



HAL
open science

Utilisation du préservatif et point de vue sur son remboursement : enquête transversale chez les PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine en 2020-2021

Thaïs Bonnet

► To cite this version:

Thaïs Bonnet. Utilisation du préservatif et point de vue sur son remboursement : enquête transversale chez les PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine en 2020-2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03462418

HAL Id: dumas-03462418

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03462418>

Submitted on 1 Dec 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX – UFR DES SCIENCES
MEDICALES

Année 2021

Thèse n° 133

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Thaïs Bonnet

Née le 10/09/1993 à Bruges

Le 25 novembre 2021

**Utilisation du préservatif et point de vue sur son
remboursement : enquête transversale chez les
PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine en 2020-2021**

Sous la direction du Docteur Nicolas Rouanes

Membres du jury

Monsieur le Professeur Charles Cazanave	Président
Monsieur le Professeur François Pétregne	Juge
Madame le Docteur Mojgan Hessamfar	Juge
Madame le Docteur Isabelle Le Henn	Juge
Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet	Rapporteur
Monsieur le Docteur Nicolas Rouanes	Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Charles Cazanave,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci sincèrement pour l'intérêt et la considération que vous avez porté à cette thèse. Merci également de votre engagement pour cette étude, permettant sa réalisation et son aboutissement. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet,

Vous m'avez fait l'honneur d'être mon rapporteur de thèse. Veuillez recevoir mes plus respectueux remerciements.

A Madame le Docteur Mojgan Hessamfar,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie sincèrement pour votre soutien, votre disponibilité et votre enthousiasme tout au long de ce travail. Sans votre aide précieuse ce travail n'aurait pu aboutir. Veuillez croire en ma respectueuse considération et ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François Pétregne,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci d'avoir accepté de faire parti de ce jury et de m'avoir aiguillé dans les prémices de ce travail. Effectuer mon stage de SASPAS à vos côtés a été une expérience extrêmement enrichissante, impactant fortement ma pratique notamment en ce qui concerne la communication médecin-patient. Merci de votre accompagnement toujours bienveillant et juste.

A Madame le Docteur Isabelle Le Hen,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et de m'avoir accueilli chaleureusement au CeGIDD. Je vous suis gré de votre soutien et de votre réactivité pendant toute la réalisation de ce travail. Soyez assurée de ma de ma sincère considération et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Nicolas Rouanes,

Un grand merci d'avoir accepté d'être mon Directeur de thèse. Merci infiniment de m'avoir guidé et encouragé tout au long de ce travail, d'avoir fait preuve d'une disponibilité et d'une bienveillance sans faille à mon égard. J'ai eu également la chance d'apprendre à tes côtés durant mon internat. Merci pour toutes les connaissances partagées, pour ta présence et ton aide précieuse tout au long de ce semestre. Tu as toute mon estime et ma reconnaissance.

Au Docteur Jérémie Lespinasse, merci sincèrement d'avoir accepté de participer à ce travail. Merci pour tes précieux conseils, ton implication et pour la qualité de ton travail. Sois assuré de mon amitié.

A Madame Julie Lamant, coordinatrice du COREVIH Nouvelle-Aquitaine, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Merci très sincèrement pour votre engagement et votre disponibilité tout au long de cette étude.

Un grand merci à toutes les équipes des CeGIDD et services d'infectiologie des Centres Hospitaliers de Nouvelle-Aquitaine pour leur participation efficace et enthousiaste à ce travail.

A l'équipe d'infectiologie de l'hôpital de jour de Saint-André. Pour leur accueil chaleureux et leurs conseils avisés, merci sincèrement au Docteur Mojgan Hessamfar, au Docteur Sabrina Caldato, au Docteur Etienne Mereglia, au Professeur Pierre Duffau, au Docteur Marie-Carmen Pertusa et à l'équipe paramédicale.

A l'équipe d'infectiologie de l'hôpital Pellegrin, au Professeur Charles Cazanave, au Docteur Maïlys Ducours, au Dr. Julie Leitao, et à Madame Carol Borie.

A l'équipe du CeGIDD de Bordeaux.

Au Docteur Nicolas Rouanes, au Docteur Bernard Castan et au Docteur Jean-Benoît Zabbé du Centre Hospitalier de Périgueux.

Au Docteur Gwenaël Le Moal, à Monsieur David Plainchamp du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Au Docteur Hélène Ferrand du Centre Hospitalier de Libourne.

Au Docteur Sophie Farbos, du Centre Hospitalier de Bayonne.

Au Docteur Amaury Barret et au Docteur Martha Videcoq du Centre Hospitalier d'Arcachon.

Au Docteur Gabriella Illes du Centre Hospitalier de Mont de Marsan.

Au Docteur Maria Roncato Saberan, au Docteur Claire Chapuzet, au Docteur Xavier Pouget-Abadie du Centre Hospitalier de la Rochelle.

Au Docteur Agnès Riche, à Madame Mélina Peccolo et à Monsieur Guillaume Arnou du CeGIDD et du Centre Hospitalier d'Angoulême.

Merci aux PrEPeurs et aux PrEPeuses d'avoir participé à cette étude.

A tous les médecins et autres professionnels de santé qui ont contribué à ma formation ; pour le temps et la confiance qu'ils m'ont accordé, la bienveillance et la patience dont ils ont fait preuve à mon égard.

Au Docteur Anne-Laure Ella qui a suscité mon envie de faire de la médecine générale.

Au Docteur Vincent Bonnelle qui m'a initié à la médecine de campagne avec passion et bonne humeur.

A l'équipe Larunsoise de mon premier semestre. Au Docteur Christine Dufour, je garderai en mémoire ta bienveillance immense si inspirante, ton rire malicieux caractéristique. A Philippe, pour les petits plats. Au Docteur Guillaume Camdeborde, le smuriste de l'Ossau !

A la joyeuse équipe des urgences de Bordeaux Nord, aux Docteurs Sophie Pons, Hervé Leyral, Kamel Ferhaoui, Marwan Fardoun, Olivier Murcott, Bruno Boutet, Julien Boichut, Fabrice Donck et l'ensemble de l'équipe paramédicale. Ce fût un réel plaisir de travailler à vos côtés ! Merci de m'avoir chouchouté pendant 6 mois.

Aux adorables pédiatres des urgences pédiatriques de Pellegrin.

A toutes les personnes rencontrées à l'Hôpital de Périgueux. A la fantastique équipe de MIMI. Aux Docteurs Jarnier, Zabbé et Saunier. Au Docteur Bernard Castan, merci pour tes enseignements passionnés. Au service des urgences de Périgueux, où les gardes sont animées mais toujours en joyeuse compagnie. Aux sage-femmes, aux gynécologues et aux secrétaires du service de gynécologie. Au Docteur May-Lise Bouvet dont j'admire l'éthique et le professionnalisme. A Marjorie Agen, à son incroyable énergie au service des femmes. Aux Docteurs Alexandre Darwiche, Sophie Jouvét et Blandine Hecquet qui m'ont tout appris de la gynécologie médicale.

A mes mentors de SASPAS. Au Docteur Françoise Rouquier, pour m'avoir incité à toujours plus de rigueur et de curiosité médicale. Au Docteur Georgine Labadie, pour toutes les connaissances partagées et ta bonne humeur contagieuse.

A la chaleureuse équipe de Médecin du Monde qui m'a ouvert à d'autres horizons.

Aux membres du CACIS, dont j'admire l'engagement!

A mes belles rencontres de l'internat.

A ma Marilou. Je n'aurais pas pu trouver meilleure colocataire à mon envol du nid ! Merci d'avoir été aux petits soins avec moi pendant ces 6 mois et de l'être toujours. (PS : pardon pour la voiture).

A la pimpante Amélie, pour notre compagnonnage mutuel si précieux. Pour tous les agréables moments passés et à venir ensemble.

A l'unique Clem-cott, merci pour ta joie de vivre et ton optimisme !

A la bande des palois. A Marie, ma compagne de grimpe.

A mes sympathiques et solidaires co-internes des urgences pédiatriques.

A mon cher Ditmar, co-interne idéal toujours prêt à voler à ma rescousse. A nos belles soirées aux Nuits Gourmandes. A Martin, pour les pauses café-commérages.

A mes co-internes du semestre de gynécologie. A mon acolyte Julie, merci pour ton humour et tes gâteaux ! (sauf la galette). A la douce Margot, merci pour ton précieux compagnonnage. A Aude, à Mathilde, à Quentin.

A mes colocataires et amis. A Matthieu, pour ta bonne humeur perpétuelle, à Géraldine ma co-organisatrice ! A Amir, pour tous ces moments simples et plaisants partagés pendant le confinement, pour tes sets enflammés ! A Sarou, notre rayon de soleil.

A Simon, le Moutchik avec nous c'est mieux que Tahiti non ? A Jean G, pour ton enthousiasme quelque soit le programme ! A Jean C, avec qui c'est toujours un plaisir de papoter.

A Camille, Louis et Gaston, qui nous donnent envie de revenir dans le Périgord.

A mes amis, pour tout le soutien et la joie que vous m'apportez.

A Séléna, Xavier et Julie. Avec qui tout a commencé, en covoit pour la fac au son d'une nova tunes ! Merci d'avoir ensoleillé ma PACES et d'avoir rendu notre réussite possible.

A Charlotte, amie de tous les instants, des grands comme des petits moments, merci de ton amitié si douce et rassurante. A Camille, merci de me pousser à m'enthousiasmer et à m'émerveiller toujours. A Sokhna dont l'amitié précieuse reste intacte, même au-delà des frontières. A Maylis et ses projets en pagaille. A notre Meili des tropiques.

A Hortense, qui balaie tout tracas de son sourire jovial ! Merci pour ta générosité, ta façon à la fois fine et drôle de me faire relativiser et avancer.

A Brice, pour ta présence toujours lumineuse et gaie. A Monique et Michel qui m'ont fait parcourir le monde.

A Yohann, pour nos savoureux tea-time hors du temps avec Emma.

A mes amies de l'externat. A ma partenaire de sous-colles « améliorées » Fanny, à ma pétillante Pauline, au duo de choc Agate et Léa. A Kevin, pour les footings du dimanche soir.

A mes amis du lycée, Marie, Jeanne, Baptiste, David, Marc, Pierre, Clément, Rodolphe, Raphaël, pour tous les moments partagés, les concerts, les footings, les weekends au ski, les after-works, j'en passe et des meilleurs !

A ma future belle-famille, Florence, Philippe, Paul, Clara, Paule, merci pour votre très chaleureux accueil au sein du clan Héraudet ! Merci pour votre générosité et votre sollicitude qui me touche. A Laetitia, que je suis heureuse de voir revenir à Bordeaux !

A ma famille.

A mes parents, piliers inébranlables de ma réussite. Merci pour votre amour et votre soutien indéfectible depuis que j'ai commencé ces études. A ma mère. Ton dynamisme, ta persévérance et ton empathie ont toujours été pour moi source d'inspiration. Merci pour ton écoute et ta tendresse infinie. A mon père. Tantôt taxi, coach, statisticien, relecteur, d'un optimisme à toute épreuve ! Merci pour cette joyeuse énergie qui te caractérise, que tu as toujours mis au service de mon bonheur et de ma réussite.

A Caroline, ma sœur chérie; je suis si admirative, de tout ce que tu entreprends toujours avec passion et détermination, mais aussi de ta légèreté et ton humour. A Marc, mon petit frère, joyeux drille au cœur tendre mais à l'œil vif ! Merci pour ton pétillant, ton intérêt et ta curiosité pour tous et pour tout. Je me sens très chanceuse de notre complicité, d'avoir pu grandir à vos côtés.

A Mamie et Papi, vous qui êtes à l'origine de cette belle famille et de l'harmonie qui nous lie. Merci de votre amour inconditionnel si précieux.

Je vous aime tendrement.

A mes cousins et cousines, avec qui j'ai eu le privilège de passer de nombreux moments joyeux et insoucians. A Bon-Papa et Bonne-Maman, à mes tantes et oncles, pour avoir créé et entretenu ce lien.

A Emma, Mathilde, Quiterie, pour votre présence et vos conseils toujours avisés.

