avec elles leur sexualité, et surtout, au préalable, qu'ils soient informés de l'existence de la PrEP et de ses indications.

Dans notre étude, seulement 53% des médecins répondants au questionnaire avaient déjà entendu parler de la PrEP. Ce chiffre est inférieur à celui retrouvé dans l'étude récemment menée par T. Chiarabini évaluant les freins à la prescription et au suivi de la PrEP où 2/3 des médecins répondants avaient déjà connaissance de la PrEP (29). Ceci reste quoiqu'il en soit faible, d'autant qu'une connaissance de l'existence de la PrEP ne signifie pas en connaître les indications et modalités de prise en charge.

Cette méconnaissance rend donc nécessaire la diffusion d'information sur la PrEP via des formations (Formations Médicales Continues, articles) ou des outils consultables en ligne (recommandations, VIH-clic...). Il faut toutefois rester vigilant, car la multiplication de ces outils peut finalement les rendre moins visibles par les MG.

Au-delà de l'orientation vers la PrEP des potentiels candidats par les MG, se pose la question de leur participation au suivi des patients sous PrEP, ceci dans l'optique de pouvoir augmenter l'offre générale de PrEP. En effet, certains centres voient leurs consultations PrEP saturées par le suivi des usagers, ceci étant responsable d'un allongement des délais d'initiation, qui pourrait avoir pour conséquence des contaminations par le VIH qui auraient pu être évitées. Ainsi, une étude réalisée sur la cohorte Dat'Aids sur les nouvelles contaminations par le VIH en 2016 a montré que sur 121 primo-infections/infections récentes survenues cette année-là, 110 patients étaient éligibles à la PrEP (30). Il faut enfin noter que si la France est championne d'Europe de prescription de la PrEP, sa diffusion reste faible comparée à celle des Etats-Unis ou de l'Australie, notamment quand on la rapporte au nombre de découverte de séropositivité.(21)

Selon les résultats qualitatifs émanant des entretiens individuels, le suivi des patients sous PrEP en médecine générale semble faisable, néanmoins plusieurs freins ont été soulevés. Le principal frein était le manque de formation sur le sujet à la fois dans la partie qualitative et dans la partie quantitative avec 72% des médecins répondants intéressés par une formation, ce qui est en accord avec l'étude de T. Chiarabini où 70% des participants à l'étude souhaitaient être formés à la PrEP (29). Dans la littérature, la formation était un sujet qui intéressait les répondants avec 65% des praticiens de la Baie de San Francisco en 2017 la désirant (31). De plus certains médecins généralistes interrogés craignent que la PrEP ne concerne que peu de leurs patients rendant la mise en place du suivi difficile. Certains médecins se sentaient mal à l'aise avec une prise en charge peu habituelle dans leur pratique. Plusieurs praticiens avaient aussi peur d'une déresponsabilisation des patients avec une diminution d'usage du préservatif au profit de la PrEP et donc un risque de majoration des autres IST.

Dans l'étude IPERGAY, la non-utilisation du préservatif était restée stable avec la mise sous PrEP, aux alentours de 70%, mais l'incidence des IST était en effet élevée. Toutefois dans cette étude la population était peu utilisatrice de préservatifs avant l'initiation de la PrEP (17). Au sein de la cohorte ANRS Prévenir, selon les derniers résultats en Février 2019, seulement 20% des HSH participants à l'étude avaient des rapports avec préservatifs (32). L'incidence des IST pourrait être impactée positivement par le dépistage trimestriel des sujets sous PrEP, comme le montre une

étude américaine avec une modélisation du suivi PrEP sur 10 ans où il est attendu une diminution de l'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* et gonocoque estimée de 40% (33). On peut donc penser que certaines réticences de MG vis-à-vis de la PrEP pourraient être contre balancées par une formation spécialisée et des échanges argumentés.

Dans l'étude réalisée auprès des praticiens de la Baie de San Francisco, les principaux freins au suivi des patients sous PrEP mis en évidence étaient la toxicité ou les effets indésirables (75%), l'acquisition de résistance aux ARV (60%), l'observance (58%), le coût (53%), l'augmentation des prises de risques (41%) et le remboursement (19%) ; freins qui finalement n'ont pas été évoqués dans notre étude (30).

Dans l'étude menée par T. Chiarabini en France, les freins au suivi mis en évidence, hormis le manque de formation, étaient la méconnaissance du risque vis-à-vis du VIH auquel est exposé le patient et plus largement celle de la sexualité des patients, l'impossibilité de primo-prescription, l'inconfort imputé à une indication nouvelle de prescription d'antirétroviraux, et l'absence de mutuelle (29).

Dans notre étude, la lourdeur du suivi, pressentie par les MG pour leurs patients, ressortait souvent comme un frein, d'autant plus quand il s'agit de personnes en bonne santé qui n'ont pas la nécessité de consulter par ailleurs. Le fait que l'abord du thème de la sexualité en consultation puisse mettre les patients mal à l'aise était également mentionné comme facteur limitant.

En revanche, certains médecins généralistes interviewés voyaient un bénéfice au suivi de la PrEP en médecine de ville dans le sens où cela leur permettrait de voir en consultation une tranche de la population finalement peu vue en médecine générale, notamment les jeunes (34), et donc de leur proposer un suivi médical plus global avec notamment de la prévention en santé. Les principaux facteurs jugés comme favorables au suivi de la PrEP en MG étaient notamment une accessibilité facilitée pour les patients, avec des délais de consultation plus rapides et des créneaux facilement adaptables dans un lieu déjà connu et anonyme.

