



HAL
open science

Connaissances et représentations à propos de la prophylaxie pré exposition au VIH (PrEP) chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Nicolas Bally

► **To cite this version:**

Nicolas Bally. Connaissances et représentations à propos de la prophylaxie pré exposition au VIH (PrEP) chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03116868

HAL Id: dumas-03116868

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116868>

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Connaissances et représentations à propos de la prophylaxie pré exposition
au VIH (PrEP) chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 29 Avril 2020

Par Monsieur Nicolas BALLY

Né le 5 septembre 1990 à Saint-Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) ELDIN Carole

Assesseur

Madame le Docteur SAULE Julie

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS

Au président de thèse, **Monsieur le Pr Roland SAMBUC**,
vous avez accepté de présider mon jury, veuillez trouver ici toute ma reconnaissance et mon respect.

Aux membres du jury, **Monsieur le Pr GERBEAUX Patrick** et à **Madame le Dr ELDIN Carole**,
Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail et d'y avoir trouvé un intérêt.

À ma directrice de thèse, **Madame le Dr SAULE Julie**,
Merci de ton aide et du temps que tu as pu consacrer à ce travail. Merci pour cet accueil d'un an au sein du CeGIDD où je me suis toujours senti bien.
Merci également pour ton humanité, ta compréhension et ton soutien pour les moments qui ont été difficiles. Je te suis profondément reconnaissant.

Au **Dr MARTINET Pervenche**,
Merci pour ton aide précieuse et ton regard sur ce travail. Merci d'avoir tenté de me mettre la pression tant bien que mal !

À **Madame PRUDHOMME Johanne**,
Merci infiniment pour ton aide en tant que statisticienne mais également pour toutes les pistes que tu m'as donné et qui m'ont beaucoup aidé. Ton regard était indispensable.

Merci à ma famille ,

Mes parents, pour leur accompagnement et leur aide. Ma mère **Anne** qui sent toujours bien les choses, prévenante et dévouée, qui a fait le choix de bien se marrer avec mon père **Jean-Noël**, polychrone/cultivor dont la définition manque encore au DSM 5, mais si sensible, curieux et d'une énergie débordante. Vous me fatiguez parfois, mais m'inspirez souvent !

À mon grand frère **Arnaud** pour être autre chose que soignant, et ne pas nous faire perdre pied.

Merci pour ta sobriété et ton humilité qui sont des appuis importants. A **Adèle** et vos deux enfants **Victor** et **Raphaël**, qui sont évidemment les enfants les plus mignons du monde.

Mon autre grand frère **Étienne**, merci d'être là et d'avoir supporté certains moments de tension. Ta présence, même si parfois lointaine, est importante pour moi.

Ma sœur chérie **Caroline** pour cette joie de vivre que tu sais transmettre autant que tes coups de gueules. Pour être entière et vivre au présent. Merci d'être toujours là quand il faut.

Merci aux cousins que je ne vois pas assez, les moments ensemble si rare sont chaque fois débordant d'énergie et de nostalgie et font trop de bien au moral !

Merci **Isabelle** de toujours prendre des nouvelles, dans les bons et les mauvais moments.

A **Jean**,

Il manquait plus que le Covid19 pour bien boucler cette année déjà si intense.

Malgré tout, merci pour toute cette force que tu m'as donné, même dans les périodes où tu t'es retrouvé plus faible. Ta vivacité, ton courage et ton envie de tout m'accompagnent et me soutiennent. Chaque moment avec toi est un moment nouveau, du présent que je savoure.

Merci à ton frère **Romain**, qui te permet des jours encore plus heureux bien mérités.

À mes amis,

Max, le petit chamois du Pilat. Depuis les bancs d'école maternelle de St Cham où tu me racontais que Jésus ressusciterait il s'en est bien passé des choses. Merci pour ton accompagnement, et pour ta maigre mais importante participation à la thèse (cf carto).

À ma **Julie**, une des grosses rencontres de ma vie. Du lycée à la médecine, quel chemin parcouru ensemble... et que ça continue ! Merci pour cette amitié si rassurante.

Jolan, affreux jojo, si nerveux mais au cœur d'artichaut. Merci pour ta fidélité.

À la **Norb**, si blanc mais si attachant, merci pour ta sensibilité.

À **Pierrine**, qui trouvera bientôt la paix, merci pour ta lucidité.

À **Pauline**, qui rend les choses simples, merci pour ta générosité.

À **Manue**, pour tous ces moments d'adolescence et de premières conneries qui m'ont construit ;

Aux autres amis stéphanois qui ont fait de ces années d'externat un bonheur malgré tout : **Hélène**, **Juliette M**, **Juliette V**, **Jules**, **Léa L**, **Charlie**, **Ben D**, **Raffi**, **Sylvette** et tous ceux que j'oublie...

Aux sudistes :

À **Marie**, pour avoir été si présente, c'était tellement rassurant de t'avoir cet hiver. Merci pour tout.

À **Vinet**, merci de ta présence, de ces 6 mois de coloc si agréables. Ton humour et ta créativité m'inspirent.

Clé, la néo cagole, merci pour ta bonne humeur et ta motivation à toute épreuve.

Elsa, pour ce soutien mutuel que l'on se donne dans ce parcours tumultueux qu'a été notre internat. Merci d'être autant à l'écoute.

À **Mathilde** et **Léa**, que j'aimerais voir plus souvent !

À **Sam**, **Marion** et leur adorable **Ariane**.

À **Ben O**, j'espère que tu continueras à m'évader dans la biodiversité de balcon (terrasse maintenant...), merci d'avoir été là cet hiver, et les autres fois... merci aussi à **Lise**, qui a été d'un grand soutien. Merci **Léa F**, **Christine**, **Vincent**, **Florie**

À **Simon** pour nos apéros/cagoles de l'été 2019 au bord de la mer, et les autres à venir, chaque fois enrichissants.

Les joueurs de volley (ou bringueurs selon les humeurs): **Léa JJ, Lucille, Jerem, Marielle, Simon** et tutti quanti... merci pour tous ces beaux moments passés ensemble.

Justine, merci pour ta présence et ton soutien.

À ceux d'Aix qui ont été un soutien infaillible pendant ce premier stage de neuro si intense: **Adil, Perrine, Maëlliss**.

Merci à l'équipe du CeGIDD de la Joliette :

Les médecins **Viviana** et **Audrey** pour leur aide et leur sympathie.

Agnès, merci pour toutes tes lectures, pour ton regard et ton humanité.

Merci **Cathy, Chantal, Christine, Fatima, Isabelle, Julia, Kerima, Krss, Nathalie, Olivier, Thierry** pour votre accueil, votre attention et votre gentillesse.

À ceux que je ne remercie pas, pour m'avoir donné l'exemple à ne pas suivre.

À ce planétaire COVID19, que je ne remercie pas, mais qui j'espère nous guidera vers un avenir moins fou.

INTRODUCTION.....	4
I. Épidémiologie du VIH.....	4
1. Au niveau mondial.....	4
2. Les populations clés.....	4
3. En France.....	4
4. Dans la région SUD (Anciennement PACA).....	6
5. Vers une fin de l'épidémie du VIH d'ici à 2030 ? Objectif 90-90-90.....	7
II. Prévention du VIH.....	9
1. Le préservatif.....	9
2. Le dépistage.....	10
3. La réduction des risques.....	11
4. L'avenir de la réduction des risques: le biomédical.....	12
4.1. <i>Le traitement post exposition (TPE)</i>	12
4.2. <i>Le TasP</i>	13
III. La prophylaxie pré exposition.....	14
1. Présentation.....	14
1.1. <i>Molécules</i>	14
1.2. <i>Indication / Contre-indication</i>	14
2. Modalités d'administration, de suivi et d'accompagnement des utilisateurs de la PrEP..	15
2.1. <i>Prise continue</i>	15
2.2. <i>Prise discontinue</i>	15
3. Effets indésirables.....	16
4. Principaux essais PrEP.....	17
4.1. <i>Essai IPREX</i>	17
4.2. <i>Essai PROUD</i>	17
4.3. <i>Essai IPERGAY</i>	18

5. Nombre de personnes sous PrEP.....	19
6. Des inégalités d'accès.....	19
7. L'avenir de la PrEP.....	20
IV. Place du médecin généraliste.....	21
1. Santé sexuelle.....	21
2. Place du médecin généraliste dans la prévention du VIH.....	22
L'ETUDE.....	24
I. Introduction.....	24
1. Contexte.....	24
2. Objectifs.....	24
II. Matériels et méthodes.....	25
1. Type d'étude, critères d'inclusion/exclusion.....	25
2. Questionnaire.....	25
3. Méthode de recrutement.....	26
4. Analyse de données.....	26
III. Résultats.....	27
1. Description de la population.....	27
2. Connaissance de la PrEP.....	28
3. Représentations sur la PrEP.....	30
4. Attitude des médecins.....	31
IV. Discussion.....	34
Résultats principaux.....	34

Forces et faiblesses.....	34
Niveau de connaissance de la PrEP.....	35
Représentations et attitude des médecins.....	36
Abord de la sexualité.....	38
Propositions.....	39
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
ABRÉVIATIONS.....	46
ANNEXES.....	47

INTRODUCTION

I. Épidémiologie du VIH

1. Au niveau mondial

L'épidémie de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste un problème majeur de santé publique.

En 2018, on estime à 37.9 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (36,2 millions d'adultes et 1,7 million d'enfants de moins de 15 ans). Seules 79 % de ces personnes connaissent leur statut VIH, soit 8,1 millions le nombre de personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées.

Les nouvelles infections à VIH ont été réduites de 40% depuis le pic de 1997 (1,7 millions en 2018 contre 2,9 millions en 1997) et de 16% depuis 2010 avec notamment une baisse de 41 % chez les enfants (1).

Bien que le nombre de décès liés au syndrome de immunodéficience acquise (SIDA) ait été réduit de plus de 56% depuis un pic en 2004, et de 33 % depuis 2010, encore 770 000 personnes sont décédées des suites d'une pathologie liée au SIDA, en 2018

Parmi les PVVIH, 62% avaient accès au traitement antirétroviral.

2. Les populations clés

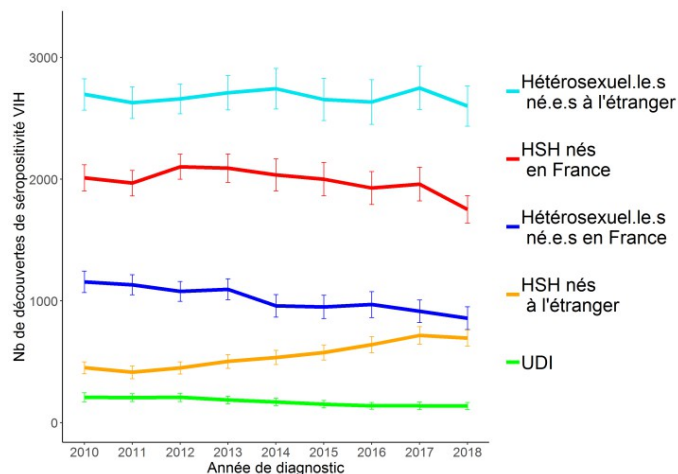
Par rapport à la « population générale », le risque de contracter le VIH est 22 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 22 fois plus élevé chez les personnes usagères de drogues injectables (UDI), 21 fois plus élevé pour les professionnels(le)s du sexe et 12 fois plus élevé pour les transgenres.

Pour la première fois en 2018, ces populations représentent plus de la moitié (54%) des nouvelles infections à VIH dans le monde, contre 40 % en 2017. (1)

3. En France

Le nombre total de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative entre 2017 et 2018 (-7%), après plusieurs années de stabilité.(2)

Près de 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en 2018, dont 56% ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 40% lors de rapports sexuels entre hommes, et 2% par usage de drogues injectables. Ces chiffres incluent la métropole et les territoires d’outre mer.



De 2013 à 2018, le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative chez les personnes nées en France, aussi bien chez les HSH que chez les hommes et femmes contaminés par rapports hétérosexuels.

La diminution concerne également les hommes hétérosexuels nés à l'étranger.

À Paris, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH a diminué de 16% entre 2015 (N = 1 078) et 2018 (N = 906). (3)

Ces diminutions peuvent être le reflet d'une diminution du nombre de personnes vivant avec le VIH mais non encore diagnostiquées, en lien avec l'élargissement et la diversification du dépistage, et/ou d'une diminution de l'incidence depuis plusieurs années. Cette baisse de l'incidence pourrait être expliquée principalement par un effet du « Treatment As Prevention » (TaSP) et pour les HSH, de façon plus récente, par l'impact de la Prophylaxie pré exposition (PrEP).

Cependant, de grandes inégalités sont observées au sein de notre territoire, les régions d'outre-mer étant beaucoup plus touchées qu'en métropole.

