



HAL
open science

Représentations de la PrEP chez les médecins généralistes de la métropole de Montpellier

Anthony Hours

► **To cite this version:**

Anthony Hours. Représentations de la PrEP chez les médecins généralistes de la métropole de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03114633

HAL Id: dumas-03114633

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03114633>

Submitted on 19 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anthony HOURS

Le 18 septembre 2020

**Représentations de la PrEP chez les médecins généralistes de la
métropole de Montpellier**

Directeur de thèse : Dr Cyril PERROLLAZ

JURY

Président : Professeur Jacques REYNES

Assesseurs : Docteur David COSTA

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Cyril PERROLLAZ

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anthony HOURS

Le 18 septembre 2020

**Représentations de la PrEP chez les médecins généralistes de la
métropole de Montpellier**

Directeur de thèse : Dr Cyril PERROLLAZ

JURY

Président : Professeur Jacques REYNES

Assesseurs : Docteur David Costa

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Cyril PERROLLAZ

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÈRE Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUJ CHENIVASSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

JEZIORSKI Éric

Pédiatrie

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jacques REYNES, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de partager votre passion pour l'infectiologie.

A Monsieur le Docteur David COSTA, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et pour l'attention que tu portes à ce travail depuis le début. Merci également pour ton partage de connaissances et ces 6 mois passés au cabinet qui ont contribué à mon amour pour ce métier.

A Madame le Docteur Béatrice LOGNOS, merci d'avoir accepté de juger ce travail et notamment pour vos conseils au début de ce projet.

A Monsieur le Docteur Cyril PERROLLAZ, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Un grand merci pour ta patience (et il en a fallu) et tes conseils qui m'ont guidé tout au long de cette aventure qui a commencé déjà il y a près de 2 ans. Je te remercie pour ta disponibilité et ton écoute, surtout dans les moments de doute. Merci.

Aux médecins qui ont accepté de me donner de leur temps pour participer à cette étude, merci d'avoir partagé vos points de vue, vos craintes, vos espoirs, vos coups de gueule et votre bienveillance.

A ma famille, merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir poussé jusqu'à ce jour tant espéré. Parce que oui, vous l'attendiez ce jour, depuis bien longtemps. J'ai souhaité qu'il soit à la hauteur de vos espérances, aussi ce travail a-t-il pris plus de temps que prévu.

A ma mère, qui m'a tant donné sans compter à commencer par son amour.

A mon père, généreux et toujours disponible pour donner un coup de main.

A ma sœur, entre chamailleries et réelle complicité, je pense qu'on a trouvé une voie qui me plaît grandement.

A son mari et leurs adorables bijoux qui illuminent ma vie depuis leur naissance. Les voir grandir malgré la distance est un pur bonheur.

A la DT, que la vie a éloignée au fil des kilomètres mais qui reste à tout jamais dans mon cœur. A cette amitié qui est née il y a déjà ... bien trop d'années sans jamais s'amenuiser. Depuis le bac-à-sable d'Etoile-Sur-Rhône et la plage de Jard Sur Mer, en passant par les « tablettes » de Latin, le voyage à Rome, les danses endiablées à Malte jusqu'à celles sur ton canapé parisien, sans oublier Pétra et ses balades à dos d'âne sous la pleine lune (Attention le bédouin), notre amitié n'a cessé de se renforcer. Merci à vos

« bons amis » de vous apporter ce bonheur que je lis sur vos lèvres à chaque fois que je vous vois. Et que dire de ces 2 petites perles qui font que la DT ne s'arrêtera jamais. Caro, Elo, Co, je vous aime.

A mes amis d'externat, que l'internat a séparé aux 4 coins de la France, mais qui permet des retrouvailles d'autant meilleures, merci d'être qui vous êtes. Marine, ton sérieux et ta folie m'ont permis de surpasser l'ECN et pour ça je t'en remercie. Clara, tes petits plats et tes grandes attentions m'ont également soutenu dans cette épreuve. Merci à vous 2 pour ces voyages mémorables et ces fous rire interminables... Pourvu qu'ils continuent. Antonin, nos débats politiques et hommages à Johnny n'ont aucun équivalent sur toutes les fréquences radios déjà existantes. Sans oublier cet ERASMUS en Roumanie avec notre belle Popo, pour qui la rando, c'est du gâteau. Eva, toi la seule résistante qui comme moi est capable de faire 10 jours de kite de suite « à las douze ». Alizée, Vincent, Agathe, Julien et j'en oublie certainement, merci d'être encore là après tout ce temps.

A celles qui m'ont suivi jusqu'à l'internat. Coline et Mathilde, à nous 3 on en a fait des ravages. On nous aimait bien mais de loin... Du coup, on s'est rapproché. Sara, merci à ton mari pour sa maison et nos petites soirées nîmoises fort appréciables. Je suis fier des femmes que vous êtes devenues et de toutes ces joies qui vont encore frapper à votre porte. En espérant pouvoir les partager avec vous.

A mes amis d'internat,

Les bagnolais. Qui aurait cru qu'un semestre à Bagnols-sur-Cèze serait aussi riche en rencontres magnifiques. Mon Anaboule, je suis content de voir tes rêves s'exaucer et t'encourage dans tes projets futurs. Ma Popoboule, les tiens aussi sont en chemin, pourvu que ton voyage soit aussi enrichissant que celui qu'on a partagé avec Stephoufouf. D'ailleurs, Stephoufouf, P.niels, Irina, la thèse on a mis le temps, mais on y arrivera.

A Balmes 2017. Une sacrée équipe a pris place au MISAG et je pense qu'ils s'en souviendront. Nos pauses café interminables à même les couloirs du service nous ont peut-être un peu affichés. Valoche et ses horaires interminables, Coralie et ses absences remarquées, Adel et son protocole si mortel, Irina si... Ukrainienne. Sans oublier toute l'équipe des chefs, des infirmières (Sarah, Marine...) et autres paramed comme Camille, toujours présente à la pause-café.

A mes colocs

Bompas bis, Coline et Damien, mes parents durant cette période. Vous pouvez me dire merci, je vous ai formés à ce qui se profile devant vous. Marion toujours là, sans être

là. Nos soirées mayonnaise comté ne furent que du bonheur. Merci. Sans oublier Claude et Marisel sans qui cette coloc n'aurait pas vu le jour.

Irina, encore elle. Après un détour par la Mosson et le fameux tacos raclette, nous voilà dans un magnifique appartement avec billard... Le repas était du même genre, c'était ravioliflette. Merci d'avoir égayé ces 6 mois de retour de voyage, l'atterrissage n'en a été que plus agréable.

Au Palace, qui en a vu défiler des colocs... et pas que. Merci de m'avoir accepté dans cette coloc il y a près de 3 ans. Merci à Quentin S, Arthur, Charlotte, Grégoire, Jules et Laura, Quentin M et Gwen, Antonin, Jérem, Lucile, Carole et Morgan d'avoir fait de ces 3 ans un cocon dans lequel il fait bon vivre. Un merci particulier aux 2 du fond qui se reconnaîtront, à Chacha et notre enfant qui se reconnaîtra aussi. Le confinement avec vous était top.

Aux saintes, qui l'ont été, ne le sont pas toujours, mais qui se bonifient avec le temps... Un grand merci pour ces 2 années de folie que vous m'avez fait vivre. CPCQV. D'un apéro en bord de plage au Grau à Barcelone et qui sait, jusqu'à Tahiti ? Tant de fous rires à nous 4 et de bracelets qui nous lient à jamais... ou presque... Gary, Micka et Audrey rendez-vous est pris sur les plages de Papeete. Ma Jojo d'amour, mon « partners in crime » depuis peu mais avec qui j'ai déjà tout vécu. Qui eut cru que notre rencontre nous emmènerait où nous en sommes. Garde ta fougue et tes projets en tête, ils se réaliseront, c'est certains. A Jean, Greg, Arnaud, Micka, merci pour vos sourire et la folie qui vous caractérise.

Arnaud. Une rencontre inattendue, des roses rouges, la vie de château et nous voilà embarqués dans une histoire qu'il nous reste à écrire ensemble. En espérant qu'elle dure.

SOMMAIRE

Remerciements.....	16
Glossaire.....	22
INTRODUCTION.....	23
a) Epidémiologie du VIH.....	23
b) Un nouveau moyen de prévention existe :	26
c) Problématique	29
d) Objectif Principal.....	31
MATERIELS ET METHODE.....	32
a) Caractéristiques de l'étude.....	32
b) Population étudiée.....	32
c) Echantillonnage.....	33
d) Recueil des données	33
e) Analyse des données.....	34
RESULTATS	35
a) Caractéristiques de la population.....	35
b) Analyse thématique	37
Pour la société	37
1. En réponse à un constat.....	37
a) Le VIH, une réalité.....	37
b) Augmentation des pratiques à risque du fait d'une diminution de la peur de la contamination par le VIH.....	38
c) IST : Majoration des cas de Syphilis.....	38
d) État des pratiques sexuelles	38
2. Objectif de santé publique : diminuer le nombre de contamination du VIH	40
a) Une méthode de prévention du VIH.....	40
b) Un espoir vis-à-vis du VIH	41
c) Dans une démarche de prévention combinée	41
d) Un traitement de pré-exposition.....	41
e) Une révolution en santé sexuelle	42
f) Objectif local : Montpellier sans SIDA.....	42
g) Un outil à diffuser	42
h) Objectif nuancé par les médecins généralistes	42

3. Des acteurs de santé spécifiques au sein d'un maillage territorial	45
a) Rôle des spécialistes	45
b) Rôle des généralistes	46
c) Des attentes	47
Pour le médecin généraliste	48
4. L'information au médecin généraliste	48
a) Un constat de manque.....	48
b) Concernant la PrEP : Défaut de connaissance	48
c) Raisons multiples	51
d) Accès à l'information	52
e) Acquisition de compétences.....	53
f) Objectifs multiples	56
g) Moyens de diffusion	56
5. Appropriation du protocole	57
a) Indications de la PrEP.....	57
b) Bilan pré-thérapeutique.....	58
c) Truvada	58
d) Simple.....	59
e) Rassurant.....	59
f) Nouveau paradigme de prévention	59
g) Dans l'intérêt des patients.....	59
h) Prise en charge globale	59
i) Protocole de prise à la demande complexe	60
j) Défaut de mémorisation.....	60
k) Un sujet qui touche aux ambivalences personnelles du médecin	60
6. Ressenti	60
a) Sentiment de vulnérabilité	60
b) Manque de considération.....	61
c) Sentiment d'exclusion dans la prescription.....	62
d) Sentiment d'impuissance.....	63
e) Sentiment d'illégitimité dans la gestion des antirétroviraux	63
f) Surcharge	63
g) La PrEP comme challenge	64

h) La PrEP, une protection coûte que coûte	64
i) Besoin de reconnaissance.....	65
j) Ambivalence dans le recours au médecins généralistes	66
k) Renforcer la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge globale du patient.....	66
Dans la relation de soin	67
7. Abord de la sexualité.....	67
a) Evité.....	67
b) Le choix des mots.....	67
c) Evaluation des pratiques à risque.....	67
d) Le bon moment.....	68
e) Les Freins du médecin.....	71
f) Facilité grâce à la PrEP	72
g) Intérêt de la formation dans l’abord de la sexualité	73
h) Un item dans le dossier.....	73
i) Le discours de prévention.....	73
8. Identifier les populations à risque.....	75
a) HSH bien identifiés.....	75
b) Sous-estimation du nombre de patients concernés.....	76
Pour les patients	77
9. L’information	77
a) Accès à l’information	77
b) Difficulté d’accès à l’information.....	78
c) Accès à la prescription	78
d) Un protocole	80
e) Implication du patient.....	82
f) Contreparties	83
DISCUSSION.....	92
Bibliographie	96
Annexes.....	100
Serment d’Hippocrate.....	111
Résumé.....	113

GLOSSAIRE

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARV : Antirétroviraux

CDOM34 : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Hérault

CHEMSEX : recours à des drogues à visée psychoactives au cours des rapports sexuels

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research : Critères d'une recherche qualitative

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

RTU : Recommandation temporaire d'Utilisation

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

TasP : Treatment as Prevention : Traitement d'une personne atteinte du VIH afin qu'elle ne soit plus contaminante et donc à visée préventive pour son / sa partenaire

TPE : Traitement Poste-Exposition

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDIV : Usagers de Drogues Intra-veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

a) Epidémiologie du VIH

1- Dans le monde

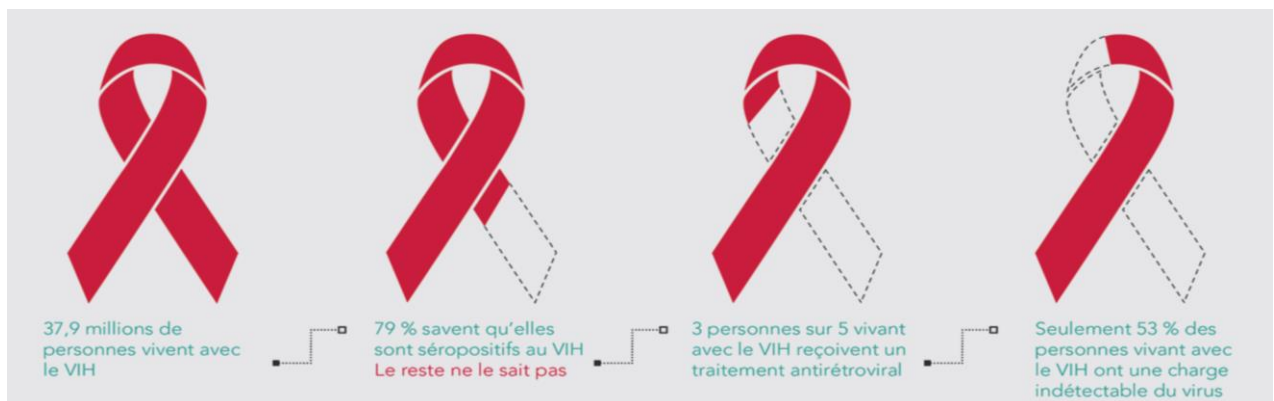
L'infection par le VIH représente un problème de santé publique majeur depuis plus de 40 ans.

En 2015, l'ONUSIDA affichait des objectifs ambitieux pour mettre fin à l'épidémie à savoir que

- A l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
- A l'horizon 2020, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable.
- A l'horizon 2020, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral aient une charge virale durablement supprimée.(1)

La réalité à l'approche de l'échéance est toute autre. A ce jour

- **37,9 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde**
- **1,8 million de personnes sont devenues nouvellement infectées par le VIH**
- **75 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH**
- **21,7 millions de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale(2)**

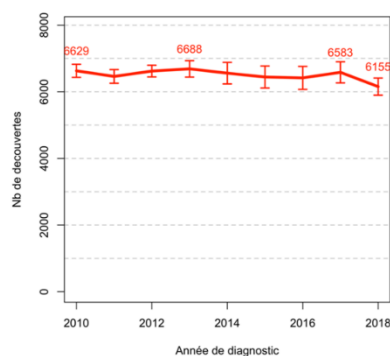


2- En France

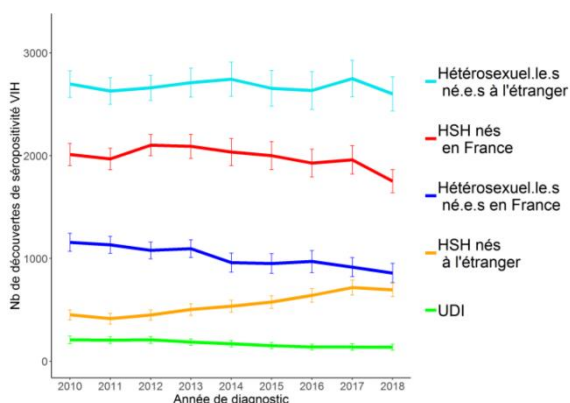
Pour le seul cas de la France, on dénombre environ 172 700 personnes vivant avec le VIH : 86% connaissent leur statut, 76% sont sous traitement et 74% ont une charge virale contrôlée.(3)

En 2018, près de 6200 personnes découvraient encore leur séropositivité en France. Un chiffre qui malgré une baisse observée de 2004 à 2011, reste stable. La répartition des contaminations dans la population générale, selon les chiffres de 2016, reste inchangée où les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger restent les deux groupes les plus touchés, avec respectivement 45% et 38% des découvertes sur cette période. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables représentent respectivement 15% et 1% des nouvelles contaminations, des proportions stables depuis 2015.

Figure 1. Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2010-2018



Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019



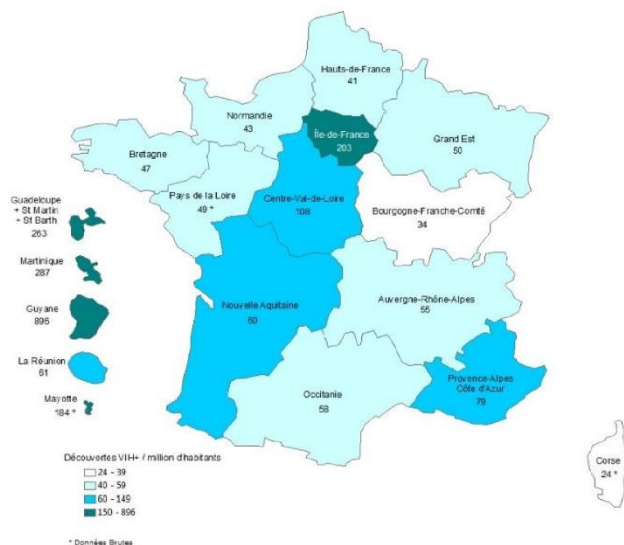
Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019

Figure 1: Nombre de découvertes de séropositivité VIH en France 2010-2017 (Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/09/2018, Santé publique France)(4)

Dans la seule population de HSH, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH augmente depuis 2011 (5) avec au niveau national, une prévalence de 14.3% (IC95%: [12.0-16.9]).

3- En Occitanie

Figure 4 : Nombre de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants par région, France, 2018



Source : DO VIH, données au 31/03/2019 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France

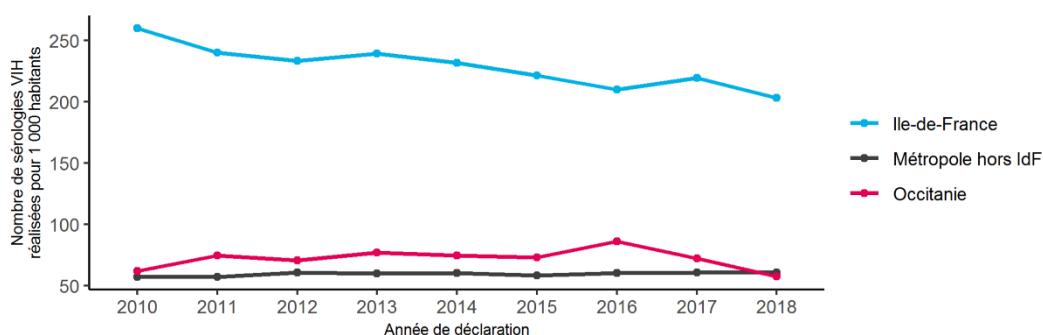
En Occitanie, le nombre de découvertes de séropositivité était de 339 en 2018, en diminution par rapport aux années précédentes (447 découvertes de séropositivité

en 2016).

Les rapports homosexuels masculins sont, en Occitanie en 2018, le mode de contamination le plus fréquent, en diminution par rapport aux années précédentes.

Le second mode de transmission le plus fréquent concerne les rapports hétérosexuels, avec une tendance à l'augmentation par rapport aux années précédentes

Figure 5 : Evolution annuelle du nombre de découvertes de séropositivité au VIH par million d'habitants en Occitanie, en France métropolitaine hors Ile-de-France et en Ile-de-France, 2010-2018



Source : DO VIH, données au 31/03/2019 corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration, Santé publique France.

Dans l'Hérault (34), le nombre de découvertes de séropositivité était de 41 par million d'habitants en 2018. Celles-ci concernent davantage les personnes nées en France, les personnes de 50 ans et plus, les HSH nés en France.(6).

A Montpellier, la proportion de HSH séropositifs s'élevait en 2015 à 16.9% (IC 95% : [11.2-24.7]). Soit la 2^{ème} ville avec la prévalence la plus élevée en France, sur les 5 villes étudiées

dans l'étude PREVAGAY (derrière Nice (17,1 % [IC95%: 11,8-24,1]) et devant Paris (16,1 % [IC95%: 12,5-20,4]), (7)

Ceci s'explique en partie par la baisse de l'usage du préservatif depuis 1997 (En France (8) et à Montpellier (7)). La marginalisation et la stigmatisation sont des facteurs favorisant les comportements à risque. La disponibilité des drogues et autres substances psychoactives à visée récréative ou dans un contexte sexuel (CHEMSEX) majorent encore cette prise de risque avec un rejet massif du préservatif. Tout ceci étant facilité par les applications et autres sites de rencontres. (exemple au Royaume Uni(9))

b) Un nouveau moyen de prévention existe :

1- La PrEP (ou Prophylaxie Pré-Exposition du VIH)

S'intègre dans un programme global de prévention avec notamment :

- I. L'usage de préservatifs (internes ou externes),
- II. Les dépistages réguliers du VIH (Test rapides (TROD), autotests, dépistages classiques en vue d'un diagnostic précoce),
- III. Le recours au traitement d'urgence, dit TPE (Traitement Post Exposition),
- IV. Le recours au traitement du VIH comme moyen de prévention de la transmission sexuelle (TasP) visant à obtenir une charge virale indétectable,
- V. la prévention de la transmission mère enfant (10)
- VI. L'utilisation de matériel à usage unique pour les usagers de drogues
- VII. Le traitement des autres IST.