Le suivi de la PrEP en médecine générale semble donc envisageable. Comme ceci a été suggéré dans les entretiens, s'appuyer sur un réseau de médecins intéressés et formés au préalable serait probablement une plus-value de façon à obtenir un suivi optimisé et simplifié pour les usagers.

La facilitation du suivi des patients sous PrEP pourrait notamment se faire par l'usage des auto-prélèvements pour le dépistage trimestriel des IST, comme ceci a pu être évoqué dans les entretiens. Plusieurs expérimentations de ce type de prélèvements ont récemment été conduites, dont une étude française, Mémo-dépistage, promue par Santé Publique France. Cette étude a pour but d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité de kits d'auto-prélèvement envoyés au domicile sur demande des participants HSH (35). Une étude PrEP@home a débuté aux Etats-Unis en Avril 2019 pour évaluer l'efficacité des kits d'auto-prélèvement envoyés au domicile du patient dans le cadre d'un suivi de la PrEP.

Forces et faiblesses de notre travail :

Il s'agit d'une étude originale dans le sens où, à notre connaissance, aucune autre étude à l'heure actuelle ne s'est penchée sur l'avis et le ressenti des médecins généralistes français concernant la PrEP et leur implication éventuelle dans ce dispositif de prévention.

Nous avons tenté de sélectionner un échantillon d'informateurs le plus représentatif possible tant en terme de zone d'exercice que de tranche d'âge afin d'obtenir une diversité optimale dans les avis recueillis.

La population recrutée par le questionnaire envoyé dans la première partie de notre travail répond à ces critères tant en Vienne et qu'en Deux-Sèvres (36) ; le questionnaire a fourni un taux de réponses très satisfaisant, à savoir $90/445 = 20\%$.

Pour la deuxième partie de notre étude, nous nous sommes orientés vers des entretiens individuels. Cet outil méthodologique a plusieurs avantages : une meilleure disponibilité des médecins, un temps d'entretien plus court qu'en focus group et facilement réalisable dans une journée de travail, une absence de nécessité de se déplacer pour les praticiens puisque les entretiens étaient réalisés à leur cabinet ou à leur domicile.

La réalisation d'entretiens individuels permet d'avoir une approche plus représentative de la réalité avec mise en jeu des ressentis des médecins et donc une subjectivité propre à chacun, ce qui est difficilement mesurable avec une étude uniquement quantitative. La réalisation d'entretiens individuels permet aussi la prise en compte directe de l'avis des principaux intéressés (23). Des suggestions pour favoriser un suivi de la PrEP en médecine générale ont pu émerger.

Les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés par la même personne, ce qui a pu favoriser une certaine reproductibilité dans leur déroulement. Le guide d'entretien a permis de renforcer cette reproductibilité en servant de fil directeur lors de chaque entretien.

Les deux premiers entretiens ont été analysés par deux personnes différentes à l'aide d'un logiciel de type CAQDAS. Ce processus de triangulation de l'analyse sur les deux premiers entretiens a permis de générer des codes communs appliqués par la suite aux entretiens suivants. Ce procédé renforce la validité interne de notre travail, améliore sa compréhension et en diminue la subjectivité.

Cependant, il existe plusieurs biais dans cette étude, notamment un biais de sélection ; en effet, les médecins des Deux-Sèvres ayant reçu le questionnaire faisaient partie d'une liste de médecins acceptant de répondre à des questionnaires de thèse ce qui implique que ceux-ci sont plus intéressés et plus motivés. Les médecins ayant répondu au questionnaire ou participé aux entretiens individuels étaient potentiellement des personnes intéressées par le sujet, avec en majorité des médecins généralistes jeunes. De plus les sujets volontaires pour les entretiens individuels faisaient partie des médecins ayant dit être intéressés par une formation sur le sujet lors de la réponse au questionnaire.

La personne ayant réalisé les entretiens individuels (moi-même) n'avait pas reçu de formation spécifique et n'avait aucune expérience dans la réalisation d'études qualitatives ce qui peut être à l'origine d'erreurs dans la retranscription des entretiens et l'interprétation des données. Ce biais d'investigation a été atténué par la réalisation d'un guide d'entretien permettant d'améliorer la reproductibilité des entretiens.

Malgré une méthode d'entretien semi-directif laissant place à des réponses relativement ouvertes et l'utilisation d'un guide d'entretien, il est possible, du fait de la propre sensibilité et des à priori sur le sujet de l'interviewer, que certaines questions et réponses aient été involontairement influencées du fait des mots ou intonations de voix utilisés lors des entretiens et ce, malgré la volonté de rester le plus neutre possible.

De plus, le fait d'avoir enregistré les entretiens a pu modifier l'attitude et les réponses des médecins interviewés.

Une double analyse des données n'a été réalisée que pour les deux premiers entretiens. Ce travail aurait probablement gagné en robustesse si une triangulation avait été appliquée à l'ensemble des entretiens.

Enfin, l'interviewer connaissait la moitié des médecins ayant participé aux entretiens individuels ce qui a pu entraîner un manque dans les informations relevées lors de l'entretien. Ce biais affectif était atténué par le fait d'avoir enregistré les entretiens et de les avoir retranscrits à postériori.

V - CONCLUSION

Trois ans après le déploiement de la PrEP en France, on peut faire le constat que peu de suivi sont réalisés en médecine générale puisque 95% des prescriptions de PrEP sont réalisées en hôpital ou en CeGGID.

A l'heure actuelle, la sexualité reste encore un sujet tabou en médecine générale et le dépistage du VIH et des IST reste insuffisamment ciblé, avec pour conséquence des découvertes tardives de séropositivité.

