



**HAL**  
open science

# Suivi alterné ville / hôpital des patients sous PrEP (Prophylaxie de Pré-Exposition au VIH) : enquête de pratique auprès des médecins généralistes

Marie-Pierre Moll

► **To cite this version:**

Marie-Pierre Moll. Suivi alterné ville / hôpital des patients sous PrEP (Prophylaxie de Pré-Exposition au VIH) : enquête de pratique auprès des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116653

**HAL Id: dumas-03116653**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116653>**

Submitted on 20 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.

**Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par  
**Marie-Pierre MOLL**  
Née le 8 novembre 1990 à Pessac (33)

Le 09/11/2020

SUIVI ALTERNÉ VILLE / HÔPITAL DES PATIENTS SOUS PrEP  
(PROPHYLAXIE DE PRÉ-EXPOSITION AU VIH) : ENQUÊTE DE PRATIQUE  
AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

**Thèse dirigée par :**

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

**Jury de thèse :**

Monsieur le Professeur Philippe MORLAT  
Monsieur le Professeur Pierre DUFFAU  
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA  
Madame le Docteur Mojgan HESSAMFAR  
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Président du jury  
Juge et rapporteur  
Juge  
Juge  
Directeur

## REMERCIEMENTS

### **À Monsieur le Professeur Philippe MORLAT,**

Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de ce jury et je vous en remercie infiniment. Votre implication professionnelle dans le domaine de l'infectiologie est un exemple pour chacun.

Je vous prie d'accepter l'expression de ma plus haute considération.

### **À Monsieur le Professeur Pierre DUFFAU,**

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. C'est un honneur pour moi que de vous compter parmi les membres de mon jury.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère considération.

### **À Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,**

C'est devant vous que j'ai soutenu mon portfolio, et vous me faites maintenant l'honneur d'être juge de mon travail de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous y avez porté.

Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma sincère reconnaissance.

### **À Madame le Docteur Mojgan HESSAMFAR-JOSEPH,**

Je vous remercie pour votre gentillesse et votre implication dans ce travail de thèse. Assister à vos consultations m'a permis de mieux appréhender la PrEP. Vos conseils et réponses à mes nombreuses questions ont été très précieux.

Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

### **À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,**

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en me confiant ce travail de thèse, et pour toute l'aide que vous m'avez apportée.

Je garde un excellent souvenir des 6 mois de stage passés dans votre cabinet, au cours desquels j'ai tant appris.

Votre rigueur, votre bienveillance et votre implication auprès de vos patients et dans la formation de chaque étudiant sont un exemple pour moi.

Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

**À tous les maitres de stage rencontrés au fil de mon internat, qui ont façonné le médecin que je suis aujourd'hui.**

**À l'équipe du service de soins palliatifs de l'hôpital Saint-André,** pour l'accueil que vous m'avez réservée, pour tout ce que vous m'avez appris, pour votre bonne humeur au quotidien.

**À tous les internes dont j'ai croisé la route,** en stage comme en garde, à l'internat comme à l'hôpital. Pour ces 6 mois hors du temps à Périgueux. Et pour le reste...

**À tous les médecins qui ont accepté de participer à mon étude,** permettant ainsi à ce travail de voir le jour.

**À ma famille,**

**À Mes parents,**

Parce que si j'en suis là aujourd'hui c'est en grande partie grâce à vous. Merci pour votre soutien indéfectible depuis toujours. Merci de m'avoir supportée quand j'étais insupportable. Merci pour la relecture de cette thèse. Merci merci merci...

Ces quelques lignes ne suffiront pas à vous exprimer à quel point je vous aime et vous suis reconnaissante. J'ai de la chance de vous avoir.

**À Ma Mayenne et Mon Payen,**

Parce que je sais que quoi qu'il arrive je pourrai toujours compter sur vous. Merci pour votre amour et votre soutien.

**À Mes cousins et cousines, et à leurs petits,**

Parce que nos repas de famille sont une réelle source de joie et de rigolade. Vive les sardines !

Avec une mention spéciale pour Xavier, quand est-ce qu'on repart ?

**À Mes tantes adorées,**

**À Tous ceux qui ne sont plus là,**

Avec une pensée toute particulière pour mon Baba.

**À mes amis,**

**À Clémence et Marie,**

Pour votre présence depuis le tout début de ces longues études,

**Clémence**, pour ton soutien, nos voyages, nos innombrables soirées et notre belle complicité ; pour m'avoir aidée à me surpasser (vive la randonnée) ; et parce que grâce à vous (coucou Paul), j'ai fait la plus belle des rencontres.

**Marie**, parce que malgré la distance tu es toujours là ; merci pour ces magnifiques vacances en Martinique et nos retrouvailles à chaque fois si réjouissantes.

**À Elodie,**

Ma Tagada, ma plus vieille amie. Parce que malgré nos parcours de vie différents, nous avons su conserver cette amitié si précieuse.

**À toutes les merveilleuses personnes rencontrées au cours de mon internat,**

**À Apolline**, pour toutes nos passions communes, les sushis, Disneyland, Harry Potter, le cross fit (quoi que...) ; mais surtout pour les paillettes que tu mets dans ma vie.

**À Camille Goret**, parce qu'il aura fallu attendre Périgueux pour se rendre compte que nous étions voisines à Bordeaux, quel bonheur de t'avoir rencontrée. Vivement Berlin !

**À Camille Gourrat**, pour nos folles soirées à l'internat.

**À Marie, Marion et Mathilde**, parce que ce semestre à Bergerac m'a parue tellement plus cool à vos côtés.

**À Nathalia**, la plus douce et la plus gentille des colocataires, merci d'être toujours là.

**À Emeline**, pour cet extraordinaire voyage au Cambodge en ta compagnie et notre si belle entente.

**À Justine**, qui aurait pu croire que tout partirait de « brève de comptoir » !

**À toutes celles et ceux que je n'ai pas cité mais que je n'oublie pas...**

**À Antoine,**

Merci de mettre de la couleur dans ma vie.

# TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	2
Table des matières.....	7
Acronymes et abréviations.....	10
Liste des illustrations et annexes.....	11

## **PARTIE 1 : JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
<b>II. RAPPELS SUR LE VIH.....</b>	<b>15</b>
1) Épidémiologie du VIH.....	15
2) La prévention diversifiée.....	17
<b>III. LA PrEP OU PROPHYLAXIE DE PRÉ-EXPOSITION AU VIH.....</b>	<b>18</b>
1) Les débuts de la PrEP.....	18
2) La PrEP en France.....	19
2.1 La population cible.....	20
2.2 Les différents schémas de prise.....	21
3) Le suivi proposé l'hôpital de jour de l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux)...	22
<b>IV. PrEP ET SOINS PRIMAIRES.....</b>	<b>25</b>
1) Les freins au déploiement de la PrEP.....	25
1.1 Les principaux freins.....	25
1.2 L'abord de la santé sexuelle.....	26
1.3 Le paradoxe de la compétence.....	27
2) L'importance du médecin généraliste.....	27
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>29</b>
<b>VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>30</b>

## **PARTIE 2 : RECHERCHE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>34</b>
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>37</b>
1) Schéma d'étude.....	37
2) Objectif principal et objectifs secondaires.....	37
3) Population d'étude.....	37



4) Durée de l'étude.....	37
5) Questionnaire anonyme.....	38
6) Recueil des données.....	39
7) Méthodes d'analyse et outils statistiques.....	39
8) Aspects éthiques et réglementaires.....	40
<b>III. RÉSULTATS.....</b>	<b>41</b>
1) Diagramme d'inclusion.....	41
2) Description de la population.....	43
2.1 Données sociodémographiques.....	43
2.2 Nombres de patients suivis et début du suivi.....	44
3) Connaissance de la PrEP.....	45
3.1 Analyses générales.....	45
3.2 Analyses en sous-groupes.....	48
4) Niveau de confort des médecins dans certaines situations en lien avec la PrEP...49	
5) Évolution des pratiques des médecins généralistes.....	50
5.1 Analyses générales.....	50
5.1.1 Questions générales.....	50
5.1.2 Question ouverte.....	51
5.2 Analyses en sous-groupes.....	53
6) Qui sont les médecins prêts à initier la PrEP?.....	54
6.1 Analyses générales.....	54
6.2 Analyses en sous-groupes.....	55
7) Analyse des réponses à la question ouverte sur la PrEP.....	59
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>60</b>
1) Comparaison des principaux résultats avec la littérature.....	60
1.1 Comparaison de la population d'étude.....	60
1.1.1 Données sociodémographiques.....	60
1.1.2 Suivi PrEP des patients.....	60
1.2 Comparaison des résultats.....	61
1.2.1 Connaissance de la PrEP par les médecins généralistes.....	61
1.2.2 Niveau de confort des médecins dans certaines situations en lien avec la PrEP.....	63
1.2.3 Évolution des pratiques des médecins.....	63

1.2.4 Qui sont les médecins prêts à initier la PrEP ?.....	65
1.2.5 Question ouverte sur la PrEP.....	66
2) Perspectives.....	70
3) Discussion de la méthode : forces et limites de l'étude.....	71
3.1 Les forces.....	71
3.2 Les limites.....	72
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>74</b>
<b>VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>75</b>
<b>VII. ANNEXES.....</b>	<b>79</b>
<b>VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>87</b>
<b>IX. RÉSUMÉ.....</b>	<b>88</b>

## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST)

CNIL : Comité National Informatique et Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

FDA : Food and Drug Administration

FMC : Formation Médicale Continue

IST : Infection Sexuellement Transmissible

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HSA : Hôpital Saint-André

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PrEP : Prophylaxie Pré-exposition

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SNDS : Système National des Données de Santé

TasP : Treatment as Prevention

TDF/FTC : association ténofovir disoproxil fumarate / emtricitabine

TFA : Territoires Français d'Amérique

TPE : Traitement Post-Exposition

UDI : Usager de Drogue Injectable

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES ILLUSTRATIONS ET ANNEXES

### PARTIE 1 :

**Figure 1.** Taux de découvertes de séropositivité VIH par région (par million d'habitants), France, 2018

**Figure 2.** Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2010-2018

**Figure 3.** Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, France, 2010-2018

**Figure 4.** Principaux essais de PrEP

**Figure 5.** Schéma de prise en continue de la PrEP

**Figure 6.** Schéma de prise à la demande de la PrEP

**Figure 7.** Calendrier de suivi des patients sous PrEP à l'HDJ de l'hôpital Saint-André

### PARTIE 2 :

**Figure 1.** Diagramme d'inclusion (flow chart)

**Figure 2.** Durée de suivi par le MG du premier patient sous PrEP (N = 52)

**Figure 3.** Réponse à la question "Initialement, comment avez-vous eu connaissance de la PrEP?" (N = 52)

**Figure 4.** Première source consultée par les médecins généralistes pour se former à la PrEP (N = 52)

**Figure 5.** Type de formation souhaité par les médecins (N = 52)

**Figure 6.** Niveau de connaissance sur la PrEP auto-évalué par les médecins généralistes (N = 52)

**Figure 7.** Évaluation par les médecins de leur niveau de confort dans certaines situations en lien avec la PrEP via un score allant de 1 (je ne suis pas du tout à l'aise) à 5 (je suis très à l'aise) (%)

**Figure 8.** Réponse des médecins généralistes à différentes questions (%)

**Figure 9.** Renseignement dans le dossier médical de l'orientation sexuelle des patients (N = 52)

**Tableau 1.** Liens entre les données sociodémographiques et le fait de suivre ou non au moins un patient sous PrEP (N = 97)

**Tableau 2.** Nombre de patients sous PrEP suivis par les médecins (N = 52)

**Tableau 3.** Réponse à la question « Avant de suivre en alternance votre premier patient, aviez-vous connaissance de l'existence de la PrEP ? » (N = 52)

**Tableau 4.** Réponse à la question « Si oui, saviez-vous que le médecin généraliste pouvait renouveler la PrEP? » (N = 52)

**Tableau 5.** Liens entre le niveau de connaissance auto-estimé des médecins et certaines caractéristiques du MG (N = 52)

**Tableau 6.** Liens entre l'évolution des pratiques ressentie et les caractéristiques des MG (N = 52)

**Tableau 7.** Liens entre le souhait d'initiation de la PrEP et les caractéristiques des MG (N = 52)

**Tableau 8.** Liens entre le souhait d'initiation et le niveau de confort dans certaines situations en lien avec la PrEP (N = 52)

**Annexe 1.** Questionnaire anonyme à destination des médecins généralistes ayant au moins un patient sous PrEP suivi à l'hôpital Saint-André

**Annexe 2.** Notice d'information à destination des médecins

**Annexe 3.** Code postal des médecins interrogés

**PARTIE 1 :**  
**JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE**

## I. INTRODUCTION

Le VIH ou Virus de l'Immunodéficience Humaine a déjà fait à ce jour plus de 35 millions de morts ; et dans le monde en 2018, environ 37,9 millions de personnes vivaient avec ce virus dont 1,7 millions contaminées au cours de cette année-là (1).

Bien que cette infection ne puisse être éradiquée à l'heure actuelle, la communauté internationale s'est fixée pour objectif de mettre fin à l'épidémie de SIDA en tant que menace de santé publique d'ici à 2030.

En attendant, les cibles pour 2020 consistent à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH soient diagnostiquées, 90 % des personnes séropositives reçoivent un traitement antirétroviral et que parmi elles 90 % voient leur charge virale négative (2).

Pour ce faire, différentes stratégies préventives et curatives sont mises en place, et ce travail portera sur l'une d'elle : la PrEP ou Prophylaxie de Pré-Exposition au VIH.

La PrEP a été autorisée en 2012 par la Food and Drug Administration (FDA) et est accessible en France depuis janvier 2016.

La PrEP consiste à prendre une bithérapie antirétrovirale en prévention de l'infection par le VIH.

Elle permet de réduire le risque d'infection mais ne l'élimine pas ; tout comme elle ne prévient pas les autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ainsi elle fait partie d'une stratégie de prévention diversifiée et s'inscrit dans une démarche de santé sexuelle globale devant être accompagnée de conseils et de soutien (3).

En France, la PrEP doit être prescrite par un médecin spécialiste du VIH ou par un médecin d'un CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des IST), mais depuis 2017, elle peut être renouvelée par le médecin généraliste (MG) dans le cadre d'un suivi alterné ville/hôpital.

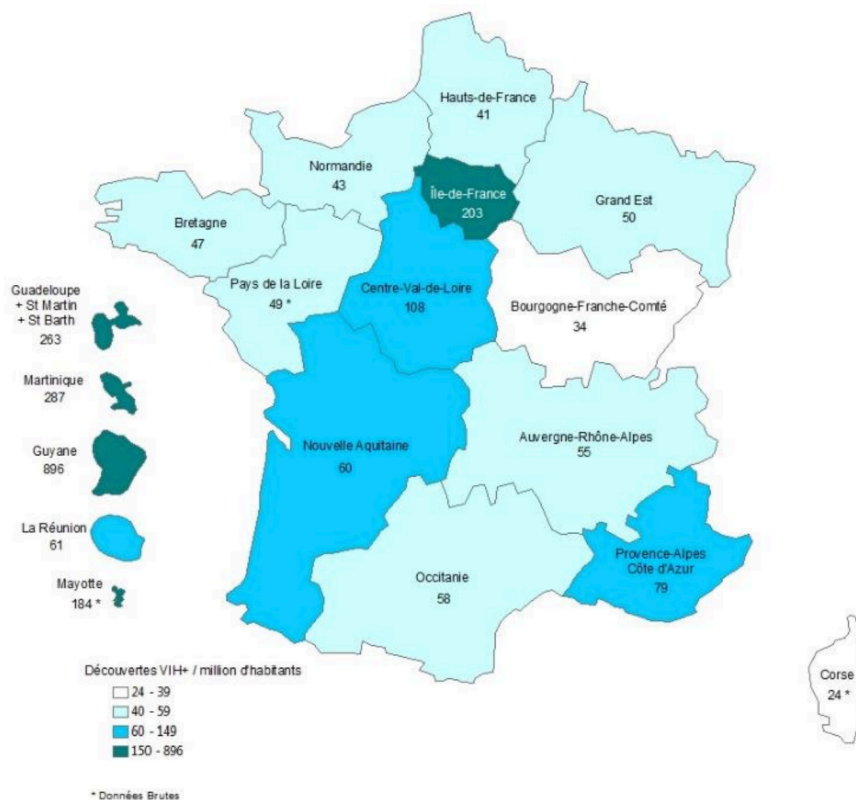
Dans cette thèse, nous nous sommes intéressés aux MG pratiquant déjà ce suivi et avons essayé de comprendre leurs motivations et freins à celui-ci.

## II. RAPPELS SUR LE VIH

### 1) Epidémiologie du VIH

En France, plus de 172 000 personnes vivent avec le VIH.

Il existe au niveau du territoire une différence de répartition : ainsi les TFA (Territoires Français d'Amérique), les DOM-TOM et en métropole la région Île-de-France, sont les plus touchés par l'épidémie. On parle donc d'épidémies concentrées.

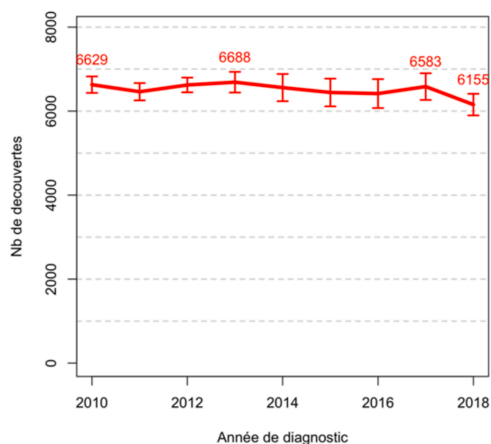


**Figure 1.** Taux de découvertes de séropositivité VIH par région (par million d'habitants), France, 2018

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

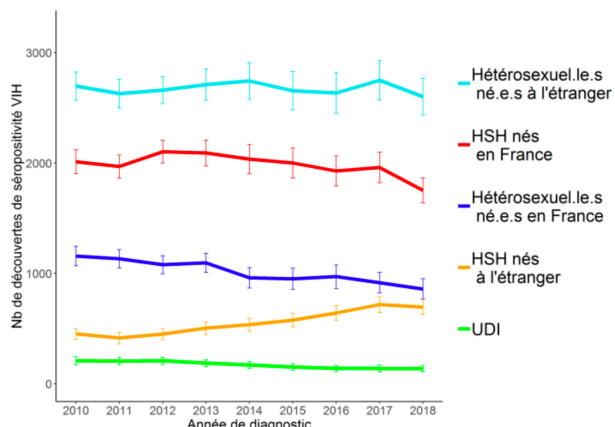
Le nombre de nouvelles découvertes chaque année était stable entre 2010 et 2017 mais entre 2017 et 2018 une diminution significative (-7 %,  $p = 0,04$ ) a été observée avec environ 6155 nouveaux cas cette année-là (IC 95 = 5897-6412)] (1).





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

**Figure 2.** Nombre de découvertes de séropositivité VIH, France, 2010-2018



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

**Figure 3.** Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, France, 2010-2018

Les groupes de population les plus touchés sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les populations des deux sexes originaires d'Afrique subsaharienne et des TFA.

En effet, les HSH représentent 40 % des découvertes de séropositivité en 2018, et les hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger 42 %. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables représentent respectivement 14 % et 2 % de ces nouveaux diagnostics.