A Oncle Bob et Anne-Marie, pour votre accueil chaleureux lors de mon semestre dans le Béarn.

A Luc.

Tu m'as tant encouragé et aidé de tellement de manières dans l'aventure de l'internat et de la thèse. Merci de me redonner confiance dans les moments de doutes, de rendre mon quotidien plus fou et plus doux, de m'aimer si intensément pour la personne que je suis, tout simplement. Quelle chance de pouvoir envisager l'avenir de façon si sereine à tes côtés, je suis impatiente de connaître la suite de notre histoire. Je t'aime tant.

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLES DES MATIERES.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
CONTEXTE	12
1- Historique de la PrEP	12
A- Contexte de l'avènement de la PrEP : une diminution du taux d'infections là où le traitement est disponible, mais une diminution insuffisante	12
B- Avènement de la PrEP : la création d'un nouveau mode de prévention	13
C- Généralités sur la PrEP	14
a- Définition et pharmacologie	14
b- Effets indésirables	14
c- Indications : les populations les plus à risques ciblées.....	15
d- Modalités de prescription	15
e- Schéma d'administration et suivi.....	16
f- Contre-indications.....	17
D- Dernières données sur la PrEP.....	17
a- La PrEP pour les femmes exposées au VIH	17
b- Alternatives au Truvada®	17
c- Des nouveaux modes d'administrations.....	18
2- Données épidémiologiques de la PrEP et des IST	18
A- La PrEP	18
a- La PrEP : données mondiales.....	18
b- La PrEP : données françaises.....	19
c- La PrEP en Nouvelle-Aquitaine.....	20
B- Les infections sexuellement transmissibles.....	23
a- Les infections sexuellement transmissibles : données mondiales	23
1- Le VIH.....	23
2- Les autres infections sexuellement transmissibles	23
b- Les infections sexuellement transmissibles : données françaises.....	24
1- Le VIH.....	24
2- Les autres infections sexuellement transmissibles	24
c- Les infections sexuellement transmissibles : données de Nouvelle-Aquitaine.....	27
1- Le VIH.....	27
2- Les autres infections sexuellement transmissibles	27
d- Conclusion.....	28
C- PrEP et Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : la polémique	28
3- Complémentarité de la PrEP et du préservatif dans la stratégie de prévention diversifiée	29

A-	PrEP et comportement sexuel : l'intérêt de la PrEP au sein d'une approche de prévention globale	29
B-	PrEP et préservatifs	30
a-	Données sur l'utilisation du préservatif par les HSH.....	30
b-	Données sur le retentissement de la PrEP sur le comportement sexuel	31
c-	Etat des lieux de la prévention actuelle quant aux patients à haut risque d'infection au VIH.....	32
d-	Conclusion.....	33
C-	Etudes antérieures sur les modalités d'utilisation du préservatif chez les PrEPeurs.euses	33
	ETUDE	35
1-	Objectifs	35
A-	Objectif principal	35
B-	Objectifs secondaires	35
2-	Matériels et Méthodes	35
A-	Schéma de l'étude	35
B-	Population de l'étude	35
C-	Outil de mesure	35
D-	Protocole	36
E-	Chronologie de suivi et durée de l'étude	36
F-	Analyses statistiques.....	37
3-	Résultats	37
A-	Description de la population de l'étude	37
a-	Données générales.....	37
b-	Caractéristiques socio-démographiques	38
c-	Prescription et utilisation de la PrEP	43
d-	Antécédent d'IST	44
e-	Pratique du chemsex	45
B-	Modalités d'utilisation du préservatif dans la population d'étude	45
a-	Description des modalités d'utilisation du préservatif dans la population d'étude	45
1-	Utilisation du préservatif	45
2-	Circonstances d'utilisation du préservatif.....	46
3-	Raisons de non-utilisation du préservatif	47
4-	Influence du type de rapport sur l'utilisation du préservatif	48
5-	Défaut d'utilisation du préservatif car IST considérées comme négligeables par rapport aux VIH	48
6-	Diminution de l'utilisation du préservatif depuis la prise de PrEP.....	49
b-	Analyses multivariées de la variable « fréquence d'utilisation du préservatif » avec les différentes caractéristiques des PrEPeur.euses.....	49
C-	Préservatif sur ordonnance : vision du préservatif sur ordonnance par les PrEPeur.euses de notre échantillon et analyses multivariées.....	52
1-	« Savez-vous que le préservatif est remboursé par l'Assurance Maladie » ?	52

2- « Le fait que le préservatif soit remboursé (avantage financier) incite à l'utiliser »	54
3- « Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale incite à l'utiliser »	57
4- « Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale en même temps que la PrEP incite à l'utiliser »	58
5- « La délivrance du préservatif en pharmacie, donc l'échange avec un tiers, peut dissuader à l'obtention du préservatif »	63
D-Freins à l'utilisation du préservatif évoqués par les PrEPeurs.euses (réponse libre)..	64
DISCUSSION	66
1- Résultats	66
A- Description de la population d'étude	66
a- Données socio-démographiques	66
b- Prescriptions et modalités d'utilisation de la PrEP	66
c- Comportement sexuel.....	67
1- Antécédents d'IST	67
2- Pratique du chemsex.....	67
3- Utilisation du préservatif	67
3-1- Modalités d'utilisation du préservatif	67
3-2- Caractéristiques des utilisateurs et utilisatrices du préservatif	68
B- Modalités d'utilisation du préservatif	69
a- Facteurs d'utilisation du préservatif.....	69
b- Facteurs de non-utilisation du préservatif	69
C- Préservatif sur ordonnance.....	70
a- Connaissance du remboursement du préservatif par les PrEPeur.euses.....	70
b- Influence de la prescription du préservatif sur son utilisation	71
1- Influence du remboursement du préservatif sur son utilisation	71
2- Influence de la prescription médicale du préservatif sur son utilisation.....	71
c- Influence de l'échange avec un tiers pour retirer le préservatif sur son utilisation	72
2- Forces et faiblesses	73
A- Représentativité de la population d'étude	73
a- Par rapport à la population de Nouvelle-Aquitaine	73
b- Par rapport à la population de PrEPeur.euses	73
B- Forces et limites propres au format de l'étude	73
a- Structure du questionnaire.....	73
b- Contenu du questionnaire.....	74
C- Forces et limites liées au recueil et à l'analyse des données	74
3- Perspectives.....	74
CONCLUSION.....	76
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	83

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARV : antirétroviral

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

Chem Sex (Chemical-Sex) : consommer des produits psychotropes pendant des activités sexuelles pour les rendre plus intenses ou plus longues.

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

COREVIH : Comité de coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'immunodéficience Humaine

CNR : Centre National de Référence

Ct : *Chlamydia trachomatis*

CV : Charge Virale

DMO : Densité Minérale Osseuse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

GECSA : Groupe Epidémiologique Clinique du Sida en Aquitaine

HDJ : Hôpital De Jour

HPV : Human Papillomavirus

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

HSV : Herpes Simplex Virus

IAS : International Antiviral Society-USA Panel

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

LGV : Lymphogranulomatose Vénérienne

MARR : Mesures Additionnelles de Réduction du Risque

Mg : *Mycoplasma genitalium*

Ng : *Neisseria gonorrhoeae*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymérase Chain Reaction

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

ResIST : Réseau de cliniciens volontaires exerçant en grande majorité dans les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Surveillance sentinelle dont les données ne permettent pas de calculer des taux d'incidence ; seule la tendance évolutive peut être appréhendée en restreignant l'analyse aux données des sites ayant participé de façon constante sur la période d'intérêt. Surveillance non exhaustive ; données concernant principalement les personnes accueillies en CeGIDD, et donc non représentatives de la situation en population générale. Recueil de données cliniques biologiques et comportementales.

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SFLS : Société Française de Lutte contre le VIH

SLAM : désigne la consommation de produits psychoactifs (surtout des stimulants) par voie intraveineuse dans un cadre sexuel.

SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

TasP : Treatment AS Prevention (traitement en tant que prévention)

TDF/FTC: association ténofovir disoproxil fumarate/ emtricitabine

TPE : Traitement Post Exposition au VIH.

Tv : Trichomonas vaginalis

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usager de Drogues Intra-veineuses

VHA/B/C : Virus de l'Hépatite A/B/C

VIH : Virus de Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le nombre d'utilisateurs et utilisatrices de Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) est en constante augmentation depuis l'obtention de son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en mars 2017 (1). On compte 21 292 personnes ayant initié la PrEP en France au premier semestre 2020, ce dispositif apparaissant comme un des éléments incontournables de la stratégie de diminution du nombre de nouveaux cas de contamination par le VIH (encore 6200 découvertes de séropositivité en 2018 selon Santé Publique France) (2).

Cependant, on constate une hausse de l'incidence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ces dernières années, notamment dans la population des Hommes ayant des Relations Sexuelles avec les Hommes (HSH) (2). En outre, la résistance aux antibiotiques des micro-organismes à l'origine des IST est de plus en plus évoquée dans la littérature (3) (4).

Le préservatif reste l'outil le plus efficace pour prévenir à la fois l'infection par le VIH et les autres IST (5). D'après l'étude PREVENIR réalisée entre 2017 et 2020 chez 3067 PrEPeurs.euses en France, 18% de la totalité des rapports sexuels étaient protégés par le préservatif avec une diminution du nombre de rapports protégés au cours de l'étude (6). Le principal frein à l'utilisation du préservatif identifié serait le manque de sensation et l'atteinte à la spontanéité de la relation sexuelle (7).

La PrEP et le préservatif s'inscrivent dans une offre de prévention diversifiée comprenant également le concept de Treatment As Prevention (Tasp) (: traitement en tant que prévention), le Traitement Post Exposition (TPE) au VIH et le Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) (8).

Comme ces différents moyens de prévention, le préservatif est lui aussi pris en charge par l'assurance maladie depuis 2018 (9). Les prescripteurs et prescriptrices de PrEP ont donc maintenant la possibilité de le prescrire conjointement à la PrEP.

Devant ce constat, nous avons souhaité nous intéresser à l'utilisation du préservatif par les PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine via un questionnaire anonyme.

Dans ce travail, nous ferons tout d'abord un historique de la PrEP et discuterons de ses éventuels retentissements sur l'utilisation du préservatif. Nous décrivons ensuite les caractéristiques des PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine ayant répondu aux questionnaires et les éventuels freins à l'utilisation du préservatif dans cette population. Enfin, nous discuterons de l'intérêt du préservatif sur ordonnance, toujours à la lumière des réponses des PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine à notre étude.

CONTEXTE

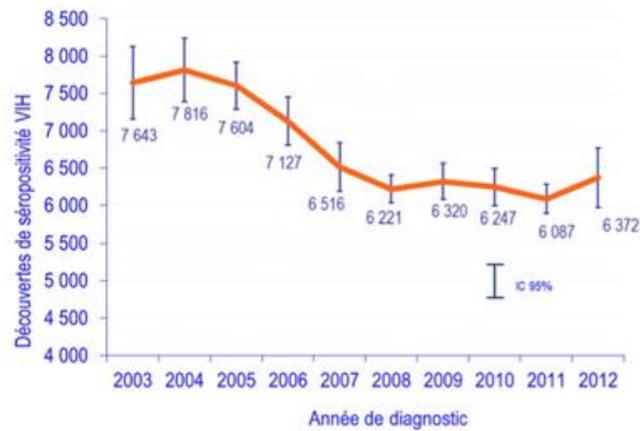
1- Historique de la PrEP

A- Contexte de l'avènement de la PrEP : une diminution du taux d'infections là où le traitement est disponible, mais une diminution insuffisante

Différentes stratégies préventives des contaminations au VIH utilisant les antirétroviraux (ARV) ont été développées au fil des années. Les ARV ont été utilisés depuis 1994 dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le traitement de la femme enceinte pendant la grossesse permettant de diminuer le risque de transmission à l'enfant à moins d'1%. Puis, en 1998 les personnes exposées au VIH, que ce soit les professionnel.le.s de santé exposés par le sang, les personnes exposées après un rapport non protégé, ou les personnes exposées après piqûre avec du matériel contaminé, peuvent se voir proposer dans les 48 heures des antirétroviraux à visée prophylactique, limitant le risque de transmission du VIH ; On parle de traitement post-exposition (TPE). Enfin, dès les années 2000, il est démontré qu'une personne sous traitement antirétroviral avec une charge virale indétectable a un risque presque nul de transmettre le VIH à un partenaire sexuel. Cette observation a construit le concept de TasP (10).