Notre travail confirme une méconnaissance fréquente de la PrEP par les médecins généralistes. Une diffusion de l'information sur cet outil de prévention permettrait probablement de toucher un plus large public d'utilisateurs.

Le médecin généraliste étant la pierre angulaire du système de soins en France, son implication en santé sexuelle est primordiale, et ceci dans une prise en charge qui se veut globale pour les patients. Notre étude semble confirmer la possibilité d'envisager un suivi de la PrEP en médecine de ville. Toutefois, plusieurs freins ont été soulevés par certains participants. Une participation des MG au suivi de la PrEP, qui se voudrait de qualité pour les patients, devrait donc reposer sur une motivation personnelle des praticiens.

La prise en charge de la PrEP pourrait s'organiser sous forme d'un réseau territorial de professionnels de santé impliqués et clairement identifiés dans un parcours de soins piloté par les centres d'expertise dans le domaine (CeGIDD, centres de santé sexuelle, services de maladies infectieuses), qui initieraient notamment les traitements, avec un suivi des utilisateurs par des médecins généralistes formés et pouvant se référer aux centres experts si besoin. Un bilan annuel auprès du centre expert afin de réévaluer le suivi pourrait s'envisager. Les outils innovants, notamment d'auto-dépistages, pourraient avoir leur place dans ce type de dispositif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2009; 23: 1397–404.
- (2) Rodger A, Bruun T, Weait M, et al. Partners of people on ART-a new evaluation of the risks (the PARTNER study): design and methods. *BMC Public Health* 2012; 12: 296.
- (3) ONUSIDA. Fiche d'information journée mondiale du SIDA. 1^{er} décembre 2018. Accessible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
- (4) Lot F., Cazein F., Bruyand M., Pillone J. INVS, Santé publique France. Bulletin de santé publique infection à VIH, 28 Mars 2019. Accessible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Bulletin-de-sante-publique-infection-a-VIH.-Mars-2019>
- (5) BEAUCAMP A. AIDES, membre de la coalition Internationale SIDA.« Prévention diversifiée : les outils ». Consulté le 13 mars 2019. Accessible sur : <https://www.aides.org/les-outils-de-prevention-vih-sida>
- (6) Collège de la Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection VIH en France. Mars 2017. Consulté le 3 avril 2019. Accessible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_recommandation.pdf
- (7) L. Compagnon, P. Bail, J-F. Huez, B. Stalnikiewicz, C. Ghasarossian, Y. Zerbib, C. Piriou, E. Ferrat, S. Chartier, J. Le Breton, V. Renard, C. Attali. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013 ; 108 : 156-164.
- (8) Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin. [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Paris : Université de Paris Descartes, Faculté de médecine ; 2012.
- (9) Fortoul L. et Lescande J. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents. [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Toulouse : Université de Toulouse III, Paul Sabatier, Faculté de médecine ; 2017.
- (10) Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. . [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Poitiers : Université de Poitiers,

faculté de médecine et pharmacie ; 2015.

- (11) Lebateux A. Santé sexuelle en médecine générale : attente des femmes victimes de violence. [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Bordeaux : Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales ; 2018.
- (12) Bauermeister JA, Carballo-Diéguez A, Ventuneac A, Dolezal C. Assessing motivations to engage in intentional condomless anal intercourse in HIV risk contexts ("Bareback Sex") among men who have sex with men. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(2):156–168.
- (13) Milhet M., Nefau T. Renouveau des usages de drogues en contexte sexuel parmi les HSH. Observatoire français des drogues et toxicomanies, Théma Trend. Consulté le 6 avril 2019. Accessible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmx7.pdf>
- (14) Anzani A., Di Sarno M., Prunas A. L'utilisation Des Applis de Smartphones Pour Trouver Des Partenaires Sexuels. *Revue Sexologie.* 2018 Juil ; 27(3) : 144-149.
- (15) Grant, Robert M., Javier R. Lama, Peter L. Anderson, Vanessa McMahan, Albert Y. Liu, Lorena Vargas, Pedro Goicochea, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New England Journal of Medicine* 363, n° 27 (30 Décembre 2010): 2587-99.
- (16) McCormack S., T Dunn D., Desai M., I Dolling D McCormack S., T Dun D., Desai M., Dolling D., Gafos M., Gilson R., Sullivan A, Clarke A., Reeves I., Schembri G., Mackie N., Bowman C., Lacey C., Apea V., Brady M., Fox J., Taylor S., Antonucci S., Khoo S., Rooney J., Nardone A., Fisher M., McOwan A., Phillips A., Johnson A., Gazzard B, Gill O. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*, Vol. 347, 2016 January 2.
- (17) Molina, Jean-Michel, Catherine Capitant, Bruno Spire, Gilles Pialoux, Laurent Cotte, Isabelle Charreau, Cecile Tremblay, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine* 373, n° 23 (3 décembre 2015): 2237-46.
- (18) Jared M. Baeten, Deborah Donnell, Patrick Ndase, Nelly R. Mugo, James D. Campbell, Jonathan Wangisi, Jordan W. Tappero, Elizabeth A. Bukusi, Craig R. Cohen, Elly Katabira, Allan Ronald, Elioda Tumwesigye, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med* 2012, 367 (August 2, 2012): 399-410
- (19) Noori T., Amato-Gauci A., Pharris A., Semenza J., Coulombier D., Kramarz P. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and Men Who Have Sex with Men Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 Progress