Le nombre de découvertes de séropositivité a diminué depuis plusieurs années chez les HSH nés en France (-16 % entre 2013 et 2018,  $p < 0,001$ ), tandis qu'il augmente de manière continue chez ceux nés à l'étranger (+38 % sur la même période,  $p < 0,001$ ). Il diminue également chez les hétérosexuel(le)s né(e)s en France (-22 %,  $p = 0,01$ ) et les usagers de drogues injectables (UDI) (-27 %,  $p = 0,006$ ). Il est stable chez les hétérosexuelles nées à l'étranger mais en diminution chez les hommes (-14 %,  $p = 0,02$ ).

Une augmentation régulière en France du nombre de personnes vivant avec le VIH est observée depuis le début de l'épidémie, en raison du nombre annuel de nouvelles

contaminations toujours supérieur à celui du nombre de personnes séropositives qui décèdent chaque année.

## **2) La prévention diversifiée**

Divers moyens de préventions sont disponibles. Ils s'adressent aux personnes séronégatives ou séropositives et se complètent pour offrir une prévention diversifiée (4).

Cette prévention diversifiée s'appuie sur :

- L'usage du préservatif pour les personnes séropositives et séronégatives (stratégie du safe-sex) ;
- Le dépistage régulier du VIH et des autres IST ;
- La PrEP : traitement préventif ciblant les personnes à haut risque de contracter le VIH ;
- Le TPE ou traitement post-exposition : celui-ci s'adresse aux personnes séronégatives et consiste en un traitement d'urgence qui pris rapidement après une exposition au VIH réduit fortement le risque de contamination par ce virus. Il doit idéalement être administré dans les 4 heures suivant la prise de risque et maximum 48 heures après ;
- Le TasP ou Treatment as Prevention : il concerne les personnes séropositives et consiste à entreprendre rapidement après le diagnostic de VIH un traitement antirétroviral afin de réduire le risque pour le malade de transmettre le virus à son/ses partenaire(s) ;
- La PTME ou Prévention de la Transmission Mère-Enfant ;
- La réduction des risques en évitant le partage de seringue par exemple.

### III. LA PrEP ou PROPHYLAXIE DE PRÉ-EXPOSITION AU VIH

#### 1) Les débuts de la PrEP

De nombreuses études ont confirmé la très grande efficacité de la PrEP.

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 disoproxil fumarat

**Figure 4.** Principaux essais de PrEP (4)

L'essai **Bangkok Tenofovir Study (BTS)** mené entre 2005 et 2010 chez des usagers de drogues injectables en Thaïlande a montré une réduction de 49 % de l'incidence du VIH chez les sujets sous Tenofovir versus placebo (5).

L'essai **TDF2** en 2012, mené au Botswana chez 1219 hétérosexuel(le)s âgés de 18 à 39 ans, a montré une réduction de l'incidence du VIH de 62 % chez les sujets sous PrEP versus placebo (6).

Le premier essai réalisé aux Etats-Unis, en 2010, l'étude **IPREX**, concernait 2499 hommes (ou femmes transgenres) ayant des relations sexuelles avec des hommes, âgés de 18 à 67 ans, non infectés par le VIH et issus de 4 continents. Il a montré une réduction du risque de contamination de 44 % chez les sujets sous PrEP versus placebo en prise continue. Cependant, une faible observance a été observée puisque seuls 51 % des participants présentaient réellement le médicament dans leur sang (7).

L'essai **Partners PrEP** a été réalisé en 2012 chez 4758 couples hétérosexuels sérodiscordants du Kenya et d'Ouganda. Les partenaires séronégatifs VIH-1 de chaque couple ont été suivis mensuellement pendant 3 ans. Une réduction de l'incidence du VIH comprise entre 67 % (ténofovir seul) et 75 % (association ténofovir-emtricitabine) a été observée (8).

L'essai **PROUD** réalisé au Royaume-Uni entre 2012 et 2014, a inclus 544 HSH d'âge médian 35 ans, ayant eu des relations sexuelles anales sans préservatifs au cours des 90 derniers jours. Il a montré une réduction relative de l'incidence du VIH de 86 % chez les sujets sous PrEP en prise continue. D'autre part, il n'y avait aucune preuve d'une augmentation des autres IST au cours de cet essai, ni de changements de comportement sexuel (9).

L'essai franco-canadien **ANRS-IPERGAY** dont la première phase a été menée entre 2012 et 2014 chez des HSH a montré une réduction relative de l'incidence du VIH de 86 % chez les sujets sous PrEP en continu versus placebo.

Dans la deuxième phase de l'essai en 2015, la prise de Truvada® « à la demande » au moment de l'exposition aux risques sexuels chez 400 HSH, a été étudiée. Les participants ont été suivis pendant une médiane de 9,3 mois : les données ont confirmé l'excellente efficacité de la PrEP à la demande, estimée à 97 % (10).

## **2) La PrEP en France**

La France est le premier pays européen à avoir adopté la PrEP et le deuxième au niveau mondial après les Etats-Unis.

La PrEP est disponible en France depuis janvier 2016 dans le cadre d'une RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation). L'AMM a été obtenue en mars 2017 et ce traitement est remboursable à 100 % par la sécurité sociale.

Le Truvada® (ténofovir disoproxil fumarate et emtricitabine) est le seul médicament autorisé pour la PrEP (3).

## **2.1 La population cible**

La PrEP est destinée aux personnes séronégatives de plus de 15 ans à haut risque de contracter le VIH (3).

Selon l'AMM, elle concerne les HSH et les personnes transgenres avec au moins un des critères suivants :

- Rapports sexuels anaux non protégés avec au moins deux partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois ;
- Épisodes d'IST dans les 12 derniers mois ;
- Au moins un recours à un TPE dans les 12 derniers mois ;
- Usage de drogues psychoactives lors des rapports sexuels (chemsex).

Au cas par cas, la PrEP peut aussi être envisagée pour :

- Les sujets ayant des partenaires sexuels multiples ;
- Les sujets en situation de prostitution / travailleurs du sexe soumis à des rapports sexuels non protégés ;
- Les usagers de drogues injectables avec échange de seringues ;
- Les sujets ayant des rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission de l'infection par le VIH chez la personne exposée : ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement ;
- Les personnes ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires appartenant à un groupe de prévalence du VIH élevée.

En revanche la PrEP est contre-indiquée dans certaines situations :

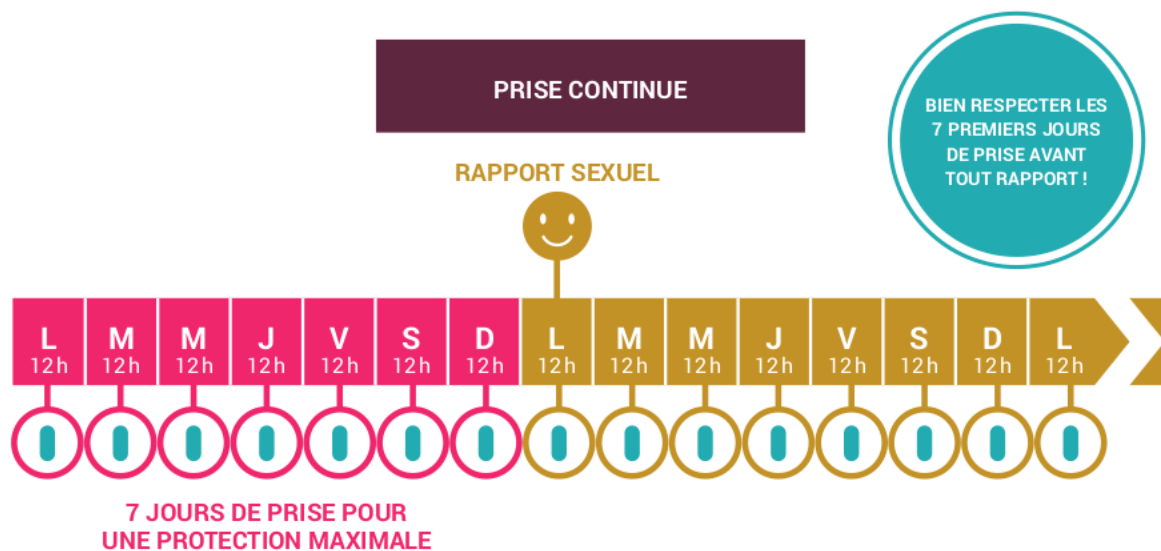
- Séropositivité au VIH ou sérologie VIH inconnue ;
- Présence de signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH ;
- Troubles rénaux avec une clairance de la créatinine < 60 ml/min ;
- Allaitement ;
- Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit.

Cependant, le groupe d'experts, en se basant sur les recommandations de l'OMS, estime que la PrEP s'adresse à « toute personne exposée à un risque « substantiel » d'infection par le VIH» (4).

## 2.2 Les différents schémas de prise

Dans le cadre de l'AMM, seule la stratégie de PrEP en prise continue est recommandée. Cependant, la HAS autorise l'administration à la demande (4).

### . Le schéma de prise en continue

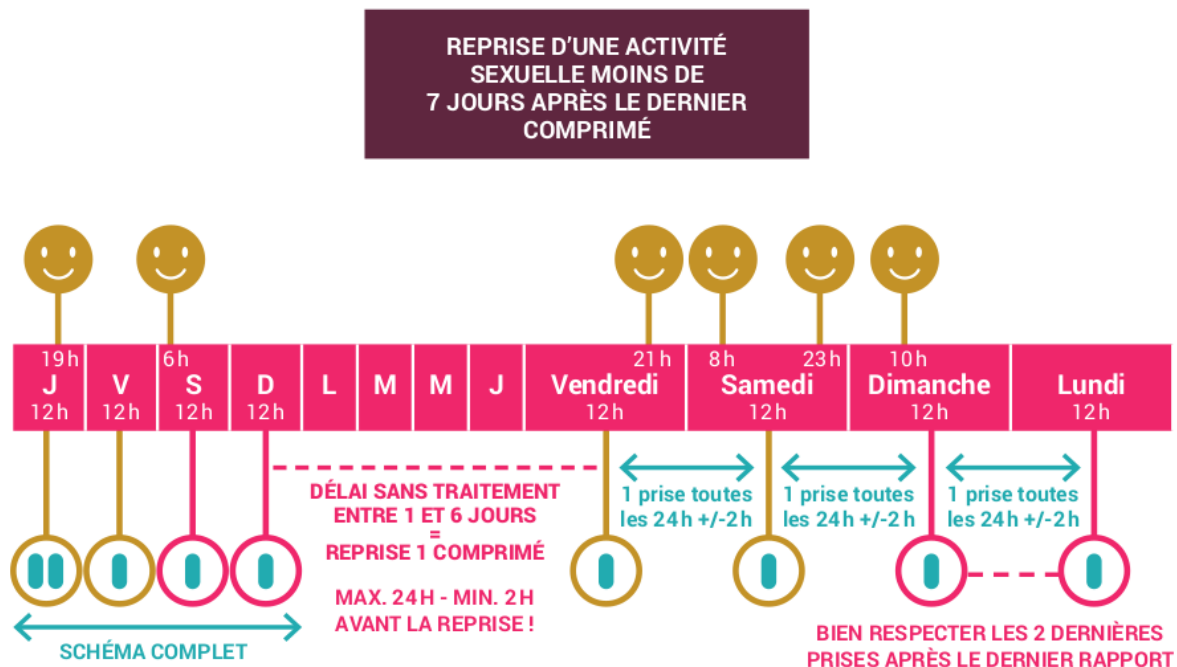


**Figure 5.** Schéma de prise en continue de la PrEP (Source : <https://www.aides.org/prep>)

Le traitement doit être pris tous les jours à heure fixe (+/- 2 heures). Il est considéré efficace après 7 jours de prise chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Il doit être poursuivi jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

### . Le schéma de prise à la demande

Ce schéma n'a été étudié que chez des HSH et est contre-indiqué chez les hommes infectés par le virus de l'hépatite B.



**Figure 6.** Schéma de prise à la demande de la PrEP (Source : <https://www.aides.org/prep>)

Il s'agit de prendre 2 comprimés en même temps entre 24h et 2h avant le rapport sexuel. Puis il faut prendre 1 comprimé 24 heures (+/- 2 heures) après la première prise, et un dernier comprimé 24 heures (+/- 2 heures) après la deuxième prise soit 48h après la première.

En cas de rapports répétés, il faut poursuivre avec 1 comprimé par jour jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

Il est important d'expliquer au patient que l'observance doit être excellente, toute prise oubliée ou décalée exposant au risque d'infection par le VIH.

### **3) Le suivi proposé à l'hôpital de jour de l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux)**

Au départ, l'initiation de la PrEP ne pouvait être faite que par un médecin expérimenté dans la prise en charge du VIH exerçant à l'hôpital. En juin 2016, elle a été élargie aux médecins des CeGGID.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, le renouvellement peut être fait par le médecin traitant, dans le cadre d'un suivi alterné ville/hôpital nécessitant tout de même une consultation annuelle avec un médecin spécialiste du VIH ou d'un CeGIDD (3).

Pour initier une PrEP à l'hôpital de jour (HDJ) de l'hôpital Saint-André, une première consultation a lieu à S-3, soit 3 semaines avant le début du traitement.

On y recueille les antécédents du patient, ses conduites à risques, on y fait du counseling et on propose si nécessaire de mettre à jour les vaccinations contre les virus des hépatites A et B. Un bilan biologique complet est également réalisé afin de s'assurer de l'absence d'IST et surveiller les fonctions hépatiques et rénales.

Le patient est ensuite revu à J0. Un nouveau bilan est réalisé et le traitement débuté sous réserve de l'absence de grossesse et d'un dépistage VIH négatif.

Le patient est ensuite revu un mois après, pour s'assurer de la bonne observance du médicament et de l'absence d'effets indésirables.

Débute alors un suivi trimestriel, avec des bilans biologiques réguliers.

Depuis juillet 2018, devant l'afflux des demandes et pour réduire les délais d'attente du premier rendez-vous, l'HDJ de l'hôpital Saint-André propose au patient de faire renouveler la PrEP par son médecin traitant ou par un médecin d'un CeGIDD, dans le cadre d'un suivi alterné tous les 6 mois. Pour aider le médecin dans ce sens, on remet au patient une ordonnance avec le bilan à réaliser avant la prochaine consultation, ainsi qu'une fiche explicative sur la PrEP à remettre au généraliste.



Etiquette du patient :	<b>CALENDRIER DE SUIVI des personnes sous PrEP</b>										Médecin référent :
Version octobre 2018	de S-3 à M 21										
	Tél service : 05-56-79-57-33										
	SA0146										
DATE du RDV	S -3	J 0	M 1	M 3	M 6	M 9	M 12	M 15	M 18	M 21	
EXAMENS BIOLOGIQUES											
UREE, PHOSPHATASES SERIQUES, ALAT, CREAT, MDRD	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SEROLOGIE VIH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SEROLOGIE VHA (en fonction du profil vaccinal)	✓										
SEROLOGIE VHB (en fonction du profil vaccinal)	✓										
SEROLOGIE VHC	✓				✓		✓		✓		
SEROLOGIE SYPHILIS (TPHA VDRL)	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BILAN URINAIRE : (sang, sucre, rapport protéinurie/créatinurie)	✓				✓		✓		✓		
BILAN URINAIRE POUR PCR : (Chlamydiae trachomatis, Neisseria gonorrhoeae , Mycoplasma genitalium)	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AUTO-ECOUVILLONAGE ANAL POUR PCR : (Chlamydiae trachomatis, Neisseria gonorrhoeae , Mycoplasma genitalium)	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AUTO-ECOUVILLONAGE PHARYNX POUR PCR : (Chlamydiae trachomatis, Neisseria gonorrhoeae , Mycoplasma genitalium)	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bêta-HCG SANGUINE (si femme en âge de procréer)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
VACCINATION HEPATITE A											
VACCINATION HEPATITE B											
La fréquence de la surveillance rénale doit être renforcée chez les personnes présentant un facteur de risque d'altération de la fonction rénale. Nouveau screening des IST s'il était positif sur le bilan précédent ou si symptomatologie clinique.											

**Figure 7.** Calendrier de suivi des patients sous PrEP à l'HDJ de l'hôpital Saint-André

## **IV. PrEP ET SOINS PRIMAIRES**

En France, on estime à 32 000 la population cible pour la PrEP selon le Système National des Données de Santé (SNDS). Au 30 juin 2018, un peu plus de 10 000 personnes avaient initié une PrEP en France (98 % d'homme) ; et en l'espace d'un an, ce chiffre a doublé puisque fin juin 2019, on était passé à 20 478 personnes (11). Ces données font valoir une réelle appropriation de la PrEP en France, mais il est nécessaire de poursuivre les efforts pour élargir l'accessibilité à cette stratégie de prévention, car bien que l'augmentation des nouvelles prescriptions soit régulière, il existe encore un besoin non satisfait important.

### **1) Les freins au déploiement de la PrEP**

#### **1.1 Les principaux freins**

Tout d'abord, il existe un réel manque d'information sur le sujet. Une partie des personnes cibles est ignorante concernant cette nouvelle méthode de prévention (11) ; et de nombreuses études ont identifié le manque de connaissance des généralistes comme un obstacle. Ils ne sont pas ou peu au courant des lignes directrices de la PrEP et de son utilisation en pratique, voire pour certains n'en ont jamais entendu parler (12). Pourtant, la plupart des médecins interrogés serait disposée à la prescrire, sous réserve d'une formation appropriée (13,14).

D'autre part, il n'y a pas assez de spécialistes pour répondre à toutes les demandes (15). Pourtant, le délai d'initiation de la PrEP est un paramètre clé dans la prévention puisque le risque d'acquisition du VIH persiste pendant ce délai. Ainsi, les interventions visant à le raccourcir sont essentielles (16).

Deux thèses réalisées en France ont également identifié le fait que le MG ne puisse pas être primo-prescripteur comme un frein (17,18).

D'autres limites ont été identifiées comme les croyances préjudiciables sur la compensation du risque (c'est-à-dire une pratique accrue de comportements à risque élevé en raison de la peur réduite de l'infection par le VIH), la toxicité des antirétroviraux, le risque de résistance, mais aussi le manque de temps des généralistes en consultation, le manque d'observance des patients et la crainte de ne pas savoir identifier les patients candidats à la PrEP (14,19).

Enfin, le discours de la recherche, de la santé publique et des médias sur la PrEP s'est largement concentré sur les HSH en raison du risque disproportionné de VIH dans cette population. Une conséquence involontaire de cette focalisation a été de cultiver la perception que la PrEP est un médicament spécifique aux HSH, ce qui peut avoir un effet dissuasif sur son utilisation par les personnes à risque qui ne sont pas HSH et chez les HSH qui souhaitent préserver la confidentialité de leur orientation sexuelle (20).

## **1.2 L'abord de la santé sexuelle**

De nombreuses études ont été réalisées sur l'abord de la sexualité en médecine générale. Il en ressort que les MG ne discutent pas de problèmes liés à la santé sexuelle lors des consultations aussi souvent que les patients le souhaiteraient.

Pourtant, les soins primaires ont été identifiés comme le lieu de prédilection pour aborder ce sujet.

Dans une étude réalisée au Royaume-Uni chez des MG (21), les contraintes de temps, le manque de compétence, la nature complexe et difficile des questions relatives à la sexualité, ont été identifiées comme des freins au déploiement de la PrEP. La plupart des médecins interrogés étaient enclins à traiter les problèmes sexuels lorsqu'ils étaient soulevés par le patient lors de la consultation mais une majorité des participants a indiqué ne pas entamer systématiquement de discussion autour de la santé sexuelle.

La peur de transgresser la frontière public-privé et d'offenser le patient en compromettant la relation médecin-patient était souvent mise en avant.