Ces différentes stratégies préventives appartiennent au concept dit de « prévention combinée », qui appelle à proposer différents modes de prévention simultanément ou alternativement selon les besoins. Ce concept repose sur trois grandes stratégies : la réduction des risques sexuels (préservatifs, limitation des comportements à risque), la promotion du dépistage (dont les TROD et autotest), et les avancées des traitements (TasP, TPE). Le principe est de proposer une diversité de moyens de prévention, pour une diversité de risques, chez des populations diverses (11) (10).

Cependant, malgré les grands succès obtenus par la généralisation et la diffusion du traitement anti-rétroviral contre le VIH permettant une diminution nette des nouvelles contaminations, ces stratégies sont insuffisantes pour endiguer l'épidémie du VIH. Dans le monde, le nombre de nouvelles infections au VIH a diminué depuis 1998 passant de 2,8 millions à 2,1 millions de nouveaux cas en 2010. Cependant, seul 36% de la population infectée par le VIH a accès au traitement en 2009 (12) (13). En France, le nombre de nouvelles infections au VIH diminue depuis 1998, puis connaît une phase de plateau dès 2007 (6400 nouveaux cas par an en moyenne) (*figure 1*) ; les HSH et les personnes d'Afrique subsahariennes restent les personnes les plus touchées par ces nouvelles infections (14). La PrEP est donc apparue pour compléter les stratégies de prévention combinée déjà existantes dans certaines populations cibles .



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2012 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

Figure 1 : Nombre de découvertes de séropositivité annuelles en France entre 2003 et 2012

B- Avènement de la PrEP : la création d'un nouveau mode de prévention

La notion de prophylaxie peut être définie par : « l'ensemble des moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension d'un phénomène » (15). La stratégie de la Prophylaxie Pré-Exposition au VIH s'est construite sur des données médicales établies : la capacité des antirétroviraux à empêcher la prolifération du VIH dans l'organisme en agissant sur les principales étapes de sa réplication. Une concentration suffisante d'antirétroviraux dans le sang chez un sujet sain permettrait lors d'un contact avec le VIH (exposition au sang, rapport sexuel) d'empêcher la réplication du virus à l'intérieur des cellules.

L'essai « Caprisa » publié en 2010 en Afrique du Sud au KwaZulu-Natal (région où la prévalence du VIH est la plus élevée du monde) a été un premier espoir de l'émergence d'un traitement préventif de la transmission du VIH par voie sexuelle. Cet essai proposait l'utilisation en double aveugle d'un microbicide contenant du Ténofovir sous forme de gel, versus placebo, dans une population de 899 femmes randomisées entre 2007 et 2009. Les résultats de l'essai montrent une réduction de 54% du taux d'incidence du VIH chez les femmes utilisant le microbicide contenant le Ténofovir (16).

L'essai IPrEX publié en 2010 est le premier essai à avoir prouvé l'efficacité de la PrEP en prise continue chez les HSH avec une réduction du risque d'acquisition du VIH de 44% par rapport au placebo. La détection biologique de Truvada® chez les participants est de 50% ; soit en faveur d'une efficacité directement liée à l'efficacité de la molécule (17).

L'essai PROUD publié en 2016 souhaitait étudier l'effectivité de la PrEP : son efficacité, l'observance et l'impact sur les comportements sexuels des participants dans une étude ouverte. Deux groupes avaient été formés : un recevant la PrEP, l'autre un placebo. Le groupe placebo devait recevoir la PrEP dans un second temps, ce qui aurait permis d'objectiver un éventuel changement des comportements. Finalement, devant une différence significative du nombre d'infections au VIH entre le groupe sous PrEP et celui sous placebo constatée au moment des analyses intermédiaires, la PrEP a été proposée aux deux groupes de patients. Cette étude confirmait l'efficacité de la PrEP en prise continue avec une réduction du risque relatif d'acquisition du VIH record de 86% (18).

L'essai IPERGAY publié en 2016 est le premier essai à avoir montré l'efficacité de la PrEP en prise discontinue. Une première phase en double aveugle devait s'assurer de l'efficacité et de la tolérance de la PrEP en discontinu. On constatait une réduction du risque relatif d'acquisition du VIH de 86% entre 2012 et 2014 (19). Débutait alors une deuxième phase ouverte de 2014

à 2016 dans laquelle tous les participant.e.s bénéficiaient de la PrEP en discontinu. Cette deuxième phase confirmait l'efficacité, la tolérance et l'observance des participant.e.s pour la PrEP à la demande.

Dans ces études, l'association Emtricitabine/Ténofovir desoproxil fumarate (FTC/TDF), ou TRUVADA®, remplit les objectifs attendus d'un traitement préventif (efficacité, bonne tolérance et faible taux de résistance) à destination des HSH, sous réserve d'effectifs trop faibles pour avoir écarté d'éventuels effets indésirables rares. Les Etats-Unis sont le premier pays à autoriser l'utilisation du TRUVADA® en préventif en 2012 suite aux résultats de l'étude IPrEX. La France est le premier pays d'Europe à proposer la PrEP en décembre 2015. La PrEP est remboursée à 100% dès janvier 2016 dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) (20).

Les résultats de l'étude PREVENIR menée entre 2017 et 2020 confirment la très grande efficacité de la PrEP en prise discontinu. Au total, sur 3067 participant.e.s, seulement six personnes ont été contaminées par le VIH. Ces personnes avaient arrêté la PrEP avant l'infection en poursuivant les rapports sexuels non protégés par le préservatif. En se rapportant au bras placebo de l'essai ANRS Ipergay (incidence des infections au VIH de 6%), ces résultats correspondraient à 361 infections évitées (6).

C- Généralités sur la PrEP

a- Définition et pharmacologie

Les molécules utilisées dans le cadre de la PrEP sont des ARV. Le Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF) et l'Emtricitabine (FTC) sont respectivement des analogues nucléotidiques et nucléosidiques de la transcriptase inverse. Ils appartiennent tous deux à la classe d'antirétroviraux dite des Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI). Ils inhibent l'action de la transcriptase inverse, une enzyme dont les cellules infectées par le VIH se servent pour fabriquer de nouveaux virus (21). Cette association fixe d'ARV est connue sous le nom commercial de TRUVADA®. Il en existe aussi plusieurs génériques commercialisés.

b- Effets indésirables

La toxicité de la PrEP est principalement due au Ténofovir qui peut avoir des effets à plusieurs niveaux :

- digestif : à type de diarrhées, nausées et/ou vomissements,
- rénal : des cas de tubulopathies proximales, d'insuffisance rénale aiguë ou chronique ont été rapportés chez des patients infectés par le VIH sous Ténofovir,
- osseux : avec des cas de légère diminution de la Densité Minérale Osseuse (DMO) rapportés chez des sujets adultes non infectés par le VIH sous Ténofovir; aucune conséquence clinique de l'altération de la DMO n'a pour l'instant été observée (22).

Toutefois, il semblerait que le profil de tolérance de la PrEP soit bon avec le recul de plusieurs années d'utilisation. L'étude PREVENIR a montré une bonne tolérance de la PrEP autant à la demande qu'en prise continue. Les effets indésirables les plus fréquents restaient les nausées et/ou vomissements, seulement 3 personnes sur les 3067 participant.e.s ont dû arrêter le traitement à cause de ces effets indésirables. Un seul cas de résistance à l'emtricitabine a été mis en évidence. Aucun patient n'a dû interrompre le traitement pour une toxicité rénale, cette toxicité étant le plus souvent peu grave et réversible à l'arrêt du traitement (6).

c- Indications : les populations les plus à risques ciblées

La PrEP a d'abord bénéficié d'une RTU en France en 2016, puis d'une AMM en 2017 avec un remboursement à 100% par l'Assurance Maladie, pour les personnes de plus de 15 ans à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle. Il s'agit « *des Hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes, ou des personnes transgenres, répondant à au moins un des critères suivants* :

- *Rapport sexuels anaux sans préservatif avec au moins deux partenaires différents dans les six derniers mois.*
- *Episode d'IST dans les six derniers mois.*
- *Au moins un recours au traitement post-exposition au VIH dans les douze derniers mois*
- *Usage de drogues psychoactives lors de rapports sexuels (chemsex) » (23).*

La PrEP a ensuite bénéficié d'une extension d'indication lors d'une mise à jour en 2018 par un groupe d'experts dirigé par le Pr. Morlat. Ce rapport d'experts déclare la PrEP indiquée pour « *les individus très exposés* ». « *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* » et « *pour les couples séro-différents, la prescription de PrEP peut être envisagée lorsque le partenaire séropositif ne prend pas de traitement antirétroviral, ou lorsque sa charge virale n'est pas indétectable depuis plus de six mois, le traitement de la personne vivant avec le VIH étant le traitement de première intention* » (24). Ce rapport fait aussi état de situations individuelles pour lesquelles la PrEP peut être indiquée, au cas par cas : « *Personnes en situation de vulnérabilité exposées à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH* », « *usagers de drogues intraveineuses avec partage de seringues* », « *personnes en situation de prostitution exposée à des rapports non protégés* » et « *adolescents à risque élevé d'acquisition du VIH par voie sexuelle* » (25).

Ces nouvelles indications font suite en partie à la constatation d'une augmentation de 38% de l'incidence des infections au VIH chez les femmes ou les HSH nés à l'étranger (25).

Le dernier rapport de la SPILF et la SFLS en avril 2021 énonce la possibilité de prescription de la PrEP pour « *Toute personne en faisant la demande ou rapportant des situations d'exposition au VIH présentes, passées ou futures* » (26).

d- Modalités de prescription

La première consultation ne découle habituellement pas sur une prescription de PrEP. Les vaccinations contre les virus des hépatites A et B, contre le papillomavirus sont proposées à l'occasion de cette consultation. A l'issue, la personne devra réaliser un dépistage des IST et un bilan biologique qui recherchera une insuffisance rénale, une grossesse et une éventuelle infection au VIH.

En fonction des résultats des examens complémentaires prescrits à la première consultation et des résultats de la sérologie VIH réalisée le jour même, la PrEP pourra être prescrite (*HAS*).

En octobre 2020, l'International Society-USA Panel (IAS) propose une simplification dans le protocole d'initiation de la PrEP. La PrEP pourrait être initiée dès la première consultation, si le ou la consultant.e présente un test ELISA de 4^{ème} génération négatif datant de moins de sept jours et ne présente pas de symptôme de primo-infection. Si la personne n'a pas réalisé de test ELISA avant la consultation, la PrEP peut être initiée à condition qu'un TROD soit réalisé le jour même. Un test ELISA devra en plus être réalisé ce même jour, mais la PrEP pourra être initiée sans attendre les résultats (27).

En avril 2021, la SPILF et la SFLS se positionnent également pour une prescription de PrEP dès que possible. La PrEP pourrait être prescrite dès la première consultation si le statut par rapport au virus de l'hépatite B est connu car une infection active contre-indiquerait le schéma en prise discontinue. La PrEP pourra alors être prescrite, mais elle ne pourra être débutée qu'après les résultats de la sérologie au VIH (sauf si présentation d'un test ELISA réalisé il y a moins de sept jours) et de la clairance rénale. Le reste du bilan (dépistage des IST, autres sérologies infectieuses, bHCG) pourra être prescrit lors de la consultation initiale (26).

La prescription de PrEP dans le cadre de la RTU était initialement réservée aux médecins hospitaliers. En juin 2016, la possibilité de prescription de la PrEP est étendue aux médecins des Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales, et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). Depuis le premier mars 2017, la PrEP obligatoirement initiée par un médecin expert du VIH, exerçant en centre hospitalier ou dans les centres CeGIDD, peut être renouvelée par tout médecin, en ville ou à l'hôpital, dans le cadre du suivi trimestriel obligatoire (28).