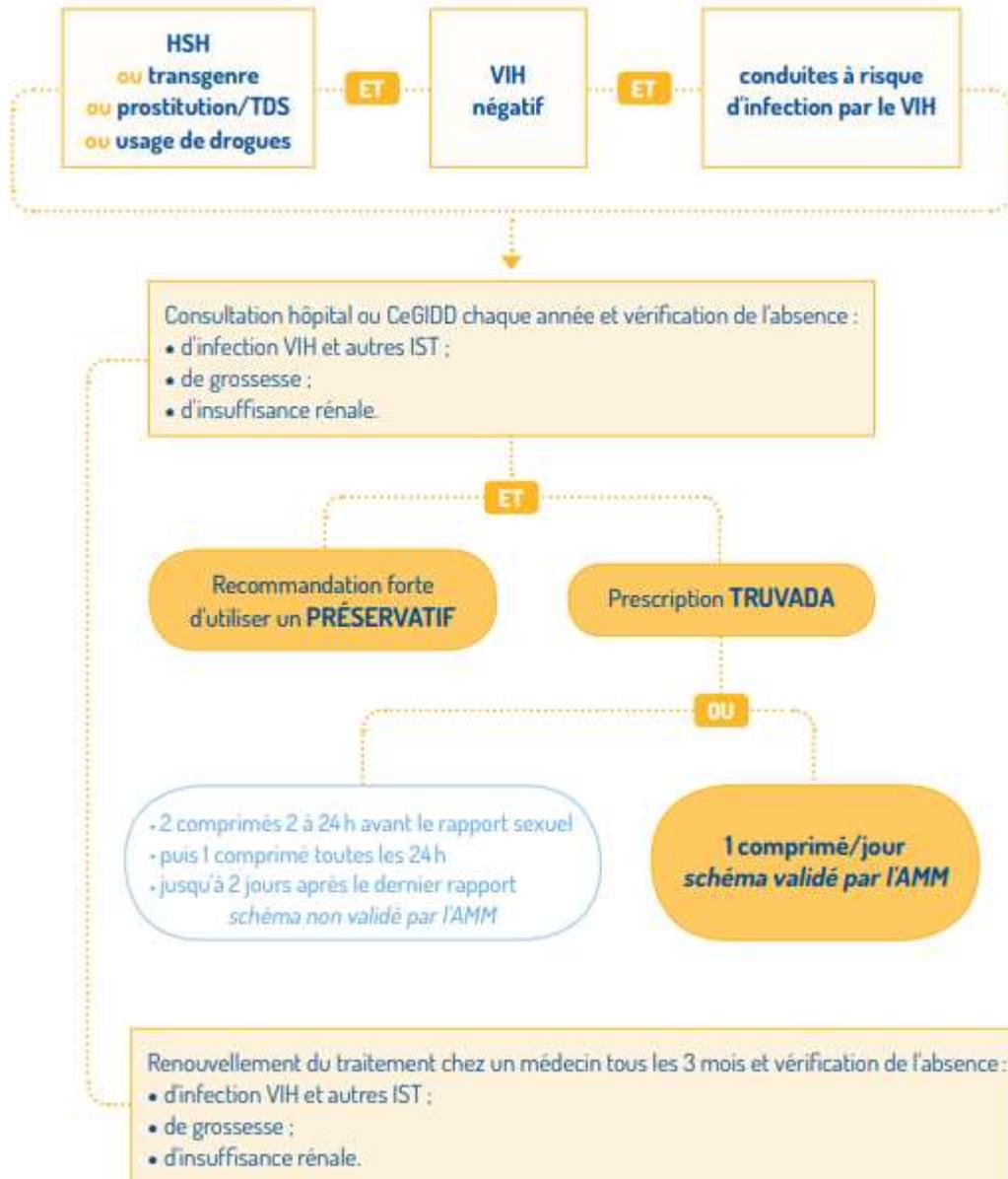
Report., 2017.

- (20) Billioti De Gage S., Aubriere C., Dray-Spira R. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Plus de 10 000 personnes ont initié une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par Truvada ou génériques - Point d'Information. 30 Novembre 2018. Accessible sur : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plus-de-10-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-Point-d-Information>
- (21) Pialoux G. Actualités PrEP au 29 Mars 2019. SFLS 2019 : Journées thématiques PrEP-IST-Santé sexuelle ; 28-29 Mars 2019 ; Paris, La Sorbonne, France. Accessible sur : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-spilf-slfs/2019/pialoux.pdf>
- (22) Duthe J-C. CoreVIH Bretagne. Dépistage VIH : Enquête auprès des médecins généralistes du secteur de Morlaix. 11 Décembre 2012. Accessible sur : <http://corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/commissions/M%C3%A9decine%20de%20ville/Enqu%C3%AAt%20m%C3%A9decin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste%20Morlaix%2011.pdf>
- (23) AUBIN-AUGER, I. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008, volume 19, n°84, p.142-145.
- (24) Champenois K., Cousien A., Cuzin L., Le Vu S., Deuffic-Burban S., Lanoy E., Lacombe K., Cotte L., Béchu P., Patey O., Calvez M., Semaille C., Yazdanpanah Y. Opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France. Congrès SFLS 2012.
- (25) Dumas S. Etude observationnelle des situations et opportunités de dépistage des infections sexuellement transmissibles en consultation de soins primaires en région Pays de La Loire. [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Nantes : Université de Nantes; 2017.
- (26) Varache C. Etude des situations de dépistage des infections sexuellement transmissibles chez le médecin généraliste en région Pays de La Loire. [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Angers : Université d'Angers, UFR santé ; 2017.
- (27) Morvan Y. Etude observationnelle des situations et opportunités de dépistage des infections sexuellement transmissibles en consultation de soins primaires en région Pays de La Loire. [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Nantes : Université de Nantes; 2017.
- (28) Meystre-Agustoni G., A.Jeannin, Heller De, et F. Dubois-Arber. Talking about sexuality with the physician : are patients receiving what they wish ? *Swiss Medical Weekly* 141, n°0910 (8 mars 2011).