Pourtant, quand on interroge les patients, la plupart se sentent à l'aise pour discuter des IST avec leur MG. Dans une étude menée en Australie, les patients étaient disposés à

discuter des IST quelque soient leur sexe et leur âge. Ils n'étaient pas gênés si la discussion était lancée lors d'une consultation non liée à la santé sexuelle (22), et dans une étude menée en Suisse chez des hommes, même ceux déclarant se sentir gênés, préféraient que leur médecin aborde le sujet (23).

Dans le contexte de la PrEP, l'abord de la sexualité en consultation peut s'avérer plus difficile, et notamment pour les HSH à cause de la stigmatisation des minorités sexuelles et la crainte d'être jugé (24).

La nécessité d'une relation de confiance avec le médecin avant la divulgation pour eux de leur orientation sexuelle est donc primordiale. D'ailleurs, les patients qui avaient divulgué leur orientation sexuelle au médecin et qui considéraient celui-ci comme non jugeant, se disaient à l'aise pour discuter de la PrEP, et dans une étude réalisée aux Etats-Unis auprès d'HSH, plus de la moitié a déclaré préférer recevoir des soins liés à la PrEP d'un médecin généraliste (25).

### **1.3 Le paradoxe de la compétence**

Pour identifier un des obstacles au déploiement de la PrEP, Krakower et ses collègues ont inventé le terme de paradoxe de la compétence ou « *purview paradox* » (26).

Ni les spécialistes du VIH ni les médecins de soins primaires ne considèrent la PrEP comme faisant partie de leur domaine de compétence.

En effet, les spécialistes du VIH sont habitués à la prescription de médicaments antirétroviraux, à des discussions sur les comportements sexuels à risques etc ; mais ils ne voient souvent pas les patients séronégatifs.

Ces patients séronégatifs à risque de contracter le VIH sont en revanche beaucoup plus susceptibles de consulter un médecin de soins primaires ; mais ces médecins ne sont pas formés pour dispenser la PrEP.

## **2) L'importance du médecin généraliste**

Les MG sont en contact annuellement avec 75 % de la population française (Reynaud et Parquet, 1999), et dans un sondage réalisé en 2014 par le Quotidien Santé, il ressort qu'en matière de prévention les français plébiscitent leur médecin traitant. Pour 93 %

d'entre-eux, le médecin traitant est d'ailleurs l'acteur à qui ils accordent le plus leur confiance (27).

De ce fait, le rôle du MG est essentiel.

En effet, de par leur relation à long terme avec les patients et avec toutes les générations, les MG sont des acteurs privilégiés.

Les comportements à risque individuels évoluant avec le temps, les risques doivent être réévalués régulièrement. L'intégration de cette évaluation dans les soins primaires est essentielle et notamment pour la mise en œuvre de la PrEP à grande échelle. Les MG peuvent identifier les personnes présentant un risque élevé d'acquisition du VIH en les aidant à prendre des décisions éclairées au sujet de la PrEP en combinaison avec d'autres stratégies de prévention.

Dans une étude réalisée à Boston, les généralistes considéraient que la médecine préventive constituait un élément essentiel de leurs compétences professionnelles et l'un des thèmes récurrents des entretiens était la volonté de maîtriser la PrEP afin de ne pas avoir à diriger les patients vers des collègues spécialistes de la PrEP (28).

Au 30 juin 2019, la PrEP est initiée dans 90 % des cas et renouvelée dans 85 % des cas à l'hôpital (11). Si elle était intégrée dans les soins préventifs de routine, cela permettrait d'améliorer sa diffusion et l'accès à celle-ci (20).

## V. CONCLUSION

Bien que la PrEP ait démontré son efficacité, et malgré une augmentation de la sensibilisation des personnes cibles, celle-ci peine à se mettre en place.

Actuellement, les délais pour obtenir un premier rendez-vous à l'hôpital Saint-André sont compris entre 2 et 4 mois, et ce malgré le fait que l'on propose aux patients un suivi alterné avec un MG ou un médecin d'un CeGIDD.

Pour notre étude, nous sommes partis du postulat que la proposition aux patients de ce suivi alterné ville/hôpital avait nécessité, pour les MG une auto-formation sur la PrEP, afin d'acquérir des connaissances et de pouvoir appréhender la PrEP.

Notre question de recherche était la suivante : la proposition aux patients sous PrEP suivis à l'HDJ l'hôpital Saint-André d'un suivi alterné ville/hôpital, a-t-elle modifié les pratiques des médecins généralistes ayant renouvelé ce traitement?

Nous avons supposé que désormais, les MG renouvelant la PrEP des patients suivis à Saint-André, abordaient plus naturellement la santé sexuelle en consultation et repéraient plus aisément les patients qui pourraient bénéficier de la PrEP.

Ainsi, peut-être qu'ils se sentiraient prêt à initier eux-mêmes la PrEP.

De fait, élargir l'initiation de la PrEP aux MG, qui sont au cœur de la prévention, permettrait de faciliter l'extension de cette intervention efficace.

## VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bulletin de santé publique VIH/sida. [Internet]. Octobre 2019 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019>
2. OMS. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. France: OMS; 17 juillet 2019 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. HAS. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-05/bum\\_truvada\\_maj\\_avril2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-05/bum_truvada_maj_avril2019.pdf)
4. Morlat P, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ARNS [Internet]. CNS (conseil national du Sida et des hépatites virales): 2018 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: [https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih\\_prevention-de-pistage.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-de-pistage.pdf)
5. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2013;381(9883):2083-90.
6. 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*. 2012;367(5):423-34.
7. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587-99.
8. 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*. 2012;367(5):399-410.
9. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2016;387(10013):53-60.

10. Molina JM, 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.* 2015;373:2237-46.
11. ANSM-CNAM. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) [Internet]. Actualisation des données jusqu'au 30 Juin 2019 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prevention-du-VIH-Depuis-2016-plus-de-20-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-Point-d-Information>
12. Clement ME, Seidelman J, Wu J, Alexis K, McGee K, Okeke NL et al. An educational initiative in response to identified PrEP prescribing needs among PCPs in the Southern U.S. *AIDS Care.* 2018;30(5):650-5.
13. Ojile N, Sweet D, Kallail KJ. A Preliminary Study of the Attitudes and Barriers of Family Physicians to Prescribing HIV Preexposure Prophylaxis. *Kans J Med.* 2017;10(2):40-2.
14. Petroll AE, Walsh JL, Owczarzak JL, McAuliffe TL, Bogart LM, Kelly JA. PrEP Awareness, Familiarity, Comfort, and Prescribing Experience among US Primary Care Providers and HIV Specialists. *AIDS Behav.* 2017;21(5):1256-67.
15. Silapaswan A, Krakower D, Mayer KH. Pre-Exposure Prophylaxis: A Narrative Review of Provider Behavior and Interventions to Increase PrEP Implementation in Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2017;32(2):192-8.
16. Spinelli MA, Scott HM, Vittinghoff E, Liu AY, Morehead-Gee A, Gonzalez R et al. Brief Report: A Panel Management and Patient Navigation Intervention Is Associated With Earlier PrEP Initiation in a Safety-Net Primary Care Health System. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;79(3):347-51.
17. Foka Tichoue H. Etude des freins à l'appropriation Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers : Enquête auprès des médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis. [Thèse d'exercice]. Paris Est Creteil; 2018.
18. Chiarabini T. Analyse des freins à la prescription et au suivi de la « prophylaxie pré-exposition » au VIH par antiretroviraux (PREP) en médecine générale: étude quantitative d'un échantillon de médecins généralistes sur le territoire français. [Thèse d'exercice]. Paris Sud; 2019.
19. Pinto RM, Berringer KR, Melendez R, Mmeje O. Improving PrEP Implementation Through Multilevel Interventions: A Synthesis of the Literature. *AIDS Behav.* 2018;22(11):3681-91.
20. Calabrese SK, Krakower DS, Mayer KH. Integrating HIV Preexposure Prophylaxis (PrEP) Into Routine Preventive Health Care to Avoid Exacerbating Disparities. *Am J Public Health.* 2017;107(12):1883-9.



21. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *J Fam Pract.* 2004;21(5):528-36.
22. Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferrall I, Bulsara MK. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients. *Aust J Prim Health.* 2013;19(2):98-101.
23. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
24. John SA, Rendina HJ, Grov C, Parsons JT. Home-based pre-exposure prophylaxis (PrEP) services for gay and bisexual men: An opportunity to address barriers to PrEP uptake and persistence. *PLoS One.* 2017;12(12):e0189794.
25. Maloney KM, Krakower DS, Ziobro D, Rosenberger JG, Novak D, Mayer KH. Culturally Competent Sexual Healthcare as a Prerequisite for Obtaining Preexposure Prophylaxis: Findings from a Qualitative Study. *LGBT Health.* 2017;4(4):310-4.
26. Krakower D, Ware N, Mitty JA, Maloney K, Mayer KH. HIV Providers' Perceived Barriers and Facilitators to Implementing Pre-exposure Prophylaxis in Care Settings: A Qualitative Study. *AIDS Behav.* 2014;18(9):1712-21.
27. En matière de prévention, les Français plébiscitent leur médecin généraliste [Internet]. *Le Généraliste.* [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/05/13/en-matiere-de-prevention-les-francais-plebiscitent-leur-medecin-generaliste-\\_242456](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/05/13/en-matiere-de-prevention-les-francais-plebiscitent-leur-medecin-generaliste-_242456)
28. Krakower DS, Ware NC, Maloney KM, Wilson IB, Wong JB, Mayer KH. Differing Experiences with Pre-Exposure Prophylaxis in Boston Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Specialists and Generalists in Primary Care: Implications for Scale-Up. *AIDS Patient Care STDS.* 2017;31(7):297-304.

**PARTIE 2 :**  
**RECHERCHE**

## I. INTRODUCTION

Dans le monde en 2018, 37,9 millions de personnes vivaient avec le VIH.

En France, plus de 172 000 personnes vivent avec ce virus et un peu plus de 6000 découvertes de séropositivité sont faites chaque année. Ce chiffre était stable depuis de nombreuses années, mais une diminution significative de 7 % a été observée entre 2017 et 2018 (1).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) représentent 40 % de ces nouveaux cas et près de 42 % concernent les hétérosexuels nés à l'étranger avec en majorité des femmes d'Afrique subsaharienne, pour lesquelles l'étude ANRS-Parcours, conduite en 2012-2013, a montré que près de la moitié ont été infectées en France (1).

Le nombre de nouvelles infections est relativement stable avec les méthodes de prévention classiques (préservatif, dépistage, mise sous traitement rapide (TasP: Treatment as Prevention)...); d'où la nécessité d'une nouvelle méthode, se rajoutant aux précédentes dans une stratégie de prévention diversifiée. La PrEP, ou prophylaxie de pré-exposition au VIH est accessible en France depuis janvier 2016.

La PrEP consiste à prendre une bithérapie antirétrovirale en prévention de l'infection par le VIH. Le Truvada<sup>®</sup> (ténofovir disoproxil fumarate et emtricitabine) est le seul médicament autorisé pour la PrEP. L'AMM a été obtenue en mars 2017 (auparavant il s'agissait d'une RTU) et ce traitement est remboursable à 100 % par la sécurité sociale (2).

Plusieurs études menées principalement chez des HSH, mais certaines concernent des personnes trans et des couples hétérosexuels, ont montré l'efficacité de la PrEP en prise continue : **Iprex** (États-Unis), **Partners Prep** (Kenya, Ouganda), **Proud** (Royaume-Uni). L'étude française **ANRS-Ipergay** a démontré son efficacité en prise « à la demande ». Dans cette étude, on évite jusqu'à 97 % de nouvelles contaminations si l'observance est bonne (3).

La PrEP est destinée aux personnes adultes à haut risque de contracter le VIH. Elle permet de réduire le risque d'infection mais ne l'élimine pas ; tout comme elle ne prévient pas les autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ainsi la PrEP s'inscrit dans une démarche de santé sexuelle globale devant être accompagnée de conseils et de soutien.

Au départ, l'initiation de la PrEP ne pouvait être faite que par un médecin expérimenté dans la prise en charge du VIH exerçant à l'hôpital. En juin 2016, elle a été élargie aux médecins des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID). Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, le renouvellement peut être fait par le médecin traitant, dans le cadre d'un suivi alterné ville/hôpital (2).

Les premières données de suivi post-essai pendant 18 mois de la cohorte Ipergay confirment l'excellente efficacité de la PrEP. Pourtant, bien que l'on estime fin juin 2019 à 32 000 la population cible pour la PrEP selon le Système National des Données de Santé (SNDS), 20 478 personnes avaient initié une PrEP en France (1).

Ces données font valoir une réelle appropriation de la PrEP en France. Mais l'augmentation régulière des nouvelles prescriptions n'arrive pas à satisfaire tous les besoins pour plusieurs raisons.

Il existe un réel manque d'information sur le sujet : une grande partie des personnes cibles ignore encore cette nouvelle méthode de prévention, et plusieurs études ont identifié le manque de connaissance des généralistes comme un obstacle (4). Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires pour sensibiliser et informer les médecins généralistes (MG) et les populations cibles sur la PrEP.

D'autre part, il n'y a pas assez de spécialistes pour répondre à toutes les demandes (5). Actuellement, les délais pour obtenir un premier rendez-vous à l'hôpital Saint-André (HSA) à Bordeaux sont compris entre deux et quatre mois.

Deux thèses réalisées en France ont également identifié le fait que le MG ne puisse pas être primo-prescripteur comme un frein (6,7).

Enfin les MG, comme les patients, peuvent être mal à l'aise à l'idée d'aborder la santé sexuelle en consultation.

Aux Etats-Unis, les médecins parlent de « paradoxe de la compétence » (8). Les spécialistes du VIH ne voient souvent pas les patients séronégatifs, alors que les médecins de soins primaires, qui voient souvent des patients non infectés, ne sont pas formés pour dispenser la PrEP.

Elargir l'initiation de la PrEP aux MG, qui sont au cœur de la prévention, permettrait de faciliter l'extension de cette intervention efficace, mais aussi de les impliquer davantage dans l'abord de la santé sexuelle de leurs patients.

Depuis juillet 2018, devant l'afflux des demandes et pour réduire les délais d'attente du premier rendez-vous, l'hôpital de jour (HDJ) de l'HSA propose au patient de faire renouveler la PrEP par son médecin traitant ou par un médecin d'un CeGGID, dans le cadre d'un suivi alterné tous les 6 mois. Pour faciliter le travail du MG, une ordonnance est remise au patient avec le bilan à réaliser avant la prochaine consultation, ainsi qu'une fiche explicative sur la PrEP à remettre au praticien lors de la première consultation pour ce motif.

Notre travail de thèse se propose d'étudier l'implication et les modifications des pratiques des MG dans le suivi alterné de leurs patients sous PrEP tel que proposé par l'équipe de l'HDJ de l'HSA.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **1) Schéma d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale monocentrique par administration d'un questionnaire.

### **2) Objectif principal et objectifs secondaires**

L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence une modification des pratiques des MG suite à la proposition au patient sous PrEP d'un suivi alterné ville/hôpital.

Les objectifs secondaires étaient de décrire la population des médecins généralistes suivant des patients sous PrEP, de décrire l'évolution de leurs connaissances, de mettre en évidence une modification de la perception de la PrEP et de déterminer d'éventuels freins au suivi alterné.

### **3) Population d'étude**

La population de l'étude était constituée par les médecins généralistes travaillant en Nouvelle-Aquitaine et dont au moins un patient était suivi pour la PrEP à l'HSA.

Nous avons récupéré la liste actualisée au 28/01/2020 des MG des PrEPeurs. Cette dernière recensait en tout 139 MG pour une file active de 227 patients. Parmi ces 227 patients, 191 avaient un médecin traitant et 36 n'en avaient pas ou ne voulaient pas communiquer avec lui au sujet de la PrEP.

### **4) Durée de l'étude**

Le recueil des données a débuté le 11 décembre 2019 et s'est terminé le 14 février 2020, quand le taux de réponse a été considéré comme suffisant.

## **5) Questionnaire anonyme**

Le questionnaire, anonyme, a été élaboré par nos soins. Nous nous sommes appuyés sur deux thèses réalisées en France: l'une concernant les freins à l'appropriation de la PrEP par les MG (6) et l'autre sur l'analyse des freins à la prescription et au suivi de la PrEP en médecine générale (7) ; mais également sur une étude menée aux Etats-Unis entre juillet 2014 et mai 2015 sur les facteurs liés à la prescription de la PrEP par les médecins de soins primaires (9).

Ce questionnaire a été construit en 6 parties.

La première partie du questionnaire recueillait les données sociodémographiques et cherchait à vérifier que le médecin interrogé suivait bien en alternance avec l'hôpital Saint-André au moins un patient sous PrEP. Si ce n'était pas le cas, il pouvait arrêter de répondre au questionnaire.

La deuxième partie recueillait le nombre de patients sous PrEP de chaque médecin, qu'ils soient suivis ou non à l'HSA.

La troisième partie permettait de préciser le début du suivi en alternance.

La quatrième partie était une auto-évaluation par le médecin de ses connaissances sur la PrEP.

La cinquième partie permettait d'étudier le niveau de confort du médecin généraliste face à certaines situations en lien avec la PrEP.

Enfin, la sixième et dernière partie du questionnaire cherchait à répondre à la question de recherche : « la proposition du suivi alterné ville/hôpital pour les patients sous PrEP suivis à l'HSA a-t-elle modifié les pratiques des médecins généralistes en terme de prévention du VIH ? »

Avant le début de l'étude, le questionnaire a été soumis à un médecin spécialiste du VIH mais également à plusieurs MG dont l'un compris dans la population d'étude. Le but était de s'assurer de la bonne compréhension des items du questionnaire mais aussi de la pertinence des questions posées. Quelques modifications ont donc été apportées : la proposition « médecin spécialiste de la PrEP » dans la question 13 avait été oubliée ; et nous avons reprecisé certains items en insistant notamment sur le traitement et le suivi des IST par les MG (question 28).

## **6) Recueil des données**

Chaque médecin a été contacté dans un premier temps par téléphone. Ce premier contact servait à obtenir son accord pour la participation et à lui expliquer les objectifs de notre étude. Si un accord était obtenu, alors nous propositions au médecin de choisir de quelle manière il souhaitait répondre au questionnaire.

Il pouvait décider de le recevoir par mail avec un lien permettant d'accéder à Google Form ; ou alors, il pouvait répondre au questionnaire lors d'un entretien téléphonique réalisé le jour même ou lors d'un appel reprogrammé à sa convenance.

L'idée de laisser ce choix au médecin était d'optimiser au maximum notre recueil et d'augmenter ainsi le taux de participation.

## **7) Méthodes d'analyse et outils statistiques**

Un masque de saisie a été créé sur un fichier Excel et les données qualitatives ont été codées numériquement et exprimées en pourcentages.

Les tests de Chi<sup>2</sup>, Fischer et Kruskal-Wallis ont été utilisés à partir du logiciel Biostatgv.

Les différences étaient considérées comme significatives si la probabilité p du test de comparaison était strictement inférieure à la valeur 0,05.

Pour les réponses en texte libre, les verbatims ont été colligés dans leur intégralité et regroupés par thèmes pour être analysés.