Depuis le premier juin 2021, l'ANSM a élargi la possibilité de primo-prescription de la PrEP par les médecins généralistes. A l'occasion de ces nouvelles recommandations, la Société Française de Lutte contre le VIH (SFLS) et ses partenaires ont mis à jour le site *formaprep.org*, plateforme internet gratuite dédiée à l'information autour de la PrEP et sa prescription, pour accompagner la formation des médecins dans ce domaine. L'ANSM a mis également à disposition en ligne des documents de Mesures Additionnelles de Réduction du Risque (MARR) pour accompagner les professionnels de santé dans la primo-prescription et le suivi de la PrEP (29).

e- Schéma d'administration et suivi

Il existe deux schémas validés d'administration de la PrEP :

- Le schéma dit de « prise en continu » : 1 comprimé par jour par voie orale. Le traitement sera efficace au bout de 7 jours de prise quotidienne chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à deux jours après le dernier rapport sexuel. A noter que l'IAS a proposé en octobre 2020 une modification du schéma originel en initiant la prise de PrEP par deux comprimés simultanés, permettant une protection immédiate (27).

- Le schéma dit de « prise non continue », « intermittente », ou encore « à la demande », c'est-à-dire dépendante de l'activité sexuelle réservé uniquement aux HSH : 2 comprimés entre maximum 24 et minimum 2 heures avant le premier rapport sexuel, puis une deuxième prise d'un comprimé 24 heures plus tard (plus ou moins 2 heures) après la première prise, et une troisième prise d'un comprimé 24 heures plus tard (plus ou moins 2 heures). En cas de rapports sexuels multiples et espacés, il est nécessaire d'avoir toujours après le dernier rapport sexuel deux prises d'un comprimé espacées de 24 heures. Ce schéma est évoqué par la HAS, mais ne dispose pas d'une AMM en Europe. Il a été étudié uniquement chez les HSH dans l'étude Ipergay et Prévenir (19) (30). Il a été reconnu et proposé pour les HSH par l'OMS en juillet 2019 (31).

Le suivi consiste en une première évaluation à un mois de l'initiation de la PrEP, puis tous les 3 mois (23) (32).

Le dernier rapport de la SFLS et de la SPILF concernant les modalités de suivi de la PrEP propose un bilan initial pré-thérapeutique avec : créatinémie, DFG, transaminases (ALAT), sérologies VHA (IgG), VHB, VHC, VIH, syphilis, test de grossesse, recherche *Chlamydiae trachomatis* (Ct) et *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) aux sites pharyngé, anal, vaginal et urinaire en fonction des pratiques. Selon les résultats des sérologies, un programme vaccinal pourra être envisagé notamment pour l'hépatite A et B. Cette consultation pourra être aussi l'occasion de proposer le vaccin contre le papillomavirus si la personne a moins de 26 ans (33).

A un mois de la primo-prescription, un bilan rénal et une sérologie VIH seront réalisés.

Puis à quatre mois de la prescription initiale, un nouveau bilan rénal, une sérologie VIH et le dépistage des IST (syphilis, Ct et Ng) seront pratiqués.

Enfin, le ou la consultant.e bénéficiera de dépistage des IST (syphilis, Ct et Ng) et sérologie VIH tous les trois mois, pendant toute la durée du traitement. La sérologie VHC sera réalisée une fois par an ou plus régulièrement en cas d'usage de drogues à visée sexuelle (SLAM, chemsex) ou de pratiques traumatiques (*fist*).

En octobre 2020, suite aux difficultés d'accès aux soins générées par la pandémie à SARS-CoV-2, l'IAS recommande le maintien d'un suivi trimestriel, avec possibilité de téléconsultation à la place de consultation en présentiel et d'envoi d'autotest au domicile pour le dépistage du VIH et des IST (27).

f- Contre-indications

Compte tenu de ses propriétés et de son activité sur l'infection par le VHB, les situations suivantes contre-indiquent l'utilisation du TDF/FTC en prophylaxie :

- Séropositivité pour le VIH et/ou sérologie inconnue (si infection au VIH, risque de développement d'une résistance au VIH-1)
- Présence de symptômes d'infection aiguë par le VIH (si infection au VIH, risque de développement d'une résistance au VIH-1)
- Clairance de la créatinine < 60mL/min
- Infection par le VHB et schéma discontinu (risque de résurgence de l'infection par le VHB à l'arrêt du TDF/FTC)
- Allaitement
- Hypersensibilité aux molécules

D- Dernières données sur la PrEP

a- La PrEP pour les femmes exposées au VIH

L'étude SEARCH, menée par Catherine Koss en Afrique entre 2016 et 2017, proposait la PrEP aux populations exposées au VIH dans 16 communautés africaines. Les résultats intermédiaires de l'étude montraient une diminution significative du nombre d'infections au VIH chez les femmes et les hommes qui avaient accepté de prendre la PrEP (34).

Dans l'étude ECHO, qui s'intéressait à la contraception des femmes à haut risque d'infection au VIH en Afrique entre 2015 et 2018, un quart des femmes avaient initié la PrEP. On a pu observer une réduction de l'incidence du VIH de 50% sur l'ensemble des femmes de l'étude (35).

Ces résultats incitent à promouvoir la PrEP chez les femmes très exposées au VIH.

b- Alternatives au Truvada®

L'étude DISCOVER publiée en 2020 a montré la non-infériorité de l'association Emtricitabine-Ténofovir Alafénamide (TAF) versus Emtricitabine-Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF) en prophylaxie pré-exposition au VIH, en prise continue. Le TAF est également connu sous le

nom commercial de DESCOVY®. Le TAF serait mieux toléré sur le plan rénal et osseux que le TDF (36). Le TAF n'est actuellement pas disponible en France.

c- Des nouveaux modes d'administrations

L'agence européenne du médicament (EMA) a récemment émis un avis positif pour l'anneau vaginal de Dapivirine, Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INNTI). L'anneau de Dapivirine peut être proposé en option de prévention du VIH pour les femmes, dans les pays non membres de l'UE les plus touchés par le virus (Afrique Sub-Saharienne) (37).

Un autre mode d'administration par injection devrait émerger dans les années qui arrivent. En effet, en mai 2020 ont été publiés les résultats de l'essai HPTN 083, étudiant la non-infériorité d'une injection de Cabotégravir toutes les 8 semaines, par rapport à un schéma (FTC/DTF) en prise continue. Cette étude multicentrique montre une différence de 69 % en faveur du Cabotégravir injectable, en comparant le nombre de nouvelles infections sous Cabotégravir et celles sous Tenofovir/Emtricitabine. A noter cependant une utilisation sub-optimale du FTC/DTF et donc une possible surestimation de l'efficacité du Cabotégravir versus le FTC/DTF (38). Ce constat incite à penser que le mode d'administration par injection pourrait favoriser une meilleure observance et donc une meilleure efficacité de la PrEP.

Enfin, un essai de phase 2 étudie l'utilisation d'un implant sous cutané d'Islatravir (nouvel inhibiteur de la transcriptase inverse) dans le cadre de la PrEP (14).

Ainsi, toutes ces nouvelles perspectives dans le domaine de la PrEP tendent à améliorer la couverture des personnes exposées au VIH en développant d'autres modes d'administration, en utilisant de nouvelles molécules ou en définissant de nouvelles populations cibles.

2- Données épidémiologiques de la PrEP et des IST

A- La PrEP

a- La PrEP : données mondiales

Le nombre d'utilisateurs et utilisatrices de PrEP dans le monde est de 590 000 en 2019 d'après le dernier rapport de l'ONUSIDA. La PrEP est recommandée par l'OMS comme option de prévention du VIH dans le cadre d'une association d'approches préventives, pour les personnes à haut risque d'infection au VIH.

Au niveau européen, l'étude EMIS s'est intéressée à la santé sexuelle des hommes bisexuels et HSH en Europe entre octobre 2017 et janvier 2018, via un questionnaire en ligne. L'étude a concerné 49 pays d'Europe et 134000 participants. La majorité des réponders vivent en Allemagne (23 107), en deuxième position au Royaume-Unis, puis en Italie, en France, en Espagne et dans les autres pays d'Europe. L'âge moyen de des réponders est de 36 ans .

Parmi les réponders, 51% connaissent le fonctionnement de la PrEP. Moins de 10% des réponders déclarent avoir abordé le sujet de la PrEP avec un professionnel de santé en consultation, et seulement 3% déclarent l'utiliser. Parmi ces 3%, deux tiers disent utiliser la PrEP quotidiennement. Parmi les demandeurs de PrEP, 79% d'entre eux avaient bénéficié de conseils médicaux avant d'initier la PrEP et la moitié d'entre eux d'une ordonnance. Les autres demandeurs.euses de PrEP déclaraient s'être procuré la PrEP de manière informelle, par internet (39).

Ces données sur la PrEP ont été collectées peu après son Autorisation de Mise sur le Marché par la Commission Européenne en août 2016, on peut donc imaginer un plus grand nombre d’HSH utilisateurs de PrEP en Europe actuellement (40).

L’épidémie à SARS-CoV-2 a eu pour conséquences des perturbations dans l’accès à la PrEP. Parmi les études évaluant le retentissement de la pandémie sur la PrEP, un centre de santé communautaire de Boston a décompté une diminution de plus de 72% des initiations de PrEP entre janvier et avril 2020 (41).

b- La PrEP : données françaises

D’après les données du rapport EPI-PHARE de l’ANSM, 32 042 personnes en France ont initié une PrEP par TRUVADA® (ou génériques) entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2020. Plus d’un tiers d’entre elles ont initié le traitement entre juillet 2019 et juin 2020. Par ailleurs, depuis 2018 les renouvellements de traitement concernent deux utilisateurs.rices sur trois, témoignant d’une bonne adhésion à la PrEP (figure 2) (42).

Avant l’épidémie à SARS-CoV-2, le nombre mensuel moyen d’initiation de PrEP était en augmentation constante. Il avait atteint respectivement 1471 et 1514 initiations en janvier et février 2020. Les initiations de PrEP ont fortement diminué pendant le premier confinement, puis elles ont repris en juin 2020 sans revenir au même niveau qu’en janvier et février 2020. Les renouvellements de PrEP ont également été impactés pendant l’épidémie à SARS-CoV-2 (42).

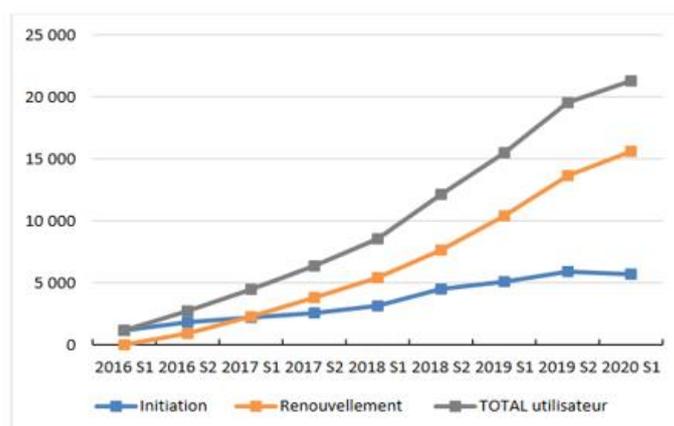


Figure 2 : Nombre d'utilisateurs.rices de PrEP par Truvada® ou générique entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2020, par trimestre (42).

Concernant les consultants PrEPeurs.euses, il s’agissait principalement d’hommes (97%), âgés de 37ans en moyenne. Alors que la proportion d’hommes est restée stable entre 2016 et 2020, l’âge moyen a diminué, passant de 38 ans au premier semestre 2018, à 36 ans au premier semestre 2019. La proportion de bénéficiaires de la CMUc est en légère augmentation avec un taux de 8% sur le dernier semestre de l’étude. En métropole, la distribution par région des initiations de PrEP reflète globalement celle des nouveaux diagnostics d’infection à VIH, avec une part très importante pour l’île de France qui compte 45% des initiations. Environ trois quarts des utilisateurs.rices résident dans des communes appartenant à des communautés urbaines de plus de 200 000 habitants (28). La proportion d’utilisateurs et utilisatrices de PrEP parmi les personnes issues des DOM, les usagers.e.s de drogues injectables, les hommes et les femmes migrants, et les travailleurs.euses du sexe reste faible entre 2016 et 2020.