- (29) Chiarabini T. 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. [Thèse de doctorat d'Université pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Paris Sud : Faculté de médecine de Paris Sud, Université Paris XI ; 2019.
- (30) « C. Lions, O. Cabras, L. Cotte, T. Huleux, A. Gagneux-Brugnon, A. Makinson, A. Cabié, B. Bonnet, C. Duvivier, L. Hocqueloux, E. Cua, A. Cheret, L. Hustache-Mathieu, V. Obry-Roguet, C. Jacomet, I. Poizot-Martin and the DAT'AIDS Study group. Missed opportunities of HIV pre-exposure prophylaxis in France : a retrospective analysis in the french Dat'AIDS cohort. *BMC Infectious Diseases* (25 Mars 2019) 19 : 278.
- (31) Bacon, Oliver, Rafael Gonzalez, Erin Andrew, Michael B. Potter, James Rouse Iñiguez, Stephanie E. Cohen, Albert Y. Liu, et Jonathan D. Fuchs. Informing Strategies to Build PrEP Capacity among San Francisco Bay Area Clinicians ». *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* 74, n° 2 (1 Février 2017): 175-79.
- (32) J.-M. Molina, J. Ghosn, L. Beniguel, D. Rojas-Castro, M. Algarte-Genin, G. Pialoux, C. Delaugerre, Y. Yazdanpanah, C. Katlama, C. Segouin, S. Morel, C. Pintado, B. Loze, S. Le Mestre, S. Gibowski, V. Dore, L. Assoumou, B. Spire, D. Costagliola, and the Prevenir ANRS study group. Incidence of HIV-infection in the ANRS Prevenir Study in the Paris Region with Daily or On Demand PrEP with TDF/FTC. 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, Netherlands, July 23-27, 2018.
- (33) Jenness SM, Weiss KM, Goodreau SM, Gift T, Chesson H, Hoover KW, et al. Incidence of Gonorrhea and Chlamydia Following Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex With Men: A Modeling Study. *Clin Infect Dis.* 1 septembre 2017;65(5):712–8.
- (34) Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes – Un essai de typologie. *drees*, N°315, juin 2004.
- (35) Lydié N., Rahib D., Mached V.. : une intervention pour promouvoir le dépistage répété du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France. Forum de la SFLS, 15 décembre 2017.
- (36) Bouet P., Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} Janvier 2018. Conseil de l'ordre des médecins. Accessible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : recommandations HAS sur l'utilisation TRUVADA dans la PrEP, Mars 2017



Annexe 2 : Questionnaire

Dans le cadre de ma thèse j'ai réalisé ce rapide questionnaire pour recueillir vos habitudes de pratique concernant le VIH et l'orientation sexuelle de vos patients. Pour mener à bien mon travail de thèse il est nécessaire que je puisse récupérer le plus de réponses possibles, merci de votre participation.

1) Adresse e-mail

2) Nom Prénom

3) Age

4) Sexe

- Homme
- Femme

5) Département d'exercice

- Vienne
- Deux-Sèvres

6) Zone d'exercice

- Urbaine
- Semi-rurale
- Rurale

7) Comment estimez-vous votre niveau de connaissance sur l'orientation sexuelle de vos patients ?

- Bon
- Moyen
- Mauvais

8) Concernant les patients âgés de 15 à 65ans : posez-vous la question de leur orientation sexuelle ?

- Systématiquement
- Parfois
- Jamais

9) Selon vous, quels sont les freins à aborder l'orientation sexuelle avec vos patients ?

- Je n'ai pas le temps durant la consultation
- Ce n'est pas le motif de la consultation
- Je n'y pense pas
- Je n'ose pas aborder ce sujet avec mon patient
- J'apprehende la réaction de mon patient
- Autre

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

11) Quel pourcentage de votre patientèle masculine a des rapports sexuels avec des hommes (exclusivement ou non)

- <5%
- 5 à 20%
- >20%
- Je ne sais pas

<p>12) A quelle fréquence dépistez-vous le VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <1 fois par an <input type="checkbox"/> <1 fois par mois <input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par mois <input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par semaine
<p>13) Dans quel cadre dépistez-vous le VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consultation contraception <input type="checkbox"/> Consultation pré-conceptionnelle <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Infection sexuellement transmissible symptomatique <input type="checkbox"/> A la demande du patient <input type="checkbox"/> Comportement à risque d'exposition au VIH <input type="checkbox"/> Autre
<p>14) Combien suivez-vous de patients séropositifs pour le VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> >5
<p>15) Suivez-vous des patients : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, bisexuels, transsexuels, travailleu-euses du sexe, usagers de drogues intraveineuses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>16) Avez-vous déjà entendu parler de la Prophylaxie Pré-exposition au VIH (=PrEP) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>17) Suivez-vous des patients sous PrEP ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>18) Seriez-vous intéressé-e pour participer à une soirée sur ce sujet ? (critères d'instauration, suivi, implications potentielles du médecin généraliste,...) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Annexe 3 : Présentation de l'étude et demande de consentement aux entretiens individuels

La prophylaxie pré-exposition au VIH est l'utilisation prophylactique d'une association d'antirétroviraux : ténofovir disoproxil fumarate + emtricitabine (= Truvada et ses génériques) ; elle s'adresse aux populations à risque d'exposition au VIH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, travailleurs-euses du sexe, usagers de drogues IV) et depuis janvier 2016 est prise en charge à 100% par la sécurité sociale initialement en RTU, elle a obtenu l'AMM en mars 2017 et peut donc depuis être renouvelée par les médecins généralistes.