L'incidence des nouvelles infections, le pourcentage d'infections non-diagnostiquées et le pourcentage de découvertes de l'infection à un stade tardif, qui représentent trois indicateurs des insuffisances de prévention et de dépistage, sont supérieurs à la moyenne nationale et les plus élevés de France en Guyane (996 découvertes par million d'habitants), en Martinique (287/million) et en Guadeloupe et à Saint-Martin(263/million) (4).

Plus de la moitié (52%) des personnes découvrant leur séropositivité n'avaient jamais été testée pour le VIH auparavant, proportion plus élevée chez les UDI (81%) et les personnes nées en Afrique subsaharienne (65%), et plus faible (33%) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Ces proportions étaient stables les trois dernières années . (5)

Une « épidémie cachée » persiste en France, à l'origine de 60 % des nouvelles contaminations : en 2016, on évalue à 24 000 le nombre de personnes ignorant leur séropositivité et à 7 425 le nombre de personnes qui, bien que diagnostiquées, ne font plus ou pas l'objet d'une prise en charge. (5)

4. Dans la région SUD-PACA

La région SUD est la 3ème région métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH, après l'Ile de France et le Centre Val de Loire (6).

Le nombre de découverte de séropositivité est de 79 par million d'habitants en 2018. Une diminution non significative est observée en 2018 par rapport à 2017 (87 découvertes par million d'habitants), cette diminution reste à confirmer en 2019.

En PACA, comme dans la métropole, les découvertes de séropositivité diminuent chez les HSH nés en France (-7% entre 2017 et 2018 et -12% entre 2015 et 2018) et augmentent chez les HSH et hétérosexuels nés à l'étranger (+11% entre 2017 et 2018 et +31% entre 2015 et 2018).

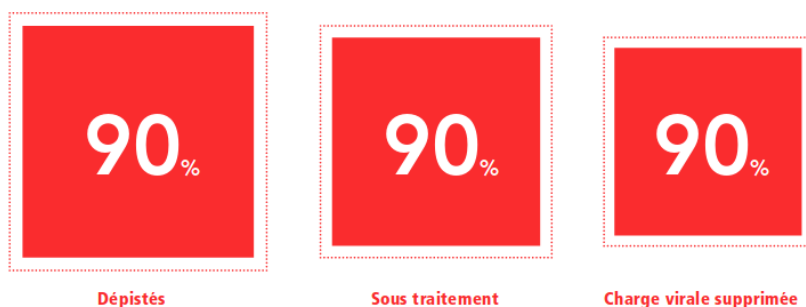
Une diminution notable est observée dans le département des Alpes-Maritimes : le nombre de découvertes de séropositivité est en baisse significative (- 23% entre 2017 et 2018 et -40 % depuis 2015). Cette baisse concerne principalement les HSH nés en France (57).

Dans les Bouches-du-Rhône, le nombre de découvertes de séropositivité était de 179 en 2018, soit un taux de 88 par million d'habitants. Ce taux est stable depuis 2015 (taux de 90 découvertes de séropositivité par million d'habitants).

L'activité de dépistage est élevée en région PACA, 2ème taux de dépistage le plus élevé après la région Ile de France (7).

5. Vers une fin de l'épidémie du VIH d'ici à 2030 ? Objectif 90-90-90

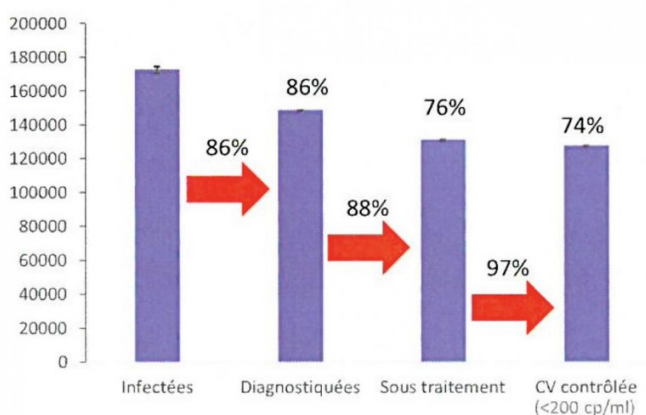
LA CIBLE DU TRAITEMENT



L'objectif 90-90-90 (8) est un objectif mondial ambitieux, fixé par l'ONUSIDA, d'ici à 2030, pour la riposte face au sida, afin de stimuler les progrès et écrire le chapitre final de l'épidémie du SIDA d'ici à 2030 :

En 2030, selon ces objectifs, 90% des personnes vivant avec le VIH devraient connaître leur statut sérologique ; 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées devront recevoir un traitement antirétroviral durable ; et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral auront une charge virale durablement supprimée.

172700 (170800-174500) personnes vivant avec le VIH



En France en 2017, on estimait que 86 % des PVVIH connaissent leur statut, 76 % sont en cours de traitement et 74% vivent avec une charge virale contrôlée (9).

Le traitement du VIH est un outil essentiel pour mettre fin à l'épidémie du sida mais il n'est pas le seul. Des efforts urgents sont nécessaires en termes de prévention : l'élimination de la transmission mère-enfant, la distribution de préservatifs, la prophylaxie pré-exposition, le dépistage, la circoncision masculine médicale

volontaire dans les pays prioritaires, les services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, et des programmes ciblés de prévention en faveur d'autres populations clés.

Enfin, il est utile de prendre en compte les multiples facteurs de vulnérabilités qui produisent des inégalités dans l'accès aux soins et à la prévention.

II. Prévention du VIH

L'histoire du VIH et de sa prévention est une histoire de lutte, et va mobiliser plusieurs acteurs au niveau médical mais également social et associatif.

Elle a modifié en profondeur de nombreux paradigmes, notamment les rapports entre le corps médical et les malades.

1. Le préservatif

En 1982, lorsque l'on découvre les modes de contamination sexuelle du VIH, le préservatif est le moyen de prévention de première ligne.

La nécessité de son utilisation est un message largement diffusé par des campagnes de prévention menées par les autorités publiques, des personnalités du spectacle, des associations.

En 1996, l'avènement des multi thérapies antirétrovirales permet un contrôle de l'évolution de l'infection, ce qui fait entrer le VIH dans le champ des maladies chroniques. La perception du risque en est également modifiée.

Les années 2000 sont ainsi marquées par un relâchement de l'utilisation du préservatif et un nouveau phénomène « le barebacking » (relations sexuelles sans préservatif) apparaît dans les milieux les plus exposés. Nouvelle pratique prônant le non usage du préservatif, ce mouvement dénonce une politique de privation des libertés et du plaisir, mais expose de nombreuses personnes au VIH, posant un problème de santé publique.

Une scission entre les deux associations les plus importantes dans la lutte contre le VIH apparaît.

Act Up, en défendant le « tout préservatif », renvoie à la question de la responsabilité « collective » autour de ses comportements sexuels.

AIDES défend au contraire une politique de réduction des risques, visant à s'intéresser aux pratiques des personnes concernées afin de pouvoir proposer des outils adéquats pour prévenir une éventuelle infection.

(10)

Depuis 2000, et avant les derniers chiffres de 2018, on observe une stagnation du nombre de nouveaux cas du VIH, reflet d'une politique de prévention qui atteint ses limites.

En 2015, une revue systématique de la littérature comprenant cinq études de cohorte (incluant 8 825 sujets) montre avec un grand niveau de preuve que l'utilisation régulière du préservatif chez les HSH permet de réduire de 64% la transmission du VIH(11).

Depuis décembre 2018, le premier préservatif masculin (« externe ») remboursé par la sécurité sociale fait son apparition en France (12).

2. Le dépistage

Le dépistage occupe une place centrale dans la lutte contre le VIH depuis le début de l'épidémie.

Dès l'arrivée de techniques performantes de détection du virus en mars 1985 (13), le corps médical s'efforce de mener des campagnes pour pousser la population à se faire dépister.

En 1988, des dispositifs CDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit) sont créés pour dépister, informer, traiter et accompagner les personnes. Il s'agit du premier et seul lieu de dépistage anonyme. Ils sont remplacés par les centres gratuits d'information, de dépistage, et de diagnostic (CeGIDD), depuis le 1^{er} janvier 2016, créés par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). L'émergence, ces dernières années, de la prévention dite « diversifiée » a élargi leur mission, avec une approche plus globale de la santé sexuelle.

Par ailleurs, les structures associatives deviennent progressivement des acteurs incontournables pour atteindre les populations clés par un « effet de pair » et grâce à leur capacité à développer des actions hors-mur ciblées.

Malgré les efforts fournis, les délais entre diagnostic et contamination sont aujourd'hui de l'ordre de 2,7 ans (14).

En 2018, 29 % des découvertes de séropositivité sont faites à un stade avancé de l'infection. L'augmentation et l'intensification de la couverture du dépistage du VIH sont donc primordiales pour infléchir la tendance de l'épidémie. (15)

Actuellement, trois modalités de dépistage pour le diagnostic de l'infection à VIH sont disponibles en France :

- les tests sérologiques Elisa de 4^{ème} génération, réalisés en laboratoire ou structures de soins
- les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), réalisés par des personnes formées, n'étant pas nécessairement des professionnels de santé (acteur associatif)
- les autotests de dépistage (ADVIH) en vente en pharmacie et mis à disposition gratuitement dans des structures habilitées, réalisés par l'utilisateur lui-même.

Les recommandations de la HAS (16) en terme de dépistage sont :

- tous les 3 à 6 mois pour les HSH à risque; \geq
- tous les ans pour les UDI; \geq
- tous les 1 à 3 ans pour les personnes originaires de zones de forte prévalence (notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes).
- au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans pour la population « générale »

3. La réduction des risques

Les années 80 et l'épidémie du VIH mettent au premier plan la question de la contamination, et notamment entre usagers de drogues injectables.

En addictologie, le standard du sevrage et de l'abstinence n'ayant jamais fait ses preuves, une nouvelle approche s'impose. La politique de réduction des risques est alors mise en place dans la population toxicomane. Le rapport au risque étant propre à chacun, cette politique se développe par une approche non jugeante. Innovante, elle va se centrer sur la personne, en prenant en compte ses différentes dimensions, dont celle de ses pratiques, sa capacité à évoluer, changer et agir, en devenant acteur de sa prise en charge.

Ainsi, en mai 1987, [Michèle Barzach](#), ministre de la Santé du gouvernement Chirac signe, contre l'avis de son parti politique, un décret autorisant la vente libre des seringues en pharmacie (17).

Ce sera la première mesure phare de la réduction des risques, avant les traitements de substitution au début des années 90. Ses résultats positifs sont connus : baisse des overdoses, des contaminations VIH-VHC (8), et meilleur accès aux soins.

Au niveau sexuel, c'est d'abord l'association AIDES qui réalise un travail sur la réduction des risques en milieu exposé à partir des années 2000. Des messages de réduction des risques auprès des homosexuels n'utilisant pas systématiquement le préservatif sont diffusés, ce qui entraîne des controverses durables. La crainte que ces messages incitent les HSH à maintenir ou à s'engager dans des comportements à risque est au cœur des débats.

« À Aides, nous n'avons fait que parler de ce que nous observions, en l'occurrence de plus en plus de prises de risque conscientes de la part de nos interlocuteurs. » (19) explique Christian Saout, président de AIDES de 1998 à 2007.

Finalement, tous les principes de réduction des risques, pour les personnes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, ont été théorisés sur le rapport Pialoux en 2009 (14) pour offrir à chacun la possibilité d'utiliser plus de moyens, de s'appuyer sur un système plus robuste et de se donner plus de chances d'être protégé et de protéger les autres.

4. L'avenir de la réduction des risques: le biomédical

4.1. Le traitement post exposition (TPE)

Le TPE fait partie des stratégies de prévention utilisées en France depuis la circulaire relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH parue en 1998.

C'est l'étude Cardo qui objective l'efficacité du TPE dans les accidents d'exposition au sang, publiée dans la revue New England Journal of Medicine en 1997. (21)

Il doit être débuté le plus vite possible après l'exposition au risque, au mieux dans les 4 heures, au plus tard dans les 48 heures, pour une durée de 28 jours.

Tableau 1 : Indications de TPE après exposition sexuelle

	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
Risque et nature de l'exposition	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée: HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

4.2. Le TasP

En 2008 le traitement comme prévention (ou TasP pour « Treatment as Prevention ») fait son apparition. La stratégie du TasP a été popularisée en 2008 par le Pr Bernard Hirschel et la Commission fédérale suisse sur le sida.

En France, après revue de la littérature, le Rapport d'experts sur la prise en charge du VIH de 2010 (ou rapport Yeni) entérine, à son tour, l'avis suisse (22).

Une personne séropositive ne transmet pas le VIH si elle prend son traitement selon ces critères :

- au moins six mois d'indéteçtabilité,
- très bonne observance,
- absence d'IST

Si ces trois conditions sont réunies, on considère que les risques de contamination par voie sexuelle sont proches de ceux liés à une utilisation optimale du préservatif, c'est-à-dire quasi nuls (moins de 1/10 000 estimaient les experts français dans le rapport Yeni en 2010).