L’étude PREVENIR réalisée entre 2017 et 2020 chez plus de 3000 PrEPeurs.euses de la région parisienne retrouvait des données en matière d’âge similaires aux données d’Epiphare avec un âge médian de 36ans. Les PrEPeurs.euses de l’étude PREVENIR étaient des HSH dans

98% des cas, caucasiens dans 85% des cas. 85% avaient réalisé des études supérieures d'au moins 2 ans, 85% avaient un emploi. 13% déclaraient avoir pratiqué le chemsex lors du dernier rapport. Le nombre médian de rapports non protégés par le préservatif dans les quatre dernières semaines était de 2 (30).

Concernant les médecins prescripteurs.rices, 88% des prescripteurs.rices à l'origine de l'initiation de la PrEP étaient des médecins hospitaliers (quand les données étaient disponibles). La proportion de prescripteurs.rices extra hospitalier.e.s pratiquant les renouvellements de PrEP est passée de 18% à 23% au premier semestre 2020. Le site de l'association AIDES répertorie sur une carte interactive les centres prescripteurs de PrEP en France (43).

c- La PrEP en Nouvelle-Aquitaine

D'après le dernier rapport EPI-PHARE de décembre 2020, répertoriant les données du Système National des Données de Santé (SNDS), 1727 personnes ont initié la PrEP entre le 1^{er} janvier 2016 et juin 2020 en Nouvelle-Aquitaine, soit 5,4% de la totalité des initiations en France sur cette période. Le nombre total d'utilisations de PrEP au premier semestre 2020 en Nouvelle-Aquitaine était de 1186 (338 initiations, 848 renouvellements). Le taux de renouvellement de 72% témoigne d'une bonne adhésion à la PrEP (42).

La thèse de Matthieu Deborde sur la mise en place des consultations PrEP au CHU de Bordeaux en 2016 décrit la population des premier.e.s PrEPeurs.euses dans ce centre de Nouvelle-Aquitaine (44). Les données mettent en évidence un profil de PrEPeur jeune (âge médian 34 ans), célibataire, cadre actif, ayant fait des études supérieures. On retrouve de multiples pratiques à risque. 36% disent pratiquer le chemsex et 3,6% se disent Usagers de Drogues Intraveineuses (UDI). Concernant l'utilisation du préservatif, 95% disent ne jamais l'utiliser pour les fellations, 10,5% déclarent ne jamais l'utiliser pour les rapports anaux réceptifs, et 73,7% déclarent un usage non systématique pour ce type de rapport. Le nombre médian des partenaires sexuels différents est de 18 au cours des trois derniers mois. 72% des répondeurs et réponduses déclarent avoir au moins un antécédent d'IST.

Le Comité d'Organisation et de lutte contre les Infections Sexuellement transmissibles et le virus de l'Immunodéficience humaine (COREVIH) créé en 2017, coordonne des actions de lutte contre les IST, les hépatites et le VIH au niveau régional. Les COREVIH appartiennent aux pôles de santé publique des CHU. Le rapport 2019 du COREVIH de Nouvelle-Aquitaine a recueilli le nombre d'initiations annuelles de PrEP dans chaque centre prescripteur de la région Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2019. On décompte 22 centres prescripteurs de PrEP (centres hospitaliers et CeGIDD) en Nouvelle-Aquitaine (*tableau 2*) (45)

Département	Structure
Charente	Hôpital d'Angoulême – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Charente Maritime	Hôpital de La Rochelle – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD Hôpital de Saintes – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Corrèze	Hôpital de Brive – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Creuze	Hôpital de Guéret – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Deux-Sèvres	Hôpital de Niort – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Dordogne	Hôpital de Périgueux – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Gironde	Hôpital d'Arcachon – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD CHU de Bordeaux, site Pellegrin – Service de Maladies Infectieuses CHU de Bordeaux, site Saint André – Service Maladies Infectieuses CeGIDD de Bordeaux Hôpital de Libourne – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Haute-Vienne	CHU de Limoges – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD
Landes	Hôpital de Dax – Service de Maladies Infectieuses Hôpital de Mont-de-Marsan – Service de Maladies Infectieuses
Lot-et-Garonne	Hôpital d'Agen – Service de Maladies Infectieuses Hôpital de Villeneuve-sur-Lot – Service de Maladies Infectieuses
Pyrénées-Atlantiques	Hôpital de Bayonne – Service de Maladies Infectieuses Hôpital d'Orthez – Service de Maladies Infectieuses Hôpital de Pau – Service de Maladies Infectieuses
Vienne	CHU de Poitiers – Service de Maladies Infectieuses et CeGIDD

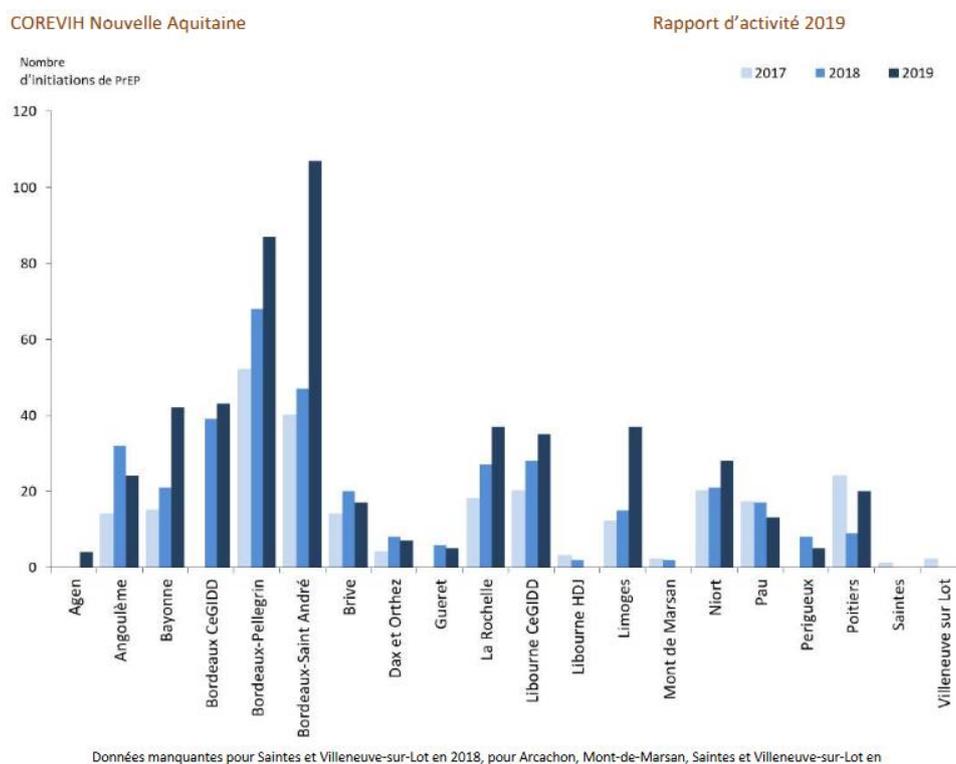
Tableau 2 – Centres prescripteurs de PrEP par département en Nouvelle-Aquitaine (rapport COREVIH 2019) (45)

Département	Total des utilisateur.trice.s au 1 ^{er} semestre de 2020
Charentes	42
Charentes-Maritime	112
Corrèze	20 *
Creuse	<10*
Dordogne	55
Gironde	522
Landes	34
Lot-et-Garonne	33 *
Pyrénées-Atlantiques	121
Deux-Sèvres	64
Vienne	119
Haute-Vienne	51
	1183

*nombre de renouvellement (nombre d'initiation < 10)

Tableau 3 – Nombre total d'utilisateur.trice.s de PrEP (initiations et renouvellements) par département en Nouvelle-Aquitaine au premier semestre de 2020 (données EPI-PHARE ANSM décembre 2020) (42)

On constate une augmentation des consultations d'initiations de PrEP dans presque tous les centres (quand les données sont disponibles) (figure 3).



Données manquantes pour Saintes et Villeneuve-sur-Lot en 2018, pour Arcachon, Mont-de-Marsan, Saintes et Villeneuve-sur-Lot en 2019

Figure 3 : nombre d'initiations annuelles de PrEP dans chaque centre prescripteur de la région Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2019 (Rapport COREVIH) (45).

B- Les infections sexuellement transmissibles

a- Les infections sexuellement transmissibles : données mondiales

1- Le VIH

L'ONUSIDA estime à 37,6 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2020, dont deux tiers dans le continent africain. L'ONUSIDA estime à 1,5 millions le nombre de nouvelles infections au VIH en 2020 (46). Plus de 60 % d'entre elles concernent les HSH, les femmes transgenres, les professionnel.l.e.s du sexe, les consommateurs et consommatrices de drogues injectables, les personnes incarcérées, les clients de professionnel.l.e.s du sexe et les partenaires sexuels de ces personnes. On parle de « groupes clefs » pour désigner ces groupes de population, plus à risque de contracter le VIH (47). Il s'agit de la même définition que celle proposée par l'OMS (48). Les HSH, les travailleurs.euses du sexe, les utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables, et les personnes transgenres ont respectivement 26 fois, 29 fois, 30 fois et 13 fois plus de risque d'acquérir le VIH que la population générale (49).

Alors que le nombre de nouvelles infections au VIH a reculé de 38% en Afrique centrale et orientale depuis 2010, il a augmenté en Europe de l'Est et en Asie centrale (+72%), au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (+22%), et en Amérique latine (+21%) (50).

Depuis l'arrivée de la PrEP au sein des différentes stratégies de prévention du VIH dans certains pays, des études ont mis en évidence une diminution des nouvelles infections au VIH. Au Royaume-Unis, l'incidence du VIH a baissé de 18% entre 2015 et 2016, et de 29% chez les HSH à Londres. A San Francisco, l'incidence du VIH a baissé de 49% entre 2012 et 2016 (51). En Australie dans l'état de la Nouvelle-Galles, le nombre de nouvelles infections au VIH a diminué d'un tiers entre 2016 et 2018 chez les homosexuels et les bisexuels (52).

2- Les autres infections sexuellement transmissibles

D'après le rapport de l'OMS de 2019, l'incidence des IST acquises curables dans le monde serait de plus d'un million par jour. Soit environ 376 millions de nouveaux cas par an pour quatre infections : Ct, Ng, Syphilis, *Trichomonas vaginalis* (Tv). La prévalence est tout aussi élevée pour les IST virales : 417 millions de personnes seraient porteuses de l'Herpes Simplex Virus (HSV) de type 2, et près de 291 millions de femmes seraient porteuses du Human Papillomavirus (HPV). Le préservatif ne permet pas de protéger contre la transmission de l'HSV et de l'HPV. L'hépatite C est également une infection pouvant être transmise par certaines pratiques sexuelles, notamment les rapports sexuels entre hommes. La prévalence est estimée à 71 millions de personnes porteuses chroniques en 2020 à l'échelle mondiale (53) (54).

Parmi les IST émergentes en augmentation, on peut également citer *Mycoplasma genitalium* (Mg). D'après le rapport du Congrès mondial du VIH et des IST de Vancouver en 2019, la prévalence d'infections à Mg résistant aux macrolides aurait augmenté à 51% (données de 2016-2017), elle serait stable pour les infections à Mg résistant aux fluoroquinolones à 7% (55).

En moyenne, 1 personne sur 25 environ dans le monde est atteinte d'au moins l'une de ces IST bactériennes (Ct, Ng, Syphilis, Tv), certaines personnes pouvant être infectées par plusieurs IST à la fois. Depuis la publication des dernières données en 2012, il n'y a pas eu de baisse significative du nombre de nouveaux cas ou de cas existants d'IST (53).