La PrEP est un outil de prévention supplémentaire et a fait preuve de son efficacité dans de nombreuses études (Partners PrEP, PROUD, IPERGAY, ...).

Actuellement le nombre de patients sous PrEP ne fait qu'augmenter et les créneaux de consultations de certains centres saturent avec des délais d'attente très importants. Afin d'étendre l'offre d'accès à la PrEP, une réflexion sur un relai de ville par les médecins généralistes est donc à l'étude.

Si je vous contacte ce jour c'est que vous avez répondu à mon questionnaire initial sur la PrEP. Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise une enquête sur la faisabilité de suivi des patients sous PrEP en médecine générale et votre avis et témoignage de situations vécues personnelles me sont nécessaires pour mener à bien cette étude, ceux-ci seront accueillis sans aucun jugement.

Etes-vous d'accord pour participer à cette étude ? si oui consentez-vous à ce que notre entretien soit enregistré vocalement et visuellement, me permettant ainsi de retranscrire vos réponses et de les analyser par la suite ? Tout en vous rappelant que l'entretien reste anonyme.

Merci d'avance pour votre participation.

Annexe 4 : Guide d'entretien individuel

Question 1 – Avis personnel, compréhension de la PrEP :

Que pensez-vous personnellement de la PrEP ?
Racontez-moi, si vous en avez une, une expérience personnelle sur ce sujet.

Question 2 – Introduction de la PrEP auprès des patients:

Comment pourriez-vous cibler les patients qui pourraient bénéficier de la PrEP ?
Comment pourriez-vous aborder le sujet en consultation ?
Avec quel type de patientèle serait-il plus facile d'en parler ?
Dans quel contexte est-il plus facile d'en parler ?

Question 3 – Bénéfices et freins à la mise en place :

Selon vous, quelle serait votre place en tant que médecin généraliste dans le suivi des patients sous PrEP ?
Qu'apporterait à vos patients la possibilité de suivi de la PrEP ?
Qu'apporterait à votre pratique le suivi des patients sous PrEP ?
Quelles craintes/hésitations avez-vous quant à ce suivi ?
Quels pourraient être les freins à ce suivi ?
Si le développement de la PrEP donnait lieu à une recrudescence des autres IST vous sentiriez-vous à même de les prendre en charge ?

Question 4 – Mise en place du suivi, diffusion de l'information aux médecins généralistes:

Quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste pour effectuer ce suivi ?
Comment pourrait-on vous aider à mettre en place ce suivi ?
Quelles seraient vos suggestions pour mieux informer les médecins généralistes sur la PrEP ?

Conclusion :

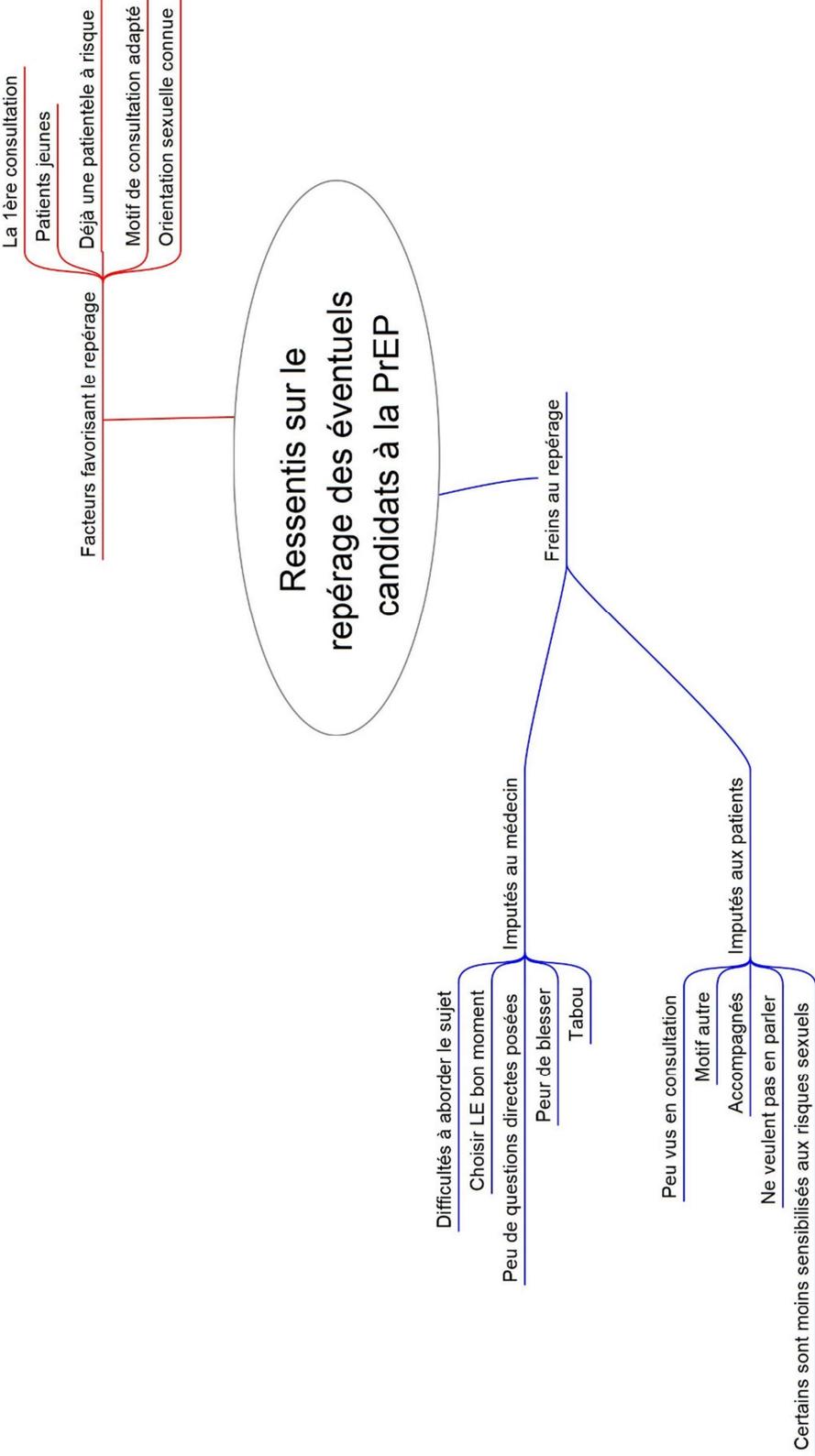
Avez-vous quelque chose à ajouter au sujet de la PrEP et de son suivi en médecine générale ? Y a-t-il un thème que vous trouvez important de soulever et que nous n'aurions pas abordé ?