## **8) Aspects éthiques et réglementaires**

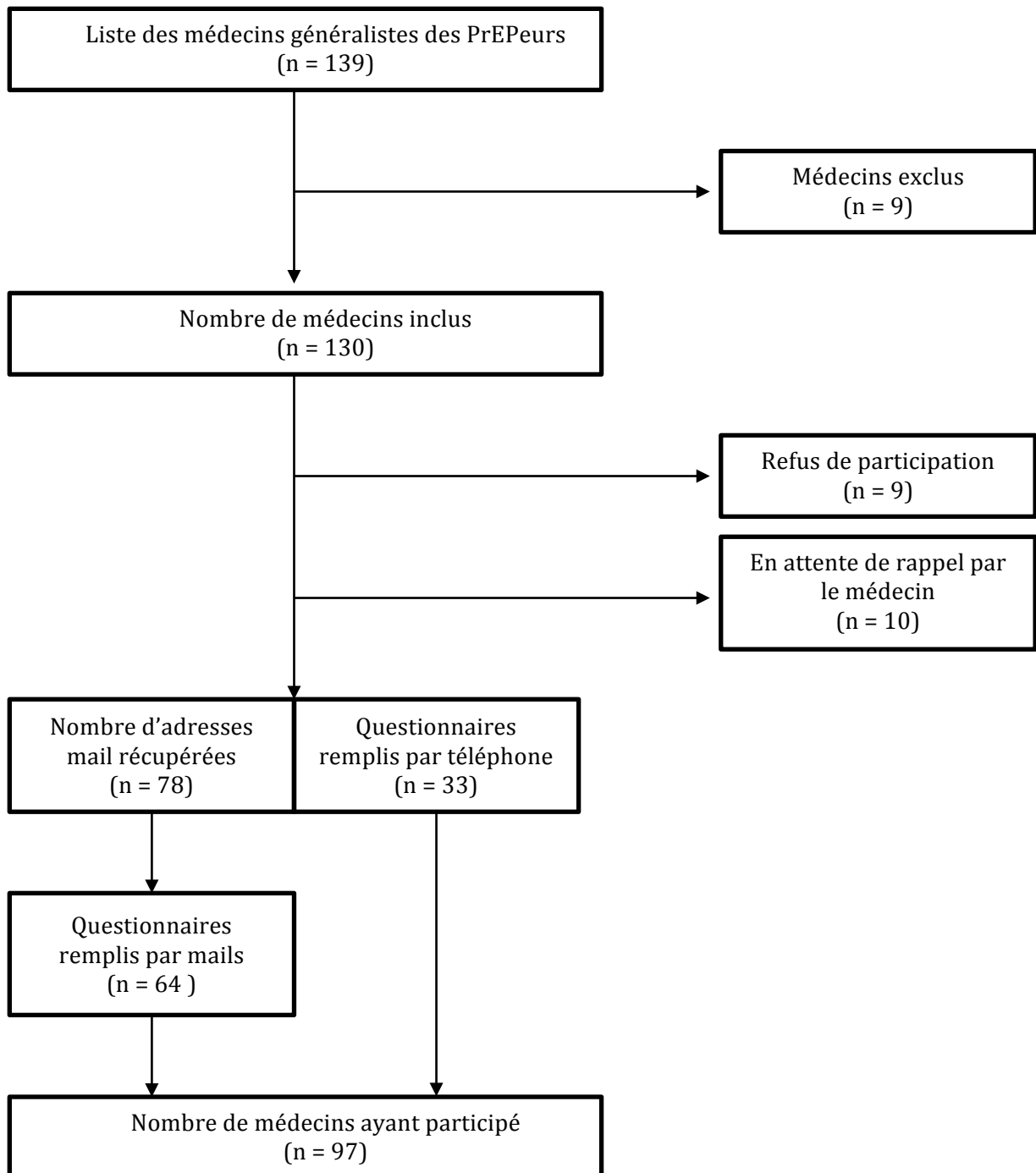
Les participants étaient assurés de l'anonymisation de leur réponse lors du premier contact téléphonique, avec un rappel dans la lettre d'information reçue par mail.

Une déclaration d'engagement de conformité MR003 a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Du fait de l'absence d'intervention et d'implication de la personne humaine dans cette étude, il n'a pas été nécessaire de demander l'avis du Comité de Protection des Personnes.

### III. RESULTATS

#### 1) Diagramme d'inclusion



**Figure 1.** Diagramme d'inclusion (flow chart)

La liste des MG actualisée au 28/01/2020 recensait 139 médecins.

Parmi eux, 9 ont été exclus avant le début de l'étude : 3 travaillaient hors Nouvelle-Aquitaine, un avait déménagé dans la région d'Angers, 2 étaient en congés maternité et 3 n'exerçaient plus.

Au total, 130 médecins ont été inclus.

Nous disposions de 78 adresses mails : après plusieurs relances, 64 médecins ont finalement rempli le questionnaire via le lien envoyé.

Trente-trois médecins ont choisi de remplir le questionnaire par téléphone, 30 lors du premier appel et 3 lors d'un appel reprogrammé ultérieurement. Nous sommes restés en attente de rappel malgré nos relances pour 10 MG.

Enfin, 9 MG ont refusé de participer à l'étude.

**Au total, 97 médecins ont donc rempli le questionnaire, soit un taux de réponse de 74,6%.**

## 2) Description de la population

### 2.1 Données sociodémographiques

Variables	Modalités	Aucun patient suivi n (%) N = 45	Au moins un patient suivi n (%) N = 52	p
Sexe	Homme	29 (64,4)	35 (67,3)	0,83
	Femme	16 (35,6)	17 (32,7)	
Âge	30-35 ans (inclus)	5 (11,1)	10 (19,2)	0,37
	36-45 ans (inclus)	11 (24,4)	7 (13,5)	
	46-55 ans (inclus)	12 (26,7)	18 (34,6)	
	56-65 ans (inclus)	14 (31,1)	16 (30,8)	
	66 ans et plus	3 (6,7)	1 (1,9)	
Structure d'exercice	Seul	12 (26,7)	20 (38,5)	0,062
	En association	26 (57,8)	31 (59,6)	
	Centre de santé	3 (6,7)	0 (0)	
	MSP	3 (6,7)	0 (0)	
	Autre	1 (2,2)	1 (1,9)	
Distance du lieu d'exercice par rapport à l'HSA	< 5km	17 (37,8)	35 (67,3)	< 0,001
	5-10 km (inclus)	15 (33,3)	11 (21,2)	
	11-20 km (inclus)	2 (4,4)	5 (9,6)	
	21-50 km (inclus)	1 (2,2)	1 (1,9)	
	> 50 km	10 (22,2)	0 (0)	
Formation complémentaire	Oui	3 (6,7)	3 (5,8)	1
	Non	42 (93,3)	49 (94,2)	

**Tableau 1.** Liens entre les données sociodémographiques et le fait de suivre ou non au moins un patient sous PrEP (N = 97)

Dans notre échantillon, la population masculine était prédominante (66 %), la moyenne d'âge des médecins était de 50 ans (min-max : 30-75 ans) et la médiane de 51 ans. La plupart exerçaient en cabinet médical de groupe : association (58,8 %), MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) ou centre de santé.

Le code postal du lieu d'exercice des répondants était demandé afin de pouvoir les situer par rapport au lieu de référence de notre étude, l'HSA à Bordeaux.

La plupart des MG interrogés travaillaient en Gironde (93,8 %).

**Parmi les 97 médecins interrogés, 52 (53,6 %) ont déclaré suivre en alternance avec l'hôpital Saint-André au moins un patient sous PrEP.** Les autres (46,4 %) n'avaient jamais renouvelé de PrEP tout en étant déclarés médecin traitant.

La seule différence significative retrouvée entre les médecins suivant ou non des patients, concernait la distance par rapport au centre de référence : les médecins exerçant plus proche de l'HSA étaient plus susceptibles de suivre au moins un patient sous PrEP.

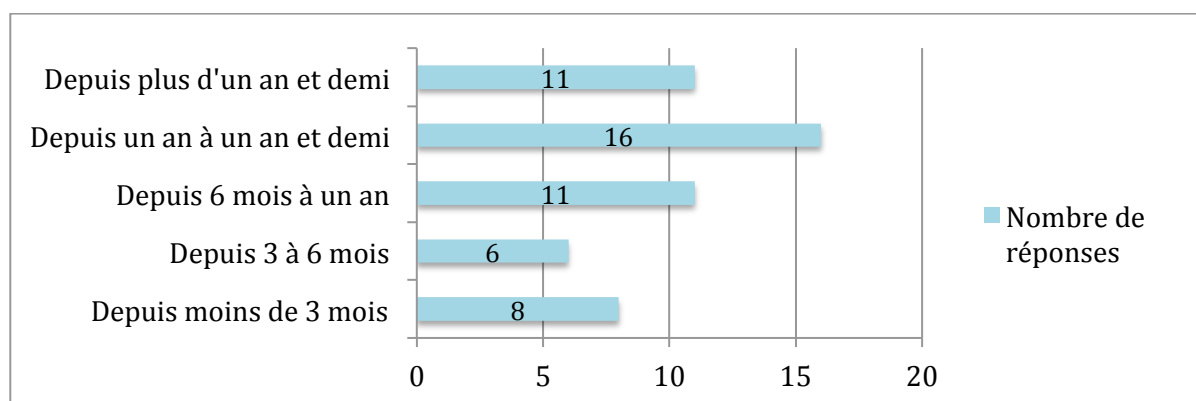
## 2.2 Nombres de patients suivis et début du suivi

Parmi les 52 médecins ayant déclaré suivre en alternance au moins un patient sous PrEP, 25 (48,1 %) avaient également des patients sous PrEP pour lesquels ils n'assuraient pas le renouvellement du traitement et 13 (25 %) pensaient ne pas en avoir ; enfin 14 (26,9 %) ne savaient pas.

Nombre de patients sous PrEP	Effectifs N = 52	Pourcentages (%)
<i>1 patient</i>	22	(42,3)
<i>2 à 5 patients</i>	23	(44,2)
<i>6 à 10 patients</i>	3	(5,8)
<i>11 à 20 patients</i>	3	(5,8)
<i>Plus de 20 patients</i>	1	(1,9)

**Tableau 2.** Nombre de patients sous PrEP suivis par les médecins (N = 52)

Tous centres de référence confondus, une grande partie des médecins ne suivait qu'un seul patient sous PrEP (22 médecins, 42,3 %) et 23 médecins (44,2 %) en avaient entre 2 et 5.



**Figure 2:** Durée de suivi par le MG du premier patient sous PrEP (N = 52)

Pour 8 médecins (15,4 %), le suivi en alternance de leur premier patient avait débuté depuis moins de 3 mois, pour 6 médecins (11,5 %) depuis 3 à 6 mois, pour 11 médecins (21,2 %) depuis 6 mois à 1 an, pour 16 médecins (30,8 %) depuis 1 an à 1,5 ans et pour 11 médecins (21,2 %) depuis plus d'un an et demi.

La majorité des médecins (40 médecins, 76,9 %) a déclaré ne pas être à l'origine de l'orientation de leur premier patient en consultation PrEP avec un spécialiste.

### 3) Connaissance de la PrEP

#### 3.1 Analyses générales

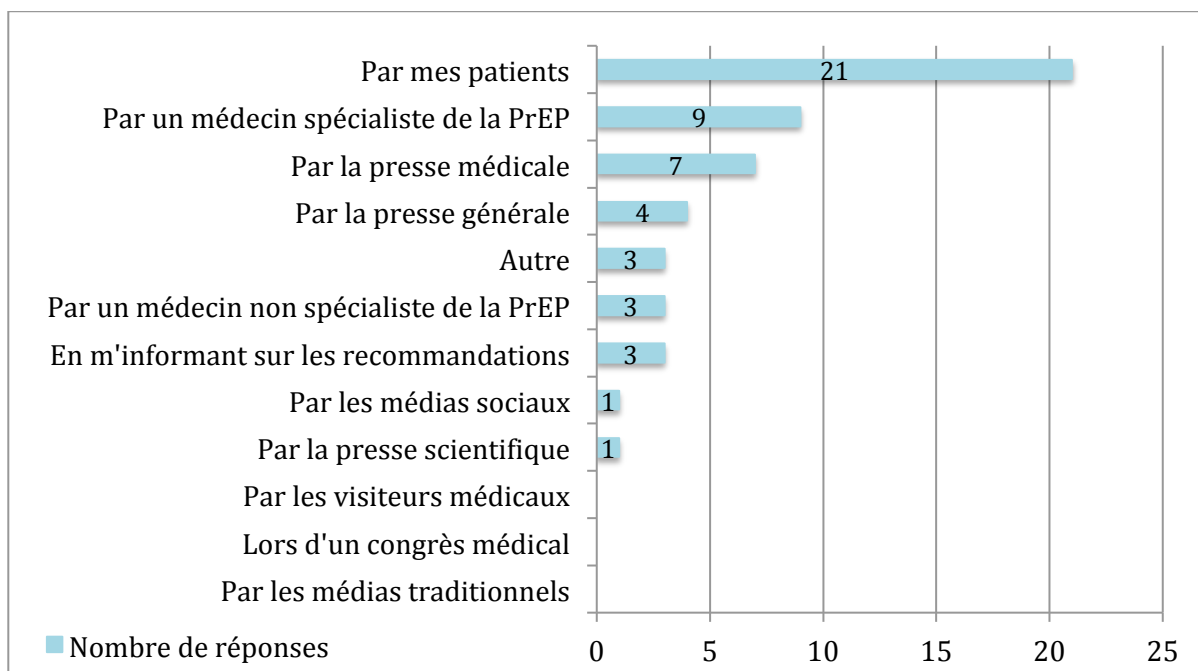
Variables	Modalités	Effectifs N = 52	Pourcentages (%)
<i>Connaissance de l'existence de la PrEP</i>	Oui	35	(67,3)
	Non	17	(32,7)

**Tableau 3.** Réponse à la question « Avant de suivre en alternance votre premier patient, aviez-vous connaissance de l'existence de la PrEP ? » (N = 52)

Variables	Modalités	Effectifs N = 35	Pourcentages (%)
<i>Renouvellement par le MG</i>	Oui	19	(54,3)
	Non	16	(45,7)

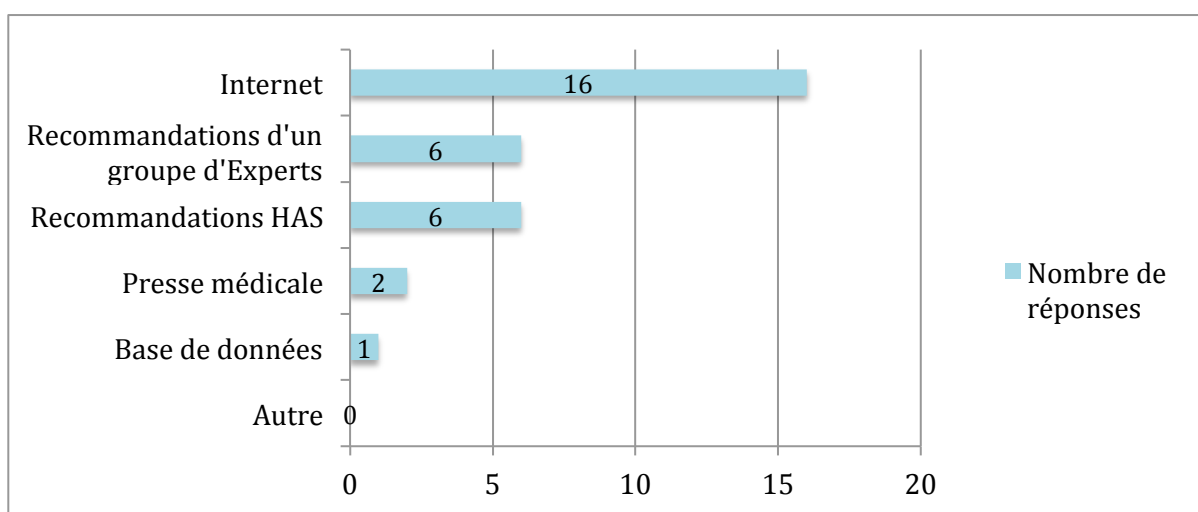
**Tableau 4.** Réponse à la question « Si oui, saviez-vous que le médecin généraliste pouvait renouveler la PrEP? » (N = 52)

Plus de 2/3 des médecins interrogés avaient déjà connaissance de l'existence de la PrEP avant de suivre en alternance leur premier patient sous PrEP. En revanche, parmi eux, seule un peu plus de la moitié savait que le MG pouvait la renouveler.



**Figure 3.** Réponse à la question "Initialement, comment avez-vous eu connaissance de la PrEP?" (N = 52)

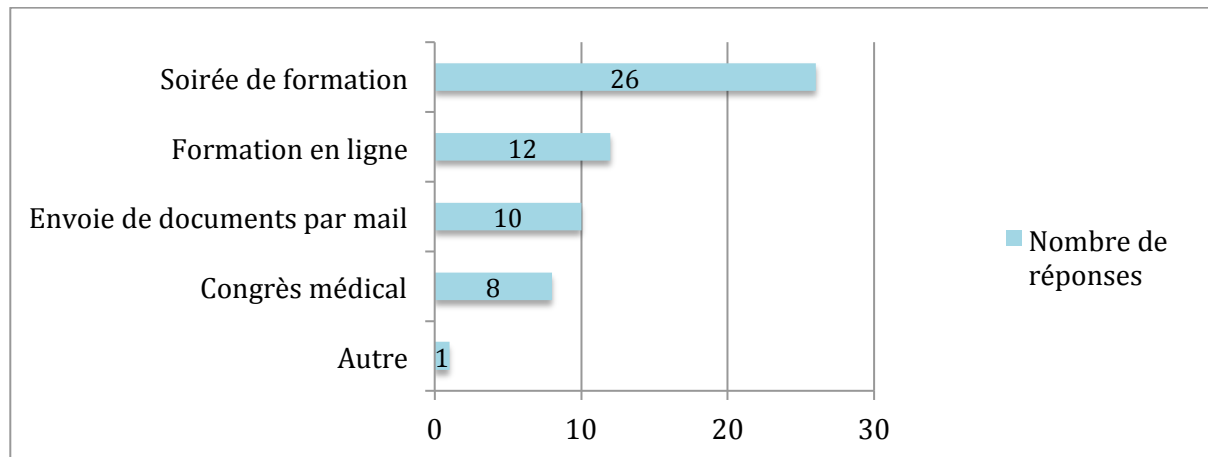
Initialement, la plus grande partie des médecins (40,4 %) a eu connaissance de la PrEP par un patient ; alors que 17,3 % en ont eu connaissance par l'intermédiaire d'un médecin spécialiste du VIH. Pour les 3 médecins ayant déclaré en avoir eu connaissance d'une autre manière : 1 avait fait sa thèse sur la PrEP, 1 travaillait en CAARUD et 1 était praticien attaché à l'hôpital Saint-André.



**Figure 4.** Première source consultée par les médecins généralistes pour se former à la PrEP (N = 52)

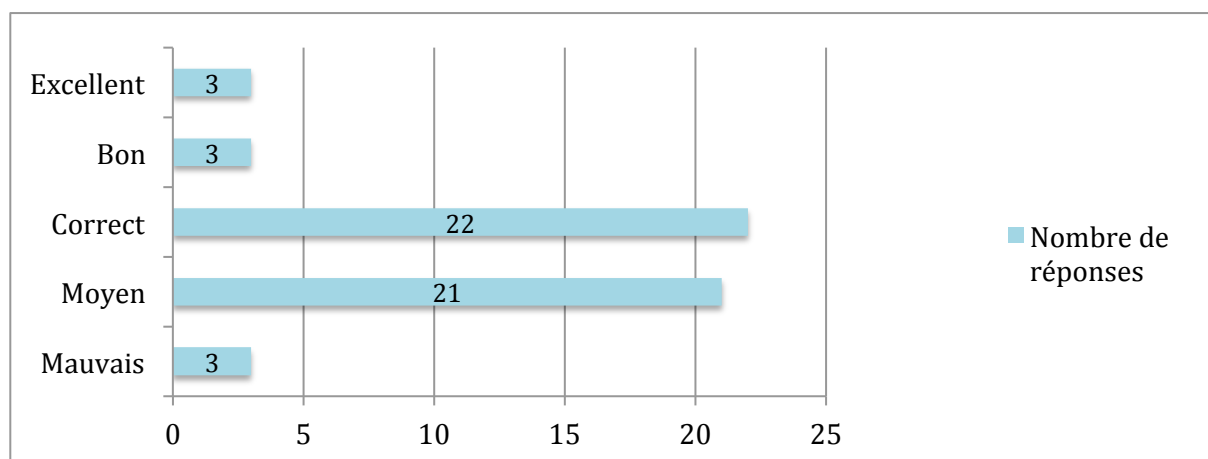
Plus de la moitié des médecins interrogés (31 médecins, 59,6 %) ont fait des recherches pour se former à la PrEP.