L'OMS considère les IST comme un problème majeur de santé publique. En effet, ces IST sont à l'origine de mortalité fœtale et néonatale (syphilis), de stérilité (Ng et Ct), de risque

accru d'infection au VIH (syphilis, Ng, HSV). De plus, l'OMS alerte quant aux données collectées entre 2009 et 2014 montrant une augmentation de la résistance du gonocoque aux antibiotiques. Ces données indiquent une résistance généralisée à la ciprofloxacine (pour 97% des pays ayant partagé des données sur cette période), une résistance croissante à l'azithromycine et des cas de résistance aux céphalosporines à spectre étendu (53).

b- Les infections sexuellement transmissibles : données françaises

Le nombre de dépistages pour le VIH et les IST bactériennes a fortement diminué dans le contexte de pandémie à SARS-CoV-2. La baisse des dépistages est estimée à 60% entre février et avril 2020 (33).

1- Le VIH

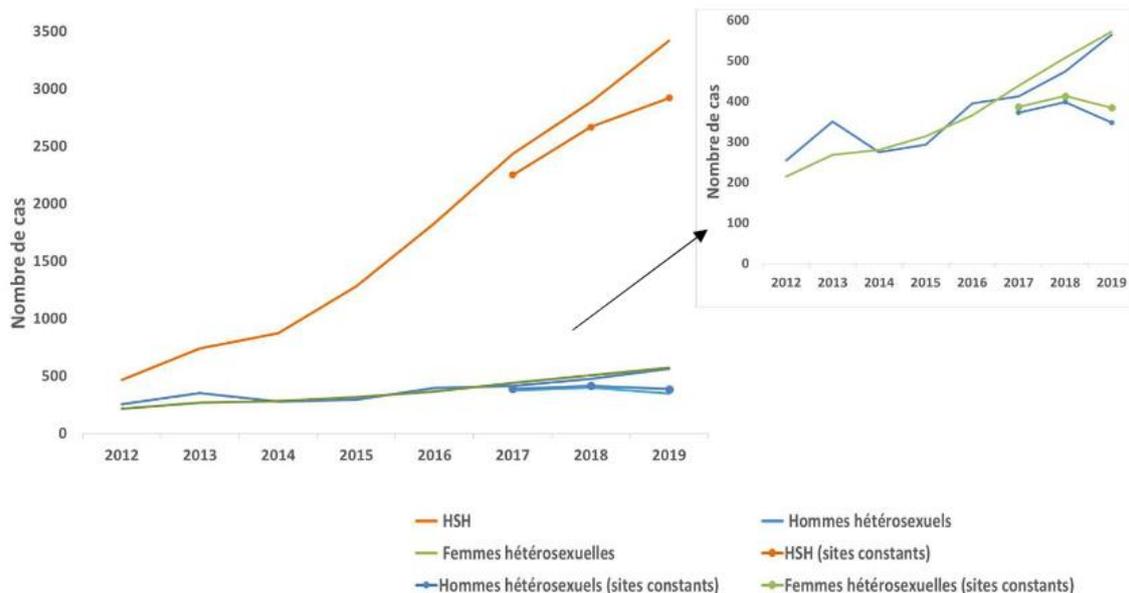
En raison de la mobilisation autour de l'épidémie à SARS-CoV-2, les déclarations obligatoires du VIH n'ont pas encore toutes été prises en compte pour l'année 2019. De ce fait, le nombre de nouvelles infections au VIH en 2019 n'est pas encore arrêté. Les déclarations reçues pour l'année 2019 montrent une répartition des nouvelles infections au VIH par âge et orientations sexuelles similaire aux années précédentes. En effet, les HSH et les hétérosexuel.l.e représentent respectivement 51% et 43% des nouvelles contaminations au VIH. Parmi les hétérosexuel.l.e.s, 73% sont né.e.s à l'étranger (79% en Afrique Sub-Saharienne) et 64% sont des femmes (33).

En 2018, 6155 personnes avaient découvert leur séropositivité au VIH. On constatait une baisse des nouvelles infections au VIH de 7% par rapport à 2017. Cette baisse était estimée à 16% en région parisienne, ce qui laissait supposer un possible impact de la PrEP dans cette diminution, car plus répandue auprès des HSH parisiens que dans le reste de la France. Par contre, l'incidence n'a pas diminué dans les sous-groupes des femmes et des HSH né.e.s à l'étranger et chez les hommes de plus de 50 ans.

Les infections au VIH comptabilisées en 2018 reflètent surtout les infections antérieures à l'avènement de la PrEP. On peut donc espérer une diminution plus conséquente du nombre de nouvelles infections au VIH dans les années à venir.

2- Les autres infections sexuellement transmissibles

D'après le dernier bulletin de santé publique, le nombre d'infections à Ng continue d'augmenter. L'augmentation est de +21% entre 2017 à 2019, elle concerne principalement les HSH (augmentation des gonococcies de +29%) (33).



Source : Santé publique France, réseau RésIST

Figure 4 : Evolution du nombre de gonococcie selon l'orientation sexuelle en France entre 2012 et 2019 (33).

Les infections à *Ct* ont également augmenté de 29% entre 2017 et 2019. Cette augmentation concerne majoritairement les femmes âgées de 15 à 24 ans (+41%) et les hommes de 15 à 29 ans (+45%). Parmi les HSH, on retrouve une prédominance de chlamydiae ano-rectales de type LGV et non LGV. Ces chlamydiae sont en constante augmentation depuis 2002 (figure 5) (33).

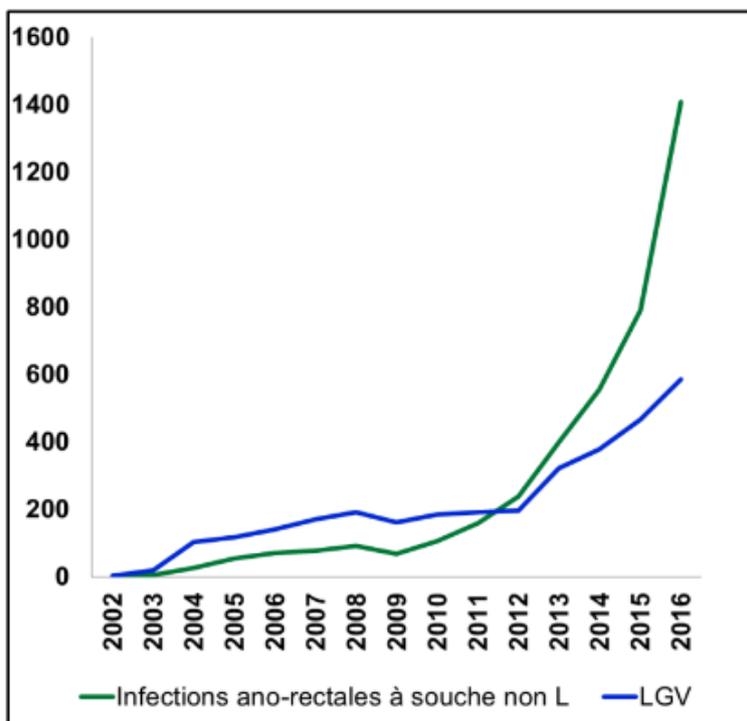
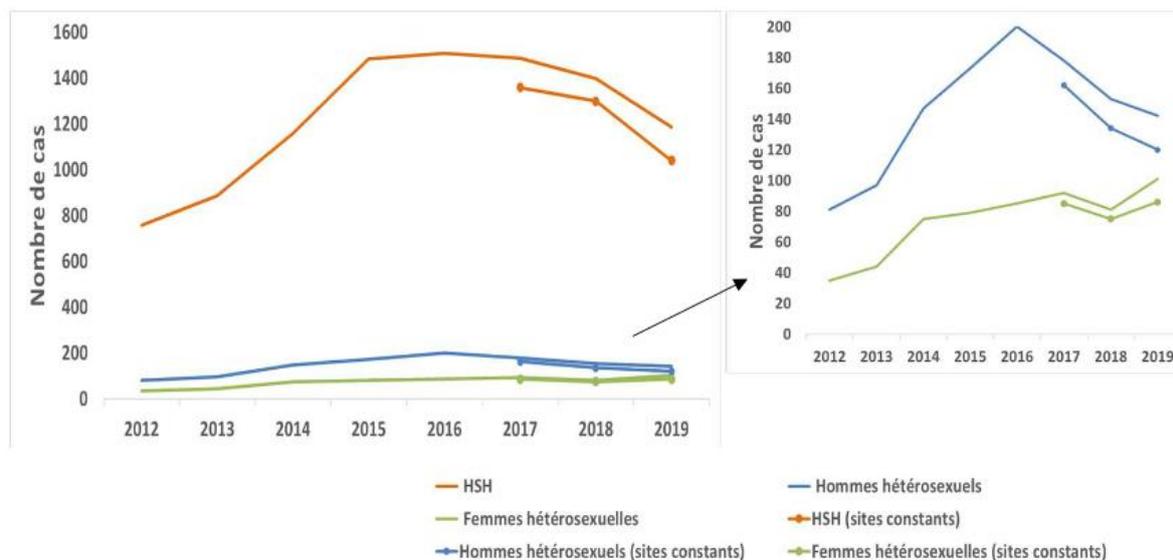


Figure 5 : Evolution du nombre d'infections ano-rectales à chlamydiae LGV et non L en France entre 2002 et 2016 (56).

Le taux d'infection à la syphilis a diminué de 7% en 2019 par rapport à 2018, après une phase de plateau des nouvelles infections depuis 2015. 92% des infections récentes à la syphilis sont représentées par des hommes, dont 80% des HSH. La diminution des nouvelles

infections observées en 2019 concerne principalement les HSH et les hommes hétérosexuels (figure 6) (33).



Source : Santé publique France, réseau RésIST

Figure 6 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, entre 2012 et 2019.

Concernant l'hépatite B, les données de l'étude PREVAGAY en 2015 retrouvaient une prévalence pour l'hépatite B chronique de 0,6% chez les HSH fréquentant les lieux de convivialités gays et de 3% chez les HSH porteurs du VIH. Pour l'hépatite C chronique, on retrouvait respectivement une prévalence de 0,7% et 3% dans chacune de ces populations d'HSH (57) (56).

Les enquêtes ERAS réalisées chez les HSH respectivement en 2017 et en 2019 avaient pour objectifs de comprendre l'utilisation des stratégies de prévention par les HSH. Elles étaient basées sur le volontariat, sous forme de questionnaires anonymes diffusés en ligne. On observait une augmentation significative des IST dans les 12 derniers mois de 10 à 13% entre 2017 et 2019 (58).

Concernant les IST spécifiquement chez les PrEPeur.euses, l'étude PREVENIR, réalisée dans la population de l'étude IPERGAY, s'est intéressée à l'incidence des IST et aux caractéristiques des PrEPeur.euses présentant des IST entre 2012 et 2016. 27% des patients présentaient une IST à l'inclusion. L'étude montrait ensuite une augmentation significative de l'incidence des IST au cours du temps, avec une hausse plus importante en 2014, correspondant au passage de l'étude en aveugle à ouvert. La répartition des IST dans la population était inégale : 39% des patients représentaient 86% des IST diagnostiquées, alors que 40% n'ont jamais eu d'IST. Certains facteurs tels que l'utilisation de drogue, un plus grand nombre de partenaires sexuels et la présence d'une IST à l'inclusion seraient associés à un plus grand risque de contracter une IST (59). Toujours dans la phase ouverte de l'étude IPERGAY, une prévalence de 10,5% d'infections asymptomatiques à Mg a été mise en évidence. De plus, depuis quelques années la communauté scientifique alerte quant à l'augmentation des Mg résistants aux antibiotiques ; macrolides et fluoroquinolones. Le dépistage du Mg n'est indiqué que pour les patient.e.s symptomatiques (60).

Dans l'enquête ERAS en 2019, 38% des HSH utilisant la PrEP avaient un antécédent d'IST dans les 12 derniers mois (58).

Enfin, les résultats finaux de l'étude PREVENIR réalisée entre 2017 et 2020 confirment l'incidence élevée des IST dans la population de PrEPeur.euses. L'incidence est de 75,5% participant.e.s/années (61).