Annexe 5 : questionnaire quantitatif décrivant les caractéristiques socio-démographiques des médecins ayant participé aux entretiens individuels

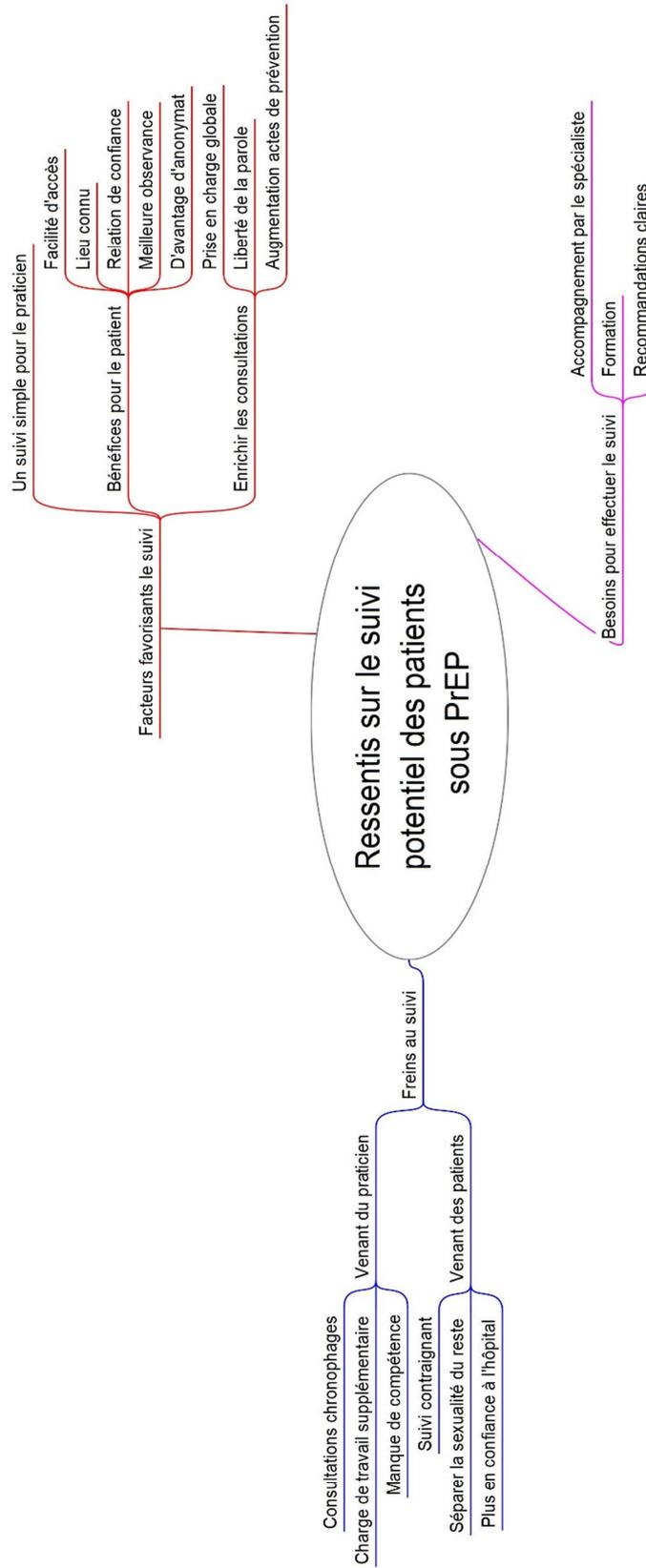
Questionnaire anonyme en fin d'entretien :

- **Sexe :**
 - Femme
 - Homme
- **Age :**
 - >60ans
 - 45-59ans
 - <45ans
- **Lieu d'exercice :**
 - Urbain
 - Semi-rural
 - Rural
- **Mode d'exercice :**
 - Seul
 - Cabinet médical
 - Maison médicale
- **Connaissance de la PrEP :**
 - Je suis des patients prenant la PrEP
 - A ma connaissance aucun de mes patients ne prend la PrEP