La PrEP associe une bithérapie anti-rétrovirale composée de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) (TRUVADA : EMTRICITABINE / TENOFOVIR DIPROXIL) à un suivi régulier avec dépistages sérologiques et bilans biologiques s'adressant à une population reconnue à risque. (11–13)

2- Les preuves scientifiques

De nombreuses études réalisées en France et à l'étranger confirment une efficacité de la PrEP dans la réduction du nombre de contaminations par le VIH.

- Chez les HSH et les transgenres (86% dans l'étude IPERGAY en France et au Canada (14), 86% dans l'étude PROUD (13) au Royaume Uni),
- mais également chez les femmes et les couples hétérosexuels (67 à 75 % (IC:55-81) dans l'étude Partners PrEP (15) réalisée au Kenya et en Ouganda, et 62% dans l'étude TDF2 (16) réalisée au Botswana).

Tableau 2 : Principaux essais de PrEP (50)

Population	Essais	Réduction de l'incidence du VIH	Antirétroviral Mode d'administration
HSH / Transgenre	- iPrEX - PROUD - IPERGAY	44 % 86 % 86 %	TDF/FTC oral tous les jours TDF/FTC oral tous les jours TDF/FTC oral à la demande
Hommes et femmes hétérosexuels	- Partners PrEP - TDF 2	63 - 75 % 62 %	TDF oral tous les jours TDF/FTC oral tous les jours
Femmes	- CAPRISA - FACTS - FEM-PREP - VOICE	39 % 0 % 6 % -49 % -15 %	TDF gel à la demande TDF gel à la demande TDF/FTC oral tous les jours TDF oral / gel tous les jours
Usagers de drogues injectables	- BTS	49 %	TDF oral tous les jours

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; FTC : emtricitabine ; TDF : tenofovir disoproxyl fumarat

(17)

Sur la base de ces essais randomisés, la PrEP a vocation à devenir un pilier de l'arsenal préventif chez les populations clés.

3- Commercialisation

En France, il a été décidé, le 4 janvier 2016, d'une prise en charge de la PrEP dans le cadre d'une RTU (18) assortie d'une AMM obtenue en mars 2017 et étendue en février 2019.

La prise de ce traitement en France repose sur 2 schémas validés par l'HAS :

- la prise continue : le sujet prend alors tous les jours à heure fixe un comprimé de TRUVADA® après une prise initiale de 2 comprimés. C'est le seul schéma reconnu efficace chez la femme.

- la prise en discontinu (dite « à la demande »), reconnue uniquement chez l'homme, le sujet prend alors deux comprimés de TRUVADA® au moins 2h avant un potentiel rapport à risque puis un nouveau comprimé 24 heures et 48 heures après la première prise. (13)

4- Le protocole

A cela est associé un suivi régulier

- Sur le plan biologique avec
 - Dépistages des IST tous les 3 mois avec
 - Sérologies sanguines : VIH, Hépatite B, C, syphilis
 - Recherche par PCR de Neisseriae Gonorrhoeae et Chlamydia Trachomatis en 3 sites : urines / anus / gorge
 - Bilan rénal à la recherche d'insuffisance rénale (une Clairance de la créatinine < 50 ml/min chez l'adulte et 90 ml/min chez l'adolescent étant une contre-indication à la bithérapie ainsi qu'une phosphatémie < 0,32 mmol/l)
- Sur le plan clinique à la recherche d'effets secondaires avec évaluation de l'observance et des conseils sur les pratiques sexuelles
- Et sur le plan psychologique notamment chez l'adolescent avec un suivi rapproché (idéalement tous les mois) qui doit être mis en place en raison de problèmes d'observance plus fréquents que chez l'adulte, avec prise en compte de la vulnérabilité spécifique des adolescents sur le plan psychologique et de la confidentialité de la prise en charge.

5- La cible

Cette prophylaxie s'adresse aux populations les plus à risque compte tenu des données épidémiologiques disponibles, à savoir

- Toute personne de plus de 15 ans n'utilisant pas systématiquement le préservatif lors de ses rapports sexuels et à haut risque de contracter le VIH, en particulier (19):

= les hommes et les personnes transsexuelles ayant des relations sexuelles avec des hommes :

- Rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois ;
- Épisodes d'IST dans les 12 derniers mois ;
- Au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois ;

- Usage de drogues lors des rapports sexuels (CHEMSEX).
- Les personnes vulnérables s'exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH
- Les travailleurs du sexe exposés à des relations sexuelles sans préservatif ;
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse avec partage de seringue.

c) Problématique

1- La réalité

Les chiffres de contaminations par le VIH en France, sont en baisse de 7% en 2018. A Paris, depuis la mise en place du projet « Paris sans SIDA », la baisse a été de 16% entre 2015 et 2018 (20) (comme annoncé au cours de la conférence mondiale Fast Track Cities en septembre 2019 à Londres) Une baisse enregistrée pour la première fois depuis dix ans. Même si elle reste légère, elle était très attendue. Depuis déjà deux ans, certains pays occidentaux comme l'Angleterre, l'Australie ou l'Allemagne font part d'une diminution du taux de nouveaux dépistages positifs sur leur territoire.

Les différentes études réalisées sur la PrEP à l'étranger retrouvent des résultats encourageants :

- IPREX
- VOICE
- PROUD
- Partners PrEP
- TDF2

L'agence du médicament Américaine a décidé d'une mise sur le marché de la PrEP dans son rôle préventif depuis mai 2012 auprès des adultes et en mai 2018 chez les adolescents. En 2014, l'OMS a publié un nouveau guide concernant la prise en charge du VIH recommandant l'utilisation de la PrEP.

En France, l'étude IPERGAY, dans sa deuxième phase, en ouvert, trouve des résultats encore plus spectaculaires que ceux de la première phase : une réduction du risque relatif de 97% (95% CI 81–100) de l'incidence du VIH avec la PrEP à la demande. (11)

2- Les faits

Selon l'ANSM,

- Le nombre de personnes de 15 ans et plus ayant initié un traitement par Truvada® ou générique pour une PrEP depuis 2016 est de 20 478 au 30 juin 2019, soit deux fois plus que le chiffre atteint fin juin 2018.
- La grande majorité (80 à 85%) des utilisateurs renouvellent leur traitement d'un semestre à l'autre, suggérant un bon niveau de maintien de la PrEP après son initiation.
- Les utilisateurs de la PrEP sont principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), âgés de 37 ans en moyenne, résidant en Ile-de-France ou dans une grande métropole. L'utilisation de la PrEP reste rare dans les DOM-TOM où, par ailleurs, les nouveaux diagnostics de séropositivité sont les plus nombreux.
- Conformément aux conditions de prescription actuelles, l'initiation de la PrEP est très majoritairement effectuée à l'hôpital (dans 90% des cas). Il en est de même pour son renouvellement (85% des cas).(21)
- Elle est pourtant encore sous-utilisée sur notre territoire, au quart de ses objectifs initiaux. (22)

3- La théorie

Or, depuis son AMM, la PrEP peut être prescrite, à la suite d'une première prescription hospitalière, par un médecin généraliste. La Commission de la transparence du 22 mars 2017 (23) souhaitait laisser une place primordiale aux médecins généralistes volontaires et compétents dans la prescription de cette prophylaxie. Elle soulignait alors qu'une information des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens...) sur la prise en charge des personnes concernées par cette prophylaxie était nécessaire.

⇒ *Comment expliquer dans ce contexte un si faible de taux de prescription de la PrEP par les médecins généralistes ?*

4- Espoir

Dans un objectif national de

- a. - 90% de personne infectées diagnostiquées
- b. - 90% de personnes diagnostiquées traitées
- c. - 90% des personnes traitées avec charge virale indétectable(24)

Et pour mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030 (25), il est donc nécessaire d'impliquer davantage les médecins généralistes qui sont un acteur de premier plan dans la prévention (26).

Malgré une hausse du nombre de sérologies réalisées (+4% entre 2013 et 2016 (5)) dont la majorité est réalisée en laboratoire de ville (76% (27)), les médecins généralistes évoquaient leurs difficultés à aborder la santé sexuelle avec leur patient (28,29) et exprimaient un besoin de formation (28,30–32)

Une récente étude quantitative menée au cours de l'année 2018, auprès de médecins généralistes de la métropole de Montpellier, retrouvait des médecins généralistes informés (68 % avait déjà entendu parler de la PrEP) et ayant des réticences limitées (30%) vis-à-vis de la PrEP. Dans une autre étude s'intéressant aux patients, ceux-ci exprimaient leur besoin d'écoute, par du personnel non stigmatisant, formé et informé. De même, des études ont mis en évidence la nécessité pour les patients d'avoir un médecin de famille, un médecin traitant avec lequel, l'abord des sujets de sexualité serait plus aisé pour eux.(33)

Une étude de 2018 démontrait que 91% des personnes infectées par le VIH étaient éligibles à la PrEP (34). Il y a donc un intérêt immense à communiquer sur ce traitement afin qu'il soit connu de tous, patients comme professionnels, pour éviter ces occasions manquées.

C'est ainsi ce que recommandait le bulletin de l'ordre national des médecins de novembre 2019 : « Il faut augmenter le nombre de primo-prescripteurs de la PrEP ».

d) Objectif Principal

L'objectif principal de mon étude était donc, de comprendre les représentations de la PrEP par les médecins généralistes de la métropole de Montpellier.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer leurs freins et motivations à la prescrire et d'évaluer leurs connaissances.

MATERIELS ET METHODE

Pour garantir la validité interne de l'étude, nous avons suivi les lignes directrices de la grille COREQ [Annexe 1]

a) Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par analyse d'entretiens semi-directifs sous forme d'entretiens individuels en face-à-face pour répondre à notre question de recherche.

b) Population étudiée

1- Population cible

La population cible de cette étude correspondait aux médecins généralistes installés dans la métropole de Montpellier (Montpellier méditerranée Métropole) définie comme l'ensemble des 31 communes, à savoir :

Baillargues, Beaulieu, Castelnau-le-Lez, Castries, Clapiers, Cournonsec, Cournonterral, Fabrègues, Grabels, Jacou, Juvignac, Lattes, Lavérune, Le Crès, Montaud, Montferrier-Sur-Lez, Montpellier, Murviel-lès-Montpellier, Pérols, Pignan, Prades-le-lez, Restinclières, Saint-Brès, Saint-Drézéry, Saint-Geniès-des-Mourgues, Saint-Georges-d'Orques, Saint-Jean-De-Védas, Saussan, Sussargues, Vendargues, Villeneuve-Lès-Maguelone.

2- Critères d'inclusion et de non-inclusion

Nos critères d'inclusion étaient les suivants : médecins généralistes installés, exerçant dans l'une des 31 communes de la métropole de Montpellier, volontaires pour participer à l'étude.

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

c) Echantillonnage

1- Stratégie de recrutement

Le premier médecin a été choisi au hasard parmi la liste des médecins généralistes des 31 communes de la Métropole de Montpellier, obtenue auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Hérault après accord de son président. Une attestation sur l'honneur a été fournie au CDOM 34 quant à son utilisation à des fins non publicitaires, commerciales, religieuses, politiques ou syndicales. [Annexe 2]

Le premier contact s'est effectué par téléphone afin d'obtenir le consentement oral à la participation à l'étude et afin d'établir un rendez-vous d'entretien.

Un courriel a ensuite été adressé au médecin participant, expliquant à nouveau le sujet de l'étude et présentant la PrEP à partir des recommandations de l'HAS et de la notice VIDAL des molécules qui la composent (TRUVADA® Emtricitabine / Tenofovir-Disproxil commercialisé par Gilead®) sous forme de PowerPoint [Annexe 3].

Les autres médecins ont été recrutés au fur-et-à-mesure par effet boule de neige.

2- Taille de l'échantillon

Nous avons interrogé 7 médecins au total entre novembre 2019 et février 2020.

d) Recueil des données

Les entretiens ont eu lieu au sein des cabinets des médecins généralistes volontaires. Ils se sont déroulés en face-à-face, animés par l'enquêteur selon un guide d'entretien établi avec le directeur de thèse [annexe 4].

Les entretiens ont duré entre 23 et 38 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 34 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio.

Des données complémentaires ont été fournies aux médecins suite aux entretiens pour répondre aux interrogations et autres demandes d'informations.

Un questionnaire était fourni à la fin de chaque entretien afin de pouvoir définir les caractéristiques de la population d'étude. [Annexe 5]

Nous avons recueilli pour chaque entretien, le consentement libre et éclairé à l'enregistrement et à l'analyse des données de chaque participant par la signature d'un formulaire [Annexe 6]. Les données recueillies ont été détruites à la fin de l'étude.

Le seuil de saturation a été discuté entre l'enquêteur et le directeur de thèse et obtenu après le 7^{ème} entretien.

La retranscription anonymisée des entretiens s'est faite sur le logiciel Microsoft Word.

e) Analyse des données

Notre approche d'analyse était de type thématique continue. Elle aboutit à la formation d'un arbre thématique.

RESULTATS

a) Caractéristiques de la population

Sur les plus de 500 médecins généralistes de la métropole de Montpellier, le premier médecin a été sélectionné au hasard, après 3 refus. Celui-ci nous a orienté vers 2-3 de ses confrères et ainsi de suite avec les suivants.

Au total 7 médecins ont été interrogés.

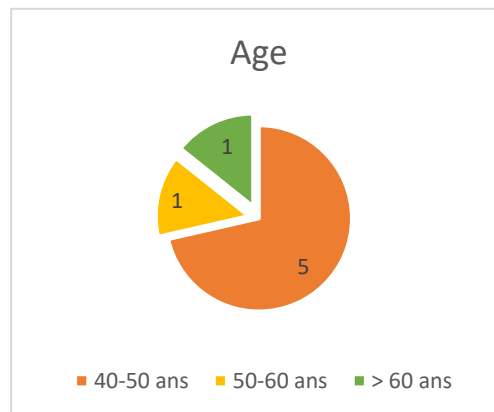
Les réponses positives à nos demandes s'étant raréfiées en raison de la pandémie de Coronavirus, l'échantillon se composait comme suit :

Caractéristiques	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5	Médecin 6	Médecin 7
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme
Âge	50-60 ans	40-50 ans	>60 ans	40-50 ans	40-50 ans	40-50 ans	40-50 ans
Durée d'exercice	>15 ans	>15 ans	>15 ans	10-15 ans	10-15 ans	10-15 ans	10-15 ans
Lieu d'exercice	urbain	urbain	urbain	urbain	urbain	semi-urbain	urbain
Mode d'exercice	associés	associés	associés	associés	associés	seul	seul
Abonnement à des revues	Prescrire	Prescrire / revue du Prat	Prescrire	Prescrire	non	Prescrire	Prescrire
Labos	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui
Formation	DPC + addictologie	non	FMC	Thèse VIH	non	non	non
VIH+	1 à 5 patients	1 à 5 patients	1 à 5 patients	1 à 5 patients	>10	1 à 5 patients	∅
HSH	<1%	<1%	1 à 5%	?	<1%	1 à 5%	<1%
Connaissance de la PrEP	oui	oui	oui	non	oui	non	oui
Prescription PrEP	non	Oui	non	non	non	non	oui
Durée	23'	34'39"	38'19"	34'08"	37'28"	35'26"	36'52"
Interruption au cours de l'entretien	1	1	0	1	2	3	0

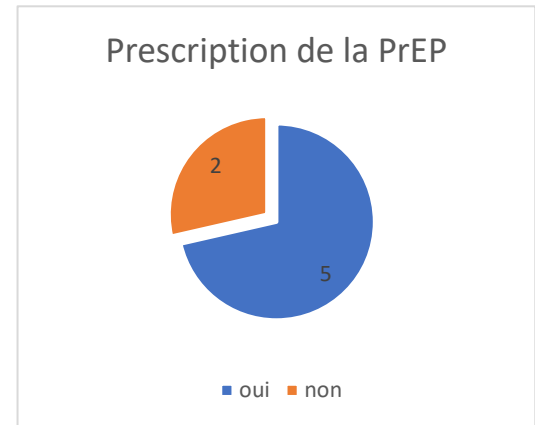
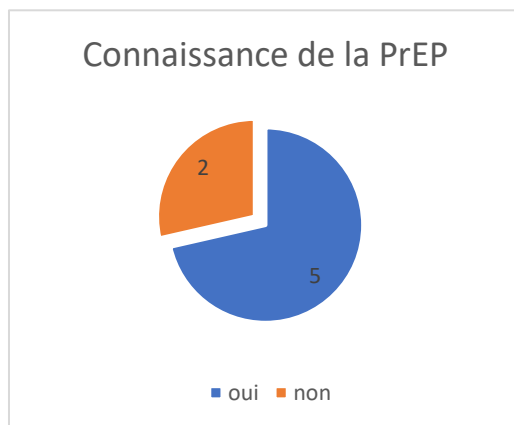
Notre échantillon regroupait des médecins de plus de 40 ans, installés depuis au moins 10 ans. Il était constitué de 3 femmes et de 4 hommes.

Les médecins exerçaient essentiellement en milieu urbain, le thème de la thèse visant les médecins de la métropole de Montpellier.

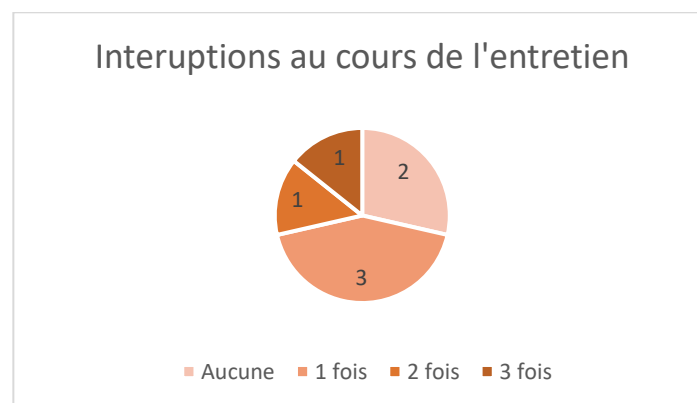
Sur les 7 médecins interrogés, 5 avaient entre 40 et 50 ans, les 2 autres étaient plus âgés.



5 au total avaient déjà entendu parler de la PrEP, mais seuls 2 l'avaient déjà prescrite.