La première source consultée regroupait des sites internet comme Aides.org, Prep-info.fr... pour 51,6 % des médecins. Les autres sources étaient les recommandations d'un groupe d'Experts (19,4 %), les recommandations HAS (19,4%), la presse médicale (6,4 %) et enfin une base de données (3,2 %).



**Figure 5.** Type de formation souhaité par les médecins (N = 52)

Le souhait de formations complémentaires sur la PrEP était assez marqué puisque 37 médecins (71,2 %) ont indiqué en vouloir. Les soirées de formation étaient les plus plébiscitées puisqu'elles intéresseraient 26 médecins (70,3 %) ; et 1 médecin a suggéré un DPC via l'université.



**Figure 6.** Niveau de connaissance sur la PrEP auto-évalué par les médecins généralistes (N = 52)

S'agissant de l'autoévaluation de leur niveau de connaissance sur la PrEP, seuls 6 médecins l'ont jugé comme excellent (5,8 %) ou bon (5,8 %). Un peu moins de la



moitié l'a jugé comme correct (42,3 %) et 24 médecins l'ont jugé comme moyen (40,4 %) ou mauvais (5,8 %).

En revanche, 82,7 % des médecins ont considéré que leurs connaissances sur la PrEP avaient évolué depuis qu'ils avaient débuté le suivi de leur premier patient.

### 3.2 Analyses en sous groupes

Variables	Modalités	Mauvais n (%) (N = 3)	Moyen n (%) (N = 21)	Correct n (%) (N = 22)	Bon n (%) (N = 3)	Excellent n (%) (N = 3)	p
<b>Âge du médecin</b>	30-35 ans	0 (0)	7 (33,3)	2 (9,1)	0 (0)	1 (33,3)	0,21
	36-45 ans	0 (0)	2 (9,5)	3 (13,6)	2 (66,7)	0 (0)	
	46-55 ans	1 (33,3)	4 (19)	11 (50)	1 (33,3)	1 (33,3)	
	56-65 ans	2 (66,7)	7 (33,3)	6 (27,3)	0 (0)	1 (33,3)	
	> 65 ans	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Début du suivi</b>	< 3 mois	1 (33,3)	5 (23,8)	2 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0,11
	3-6 mois	0 (0)	2 (9,5)	3 (13,6)	0 (0)	1 (33,3)	
	6 mois-1 an	1 (33,3)	6 (28,6)	4 (18,2)	0 (0)	0 (0)	
	1-1,5 ans	0 (0)	6 (28,6)	7 (31,8)	2 (66,7)	1 (33,3)	
	> 1,5 ans	1 (33,3)	2 (9,5)	6 (27,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	
<b>Nombres de patients suivis</b>	1 patient	2 (66,7)	14 (66,7)	6 (27,3)	0 (0)	0 (0)	0,008
	2-5 patients	1 (33,3)	6 (28,6)	12 (54,5)	2 (66,7)	2 (66,7)	
	6-10 patients	0 (0)	1 (4,8)	1 (4,6)	1 (33,3)	0 (0)	
	11-20 patients	0 (0)	0 (0)	3 (13,6)	0 (0)	0 (0)	
	> 20 patients	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	
<b>Désir de formation</b>	Oui	2 (66,7)	16 (76,2)	16 (72,7)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,41
	Non	1 (33,3)	5 (23,8)	6 (27,3)	1 (33,3)	2 (66,7)	
<b>Recherches faites</b>	Oui	1 (33,3)	10 (47,6)	16 (72,7)	3 (100)	1 (33,3)	0,09
	Non	2 (66,7)	11 (52,4)	6 (27,3)	0 (0)	2 (66,7)	

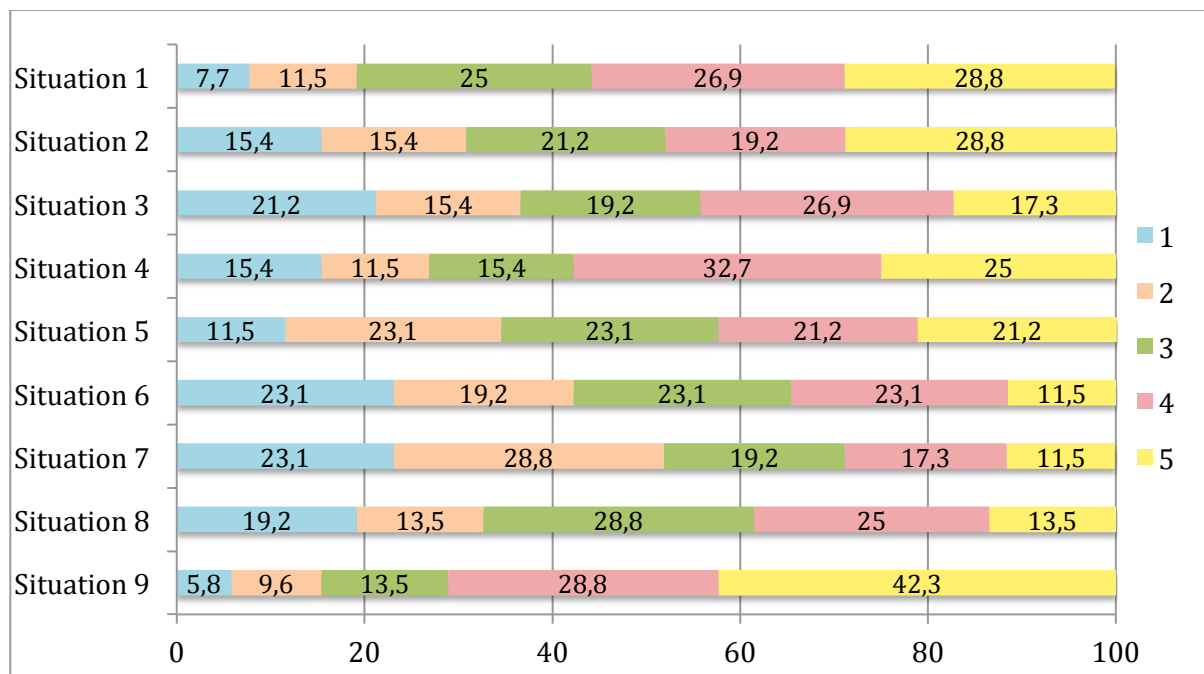
**Tableau 5.** Liens entre le niveau de connaissance auto-estimé des médecins et certaines caractéristiques du MG (N = 52)

Il n'existait pas de différence significative entre le niveau de connaissance auto-estimé et :

- L'âge des médecins ;
- La durée écoulée depuis le début du suivi du premier patient ;
- Le désir de formation complémentaire ;
- Le fait d'avoir fait des recherches pour se former à la PrEP.

Cependant, un médecin estimait son niveau de connaissance d'autant meilleur qu'il suivait un nombre plus important de patients.

#### 4) Niveau de confort des médecins dans certaines situations en lien avec la PrEP



**Figure 7.** Évaluation par les médecins de leur niveau de confort dans certaines situations en lien avec la PrEP via un score allant de 1 (je ne suis pas du tout à l'aise) à 5 (je suis très à l'aise) (%)

*Situation 1 : Aborder avec un patient ses différentes pratiques sexuelles (rapport anal/vaginal, fellation, rapport insertif/réceptif...)*

*Situation 2 : Déterminer si les comportements sexuels à risque d'un patient justifient l'utilisation de la PrEP*

*Situation 3 : Déterminer si les comportements de consommation de drogue(s) d'un patient justifient l'utilisation de la PrEP*

*Situation 4 : Discuter de l'efficacité de la PrEP avec un patient*

*Situation 5 : Déterminer si la PrEP est une bonne option pour un patient*

*Situation 6 : Discuter des effets secondaires potentiels des médicaments antirétroviraux utilisés pour la PrEP*

*Situation 7 : Déterminer si un patient a une contre-indication à utiliser la PrEP*

*Situation 8 : Suivre les patients sous PrEP pour surveiller les effets secondaires*

*Situation 9 : Suivre les patients sous PrEP en assurant le dépistage, le suivi et le traitement des IST*

Assurer le suivi, le dépistage et le traitement des IST constituait la situation dans laquelle les médecins étaient le plus à l'aise : 70 % ont évalué leur score à 4 ou à 5.

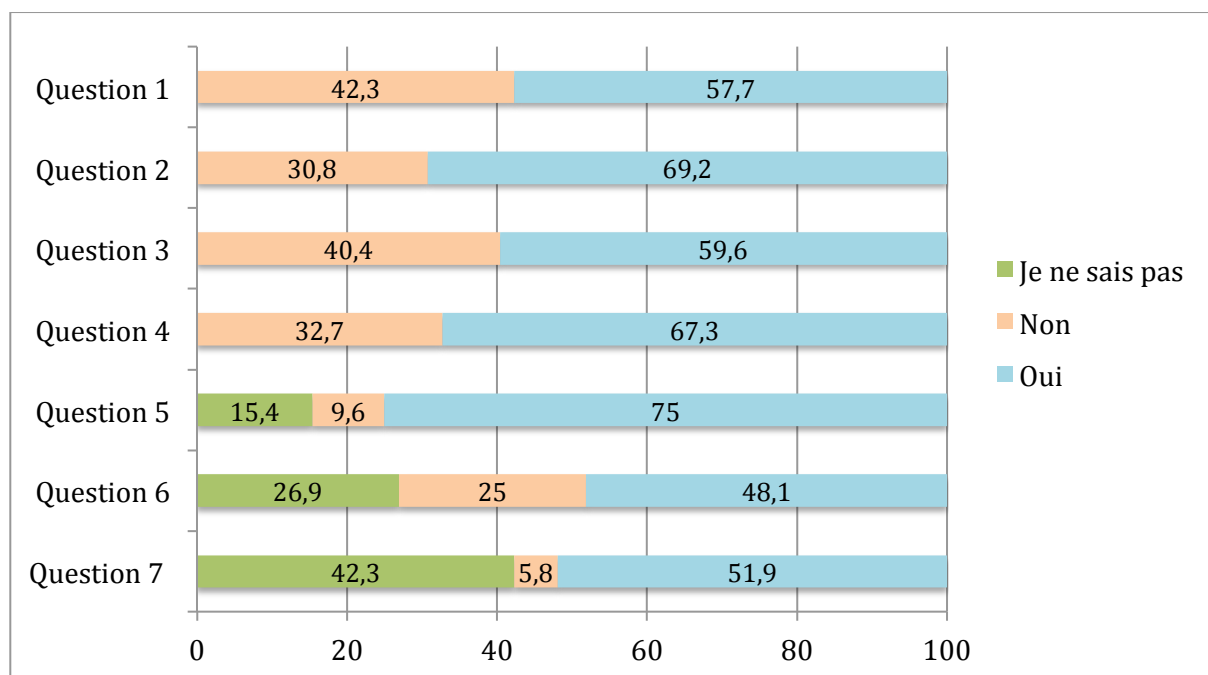
Discuter de l'efficacité de la PrEP ou encore aborder avec un patient ses différentes pratiques sexuelles ne semblait pas poser de difficultés non plus pour une majorité des médecins.

En revanche, la plupart des MG n'étaient pas à l'aise dans toutes les autres questions relatives au traitement lui-même.

## 5) Évolution des pratiques des médecins généralistes

### 5.1 Analyses générales

#### 5.1.1 Questions générales



**Figure 8.** Réponse des médecins généralistes à différentes questions (%)

*Question 1 : Avez-vous, depuis le début du suivi en alternance de votre premier patient sous PrEP, envoyé d'autres patients en consultation PrEP avec un spécialiste ?*

*Question 2 : Diriez-vous que vous adressez plus facilement certains patients en consultation PrEP afin de l'initier ?*

*Question 3 : Diriez-vous que vous abordez plus facilement la santé sexuelle avec vos patients ?*

*Question 4 : Pensez-vous que suivre ces patients a entraîné une évolution de votre pratique ?*

*Question 5 : Pensez-vous que la PrEP soit une bonne méthode de prévention du VIH ?*

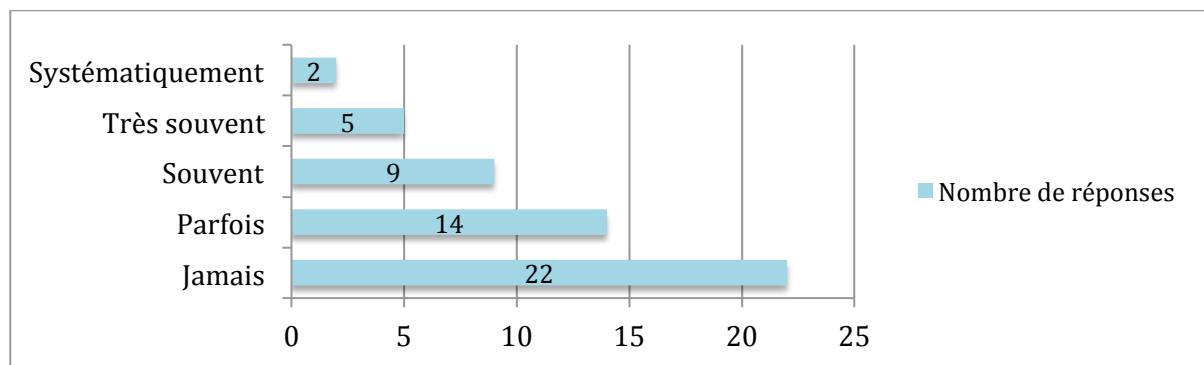
*Question 6 : Pensez-vous que la PrEP augmente la fréquence des autres IST ?*

*Question 7 : Pensez-vous que parmi vos patients, d'autres seraient candidats à la PrEP ?*

Trente médecins (57,7 %) ont déclaré avoir, depuis le début du suivi en alternance de leur premier patient sous PrEP, adressé d'autres patients en consultation PrEP avec un spécialiste. Ils étaient 69,2 % à adresser plus facilement les patients en consultations PrEP pour l'initiation de cette prise en charge.

Près de 2/3 des médecins (59,6 %) abordaient plus facilement la santé sexuelle avec leur patient depuis qu'ils avaient débuté le suivi PrEP de leur premier patient.

En revanche, la majorité de médecins (42,3 %) ne renseignait pas l'orientation sexuelle des patients dans leur dossier médical.



**Figure 9.** Renseignement dans le dossier médical de l'orientation sexuelle des patients (N = 52)

Les médecins interrogés étaient 67,3 % à estimer que suivre au moins un PrEPeur avait entraîné une évolution de leur pratique, et 75 % qu'il s'agissait d'une bonne méthode de prévention du VIH. Mais 48,1 % pensaient aussi que la PrEP augmentait la fréquence des autres IST.

Enfin, 51,9 % des médecins estimaient que parmi leurs patients d'autres seraient candidats à la PrEP, alors que 5,8 % pensaient que non et 42,3 % ne savaient pas.

### **5.1.2 Question ouverte**

Nous avons analysé les raisons formulées par les médecins pour expliquer que certains de leurs patients n'aient pas encore bénéficié de la PrEP. Nous les avons regroupées en plusieurs thématiques :

- La méconnaissance de la PrEP par les patients et le grand public en général (pour 14 médecins)

- Le manque de connaissance/formation des MG (pour 5 médecins)
- La difficulté d'aborder la santé sexuelle en consultation, pour le patient comme pour le médecin (pour 8 médecins)
- Les réticences que peuvent avoir les patients notamment : les contraintes liées à la prise médicamenteuse, la peur de la stigmatisation ; ou le fait de ne pas se sentir concerné (pour 14 médecins)
- Le manque de temps en consultation (pour 5 médecins).

La difficulté pour les patients de se rendre aux horaires des consultations à l'hôpital a également été évoquée par un médecin.

Enfin un MG ajoute : *« Il est vrai que j'ai d'abord laissé mes patients m'en parler avant de les orienter. J'ai conscience que la PrEP est une méthode efficace pour diminuer le nombre de primo infection VIH. Néanmoins ça me pose quand même un problème de rembourser ces médicaments, très chers, dans le seul but de satisfaire les pratiques sexuelles de ces patients à risque... D'où peut être ma réticence à les orienter moi-même... ».*

## 5.2 Analyses en sous-groupes

Variables	Modalités	Pas d'évolution des pratiques	Évolution des pratiques	p
		n (%) N = 17	n (%) N = 35	
<b>Âge du médecin</b>	30-35 ans	3 (17,6)	7 (20)	0,34
	36-45 ans	2 (11,8)	5 (14,3)	
	46-55 ans	8 (47,1)	10 (28,6)	
	56-65 ans	3 (17,6)	13 (37,1)	
	> 65 ans	1 (5,9)	0 (0)	
<b>Sexe du médecin</b>	Femme	7 (41,2)	10 (28,6)	0,53
	Homme	10 (58,8)	25 (71,4)	
<b>Nombre de patients suivis</b>	1 patient	6 (35,3)	16 (45,7)	0,43
	2-5 patients	9 (52,9)	14 (40)	
	6-10 patients	0 (0)	3 (8,6)	
	11-20 patients	1 (5,9)	2 (5,7)	
	> 20 patients	1 (5,9)	0 (0)	
<b>Début du suivi</b>	< 3 mois	3 (17,6)	5 (14,3)	0,43
	3-6 mois	0 (0)	6 (17,1)	
	6 mois-1 an	4 (23,5)	7 (20)	
	1-1,5 ans	5 (29,4)	11 (31,4)	
	> 1,5 ans	5 (29,4)	6 (17,1)	
<b>Recherches faites</b>	Oui	8 (47,1)	23 (65,7)	0,24
	Non	9 (52,9)	12 (34,3)	
<b>Désir de formation</b>	Oui	7 (41,2)	30 (85,7)	<b>0,002</b>
	Non	10 (58,8)	5 (14,3)	
<b>Evolution des connaissances</b>	Oui	13 (76,5)	30 (85,7)	0,45
	Non	4 (23,5)	5 (14,3)	
<b>Niveau de connaissance auto-estimé</b>	Mauvais	2 (11,8)	1 (2,9)	0,31
	Moyen	7 (41,2)	14 (40)	
	Correct	5 (29,4)	17 (48,6)	
	Bon	1 (5,9)	2 (5,7)	
	Excellent	22 (11,8)	1 (2,9)	
<b>Envoie d'autres patients en consultation</b>	Oui	8 (47,1)	22 (62,9)	0,37
	Non	9 (52,9)	13 (37,1)	
<b>Adressage plus facile</b>	Oui	7 (41,2)	29 (82,9)	<b>0,004</b>
	Non	10 (58,8)	6 (17,1)	
<b>Abord santé sexuelle</b>	Oui	8 (47,1)	23 (65,7)	0,24
	Non	9 (52,9)	12 (34,3)	

**Tableau 6.** Liens entre l'évolution des pratiques ressentie et les caractéristiques des MG (N = 52)

Les médecins considérant que leur pratique a évolué sont ceux :

- Dont le désir de formation sur la PrEP est le plus important ;
- Qui adressent aujourd'hui plus facilement leurs patients en consultation PrEP avec un spécialiste afin de l'initier.