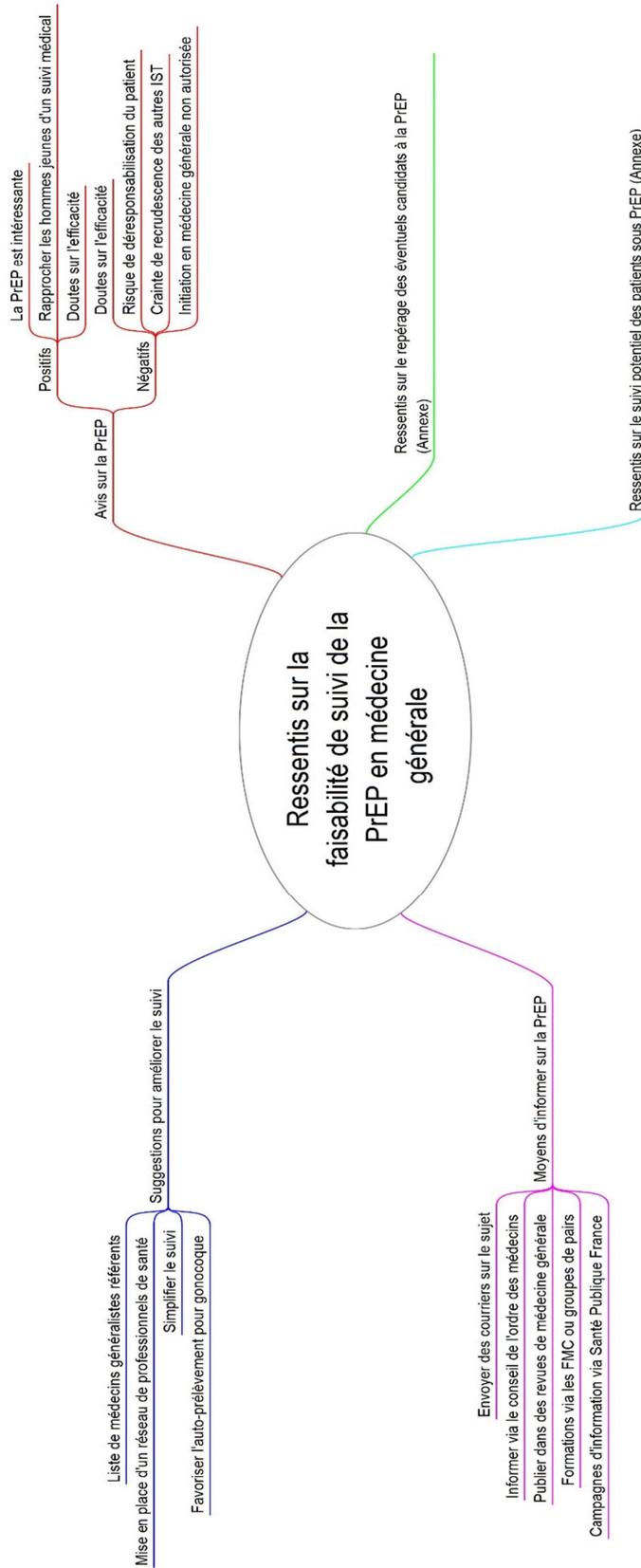
Annexe 6 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes sur le repérage des candidats éventuels à la PrEP



Annexe 7 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes sur le suivi potentiel des patients sous PrEP



Annexe 8 : Carte heuristique des ressentis des médecins généralistes quant à la faisabilité de suivi des patients sous PrEP en médecine générale



RESUME

Introduction : La PrEP est disponible en France depuis 2016. Elle peut être renouvelée en médecine générale depuis 2017, or 95% des renouvellements se font à l'hôpital ou en CeGIDD. Notre étude a pour objectif d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité du suivi des patients sous PrEP en médecine générale.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude en deux parties, une partie quantitative avec un questionnaire diffusé aux médecins généralistes en Vienne et Deux-Sèvres et une partie qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes de Vienne et Deux-Sèvres.

Résultats : Les médecins ayant répondu au questionnaire (n=90) jugeaient leur niveau de connaissance sur l'orientation sexuelle de leur patient comme bon dans 36% des cas. Les principaux freins pour les MG à aborder la sexualité et les risques étaient l'absence de lien avec le motif de la consultation, le fait de ne pas y penser et la gêne à aborder ce sujet (pour eux ou ressentie pour leur patient). Seulement 53% des MG avaient déjà entendu parler de la PrEP.

Les entretiens individuels ont fait ressortir plusieurs freins au suivi des patients sous PrEP, non seulement un manque de formation entraînant une mauvaise maîtrise du sujet mais aussi une difficulté à aborder la sexualité en consultation entraînant une méconnaissance de la part des médecins généralistes sur les prises de risque des patients concernant le VIH.

Un suivi en médecine générale de la PrEP pourrait être plus simple pour les patients, avec des consultations facilement accessibles et plus anonymes qu'en service spécialisé ; de plus il permettrait d'enrichir les consultations avec une approche plus globale des patients pour les MG. Enfin, cela permettrait aux MG de voir des patients consultant peu habituellement.

Conclusion :

La PrEP reste méconnue des MG et une information sur cet outil de prévention semble nécessaire. La méconnaissance par les MG de l'orientation sexuelle des patients et de leurs pratiques à risque est un obstacle au repérage des personnes potentiellement éligibles à la PrEP. Un suivi de la PrEP en médecine de ville semble envisageable malgré de nombreux freins, voire réticences. Il nécessiterait de former des MG volontaires, qui pourraient être intégrés dans un réseau de professionnels de santé impliqués dans le parcours de soin des personnes sous PrEP.

Mots-clés : VIH, PrEP, médecine générale, abord sexualité, méconnaissance pratiques sexuelles



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