A noter, une donnée importante, au cours des entretiens programmés avec les médecins, plusieurs interruptions ont eu lieu, notamment téléphonique ;



Jusqu'à 3 interruptions avec l'un des médecins.

b) Analyse thématique

POUR LA SOCIETE

1. En réponse à un constat

a) Le VIH, une réalité

1- Dans la population générale

M2 : « *j'ai quand même dans ma patientèle quelques cas de séropositifs. »*

M3 : « *J'ai un patient qui a été contaminé par le VIH »*

M7 : « *J'en ai un chez qui j'ai fait le diagnostic »*

2- Des nouveaux traitements efficaces

M2 : « *Ceux que j'ai moi, vont très bien. [...] ces bi-tri-thérapies ont été quand même une avancée importante [...] y a quand même eu des avancées, on ne guérit pas encore du HIV mais on le soigne »*

M3 : « *il est traité donc sa charge virale est négative. »*

3- Meilleure tolérance des traitements

M2 : « *les quelques patients que j'ai qui sont traités, je vous assure, vous pouvez les croiser dans la rue, vous savez pas qu'ils sont séropositifs et tant mieux pour eux. »*

4- Augmentation de l'espérance de vie

M3 : « *contaminé par le VIH il y a des années »*

M2 : « *Certains sont traités depuis très longtemps, j'en ai un qui est traité depuis très longtemps »*

5- Une qualité de vie améliorée

M2 : « *parce qu'on voit plus... moi j'ai toujours en mémoire ce film dans les rues de Philadelphie [...] où on voit vraiment très bien la dégradation du personnage »*

6- Baisse de la discrimination

M2 : « dans les années 80 au début des séropositivités, il n'y avait pas de traitement, des gens qui sont mis à l'écart parce qu'ils sont séropositifs [...] Honnêtement, aujourd'hui, Ils vivent une vie tout à fait normale, en termes de travail, de social, de vie personnelle, de vie sexuelle et c'est tant mieux pour eux »

b) Augmentation des pratiques à risque du fait d'une diminution de la peur de la contamination par le VIH

M5 : « Ça semble tout à fait logique, c'est dans les mœurs, et les médecins se sont attaqués à ce problème et ont trouvé une solution, enfin, qui j'imagine n'est pas à 100%, mais on peut apporter une réponse à cette problématique [...] Y a une conduite à risque. On est exposé au risque, le risque il y est, est-ce qu'on a une solution pour diminuer ce risque ? »

M6 : « Ben disons que c'est qu'on voit bien que les mœurs changent, donc... euh... y a... C'est vrai qu'il y a des conduites à risque de plus en plus importantes... [...] favoriser peut-être des attitudes peut-être un peu plus libres, mais bon... De toute façon, c'est un peu dans l'air du temps j'ai l'impression donc »

c) IST : Majoration des cas de Syphilis

M2 : « Nous en tant que médecin généraliste, des syphilis on en revoit hein, pas tous les jours mais, on en voit quelques-unes par an. »

M5 : « J'ai des syphilis qui sont positives »

d) État des pratiques sexuelles

1- Baisse de l'utilisation du préservatif

➤ Rapports non protégés

M2 : « on sait que les préservatifs, des fois, n'y en a pas, et ils ont quand même leur rapport parce que oh, pour une fois, ça arrive aussi, oh pour une fois, il n'y a pas de risque »

M7 : « il y a quand même un constat, c'est qu'il y a moins d'utilisation du préservatif. »

➤ Accidents d'utilisation

M2 : « on sait que les préservatifs, il peut y avoir des soucis, ça peut craquer »

M7 : « « le préservatif a lâché » ... alors là, le nombre de préservatifs qui lâchent (rire) c'est incroyable. Voilà, c'est toujours ce genre d'histoire »

2- Spécificité locale : une forte population homosexuelle

M3 : « Puisque j'ai appris au cours de cette formation que Montpellier était après la région Parisienne, l'Île de France la 2^{ème} ville homosexuelle de France. Donc c'est une cible importante. »

3- Nouveau paradigme de la sexualité entre hommes

M7 : « HSH c'est quoi ? [...] Après, j'avais un patient qui était, enfin, qui avait une copine ; qui était hétéro, mais qui avait déjà pris ce traitement pour se protéger dans ses soirées festives... Enfin, voilà. Mais il n'était pas homosexuel déclaré »

4- Meilleurs accès au soin des transsexuels

M7 : « j'ai vu un patient à moi qui est transsexuel donc une patiente »

5- Couples sérodiscordants : risque conscient d'exposition au VIH

M5 : « Y a des situations, notamment des situations de couples où on s'expose à un risque volontaire et la médecine doit prendre toutes ces situations là en charge. »

6- Risques liés aux pratiques échangistes

M6 : « moi j'ai plus une population comme ça [couples échangistes]. J'ai pas trop de toxicos, de trucs comme ça, de cette population-là. Par contre je sais que j'ai des patients qui font de l'échangisme ou des choses comme ça. »

7- Risque de rapports non consentis : Vulnérabilité sociale

M2 : « surtout quand c'est souvent un peu forcé, [...] c'est souvent des contextes sociaux très fragilisés »

8- Cas des travailleurs du sexe : Moindre maîtrise du risque

M5 : « Après il y a d'autres situations où les gens des fois, les travailleurs du sexe, en précarité ou autre, qui s'exposent à un risque mais qui s'ils pouvaient ne pas s'y exposer,

ils ne le feraient pas [...] Si effectivement, c'est un travailleur du sexe, c'est peut-être des fois, compliqué [d'utiliser le préservatif] »

9- Sexualité des Adolescents : Majoration des prises de risque

M6 : « *C'est vrai qu'il y a des conduites à risque de plus en plus importantes [chez les adolescents] ... »*

10- Contextes particuliers de prises de risques

➤ CHEMSEX

○ *Augmentation des prises de risque*

M3 : « *on fait peut-être plus souvent n'importe quoi quand on est sous influence de produits »*

M4 : « *A moins que ce soit le CHEMSEX où on ne sait pas ce qu'on fait, mais à part ça, en dehors des situations où on n'est pas soi-même je ne vois pas pourquoi on aggraverait son risque. »*

○ *Facilité d'accès aux produits*

M3 : « *maintenant que je sais qu'on peut acheter ces produits sur internet pour améliorer ses performances sexuelles »*

➤ Sexualité estivale

M3 : « *Bon, je sais depuis qu'on a eu cette formation, que de temps en temps, c'est les vacances [...] où les gens prennent des risques avec des hommes ou pas avec des hommes, à mon avis, on peut coupler les 2 »*

2. Objectif de santé publique : diminuer le nombre de contamination du VIH

a) Une méthode de prévention du VIH

M1 : « *c'est intéressant pour la diminution du risque d'infection par le VIH. Dans cette indication je trouve ça utile. »*

M2 : « *protocole de prévention* »

M3 : « *C'est prévenir la contamination VIH* »

M4 : « *C'est un traitement préventif* »

M5 : « *pour diminuer le risque de contamination par le HIV.* »

M6 : « *un traitement préventif du VIH* »

M7 : « *C'est un traitement préventif* »

b) Un espoir vis-à-vis du VIH

M1 : « *Pour moi, c'est un intérêt technique, de la santé publique pour réduire le risque de contamination chez les HSH actifs vis-à-vis du VIH* »

M2 : « *si ça peut diminuer, voire pourquoi pas éradiquer le nombre de nouveaux cas ou quasiment, éradiquer peut-être pas, ou en tout cas, les limiter beaucoup, c'est toujours une bonne chose* »

M3 : « *[Montpellier sans SIDA] c'est l'attente de tout le monde je dirai* »

M6 : « *je trouve que c'est intéressant, c'est de la prévention, c'est utile pour tout le monde, pour la société, pour tout ça. [...] J'en ai un avis positif, sur la PrEP* »

c) Dans une démarche de prévention combinée

M2 : « *c'est encore un outil supplémentaire pour faire baisser les nouveaux cas et éviter les nouvelles infestations chez les gens. [...] c'est quelque chose qui est quand même un plus sur la prise en charge HIV* »

M3 : « *C'est un nouvel outil à notre disposition* »

M5 : « *Ça met un item de plus dans l'information.* »

d) Un traitement de pré-exposition

M4 : « *C'est un traitement préventif, de pré-exposition* »

M5 : « *C'est la pilule du lendemain pour le HIV mais un peu en préventif. Enfin, plutôt celle de la veille et du lendemain et du surlendemain* »

e) Une révolution en santé sexuelle

M3 : « moi, quand j'ai entendu parler de la PrEP, j'ai dit ouah, c'est quoi ce truc. [...] ça m'a sauté à l'esprit. [...] nouveauté à disposition éventuellement des médecins généralistes »

f) Objectif local : Montpellier sans SIDA

M3 : « L'attente de la Région, c'est Montpellier sans SIDA [...] c'est plus de contamination VIH dans la région. »

g) Un outil à diffuser

M1 : « Si on envisage une généralisation qui me paraît utile en termes de santé publique »

h) Objectif nuancé par les médecins généralistes

1- Un recours de deuxième intention

M2 : « [dans le cadre d'une découverte d'IST] on parle aussi de la protection, ça c'est quand même je pense la base et éventuellement l'orienter maintenant sur les centres de dépistage sachant que ce protocole existe. »

M5 : « Maintenant si j'ai une IST +, je vais parler de la prévention, c'est vrai que c'est de la prévention. [...] Est-ce que je vais arriver à me dire, j'en parle... Oui parce que ça doit rentrer dans la prévention. »

2- Efficacité

➤ Prouvée

M1 : « Ce qui était intéressant comme information, c'était une étude récente, IPERGAY »

M2 : « D'après les études que vous avez montrées, il y a quand même une nette réduction des séroconversions, de nouvelles séropositivités chez les gens à risque »

M5 : « J'ai vu les pourcentages, qui comme ça, ont l'air intéressants [...] si nos amis infectiologues ont trouvé que c'était une bonne idée, ils ont dû, avant de mettre tout ça en place, bien y réfléchir »

1. Relative

M2 : « *et ce n'est pas non plus du 100%, donc il faut quand même être vigilant là-dessus [...] ce n'est pas l'outil miraculeux, ce n'est pas du 100% »*

M5 : « *mais sur une personne, un pourcentage ça ne veut plus rien dire. »*

M7 : « *Parce que c'est pas du 100%. »*

2. Fonction de l'observance

M3 : « *Après je sais, ça marche super bien, que c'est super efficace si c'est pris correctement. »*

M4 : « *86% d'efficacité, à condition qu'on soit observant »*

➤ Un outil de confiance

M2 : « *ça a ou ça va diminuer je pense le nombre de nouveaux cas. »*

M3 : « *ça peut être extrêmement efficace pour prévenir la contamination VIH [...] C'est quelque chose de positif. »*

➤ Manque de Recul

M6 : « *je sais pas, on a du recul maintenant. S'il y a assez de recul aussi pour dire que ça c'est assez efficace. »*

➤ Une efficacité remise en doute

M4 : « *Si l'efficacité est là, c'est une bonne chose »*

M5 : « *Je dirai que c'est un traitement qui va limiter les risques mais que le risque zéro n'existe pas. [...] Il faut quand même rester d'abord sur des choses qui ont prouvé leur efficacité, et après on peut encore se réassurer après. »*

3- Effets secondaires

M6 : « *être sûr que toutes les études enfin, voilà, que tout concorde bien, qu'il y ait plus de bénéfiques que de risques et d'effets secondaires »*

4- Impact sur les autres IST

M2 : « *ce qui serait intéressant c'est les études sur les autres IST, est-ce qu'il y a une recrudescence ou pas dans ces populations-là de la syphilis ? »*

5- A quel prix ?

➤ Coût Important

M2 : « *c'est quand même des médicaments qui ont un coût important* »

M7 : « *Je savais pas combien, si c'était remboursé combien ça coutait le traitement. Parce que je pense que ça coute assez cher quand même. Ouais, c'est cher. Ça a un coût. [...] Parce que bon, je trouve quand même que ça a un coût ce traitement.* »

○ *Pour une prise de risque volontaire*

M5 : « *il y a des gens qui doivent discuter sur « on n'est pas là pour filer des médicaments qui coutent hyper cher à des mecs qui s'exposent volontairement à un risque » »*

➤ D'où la nécessité d'en limiter l'accès par les médecins généralistes ?

M4 : « *C'est peut-être pour une question de coût qu'il risque de ne pas nous faire prescrire en primo-prescription, c'est possible.* »

➤ Réduit par les génériques

M1 : « *La bonne information aussi c'est que quand même, qu'il y a des génériques qui sont 2 fois moins chers que le produit initial qui a été développé par GILEAD. Ça ça me paraît utile pour une prise en charge, [...] c'est que le coût soit moindre.* »

➤ Un bilan coût-efficacité bénéfique

M7 : « *Après, on s'y retrouve.* »

➤ A réduire

M7 : « *[Une attente ?] le coût, qu'il soit moins cher.* »

6- Balance bénéfice-risque positive

M5 : « *Donc les 20% il faut quand même en discuter parce que c'est quand même un risque et en médecine on est toujours en train d'évaluer le bénéfice et le risque, donc là, le risque que vous prenez, le bénéfice sous traitement, où est-ce que vous mettez le curseur [...] tu l'exposes à un risque. Est-ce qu'il me semble inférieur au bénéfice, j'ai du mal à le juger. A priori oui, puisque c'est mis en route donc ça a dû sembler être effectivement bénéfique.*
»

M6 : « *c'est comme tous les médicaments, c'est toujours le bénéfice et le risque, si on voit que le médicament il est bénéfique, qu'il n'y a pas de risques... »*

3. Des acteurs de santé spécifiques au sein d'un maillage territorial

a) Rôle des spécialistes

1- L'hôpital / CeGIDD

➤ Primo-prescription

M1 : « *Dans tous les cas, c'est toujours via une consultation spécialisée »*

M2 : « *il y a d'abord effectivement une prise en charge spécialisée dans les centres de dépistage pour la première instauration, le suivi etc. »*

M3 : « *il faut qu'on communique soit avec le MIT ou le CeGIDD quand on dépiste des gens qui sont susceptibles de bénéficier de la PrEP. [...] Je vais lui donner un rdv via le MIT ou le CeGIDD, éventuellement avec le nom d'un confrère »*

M6 : « *Ce que j'en savais, c'est que c'était délivré à l'hôpital, enfin qu'il fallait s'adresser à l'hôpital. »*

➤ Accessible

○ *Joignable*

M3 : « *Ils nous ont donné leurs coordonnées quand on a fait la formation. »*

○ *Rapidement*

M2 : « *des fois pour avoir un rendez-vous en maladies inf., c'est compliqué »*

M4 : « *si les délais sont trop longs »*

○ *Géographiquement*

M2 : « *je ne suis pas sûr [...] qu'elles [les travailleuses du sexe] puissent aller dans les centres »*

○ *Financièrement*

M2 : « *je ne suis pas sûr [...] qu'elles [les travailleuses du sexe] puissent [...être...] prises en charge pour bénéficier de ça ?* »

➤ Difficilement identifiable

M1 : « *il faut que je l'envoie à l'hôpital, je ne sais pas où, peut-être en maladie infectieuses et tropicales ou au CEGIDD* »

M7 : « *Et le spécialiste alors, c'est quoi ? c'est un infectiologue ?* »

2- Spécialiste en ville / référent

➤ Formé sur la base du volontariat

M3 : « *Ils nous avaient même proposés de nous former pour être des médecins généralistes référents à qui ils pourraient déléguer la primo prescription* »

M5 : « *Après les référents, faut que ce soit du volontariat* »

➤ Accessible

M5 : « *Je crois savoir qu'il y a des médecins qui sont dispatchés : il y a un centre et après ils ont des médecins référents* »

➤ Disponible

M4 : « *Donc j'aurai d'abord orienté au CEGIDD, mais s'il ne veut pas aller à l'hôpital ou si les délais sont trop longs, je l'aurai orienté en libéral avec ces médecins-là.* »

M5 : « *Donc nous, on ne pourra probablement pas le prescrire, mais on pourra orienter vers tel confrère qui est référent là-dessus, donc prenez rdv avec lui.* »

b) Rôle des généralistes

1- Renouvellement

M1 : « *S'il arrive avec une ordonnance de l'hôpital, pas de soucis* »

M2 : « *Je lui avais marqué mais il avait été instauré effectivement à la base à l'hôpital.* »

M3 : « *à partir du moment où le CeGIDD a posé l'indication, c'est plus que du renouvellement donc je veux dire, ce n'est pas trop dur* »

M5 : « Si un patient me le demande, s'il a une ordonnance du CHU, ça ne me posera pas de problème de recopier cette ordonnance et de la lui donner en disant, d'accord »

M6 : « En soi, moi je n'aurai pas de frein à le re-prescrire, vu qu'on n'a pas la prescription initiale »

M7 : « Pas d'appréhension à la prescrire [...] à partir du moment où les gens amènent l'ordonnance des spécialistes. »

2- Orientation

M5 : « Déjà savoir ce que c'est, pouvoir orienter. Ça peut déjà être un rôle suffisant. »

c) Des attentes

1- Une coordination des soins en réseau

M1 : « Je l'adresse à l'hôpital au MIT ou CEGIDD. »

M2 : « alors, attendez, je vais juste vous prendre le numéro, j'en profite. Au moins, je l'aurai directement, parce qu'en consultation des fois quand on cherche »

M4 : « Après, j'ai quelques confrères avec qui je travaille qui sont attachés à l'hôpital, mais qui sont en libéral. Il est médecin généraliste mais attaché au MIT ou d'autres. [...] je me ferai une liste de personnes à qui adresser pour la prescription »

M5 : « Donc y aurait une cartographie de ça. »

2- Rôle du CHU : informer au préalable le patient

M1 : « J'ose espérer déjà que l'information initiale a été faite lors d'une consultation dédiée à l'hôpital ou au CEGIDD »

M6 : « je pense que si le patient a fait une démarche... Si je vois qu'il a déjà... Donc si je vois que ça a été bien fait que tout est clair, que... Ben moi j'ai pas de contre-indication à le faire, j'ai pas de oui, enfin, non, j'ai pas de frein. J'aurai pas de frein particulier, ça ne me gênerai pas »

3- Pas de besoins humains supplémentaires

M5 : « Donc si vraiment il y avait un besoin, voilà. Mais je pense qu'il y a beaucoup, de médecins généralistes à Montpellier, y a déjà beaucoup de médecins qui font du HIV parce

qu'ils sont aussi dans les services et tout ça. Donc je n'ai pas l'impression qu'il y ait un problème de maillage dans le réseau. »

POUR LE MEDECIN GENERALISTE

4. L'information au médecin généraliste

a) Un constat de manque

1- Défaut de connaissance concernant le VIH

➤ Centres de Dépistage

M2 : « *Le CeGIDD c'est quoi ?* »

M6 : « *CDAG c'est quoi ?* »

M7 : « *Le CeGIDD c'est quoi ?* »

➤ Moyens d'accès au TPE

M1 : « *Le recours au TPE dans quel cas ?* »

M2 : « *Et pour le protocole post exposition, le TPE, les gens ils vont où en fait ?* »

M4 : « *Moi je continue à proposer aux gens des TPE, c'est-à-dire de consulter aux urgences parce que je l'ai appris à ma thèse, mais ça ne se faisait pas et ça ne se sait pas forcément.* »

M6 : « *Pour les TPE, ça se donne dans les mêmes structures ?* »

➤ Difficulté d'interprétation de résultats sérologiques

M6 : « *Tu me rappelles la fenêtre sérologique on la fixe à combien de temps, pour être sûr pour le VIH que c'est négatif ?* »

b) Concernant la PrEP : Défaut de connaissance

➤ Global

M2 : « *honnêtement [j'en savais] pas grand-chose* »

M3 : « *je me suis dit qu'est-ce que c'est que ce truc, je ne sais pas [...] la PrEP kézako quoi, en gros qu'est-ce que c'est. Pour beaucoup, c'était qu'est-ce que c'est que ça, on ne sait*

pas ce que c'est, de quoi il s'agit, on en n'a jamais entendu parler. [...] Sur le plan de la communication, oui, peut-être en parler un peu plus »

M4 : « *Je n'en sais pas grand-chose. »*

M5 : « *Donc nous, on ne savait pas ce que c'était. »*

M6 : « *j'ai pas été formé dessus. [...] Après l'information, tu vois, la preuve, elle doit pas être super bien faite... [...] j'ai pas été formé là-dessus, j'ai pas été trop non plus informé quoi. [...] Peut-être qu'il y a eu un manque d'information aussi (rire) pour les médecins. Ou alors, que moi je n'avais pas...Voilà, Je n'ai pas trop eu d'information »*

M7 : « *On n'est pas formé »*

➤ Du nom de protocole

M6 : « *j'ai commencé un traitement pour le PERP ... euh, la PrEP »*

➤ Du protocole

M2 : « *J'étais pas au fait de la chose précisément sur les modalités, mais j'en avais entendu parler mais je savais pas exactement quelles étaient les modalités, si c'était remboursé etc. »*

➤ De la molécule utilisée

M1 : « *cette bithérapie d'antirétroviraux dont je me souviens plus le nom »*

M2 : « *Donc le Truvada c'est le protocole classique ? Enfin, il y a peut-être d'autres médicaments »*

M4 : « *En fait je ne sais même pas quels sont les médicaments prescrits. Je savais que c'était une association d'anti rétroviraux, mais je ne savais pas que c'était TRUVADA. »*

➤ Des indications

M7 : « *Sur quoi se basent les médecins spécialistes pour sélectionner les patients ? Enfin, ils se basent sur les contre-indications ? »*

➤ Des contre-indications

M4 : « *Déjà j'ai regardé sur LeCrat qui est le centre référence pour les agents tératogènes et je n'ai pas l'info sur le TRUVADA »*

➤ Des effets secondaires

M4 : « *En savoir plus sur les effets secondaires* »

➤ Du suivi

M1 : « *Je ne sais pas par exemple quand doivent être faits les dépistages sérologiques.* »

M4 : « *Ben il va falloir que je me forme sur la surveillance à avoir.* »

M6 : « *A chaque fois, ça il faut le refaire ? pour le renouvellement là, on fait à chaque fois toutes les sérologies ?* »

M7 : « *Et donc, il faut faire gonocoque, Chlamydia, syphilis, hépatites à chaque fois ? [...]*
Je savais pas qu'il fallait faire des prélèvements sur les sites : anal urinaire tout ça. »

➤ De la population cible

M1 : « *CHEMSEX, ça j'ai pas beaucoup de formation* »

M2 : « *Les travailleurs du sexe c'est par exemple les prostituées, elles font partie du protocole ?* »

M3 : « *C'est peut-être plus des gens plus jeunes ?* »

M6 : « *Surtout que je pensais pas par contre aussi que ça allait jusqu'aux adolescents en fait...* »

➤ Des modalités de prises du médicament

M1 : « *C'est 2x2 comprimés ou 2 comprimés à prendre après un rapport ?* »

M2 : « *Donc le protocole à la demande, c'est uniquement chez l'homme, d'accord...* »

M6 : « *Mais je pensais pas qu'il fallait par exemple pour les femmes qu'il y ait un traitement continu. Je pensais que c'était le même principe que pour les hommes. [...]*
j'étais étonné qu'il faille prendre un traitement en continu... »

M7 : « *Ce que je ne savais pas, c'est la rythmicité du traitement, je ne savais pas comment ça se prenait* »

➤ Du mode de prescription

M1 : « *je connais les conditions de renouvellement, oui, ça ne me poserait pas de problème. »*

M4 : « *Après sur les modalités de prescription, je n'en sais rien du tout. »*

M6 : « *à la base je savais même pas forcément si je pouvais faire le renouvellement. »*