## **6) Qui sont les médecins prêts à initier la PrEP ?**

### **6.1 Analyses générales**

Seuls 12 des 52 (23 %) médecins ont répondu qu'ils seraient prêts à initier la PrEP et à assurer un suivi complet des patients. Parmi les autres médecins, 40 % seraient prêts à initier la PrEP tout en pensant qu'un suivi alterné avec un spécialiste reste nécessaire ; alors que 37 % ne seraient pas prêts à initier la PrEP.

## 6.2 Analyses en sous-groupes

Variables	Modalités	Initiation: non n (%) (N = 19)	Initiation: oui suivi alterné n (%) (N = 21)	Initiation: oui, suivi complet n (%) (N = 12)	p
<b>Âge du médecin</b>	30-35 ans	3 (15,8)	5 (23,8)	2 (16,7)	0,98
	36-45 ans	3 (15,8)	2 (9,5)	2 (16,7)	
	46-55 ans	7 (36,8)	6 (28,6)	5 (41,7)	
	56-65 ans	6 (31,6)	7 (33,3)	3 (25)	
	> 65 ans	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)	
<b>Sexe du médecin</b>	Femme	8 (42,1)	7 (33,3)	2 (16,7)	0,36
	Homme	11 (57,9)	14 (66,7)	10 (83,3)	
<b>Distance HSA</b>	< 5 km	10 (52,7)	17 (80,9)	8 (66,7)	0,092
	5-10 km	6 (31,6)	1 (4,8)	4 (33,3)	
	11-20 km	2 (10,5)	3 (14,3)	0 (0)	
	21-50 km	1 (5,3)	0 (0)	0 (0)	
	> 50 km	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Début du suivi</b>	< 3 mois	5 (26,3)	2 (9,5)	1 (8,3)	0,79
	3 - 6 mois	1 (5,3)	4 (19,1)	1 (8,3)	
	6 mois - 1 an	4 (21,1)	5 (23,8)	2 (16,7)	
	1 - 1,5 ans	6 (31,6)	5 (23,8)	5 (41,7)	
	> 1,5 ans	3 (15,8)	5 (23,8)	3 (25)	
<b>Nombre de patients suivis</b>	1 patient	12 (63,2)	8 (38,1)	2 (16,7)	0,038
	2-5 patients	7 (36,8)	11 (52,4)	5 (41,7)	
	6-10 patients	0 (0)	1 (4,8)	2 (16,7)	
	11-20 patients	0 (0)	1 (4,8)	2 (16,7)	
	> 20 patients	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	
<b>Niveau de connaissance auto-estimé</b>	Mauvais	3 (15,8)	0 (0)	0 (0)	0,003
	Moyen	8 (42,1)	12 (57,1)	1 (8,3)	
	Correct	7 (36,8)	9 (42,9)	6 (50)	
	Bon	0 (0)	0 (0)	3 (25)	
	Excellent	1 (5,3)	0 (0)	2 (16,7)	
<b>Désir de formation</b>	Oui	11 (57,9)	18 (85,7)	8 (66,7)	0,14
	Non	8 (42,1)	3 (14,3)	4 (33,3)	

**Tableau 7.** Liens entre le souhait d'initiation de la PrEP et les caractéristiques des MG (N = 52)



Variables	Modalités	Initiation: non n (%) (N = 19)	Initiation: oui suivi alterné n (%) (N = 21)	Initiation: oui, suivi complet n (%) (N = 12)	p
<b>Question 1</b>	Oui	10 (52,6)	14 (66,7)	7 (58,3)	0,67
	Non	9 (47,4)	7 (33,3)	5 (41,7)	
<b>Question 2</b>	Oui	7 (36,8)	12 (57,1)	11 (91,7)	<b>0,007</b>
	Non	12 (63,2)	9 (42,9)	1 (8,3)	
<b>Question 3</b>	Oui	7 (36,8)	18 (85,7)	11 (91,7)	<b>&lt; 0,001</b>
	Non	12 (63,2)	3 (14,3)	1 (8,3)	
<b>Question 4</b>	Oui	7 (36,8)	16 (76,2)	8 (66,7)	<b>0,042</b>
	Non	12 (63,2)	5 (23,8)	4 (33,3)	
<b>Question 5</b>	Oui	10 (52,7)	17 (81)	8 (66,7)	0,17
	Non	9 (47,4)	4 (19)	4 (33,3)	
<b>Question 6</b>	Oui	10 (52,7)	18 (85,7)	11 (91,7)	0,063
	Non	3 (15,8)	1 (4,8)	1 (8,3)	
	Je ne sais pas	6 (31,6)	2 (9,5)	0 (0)	
<b>Question 7</b>	Oui	8 (42,1)	10 (47,6)	7 (58,3)	0,55
	Non	5 (26,3)	4 (19)	4 (33,3)	
	Je ne sais pas	6 (31,6)	7 (33,3)	1 (8,3)	
<b>Question 8</b>	Oui	7 (36,8)	10 (47,6)	10 (83,3)	<b>0,026</b>
	Non	0 (0)	3 (14,3)	0 (0)	
	Je ne sais pas	12 (63,2)	8 (38,1)	2 (16,7)	
<b>Evolution des connaissances</b>	Oui	16 (84,2)	17 (81)	10 (83,3)	1
	Non	3 (15,8)	4 (19)	2 (16,7)	

**Tableau 7.** Liens entre le souhait d'initiation de la PrEP et les caractéristiques des MG (N = 52)

*Question 1 : Dans le cadre du suivi de votre premier patient, avez-vous fait des recherches pour vous former à la PrEP ?*

*Question 2 : Avez-vous, depuis le début du suivi en alternance de votre premier patient sous PrEP, envoyé d'autres patients en consultation PrEP avec un spécialiste ?*

*Question 3 : Diriez-vous que vous adressez plus facilement certains patients en consultation PrEP afin de l'initier ?*

*Question 4 : Diriez-vous que vous abordez plus facilement la santé sexuelle avec vos patients ?*

*Question 5 : Pensez-vous que suivre ces patients a entraîné une évolution de votre pratique ?*

*Question 6 : Pensez-vous que la PrEP soit une bonne méthode de prévention du VIH ?*

*Question 7 : Pensez-vous que la PrEP augmente la fréquence des autres IST ?*

*Question 8 : Pensez-vous que parmi vos patients, d'autres seraient candidats à la PrEP ?*

Les médecins prêts à initier la PrEP étaient ceux :

- Suivant le plus grand nombre de patients,

- Estimant leur niveau de connaissance parmi les plus élevés,
- Ayant envoyé d'autres patients en consultation PrEP avec un spécialiste afin de l'initier,
- Adressant plus facilement les patients en consultation PrEP,
- Abordant plus facilement la santé sexuelle avec leurs patients,
- Pensant avoir d'autres patients candidats à la PrEP.

Variables	Modalités	Initiation: non n (%) (N = 19)	Initiation: oui suivi alterné n (%) (N = 21)	Initiation: oui, suivi complet n (%) (N = 12)	p
<i>Situation 1</i>	1	3 (15,8)	1 (4,8)	0 (0)	0,33
	2	3 (15,8)	2 (9,5)	1 (8,3)	
	3	6 (31,6)	5 (23,8)	2 (16,7)	
	4	4 (21,1)	8 (38,1)	2 (16,7)	
	5	3 (15,8)	5 (23,8)	7 (58,3)	
<i>Situation 2</i>	1	5 (26,3)	3 (14,3)	0 (0)	0,16
	2	5 (26,3)	2 (9,5)	1 (8,3)	
	3	3 (15,8)	6 (28,6)	2 (16,7)	
	4	2 (10,5)	6 (28,6)	2 (16,7)	
	5	4 (21,1)	4 (19,1)	7 (58,3)	
<i>Situation 3</i>	1	6 (31,6)	5 (23,8)	0 (0)	0,25
	2	2 (10,5)	5 (23,8)	1 (8,3)	
	3	4 (21,1)	4 (19,1)	2 (16,7)	
	4	5 (26,3)	5 (23,8)	4 (33,3)	
	5	2 (10,5)	2 (9,5)	5 (41,7)	
<i>Situation 4</i>	1	7 (36,8)	1 (4,8)	0 (0)	0,017
	2	4 (21,1)	2 (9,5)	0 (0)	
	3	1 (5,3)	5 (23,8)	2 (16,7)	
	4	4 (21,1)	9 (42,9)	4 (33,3)	
	5	3 (15,8)	4 (19,1)	6 (50)	
<i>Situation 5</i>	1	6 (31,6)	0 (0)	0 (0)	0,011
	2	5 (26,3)	6 (28,6)	1 (8,3)	
	3	2 (10,5)	8 (38,1)	2 (16,7)	
	4	4 (21,1)	4 (19,1)	3 (25)	
	5	2 (10,5)	3 (14,3)	6 (50)	

**Tableau 8.** Liens entre le souhait d'initiation et le niveau de confort dans certaines situations en lien avec la PrEP (N = 52)

Variables	Modalités	Initiation: non n (%) (N = 19)	Initiation: oui suivi alterné n (%) (N = 21)	Initiation: oui, suivi complet n (%) (N = 12)	p
<b>Situation 6</b>	1	9 (47,4)	2 (9,5)	1 (8,3)	<b>0,022</b>
	2	2 (10,5)	7 (33,3)	1 (8,3)	
	3	5 (26,3)	5 (23,8)	2 (16,7)	
	4	1 (5,3)	5 (23,8)	6 (50)	
	5	2 (10,5)	2 (9,5)	2 (16,7)	
<b>Situation 7</b>	1	9 (47,4)	2 (9,5)	1 (8,3)	<b>0,012</b>
	2	6 (31,6)	6 (28,6)	3 (25)	
	3	2 (10,5)	7 (33,3)	1 (8,3)	
	4	0 (0)	4 (19,1)	5 (41,7)	
	5	2 (10,5)	2 (9,5)	2 (16,7)	
<b>Situation 8</b>	1	7 (36,8)	2 (9,5)	1 (8,3)	<b>0,005</b>
	2	5 (26,3)	2 (9,5)	0 (0)	
	3	4 (21,1)	10 (47,6)	1 (8,3)	
	4	2 (10,5)	5 (23,8)	6 (50)	
	5	1 (5,3)	2 (9,5)	4 (33,3)	
<b>Situation 9</b>	1	3 (15,8)	0 (0)	0 (0)	<b>0,048</b>
	2	4 (21,1)	1 (4,8)	0 (0)	
	3	3 (15,8)	4 (19,1)	0 (0)	
	4	4 (21,1)	8 (38,1)	3 (25)	
	5	5 (26,3)	8 (38,1)	9 (75)	

**Tableau 8.** Liens entre le souhait d'initiation et le niveau de confort dans certaines situations en lien avec la PrEP (N = 52)

*Situation 1 : Aborder avec un patient ses différentes pratiques sexuelles (rapport anal/vaginal, fellation, rapport insertif/réceptif...)*

*Situation 2 : Déterminer si les comportements sexuels à risque d'un patient justifient l'utilisation de la PrEP*

*Situation 3 : Déterminer si les comportements de consommation de drogue(s) d'un patient justifient l'utilisation de la PrEP*

*Situation 4 : Discuter de l'efficacité de la PrEP avec un patient*

*Situation 5 : Déterminer si la PrEP est une bonne option pour un patient*

*Situation 6 : Discuter des effets secondaires potentiels des médicaments antirétroviraux utilisés pour la PrEP*

*Situation 7 : Déterminer si un patient a une contre-indication à utiliser la PrEP*

*Situation 8 : Suivre les patients sous PrEP pour surveiller les effets secondaires*

*Situation 9 : Suivre les patients sous PrEP en assurant le dépistage, le suivi et le traitement des IST*

Enfin nous avons cherché à déterminer s'il existait une relation entre les différentes situations évoquées en lien avec la PrEP et le fait d'être prêt à l'initier.

Hormis pour les situations 1 à 3 où il n'existait aucune différence significative entre les médecins ; pour les situations 4 à 9 il s'avère que les médecins prêts à initier la PrEP sont ceux se sentant le plus à l'aise.

## **7) Analyse des réponses à la question ouverte sur la PrEP**

Nous avons analysé les commentaires en texte libre des médecins au sujet de la PrEP et les avons regroupés en plusieurs thématiques.

Tout d'abord les freins et réticences qui se dégagent :

- Le manque de formation, d'information et de connaissances des MG (pour 12 médecins)
- Le manque de temps en consultation (pour 5 médecins)
- Le coût (pour 2 médecins)
- La résurgence des autres maladies sexuellement transmissibles (MST) (pour 8 médecins)

Il ressort également qu'une partie des médecins est désireuse d'en savoir plus et de se former. Il s'agit pour 8 d'entre eux d'une très bonne méthode de prévention.

D'autres remarques nous semblaient intéressantes :

- *« Le dilemme d'un certain consumérisme, d'un communautarisme et d'une prestation de service en santé peut parfois se faire ressentir. Le retour de patients quant au jugement intra et extra communautaire est encore considérable. »*
- *« Le suivi devrait être fait en collaboration avec les infirmières qui feraient le traitement injectable des IST. »*
- *« Merveilleux mais le traitement va inévitablement aboutir à des résistances. »*
- *« Il me semble que la PrEP est une réponse mais qu'elle gagnerait à être couplée à une prise en charge psychothérapique ».*

Enfin, un médecin a déclaré *« ne pas être en phase avec cette prise en charge médicale ».*

## **IV. DISCUSSION**

### **1) Comparaison des principaux résultats avec la littérature**

#### **1.1 Comparaison de la population d'étude**

##### **1.1.1 Données sociodémographiques**

Dans notre étude, la moyenne d'âge des médecins était de 50 ans, ce qui est superposable à la moyenne d'âge des médecins en activité régulière selon l'atlas de démographie médicale en France 2018, édité par le Conseil national de l'ordre des médecins (10) ; mais légèrement inférieur à la moyenne d'âge des médecins inscrits à l'ordre qui est de 57 ans.

En revanche, notre population comprenait proportionnellement plus d'hommes (66 vs 53 % parmi les médecins en activité régulière ; et 57 % parmi les médecins inscrits à l'ordre en 2018).

##### **1.1.2 Suivi PrEP des patients**

Parmi les 97 médecins ayant répondu au questionnaire, 46,4 % ne renouvelaient pas la PrEP.

Une part importante de ces médecins était à une distance éloignée de l'HSA. Nous pouvons supposer qu'il s'agit pour certains, de médecins déclarés médecin traitant dans l'enfance des patients qui ont depuis déménagé sans forcément choisir de nouveau médecin traitant. Cependant, ce chiffre peut également témoigner d'un manque de sensibilisation des médecins à la PrEP, voir d'un manque d'intérêt.

Néanmoins, plusieurs médecins ont signalé qu'ils accepteraient de renouveler la PrEP, mais ils n'avaient pas encore eu l'occasion de recevoir ces patients en consultations.

Le taux de renouvellement de la PrEP dans notre étude (53,6 %) reste supérieur à celui retrouvé dans plusieurs études réalisées aux États-Unis où il était respectivement de 17 %, 34,9 % et 35 % à avoir prescrit la PrEP (9,11).

Concernant le fait de suivre ou non un patient sous PrEP, il n'y avait pas, dans notre étude, de différence significative entre les médecins ayant une formation complémentaire dans le domaine de l'infectiologie, du VIH ou de la sexualité (peu nombreux) et ceux n'en ayant pas. Toutefois, Henny et al. ont montré que les médecins avec une formation liée au VIH étaient plus susceptibles de connaître la PrEP et de l'avoir déjà prescrite (12).

## **1.2 Comparaison des résultats**

*Avant de comparer nos résultats, il semble important de noter que faire un parallèle avec les études étrangères n'est pas toujours évident, la construction du système de soin étant propre à chaque pays.*

*Par exemple dans les études américaines sont souvent mentionnés les primary care physicians (PCP). Or les PCP ne sont pas uniquement l'équivalent des MG français mais comprennent plusieurs spécialités : internistes généralistes, médecins de famille, infirmières praticiennes, assistants médicaux...*

### **1.2.1 Connaissance de la PrEP par les médecins généralistes**

#### ***Combien connaissent la PrEP ?***

Avant de suivre leur premier patient sous PrEP, 67,3 % des médecins de notre étude avaient déjà connaissance de l'existence de la PrEP.

Ce résultat est inférieur à celui des médecins américains qui étaient 75-76 % à la connaître (9,13), mais supérieur aux australiens où seulement un tiers des médecins généralistes d'une étude réalisée dans la région de Mackay en avaient entendu parler (14). Ceci peut s'expliquer par l'histoire de la PrEP, d'abord approuvée aux États-Unis.

En comparaison à deux thèses réalisées en France, dans une étude réalisée au niveau national, 86,5 % des médecins en avaient déjà entendu parler (15). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la majorité des médecins répondant était située en Île-de-France, région à forte prévalence de patients VIH. En revanche, notre résultat est similaire à une thèse réalisée en Seine-Saint-Denis, dans laquelle les médecins généralistes étaient moins informés du fait qu'ils pouvaient renouveler la PrEP (19 vs 54,3 %) (6).

### ***Comment en ont-ils entendu parler ?***

La plupart des médecins de notre étude l'ont connue par leurs patients (40,4 %), ou par un médecin spécialiste de la PrEP (17,3 %). Ces résultats diffèrent par rapport à ceux de deux thèses réalisées en France où la première source de connaissance était les médias (6,7). Cette divergence se justifie par le fait que les médecins de notre étude suivaient tous au moins un patient pour la PrEP, ce qui n'était pas forcément le cas des médecins interrogés dans les deux thèses parisiennes.

### ***Quel est le désir de formation ?***

Le souhait de formation était plus marqué chez les médecins de notre étude (71,2 %) que chez les médecins américains (65 %). Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la PrEP a été approuvée plus tardivement en France, ce qui peut supposer que les américains ont « une longueur d'avance » au niveau des connaissances. D'autre part, l'étude réalisée par Bacon et al. intéressait à la fois des médecins spécialistes et non spécialistes du VIH (16). Concernant le type de formation désirée, nos résultats concordaient avec ceux de Bacon et al. : les médecins exprimaient un intérêt pour une combinaison de méthodes comprenant à la fois des formations en direct lors de soirées, mais également des formations en ligne ou encore l'envoi de documents par mail.

En revanche, le désir de formation était similaire à celui retrouvé dans l'étude parisienne (73 %) (15).

Il aurait pu être intéressant de faire spécifier aux médecins sur quoi portait leur besoin de formation. Nous aurions ainsi pu le comparer avec le niveau de confort ressenti dans les situations en lien avec la PrEP citées dans notre questionnaire, afin de voir si cela concordait.

### ***Comment les médecins évaluent leurs connaissances ?***

Peu de médecins dans notre étude estimaient avoir un excellent ou un bon niveau de connaissance. Cependant, ils estimaient ce niveau meilleur que les médecins du territoire français dans l'étude réalisée en 2018 sur l'analyse des freins à la prescription et au suivi de la PrEP en médecine générale (7). Ceci peut s'expliquer par le fait que notre enquête ne s'intéressait qu'à des médecins ayant déjà renouvelé la PrEP au moins une fois.

En revanche, dans l'étude de Blackstock et al., les médecins adoptant la PrEP avaient un bien meilleur niveau de connaissance auto-estimée (excellent : 15,1 vs 5,8 % ; bon : 33,7 vs 5,8 %) (11).

Il faut toutefois noter que bien que les connaissances auto-déclarées soient utiles pour évaluer la confiance et le confort dans la prescription de la PrEP, elles peuvent ne pas se traduire par des connaissances réelles sur la PrEP et ses effets secondaires.

Nous aurions pu penser qu'un médecin suivant des patients depuis plus longtemps et ayant fait des recherches pour se former à la PrEP aurait estimé son niveau de connaissance comme meilleur, mais nos résultats n'ont retrouvé aucune différence significative.