Depuis, des nouvelles études ont élargi la validité du traitement comme prévention chez les gays, pour des rapports anaux, et même en présence d'IST (21).



Sur une étude de modélisation de niveaux potentiels de baisse de contamination du VIH chez les HSH, il a été montré que si le TasP + la PrEP étaient envisagés pour tous les HSH, la baisse de l'incidence serait de 66 % dans une hypothèse de 50% d'acceptation des personnes (24).

III. La prophylaxie pré exposition

La Prophylaxie pré exposition (PrEP) consiste en l'utilisation de médicaments antirétroviraux en prévention de l'acquisition du VIH chez les personnes non infectées. Ce traitement préventif a obtenu l'AMM en 2017 après une RTU mise en place en 2016.

1. Présentation

1.1. Molécules

Il s'agit de l'association de deux molécules antirétrovirales : l'emtricitabine et le tenofovir disoproxil fumarate (TDF-FTC).

L'activité préventive est a priori liée à la concentration de tenofovir DF/emtricitabine dans les cellules mononuclées sanguines périphériques, dans les muqueuses ou aux deux à la fois. (25)

1.2. Indication / Contre-indication

La PrEP est recommandée pour les individus à haut risque d'exposition :

- HSH et transgenres : compte tenu de la prévalence et de l'incidence élevée dans les populations HSH et transgenres et du délai en général long entre la contamination et le diagnostic, le groupe d'experts considère que toute personne HSH ou transgenre non infectée par le VIH est potentiellement éligible à la PrEP.
- Couples sérodifférents :
 - Lorsque le partenaire séropositif prend un traitement antirétroviral et a une charge virale indétectable depuis plus de six mois, le traitement est le moyen de prévention de première intention.
 - Dans les autres situations, la prescription de la PrEP peut être envisagée.
- Usagers de drogues injectables avec partage de seringue,
- Personnes en situation de prostitution exposée à des rapports sexuels non protégés, - -
- Personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

Les adolescents à risque élevé d'acquisition du VIH par voie sexuelle peuvent avoir accès à la PrEP, notamment dans les CeGIDD.

La PrEP est contre-indiquée dans les situations suivantes :

- séropositivité au VIH ou sérologie VIH inconnue ;
- présence de signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH ;

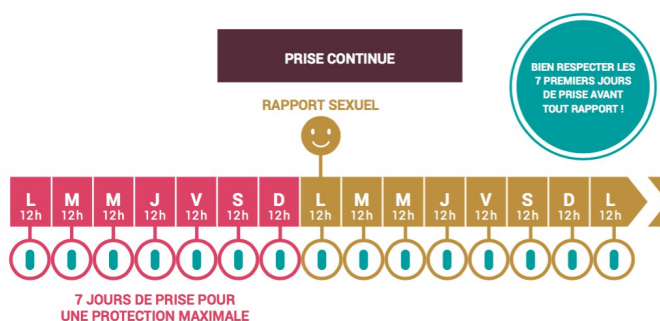
- troubles rénaux caractérisés par une clairance à la créatinine <60 ml/min ou signes de tubulopathie ;
- allaitement ;
- hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit.

2. Modalités d'administration, de suivi et d'accompagnement des utilisateurs de la PrEP

La prise quotidienne en continu d'un comprimé de ténofovirDF/emtricitabine est la seule stratégie de PrEP recommandée dans le cadre de l'AMM. Cependant, la Haute Autorité de Santé autorise l'administration à la demande selon le schéma de l'étude IPERGAY(26), en phase avec les recommandations Européennes (27). La primo prescription est faite par un médecin hospitalier spécialisé ou médecin de CeGIDD. Tous les médecins (dont les médecins généralistes) peuvent la renouveler tous les 3 mois, dans un délai de 1 an.

2.1. Prise continue

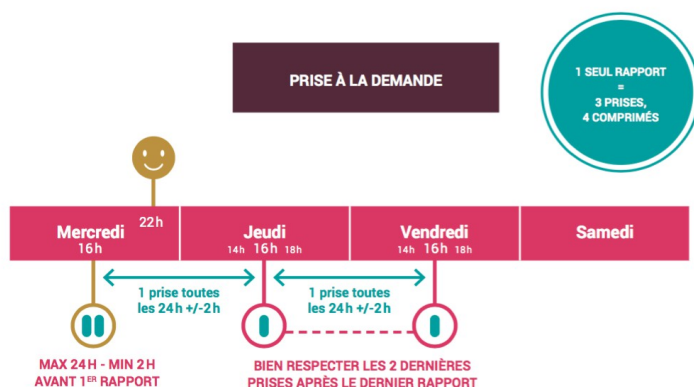
La recommandation actuelle est d'attendre sept jours après la première prise pour un rapport à risque chez les HSH et personnes transgenres ayant des relations anales et 21 jours après la première prise chez les femmes, périodes correspondant aux délais d'atteinte de la concentration maximale dans les muqueuses exposées.



2.2. Prise discontinuée :

Chez les HSH, l'essai ANRS IPERGAY(26) a montré l'efficacité d'une prise en discontinuée (ou à la demande) de la PrEP dans la réduction du risque de contracter le VIH. Ce schéma comprenait deux comprimés de ténofovirDF/emtricitabine pris entre 24h et deux heures précédant l'acte sexuel, puis un comprimé 24h et un autre 48h après la prise précédant la relation sexuelle (ou une prise continue et quotidienne si des relations avaient lieu avant la prise complémentaire suivant l'acte).

Ce schéma en discontinu a montré son efficacité non seulement dans la phase masquée de l'étude mais aussi dans la phase en ouvert avec un suivi de près de deux ans.



La PrEP à la demande est contre-indiquée chez les personnes infectées par le virus de l'Hépatite B (VHB).

La présence d'une infection par le VHB ou VHC nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) préalable à l'initiation de la PrEP.

Aussi, en l'état actuel des connaissances, la PrEP en discontinu ne peut pas être recommandée à d'autres populations exposées que les HSH (adultes et adolescents).

3. Effets indésirables

La PrEP peut entraîner des effets indésirables peu graves (nausées, diarrhées, douleurs abdominales, maux de tête...) mais aussi des effets indésirables plus graves comme une insuffisance rénale ou une fragilité osseuse. Ces effets sont dus au ténofovir présent, avec l'emtricitabine.

Il est donc indiqué de vérifier la fonction rénale avant et pendant le traitement.

Il est déconseillé d'utiliser emtricitabine/tenofovir DF avec d'autres médicaments pouvant majorer la toxicité rénale, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Néanmoins, les données disponibles provenant des essais cliniques sont plutôt rassurantes quant à la toxicité rénale : on n'observe que de 1 à 2% d'augmentation de la créatinémie, et ces chiffres sont comparables dans les bras témoin, non exposés à la PrEP (28,29)

4. Principaux essais PrEP

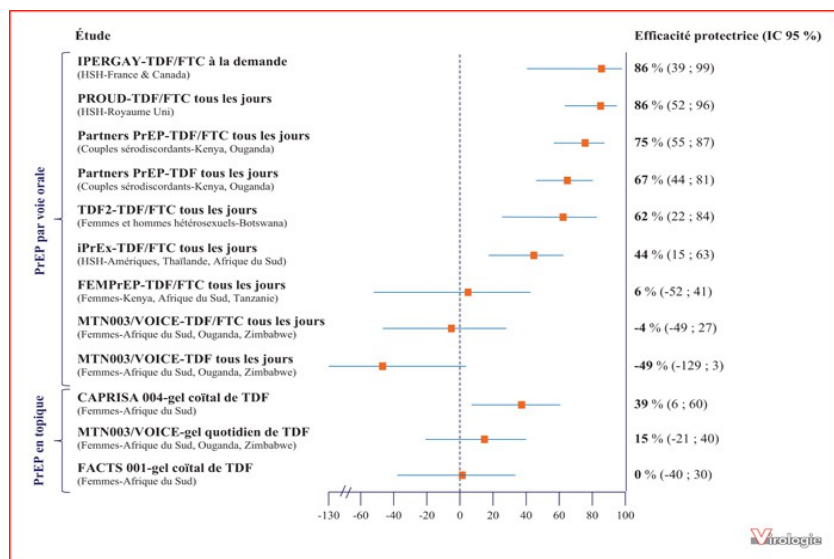


Figure : Synthèse de l'efficacité des essais de proxylaxie pré-exposition (PrEP).

Plusieurs essais cliniques de PrEP par voie orale ont montré une efficacité comprise entre 44 % et 86 % dans la réduction de l'incidence du VIH dans des populations clé à forte incidence.

4.1. Essai IPREX (28) :

Cet essai a évalué l'efficacité et la sûreté de la PrEP en prise quotidienne chez les HSH et les femmes trans ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les personnes ont été suivies en moyenne 1,2 ans. Il a eu lieu de 2007 à 2014 dans six pays (Pérou, Brésil, Équateur, États-Unis, Afrique du Sud et Thaïlande). 2.499 personnes ont été randomisées dans le bras emtricitabine/tenofovir ou placebo, en double aveugle. Il démontre que le risque d'infection est réduit de 44% (dans un intervalle de confiance de 15 à 63%) chez les hommes ayant pris la PrEP.

4.2. Essai PROUD (30):

Étude britannique, menée entre 2012 et 2014 chez 544 personnes avec 2 groupes, un démarrant la PrEP immédiatement et l'autre après 12 mois. Cette étude a montré une efficacité de 86 % dans l'incidence du VIH chez les HSH, en prise à la demande de PrEP.

4.3. Essai IPERGAY

L'ANRS-Ipergay(26) est le premier essai qui s'est déroulé en France de 2012 à 2016. Cet essai a testé l'efficacité de la PrEP selon un schéma « à la demande », chez les HSH.

L'essai consolide et valide l'intérêt de la PrEP en schéma à la demande chez les HSH avec une réduction de 86 % dans l'incidence du VIH. Les 14 % restant étaient attribués à la mauvaise observance.

Ainsi, après le succès de l'essai ANRS IPERGAY mené en France, les autorités sanitaires ont rapidement décidé de rendre la PrEP disponible au travers d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) de la combinaison ténofovir dispropoxil fumarate(DF)/emtricitabine pour cette indication de janvier 2016 à février 2017.

À partir de mars 2017, l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de cette association en prévention du VIH au travers d'une prise quotidienne pour les HSH en a fait le cadre de référence de prescription de la PrEP en France avec un remboursement intégral du médicament.

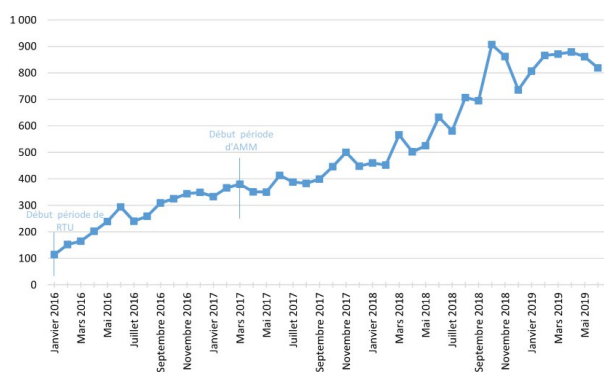
Les premières données de suivi post-essai pendant 18 mois de la cohorte IPERGAY confirment l'excellente efficacité de la PrEP à la demande chez les HSH, estimée à 97 % (26).

Aucun essai de schéma de PrEP en discontinu n'a été mené pour l'instant chez les femmes et les hommes hétérosexuels.

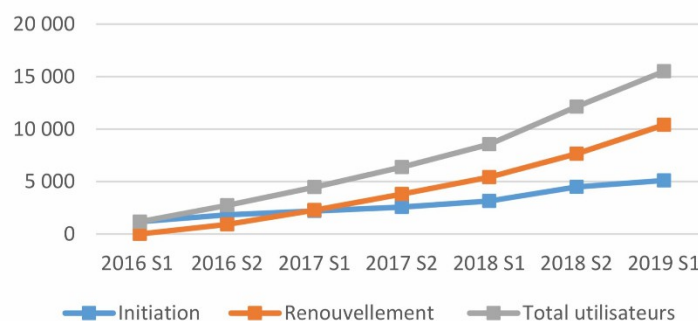
En effet, un outil de prévention conçu pour un groupe minoritaire reste difficile à élargir à l'échelle de la société, il faut qu'il concerne une population épidémiologique assez dense pour que la popularisation de l'outil hors du cercle de l'essai réponde à une problématique de santé publique.

Sur la base de ces données émanant d'essais randomisés, la PrEP a vocation à devenir dans la plupart des pays un pilier de l'arsenal préventif chez les populations clés en complémentarité des autres outils et stratégies existantes.