M7 : « *J'avais l'impression que c'était les spécialistes qui pouvaient le prescrire, que c'était un truc de spécialité quoi. »*

➤ Des modalités de prise en charge

M2 : « *Honnêtement je ne savais pas que ça se prescrivait et qu'il fallait une demande de prise en charge à 100%. »*

M4 : « *Et comment ça peut être pris en charge à 100% par la sécu ? »*

M7 : « *On sait pas si les gens ils sont, par exemple, s'ils sont pris sur un 100% ou pas. »*

c) Raisons multiples

➤ Population non concernée

M4 : « *Moi je suis investie dans la périnatalité, médecin de crèche etc. [...] J'ai surtout des femmes et des jeunes [...] donc je n'ai pas encore eu accès à cette information. »*

M6 : « *Mais je me suis pas plus intéressé à comment ça se passait en définitive. En sachant que j'ai pas non plus une population qui m'a peut-être poussé à m'investir plus dans ce domaine-là. »*

M7 : « *Donc c'est un peu pour ça aussi qu'on n'est pas sensibilisé plus que ça, hein. Les patients sont pas très... ils demandent pas hein »*

➤ Défaut de communication

○ *Par les Laboratoires*

M2 : « *Pas eu de visites de laboratoires. »*

M3 : « *En tout cas, je n'ai pas reçu de labo pour la PrEP en tout cas. »*

○ *Par la HAS*

M2 : « et je ne pense pas avoir reçu de note d'information de l'HAS, ça ne me dit rien. [...] Moi honnêtement, je n'ai pas été informé par l'HAS ou la sécu. »

d) Accès à l'information

1- Démarche personnelle

➤ FMC

M1 : « Déjà c'est une démarche volontaire de ma part. D'inscription à une FMC sur la PrEP. [...] L'information je l'ai eue mais c'était une démarche volontaire de ma part. »

M3 : « c'est moi qui ait organisé cette soirée, pour trouver la date etc., et qui me suis impliquée dans cette chose-là »

M5 : « Formation médicale organisée au sein de mon groupe de Formation l'an dernier. Nos formations on les choisit au sein de notre groupe, c'est un médecin qui nous l'a proposée. »

M6 : « ma FMC »

➤ Formations ciblées

M3 : « Donc on avait des experts qui nous ont formés sur la PrEP et les IST »

2- Médias médicaux

M2 : « Oui, j'avais déjà entendu parler de la PrEP, par des revues médicales de lecture quotidiennes [...] je commençais à lire des articles là-dessus »

M3 : « Je sais plus où j'en ai entendu parler, sans doute dans un article, vu que je suis abonnée à plusieurs revues : PRESCRIRE, MEDECINE, mais je sais plus à quelle occasion j'en ai entendu parler »

M6 : « Je crois pas que j'ai reçu un truc médical dessus, (rire) ou peut-être dans PRESCRIRE. Parce que moi de toute façon au niveau médical, j'ai que PRESCRIRE. »

3- Patients à l'initiative de l'information

M2 : « j'avais déjà entendu parler de la PrEP, par un patient qui en a bénéficié »

M6 : « j'ai juste eu des patients qui m'ont averti qu'ils en avaient pris, qui en prenaient. [...] des patients qui m'en ont parlé, c'était plus des gens qui font de l'échangisme ou des trucs comme ça. »

M7 : « Et c'est ce patient qui m'a dit, voilà comment ça se passe, il faut faire des dépistages des IST à chaque renouvellement [...] J'en ai qu'un qui m'a demandé »

4- Par des confrères

M4 : « La première fois que j'en ai entendu parler, c'était par mon associée »

M7 : « Je pense que c'était via mes confrères, par des médecins »

5- Médias tout public

M6 : « La première fois que j'ai eu l'info, je crois que c'était à la radio »

e) Acquisition de compétences

1- Lutter contre le sentiment de vulnérabilité

➤ Face à la demande d'un patient

M3 : « si quelqu'un était venu me voir en me disant : « Dr je voudrais prendre la PrEP », je serais restée baba en ne sachant pas de quoi il s'agit. »

M5 : « mais j'ai été bien soulagé de savoir ce que c'était parce que j'aurai été embêté qu'on me le demande et de dire, je ne sais pas ce que c'est. »

M6 : « Si quelqu'un venait m'en faire la demande, ben j'aurai été bien embêté là »

M7 : « Au départ on est un peu dans le truc... Est-ce qu'il est VIH, est-ce qu'il ne l'est pas. On est un peu dans le truc de se dire, est-ce qu'il vient me demander un traitement, une thérapie contre le VIH ou une prévention. On est dans le doute, on vérifie le VIDAL... Voilà. »

➤ Maitriser la prescription

M2 : « Bon aujourd'hui, déjà, j'ai plus d'information, savoir que ça ne se prescrit pas comme ça voilà »

M3 : « A partir du moment où on sait, les indications, les contre-indications, comment on fait, à quel moment on fait le suivi »

M5 : « pas de freins à la prescription. Dans la mesure où, je sais le prescrire, comme je sais prescrire les traitements que j'utilise. »

M6 : « Ce qui me freinait dans la prescription, jusqu'à maintenant c'est que je ne le connaissais pas »

➤ Maitriser le suivi

M3 : « il y a du renouvellement, il y a du suivi, il y a faire les bilans IST régulièrement, donc il y a pour nous du travail, donc il faut qu'on sache »

2- Dans l'intérêt du patient

➤ L'information

M1 : « Au passage je n'ai pas eu de formation sur l'information à donner, ce qui me paraît important »

M2 : « orienter [Le patient] maintenant sur les centres de dépistage sachant que ce protocole existe »

M3 : « c'est vrai qu'il faut quand même pouvoir expliquer exactement »

M5 : « Après est-ce que j'en parlerai, peut-être, maintenant oui. »

M6 : « c'est vrai que je l'aurais pas fait jusqu'à présent. Mais peut-être que maintenant, en plus, on peut introduire là-dessus ouais [en plus du discours de prévention]. Avant j'y aurais pas pensé [à la PrEP] mais aujourd'hui, je pense que j'y penserai quand même.

➤ L'éducation

M5 : « Je pense qu'une ordonnance c'est assorti d'une explication. »

➤ L'accompagnement

M3 : « Savoir de quoi il retourne pour pouvoir répondre à la demande d'un patient ou d'un couple de patient. Pouvoir répondre à ce truc-là »

M6 : « si je le revois en consultation tout seul, je pourrai lui en parler et affiner la discussion maintenant »

➤ Maîtriser tous les risques

M2 : « *ça existe mais ça ne vous protège pas des autres IST* »

M4 : « *Je pense que ce n'est pas parce qu'on prend un traitement qu'on va... Enfin, je ne crois pas, je crois qu'à partir du moment où on a la bonne information et qu'on sait ce qu'on fait... je ne pense pas que la personne va aggraver son risque à prendre ce traitement* »

M5 : « *Quand on prescrit quelque chose, on a besoin de savoir un peu ce qu'il se passe derrière [...] Plutôt que de donner une ordonnance toute faite dans un cas et finalement avoir l'impression de pas couvrir tout le risque* »

3- Diffuser au plus grand nombre

➤ Aux patients

M2 : « *sachez que ça existe et que si vous voulez en bénéficier, voilà les coordonnées et faites le bien et que c'est pris en charge.* »

M3 : « *voir avec eux s'ils savent que ça existe. [...] si j'avais un ado chez qui j'identifie des pratiques à risque de contamination VIH, je pense que je lui parlerai de ça* »

M4 : « *Mais s'il fallait prescrire ce traitement aux vues des effets que ça fait et en tant que MG des jeunes qu'on voit [...] Et maintenant que je sais que la PrEP existe [...] S'il ne l'a pas, je l'orienterai vers le CeGIDD* »

M5 : « *je serais intéressé par un support pour pouvoir en parler [à mes patients].* »

M6 : « *Au moins, les informer, s'ils ne connaissent pas...* »

➤ Aux autres soignants

M2 : « *il faut que la majorité des soignants soit au courant que ça existe pour une bonne prise en charge* »

M3 : « *puisque moi, je ne sais pas, je me dis que mes confrères/consœurs, n'en savent pas plus que moi* »

M4 : « *je pense que ça devrait intéresser beaucoup de médecins qui font de la gynécologie.* »

4- Bénéfices d'une formation spécifique

M2 : « *j'ai quand même plus d'information qu'initialement, ça c'est sûr. »*

M6 : « *Avant la formation, c'est vrai que la PrEP, je la connaissais pas trop »*

5- Meilleur ancrage des connaissances

M1 : « *[La formation] C'est utile en rappel parce qu'en fait sur ce que j'avais mémorisé, il y a des différences notamment sur le schéma »*

6- Evolution des représentations sur la PrEP

M6 : « *ça fait une prévention globale des IST, ce que je pensais pas forcément initialement. »*

f) Objectifs multiples

1- Axe des pratiques

M4 : « *Je pense que ça pourrait correspondre à ma pratique parce que comme j'ai des jeunes, c'est pour ça que ça m'intéresse d'aller me former »*

M5 : « *J'ai des hétérosexuels, j'ai des homosexuels, en couple stable, des jeunes homosexuels, des hommes, des femmes. »*

2- Intérêt pour ce protocole

M3 : « *je suis impliquée dans la FMC. Quand un sujet m'intéresse, je me dis, ça il faut qu'on le fasse. »*

g) Moyens de diffusion

1- Support pratique

M4 : « *c'est très bien ce que vous avez fait-là. Je trouve qu'en quelques diapos, on a des éléments essentiels. »*

M5 : « *Nous c'est toujours bien quand on a un support. Le petit truc que vous avez fait, j'ai trouvé ça très bien, avec les échelles de temps, c'est vachement bien, très simple à comprendre, c'est visuel »*

M7 : « Et à expliquer aussi, c'est pas super facile... C'est facile avec un graphique comme ça, visuellement c'est plus simple. »

2- Mails

M2 : « notamment on reçoit des mails sur la messagerie sécurisée maintenant en cas d'épidémie de rougeole, de choses comme ça. Donc peut-être par ce biais ou par un courrier de la sécu, qu'on soit un peu plus informé »

M5 : « [Au cours des FMC], on retient des messages, des notions, mais effectivement dans le quotidien, s'il y a une demande de PrEP, je vais aller relire votre mail »

3- Formation adaptée

M5 : « qu'on soit formés intelligemment. Ne plus être dans une transmission verticale du savoir où le professeur va voir un médecin installé depuis tant d'années etc... Il faut faire les choses intelligemment, en collaboration »

5. Appropriation du protocole

a) Indications de la PrEP

1- Chez les personnes à risque

M2 : « pour les sujets à risque d'une séropositivité qu'ils aient des rapports avec une personne connue pour être séropositive »

M3 : « C'est prévenir la contamination VIH chez des patients qui peuvent avoir des pratiques à risque sexuel, donc les HSH, les prostituées et les gens qui utilisent des produits pendant les rapports »

M4 : « qu'on donne à des personnes qui ont des activités sexuelles ou non sexuelles à risque du VIH (toxicomanie). »

M5 : « travailleurs du sexe ou personnes ayant des conduites à risque »

M6 : « chez les populations à risque. [...] Pour les populations bien ciblées-là, je trouve que c'est vraiment quelque chose de bien. »

M7 : « chez une population à risque. »

2- Protéger les personnes en fonction de leurs pratiques

M3 : « Le fait de leur donner la PrEP, ça permet d'éviter que en faisant n'importe quoi, en plus ils se contaminent et qu'ils contaminent les autres. »

M5 : « si c'est quelqu'un qui va dans des soirées... ça va dépendre un peu du contexte... »

3- Limiter au maximum le risque de contamination

M5 : « Et en même temps, entre le risque réel s'il n'a pas ce traitement et le risque amoindri quand il prend le traitement. Peut-être qu'on doit partir de là, pour dire qu'il y a un service rendu. Puisque sur 10 y en a 8 qui ne vont pas le chopper »

b) Bilan pré-thérapeutique

M1 : « avant de se lancer dans la prescription du Truvada, [...] il y a quand même un bilan, des questions à poser, avec des vaccinations à mettre à jour. [...] les dépistages sérologiques. Pour moi c'est essentiel avant tout traitement. »

M3 : « Il vous faut faire un bilan d'IST, peut-être que je lui prescrirai le bilan d'IST déjà comme ça il irait au CeGIDD avec son bilan tout prêt. »

c) Truvada

1- Pas habitué à la prescription d'antirétroviraux

M5 : « tous ces traitements antirétroviraux, nous on les prescrit plus en ville »

2- Molécule connue

M1 : « [Le TRUVADA] Je connaissais déjà puisque c'est déjà le traitement du VIH »

M4 : « Mais en sachant que c'est le TRUVADA, j'ai des patients qui sont traités par TRUVADA donc je connais ce médicament »

3- Peu d'interactions

M3 : « On a l'habitude de gérer ce genre de choses pour d'autres pathologies qui sont bien plus compliquées. Pour les AVK vous vous arrachez à chaque fois les cheveux sur les interactions, les contre-indications... à côté la PrEP ce n'est rien.

4- Effets secondaires

M5 : « un traitement qui ne doit pas être sans effets secondaires en plus »

d) Simple

1- Schémas précis

M4 : « Avant la présentation, j'aurai pensé que c'était plus compliqué que ça. [...] je trouve que c'est très protocolisé, donc pour moi c'est comme un schéma vaccinal. Et c'est comme ça qu'on fait de la prévention, donc c'est pareil. Là y aura un schéma tous les jours ou discontinu, donc faut juste suivre le schéma.

2- Suivi fléché régulier

M6 : « Et en plus à chaque fois, [le bilan] ça amène une information au patient. »

e) Rassurant

M5 : « Mais si j'ai un protocole clair, moi ça ne me pose pas de soucis d'aborder le sujet ou de prescrire ce type de traitement »

M6 : « En fait on voit bien que par le suivi qui me semble contraignant, ça permet d'avoir en fait un... C'est pas que sur le VIH en fait. [...] Et donc pour ça c'est mieux, (rire) c'est rassurant. »

f) Nouveau paradigme de prévention

M6 : « En soi, c'est logique [...] au moins, ça fait une prévention globale des IST »

g) Dans l'intérêt des patients

M6 : « Mais c'est important que ça y soit, qu'il y ait cette rigueur-là... »

h) Prise en charge globale

M6 : « C'est un traitement préventif du VIH avec tout un suivi pour toutes les IST en définitive. Donc je pense qu'il faut plus l'encadrer dans un cadre comme ça que vraiment que dans le traitement du VIH, c'est peut-être l'avantage de faire des suivis très réguliers d'ailleurs. [...] au moins, ça fait une prévention globale des IST »

M6 : « Prévention... du SIDA. Mais en fait on voit bien que par le suivi qui me semble contraignant, ça permet d'avoir en fait un... C'est pas que sur le VIH en fait. »

i) Protocole de prise à la demande complexe

M7 : « Pour moi, c'est un peu compliqué le protocole 2 comprimés... pour moi [...] C'est un peu compliqué... 2 puis 1, 1... »

j) Défaut de mémorisation

M1 : « Ah, il me semblait, moi ce que j'avais mémorisé c'était un seul comprimé. Du coup je pensais que c'était 2 puis 2 puis 2. En réalité c'est 2 puis 1 puis 1. »

M5 : « Ça a été une redécouverte par rapport au schéma dont j'avais aucun souvenir »

M7 : « Je vais pas me souvenir de tout ça. Le truc des 6 jours, là... [...] moi j'ai du mal à le mémoriser vu qu'on le prescrit pas tous les jours... »

k) Un sujet qui touche aux ambivalences personnelles du médecin

M6 : « C'est le côté ambivalent de mon opinion. [...] Je te parle de complexité, mais je trouve que c'est très bien que ce soit une prise en charge globale »

6. Ressenti

a) Sentiment de vulnérabilité

1- Par manque d'information

M2 : « « oui, je viens pour la PrEP » et là, j'étais un peu largué »

M7 : « J'étais un peu déstabilisée [...] on se sent pas très à l'aise, pas très, enfin, à l'aise dans le sens je maîtrise le truc quoi. [...] Après moi, le VIH, je suis un peu nulle, quoi. »

2- Quant au respect du protocole

➤ Observance

M1 : « Et l'évaluation de l'observance du traitement se fait sur quels critères ? [...] l'observance me semble perfectible. »

➤ Dilemme

M6 : « Parce qu'en fait, ça peut être ça le dilemme [...] ils viennent pas avec leur résultat, mais ils veulent quand même leur traitement, enfin, tu vois, c'est ça qui peut être un peu chiant [...] « bon ben d'accord, jte le donne, mais ça aurait été bien que tu aies tes résultats » [...] ça peut compliquer la tâche si les patients ils arrivent et qu'ils font pas tout

le protocole avant et ça peut-être frustrant de se dire, ben qu'est-ce que je fais... De pas donner le truc alors qu'on sait qu'on peut éviter peut-être certaines situations. »

➤ Devoir se battre

M6 : « ce qui est peut-être plus embêtant, c'est d'essayer de mettre en place des trucs comme ça, [...] et puis que finalement, on s'aperçoit qu'au bout, enfin, les gens ils reviennent pas ou des trucs comme ça [...] il faut que les gens ils fassent bien les choses quoi. [...] Parce que si c'est pour faire quelque chose que tu fais mal, je vois pas trop l'utilité, plus une perte de temps, que voilà [...] tant que le protocole est bien respecté tout ça, qu'il faut pas se battre... [...] Et on sent bien que souvent ceux qui ne le font pas, c'est parce qu'ils font des écarts ou qu'ils ont peur de le montrer »

3- Sentiment d'isolement

➤ Hors des réseaux

M1 : « D'ailleurs je n'ai pas les coordonnées du service, et ça me serait très utile, que je sache à qui adresser. Avoir un numéro de téléphone ce serait plus pertinent. »

M4 : « Je pense que je n'ai pas un réseau d'information qui me permette d'être au courant de cet élément. »

M5 : « Mais comme je ne suis pas dans le système je ne connais pas tous les tenants et les aboutissants. »

M7 : « On est totalement hors circuit nous les généralistes de ça. C'est un peu des trucs d'extra-terrestre. »

4- Pas de retour de l'hôpital

M3 : « Après, il y a la question du retour. [...] Personne ne m'a informé que ce patient avait une PrEP et qu'il fallait peut-être que je la renouvelle »

M4 : « C'est dommage qu'on n'ait pas toujours le retour »

b) Manque de considération

1- Par le patient

M3 : « ils sont suivi au MIT [...] Mais ce n'est pas moi qui m'occupe de leurs prescriptions pour ça »

M5 : « Ça me semblera être plus englobant et plus rassurant pour le patient dans la compréhension du traitement [d'aller voir un spécialiste]. »

M6 : « Il m'avait dit que pour l'instant il, enfin, sûrement il reviendrait pas vers moi tout de suite, il irait plutôt dans le centre spécialisé [...] Et peut-être qu'il y a un frein pour les patients d'aller voir leurs généralistes, justement parce que c'est des patients qui rentrent là-dedans, qui sont assez consciencieux, et tout ça et qui se disent peut-être que c'est mieux d'aller dans le centre plutôt que d'aller chez le généraliste, je sais pas, j'en sais rien. »

2- Par les spécialistes

M3 : « Donc nous, il faut qu'on les adresse, mais dans l'autre sens, je ne le sais pas. »

M5 : « Il y a plein de choses qui ne nous sont pas transmises [...] Dans ces cas-là, chacun reste dans ces trucs »

c) Sentiment d'exclusion dans la prescription

M1 : « sauf que la prescription initiale de la PrEP n'est pas autorisée par les MG, donc je ne sais pas trop comment me débrouiller avec ça. Ça ne me fait pas beaucoup avancer en termes de prescription. »

M3 : « il faut aller en consultation parce que moi je ne peux pas vous la prescrire. »

M5 : « Je ne me suis pas senti tout à fait concerné tout de suite parce que je ne suis pas acteur de la prescription à priori. [...] Qu'est-ce que j'en ai retenu, pour tout vous dire, c'est que j'allais les envoyer en maladies infectieuses, voilà, si on simplifie un peu les choses »

M6 : « Enfin, apparemment pour l'instant, ils sont plus suivis dans les centres j'ai l'impression. »

M7 : « J'avais l'impression que c'était les spécialistes qui pouvaient le prescrire, que c'était un truc de spécialité quoi. »

d) Sentiment d'impuissance

M1 : « *si quelqu'un vient me voir « en urgence » avec une demande de PrEP, il faut que je l'envoie à l'hôpital [...] la faisabilité pour moi, nulle, je ne critique pas l'objectif en termes de santé publique, mais c'est la faisabilité en médecine générale. »*

M3 : « *Au final on est un peu coupés en petits morceaux en fait quand on voit les gens. Alors que la prise en charge c'est plus global »*

M5 : « *A priori, je ne pense pas que les confrères ils aient un frein. S'ils sont en difficulté ils disent je ne sais pas faire, je me renseigne et je reviens vers vous, mais il n'y a pas de honte à ne pas savoir. »*