Se pose la question d'un meilleur dépistage des IST chez les PrEPeur.euses que dans la population générale, notamment des infections asymptomatiques, du fait de leur inclusion dans un processus de soin. Ceci pourrait expliquer en partie les incidences élevées dans cette population.

c- Les infections sexuellement transmissibles : données de Nouvelle-Aquitaine

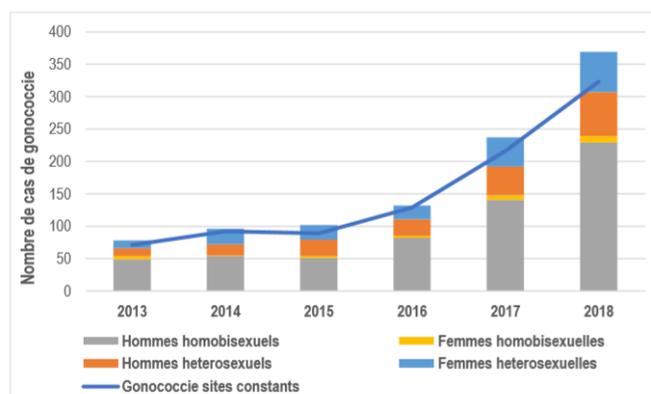
1- Le VIH

En raison de l'épidémie à SARS-CoV-2, les données concernant les découvertes de séropositivité en 2019 ne sont pas encore arrêtées. D'après les résultats disponibles, le nombre de découvertes de séropositivité au VIH est relativement stable en 2019 par rapport à 2018. Le nombre corrigé de découverte de séropositivité au VIH en 2018 était de 60 par millions d'habitants, soit en légère baisse par rapport à 2017 (77 par millions d'habitants), mais restant une des régions de France avec le taux de séropositivité le plus haut. Les données disponibles en 2019 montrent une légère augmentation du nombre de nouvelles infections au VIH chez les HSH (42% 2019 pour 38% en 2018), à confronter aux données des prochaines années.

Les HSH et les hétérosexuel.l.e.s né.e.s à l'étranger restent les deux groupes les plus touchés. Ils représentent respectivement 42% et 29% des découvertes de séropositivité en 2019. Parmi les hétérosexuel.l.e.s né.e.s à l'étranger, les femmes sont plus touchées que les hommes par le VIH (33).

2- Les autres infections sexuellement transmissibles

Au niveau régional, le Bulletin de Santé Publique publié en novembre 2019 retrouve une augmentation de l'incidence des infections à Ng de 50% en 2018 par rapport à 2017, toutes orientations sexuelles confondues. Cette augmentation est plus marquée chez les hommes (augmentation de +62% chez les hommes homo ou bisexuels, pour +38% chez les femmes) (*figure 7*). On retrouve également une augmentation de 9% du diagnostic de syphilis entre 2017 et 2018 ; dont 82% concernait les homo ou bisexuels (22).



Source : RésIST, données intégrant les sites constants au 31/07/2019, Santé publique France.

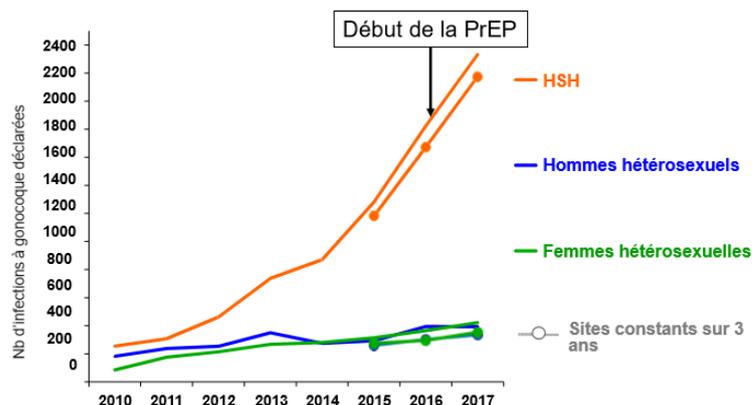
Figure 7 : Evolution annuelle du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle (tous sites), et du nombre total de cas sur sites constants en Nouvelle-Aquitaine, 2013-2018.

d- Conclusion

La tendance autant au niveau régional que national, est à la recrudescence des IST à *Ng*, et à *Ct*, notamment à tropisme ano-rectal chez les HSH. Les nouvelles infections à la syphilis sont en diminution. L'augmentation du dépistage ne suffit pas à expliquer cette augmentation.

On note que cette augmentation est observée dans toute la population, toutes orientations sexuelles confondues, avec une augmentation néanmoins plus marquée chez les HSH (figure 4, 5, 6).

Par ailleurs, on constate que cette augmentation existe depuis plusieurs années, et précède l'arrivée de la PrEP dans l'offre de soin (figure 8).



Source: Santé publique France, réseau RésIST, 2010-2017

Lot F. Journées SPILF SFLS SPF Mars 2019 : Santé publique France, réseau RésIST, 2010-2017

Figure 8 : Poursuite de la progression des infections à gonocoque en France (62)

C- PrEP et Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : la polémique

Alors que le recours à la PrEP s'accélère depuis l'obtention de son AMM en 2017 (32 042 personnes ont initié la PrEP entre 2016 et 2020 en France), des polémiques émergent autour de l'augmentation de l'incidence des IST.

Certains experts craignent une possible participation de la PrEP à cette augmentation. On peut citer notamment l'article du Pr. CAUMES, publié en 2018 : « *La PrEP quelle drôle d'idée ! Alors qu'il existe un outil de prévention des IST simple, pas cher et hautement efficace : le préservatif !* » (63). La PrEP inciterait selon lui à se détourner du préservatif au risque de voir émerger de plus en plus d'IST, potentiellement résistantes aux antibiotiques.

A l'inverse, d'autres scientifiques soutiennent que la PrEP permettrait sur le long terme de réduire l'incidence des IST, grâce aux dépistages réguliers intégrés dans le parcours de tout patient sous PrEP. Une modélisation publiée en 2017 a montré qu'une couverture PrEP chez 40% des HSH permettrait de diminuer respectivement l'incidence de 42% et de 40%, des infections à *Ng* et à *Ct* dans les dix prochaines années (64).

De plus, les études s'intéressant à la survenue d'IST chez les PrEPeur.euses retrouvent une répartition inégale des IST dans cette population (65) (61). Les résultats de l'étude PREVENIR montrent que 40% des PrEPeur.euses de l'étude ne présentent pas d'IST en phase aveugle comme en phase ouverte de l'étude. Le constat d'une population hétérogène de PrEPeur.euses suggère donc des besoins différents en termes de prévention.

Ainsi, il est difficile d'incriminer formellement la PrEP dans l'augmentation de l'incidence des IST. Ne faut-il pas plutôt la voir comme un nouvel outil de l'éventail de prévention (66)? C'est-à-dire en complément des stratégies de prévention médicales et comportementales déjà existantes, tel que le préservatif, et non en remplacement ?

3- Complémentarité de la PrEP et du préservatif dans la stratégie de prévention diversifiée

A- PrEP et comportement sexuel : l'intérêt de la PrEP au sein d'une approche de prévention globale

Devant cette recrudescence des IST, antérieure à la PrEP, mais néanmoins toujours en progression, on peut s'interroger sur l'influence éventuelle de la PrEP sur les comportements sexuels, notamment l'utilisation du préservatif chez les PrEPeurs et PrEPeuses.

Un avis sur l'intérêt potentiel du concept de PrEP publié par le Conseil National du Sida (CNS) en 2012 s'était intéressé aux comportements sexuels des personnes ciblées par la PrEP. Deux types de comportements étaient mis en évidence chez les personnes séronégatives potentiellement éligibles à la PrEP (67) :

- 1- Les prises de risques occasionnelles chez des sujets maintenant la plupart du temps une attitude préventive,
- 2- Les prises de risques permanentes chez des personnes pour qui la prise de risque est articulée avec la construction du désir sexuel.

Pour le premier groupe, la PrEP pouvait être proposée comme stratégie supplémentaire de prévention en plus des stratégies déjà existantes, mais on pouvait redouter un effet de désinhibition. Pour le second groupe, les experts redoutaient un manque d'intérêt pour la PrEP devant des préoccupations de prévention a priori faibles.

On parle d'effet de désinhibition et de compensation de risque pour désigner « *les situations dans lesquelles des individus, se sentant protégés d'un risque de santé, développent d'une autre manière un comportement risqué, les rendant à nouveau vulnérables face à ce risque ou à un autre risque de santé* » (67). Dans le cas de la PrEP, l'effet de désinhibition et la compensation des risques pourrait se traduire par :

- L'augmentation du nombre de partenaires ;
- Le choix de pratiques plus à risque de transmission (« pénétrations anales » versus « fellations ») ;
- Une diminution de l'utilisation du préservatif ou une augmentation de la fréquence des pratiques non protégées (67).

Ces différents éléments avaient été pris en considération pour évaluer l'éventuel effet contre-productif de la nouvelle stratégie de prévention qu'allait constituer la PrEP. A propos du potentiel effet contre-productif de la PrEP, les auteurs soulignaient : « *Cette hypothèse d'un impact négatif massif sur les comportements induit par l'introduction des nouveaux outils de prévention TasP et/ou PrEP n'est pas corroborée à ce stade par un ensemble de travaux* » (67). En effet, le relâchement des comportements de prévention serait observable depuis les années 90 et apparaîtrait de façon très progressive. Ce relâchement serait apparu avec le développement de traitements efficaces contre le VIH.

Par ailleurs, les études réalisées, à type d'enquêtes dans la population HSH, retrouvaient un intérêt fort pour la PrEP même chez les personnes adoptant les comportements les plus à risques (correspondant au deuxième groupe cité plus haut).

L'avis d'experts concernant le projet de développement de la PrEP en France en 2012 concluait donc à un avis favorable à la PrEP, en soulignant l'importance d'intégrer la PrEP au sein d'une démarche de prévention combinée. La PrEP serait un outil additionnel aux mesures de prévention déjà existantes (préservatifs, TasP, Test and Treat, etc).

B- PrEP et préservatifs

En nous appuyant sur les études existantes, nous avons souhaité faire un état des lieux du retentissement de la PrEP sur le comportement sexuel, notamment sur l'utilisation du préservatif.

D'après les dernières données de prévalence, 97% des utilisateurs et utilisatrices de PrEP seraient des HSH (68) (61) (33). Nous avons donc décidé d'inclure dans notre argumentaire les études s'intéressant à l'utilisation du préservatif dans la population des HSH, qui nous semblait la plus représentative des PrEPeur.euses actuellement.

a- Données sur l'utilisation du préservatif par les HSH

L'étude EMIS publiée en 2017 s'est intéressée à la santé sexuelle des HSH en Europe. Pour les relations survenues dans les 12 derniers mois, 41% déclaraient ne pas avoir utilisé le préservatif, 27% déclaraient avoir utilisé le préservatif systématiquement avec des partenaires occasionnels (figure 9) (68).

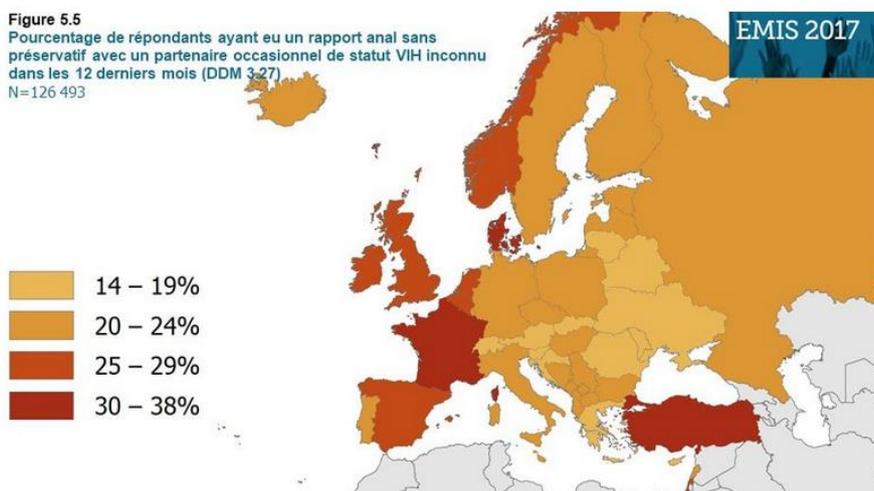


Figure 9 : pourcentage de répondants ayant eu un rapport anal sans préservatif avec un partenaire occasionnel de statut VIH inconnu dans les 12 derniers mois. (EMIS 2017).