5. Nombre de personnes sous PrEP



Nombre de personnes ayant initié un traitement par Truvada® ou générique pour une PrEP entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2019, par mois. Source: ANSM.



Nombre total d'utilisateurs d'une PrEP par Truvada® ou générique (initiation ou renouvellement) en France entre le 1er janvier 2016 et le 30 Juin 2019, par semestre. Source: ANSM.

En France, environ 20 500 personnes ont initié une PrEP entre janvier 2016 et juin 2019, dont près de la moitié depuis juillet 2018. 8,4% des personnes sous PrEP sont domiciliées en PACA.

Au 1^{er} semestre 2019, 15 500 personnes étaient sous PrEP, 33% en initiation et 67% en renouvellement. Les personnes sous PrEP sont presque exclusivement des hommes, âgés de 37 ans en moyenne, résidant en Ile-de-France ou dans une grande Métropole.

En 2019, l'initiation de la PrEP est faite à 88,4 % à l'hôpital. Seuls 14,5 % des personnes sous PrEP la renouvelait chez le médecin traitant. (31)

6. Des inégalités d'accès :

Les personnes ayant initié une PrEP sont presque exclusivement des hommes, âgés de 37 ans en moyenne, résidant en Ile-de-France ou dans une grande métropole et parmi lesquels la proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (indicateur de situation socio économique défavorable) est faible (moins de 8%). Il est raisonnable de faire l'hypothèse qu'il s'agit principalement d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). (31)

D'autres populations sont particulièrement vulnérables pour le VIH parmi lesquelles les personnes « migrantes » (venant d'Afrique subsaharienne et d'Haïti notamment) avec un risque élevé de contamination en France en particulier durant les premières années après l'arrivée (période de « vulnérabilité sexuelle ») en lien avec la précarité et l'isolement (33).

Certaines femmes sont aussi à risque et devraient bénéficier de la PrEP: les femmes transgenre, les travailleuses du sexe et les usagères de drogues. Pourtant, seules 2% des personnes sous PrEP aujourd'hui sont des femmes (31).

Ces populations sont plus difficiles à cibler pour initier une PrEP, car elles présentent des difficultés d'accès aux droits, sont moins en demande car peu informées, et souvent dans d'autres préoccupations.

7. L'avenir de la PrEP

Les recherches sur la prophylaxie pre-exposition continuent.

Aux États-Unis, l'essai DISCOVER approuve l'utilisation du Descovry® (FTC/TAF- emtricitabine + ténofovir alafenamide) comme PrEP en continue (34). Il a l'avantage d'avoir une meilleure tolérance rénale car la concentration plasmatique du TAF est moindre que celle du TDF utilisé pour le moment en traitement et en PrEP, tout en ayant une concentration intra-cellulaire plus importante.

Un premier essai a montré l'efficacité en PrEP d'un implant diffusant l'Islatravir (MK-8591) pendant 1 an, un analogue nucléosidique à action prolongé (35).

IV. Place du médecin généraliste

1. Santé sexuelle

La prise en charge globale et la promotion de la santé impliquent la question de la santé sexuelle. Cette dernière s'inscrit ainsi dans les compétences du médecin généraliste définies par la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes). En tant qu'acteurs de premiers recours, les médecins généralistes doivent répondre aux « problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » .

Un groupe de professionnels sexologues (WAS) définit le concept de santé sexuelle en 1975, sous l'égide de l'OMS : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.»

En 2002, la définition précise que « les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus ». Ce concept de santé sexuelle légitime la sexualité non procréative et garantit à chaque individu le bien-être et l'épanouissement personnel. Son objectif réside dans « l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation ou les Maladies Sexuellement Transmissibles. »(36).

Une enquête sociologique de terrain, réalisée entre 2002 et 2004, a interrogé trente-cinq médecins généralistes (20 hommes et 15 femmes) exerçant dans les régions Ile-de-France, Pays de la Loire, Normandie à propos du sujet de la sexualité en médecine générale (30). Y sont décrites quatre postures. Dans la première, les médecins généralistes sont dans une stratégie d'évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité, qu'ils attribuent à leur ignorance, leur absence de formation et aux difficultés liées à leur gêne pour aborder ces questions. Dans la seconde posture, les médecins généralistes traitent les problèmes liés à la sexualité selon le modèle de l'appropriation médicale, à partir de l'approche par la nosographie et les traitements médicaux. Dans la troisième posture, les médecins généralistes abordent la sexualité en prenant en compte la dimension psychologique et relationnelle – aussi bien en ce qui concerne la vie sexuelle des patients, que les dimensions de la relation médecin-patient. Enfin, un petit groupe de médecins généralistes « tout-venant » définissent une quatrième posture et placent la sexualité au centre de leur pratique en médecine générale et considèrent qu'elle constitue une dimension du bien-être (37).

Le haut conseil de santé publique (HCSP) a proposé en mars 2016 la mise en place d'une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive (38) Elle a été élaborée en collaboration, entre autre, avec le Collège de Médecine Générale (CMG) et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

2. Place du médecin généraliste dans la prévention du VIH

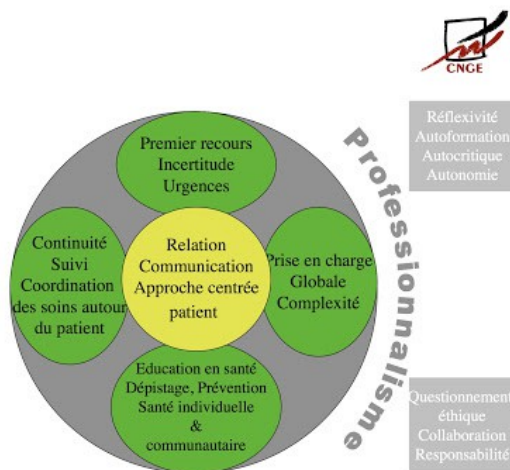
De manière générale, le médecin généraliste joue un rôle capital dans la prévention et l'éducation de ses patients.

Selon un sondage OpinionWay de 2014, pour 93% des personnes interrogées le médecin traitant est l'acteur à qui ils accordent le plus leur confiance en matière de prévention. (39)

Placé au centre du système par la réforme du médecin traitant, le médecin généraliste a le rôle d'assurer le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des individus, ses possibilités d'apprécier l'état de santé d'une population au sein de laquelle il travaille. Il relaie, contextualise et personnalise les messages de santé publique de dimension collective (nationale ou locorégionale) en des messages individualisés, audibles par chacun car émis dans le langage de chacun, connu du médecin traitant. Interlocuteur de confiance, il donne à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués. (40)

Le CNGE a défini dans le cadre de l'enseignement du 3ème cycle des études médicales, grâce à un consensus d'expert, les différents niveaux de compétences des médecins généralistes.

Le 3ème niveau intègre l'éducation en santé, la prévention individuelle et communautaire, et le dépistage. Ce niveau est défini comme étant la capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.



Le rôle du médecin généraliste dans la prévention du VIH est nécessaire et primordial. Pourtant, la part d'occasions manquées de dépistage parmi les patients diagnostiqués à un stade avancé a été évaluée par l'étude ANRS-Opportunités (Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales)(41). Parmi les 1 008 patients éligibles inclus, pratiquement tous les répondants rapportent un recours aux soins pendant les trois années précédant leur diagnostic et dans 90 % des cas, il s'agissait d'un recours en médecine générale. Dans l'ensemble de l'échantillon, 41 % avaient été testés dans les 3 ans, 27 % plus anciennement, et 32 % jamais.

Selon une enquête de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) de 2009 sur les pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention, la majorité des médecins interrogés (63 %) ne serait pas disposée à proposer le test VIH aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps (42).

Cependant, sur l'étude EgaLE- ME (43) de Thibaut JEDRZEJEWSKI, qui est un état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France, sur 1158 répondants HSH, 41% (n=469) n'ont jamais parlé de leur orientation sexuelle avec leur médecin traitant et 79% (n=912) déclarent que le médecin ne leur a jamais posé la question .

L'ÉTUDE

I. Introduction

1. Contexte

Les années SIDA ont marqué violemment les soignants et les accompagnants de malades, et laissent derrière elles une vision traumatisante de cette maladie. Cependant, un avenir beaucoup plus serein se profile.

Les nouvelles thérapies ont fait entrer cette infection dans le champ des maladies chroniques et la prévention combinée (le dépistage, le TaSP, le TPE, la PrEP...) a permis en 2018, en France, de réduire l'incidence du VIH après plusieurs années de stagnation. (4)

La prophylaxie Pré exposition est une méthode de prévention contre le VIH qui n'a plus à faire ses preuves en terme d'efficacité. L'étude ANRS Prevenir (44) montre en 2019 avec un grand niveau de preuve qu'avec une bonne observance, la PrEP empêche la contamination par le VIH, et sa tolérance est bonne.

Le nombre de personnes sous PrEP est en augmentation constante. La prescription est initiée dans les CeGIDD ou en milieu hospitalier, et elle peut être renouvelée par le médecin généraliste dans un délai de 1 an.

Étant en première ligne, les médecins généralistes ont un rôle important dans la prévention. Ils ont aujourd'hui une vraie place dans la prescription et l'accompagnement des patients « PrEPeur ».

Pourtant, très peu de patients ont recours à leurs médecins généralistes pour le renouvellement de ce traitement préventif.(45)

Nous supposons que ce phénomène est multifactoriel : manque d'information aux généralistes et aux patients, représentations péjoratives à propos de ce traitement, difficultés à aborder le sujet de la sexualité chez les médecins mais aussi chez les patients.

L'idée de ce travail est de discuter ces hypothèses.

2. Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les connaissances des médecins généralistes des Bouches du Rhône à propos de la PrEP.

Les objectifs secondaires sont d'étudier les représentations et attitudes de cette même population à propos de ce traitement préventif.

II. Matériels et méthodes :

1. Type d'étude, critères d'inclusion/exclusion

Il s'agit d'une étude quantitative exploratoire à visée descriptive réalisée auprès de médecins généralistes des Bouches du Rhône entre juillet 2019 et janvier 2020.

Les médecins généralistes en activité en maison médicale, en cabinet d'associés ou seuls, dans le département des Bouches du Rhône étaient inclus dans l'étude.

Les médecins ayant une activité exclusive hors du champ de la médecine générale de ville ont été exclus (urgentistes/SMUR, rééducateurs, psychiatre/camps, angiologue, échographiste, médecins légistes, SOS médecin, cliniciens, médecin du travail, médecin de l'éducation nationale, de l'EFS, du CD13, de l'assurance maladie, de soins palliatif, des EHPAD, allergologues, marins pompiers, prison, ARS, médecin d'aéroport/sncf).

2. Questionnaire

Le questionnaire anonyme était court et informatif. Il a été retranscrit sur Google Form et comportait cinq rubriques.

La première concernait les caractéristiques des médecins répondants (genre, âge, code postal, type de patientèle, type de structure). La deuxième rubrique correspondait aux connaissances théoriques à propos de la PrEP. Pour les médecins connaissant la PrEP, trois questions supplémentaires leur étaient posées, sur les moyens de connaissance du traitement ainsi que les niveaux de connaissances des indications et du protocole. La troisième rubrique commençait avec un court paragraphe explicatif de quelques lignes à propos de la prophylaxie pré exposition (description, indications, prescription). Les médecins étaient ensuite invités à donner leurs avis sur 8 propositions/représentations à propos de ce traitement, sur une grille à choix multiples (d'accord/plutôt d'accord/plutôt pas d'accord/pas d'accord). La quatrième rubrique s'intéressait à l'attitude des médecins face à ce traitement à travers 6 questions. Enfin, dans une rubrique d'une question à 3 choix, correspondant à 3 attitudes différentes en cabinet vis à vis du sujet de la sexualité, les médecins choisissaient une des trois attitudes qui leur correspondait le mieux.

En fin de questionnaire, il était proposé aux participants de communiquer leur adresse mail si ils souhaitaient obtenir davantage d'information sur la PrEP ou les résultats de l'étude. (Cf ANNEXES)

3. Méthode de recrutement

Il a été élaboré une liste Excel, par commune, de tous les médecins généralistes des Bouches du Rhône à partir du site internet du conseil de l'ordre des médecins. Cette liste de 2059 médecins a été randomisée par un médecin de Santé Publique.

Il a été estimé à 350 le nombre de médecins à appeler pour obtenir une centaine de questionnaire (environ 30 % de réponse dans ce type d'étude).

Les médecins généralistes étaient appelés dans l'ordre de la liste randomisée et le questionnaire leur était envoyé en cas d'obtention de leur adresse mail. Sinon, une relance a été faite une fois.

Les réponses étaient automatiquement enregistrées sur la plateforme de Google Form.