M6 : « *d'essayer de mettre en place des trucs comme ça, chez des gens qu'on ... c'était peut-être plus le début quoi, de tout réexpliquer tout ça et puis que finalement, on s'aperçoit qu'au bout, enfin, les gens ils reviennent pas ou des trucs comme ça »*

e) Sentiment d'illégitimité dans la gestion des antirétroviraux

M2 : « *je n'ai qu'un patient traité donc je n'ai pas encore de l'expérience »*

M3 : « *c'est pas moi qui m'occupe de leurs prescriptions pour ça en tout cas. »*

M5 : « *Je ne me sens pas tellement légitime dans la prescription, je n'ai pas particulièrement de formation en maladies infectieuses et comme je vous disais, on ne suit pas trop les séropositifs. »*

M6 : « *j'ai pas de recul par rapport à ça. »*

M7 : « *c'est un truc qu'on maîtrise pas quoi [...] Il y a tellement de médicaments qui sortent, des associations différentes qui sortent. »*

f) Surcharge

1- De travail

➤ Trop de choses à penser

M2 : « *moi quand je suis au boulot, en général je suis en consultation, donc je n'ai pas trop le temps de lire les mails »*

M4 : « *Quand on est médecin généraliste on a tellement de choses à penser, vaccins etc. »*

M5 : « c'est-à-dire qu'on a tellement déjà de boulot qu'on ne peut pas tout faire. »

➤ Trop d'informations

M2 : « Après le problème des mails, c'est qu'on en reçoit tellement que souvent on ne les lit même pas qu'ils partent directement à la poubelle »

M3 : « tu ne vas pas te lancer là-dedans, ça va, tu es assez débordée »

M7 : « Il y a tellement de médicaments qui sortent, des associations différentes qui sortent »

➤ Manque de temps

M3 : « Parce que nous, le vrai problème c'est le temps. Parce qu'on ne peut pas se démultiplier »

➤ Le temps des consultations

M5 : « Et ce ne sera jamais une consultation là-dessus. En médecine générale, on répète, on lance des perches, on récupère ce qui revient. »

➤ Retard

M3 : « J'ai beau prendre dans l'après-midi un trou pour rattraper mes retards mais bon, je suis quand même toujours trop en retard, de toute façon »

➤ Salle d'attente

M3 : « Donc une consultation ça peut facilement déborder. Et que derrière, c'est plein. »

2- Administrative

M1 : « Les tâches multiples non rémunérées je commence à m'en lasser »

g) La PrEP comme challenge

M3 : « Ce n'est pas si souvent qu'en médecine générale on a l'occasion de faire des choses nouvelles qui sortent de nulle part. Donc il faut en profiter quand ça arrive. [...] plutôt que de faire tout le temps du diabète et de l'HTA. »

h) La PrEP, une protection coûte que coûte

M7 : « Je préfère qu'ils prennent ça et qu'ils aient une vie sexuelle débridée, plutôt que ne pas le prendre et avoir une vie sexuelle débridée. »

i) Besoin de reconnaissance

M3 : « *il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas prendre ça en charge, du moins, le suivi, l'accompagnement, le renouvellement, les bilans et savoir prescrire le médicament etc...* »

1- Revalorisation

➤ Du temps de consultation

M3 : « *peut-être 1h de temps ou 3/4h, une consultation avec du temps, [...] Une consultation de santé au sens large du terme* »

➤ Des revenus

M1 : « *il faudrait prévoir une formation et une rémunération spécifique. [...] Mais avant que les autorités sanitaires débloquent de quelconques fonds pour augmenter notre activité...* »

➤ Des consultations

○ *Consultation spécifique*

M1 : « *Il en existe notamment pour annonce de VIH et de cancer. Est-ce que la solution est là ?* »

○ *Consultation de synthèse*

M3 : « *A un moment, ils parlaient de la consultation de synthèse annuelle pour les patients chroniques. Qui était facturée 2C, un peu plus longue, où une fois par an, on fait le point de la santé.* »

○ *Consultation de santé sexuelle*

M3 : « *« C'est que on n'a pas vraiment de temps dédié [...] Comment on positionne cette consultation en santé sexuelle, à l'intérieur d'un suivi médical classique qu'on fait [...] En tout cas, nous on saurait que c'est une consultation dédiée pour ça* »

2- Désir de Formation

➤ Intérêt pour la PrEP

M1 : « *j'ai jamais eu de demande de ce type, mais ça m'intéressait d'être formé sur ce sujet-là qui me paraît important.* »

M3 : « j'ai organisé cette soirée de formation, donc je leur ai proposé, est-ce que ça vous intéresse ? Et donc ce qui les a intéressé, c'est de parler des IST, et la moitié du temps était consacrée à la PrEP »

M4 : « Je pense avant tout, avant la formation du personnel soignant, c'est au moins l'information [...] J'attends de me former à ce sujet. Je vais à une formation dans 10-15 jours »

M5 : « il faudrait peut-être aller voir un médecin référent qui le fait, parler avec lui, avoir un peu le temps de se dire, voilà, c'est quoi les cas, quand est-ce qu'on est embêté, quand est-ce qu'on ne doit pas, pour un peu prendre conscience du truc »

M7 : « j'entends mes collègues qui en parlent de temps en temps, comme sujet sur lequel ils voudraient être formés [...] il faut choisir des sujets et souvent il y a celui-là qui... D'être formé là-dessus »

➤ Accès à la primo-prescription

M1 : « [Mon attente] Faciliter pour les généralistes formés via DPC la primo prescription d'un traitement pré exposition au VIH »

M4 : « Après je n'aurai pas de problème à obtenir la primo-prescription, à partir du moment où je maîtrise le sujet [...] je pense que ce serait plus une bonne chose qu'on puisse le prescrire. »

M5 : « Après est-ce que je ferai la démarche moi d'être référent là-dedans ? non »

j) Ambivalence dans le recours au médecins généralistes

M5 : « Après le problème c'est que l'hôpital il garde ses prescriptions aussi [...] parce que l'hôpital a décidé que c'était à lui et que nous on n'était pas capable. [...] Mais s'ils cherchent des points relais, c'est bien la preuve que tout seuls ils ne peuvent pas tout faire. Et ça ils n'en ont pas encore tout à fait conscience »

k) Renforcer la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge globale du patient

M5 : « Après la relation avec le médecin généraliste elle n'est pas forcément la même qu'avec le spécialiste. On vient le voir pour plein de choses »

DANS LA RELATION DE SOIN

7. Abord de la sexualité

a) Évité

M4 : « *Moi j'ai rarement le cas d'un résultat positif d'une IST chez l'homme parce que je ne les prescris pas. [...] C'est un problème hein [...] J'aborde la question du dépistage, mais je n'aborde pas la question de la sexualité. Il faut que je le fasse quoi. Parce que je n'y ai pas pensé. [...] en fait ça ne fait pas partie des questions que je pose mais je ne sais pas pourquoi* »

M7 : « *Et si le résultat est positif, ben on traite l'infection chlamydia et puis c'est tout. Et non, on va pas plus loin, sur les pratiques... [...] Donc ouais, ça ne va pas plus loin que ça. Je ne parle pas de sexualité* »

b) Le choix des mots

M3 : « *en fait quand on parle médicalement de sexualité avec nos patients, ils vous répondent sur un plan absolument médical [...] Alors des fois, je leur dis, alors excuse-moi de te poser des questions un peu intimes comme ça, mais moi je suis médecin et j'ai besoin de savoir, pour ta santé.* »

M4 : « *en fait je ne posais pas systématiquement la question des habitudes sexuelles des patients [...] Faut que je revoie la façon d'aborder le sujet.* »

M7 : « *C'est très difficile pour nous de dire, d'engager la conversation sur... Si on se demande si le patient est homo, pas homo... Enfin, c'est difficile d'arriver, de dire, au fait... [...] Je me vois pas dire, sous-entendre... Je ne sais pas comment l'aborder* »

c) Evaluation des pratiques à risque

1- CHEMSEX : Abord facilité par la formation

M3 : « *je pose la question, est-ce que quand tu as des rapports sexuels, est-ce que tu utilises des produits* »

M4 : « voir un peu du côté de l'usage de drogues »

2- Préservatif

➤ Y penser

M3 : « est-ce que tu penses au préservatif... Parce que des fois, dans le feu de l'action, le préservatif... »

➤ L'utiliser

M3 : « est-ce que tu l'utilises vraiment, toujours, systématiquement. »

➤ Savoir l'utiliser

M3 : « je leur demande s'ils ont eu des accidents de préservatifs, parfois, de rupture, je leur pose la question »

3- Fréquence

M6 : « Après c'est vrai qu'on peut peut-être élargir encore plus la discussion, savoir si c'est fréquent, si c'est juste épisodique, si c'est... »

d) Le bon moment

1- Le temps du médecin

➤ Motif médical

○ *Hors contexte*

M3 : « Bon c'est vrai que quand ils viennent pour renouveler leur traitement pour le cœur, on n'est pas forcément en train de parler de santé sexuelle »

M5 : « Si je le revois parce qu'il a un rhume, est-ce que je vais lui parler de la PrEP... compliqué quoi... Ce n'est pas sa demande... »

○ *Contraception*

M3 : « c'est à la contraception [...] Bon quand c'est de la contraception, c'est facile. »

M4 : « parce que je fais de la gynéco et que je renouvelle les contraceptions et qu'elles viennent pour ça »

○ *Vaccin*

M3 : « on va bientôt vacciner les garçons contre le HPV. [...] ça peut être un moyen d'abord, tiens, est-ce que tu as eu la vaccination HPV, est-ce que tu as compris quelles étaient les implications, enfin, voilà. Partir vers la santé sexuelle à ce moment-là, ça peut-être une ouverture. »

M4 : « et parce que je fais des consultations chez les ados, et quand je propose la vaccination HPV. »

M5 : « on vaccine les ados, notamment avec le Gardasil, on est amené à leur parler assez tôt à eux et à leur parent de la sexualité. »

- *Résultat de dépistage*

M2 : « s'il vient avec un gonocoque par exemple ou une IST, on va le traiter évidemment, après s'ouvre la discussion de quelles sont tes pratiques sexuelles, quelle est ton mode de vie sexuelle »

- *Consultation dédiée*

M3 : « il y a des moments où ça peut être facilement dans le thème [...] il y a des moments où ça se présente, de pouvoir parler santé sexuelle »

- Le patient

- *Abord facilité avec les femmes*

M4 : « Les seuls patients chez qui je pose la question ce sont des femmes [...] Mais chez les hommes... »

- *Couples échangistes identifiés*

M6 : « j'en parlerai plus facilement. Surtout chez les gens, ben voilà, je sais que j'ai plusieurs couples échangistes, je pense que peut-être je pourrai l'introduire. »

- *Couples sérodiscordants*

M5 : « Non, j'ai un couple sérodiscordant, mais ils ne m'ont jamais parlé de ça. Alors est-ce que moi je vais leur en parler ? Je ne sais pas s'il faut que j'aille au-devant. »

- *Adolescents*

M2 : « C'est plus dans l'abord. Difficile de répondre, parce que l'abord il se fait au moment de la consultation, c'est difficile de savoir à l'avance comment va se passer la consultation. »

M3 : « c'est vrai que quand je parle sexualité aux ados, je dis « il ou elle », « ton / ta partenaire il ou elle » ce qui fait que de dire ça, pour moi c'est pareil, peu importe, c'est ton choix, donc ça permet d'ouvrir la discussion plus facilement »

M5 : « C'est sûr que les premiers rapports, surtout chez les filles, c'est souvent 16-17 ans. Les garçons, l'abordent moins, mais chez les filles peut-être un peu avant donc on y est quoi. »

2- Le temps du patient

➤ Être à l'écoute du rythme de chacun

M3 : « Parce qu'aborder la santé sexuelle avec nos patients, il faut y aller doucement, il faut y aller à leur rythme, au nôtre »

➤ L'âge

M3 : « entre 11 et 14 ans, c'est peut-être un petit peu tôt pour parler santé sexuelle chez les garçons. »

M5 : « A 11 ans déjà, faut se projeter, pour leur dire... »

➤ Contexte

○ *Seul en consultation*

M6 : « En plus il était avec son fils donc... [...] si je le revois en consultation tout seul, je pourrai lui en parler et affiner la discussion maintenant »

M7 : « j'ai vu un patient à moi qui est transsexuel donc une patiente, [...] la prochaine fois que je la vois seule, je pense que j'aborderai ce genre de sujet. [...] Mais bon, là [...] il y avait la maman à côté... »

○ *Les occasions*

M3 : « Parce que c'est vrai que les ados, franchement, ceux qui vont bien, on les voit une fois l'an pour les certificats de sports, et encore maintenant, moins et en gros c'est tout »

e) Les Freins du médecin

1- Disponibilité

➤ Temporelle

M3 : « *Le frein principal, je pense, c'est le timing [...] Donc c'est vraiment ça, c'est de se dire, alors, là, si je commence à aborder la santé sexuelle, j'en ai pour une heure. Ça c'est un vrai frein, le temps* »

➤ Psychologique

M5 : « *Et encore, quand on est en forme parce que quand on est fatigué on n'a pas forcément les bonnes réactions.* »

2- A priori sur la réaction du patient

M3 : « *On a beaucoup, nous médecins, d'a priori [...] Les patients, à part certains avec qui j'ai déjà abordé et qui du coup le réabordent facilement avec moi, si je commençais à aborder leur sexualité, peut-être qu'ils se diraient euh, d'où ça tombe. C'est peut-être ça le frein.* »

M7 : « *Après les garçons... C'est quand même délicat de demander à un garçon qui est a priori hétéro, d'aller sur le côté homo éventuellement, ça se vexe tout de suite* »

3- Intrusif

➤ De l'ordre du privé

M2 : « *c'est un couple plutôt stable après je ne sais pas sur les relations extra* »

M5 : « *Ce n'est pas sa demande... C'est un peu intrusif.* »

M6 : « *Donc c'est vrai que je n'ai pas demandé avec lui si ça femme faisait pareil ou pas.* »

M7 : « *Ben après les gens... enfin, ça ne me regarde pas ce qu'ils font. C'est pas un sujet qui vient facilement sur la table [...] Après savoir les pratiques sexuelles des uns et des autres, c'est pas facile.* »

➤ Doit venir du patient

M5 : « Parce que ce sont des gens qui à mon avis côtoient le milieu, donc ils ont dû en entendre parler. Donc s'ils ne m'en ont pas parlé c'est peut-être qu'ils n'en ont pas l'utilité »

M6 : « Surtout sur ces sujets-là, les gens qui me le disent c'est des gens assez ouverts, on en parle comme ça donc. »

M7 : « Ce n'est pas à nous de faire de la prévention là-dessus, sauf si le patient, il nous raconte sa vie et qu'on est au courant »

➤ Renvoi à soi

M3 : « C'est vrai que ce n'est pas forcément facile, parce que j'imagine qu'on peut être réticent à parler de sexualité soi-même. Parce que c'est vrai que ça nous renvoie à nous-même. »

M4 : « Ce n'est pas que ça me gêne mais je ne sais pas. [...] Mais quand je serai à l'aise sur tout le vocabulaire, peut-être que ce sera plus facile pour moi de rentrer dans le vif du sujet. »

M7 : « Parce que c'est super gênant quoi... »

4- Sentiment d'être dépassé

M4 : « Déjà c'est mon fils qui m'apprend des choses. [...] J'ai un problème de culture qui fait que j'ai sacrément vieilli donc voilà [...] je vois qu'il y a des choses... On est un peu en retard... »

5- Le jugement

M3 : « les HSH, les prostituées et les gens qui utilisent des produits pendant les rapports, qui ont vraiment une vie sexuelle très débridée on va dire. »

f) Facilité grâce à la PrEP

M3 : « Ça [la PrEP] permet quand même un petit peu, moi je trouve, d'aborder la sexualité. [...] Le fait d'aborder avec les gens leur sexualité. De parler santé sexuelle plus facilement »

M4 : « Et maintenant que je sais que la PrEP existe, je pense que je lui poserai la question, s'il l'a. [...] Je l'aborderai en lui disant est ce que vous prenez ce traitement. Et savoir quel schéma il a. [...] Et je poserai quand même la question sur d'autres conduites à risque. »

g) Intérêt de la formation dans l'abord de la sexualité

M3 : « Maintenant que je sais que des fois, c'est vacances, c'est machin, c'est voilà [...] ça c'est une question que je pose facilement depuis que j'ai fait la formation et entendu parler du CHEMSEX »

M4 : « faut que je me forme déjà là-dessus parce que je crois qu'il y a des choses qui m'échappent »

M6 : « Mais voilà, en tout cas oui, j'en aurai pas parlé avant mais maintenant j'en parlerai plus facilement. »

h) Un item dans le dossier

M4 : « Ben il y aurait un item, je ne sais pas encore comment je vais le mettre, dans orientation sexuelle ou dans habitus comme je mets tabac ou autre, je pense que ce serait important que ça y figure. [...] c'est de mettre un facteur de risque comme n'importe quel autre facteur de risque [...] Ça ne veut pas dire qu'on le range définitivement dans ça, c'est comme le fumeur, hein, ça ne veut pas dire qu'il sera fumeur toute sa vie, enfin, on espère pour lui »

i) Le discours de prévention

1- Toute découverte d'IST doit questionner sur la PrEP

M7 : « sur une seule IST +, je penserai pas à la PrEP. Parce que bon, je trouve quand même que ça a un coût ce traitement. [...] Quand ça fait 2-3 fois que les gens ils viennent pour ça, ouais, ben de dire, bon il y a quand même un petit souci de protection, je peux expliquer ça. »

2- Education du patient

➤ Information

- Une cible unique le VIH

M2 : « *Donc bien insister là-dessus, dire aux gens, « ça vous protège du HIV, mais ça ne vous protège pas des autres IST » »*

M3 : « *Parce que la PrEP c'est le VIH, et à côté il y a Chlamydia, y a syphilis etc. »*

M5 : « *parce que ça au final ça ne protège pas de la grossesse et de plein d'autres trucs. [...] C'est un problème sur une question précise, mais sur un ensemble qui est beaucoup plus vaste. »*

M7 : « *Et ça protège que du VIH. »*

○ *Transmission des messages de prévention*

▪ Multiplier les informations de prévention

M5 : « *Je pense qu'une ordonnance c'est assorti d'une explication. Et les explications elles ne sont pas que sur le traitement, il y a tout le contexte autour qui moi me paraît au moins aussi important que la démarche de la PrEP. Je pense qu'à côté il doit y avoir autre chose que je vous file les cachets et débrouillez-vous. »*

▪ Répéter les messages clés

M2 : « *il faut répéter, répéter sans cesse aux gens, parce que le message, il passe mais il passe quand on leur répète, c'est comme pour tout, quand vous voulez faire arrêter de fumer, ben il faut le dire 50 fois et un jour ça marche »*

M6 : « *Je pense que c'est important de répéter répéter répéter... Peut-être qu'à leur tour ils répètent eux aussi et que tout ça, ça peut amener à avancer sur certaines choses. »*

▪ Valorisation du préservatif pour protéger des autres IST

M1 : « *ça ne dispense pas de l'utilisation du préservatif »*

M3 : « *comme quand on donne la pilule à une jeune femme, que pilule = continuer le préservatif. De même, PrEP = continuer le préservatif. »*

M5 : « *Mais je commencerai d'abord par le préservatif : mettez la ceinture et les bretelles. [...] même avec ce traitement-là, je lui conseillerai de mettre des protections d'abord et après j'enchaînerai sur ça en sécurité. »*

M7 : « Donc ça n'empêche pas d'utiliser le préservatif. Donc c'est ça qu'il faut continuer à dire. »

- Informer sur les prises de risque

M5 : « Faut expliquer quoi, c'est quelque chose qui va arriver en fin d'un discours sur énormément d'autres choses je pense, qui ont attiré à la prévention, à faire attention, à ne pas prendre des habitudes d'exposition qui exposent à plein d'autres choses, [...] ça fait partie d'un tout. [...] Ça met un item de plus dans l'information. »

- La PrEP comme nouvel élément de prévention du VIH

M4 : « Parce que le préservatif c'est une chose, mais ce n'est pas le seul moyen de prévenir du VIH »

- Explication des limites du traitement

M5 : « Vous êtes exposé, vous n'êtes pas HIV+, on ne peut pas jouer sur ce risque-là donc on va essayer de le diminuer [...] on dit à nos patients, vous allez vous exposer à un risque et y a 8 chances sur 10 qu'on vous sorte de ce risque. »

3- Accompagnement dans la décision finale

M5 : « C'est une discussion personnelle, nous on est juste là pour mettre le doigt sur la question qu'ils ne se posent pas forcément et ça leur fait changer leur façon d'appréhender le traitement »

8. Identifier les populations à risque

a) HSH bien identifiés

M1 : « Pour l'accès essentiellement aux HSH, à ce moment-là oui, c'est intéressant »

M3 : « c'est pour des patients à risque de contamination pour le VIH [...] même stables entre guillemets, je pense à des HSH, qui sont en couple relativement fixe. »

M7 : « Pour moi, c'est destiné aux pratiques homosexuelles. »

b) Sous-estimation du nombre de patients concernés

1- Difficulté d'identification des populations cibles

M3 : « Bon on n'a peut-être pas de patients concernés, on ne sait pas. Mais peut-être qu'on en zappe beaucoup. Ça concerne sans doute plus de patients que l'impression qu'on en a [...] Après c'est vrai que ça concerne un petit nombre de patients, je pense pour chaque médecin. »