### **1.2.2 Niveau de confort des médecins dans certaines situations en lien avec la PrEP**

Assurer le suivi, le dépistage et le traitement des IST constituait la situation dans laquelle les médecins se sentaient le plus à l'aise puisque plus de 70 % ont évalué leur score à 4 ou 5.

Discuter de l'efficacité de la PrEP ou encore aborder avec un patient ses différentes pratiques sexuelles ne semblait pas poser trop de difficultés.

En revanche, la plupart des MG n'étaient pas à l'aise dans toutes les autres situations en lien avec la PrEP.

Ces résultats concordent avec l'étude réalisée à San Francisco dans laquelle les besoins de formation des médecins étaient centrés sur les problèmes cliniques: toxicités et effets secondaires, potentiel de résistance aux médicaments et observance (16).

### **1.2.3 Évolution des pratiques des médecins**

Nous avons pu constater une évolution des pratiques chez la plupart des médecins de notre étude, ce qui était le résultat attendu.

Bien que cette évolution soit plus souvent mentionnée chez les médecins ayant fait des recherches pour se former à la PrEP (65,7, vs 47,1 % chez ceux n'en ayant pas fait), ou



chez ceux dont les connaissances avaient évolué (85,7 vs 76,5 %), aucune de ces associations n'était statistiquement significative.

Il aurait été intéressant de demander aux médecins si la prise en charge des PrEPeurs les avait ensuite amenés spontanément à aborder la PrEP avec d'autres patients.

### ***Mention de l'orientation sexuelle du patient dans le dossier médical***

Dans notre étude, 42,3 % des médecins indiquaient ne pas mentionner l'orientation sexuelle de leur patient dans leur dossier médical. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'en avaient pas connaissance. Il aurait été intéressant de formuler la question différemment « *Demandez-vous l'orientation sexuelle de vos patients ? Et si oui, la renseignez-vous dans leur dossier médical ?* »

Dans une étude réalisée aux États-Unis, la divulgation de l'orientation sexuelle à un médecin était associée à une sensibilisation à la PrEP et sa non-divulgation était donc un obstacle à la PrEP (16). D'ailleurs, dans une étude réalisée au Kansas cherchant à évaluer les attitudes et barrières perçues par les médecins de famille à l'égard de la prescription de la PrEP, seuls 35 % des médecins interrogeaient régulièrement les patients sur leurs pratiques sexuelles (17).

Étant donné que de nombreux médecins ne posent pas systématiquement à leur patient la question de leur orientation sexuelle, les conversations sur la pertinence de la PrEP peuvent être difficiles à entreprendre (18).

### ***Autres patients susceptibles de bénéficier de la PrEP ?***

Un peu plus de la moitié des médecins (51,9 %) a déclaré avoir d'autres patients qui pourraient être candidats à la PrEP, 5,8 % pensaient ne pas en avoir et 42,3 % ne savaient pas.

Ces résultats diffèrent par rapport à ceux des Docteurs Chiarabini et Foka-Tichoué où ils étaient respectivement 39 % et 64 % à penser avoir des candidats à la PrEP parmi leurs patients ; 21 % et 14 % à penser ne pas en avoir ; et 40 % et 23 % à ne pas savoir (6,7). Cette différence avec l'étude réalisée sur le territoire français (7) peut s'expliquer par le fait que les médecins de notre étude étaient tous sensibilisés à la PrEP.

### ***Pourquoi n'en ont-ils pas encore bénéficié ?***

La méconnaissance de la PrEP par les patients était le premier motif évoqué par les médecins, tout comme les réticences que peuvent avoir les patients notamment les contraintes liées à la prise médicamenteuse et la peur de la stigmatisation. Le manque de connaissance des généralistes était également mentionné. Ces motifs sont sensiblement les mêmes que ceux retrouvés dans plusieurs études étrangères (19).

Une autre raison fréquemment évoquée était la difficulté d'aborder la santé sexuelle en consultation. Ceci est étonnant puisque la situation « aborder avec un patient ses différentes pratiques sexuelles » faisait partie de celles dans lesquelles les médecins de notre étude se sentaient le plus à l'aise.

#### **1.2.4 Qui sont les médecins prêts à initier la PrEP ?**

Dans notre étude, seuls 23 % des médecins étaient prêts à initier la PrEP et assurer un suivi complet, ce qui peut sembler peu. En effet, nous aurions pu supposer que le suivi de patients aurait encouragé les médecins à engager de nouveaux suivis. Notons tout de même que 40 % souhaitaient pouvoir initier la PrEP tout en maintenant un suivi alterné avec un spécialiste. Cette proportion est plus faible que les 60 % retrouvés dans l'étude de Blumenthal et al. (20), ou les 75 % des praticiens s'ils étaient correctement formés dans l'étude de Petroll et al. (13).

En revanche, nos résultats concordent avec une étude réalisée en Allemagne où la plupart des médecins de soin primaire préféraient orienter les patients pour la PrEP vers un spécialiste du VIH ou opter pour un système de soins partagés (21).

En outre, nous avons pu constater que les médecins prêts à initier la PrEP étaient ceux qui estimaient leur niveau de connaissance comme plus élevé ( $p = 0,003$ ), ce qui correspond au résultat retrouvé dans différentes études : la volonté de prescrire la PrEP était associée au niveau de connaissance sur la PrEP (9,20,22).

De plus, la volonté de prescrire était associée à l'expérience de la prise en charge des patients infectés par le VIH (16). Il aurait été pertinent de demander aux médecins de notre étude s'ils avaient, dans leur patientèle, des patients VIH pour lesquels ils assureraient le renouvellement des traitements antirétroviraux.

Enfin, en analysant la volonté de prescrire en fonction des « compétences comportementales » énoncées dans les 9 situations de notre questionnaire, la plupart du temps il existait une différence significative entre les médecins, ceux souhaitant initier la PrEP étant ceux se sentant le plus à l'aise dans les situations proposées.

Ce résultat correspond à celui d'une étude réalisée dans 10 villes aux États-Unis, où à la fois l'information et la motivation étaient positivement associées aux compétences comportementales, et ces compétences comportementales à la prescription de la PrEP (9).

Pour terminer, nous aurions pu supposer que les médecins prêts à initier la PrEP seraient ceux :

- Dont le début du suivi avec les patients était le plus ancien ;
- Dont le désir de formation était le plus important ;
- Ayant fait des recherches pour se former à la PrEP ;
- Pensant que leur pratique avait évolué ;
- Pensant que la PrEP était une bonne méthode de prévention du VIH ;
- Pensant que leurs connaissances avaient évolué.

Pourtant, aucune de ces associations n'était statistiquement significative.

### **1.2.5 Question ouverte sur la PrEP**

#### ***Les freins au suivi de la PrEP en médecine générale***

Une revue systématique de la littérature menée en février 2019 par Pleuhs et al. a étudié les obstacles aux pratiques de prescription de la PrEP aux États-Unis. Six thèmes ont été identifiés (23):

- Un manque de connaissances de la PrEP;
- Le paradoxe de la compétence ;
- Les préoccupations concernant les coûts de la PrEP ;
- Les préoccupations concernant les conséquences comportementales et sanitaires (notamment la compensation du risque, c'est-à-dire un comportement à risque accru en raison d'une diminution perçue de la sensibilité au VIH) ;
- La stigmatisation interpersonnelle et la difficulté à discuter de l'activité sexuelle des patients ;

- Les préoccupations concernant l'observance du patient.

Ces thèmes ont tous été évoqués par les médecins de notre étude.

#### Le manque de connaissances

Que ce soit dans les études françaises ou étrangères, toutes ont identifié le manque de connaissances des médecins généralistes comme l'un des principaux obstacles à la fourniture de la PrEP en ville (4,6,7,13,17,23-25).

Pourtant, Petroll et al. ont démontré que près de 90 % des médecins, avec des connaissances et des compétences appropriées, engageraient des conversations sur la PrEP, 96 % dirigeraient les candidats à la PrEP vers des médecins spécialistes et plus des trois quarts prescriraient eux-même la PrEP (13).

Par conséquent, une augmentation de la formation médicale sur la PrEP, sous la forme de formation médicale continue (FMC) par exemple, pourrait augmenter considérablement sa prescription par les médecins généralistes. Une autre voie a été étudiée par Sharma et al. : la décentralisation de la PrEP reposait sur la diffusion des connaissances initiée par le patient, le principe étant que le patient intéressé par la PrEP puisse fournir à son médecin un lien vers un module de FMC (26).

#### Le paradoxe de la compétence

Le paradoxe de la compétence ou "*purview paradox*" a été défini par Krakower et al. : les spécialistes du VIH ne voient souvent pas de patients séronégatifs, tandis que les médecins de soins primaires, qui voient souvent des patients non infectés, ne sont pas formés pour dispenser la PrEP (25).

Dans notre étude, aucun médecin n'a mentionné cette idée. En revanche, dans deux thèses françaises sur la PrEP, le fait que le MG ne puisse pas être primo-prescripteur était cité comme un frein (6,7).

#### Les préoccupations concernant les coûts de la PrEP

Le coût était souvent mentionné comme un frein par les médecins (18,20,24,25). D'autres ont également évoqué l'absence d'une mutuelle santé pour certains patients comme un obstacle (6,7).

Cependant, plusieurs modèles ont démontré que sur le long terme, le coût engrangé par la PrEP était inférieur au coût de la prise en charge de ces mêmes patients s'ils étaient atteints du VIH (27-29).

#### Les préoccupations concernant les conséquences comportementales et sanitaires

Le 2<sup>e</sup> frein le plus évoqué dans notre étude concernait le risque de résurgence des autres MST. Celui-ci était relevé dans de nombreuses études (5-7,13,18,20,25). Les médecins faisaient part du danger de la désinhibition comportementale et de la compensation du risque, et craignaient l'abandon du préservatif.

S'il est vrai que cette augmentation des IST est bien réelle, il a été prouvé que la plupart des utilisateurs de PrEP n'effectuaient pas de compensation du risque (30-32).

D'une étude qualitative menée aux États-Unis parmi des prestataires de PrEP, la plupart spécialistes du VIH, trois thèmes ont émergé :

- Le rôle des médecins est d'aider les patients à prendre des décisions éclairées ;
- Les comportements à risque pendant la prise de PrEP ne compensent pas entièrement les avantages protecteurs de la PrEP ;
- La compensation des risques liés à la PrEP est indûment stigmatisée au sein et au-delà de la communauté des soins de santé.

Dans cette étude, plusieurs médecins ont également reconnu une évolution de leur pensée, de l'ambivalence initiale vers une plus grande acceptation de la PrEP et des changements de comportement liés à la PrEP (33).

Surmonter cet obstacle est donc essentiel pour soutenir l'accès à la PrEP et son adoption par les personnes à risque de contracter le VIH.

De plus, les personnes susceptibles d'utiliser la PrEP sont déjà à haut risque d'acquisition du VIH et des IST. Le suivi médical d'un patient sous PrEP nécessitant un dépistage régulier des IST, cela peut expliquer qu'une hausse soit observée. Ce sont des IST qui ne seraient pas diagnostiquées si les patients ne prenaient pas la PrEP.

Concernant les conséquences sanitaires, la crainte de l'acquisition d'une résistance aux antirétroviraux est revenue plusieurs fois (5,7,13,16,20,24,25).

Pourtant dans les études iPrEX et TDF2, la résistance aux antirétroviraux n'est survenue que chez des patients infectés de façon aiguë par le VIH mais qui étaient séronégatifs au moment de l'initiation de la PrEP (34).

#### La stigmatisation interpersonnelle et la difficulté à discuter de l'activité sexuelle des patients

De nombreux médecins ont évoqué les difficultés à aborder la santé sexuelle avec les patients. Et ne pas connaître l'orientation sexuelle de ces patients était une barrière à la prescription et au suivi de la PrEP (7).

#### Les préoccupations concernant l'observance du patient

Dans la littérature, les médecins, et surtout ceux qui n'avaient jamais prescrit la PrEP, ont abordé le problème de l'observance du patient (7,13,16,20,25). Ce frein n'est pas ressorti parmi les médecins de notre étude.

D'autres limites ont été signalées par les médecins de notre étude et retrouvées dans la littérature :

#### Les préoccupations concernant la toxicité et les effets secondaires des antirétroviraux

De nombreux médecins étaient préoccupés par les potentiels effets secondaires de la prise d'antirétroviraux (5-7,16,18,20,24,25). Pourtant la PrEP est généralement bien tolérée, et même si comme la plupart des médicaments elle peut occasionner des effets indésirables (nausées, diarrhées, maux de tête...), ces effets disparaissent généralement en quelques semaines. Les effets secondaires plus sérieux, liés à des problèmes rénaux ou osseux sont rares et réversibles à l'arrêt du traitement (2,35).

#### Le manque de temps en consultation

Le manque de temps en consultation n'était pas mentionné dans la revue de la littérature réalisée par Pleuhs et al., pourtant nombre de médecins de notre étude l'ont évoqué.

Ce problème était également cité par plusieurs médecins, en France (7), comme à l'étranger (5,13,25,36). En effet, pour qu'une consultation PrEP soit optimale, il faut pouvoir réaliser l'évaluation complète des comportements à risque des patients, donner

des conseils sur l'adhésion aux médicaments, le suivi etc. Ce qui en 15 ou 20 minutes de consultation semble compliqué, d'autant que bien souvent les patients ne viennent pas initialement pour ce motif.

Pour les médecins sensibilisés, créer des plages de consultation dédiées à la PrEP pourrait être intéressant.

Cependant, comme plusieurs praticiens de Boston l'ont fait remarquer, la PrEP est un développement digne d'intérêt mais avec un impact négligeable sur leur pratique (36).

En effet, ces médecins étaient rarement confrontés à la PrEP de manière concrète puisque peu de patients osaient en parler et qu'eux même n'abordaient pas le sujet. D'ailleurs, dans notre étude nous avons pu constater qu'une grosse majorité des médecins ne suivait qu'un ou deux patients.

### ***Les aspects positifs***

La PrEP semble avoir été plutôt bien accueillie par les médecins de notre étude. Ils étaient d'ailleurs 75 % à juger que la PrEP était une bonne méthode de prévention du VIH, et une grosse majorité était désireuse d'en savoir plus et de se former.

## **2) Perspectives**

Avec pour objectif futur une initiation possible de la PrEP par les MG, ceux-ci devront être amenés à identifier les personnes à haut risque de contracter le VIH, recueillir les préférences des patients concernant l'utilisation de la PrEP ; mais également fournir des conseils et une surveillance appropriée des patients afin d'optimiser l'observance et réduire notamment l'augmentation des comportements à risque.

Pourtant, les résultats de notre étude suggèrent que les médecins ne sont pas encore prêts.

Réaliser une enquête qualitative ciblant les médecins ayant déclaré ne pas souhaiter initier la PrEP afin d'étudier les perceptions qu'ils en ont, permettrait peut-être de mettre en évidence des points à améliorer.

Une autre idée intéressante aurait été de faire remplir le questionnaire à tous les médecins de notre étude, et de réaliser une étude comparative entre ceux renouvelant la PrEP et ceux ne la renouvelant pas.

Plusieurs études ont démontré l'importance de la qualité de la relation médecin-patient dans le domaine de la PrEP et du VIH (9,37). Puisque celle-ci joue un rôle central dans les expériences positives autour de la PrEP (37), améliorer les compétences de communication des médecins pour discuter de la santé sexuelle serait bénéfique. Un nombre insuffisant de patients éligibles bénéficient aujourd'hui de la PrEP : un médecin engagé et encourageant les discussions autour de la PrEP, sans jugement, pourrait en améliorer l'accès.

D'autre part, les données indiquent que les interventions éducatives ont le potentiel d'augmenter le nombre de médecins prescrivant la PrEP. Après des présentations individuelles sur la PrEP à des médecins de New York (spécialistes et généralistes), 13 % ont ensuite prescrit la PrEP pour la première fois dans les 5 à 8 semaines suivantes (5). Et Saberi et al. ont montré qu'une intervention d'optimisation de la PrEP auprès des médecins était susceptible d'améliorer leurs connaissances, la communication avec les patients, la surveillance et le suivi des patients mais aussi faciliter la prescription de la PrEP (38).

### **3) Discussion de la méthode : forces et limites de l'étude**

#### **3.1 Les forces**

La principale force de cette étude est, qu'à notre connaissance, il s'agit de la première et seule étude française à avoir ciblé spécifiquement les MG renouvelant la PrEP et donc normalement déjà sensibilisés au sujet.

De plus, nous avons obtenu un taux de réponse de plus de 70%, ce qui est largement supérieur au taux de réponse habituel des questionnaires en ligne qui est plutôt de l'ordre de 30 %.



## **3.2 Les limites**

### ***Le biais de sélection***

Nous avons choisi de limiter notre étude aux MG dont les patients sous PrEP avaient un suivi alterné avec l'HSA et avons ainsi ciblé une population d'un peu plus d'une centaine de médecins.

Or il existe en Nouvelle-Aquitaine plus de 20 lieux de référence pour la PrEP, dont 4 à Bordeaux.

Bien que nous ayons eu un taux de réponse élevé, celui-ci correspondait à 97 médecins dont seulement 52 renouvelants la PrEP.

Notre échantillon ne peut donc pas être représentatif de tous les médecins renouvelant la PrEP, ce qui limite la puissance de notre étude.

### ***Le biais de mémoire***

Nous avons pu constater qu'une part importante des médecins de notre étude ne suivait qu'un seul patient sous PrEP, ce qui équivaut, en l'absence d'événement intercurrent, à une consultation de renouvellement semestrielle.

La dernière consultation avec un PrEPeur pouvant remonter jusqu'à 6 mois au moment de l'envoi du questionnaire, un biais de mémorisation peut être important pour certaines réponses.

### ***Le biais de méthodologie***

Bien que nous ayons estimé notre taux de réponse comme bon, il aurait pu être supérieur.

En effet, nous aurions pu également proposer aux médecins l'envoi d'un courrier au cabinet avec une enveloppe retour, plutôt que de se contenter de l'envoi du questionnaire par mail. Cela aurait probablement permis d'augmenter le nombre de réponses. Cependant, cela aurait aussi certainement allongé notre période de recueil, que nous avons volontairement voulu courte, le sujet de la PrEP évoluant rapidement.

D'autre part, le choix de la période de recueil n'était pas optimal. En effet, celle-ci a englobé les fêtes de fin d'année et le pic hivernal de consultations, ce qui peut expliquer que certains médecins ayant communiqué leur adresse mail n'aient finalement pas pris le temps de répondre au questionnaire.

## **V. CONCLUSION**

Les MG jouent un rôle central dans la mise en œuvre de la PrEP étant donné leurs missions de promotion de la santé et de prévention, mais surtout leur relation longitudinale avec les patients.

Alors que la majorité des médecins de notre étude notait une évolution de leur pratique de la PrEP et était prête à l'initier, la plupart restait favorable à un suivi alterné avec un spécialiste infectiologue.

Elargir l'initiation de la PrEP aux MG reste un objectif essentiel afin que tous les patients éligibles puissent bénéficier de cette méthode de prévention dont l'efficacité a été prouvée à de multiples reprises.

Néanmoins des interventions supplémentaires semblent nécessaires pour améliorer les connaissances des médecins déjà sensibilisés, et modifier les perceptions négatives des médecins encore réticents.

## VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANSM-CNAM. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) [Internet]. Actualisation des données jusqu'au 30 Juin 2019 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prevention-du-VIH-Depuis-2016-plus-de-20-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-Point-d-Information>
2. HAS. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-05/bum\\_truvada\\_maj\\_avril2019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-05/bum_truvada_maj_avril2019.pdf)
3. Morlat P, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ARNS [Internet]. CNS (conseil national du Sida et des hépatites virales): 2018 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: [https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih\\_prevention-de-pistage.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-de-pistage.pdf)
4. Clement ME, Seidelman J, Wu J, Alexis K, McGee K, Okeke NL et al. An educational initiative in response to identified PrEP prescribing needs among PCPs in the Southern U.S. *AIDS Care*. 2018;30(5):650-5.
5. Silapaswan A, Krakower D, Mayer KH. Pre-Exposure Prophylaxis: A Narrative Review of Provider Behavior and Interventions to Increase PrEP Implementation in Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2017;32(2):192-8.
6. Foka Tichoue H. Etude des freins à l'appropriation Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers : Enquête auprès des médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis. [Thèse d'exercice]. Paris Est Creteil; 2018.
7. Chiarabini T. Analyse des freins à la prescription et au suivi de la « prophylaxie pré-exposition » au VIH par antiretroviraux (PREP) en médecine générale: étude quantitative d'un échantillon de médecins généralistes sur le territoire français. [Thèse d'exercice]. Paris Sud; 2019.
8. Krakower D, Ware N, Mitty JA, Maloney K, Mayer KH. HIV Providers' Perceived Barriers and Facilitators to Implementing Pre-exposure Prophylaxis in Care Settings: A Qualitative Study. *AIDS Behav*. 2014;18(9):1712-21.
9. Walsh JL, Petroll AE. Factors Related to Pre-exposure Prophylaxis Prescription by U.S. Primary Care Physicians. *Am J Prev Med*. 2017;52(6):165-72.
10. La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. 2019 [cité 2 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil->

11. Blackstock OJ, Moore BA, Berkenblit GV, Calabrese SK, Cunningham CO, Fiellin DA et al. A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* 2017;32(1):62-70.
12. Henny KD, Duke CC, Geter A, Gaul Z, Frazier C, Peterson J et al. HIV-Related Training and Correlates of Knowledge, HIV Screening and Prescribing of nPEP and PrEP Among Primary Care Providers in Southeast United States, 2017. *AIDS Behav.* 2019;23(11):2926-35.
13. Petroll AE, Walsh JL, Owczarzak JL, McAuliffe TL, Bogart LM, Kelly JA. PrEP awareness, familiarity, comfort, and prescribing experience among US primary care providers and HIV specialists. *AIDS Behav.* 2017;21(5):1256-67.
14. Lane W, Heal C, Banks J. HIV pre-exposure prophylaxis: Knowledge and attitudes among general practitioners. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(10):722-7.
15. Zeggagh J. Évaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes parisiens concernant la prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, à l'heure de la prophylaxie pré-exposition du VIH [Thèse d'exercice]. Paris Diderot; 2017.
16. Bacon O, Gonzalez R, Andrew E, Potter MB, Iñiguez JR, Cohen SE et al. Informing Strategies to Build PrEP Capacity among San Francisco Bay Area Clinicians. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;74(2):175-9.
17. Ojile N, Sweet D, Kallail KJ. A preliminary study of the attitudes and barriers of family physicians to prescribing HIV preexposure prophylaxis. *Kans J Med.* 2017;10(2):40-2.
18. Mayer KH, Hosek S, Cohen S, Liu A, Pickett J, Warren M et al. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis implementation in the United States: a work in progress. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(4 Suppl 3):19980.
19. Conniff J, Evensen A. Preexposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention: The Primary Care Perspective. *J Am Board Fam Med.* 2016;29(1):143-51.
20. Blumenthal J, Jain S, Krakower D, Sun X, Young J, Mayer K et al. Knowledge is Power! Increased Provider Knowledge Scores Regarding Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) are Associated with Higher Rates of PrEP Prescription and Future Intent to Prescribe PrEP. *AIDS Behav.* 2015;19(5):802-10.
21. Plomer AS, McCool-Myers M, Apfelbacher C. Perspectives on HIV PrEP care in Germany: qualitative insights from primary care physicians and specialists. *AIDS Care.* 2020;32(8):994-1000.
22. Henny KD, Duke CC, Buchacz K, Brooks JT, Samandari T, Sutton MY. HIV prescriptions on the frontlines: Primary care providers' use of antiretrovirals for

prevention in the Southeast United States, 2017. *J Prev Med.* 2020;130:105875.

23. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Health Care Provider Barriers to HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS.* 2020;34(3):111-123.

24. Mayer KH, Chan PA, Patel R, Flash CA, Krakower DS. Evolving Models and Ongoing Challenges for HIV Preexposure Prophylaxis Implementation in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;77(2):119-27.

25. Pinto RM, Berringer KR, Melendez R, Mmeje O. Improving PrEP Implementation Through Multilevel Interventions: A Synthesis of the Literature. *AIDS Behav.* 2018;22(11):3681-91.

26. Sharma M, Chris A, Chan A, Knox DC, Wilton J, McEwen O et al. Decentralizing the delivery of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) through family physicians and sexual health clinic nurses: a dissemination and implementation study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):513.

27. Cambiano V, Miners A, Dunn D, McCormack S, Ong KJ, Gill ON et al. Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men in the UK: a modelling study and health economic evaluation. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(1):85-94.

28. Juusola JL, Brandeau ML, Owens DK, Bendavid E. The cost-effectiveness of preexposure prophylaxis for HIV prevention in the United States in men who have sex with men. *Ann Intern Med.* 2012;156(8):541-50.

29. Leech AA, Burgess JF, Sullivan M, Kuohung W, Horný M, Drainoni ML et al. Cost-effectiveness of preexposure prophylaxis for HIV prevention for conception in the United States. *AIDS.* 2018;32(18):2787-2798.

30. Parker S, Chan PA, Oldenburg CE, Hoffmann M, Poceta J, Harvey J et al. Patient Experiences of Men Who Have Sex with Men Using Pre-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection. *AIDS Patient Care STDS.* 2015;29(12):639-42.

31. Volk JE, Marcus JL, Phengrasamy T, Blechinger D, Nguyen DP, Follansbee S et al. No New HIV Infections With Increasing Use of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting. *Clin Infect Dis.* 2015;61(10):1601-3.

32. Smith DK, Herbst JH, Rose CE. Estimating HIV protective effects of method adherence with combinations of preexposure prophylaxis and condom use among African American men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2015;42(2):88-92.

33. Calabrese SK, Magnus M, Mayer KH, Krakower DS, Eldahan AI, Hawkins LAG et al. "Support Your Client at the Space That They're in": HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Prescribers' Perspectives on PrEP-Related Risk Compensation. *AIDS Patient Care STDS.* 2017;31(4):196-204.

34. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med.* 2010;363(27):2587-99.
35. Molina JM, 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.* 2017;4(9):e402-10.
36. Krakower DS, Ware NC, Maloney KM, Wilson IB, Wong JB, Mayer KH. Differing Experiences with Pre-Exposure Prophylaxis in Boston Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Specialists and Generalists in Primary Care: Implications for Scale-Up. *AIDS Patient Care STDS.* 2017;31(7):297-304.
37. Sun CJ, Anderson KM, Bangsberg D, Toevs K, Morrison D, Wells C et al. Access to HIV Pre-exposure Prophylaxis in Practice Settings: a Qualitative Study of Sexual and Gender Minority Adults' Perspectives. *J Gen Intern Med.* 2019;34(4):535-43.
38. Saberi P, Berrean B, Thomas S, Gandhi M, Scott H. A Simple Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Optimization Intervention for Health Care Providers Prescribing PrEP: Pilot Study. *JMIR Form Res.* 2018;2(1):e2.

## VII. ANNEXES

**Annexe 1.** Questionnaire anonyme à destination des médecins généralistes ayant au moins un patient sous PrEP suivi à l'hôpital Saint-André

### **Données sociodémographiques :**

1. Vous êtes :

Une femme

Un homme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

3. Dans quelle structure exercez-vous ?

Cabinet médical seul

Cabinet médical en association

Centre de santé

Maison de santé pluridisciplinaire

Autre Précisez :.....

4. Quel est le code postal de votre lieu d'exercice ?

.....

5. Avez-vous une formation complémentaire dans le domaine de l'infectiologie, du VIH ou de la sexologie (par exemple DU, DIU, DESC...) ?

Oui Précisez :.....

Non

6. Suivez-vous en alternance avec l'hôpital Saint-André au moins un patient sous PrEP (et donc renouvelez-vous sa PrEP) ?

Oui

Non

**Si vous avez répondu « Non » à la question précédente, vous pouvez arrêter de remplir ce questionnaire.**

### **Nombre de patients sous PrEP:**

7. Avez-vous des patients sous PrEP dont vous n'assurez pas le renouvellement en alternance ?

Oui

Non

Je ne sais pas



8. Combien de patients sous PrEP suivez-vous en alternance avec un centre de référence ?

.....

**Par rapport au suivi alterné de votre premier patient sous PrEP :**

9. Quand avez-vous débuté le suivi en alternance de votre premier patient sous PrEP ?

- Moins de 3 mois
- Depuis 3 à 6 mois
- Depuis 6 mois à un an
- Depuis un an à un an et demi
- Depuis plus d'un an et demi

10. Êtes-vous à l'origine de l'orientation de ce patient en consultation PrEP avec un spécialiste?

- Oui
- Non

**Connaissances de la PrEP :**

11. Avant de suivre en alternance votre premier patient, aviez-vous connaissance de l'existence de la PrEP ?

- Oui
- Non

12. Si oui, saviez vous que le médecin généraliste pouvait renouveler la PrEP ?

- Oui
- Non

13. Initialement, comment avez-vous eu connaissance de la PrEP ? (une seule réponse possible)

- Par la presse générale (Le Monde etc...)
- Par la presse médicale (Quotidien du médecin etc...)
- Par la presse scientifique (Pubmed etc...)
- Par les médias sociaux (Facebook etc...)
- Par les médias traditionnels (Télévision, radio etc..)
- Lors d'un congrès médical
- En m'informant sur les nouvelles recommandations
- Par les visiteurs médicaux
- Par un médecin spécialiste de la PrEP
- Par un médecin non spécialiste de la PrEP
- Par mes patients
- Autre Précisez : .....

14. Dans le cadre du suivi de votre premier patient, avez-vous fait des recherches pour vous former à la PrEP ?

- Oui

Non

15. Si oui quelle est la première source que vous ayez consulté? (une seule réponse possible)

Recommandations HAS

Recommandations d'un groupe d'Experts

Internet (Aides.org, Prep-info.fr, sida-info-service.org...)

Presse médicale

Base de données (Pubmed...)

Autre Précisez : .....

16. Souhaiteriez-vous des formations complémentaires sur la PrEP ?

Oui

Non

17. Si oui, sous quelle(s) forme(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Congrès médical

Envoie de documents par mail

Formation en ligne

Soirée de formation

Autre Précisez : .....

18. Depuis le début du suivi de votre premier patient, diriez-vous que vos connaissances sur la PrEP ont évolué ?

Oui

Non

19. Comment évaluez-vous votre niveau de connaissances sur la PrEP ?

Mauvais ; je me contente de faire l'ordonnance de renouvellement

Moyen ; j'assure le suivi mais ne suis pas trop sûr de moi

Correct ; je peux assurer le suivi de mes patients même si je ne sais pas répondre à toutes leurs questions

Bon ; je me suis bien formé à la question

Excellent ; je maîtrise parfaitement le sujet

**Je vais maintenant vous citer un certain nombre de situations, le but est d'étudier votre niveau de confort face à celles-ci en donnant un score allant de 1 (je ne suis pas du tout à l'aise dans cette situation) à 5 (je suis complètement à l'aise dans cette situation) :**

20 Aborder avec un patient ses différentes pratiques sexuelles (rapport anal/vaginal, fellation, rapport insertif,/réceptif...) :

1

2

3

4

5

21. Déterminer si les comportements sexuels à risque d'un patient justifient l'utilisation de la PrEP :

1

2

3

4

5

22. Déterminer si les comportements de consommation de drogue(s) d'un patient justifient l'utilisation de la PrEP :

1

2

3

4

5

23. Discuter de l'efficacité de la PrEP avec un patient :

1

2

3

4

5

24. Déterminer si la PrEP est une bonne option pour un patient :

1

2

3

4

5

25. Discuter des effets secondaires potentiels des médicaments antirétroviraux utilisés pour la PrEP :

1

2

3

4

5

26. Déterminer si un patient a une contre-indication à utiliser la PrEP :

1

2

- 3
- 4
- 5

27. Suivre les patients sous PrEP pour surveiller les effets secondaires :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

28. Suivre les patients sous PrEP en assurant le dépistage, le suivi et le traitement des IST:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**Evolution des pratiques / depuis que vous suivez ce ou ces PrEPeurs :**

29. Avez-vous, depuis le début du suivi en alternance de votre premier patient sous PrEP, envoyé d'autres patients en consultation PrEP avec un spécialiste ?

- Oui
- Non

30. Diriez-vous que vous adressez plus facilement certains patients en consultation PrEP afin de l'initier?

- Oui
- Non

31. Diriez-vous que vous abordez plus facilement la santé sexuelle avec vos patients ?

- Oui
- Non

32) Renseignez-vous l'orientation sexuelle de vos patients dans leur dossier médical ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Systématiquement

33. Pensez-vous que suivre ces patients a entraîné une évolution de votre pratique ?

- Oui
- Non

34. Pensez-vous que la PrEP soit une bonne méthode de prévention du VIH ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

35. Pensez-vous que la PrEP augmente la fréquence des autres IST?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

36. Pensez-vous que parmi vos patients, d'autres seraient candidats à la PrEP ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

37. D'après vous, quelles sont les raisons qui font que ces patients n'en ont pas encore bénéficié ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

38. Maintenant que vous assurez le suivi PrEP de ce(s) patient(s), pensez-vous que vous seriez prêt à initier vous même la PrEP chez des patients demandeurs et répondant aux critères ?

- Oui ; je serais prêt à assurer le suivi complet
- Oui ; mais je pense qu'un suivi alterné avec un spécialiste reste nécessaire
- Non

39. Vous pouvez faire ci-après un commentaire en texte libre au sujet de la PrEP :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Annexe 2. Notice d'information à destination des médecins

Chère consœur, cher confrère,

A l'occasion de mon travail de thèse effectué sous la direction du Professeur Jean-Philippe Joseph, je réalise une enquête de pratique auprès des médecins généralistes dans le cadre du suivi alterné ville/hôpital des patients sous prophylaxie de pré-exposition au VIH (PrEP) suivis à l'hôpital Saint-André à Bordeaux.

Depuis juillet 2018, devant l'afflux des demandes et pour réduire les délais d'attente du premier rendez-vous, l'hôpital Saint-André propose au patient de faire renouveler la PrEP par son médecin traitant ou par un médecin d'un CeGIDD, dans le cadre d'un suivi alterné tous les 3 mois.

Par ce travail, je cherche à savoir si la proposition de ce suivi alterné au patient a modifié votre pratique ; et si à terme il serait envisageable que les médecins généralistes puissent eux-mêmes initier la PrEP.

Pour répondre à cette question, j'ai créé un questionnaire comprenant 39 questions, qui ne vous prendra pas plus de 6 minutes.

**Les données collectées dans le cadre de la recherche demeurent strictement confidentielles** et ne sont consultables que par le chercheur et son directeur de thèse.

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'effacement des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ces droits, veuillez adresser une demande au Délégué à la protection des données de l'université de Bordeaux (contact : [xavier.daverat@u-bordeaux.fr](mailto:xavier.daverat@u-bordeaux.fr)).

Votre participation ou non à cette étude est entièrement volontaire, non rémunérée. Vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer à tout moment, sans avoir à en préciser la raison. Il vous suffit d'informer le chercheur par écrit, tout document qui vous lie à l'étude sera supprimé.

La conservation des données collectées sera réalisée dans les conditions de sécurité adéquates, pendant une durée de 2 ans avant d'être détruites. Dans le cas d'une publication des travaux de recherche, ou de la mise à disposition des données auprès de la communauté de chercheurs, celles-ci seront anonymisées, de manière à rendre impossible l'identification d'une personne ayant participé à la recherche, conformément à toute recherche impliquant la personne humaine (déclaration MR-003 de la CNIL, et selon la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (loi Jardé), modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016).

Vous pourrez, si vous le souhaitez, avoir accès aux résultats globaux de cette étude à son terme, sur simple demande.

En vous remerciant de votre participation,  
Bien confraternellement.

Marie-Pierre MOLL

**Annexe 3. Code postal des médecins interrogés**

<b>Code postal</b>	<b>Effectifs N = 97</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
17000	1	(1)
33000	29	(29,9)
33100	4	(4,1)
33120	1	(1)
33130	1	(1)
33140	1	(1)
33150	1	(1)
33160	1	(1)
33170	2	(2,1)
33185	2	(2,1)
33200	2	(2,1)
33270	3	(3,1)
33300	9	(9,3)
33350	1	(1)
33360	1	(1)
33370	2	(2,1)
33390	1	(1)
33400	7	(7,2)
33420	1	(1)
33440	1	(1)
33450	1	(1)
33520	2	(2,1)
33560	1	(1)
33600	1	(1)
33610	1	(1)
33700	3	(3,1)
33800	11	(11,3)
33860	1	(1)
40000	1	(1)
47200	1	(1)
47300	1	(1)
64160	1	(1)
64490	1	(1)

## **VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



## IX. RÉSUMÉ

**Introduction :** Le nombre de nouvelles infections VIH était stable à près de 6500 par an avec les méthodes de prévention classiques. La prophylaxie pré-exposition (PrEP), accessible en France depuis janvier 2016 et renouvelable par les médecins généralistes (MG) depuis mars 2017, vient se rajouter aux précédentes dans une stratégie de prévention diversifiée. Depuis juillet 2018, l'hôpital de jour de maladies infectieuses (HDJ) de l'hôpital Saint-André (CHU de Bordeaux) propose systématiquement à chaque patient sous PrEP un suivi alterné par son médecin traitant.

L'objectif de notre travail était d'étudier l'implication et l'évolution des pratiques des MG dans le suivi alterné ville/hôpital de leurs patients sous PrEP.

**Matériel et méthode :** Nous avons mené du 11 décembre 2019 au 14 février 2020 une étude descriptive à l'aide d'un questionnaire administré par mail ou par téléphone à l'ensemble des 130 MG ayant au moins un patient avec une PrEP suivi à l'hôpital de jour de l'hôpital Saint-André.

**Résultats :** Parmi les 97 MG ayant répondu (taux de réponse 74,6%), 52 (53,6 %) suivaient en alternance avec l'hôpital au moins un patient, dont 22 un seul. Un tiers des MG ne connaissait pas la PrEP lors de la première consultation de suivi alterné et 76,9 % n'étaient pas à l'origine de l'orientation du patient vers ce traitement. Après la première consultation du suivi alterné, 67,3 % des MG pensaient que leur pratique en termes de prévention du VIH avait évolué et 82,7 % que leurs connaissances sur la PrEP s'étaient améliorées. Ils étaient 23 % à être prêts à initier la PrEP et assurer un suivi complet, 40 % à souhaiter prolonger le suivi alterné tout en acceptant de l'initier, et 37 % à ne pas se sentir prêts.

**Conclusion :** La majorité des médecins renouvelant la PrEP notait une évolution de leur pratique et était prête à l'initier, même si la plupart restait favorable à un suivi alterné avec un spécialiste infectiologue.

Des interventions sont nécessaires pour améliorer les connaissances des médecins déjà sensibilisés et modifier les perceptions des médecins encore réticents afin de faciliter l'accès à cette prévention.

**Mots clés :** prévention ; suivi alterné ; médecin généraliste ; VIH ; thérapeutique