4. Analyse de données

Les résultats ont été retransmis sur un tableur à l'aide du logiciel LibreOffice. Les réponses ont été étudiées avec une analyse statistique descriptive. Certaines variables descriptives ont nécessité un regroupement. Les codes postaux des cabinets ont été regroupés en trois groupes : Marseille ; les villes de plus de 15 000 habitants correspondant à un exercice plus urbain ; et les villes de moins de 15 000 habitants à un exercice plus rural. Les tranches d'âge ont également dû être regroupées en deux afin de les comparer plus facilement, devant l'effectif faible de l'étude.

Afin de comparer les caractéristiques des médecins connaissant ou non la PrEP, et ceux qui recommandaient ou pas la PrEP, des analyses univariées ont été menées sur un outil informatique en ligne (www.biostatv.sentiweb.fr) à l'aide du test de Chi 2 de Pearson ou test de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs aux conditions d'applications.

III. Résultats

Il a été obtenu 308 adresses mails où les questionnaires ont été envoyés. Un total de 103 réponses a été obtenu. Soit un taux de retour de 33,4 % de réponses

1. Description de la population

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant répondu

		EFFECTIFS n= 103 (100%)
Sexe	Homme	50 (48,5 %)
	Femme	53 (51,5 %)
Age	< 35 ans	15 (14,6%)
	35-44 ans	23 (22,3%)
	45-54 ans	22 (21,3%)
	55-65 ans	35 (34,0%)
	> 65 ans	8 (7,8%)
Lieux d'exercice	Marseille	33 (32,0%)
	villes des BDR > 15k hab	36 (35,0%)
	Autres (< 15k hab)	34 (33,0%)
Type de cabinet	En cabinet seul	36 (35,0%)
	Cabinet de groupe	67 (65,0%)
Type de patientèle	Tout venant	68 (66,0%)
	Tendance jeune adulte	21 (20,4%)
	Tendance gériatrique	9 (8,7 %)
	Tendance pédiatrique	5 (4,9 %)

La répartition au niveau des sexes montrait une part légèrement plus importante de femme (51,5 %) que d'hommes (48,5%). (Cf Tableau 1)

Plus de 63 % des participants avaient plus de 45 ans et moins de 15 % avaient un âge inférieur à 35 ans. Concernant le lieu d'exercice, 32 % des médecins interrogés exerçaient à Marseille, 35 % dans les villes de plus de 15 000 habitants des Bouches-du-Rhône, et 33 % dans le reste du département.

Les médecins exerçaient pour 35 % en cabinet seul, et 65 % dans un cabinet de groupe (pour 44 % en association avec plusieurs médecins et 21 % en maison de santé pluridisciplinaire).

Un majorité (66%) des médecins déclarait avoir des patients sans distinction particulière , 20 % des patients plutôt jeunes, 9 % des patients à tendance gériatrique, et 5 % à tendance pédiatrique.

2. Connaissance de la PrEP :

Tableau 2: Connaissances de la PrEP: caractéristiques des médecins suivant leur connaissance ou non de la PrEP »

	Oui n= 58 (56,3%)	Non n= 45 (43,7%)	P-value
Lieu d'exercice			NS
Marseille	20 (60,6%)	13 (39,4%)	
Hors Marseille	38 (54,3%)	32(45,7%)	
Âge			0,02
< 45 ans	27 (71,0%)	11 (29,0 %)	
45 ans	31 (47,7 %)	34 (52,3 %)	
Type d'exercice			NS
En cabinet seul	23 (63,9%)	13 (36,1%)	
Cabinet de groupe	35 (52,2%)	32 (47,8)	
Sexe			NS
Homme	24 (48%)	26 (52%)	
Femme	34 (64,1%)	19 (35,9%)	

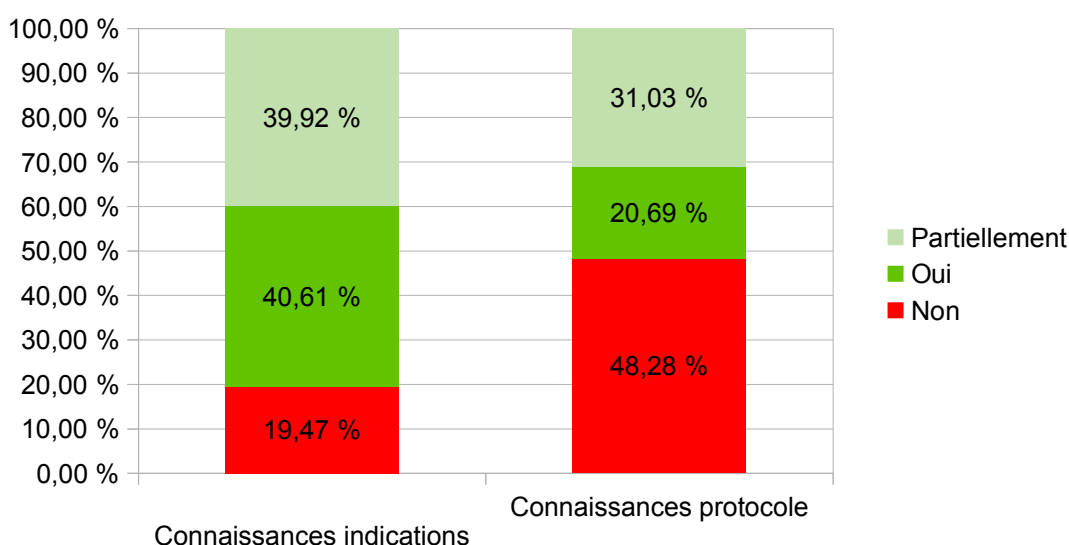
Au total, 56 % des médecins interrogés connaissaient la PrEP. (Cf Tableau 2)

Près de 61 % des médecins exerçant à Marseille connaissaient le traitement, contre 54 % hors Marseille sans que la différence soit significative.

Les moins de 45 ans ont répondu connaître le traitement pour 71 % d'entre eux, contre 48 % des plus de 45 ans, avec une différence significative entre ces deux groupes (p=0,02).

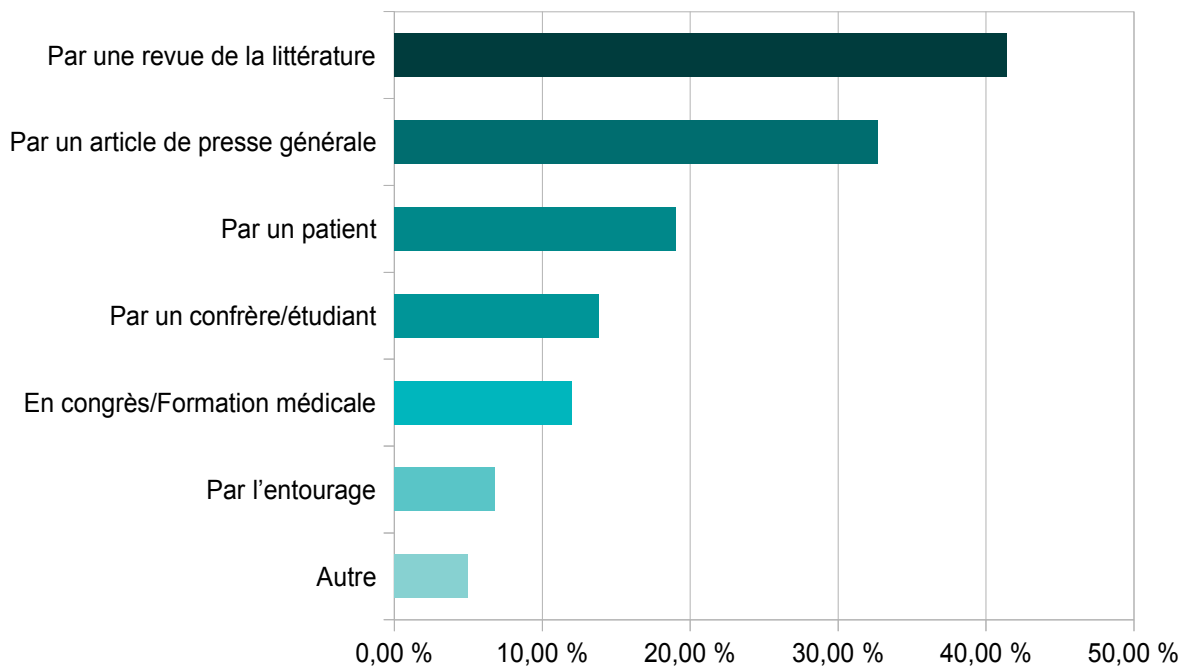
Les médecins exerçant seuls connaissaient pour 63,9 % contre 52,2 % des médecins travaillant en groupe, sans différence significative.

Graphique 1: Connaissance protocole et indication chez les médecins connaissant la PrEP



Parmi les médecins connaissant la PrEP (n=58), plus des trois quarts étaient informés des indications (oui ou partiellement), plus de la moitié connaissait totalement ou partiellement le protocole de prescription. Enfin, plus d'un quart avait des patients qui leur avaient déclaré être sous ce traitement, et un quart de ces médecins avait déjà orienté des patients vers ce protocole.

Graphique 2: Moyens de connaissance de la PrEP



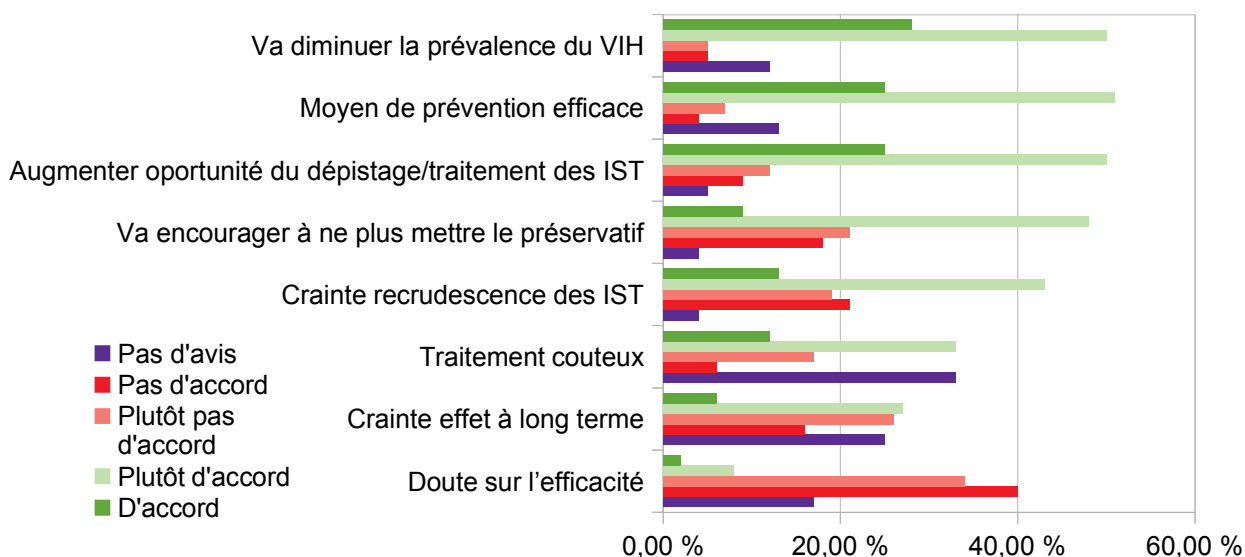
Les principales sources d'informations (Cf Graphique 2) concernant la PrEP pour les médecins connaissant ce traitement étaient la presse scientifique ou générale (74 %) et les patients (19 %).

Ils étaient 14 % à l'avoir connu via un confrère/étudiant en médecine et 12 % en formation ou congrès.

Enfin, 7 % des répondants l'avait connu par leur entourage, et 5 % par un autre moyen.

3. Représentations sur la PrEP

Graphique 3: Perceptions/Représentations à propos du traitement



Plus des trois quarts des médecins sont d'accord ou plutôt d'accord avec les propositions sur la PrEP : ce traitement va diminuer la prévalence du VIH (78%), c'est un moyen de prévention efficace (76%), cela permettra d'augmenter l'opportunité de dépistage/traitement des IST (75%), va encourager à ne plus mettre de préservatif (57%), va entraîner une recrudescence des IST (56%). (Cf Graphique 3)

74 % ne sont pas d'accord ou plutôt pas d'accord avec la proposition « j'ai un doute sur l'efficacité » du traitement, 17 % n'ont pas d'avis.

Pour ce qui est du coût, 33 % des médecins n'ont pas d'avis, 45 % sont d'accord ou plutôt d'accord avec le fait que c'est un traitement coûteux, 22 % ne sont pas d'accord ou plutôt pas d'accord.

Il existe une crainte des effets à long terme chez 42 % de la population interrogée, 25 % n'ont pas d'avis.

4. Attitude des médecins

Environ 52 % des médecins pensent ne pas avoir de patients répondant aux indications de la PrEP. un chiffre moins élevé à Marseille où 40% des médecins interrogés estiment ne pas avoir de patients éligibles au traitement, sans différence significative statistiquement.