M4 : « Après il faut trouver la population cible dans sa patientèle, et c'est là que moi j'ai un problème... »

M6 : « chez les populations à risque. [...] pour une population plus ou moins ciblée, enfin, oui quand même ciblée mais assez large en définitive. »

M7 : « Donc je pense qu'il y en a plus que ce que je vois. »

2- Inégalité de genres

➤ Visibilité réduite des travailleuses du sexe

M2 : « Je n'ai pas de prostituées, en tout cas, pas que je sache dans ma patientèle [...] je ne suis pas sûr qu'elles fassent la démarche »

M3 : « les prostituées etc. Bon, à priori, je n'ai pas dans ma patientèle de patiente prostituées »

➤ Quid des femmes

M3 : « Après c'est vrai que ça concerne les femmes également. »

3- Vulnérabilité des populations de certains quartier

M2 : « moi, je travaille pas dans des quartiers socialement défavorisés »

M3 : « je ne suis peut-être pas dans le quartier qu'il faut [...] Alors, il y a peut-être des endroits, ou des cabinets qui sont plus concernés, des zones dans Montpellier centre plus qu'en périphérie, je n'en sais rien »

4- Usagers de Droque Intra Veineuse

M4 : « Je leur demande s'ils prennent de la drogue »

5- Intérêt de la PrEP pour les relations extra-conjugales

M2 : « *je ne suis pas dans le couple mais c'est un couple plutôt stable après je ne sais pas sur les relations extra mais donc lui maintenant est traité préventivement* »

6- Hétérosexuels à risque

M7 : « *Mais la PrEP, non, ça me vient pas hein chez les hétéros. Mais oui, je pourrai. Ouais ouais.* »

7- Couples échangistes

M6 : « *j'ai des patients qui font de l'échangisme ou des choses comme ça. Ça ils m'en ont déjà parlé* »

8- Adolescents : Abord difficile en présence des parents

M2 : « *C'est un peu plus compliqué parce que le problème des ados, c'est le fait qu'ils soient mineurs, donc c'est parfois difficile. Soit, ils viennent avec les parents qui sont au courant de la situation, bon, ça arrive, auquel cas, on en parlera naturellement. Après, si c'est un ado qui vient comme ça spontanément, pareil, on lui dira la même chose.* »

POUR LES PATIENTS

9. L'information

a) Accès à l'information

1- Patient expert

M2 : « *Bon et voilà, lui s'était déjà renseigné à l'avance ou c'était à l'hôpital qu'on lui avait dit* »

M7 : « *Pour moi, c'est plutôt, les gens qui sont informés déjà et qui peuvent solliciter le médecin* »

2- Information communautaire

M2 : « *Souvent, c'est des gens plutôt jeunes qui regardent beaucoup internet, qui vont se renseigner beaucoup [...] « Toutes les populations homosexuelles... en fait souvent, ces*

gens-là sont quand même souvent bien renseignés, c'est-à-dire que quand ils viennent vous voir ils en savent beaucoup plus que vous. »

M5 : *« Parce que ce sont des gens qui à mon avis côtoient le milieu, donc ils ont dû en entendre parler [...] généralement, surtout le milieu gay, les informations passent vite. »*

M6 : *« Au moins, les informer, s'ils ne connaissent pas... mais je me demande s'ils sont pas plus informés que moi (rire) Je pense qu'ils sont plus informés. »*

b) Difficulté d'accès à l'information

1- Travailleurs du sexe

M2 : *« Peut-être effectivement, il faut travailler [leur donner l'information] sur ces gens-là qui sont les plus à risque. [...] concernant les travailleurs du sexe, est-ce qu'ils vont bénéficier de ça, je ne sais pas, je ne connais pas de gens travaillant dans ce milieu, donc je ne sais pas comment ils peuvent avoir l'information. »*

2- UDIV

M3 : *« j'ai des patients en traitements de substitution aux opiacés, [...] je leur ai posé la question, s'ils en avaient entendu parler etc., et en fait très peu. »*

3- Quid des réseaux d'information ?

M5 : *« je ne sais pas si cette information est passée chez les patients. »*

M7 : *« Alors peut-être ils sont pas informés aussi, les Homosexuels parmi mes patients. »*

c) Accès à la prescription

1- Patient

➤ Auto identifié comme à risque

M2 : *« Ben la première fois vraiment, en concret, c'est un patient qui est venu parce que son conjoint est séropositif traité »*

M3 : *« Peut-être que j'ai des patients qui sont allés là-bas au CeGIDD, qui se sont jugés susceptibles de prendre la PrEP, qui sont allés au CeGIDD »*

M5 : « Mais c'est une démarche volontaire, faut que les gens identifient leur schéma sexuel et ils comprennent que c'est à risque et font la démarche d'aller demander un traitement. »

➤ A l'initiative

M2 : « j'ai un couple comme ça, l'un des 2 est séropositif traité maintenant, et un jour, son compagnon, vient me voir il y a 6 mois « oui, je viens pour la PrEP » »

M6 : « il me dit faudra que je vous revoie parce que j'ai commencé un traitement pour le PERP / la PrEP. Mais il me l'a dit comme ça [...] il m'avait juste dit ça, faudra que je vous voie pour ça... »

2- Après du médecin spécialiste

➤ Relation plus distante avec le spécialiste

M4 : « Mais bon, les patients ils choisissent comme ça aussi, ils ne veulent pas forcément que leur médecin traitant soit au courant... ça peut être ça aussi. Une volonté du patient. »

M5 : « Des fois on ne vient pas le voir parce qu'on a des troubles de l'érection, ni son pharmacien, « faites-moi une ordonnance à part » [...] C'est une sphère de l'intime. »

M7 : « on ne voit pas les patients VIH, ils vont que au CHU, on les voit jamais on n'a pas de suivi. »

➤ Abord facilité avec le spécialiste

M5 : « Donc [l'information] on va la livrer à l'hôpital, parce que le chef de clinique il va changer, c'est une grosse structure etc... et on ne va pas la livrer en ville »

M7 : « Déjà les patients VIH, il n'y en a pas beaucoup qui se déclarent comme tel. [...] on ne voit pas les patients VIH, ils vont que au CHU, on les voit jamais on n'a pas de suivi. »

3- Médecin généraliste très peu sollicité

M1 : « Je n'ai pas eu de demande de ce type »

M3 : « Pour l'instant non, je n'ai pas reçu de patient pour lui prescrire ou lui renouveler la PrEP. »

M5 : « Mais je n'y ai pas encore été confronté. »

M7 : « *c'est juste qu'on n'a pas de patients qui s'adressent à nous [pour la PrEP]. [...] ceux qui ne sont pas VIH + et qui demandent... j'en n'ai pas. »*

4- Demande partagée

M5 : « *Après la démarche elle se fait dans les deux sens donc le patient vient et le médecin peut la proposer. »*

d) Un protocole

1- Facile

M7 : « *le patient, lui, il va l'apprendre et puis il va le faire, ça va rouler tout seul »*

2- Complexe

M6 : « *je trouve que des fois c'est un petit peu trop compliqué [...] peut-être le suivi »*

3- Lourd

M6 : « *Mais c'est vraiment tous les 3 mois à chaque fois, ce rythme-là, enfin les prises de sang, les trucs comme ça... ? [...] Mais je pensais pas qu'il fallait par exemple pour les femmes qu'il y ait un traitement continu. [...] ça me semble... lourd »*

4- Contraignant

M6 : « *le suivi qui me semble contraignant [...] Je sais pas si les patients, ils arrivent... [...] C'est peut-être plus contraignant pour les patients [...] C'est vrai qu'il y a quand même pas mal de contraintes entre guillemets »*

5- Adapté ?

➤ A chaque situation

M3 : « *je lui dirai qu'il y a plusieurs formules : ponctuel / au long cours / séquentiel, en fonction de la personne, de ses besoins et de pourquoi il veut la PrEP »*

➤ A une plus grande prise de risque : ex des Travailleurs du sexe

M6 : « *Par exemple pour un travailleur du sexe tout ça, je, je comprends peut-être qu'ils peuvent s'astreindre à faire tout ça. [...] Pour les travailleurs du sexe, enfin tous ces gens-là, je pense que ça... [...] Les travailleuses du sexe, tout ça, c'est pas compliqué mais bon »*

➤ Facilité du schéma de prise à la demande

M6 : « Pour les hommes, ça me semble assez facile, dans ce cas-là »

➤ Difficulté d'assurer un suivi médical régulier auprès des adolescents

M6 : « c'est encore plus compliqué... (rire) sachant que les adolescents ils sont pas faciles à soigner, à prendre en charge et tout ça... avoir un truc aussi rythmé comme ça, ça me semble difficile à mettre en place... [...] Après, chez les adolescents, ça, ça me semble compliqué [...] Toujours sur le plan de la démarche, de tous les mois, je sais pas si... Convaincre un adolescent, ça me semble compliqué. [...] ça risque d'être dur, parce que les ados, c'est pas toujours facile à prendre en charge au niveau médical. »

➤ Quid du risque ponctuel chez les femmes dans les couples échangistes

M6 : « je pensais pas que par exemple pour les femmes qui avait... [...] Après, c'est plus dans le cadre plus ponctuel ou des trucs comme ça, c'est ça je sais pas si les gens, si ils le font. Pour les gens qui ont peut-être des rapports à risque mais pas très fréquents [...] Enfin voilà, je trouve que pour les femmes, c'est aussi un peu plus compliqué [...] C'est peut-être plus compliqué à faire passer pour des conduites à risque peut-être plus ponctuelles »

6- PrEP vs Préservatif

➤ Prise de PrEP détachée du rapport sexuel : facilité d'utilisation par rapport au préservatif

M6 : « peut-être que oui [ils feront l'effort de respecter le protocole], parce que c'est différent [du préservatif], c'est pas dans l'acte, c'est pas dans le machin, je sais pas »

➤ N'est-ce pas plus simple d'utiliser un préservatif ?

M6 : « je me demande si les gens ils sont dans la capacité de faire ça, si... ils sont pas trop... [...] Est-ce que des gens qui sont... [...] Mais pas trop dans la capacité de mettre tout le temps le préservatif ou des trucs comme ça, ils vont être capables de se mettre ...

7- En pratique

➤ Applicable ?

M1 : « Mais l'usage en pratique, je ne suis pas sûr que ça débouche sur quelque chose »

M5 : « Alors est-ce que c'est quelque chose qui est encore à la marge des pratiques ? Est-ce que c'est beaucoup utilisé ? »

M6 : « un truc aussi rythmé comme ça, ça me semble difficile à mettre en place... »

➤ Appliqué

M6 : « ça peut être intéressant pour eux [les couples échangeistes], la preuve y en a qui le font »

e) Implication du patient

1- Importance de la motivation

M1 : « même si les HSH sont plus motivés que des patients ayant des maladies chroniques »

M5 : « il faut que les gens se sentent concernés par ça »

M6 : « Si les patients sont motivés, y a pas de raison que ça marche pas. Avoir des patients consciencieux entre guillemet, parce que c'est quand même un protocole qui est... lourd »

2- Le suivi régulier : pierre angulaire de l'efficacité de la PrEP

M4 : « Donc si les gens adhèrent et qu'il y a un bon suivi, ça fera une bonne prévention. »

M6 : « C'est peut-être plus contraignant pour les patients, mais pour ceux qui sont consciencieux, voilà, je pense que c'est bien [...] il faut que les gens ils fassent bien les choses quoi. [...] il faut que le patient il joue vraiment le jeu [...] tant que le protocole est bien respecté tout ça »

M7 : « Il veut me voir que pour ça. Il a que ce problème-là à gérer et il vient tous les 3 mois pour son ordonnance [pour la PrEP] »

3- Renforcer l'observance

M6 : « c'est comme tous les médicaments, si [...] le patient est prêt à bien suivre le schéma. [...] que l'observance soit bonne, que tout soit bien fait. »

f) Contreparties

1- Illusion de protection : Majoration des prises de risque

M6 : « *Parce que même si effectivement, ça peut... Un peu... Comme peut-être... Favoriser peut-être un peu des situations à risque ou des choses comme ça, parce que les gens peuvent se sentir protégés* »

M7 : « *Parce que j'ai l'impression que c'est un peu : « ben puisque je prends ça, j'ai le droit de faire tout ce que je veux quoi. » »*

2- Quid des IST ?

➤ Moins de craintes des autres IST

M2 : « *Après se pose la question chez ces patients-là, le risque de diminuer la prévention et d'augmenter les conduites à risque vis-à-vis des autres IST, c'est surtout ça* »

➤ Moins pire que le VIH

M2 : « *les autres IST qui certes sont moins graves, donc on peut aussi se dire, on va peut-être en avoir plus, mais c'est moins grave aussi. Un gonocoque ce n'est pas dramatique si c'est traité, ça se soigne bien, c'est quand même moins dramatique que le HIV.* »

3- La PrEP une pilule pour faire n'importe quoi

➤ Pas forcément

M3 « *Ceux qui ne font pas n'importe quoi, ils ne font pas n'importe quoi, PrEP ou pas.* »

M3 : « *il y a des gens qui disaient que c'était une espèce de blanc-seing pour faire n'importe quoi, en termes de sexualité, et que, avoir la PrEP, ben du coup, on n'utilise plus le préservatif. [...] Donc je pense que ce n'est pas de dire, tiens, je risque plus le SIDA donc je fais n'importe quoi. Moi, j'ai l'impression que ça ne devrait pas être un outil de faire n'importe quoi en termes de sexualité.* »

➤ « Libéralisation » des pratiques sexuelles et questionnements éthiques

- *Quand la médecine autorise la prise de risques*

M2 : « on va les inciter, on peut, on pourrait dire qu'on pourrait les inciter à avoir des relations sexuelles, une vie sexuelle débridée. En se disant super je prends mon traitement même ponctuellement et je vais faire ce que je veux ou je veux... bon »

M5 : « *au fond de moi, je me dirai, tu fais un truc mais finalement, tu l'exposes à un risque.* »

M6 : « *Après il peut y avoir aussi, se dire qu'on va donner un médicament à des jeunes... ce qui... pourrait... les autoriser à certaines conduites* »

○ *Cas des hommes à la demande*

M2 : « *Après, le traitement à la demande, chez les hommes, est-ce qu'il est plus discutable, je ne sais pas, du point de vue éthique ou philosophique, je ne sais pas comment on peut dire, c'est-à-dire finalement, ils vont prendre leur médicament avant le rapport le lendemain, le surlendemain... Mais bon, ça reste un bénéfice pour ces gens-là, c'est certain.* »

4- *Dérive médicale de la sexualité*

M4 : « *Je pense que c'est bien médicalisé.* »

M5 : « *Peut-être ce qui m'embêterait le plus, c'est si ça devient l'habitude et que finalement on remplace le bon sens par un espèce de raccourci thérapeutique qui ne fait pas 100% pour moi.* »

5- *Une libération de la sexualité*

➤ *Dans les couples sérodiscordants*

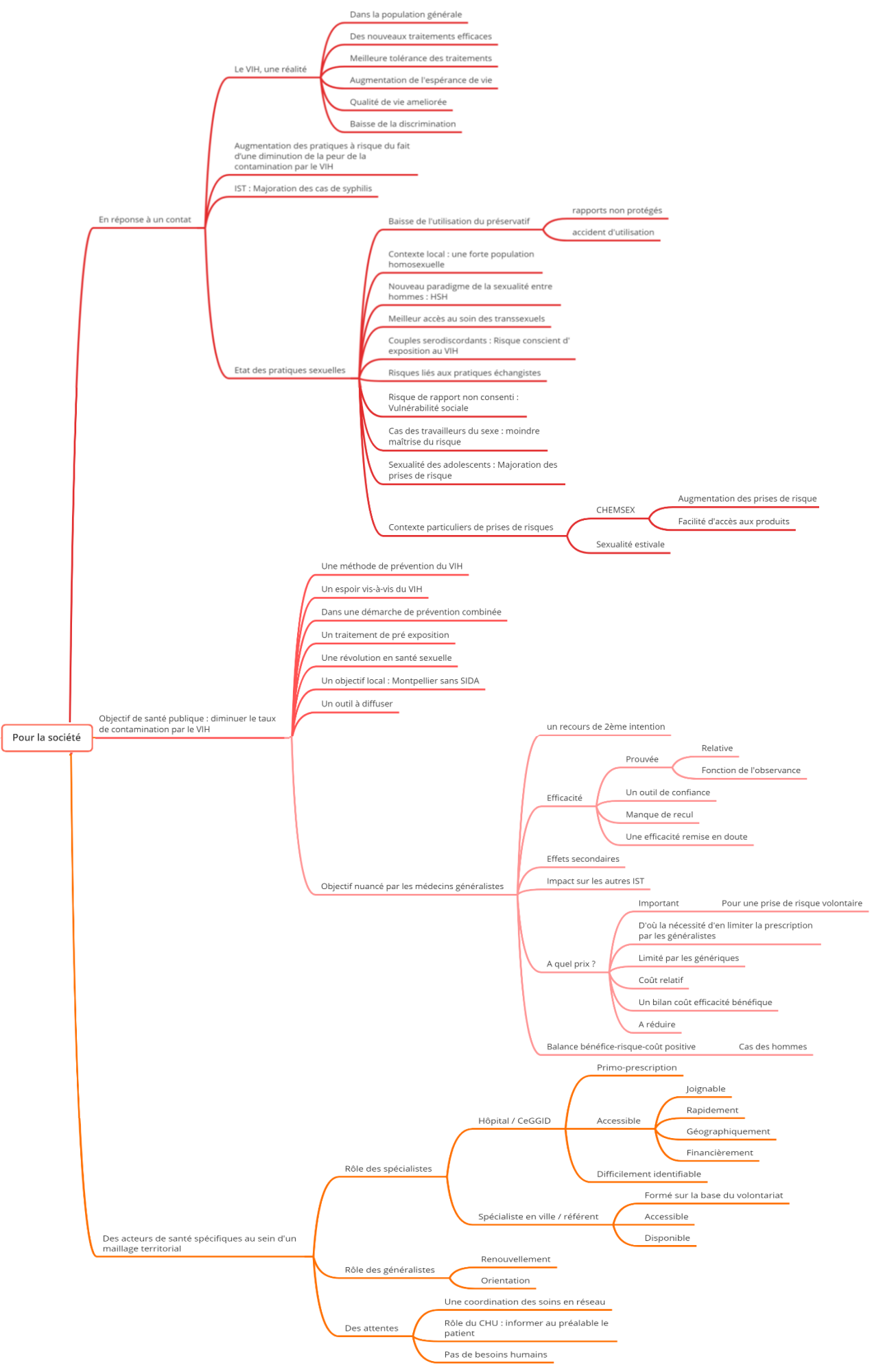
M2 : « *Ben la première fois vraiment, en concret, c'est un patient qui est venu parce que son conjoint est séropositif traité. Je trouve ça une bonne chose, ça permet pour lui d'avoir une vie normale et une vie sexuelle à priori normale et diminuer le risque d'infection* »

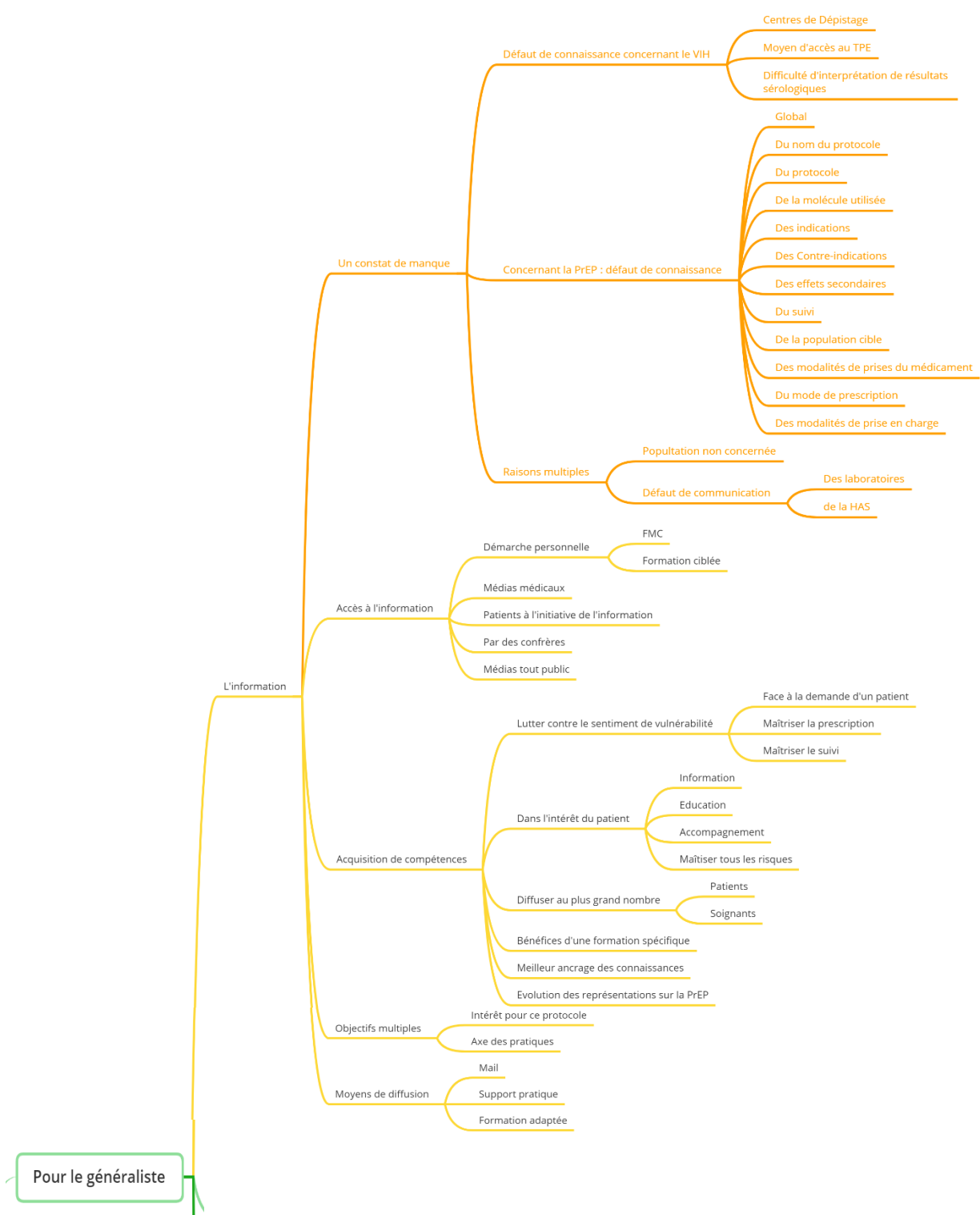
➤ *Pour les couples échangistes*

M6 : « *Voilà, donc, ça peut être intéressant pour eux, la preuve y en a qui le font.* »

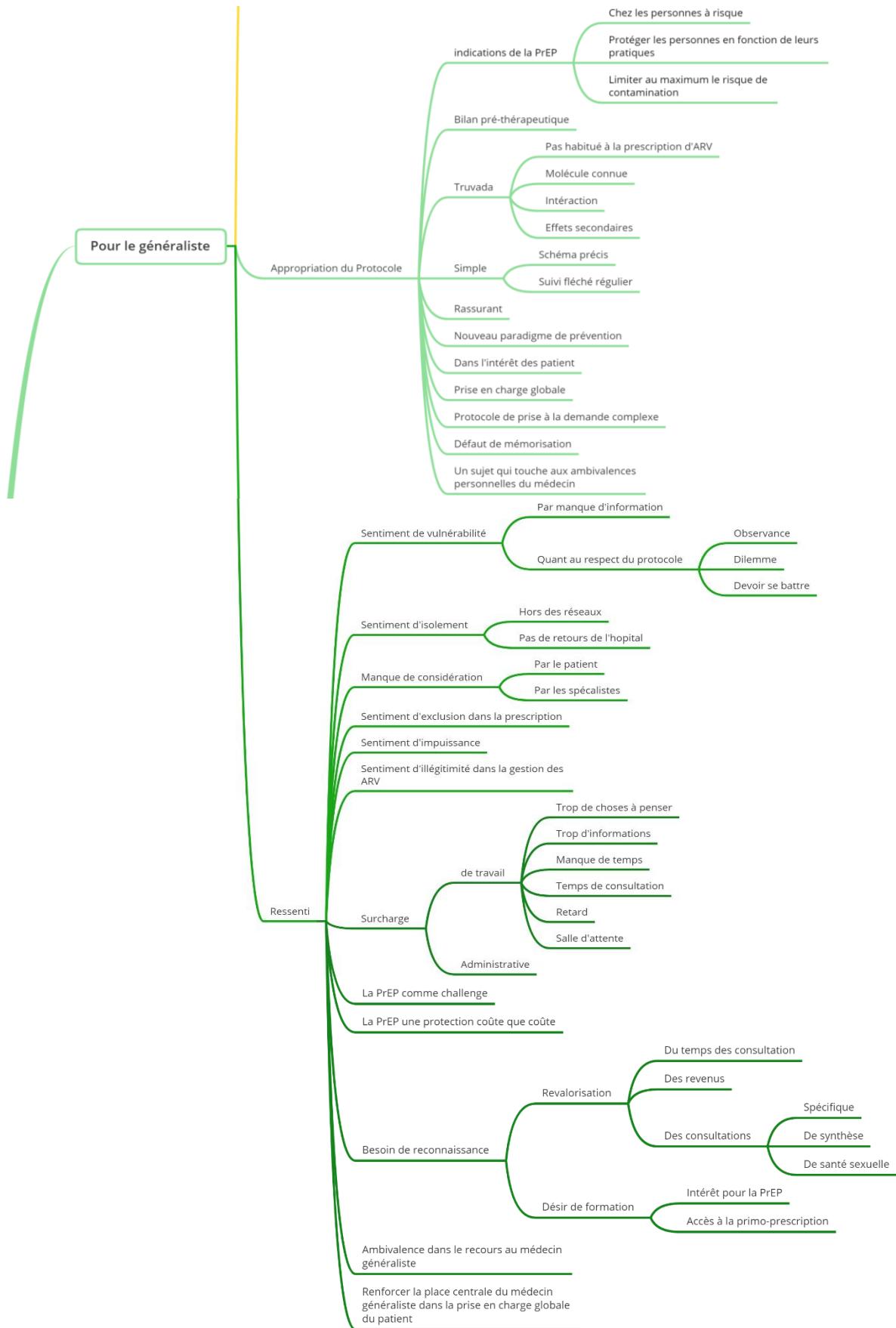
➤ Des travailleurs du sexe et la question du consentement

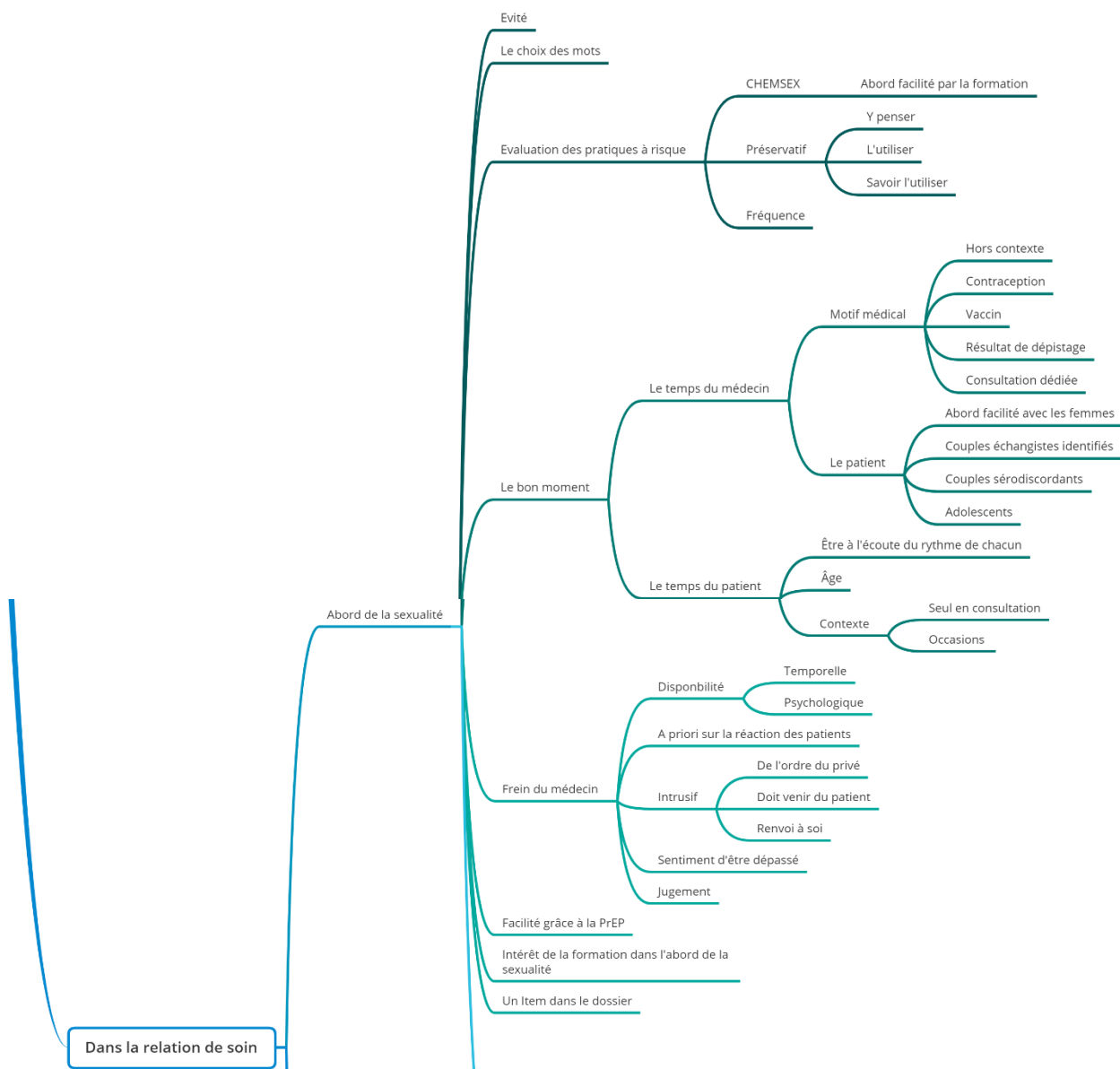
M2 : « *c'est vrai que c'est quand même positif pour eux, elles, effectivement, si on peut éviter qu'ils ou elles chopent le SIDA* »

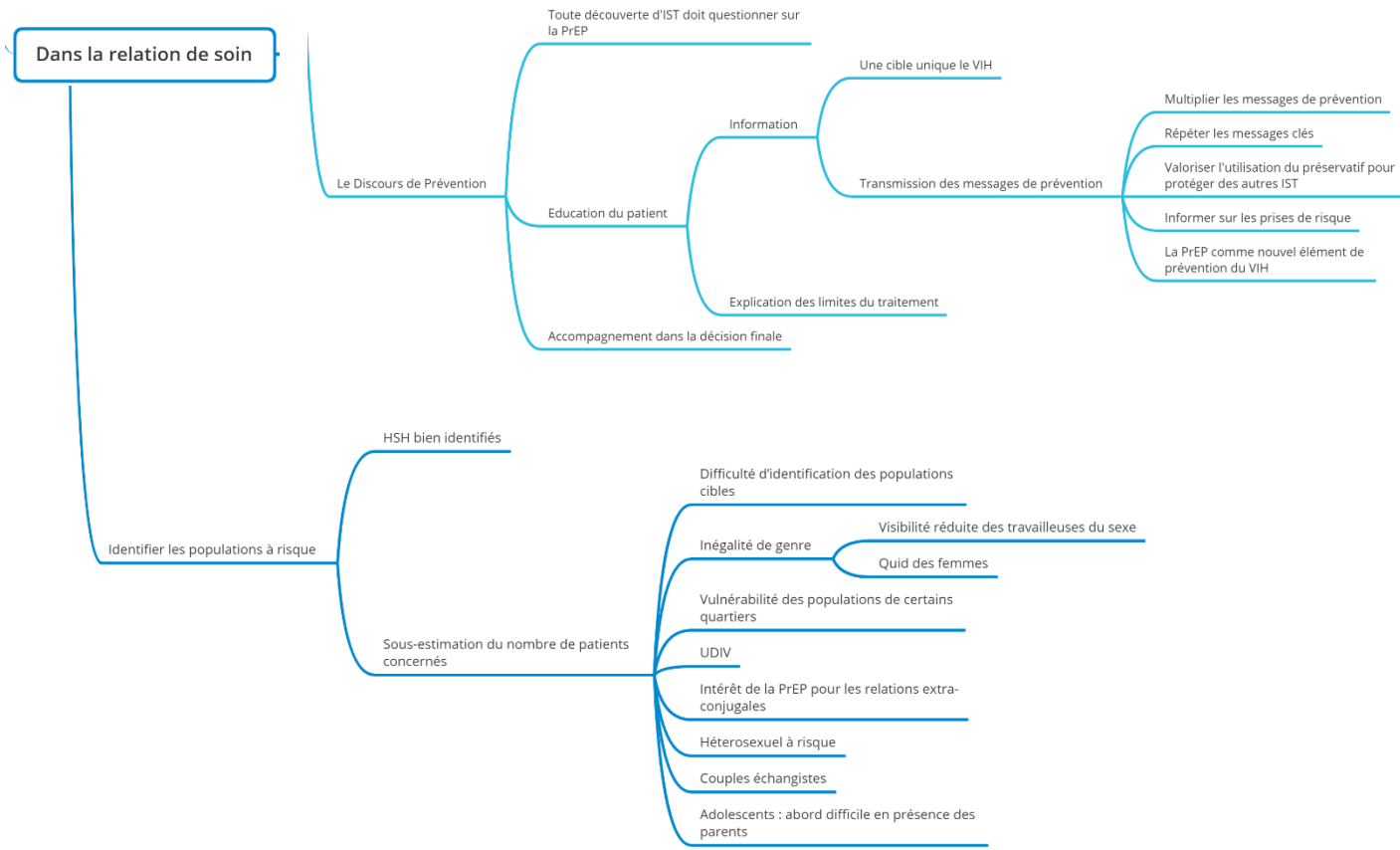




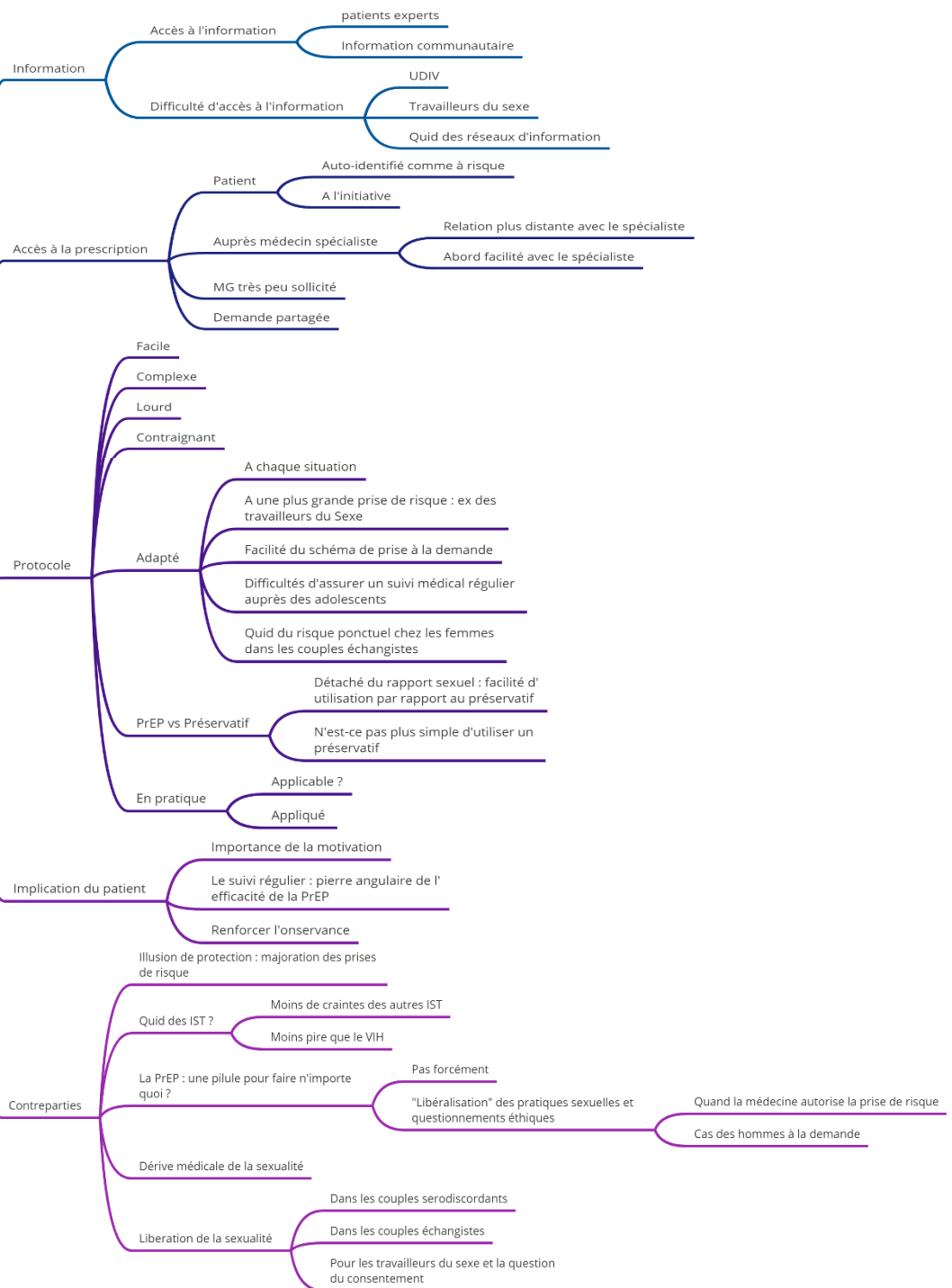
Pour le généraliste







Pour les patients



DISCUSSION

a) Interprétation des résultats

Pour les médecins généralistes de la métropole de Montpellier, la PrEP apporte à la société une réponse à l'expansion de l'épidémie du VIH en France et à la multiplication des pratiques sexuelles à risque. Ils en reconnaissent l'objectif en termes de santé publique, mais restent vigilants sur certains aspects, notamment son efficacité, son coût et son impact sur les autres IST. Certains vont même jusqu'à se demander si cela ne serait pas un moyen de légitimer les prises de risque sexuel par la médecine.

Ils sont partagés entre une libération de la sexualité et une « libéralisation » des mœurs avec pour corollaire la majoration des IST par l'augmentation des prises de risque.

Ils ont compris la répartition des rôles entre généralistes et spécialistes, et demandent à leurs confrères hospitaliers, davantage de communication auprès des patients lors de la primo-prescription et plus de lien entre l'hôpital et la médecine de ville.

Les généralistes voient la PrEP comme un élément de prévention détaché du rapport sexuel, pouvant ainsi déjouer les oublis du préservatif, qu'ils constatent encore trop nombreux.

Le protocole leur semble facile à appliquer par les patients au regard de l'efficacité, ou complexe selon les contextes. Leurs craintes résident dans l'accès par les patients à l'information et dans leur implication compte tenu de l'importance du suivi régulier et de l'observance.

En cela, le protocole peut également sembler complexe pour les prescripteurs, mais cette rigueur leur paraît nécessaire pour justifier d'une efficacité. Ils reconnaissent que la PrEP représente un nouveau paradigme en termes de prévention par la combinaison d'un suivi régulier de dépistage à une prévention médicamenteuse efficace sans se substituer à l'utilisation du préservatif, comme une protection « coûte que coûte ».

Pour le généraliste, la PrEP relève d'un challenge que beaucoup sont prêts à relever. Ils se sentent toutefois exclus du « système », vulnérables, dépassés par la surcharge de travail. Comme le révèle le nombre d'interruptions téléphoniques au cours des entretiens

qui ont été nombreuses malgré la réservation de créneaux avec ces derniers (jusqu'à 3 fois pour un médecin). Face à ce défi, le constat général des médecins interrogés est celui d'un manque criant de connaissances. Ils revendiquent en ce sens un besoin d'information et de formation concernant la PrEP par des moyens simples, pratiques et adaptés.

Dans la relation de soin, la PrEP met en jeu un obstacle exprimé par de nombreux médecins : l'abord de la sexualité. Pour certains généralistes la question du moment choisi, des mots utilisés, font face à un frein qui les renvoie à leurs propres représentations de la sexualité. Pour d'autres en revanche, la PrEP et la formation à la PrEP ont permis de faciliter l'abord de la sexualité avec leurs patients.

Les HSH étaient les premiers identifiés comme population cible de la PrEP. Pour les autres, ils admettaient une sous-estimation des populations cibles du fait du frein à l'abord des pratiques sexuelles.

b) Forces de l'étude

Notre étude était originale en cela qu'elle s'intéressait à un programme de prévention assez récent. La PrEP n'étant sur le marché que depuis 2016. De plus, peu d'études décrivent les représentations de la PrEP chez les médecins généralistes. La plupart sont quantitatives ou se sont intéressées aux patients.

Elle est également d'actualité, puisque des discussions existent au sein des législateurs pour peut-être étendre la primo-prescription de la PrEP à tous les généralistes. D'où l'intérêt de notre projet : connaître leurs représentations sur ce thème.

De plus la PrEP par son approche nouvelle de la prévention fait débat. Donc connaître les représentations que les prescripteurs s'en font présente un intérêt certain.

L'étude ciblait la métropole de Montpellier qui reste une des villes de France ayant la plus grande proportion de HSH au sein de sa population, ainsi qu'un attrait saisonnier de la communauté gay (et plus largement LGBTQI+), soit la cible première de la PrEP. On

peut donc supposer que les médecins généralistes de la métropole y soient plus sensibilisés ou davantage confrontés.