Parmi les médecins femmes, 60 % pensent ne pas avoir de patients éligibles. Ce taux est de 42 % chez les hommes.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins qui recommanderaient la PrEP

		oui n= 84 (81,6 %)	non n= 19 (18,4%)	P-value
Sexe	Homme	40 (80,0%)	10 (20,0%)	NS
	Femme	44 (83,0%)	9 (17,0%)	
Age	< 55 ans	53 (88,3%)	7 (11,7%)	0,04
	55 ans ou plus	31 (72,1%)	12 (27,9%)	
Territoire	Marseille	24 (72,7%)	9 (27,3%)	NS
	Villes> 15k hab	30 (83,3%)	6 (16,7%)	
	Villes< 15k hab	30 (88,2%)	4 (11,8%)	
Structure	Cabinet seul	27 (75,0%)	9 (25,0%)	NS
	Cabinet de groupe	57 (85,0%)	10 (15,0%)	

Les médecins interrogés recommanderaient la PrEP pour près de 82% d'entre eux (Cf Tableau 3).

Que ce soit au niveau du sexe, du territoire et du type de structure, il n'y avait pas de différence significative observée concernant la capacité à recommander ou non le traitement.

Toutefois, on observe un taux de médecin la recommandant inversement proportionnel à la taille de la ville d'exercice (73 % à Marseille, 83 % dans les villes de plus de 15 000 habitants et 88 % dans le reste du département), sans différence significative.

En revanche, les médecins de moins de 55 ans étaient plus enclins à la recommander que les plus de 55 ans avec un taux respectif de 88 % versus 72 % (p=0,04).

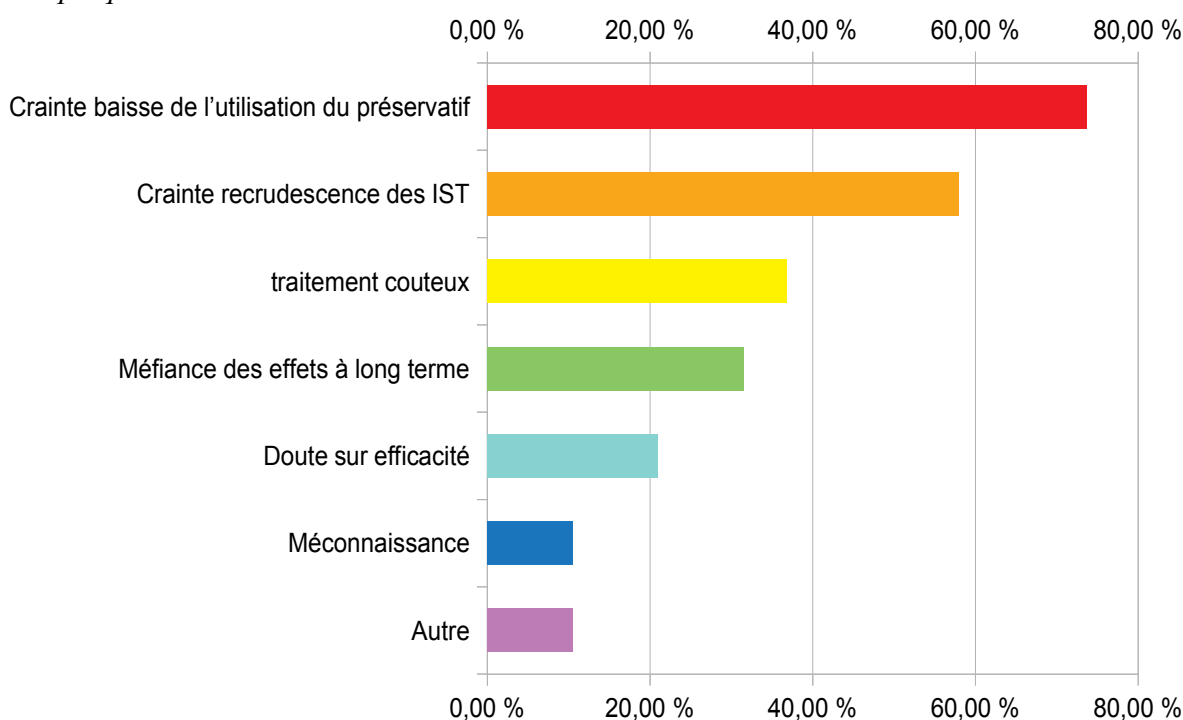
Enfin, 20 % des médecins qui recommanderaient la PrEP ne connaissaient pas les indications.

Parmi les médecins connaissant le traitement, 24 % avaient déjà orienté des patients pour une prise en charge PrEP, 28 % avaient des patients qui leur ont déclaré être sous PrEP et 7 % l'avaient déjà renouvelé.

Parmi ceux ne connaissant pas le traitement (n=45), 19 pensaient avoir des patients répondant aux indications, et 35 la recommanderaient.

Seuls 5 % de la totalité des médecins interrogés ne souhaiteraient pas renouveler le traitement.

Graphique 4: Les causes de la non recommandation de la PrEP

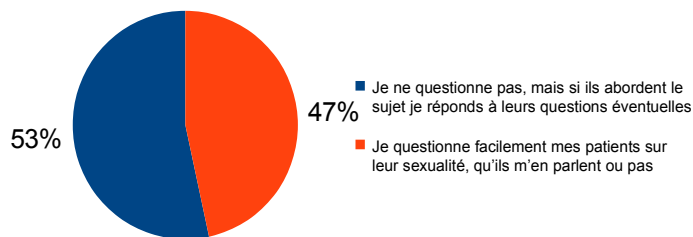


Les médecins ne recommandant pas la PrEP (n=19) ont répondu principalement qu'ils craignaient la baisse de l'utilisation des préservatifs (n=14) et une recrudescence des IST (n=11). (Cf Graphique 4).

Parmi eux, seuls 5 ne souhaitaient ne pas renouveler le traitement si l'occasion se présentait.

L'abord de la sexualité en consultation

Illustration 3: Réponses à la question "Dans vos pratiques en cabinet, comment abordez-vous le sujet de la santé sexuelle?"



Concernant l'abord de la sexualité en consultation, 53,4 % des participants disaient ne pas questionner leurs patients sur le sujet de la sexualité mais répondre à leurs questions éventuelles et 46,6 % estiment questionner facilement leurs patients à ce sujet. Aucun d'entre eux n'ont répondu qu'ils préféreraient adresser à un spécialiste en cas de besoin. (Cf Illustration 3)

Parmi les médecin interrogés, 78 % souhaitaient plus d'informations sur la PrEP.

IV. Discussion

Résultats principaux

L'étude a eu un taux de réponse de près de 33 %, avec une part de médecins plus jeune et un taux de femme plus élevé par rapport à la population générale des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

Il y avait 58 médecins sur les 103 interrogés qui connaissaient la PrEP. Parmi eux, près de 80 % connaissaient bien ou partiellement les indications, et 50 % le protocole de prescription. Ils avaient été informés pour le plus grand nombre par des revues de littérature ou la presse générale.

Les médecins avaient globalement un avis positif sur le traitement, et plus de 80 % de la totalité recommandaient le traitement.

Cependant, les médecins les plus âgés étaient moins informés de son existence et donc moins enclins à recommander ce traitement.

Forces et Faiblesses

Cette étude est originale car c'est la première dans les Bouches-du-Rhône à interroger les médecins généralistes à propos de la PrEP, territoire après l' Ile-de-France et le Rhône où la PrEP est le plus prescrite (32).

Elle a obtenu un fort taux de réponses avec 33,4 % des médecins ayant répondu par rapport aux mêmes études sur ce sujet (une enquête réalisée en 2018 en Maine et Loire par le Dr Charreau a obtenu un taux de réponse de 22,4 %(35), et 28 % pour la thèse du Dr Foka Tichoue en Seine-Saint-Denis (47)).

Le choix d'envoyer le questionnaire par mail a permis d'obtenir un échantillon élargi à tout le département des Bouches-du-Rhône.

L'effectif de l'étude était faible, ce qui a influencé la significativité de certains résultats. Des différences importantes n'ont pas pu être vérifiées statistiquement, notamment en comparant les différents lieux d'exercice.

Le choix d'un auto-questionnaire par mail constitue un biais : d'une part cela écarte les médecins non informatisés, d'autre part il sélectionne des médecins intéressés par le sujet et crée un biais de sélection.

Ce mode de recrutement a été choisi pour des raisons économiques et temporelles. En effet, aucun financement n'a été demandé pour la réalisation de cette étude et le territoire d'étude était vaste et le nombre de personnes à recruter important.

La population d'étude a pu être comparée avec la population générale des Bouches-du-Rhône avec l'aide de l'outil CartoSanté de l'agence régionale de santé (ARS) (48).

Différents critères étaient disponibles, notamment l'âge et la féminisation du métier.

On observe que les médecins ayant répondu à l'étude étaient en moyenne plus jeunes que la population des médecins de l'ensemble du département. Dans la population générale, près des 2/3 des généralistes ont plus de 55 ans, dans notre étude, plus de la moitié ont moins de 55 ans.

Concernant le taux de féminisation des médecins généralistes, on voit que la tendance est la même entre la population générale et la population étudiée, avec une féminisation inversement proportionnelle à l'âge des médecins.

Bien que la population des médecins bucco-rhodaniens jeunes soit majoritairement féminine (61,4 % des moins de 40 ans), l'étude retrouve un taux encore plus important (86,7 % des moins de 35 ans). De plus, 51,5 % des médecins de l'étude sont des femmes alors qu'elles ne représentent que 38,4 % des médecins du territoire des Bouches-Du-Rhône.

Dans l'étude en Seine-Saint-Denis (47), 64 % des répondants étaient des femmes alors que les femmes représentent 44% des médecins séquano-dionysiens .

Les femmes jeunes semblent donc plus impliquées dans ce type d'étude.

Les médecins de Marseille représentent 44,5 % de la totalité des médecins généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône. Dans notre étude, ils étaient moins représentés avec un taux de 32 % exerçant sur Marseille.

Ainsi, en comparant certaines données socio-démographiques, la population d'étude n'est pas exactement la même que la population générale : il a été recruté plus de femmes, et des médecins plus jeunes.

Cette différence de type de population peut nous amener à penser que le taux de médecins des Bouches-du-Rhône connaissant la PrEP serait plus faible que celui retrouvé dans notre étude. En effet, le biais de sélection induit par l'auto questionnaire informatique recrute des médecins plus jeunes, et certainement plus informés et plus intéressés .

Niveau de connaissance de la PrEP

Dans notre étude, on observe que les médecins connaissent l'existence de la PrEP à 56 %, ce taux est plus élevé à Marseille (61%). Les études réalisées sur le même sujet montrent une inégalité dans la connaissance du traitement en fonction du territoire d'exercice. À Paris (37), 87 % des répondants ont déjà entendu parler de la PrEP. En Seine-Saint-Denis (47), ce taux était de 65%. Enfin, en Maine et Loire (46) 41% des médecins connaissaient.

Connaître la PrEP n'est pas forcément lié à une bonne connaissance des indications et des modalités de traitement. En effet, à Paris (37) (39) , seulement 26 % connaissent réellement ses indications et 40 % ses modalités d'administration. Dans notre étude, les médecins connaissant la PrEP étaient 40 % à réellement connaître les indications.

Concernant la population de l'étude, une différence significative est observée sur l'âge à propos des connaissances et de la capacité à recommander le traitement. Les personnes plus âgées étant moins informées, sont donc moins enclins à la recommander.

Étant donné le nombre élevé de médecins généralistes de plus de 55 ans dans le département des Bouches-Du-Rhône, il semble pertinent d'effectuer un travail d'information chez cette population ciblée.

Les structures de la lutte contre le VIH comme la Coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH) pourraient être des acteurs informant via des brochures/emails ces médecins de l'existence de ce traitement et de ses bénéfices.

Il a été constaté que les médecins ont très majoritairement répondu qu'ils avaient connu la PrEP via des moyens de presse généraux ou scientifiques pour plus de 70 % d'entre eux. En revanche, seulement 12 % en avait entendu parlé en congrès ou formation continue.

La formation des médecins généralistes à ce sujet semble un enjeu important dans les années à venir pour leur permettre de s'approprier le traitement.

Les congrès de médecine générale, les revues de généralistes (exercer, prescrire...) ainsi que les formations en ligne sont des outils qui peuvent facilement relayer l'information.

Une part non négligeable de médecins ont connu la PrEP par un patient (11 sur les 58 médecins connaissant la PrEP).

Représentations et attitude des médecins à propos de la PrEP

Contrairement à l'hypothèse de départ, les médecins semblent avoir un avis positif sur le traitement préventif : la grande majorité est d'accord ou plutôt d'accord avec le fait qu'il s'agit d'un moyen de prévention efficace, qu'il peut permettre une diminution de la prévalence du VIH et qu'il augmente l'opportunité de dépistage et de traitement des IST.

On observe cependant une crainte de la baisse de l'utilisation du préservatif et de la recrudescence des IST avec l'utilisation de la PrEP. Ce sont ces mêmes arguments qui pousseraient les médecins de l'étude à ne pas la recommander, 74 % des médecins ne la recommandant pas craignent une baisse de l'utilisation du préservatif et 58 % une recrudescence des IST.

Il s'avère que l'incidence des IST chez les patients sous PrEP reste toujours en observation, notamment via l'étude ANRS PREVENIR qui est une étude prospective en cours menée en Ile-de-France jusqu'en 2020 afin d'évaluer l'efficacité de la PrEP au travers de la réduction du nombre de nouvelles contaminations VIH.

Des résultats partiels de l'étude ANRS-PREVENIR publiés en juillet 2018 (44) peuvent sûrement faire tomber certains freins à l'appropriation par les généralistes de la PrEP. Ces résultats permettent de confirmer, auprès des 1 435 volontaires déjà recrutés en Ile-de-France, l'efficacité (aucune contamination par le VIH n'a eu lieu) et la bonne tolérance de la PrEP prise de manière continue ou à la demande.

Concernant les autres IST, elles sont en hausse en France au moins depuis le début des années 2000 (donc avant l'apparition de la PrEP) et en forte hausse chez les HSH et les augmentations constatées pour Chlamydia Trachomatis et Gonocoque peuvent être en partie expliquée par une augmentation du dépistage. (50).

Selon une étude allemande de 2018 (51), la PrEP pourrait réduire la transmission des IST (jusqu'à 40%) même en cas de baisse de l'utilisation du préservatif grâce au suivi médical régulier qui permettrait de détecter plus vite les porteurs d'infections et donc de les traiter avant qu'ils ne contaminent d'autres personnes.

Ces études permettent d'amoindrir la crainte liée à la baisse de l'utilisation du préservatif avec l'utilisation de la PrEP et devraient être communiquées dans les informations à mettre en place auprès des médecins généralistes.

À propos du coût, un tiers des médecins de l'étude (33 %) n'a pas d'avis et 45 % sont d'accord ou plutôt d'accord avec le fait que c'est un traitement coûteux. 37 % des participants ne la recommandant pas l'expliquent par un coût trop important du traitement.

Cependant, une étude publiée par AIDES, sur les coûts et bénéfices de la PrEP à la demande montre que pour prévenir une infection, environ 17 personnes doivent être traitées par PrEP (52). Ils expliquent également que la PrEP permet de réduire les coûts en France si la durée d'expo est de moins de 7,5 ans si le médicament est non générique et de 13 ans si il est générique. Cette étude montre que la PrEP à la demande chez les HSH à haut risque avec TDF-FTC peut donc être considérée comme une économie de coûts. La formation et l'information des médecins généralistes devra prendre en compte cette notion d'économie de coût afin de faire baisser la crainte d'une prise en charge trop coûteuse.

Une grande majorité (plus de 80%) des médecins interrogés recommandaient la PrEP. Bien que ce chiffre soit probablement surévalué par les biais déjà énoncés, ces résultats sont encourageants pour l'avenir de la PrEP en médecine générale. Par ailleurs, les médecins plus jeunes sont significativement mieux informés du traitement et recommandent davantage la PrEP que les médecins plus âgés.

Connaître la PrEP n'influe en revanche pas sur le fait de la recommander ou pas, en effet, il a été observé qu'il n'existe pas de différence significative sur le fait de recommander la PrEP entre ceux qui connaissent l'existence et ceux qui ne connaissent pas. De plus, les médecins ne connaissant pas la PrEP sont plus des deux tiers prêts à la recommander si l'occasion se présentait, et près de 80 % des médecins de l'étude désiraient davantage d'informations sur le traitement.

Ces éléments poussent de nouveau à penser qu'il est nécessaire que la formation soit renforcée auprès des médecins généralistes, et plus particulièrement auprès des plus âgés, afin qu'ils intègrent ce traitement dans leur pratique, permettant aux populations concernées d'accéder au mieux à tous les moyens de prévention du VIH, même en soins primaires.

Abord de la sexualité

Il est observé qu'une majorité des médecins interrogés (environ 51%) pense ne pas avoir de patients concernés, et que, bien qu'à Marseille les praticiens pensent davantage avoir des patients concernés, ces différences ne sont pas significativement prouvées. Pourtant, moins de la moitié questionnent facilement leurs patients sur la sexualité. On peut imaginer qu'en discutant plus facilement de ce sujet il pourrait être ciblé plus de personnes rentrant dans les indications de la PrEP.

Une étude publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) du 9 avril 2019 (Étude homoGEN) (53), étudiait l'importance de parler de son orientation sexuelle au médecin traitant. Via un questionnaire anonyme en ligne auprès de 1879 HSH entre mai 2016 et mars 2017, près de 90% avaient désigné un médecin traitant. 58% seulement lui avaient parlé de leur orientation sexuelle mais 42% n'avaient jamais parlé de sexualité avec leur médecin. Quand le médecin était au courant de l'orientation sexuelle, il donnait plus volontiers des informations sur les IST (66% versus 25%), proposait deux fois plus souvent un dépistage des IST ou la vaccination contre l'hépatite A. En cas de problème médical sexuel, 80% des HSH le consultaient alors qu'ils ne sont que 50% quand le médecin ne connaissait pas leur orientation sexuelle. Les auteurs conseillaient donc vivement aux HSH d'informer leur médecin traitant.

Dans l'étude EGALE-ME (46), 40,5% des HSH n'ont jamais parlé de leur orientation sexuelle avec leur médecin traitant et 78,8% déclaraient que le médecin ne leur avait jamais posé la question.

Au Royaume-Uni, le National Health Service recommandait en octobre 2017 (54) d'« enregistrer l'orientation sexuelle de tous les patients âgés de 16 ans et plus, dans tous les services de santé, et dans toutes les administrations participant à la prise en charge sociale et sanitaire »

Un travail nord-américain publié en 2012 (55) propose à ce sujet des questions d'« ouverture » (Avez-vous actuellement une activité sexuelle ? Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? Y a-t-il des problèmes sexuels dont vous souhaiteriez me parler ? Avez-vous des soucis particuliers dont vous aimeriez parler ?). Ces questions permettent d'aborder le sujet d'une manière neutre et leur simplicité permet de les utiliser même lorsque le médecin craint, par exemple, que le sujet ne soit trop sensible pour son/sa patient.e.

Propositions :

Finalement, cette étude permet de formuler quelques propositions pour une meilleure diffusion de l'outil préventif efficace qu'est la PrEP en médecine générale.

Premièrement, il semble primordial que la formation des médecins généralistes à ce sujet soit renforcée (en congrès, sur la presse scientifique, en formation continue...) en ciblant les problématiques liées au coût et au risque de recrudescence des IST. Ce sont les freins principaux identifiés chez les médecins qui ne la recommandent pas alors que ces arguments peuvent être réfutés. Il semble pertinent de cibler les médecins plus âgés (plus de 55 ans), qui représentent une part plus grande des médecins des Bouches-du-Rhône, car ils sont moins informés, et moins enclin à prescrire la PrEP. Il est nécessaire que les autorités de santé déploient plus de moyens économiques et humains afin de diffuser l'information au plus grand nombre pour augmenter les lieux de prescription de ce traitement.

La formation des étudiant.e.s en médecine gagnerait à intégrer un module à part entière de santé sexuelle, incluant dans les problématiques de contraception et d'IVG, celles liées à la sexualité et aux pratiques à risque, en déconstruisant les « mythes » et les « tabous » qui en découlent. Car si les « vieilles générations » sont moins à l'aise avec cet outil préventif, il est probable que ce soit lié au fait qu'elles ont du mal à déconstruire l'idée que l'unique protection doit être le préservatif, comme l'explique l'enquête « Normalisation de la PrEP, confiance et moralisme » (10), menée par l'École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris XIII. Les nouvelles générations de médecins, si elles sont bien formées, devraient saisir plus facilement ces nouveaux outils de prévention si une formation adéquate est réalisée.

Pourtant, au Canada, une étude publiée en 2015 faite auprès des étudiants en médecine a montré que le thème de la santé sexuelle était peu développé et de façon non uniforme dans le pays. Cela met en avant des lacunes dans la formation tant sur le plan national qu'international. Cet article «Sexual health education in Quebec schools : a critique and call for change» proposait de refonder la formation en santé sexuelle (56). Ce même type d'étude pourrait être mené en France pour identifier les manques à gagner sur cette question précise de la formation en santé sexuelle.

De plus, il serait intéressant de développer des outils qui permettent aux médecins généralistes d'intégrer la santé sexuelle dans leur pratique quotidienne, afin de répondre au mieux aux questionnements liés aux IST, à la contraception, mais aussi aux violences sexuelles.

Premièrement, mettre en place des « consultations dédiées » pour aborder la santé sexuelle permettrait de répondre au manque de temps qui fait souvent défaut aux médecins. Ils pourraient ainsi programmer ou reprogrammer les consultations si nécessaire. Ces consultations pourraient bénéficier d'une revalorisation de leur prix. Ensuite, il semble nécessaire de développer des outils de communication tels que le Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB), adaptés aux problématiques de la santé sexuelle.

Enfin, questionner les patient.e.s sur leur orientation sexuelle pourrait faire partie des antécédents car il existe des problématiques spécifiques de santé chez les HSH notamment.

Des études pourraient être menées chez les médecins généralistes à ce sujet.

Finalement, une coordination plus importante entre généralistes et CeGIDD semble pertinente. Ces derniers peuvent être un appui important pour les médecins généralistes dans les prises en charge liées à la santé sexuelle.

CONCLUSION

La prévalence du VIH est en baisse en 2018 pour la première fois depuis de nombreuses années grâce à une politique de prévention diversifiée intégrant la Prophylaxie Pré Exposition. Le suivi de cet outil de prévention efficace est très majoritairement fait dans les CeGIDD, alors que le médecin généraliste peut le renouveler, et même bientôt être le primo-prescripteur.

Cette étude a montré que le taux de médecins des Bouches-du-Rhône connaissant cet outil de prévention était insuffisant, quatre ans après sa mise en place. Cependant, il est certain que pour que les praticiens prescrivent la PrEP, il faut qu'ils aient connaissance de son existence.

Ce traitement devrait faire l'objet d'une promotion plus importante et ne doit pas se cantonner aux milieux associatifs ou spécialisés dans la prévention du VIH.

Les médecins de l'étude étaient très majoritairement favorables à ce traitement, qu'ils en aient entendu parler ou pas en amont de l'étude. Quelques freins ont été ciblés (peur de la baisse de l'utilisation du préservatif, crainte de la recrudescence des IST...), mais pourraient, avec une formation correcte, être déconstruits afin qu'ils s'approprient sans peur ce moyen de prévention.

Ainsi, il est fort probable que si l'on donne les moyens aux médecins traitants de s'emparer de l'outil de prévention qu'est la PrEP, les patients pourront accéder facilement à ce traitement en soins primaires, dans le cadre d'une prévention diversifiée.

Des efforts semblent donc primordiaux à plusieurs niveaux : la formation à ce sujet pourrait être améliorée, et il serait intéressant de développer des outils pour faciliter l'abord de la sexualité en médecine générale tant au niveau des techniques de communication qu'au niveau du cadre de la consultation.

BIBLIOGRAPHIE

1.Fiche d'information 2019 — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida.
2.VIH/sida : données 2018 sur les découvertes de séropositivité VIH et diagnostics du sida.
3.Santé publique France. Dépistage et découvertes de séropositivité VIH à Paris. Point épidémiologique 2018.
4.Santé publique France. Bulletin de santé publique. 9 octobre 2019.
5. ...Le Quotidien du médecin. VIH : la Cour des comptes épingle les efforts insuffisants en matière de prévention et de dépistage.
6.Bulletin de santé publique VIH-IST en Centre - Val-de-Loire. Novembre 2019.
7. . .Surveillance et prévention des infections à VIH et du SIDA. PACA. Bulletin de santé publique. Novembre 2019.
8.UNAIDS. 90-90-90: traitement pour tous.
9.Profil de l'épidémie de VIH en 2017-2018. vih.org.
10.Ahmed M, Avron L, Blanchard L, Bussi C, Czuppon C, Daoud M, et al. Normalisation de la PrEP, confiance et moralisme. :139.
11.Strömdahl S, Hickson F, Pharris A, Sabido M, Baral S, Thorson A. A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe. Eurosurveillance. 16 avr 2015;20(15):21096.
12. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020.
13.Roberts BD. HIV Antibody Testing Methods 1985-1988. :2.
14. .Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. 30 mars 2018 ;21(3).
15.Velter A, Duchesne L, Lydié N. Augmentation du recours répété au dépistage VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en France entre 2017 et 2019. Résultats de l'enquête Rapport au sexe.
16.Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Mars 2017.