Par ailleurs, la durée moyenne des entretiens était de 33 minutes environ permettant un recueil riche de données.

c) Limites de l'étude

Le recrutement des médecins généralistes s'étant effectué par effet boule de neige, les médecins interrogés se connaissaient et pouvaient partager des centres d'intérêt communs, ce qui a pu sélectionner des médecins ayant une formation plus complète ou actualisée.

De plus, la CoVID-19 a perturbé l'organisation des entretiens au printemps 2020, avec des médecins moins disponibles, dépassés et refusant en conséquence de répondre. Ainsi notre effectif de 7 médecins semble peu conséquent. Mais la richesse et la variété des réponses apportées par ces 7 médecins ont permis d'atteindre la saturation des données.

Les entretiens se sont tous déroulés dans les cabinets respectifs des médecins généralistes interrogés afin qu'ils se sentent en confiance. Ils se sont déroulés en face à face et il a pu apparaître une tendance des participants à donner des réponses socialement attendues faisant état d'un biais de désirabilité sociale.

Il y a pu y avoir un biais d'investigation du fait de la nécessité d'adapter le déroulé des questions aux réponses des participants.

La généralisation des résultats d'une étude qualitative est toujours débattue. Concernant notre étude l'effet boule de neige et le biais de sélection peuvent remettre en cause sa généralisation.

d) Perspectives

Les médecins généralistes faisaient état d'un manque important de connaissances concernant la PrEP. Ils demandaient en ce sens à être formés. Une étude sur les moyens de diffuser l'information ou comparant différentes formations et leur efficacité pourrait être intéressante. De nouvelles études, d'ici quelques années, permettraient également de comparer les représentations des médecins généralistes à celles d'aujourd'hui. Car à

ce jour, très peu des médecins interrogés avaient prescrits la PrEP et même s'ils connaissaient son existence, beaucoup en ignoraient les modalités. On peut donc supposer que ces représentations vont évoluer.

Le contexte récent pose davantage question et renvoie au paradigme de départ. En effet, la pandémie de COVID19 et le confinement ont limité aux patients l'accès aux hôpitaux et autres consultations spécialisées. Ainsi les patients se sont tournés vers leur référent, leur médecin traitant, et se sont parfois trouvés bien démunis face à la méconnaissance des médecins généralistes sur la PrEP avec le risque de découverte de nouvelles infections par le VIH auprès de personnes « abandonnées » par la médecine.

Les perspectives concernant la PrEP seraient donc un véritable programme de formation auprès des médecins généralistes et d'information ciblée auprès des populations à risque dans un objectif de santé publique. Ainsi l'ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes pourraient limiter les occasions manquées et mettre fin aux nouvelles contaminations par le VIH.

BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA. 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève; 2014 p. 38.
2. Données épidémiologiques VIH/sida monde - 2017. Sidaction.
3. Le VIH/sida en France en 2018. vih.org.
4. Bulletin de santé publique VIH/sida. Octobre 2019. 2019.
5. Santé Publique France. Dépistage du VIH, Découverte de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA, 2003-2016. « Journée mondiale de lutte contre le sida »; 2017 nov 27; CHRU de Tours.
6. Bulletin de santé publique VIH-IST en Occitanie. Novembre 2019.
7. Santé Publique France. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay. 2017.
8. Méthy N, Meyer L, Bajos N, Velter A. Generational analysis of trends in unprotected sex in France among men who have sex with men: The major role of context-driven evolving patterns. PLoS ONE. 7 févr 2017;12(2).
9. Hiv TL. PrEP: why are we waiting? Lancet HIV. 1 oct 2015;2(10):e401.
10. Baggaley R, Doherty M, Ball A, Ford N, Hirnschall G. The Strategic Use of Antiretrovirals to Prevent HIV Infection: A Converging Agenda. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 1 juin 2015;60 Suppl 3:S159-160.
11. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. Lancet HIV. sept 2017;4(9):e402-10.

12. Durand-Zaleski I, Mutuon P, Charreau I, Tremblay C, Rojas D, Pialoux G, et al. Costs and benefits of on-demand HIV preexposure prophylaxis in MSM. *AIDS Lond Engl*. 2 janv 2018;32(1):95-102.
13. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
14. Molina J-M, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaugerre C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. *Lancet Infect Dis*. 8 déc 2017;
15. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 2 août 2012;367(5):399-410.
16. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2 août 2012;367(5):423-34.
17. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe des experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ». 2018;46.
18. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé A. RECOMMANDATION TEMPORAIRE D'UTILISATION TRUVADA 200 mg / 300 mg, comprimé pelliculé Résumé du rapport final. 2017.
19. HAS. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques). Haute Autorité de Santé.
20. Plenel E. Fast-Track Cities 2019. International Association of Providers of AIDS Care.

21. ANSM. Prévention du VIH : Depuis 2016, plus de 20 000 personnes ont initié une prophylaxie pré-exposition (PrEP) - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
22. Conseil National O des M. Bulletin de l'ordre national des médecins n°64. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019.
23. HAS D de l'Evaluation M Economique et de Santé Publique. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE Avis 22 mars 2017. 2017 mars.
24. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. 2016.
25. WHO. VIH/sida. WHO. 2017.
26. Pabelle M. Place du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du VIH/Sida: enquête auprès des jeunes de 18 à 25 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2009.
27. Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Pillonel J, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015. BEH. 29 nov 2016;(41-42):745-8.
28. Garry B, Besnier M. État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008. France; 2009.
29. Pigache C. Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
30. Gilles Rémond S. Description des pratiques et étude de l'impact d'une campagne d'incitation à la prévention des IST auprès des adolescents chez des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.

31. Arrighi T. Plan National de lutte contre le VIH 2010-2014: les freins au dépistage généralisé par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.
32. Caloni V-P, Tribout V. La prescription des bilans de dépistage du VIH, des hépatites virales et des autres infections sexuellement transmissibles en médecine générale: analyse des pratiques, attentes des médecins et perspectives d'avenir. France; 2017. 125 p.
33. Wilton J, Kain T, Fowler S, Hart TA, Grennan T, Maxwell J, et al. Use of an HIV-risk screening tool to identify optimal candidates for PrEP scale-up among men who have sex with men in Toronto, Canada: disconnect between objective and subjective HIV risk. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):20777.
34. Lions C, Cabras O, Cotte L, Huleux T, Gagneux-Brugnon A, Makinson A, et al. Missed opportunities of HIV pre-exposure prophylaxis in France: a retrospective analysis in the French DAT'AIDS cohort. *BMC Infect Dis.* 25 mars 2019;19(1):278.

ANNEXES

Annexe 1 Grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction

29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 2 Attestation sur l'honneur adressée au CDOM 34

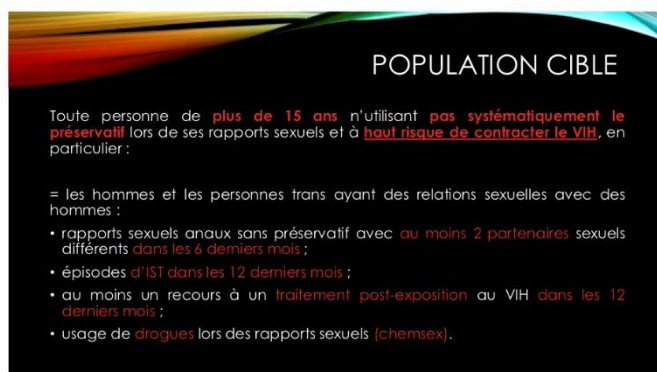
Annexe 3 : Présentation sur la PrEP



1



2



3



4



5



6

LA PREP PROTÈGE UNIQUEMENT CONTRE LE VIH

La PrEP, tout comme le TPE, **ne protège pas d'autres (IST)** : gonorrhée, condylomes (liés au papillomavirus), chlamydia, hépatites A/B/C, syphilis, etc.

Elle ne prévient pas non plus les grossesses non désirées.

C'est pourquoi la PrEP doit être accompagnée d'un **suivi renforcé et individualisé en santé sexuelle** : préservatifs, vaccinations, dépistages réguliers des IST, tests de grossesse, contraceptions.

7

ASSOCIÉ AUX MESURES GÉNÉRALES DE PRÉVENTION

- l'usage de préservatifs internes et externes et de gel lubrifiant ;
- les dépistages réguliers du VIH et des autres IST (dépistage classique, test rapide, autotest) ;
- le recours au TPE en cas d'urgence ;
- les conseils sur les pratiques sexuelles ;
- le recours au traitement VIH comme outil de prévention chez le-la partenaire séropositif : charge virale indétectable depuis au moins six mois = pas de cas rapporté de transmission au-la partenaire séronégatif-ve ;
- l'utilisation de matériel à usage unique lors de la consommation de drogues (injection, sniff, chemsex, slam, etc.).

8

INTERACTIONS

- Pas d'interaction connue avec l'alcool ou les drogues récréatives, ni avec la plupart des antidépresseurs, les traitements contraceptifs et autres traitements hormonaux.
- Il n'y a pas non plus d'effets connus sur la libido et la performance sexuelle.
- En revanche, il est **déconseillé d'utiliser, en particulier de façon prolongée, d'autres médicaments toxiques pour les reins** comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofène, Voltarène®, Indocid®, etc.).
- Il faut également éviter de consommer deux heures avant et deux heures après ses prises de PrEP, des produits interagissant avec l'absorption gastrique et intestinale (tels que le psyllium, le charbon actif ou des pansements gastriques)

⇒ Utiliser la réglette <http://www.actions-traitements.org/reglette/>
⇒ www.hiv-druginteractions.org

9

TOXICITÉ

- Troubles d'ordres **gastro-intestinaux mineurs** : nausées ou des diarrhées (1 personne sur 10), céphalées ou de perte de poids au début du traitement. Dans les études, ces effets disparaissent en 4 à 8 semaines.
- Des effets secondaires plus sérieux, liés à des **problèmes rénaux ou osseux**, sont rares. Au cas où ils se produisent, ils sont **réversibles** à l'arrêt du traitement.

⇒ C'est pourquoi

une surveillance de la fonction rénale est nécessaire avec la PrEP.

10

CONTRE-INDICATIONS

- **Séropositivité** au VIH ou sérologie VIH inconnue (risque de résistance) ;
- Présence de **signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH** (symptômes proche d'une grippe, ganglions, etc.) ;
- Clairance de la créatinine **< 50 ml/min** et **90 ml/min** chez l'adolescent
- Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit.
- **Allaitement**

11

EN PRATIQUE

- **Cs 1** par un **médecin spécialiste** : évaluation des motivations, des critères d'inclusions...

Réalisation d'un bilan biologique associant recherche d'IST (notamment Chlamydia, gonocoque sur les 3 sites : gorge, anus/vagin, urines) et élimination des contre indications (Fonction rénale, VIH)

- **Cs 2** à 1 mois / 6 semaines par un **médecin spécialiste**, qui décide, en fonction des résultats, de la prescription de la PrEP pour 1 mois (+ traitement des IST le cas échéant) + vaccination si nécessaire (HPV, Hépatites A et B) associé à un nouveau bilan biologique pour vérifier la sérologie VIH

- **Cs 3** à 1 mois : évaluation de la tolérance (fonction rénale), de l'observance et vérification **du statut sérologique VIH**

12

MODALITÉS DE PRISE

• **prise en continue**

la seule ayant prouvé son efficacité chez la femme (pénétrance plus faible dans la muqueuse vaginale que la muqueuse anale)

Efficace à partir du 2^{ème} jour de prise chez l'homme, 7^{ème} chez la femme

En cas d'arrêt, il est recommandé de prendre la PrEP encore 2 jours après le dernier Rapport sexuel (RS)

13

• **à la demande** uniquement chez l'homme

1 prise de 2 comprimés au moins 2h avant un RS

Puis 1 comprimé le lendemain à la même heure (soit, à 24h de la 1^{ère} prise)

Puis 1 comprimé le surlendemain à la même heure (soit, à 48h)

14

PLUSIEURS RAPPORTS SEXUELS

PENSEZ À RENDRE UN MONDEAU !

REPRISE D'UNE ACTIVITÉ SEXUELLE MOINS DE 7 JOURS APRÈS LE DERNIER COMPRIMÉ

SCHEMA COMPLET

15

RENOUVELLEMENT / SUIVI

• Peut-être réalisé par le médecin traitant : <http://prep-info.fr/%20professionnels-de-sante> fiche d'aide au suivi de la PrEP

- Evaluation tolérance / observance du traitement (continu et à la demande)
- Evaluation de l'utilisation d'autres moyens de protection (préservatif) et impact de la PrEP sur la vie sexuelle
- Evocation des pratiques sexuelles (Chemsex)
- Prescription de bilans biologiques :
 - Sérologies VIH et des autres IST (gonocoque / Chlamydia sur les 3 sites + syphilis)
 - +/- Hépatites A et B si non vaccinés
 - Fonction rénale (clairance de la créatinine)
 - Béta hCG plasmatiques

16

SPECIFICITÉ 19 FÉVRIER 2019

• Possibilité de prescrire la PrEP dès 15 ans :

Chez les adolescents, un suivi rapproché (idéalement tous les mois) doit être mis en place en raison de problèmes d'observance plus fréquents que chez l'adulte, avec prise en compte : de la vulnérabilité spécifique des adolescents sur le plan psychologique et la confidentialité de la prise en charge.

(étude américaine ATN 110 et ATN 113)

17

AU TOTAL

18

UN PATIENT SOUS PREP SE PRÉSENTE A VOTRE CONSULTATION : POUR LE RENOUELEMENT

Prescription du bilan trimestriel:

- Sérologie VIH 1 et 2 Ag P24 (Test ELISA 4^{ème} génération)
- Sérologies Hépatites B et C
- Sérologies VDRL / TPHA

- Créatinine sérique + calcul de la clairance
- Phosphates sériques
- BhCG plasmatiques

- Recherche Chlamydia et gonocoque par PCR sur Prélèvements
 - Urinaire
 - Anal
 - gorge

25

EN CAS DE DÉCOUVERTE DE SÉROCONVERSION VIH

- Arrêt du Truvada®
- demander un génotypage du virus HIV (à la recherche de résistance)
- Déclaration de séroconversion
(<https://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Mesures-additionnelles-de-reduction-du-risque/Liste-des-MARR-en-cours/Emtricitabine-Tenofovir-disoproxil>)
- Associée a une déclaration de pharmacovigilance régional
(<http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/centres-regionaux-de-pharmacovigilance/lafsel/4>)

- Déclaration obligatoire d'infection au VIH
(<http://e-do.santepubliquefrance.fr/teleDO/Bienvenue.do>)
- Adresser le patient vers un centre de référence pour l'instauration d'un traitement rapide

26

EN CAS D'INSUFFISANCE RÉNALE

• Chez l'adulte :

Si le taux de phosphate sérique est < 1,5 mg/dl (0,48 mmol/l) (<3 mg/dl chez l'adolescent)
ou si clairance de la créatinine <50 ml/min (<90 ml/min chez l'ado)
⇒ Répéter l'évaluation de la fonction rénale dans la semaine
+ glycémie, la kaliémie, la glycosurie et la protéinurie.

⇒ Arrêt de la prise d'Emtricitabine/Ténofovir disoproxil à envisager
si clairance de la créatinine inférieure à 60 ml/min
ou un taux de phosphate sérique inférieur à 1,0 mg/dl (0,32 mmol/l)
sans autre cause identifiée

CECI EST UNE CONTRE INDICATION DEFINITIVE DE LA PREP

27

UN PATIENT SOUS PREP SE PRÉSENTE A VOTRE CONSULTATION : POUR TOUT AUTRE RAISON

- Intégrer les effets secondaires possibles de la PrEP :
 - nausées, diarrhées en particulier dans les premiers jours de prise,
 - altération de la fonction rénale,
 - altération de la densité minérale osseuse.

- Evaluer le risque d'interaction avec les thérapeutiques à mettre en place
 - VIDAL
 - www.hiv-druginteractions.org
 - <https://vihclic.fr/interactions-medicamenteuses/>

28

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

29

Annexe 4 : Guide d'entretien

- 1- Pour commencer, avez-vous bien reçu mon mail ? Avez-vous pu trouver le temps de regarder la présentation ou voulez-vous qu'on la regarde ensemble ?

- 2- Quelle a été votre réaction quand vous avez entendu parler de la PrEP la première fois ? Qu'en avez-vous pensé ? Quelle image vous en êtes-vous faite ? En aviez-vous déjà entendu parler avant cette présentation ?
 - Comment avez-vous eu l'information ? HAS, visiteur médical, campagnes d'information, médias, revues, patients...
 - Si non, comment l'expliquez-vous ? Centre d'intérêt différent ? Pas de patients concernés ? Trop récent ? Manque de recul ? Pas de formation continue ? Pas d'abonnement à des revues ? Pas de visiteurs médicaux ?

- 3- Avez-vous déjà reçu un patient pour lui prescrire la PrEP ? Comment cela s'est-il passé ? Aujourd'hui si un patient HSH venait vous consulter pour la prescription de la PrEP comment l'accueilleriez-vous ? Quelles informations lui donneriez-vous ? Votre attitude serait-elle modifiée ?

- 4- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ce nouveau médicament ? En termes de recherche, de communication, de cout, de simplification, de prescription... ? Qu'est-ce que cette révolution en santé sexuelle pourrait apporter à vos pratiques ? Quels impacts pensez-vous que cela pourrait avoir à l'avenir ? Quels seraient vos freins à le prescrire ?

5- Avec du recul, avec cette présentation, votre image de la PrEP a-t-elle évoluée ?
En quel sens ? Que pensez-vous de la PrEP ? Pour vous, la PrEP, c'est quoi ? Si
vous deviez synthétiser votre ressenti sur la PrEP ?

Annexe 5 : Caractéristique des participants à l'étude

Vous êtes	un homme	une femme			
Votre âge	<30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50 – 60 ans	>60 ans
Durée d'exercice	<1 an	1-5 ans	5-10 ans	10-15 ans	>15 ans
Lieu d'exercice	urbain	semi-urbain		rural	
Mode d'exercice	seul	MSP	associés		
Abonnement à des revues ?	OUI		NON		<i>lesquelles</i>
Recevez-vous des labos dans votre cabinet ?	OUI		NON		
Formation particulière : DU / DIU particulièrement en infectiologie / VIH / IST	OUI		NON		
<i>Laquelle ?</i>					
Dans votre patientèle, avez-vous des patients VIH + ?				OUI	NON
Quel ordre de grandeur ?	<1	1-5	5-10	>10	
Dans votre patientèle, pensez-vous avoir des patients HSH ?				OUI	
	NON				
Quel ordre de grandeur ?	<1%	1-5%	5-10%	>10%	
Connaissances sur la PrEP avant l'entretien ?			OUI	NON	
Déjà prescrit la PrEP ?	OUI		NON		

Annexe 6 : Consentement à la participation à une étude

Je, soussigné(e)..... consens à participer à un entretien et accepte l'enregistrement de cet entretien dans le cadre d'une étude qualitative pour un travail de thèse portant sur la PrEP.

J'ai préalablement été informé(e) par la personne assurant l'entretien, en charge de la collecte des données, que :

- Les données nominatives me concernant ne seront pas diffusées à d'autres personnes que la personne assurant l'entretien
- L'enregistrement sera détruit immédiatement après la retranscription écrite et anonymisée de l'entretien
- Les données nominatives informatisées nécessaires à l'anonymisation seront conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe
- Les formulaires (recueil de consentement et fiche d'identification) portant les données nominatives me concernant seront conservés dans un local fermant à clé
- Conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, je dispose d'un droit de rétractation, de modification et de suppression des données me concernant par simple demande écrite à la personne ayant assuré l'entretien
- Je pourrai disposer des résultats de l'étude sur simple demande

La personne ayant assuré l'entretien m'a fourni ses coordonnées pour faire valoir mes droits.

Le

À

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) 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 (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction :

La PrEP est un nouveau moyen de prévention du VIH dont le renouvellement est accessible aux médecins généralistes. Quelles sont les représentations de la PrEP chez les médecins généralistes de la métropole de Montpellier ?

Matériels et méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes de la métropole de Montpellier avec analyse thématique.

Résultats

Au total 7 médecins ont répondu à notre étude. Leurs connaissances sur la PrEP en général étaient très limitées et tous demandaient à être formés et à disposer de supports adaptés pour la pratique quotidienne et ainsi pouvoir répondre au mieux aux demandes des patients et lutter contre leur vulnérabilité. Ils comprenaient l'objectif en termes de santé publique de la PrEP mais restaient prudents quant aux autres IST et à son coût pour la société. Le protocole semblait parfois complexe à mémoriser pour le prescripteur et lourd pour le patient. Mais cette rigueur et l'exigence du suivi les rassuraient. Dans la relation de soin, la PrEP renvoi à l'abord de la sexualité qui semble un obstacle chez certains médecins. Pour les généralistes, la PrEP représente un nouveau paradigme de prévention pour une protection « coûte que coûte » quand certains y voient une autorisation médicale à la prise de risque.

Conclusion

Une meilleure connaissance de la PrEP est nécessaire auprès des médecins généralistes afin d'en faciliter l'accès pour permettre au plus grand nombre d'en bénéficier et ainsi d'éviter de nouvelles contaminations pour le VIH.

Mots-clés : PrEP, Prophylaxie pré-exposition au VIH, médecine générale