17. .Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie | Legifrance.
18.OFDT. Évolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues.
19.Messenger D. Prévention des risques sexuels et/ou réduction des risques sexuels ? 2002;19.
20. . Pialoux PG, Lert F, Coll. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. 2009;63.
21.Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. N Engl J Med. 20 nov 1997;337(21):1485-90.
22.Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni.
23.Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. The Lancet. 15 juin 2019;393(10189):2428-38.
24. Ratmann O, van Sighem A, Bezemer D, Gavryushkina A, Jurriaans S, Wensing A, et al. Sources of HIV infection among men having sex with men and implications for prevention. Sci Transl Med. 6 janv 2016;8(320):320ra2.
25.Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe des experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ». 2018;46.
26.Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. N Engl J Med. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
27.EACS. European AIDS Clinical Society Guidelines. Recommendations 2017 Version 9.0.
28.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. New England Journal of Medicine. 30 déc 2010;363(27):2587-99.
29.Riddell J, Amico KR, Mayer KH. HIV preexposure prophylaxis: a review. Jama. 2018;319(12):1261–1268.
30.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. The Lancet. 2 janv 2016;387(10013):53-60.

31.Prévention du VIH : Depuis 2016, plus de 20 000 personnes ont initié une prophylaxie pré-exposition (PrEP) - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
33.Guide Comede 2015| Soins et accompagnement Migrants/étrangers en situation précaire [Internet]. 2016.
34.Essai DISCOVER : Le Descovy® aussi efficace que le Truvada® pour la Prep [Internet]. vih.org. Disponible sur: <https://vih.org/20190307/essai-discover-le-descovy-aussi-efficace-que-le-truvada-pour-la-prep/>
35.Matthews RP, et al « First in-human trial of MK-8591-eluting implants demonstrates concentrations suitable for HIV prophylaxis for at least one year » IAS 2019;
36. ..Giami A. La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lantéri-Laura : un débat qui n'a pas eu lieu. L'Évolution Psychiatrique. avr 2005;70(2):283-300.
37.Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Presses de l'EHESP; 2010.
38.Strategie nationale sante sexuelle. Agenda 2017-2030. Haut Conseil de Santé Publique.
39.En matière de prévention, les Français plébiscitent leur médecin généraliste. Le Généraliste.
40.Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 2008;20(5):489.
41.Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Vu SL, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France. :32.
42.Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. :5.
43.Thibaut J. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en FranceRéflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. 2016;383.
44.Molina J-M, Ghosn J, Beniguel L, Rojas-Castro D, Algarte-Genin M, Pialoux G, et al. Incidence of HIV-infection in the ANRS Prevenir study in Paris region with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC. 2018;(Generic).
45. . ANSM. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré- exposition (PrEP) au VIH. :37.
46. ...Chareau S. Enquête sur les connaissances et perceptions des Médecins Généralistes du Maine-et-Loire concernant la PrEP (Prophylaxie pré-Exposition au VIH) en 2018.

47.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 [Internet]. PARIS EST CRETEIL;
48.Agence Régionale de Santé. CartoSanté. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#l=fr;v=map5>
49.Zeggagh J, Siguier M, Molina J-M Évaluation de la prise en charge de la santé sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes par les médecins généralistes, à l'heure de la prophylaxie pré-exposition du VIH. Médecine et Maladies Infectieuses. 1 juin 2018;48(4, Supplement):S144.
50.Bulletin des réseaux de surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Santé Publique France. Avril 2018.
51. Werner RN, Gaskins M, Nast A, Dressler C. Incidence of sexually transmitted infections in men who have sex with men and who are at substantial risk of HIV infection – A meta-analysis of data from trials and observational studies of HIV pre-exposure prophylaxis. PLOS ONE. 3 déc 2018;13(12):e0208107.
52.Durand-Zaleski I, Mutuon P, Charreau I, Tremblay C, Rojas D, Pialoux G, et al. Costs and benefits of on-demand HIV preexposure prophylaxis in MSM. AIDS. 2 janv 2018;32(1):95-102.
53. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin (étude HomoGen). Bull Epidemiol Hebd. 2019;(12):204-10.
54.NHS England » Implementation Guidance Fundamental Standard for Sexual Orientation Monitoring.
55. Althof S, Rosen R, Perelman M, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. The journal of sexual medicine. 12 sept 2012;10.
56. Garcia CK. Sexual health education in Quebec schools: A critique and call for change. Canadian Journal of Human Sexuality. déc 2015;24(3):197-204.
57. .Cazein F, Sommen C, Pillionel J, Bruyan M, Ramus C, Pichon P, et al. Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France 2018. Bull Epidemiol Hebd. 2019

ABRÉVIATIONS

- ADVIH : Autotest de Dépistage du VIH
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- CMG : Collège de Médecine Générale
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- FTC : Emtricitabine
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
- HSH : Hommes qui ont des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
- IST : Infection sexuellement transmissible
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PrEP : Prophylaxie Pré Exposition
- PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
- RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
- SIDA : Syndrome de immunodéficience acquise
- TasP : Treatment as Prevention
- TDF : Tenofovir Disoproxil Fumarate
- TPE : Traitement Post Exposition
- TPE : Traitement Post Exposition
- TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
- UDI : Usager de Drogues Injectables
- VHB : Virus de l'Hépatite B
- VHC : Virus de l'Hépatite C
- VIH : Virus de l'immunodéficience acquise

ANNEXES

Questionnaire à propos de la prévention du VIH en médecine générale.

Bonjour,

Je suis actuellement interne en dernier semestre de médecine générale.

Intéressé par la question du VIH, j'oriente mon sujet de thèse sur sa prévention en médecine générale.

Bien que ce sujet ne représente pas l'activité principale en médecine de ville, il me semble important d'identifier les pratiques et les connaissances bio médicales de prévention du VIH.

Que vous connaissiez le sujet ou non, je vous serais donc extrêmement reconnaissant si vous y répondez.

Cela prend moins de 5 minutes dans votre temps que je sais précieux.

Merci infiniment pour votre aide,

Bien fraternellement,

Nicolas Bally

Auto description

1) Êtes-vous: *

Un homme

Une femme

2) A quelle tranche d'âge appartenez-vous? *

<35 ans

35-44 ans

45-54 ans

55-64 ans

>65 ans

3) Quel est le code postal de votre cabinet? *

Votre réponse _____

4) Quel type de patientèle avez-vous ? *

- Tendance gériatrique
- Tendance jeune adulte
- Tendance pédiatrique
- Tout venant

5) Dans quel type de structure exercez-vous principalement la médecine générale? *

- En cabinet seul
- En cabinet de groupe ou maison de santé avec d'autres médecins
- En cabinet de groupe ou maison de santé avec d'autres médecins et personnels paramédicaux

Connaissances

6) Connaissez-vous la prophylaxie pré exposition du VIH (PrEP)? *

- Oui
- Non

Si vous avez répondu "non" à la question précédente, passez directement à la page suivante sur les informations concernant ce traitement et continuez à répondre à partir de la question 10.

7) Par quel moyen avez-vous connu la PrEP (plusieurs réponses possibles)?

- Par un confrère, ou étudiant en médecine (externe, interne)
- Par un patient
- Revue de la littérature
- Par un article de presse générale (journal, tv, radio...)
- En congrès/ formation médicale (continue ou non)
- Par mon entourage
- Autre : _____

8) Etes-vous informé.e de ses indications?

- Oui
- Non
- Partiellement

9) Connaissez-vous le protocole de sa prescription ?

- Oui
- Non
- Partiellement

Représentations

La prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) est un moyen de prévention du VIH, qui consiste à prendre un traitement anti-rétroviral (bithérapie) en amont d'une prise de risque. elle est prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Ses principales recommandations sont :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les transgenres à haut risque de contamination
- les personnes utilisant des drogues intra veineuse
- les travailleurs-euses du sexe
- les personnes originaires de pays à haute prévalence du VIH, notamment en Afrique sub saharienne

La PrEP s'intègre dans une démarche de prévention diversifiée comprenant l'utilisation du préservatif, le dépistage, le treatment as prevention (TASP).

Les médecins généralistes peuvent renouveler la PrEP tous les 3 mois, après initiation et surveillance annuelle par un.e médecin infectiologue ou exerçant en CeGIDD.

10) Merci de donner votre avis sur les propositions suivantes: *

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas d'avis
Ce traitement va encourager la population à ne plus mettre le préservatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai un doute sur l'efficacité de ce traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C'est un traitement couteux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cela va entraîner une recrudescence des autres IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me méfie des effets à long terme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est un moyen de prévention efficace pour le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Son utilisation permettra de diminuer la prévalence du VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cela permettra d'augmenter l'opportunité de dépistage et de traitement des IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attitude

11) Pensez-vous avoir des patient.e.s qui répondent aux indications de la PrEP? *

Oui

Non

12) Si vous en aviez, leur recommanderiez-vous la PrEP? *

Oui

Non

13) Si non, pourquoi (plusieurs réponses possible)?

- traitement couteux
- crainte de la baisse de l'utilisation du préservatif
- doute sur efficacité
- méfiance des effets sur le long terme
- crainte d'une rescrudescence des autres IST
- Autre : _____

14) Avez-vous déjà orienté des patients pour prendre la PrEP? *

- Oui
- Non

15) Avez-vous des patients qui vous ont déclarés être sous PrEP? *

- Oui
- Non

16) L'avez-vous déjà renouvelé? *

- Oui
- Non, pas eu d'occasion
- Non, je ne souhaite pas le faire

17) Dans vos pratiques en cabinet, comment abordez-vous le sujet de la santé sexuelle? *

- Je questionne facilement mes patients sur leur sexualité, qu'ils m'en parlent ou pas
- Je ne questionne pas, mais si ils abordent le sujet je réponds à leurs questions éventuelles
- Si on me questionne sur ce sujet je préfère adresser à un "spécialiste" (gynécologue, sexologue, psychologue...)

Souhaitez-vous:

- que je vous envoie les résultats de l'étude
- plus d'information sur la PrEP

Indiquez votre mail si intéressés:

Votre réponse _____

Résumé :

Introduction : La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH est une méthode de prévention efficace. Elle consiste à prendre un traitement antirétroviral quotidiennement, ou à la demande et s'adresse aux personnes les plus à risque. En France, elle est très majoritairement utilisée par les « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » (HSH). Le nombre de personnes sous PrEP est en augmentation constante. La prescription est initiée dans les CeGIDD ou en milieu hospitalier, et peut être renouvelée par le médecin généraliste dans un délai de 1 an. Étant en première ligne, les médecins généralistes ont un rôle important dans la prévention. Ils ont aujourd'hui une vraie place dans la prescription et l'accompagnement des patients « PrEPeur ». Pourtant, très peu de patients ont recours à leurs médecins généralistes pour le renouvellement de ce traitement préventif. Ce phénomène semble multifactoriel : manque d'information aux généralistes et aux patients, représentations péjoratives à propos de ce traitement, difficultés à aborder le sujet de la sexualité chez les médecins mais aussi chez les patients.

Objectif : L'objectif principal de ce travail est d'étudier les connaissances des médecins généralistes des Bouches du Rhône à propos de la PrEP. Les objectifs secondaires sont d'étudier les représentations et attitudes de cette même population à propos de ce traitement préventif.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative exploratoire à visée descriptive réalisée auprès de médecins généralistes des Bouches du Rhône entre juillet 2019 et janvier 2020. Les critères d'inclusions étaient : les médecins généralistes, en activité en maison médicale, en cabinet d'associés ou seuls, dans le département des Bouches du Rhône. Les médecins ayant une activité exclusive hors du champ de la médecine générale de ville ont été exclus.

Résultats : L'étude a eu un taux de réponse de près de 33 %, avec une part de médecins plus jeune et un taux de femmes plus élevé par rapport à la population générale des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Il y avait 58 médecins sur les 103 interrogés qui connaissaient la PrEP (soit 56,3%). Parmi eux, près de 80 % connaissaient bien ou partiellement les indications, et 50 % le protocole de prescription. Ils avaient été informés pour le plus grand nombre par des revues de littérature scientifique ou la presse générale. Les médecins avaient globalement un avis positif sur le traitement, et plus de 80 % de la totalité recommandaient le traitement. Les raisons poussant à ne pas la recommander étaient pour la plupart la crainte de la recrudescence des IST et la crainte de la baisse de l'utilisation du préservatif. Les médecins les plus âgés étaient moins informés de son existence et donc moins enclins à recommander ce traitement.

Conclusion : Le taux de médecins des Bouches-du-Rhône connaissant la PrEP était insuffisant, quatre ans après sa mise en place. Il semble important de donner davantage de moyens aux médecins généralistes de s'emparer de cet outil de prévention en améliorant la formation et en facilitant l'abord de la santé sexuelle lors des consultations.

Mots clefs : PrEP, VIH, HSH, CeGIDD, santé sexuelle, prévention, médecine générale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