En France, dans l'enquête ERAS en 2019 (données recueillies en ligne de façon anonyme), 21% des HSH utilisant la PrEP déclaraient avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport (58).

Dans l'étude PREVENIR (2017-2020), 18% des participant.e.s déclaraient utiliser le préservatif lors du dernier rapport (61).

Dans une étude réalisée conjointement par l'université de psychologie de Lyon et le CHU de Nantes en avril 2019 sur la qualité de la vie sexuelle chez les personnes sous PrEP, 85% des participant.e.s déclaraient avoir réduit l'utilisation systématique du préservatif et l'employer à la demande du partenaire.

En Nouvelle-Aquitaine, les données du Bulletin de Santé Publique en 2018 mettaient en évidence une diminution de l'utilisation du préservatif déclarée pour les pénétrations anales chez les homo-bisexuels, par rapport à la période 2013-2017 (Données collectées par ResIST). Par ailleurs, de façon générale on observait une diminution du nombre de vente de préservatif en pharmacie de 6% en 2018 par rapport à 2017 (le nombre de ventes en grande surface est resté stable) (69).

En synthèse, les dernières données en France sur l'utilisation du préservatif chez les HSH, prenant ou non la PrEP, retrouvent un taux d'utilisation déclaré entre 18% et 21% pour la dernière relation sexuelle. Les études les plus récentes s'accordent pour une diminution du recours au préservatif dans cette population.

b- Données sur le retentissement de la PrEP sur le comportement sexuel

Nous nous intéresserons ici aux études ayant pu mettre en évidence un effet de désinhibition de la PrEP pouvant se manifester par une augmentation du nombre de partenaires, une diminution de l'utilisation du préservatif (et donc possiblement une augmentation des IST) et une augmentation des pratiques plus à risque de transmissions (comme les pénétrations anales versus la fellation, le chemsex).

Dans l'étude PROUD, on a pu constater une augmentation du nombre de relations sexuelles sans préservatif entre le premier et le deuxième groupe : 21% déclaraient utiliser les préservatifs dans le groupe ayant bénéficié de la PrEP immédiatement, contre 12% dans le groupe ayant bénéficié de la PrEP de façon différée. On ne retrouvait pas d'augmentation significative du nombre d'IST entre ces deux phases (*Figure 10*) (18).

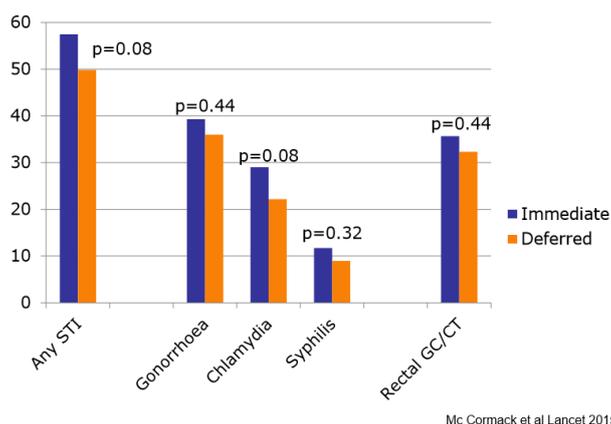


Figure 10 : nombre d'IST dans le groupe bénéficiant de la PrEP de façon immédiate puis différée (Proud).

Une méta-analyse publiée en 2018 s'est intéressée aux effets de la PrEP sur le comportement sexuel des HSH. Les auteurs ont observé une augmentation des IST transmises par voie anale, suggérant plus de rapports anaux non protégés chez les HSH ayant initié la PrEP (70).

Dans l'étude PREVENIR, succédant à l'étude IPERGAY, correspondant à la phase ouverte de l'étude, on ne retrouvait pas d'augmentation du nombre de partenaires, ni du nombre de relations sexuelles, entre l'étude en phase double aveugle et l'étude en phase ouverte. Cependant, on notait une augmentation des actes sans préservatifs de 77% à 86% (59). Concernant les IST, l'incidence restait haute, mais on n'observait pas de différence significative entre la phase en double aveugle et la phase ouverte de l'étude.

Les résultats de la nouvelle étude PREVENIR (2017-2020) publiés en 2021, ont montré une diminution du nombre de partenaires sexuels sur la durée de l'étude, mais une augmentation des rapports sexuels et une augmentation des rapports sexuels non protégés par le préservatif. Ces rapports non protégés prédominaient chez les personnes ne prenant pas la PrEP avant le début de l'étude. Ces résultats suggèrent une augmentation des comportements à risque sous PrEP (18% déclarent utiliser le préservatif lors du dernier rapport sexuel) (61).

Au total, certaines études mettent en évidence des modifications des comportements sexuels chez les HSH depuis l'initiation de la PrEP. Les études ANRS Prevenir, PROUD et ERAS s'accordent sur un taux d'utilisation du préservatif chez les consultant.e.s PrEPeurs.euses compris entre 10 et 21% avec une légère diminution depuis l'arrivée de la PrEP (30) (18) (58).

c- Etat des lieux de la prévention actuelle quant aux patients à haut risque d'infection au VIH

Les dernières synthèses des sociétés de recommandations et groupes d'experts préconisent une prévention de type « diversifiée », s'adaptant à chaque consultant. « *L'ANSM rappelle que l'utilisation du Truvada®, ou ses génériques, dans la PrEP VIH, s'intègre dans une stratégie de prévention diversifiée de la transmission du VIH par voie sexuelle comprenant également la promotion de l'usage du préservatif, le recours au dépistage régulier du VIH et des autres IST, la connaissance du statut virologique VIH du/des partenaires, le recours au « Treatment as Prevention (TasP) » chez le partenaire séro-positif et le recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) » (17).*

Le retour du groupe d'experts « Prise en charge des personnes infectées par le VIH » dirigé par le Pr. Morlat, publié par l'ANRS en 2018 conclue : « *Le préservatif masculin a eu un rôle majeur dans la lutte contre l'épidémie de VIH ; il reste aujourd'hui un outil indispensable dans le contexte de la prévention diversifiée en particulier parce qu'il est le seul à protéger des autres IST. Il est donc nécessaire d'en poursuivre la promotion... » (24).*

Dans ce sens, certains préservatifs masculins (marques « EDEN® » et « Sortez couverts !® ») sont maintenant remboursés par l'Assurance Maladie depuis 2018 (71) (72). Le préservatif masculin présente une efficacité théorique élevée, de 98%, en prévention de la transmission du VIH. Cependant, selon les pratiques sexuelles, le type de rapport, le risque de rupture ou de glissement, son efficacité réelle pour prévenir de la transmission du VIH est estimée à 80% chez les hétérosexuel.l.e.s et 64% chez les HSH. Le risque de transmission serait plus élevé chez les homosexuels masculins en raison du plus grand risque de rupture et de glissement. L'arrivée de la PrEP permet donc d'assurer une meilleure protection contre la transmission du VIH; cependant, seul le préservatif pourra protéger des autres IST (24).

En pratique, depuis le 10 décembre 2018, le préservatif masculin peut maintenant être délivré en pharmacie par boîte de 6, 12 ou 24 sur présentation d'une ordonnance valable 1 an, rédigée par une sage-femme ou un médecin. Les préservatifs sont remboursés à hauteur de 65% par l'Assurance Maladie (72).

d- Conclusion

Les sociétés savantes et groupes d'expert s'accordent pour la promotion d'une prévention « diversifiée » s'adaptant à toutes les pratiques sexuelles, intégrant la PrEP et les préservatifs dans l'éventail des outils de prévention.

Les études réalisées montrent une utilisation conjointe de la PrEP et des préservatifs acceptée et pratiquée par certain.e.s consultant.e.s PrEPeurs.euses. PrEP et préservatifs ne sont donc pas antinomiques.

On constate depuis une dizaine d'année une augmentation des IST appelant à revaloriser le préservatif dans les stratégies de prévention actuelles.

Puisque la PrEP et le préservatif ne s'excluent pas, quels sont les freins à l'utilisation conjointe ou alternative de la PrEP et du préservatif chez le consultant PrEPeur, dans le contexte de prise en charge récente du préservatif par l'assurance maladie ?

C- Etudes antérieures sur les modalités d'utilisation du préservatif chez les PrEPeurs.euses

Plusieurs freins à l'utilisation du préservatif ont déjà été mis en évidence.

Le préservatif est vu par certains utilisateurs ou utilisatrices comme une barrière physique à la relation sexuelle, une atteinte au plaisir. L'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine a réalisé en 2019 une étude qualitative sur l'utilisation du préservatif chez les jeunes (lycéens et étudiant.e.s) de 15 à 25 ans, sous la forme de focus groupes et d'entretiens individuels. Le préservatif était perçu comme pouvant diminuer les sensations physiques et donc le plaisir (73). Une étude ayant pour but d'élaborer une échelle d'évaluation du plaisir sexuel lors de l'utilisation du préservatif chez les hommes (Hétérosexuels et HSH) aux Etats-Unis en 2018 a fait le même constat. La diminution du plaisir pendant la relation était vue comme un frein majeur au recours du préservatif : « *L'anticipation de la perte de plaisir sexuel consécutive au port du préservatif est un déterminant de la non-utilisation de celui-ci parmi les HSH* » (74). Plusieurs travaux de psychologie se sont également intéressés aux freins à l'utilisation du préservatif chez les PrEPeur.euses. Le Dr. Di Ciaccio a publié en 2019 une thèse sur l'approche psycho-sociale de la gestion du risque VIH chez les HSH, notamment chez les PrEPeur.euses. L'altération du plaisir était vue par les répondeur.euses comme une entrave à son utilisation (7).

En plus d'être perçu comme un obstacle physique, le préservatif représente également pour certains PrEPeur.euses une barrière immatérielle à la relation sexuelle, une atteinte à l'intimité de la relation. Dans la thèse du Dr. Di Ciaccio, la perte de l'intimité et de la spontanéité de la relation ressenties par les utilisateurs et utilisatrices de préservatifs pourrait conduire à son abandon malgré la connaissance des risques encourus (IST): « *L'utilisation du préservatif dépend de nombreux facteurs en plus du niveau de perception du risque : normes sociales et subjectives, contrôle comportemental perçu, attitude, intentions. Certains de ces facteurs seraient plus influents que la perception du risque sur l'utilisation du préservatif* », « *La PrEP est moins soumise à cet ensemble de facteurs car c'est un acte individuel, privé* » (7). Le Dr. Mabire a rejoint cette idée dans une thèse de psychologie publiée en 2020. Dans ce travail, il a évoqué des freins à l'utilisation du préservatif rapportés par les HSH : « *le préservatif est vu comme une barrière, matérielle et symbolique, au plaisir sexuel, et conduirait à une perte de l'intimité avec le partenaire* » (75).

Récemment, une étude réalisée conjointement par l'université de psychologie de Lyon et le CHU de Nantes en avril 2019 s'est intéressée à la qualité de la vie sexuelle chez les personnes sous PrEP. 38 témoignages de personnes sous PrEP ont été recueillis en 6 focus groupes. Les répondeur.euses s'accordaient sur un sentiment de liberté, d'épanouissement dans leur

vie sexuelle depuis qu'ils utilisaient la PrEP. 5 personnes déclaraient continuer à utiliser le préservatif de façon identique depuis la PrEP. 6 personnes disaient avoir abandonné le préservatif et pouvoir même renoncer à une relation sexuelle si le partenaire souhaitait l'utiliser. La majorité des répond.euses (17) déclaraient utiliser le préservatif de façon flexible, en fonction de la demande du partenaire (76).

D'après les résultats de ces études, la perception du risque d'IST par les PrEPeur.euses ne suffirait parfois pas à favoriser l'utilisation du préservatif. En effet, le préservatif peut être perçu non seulement comme une entrave physique au plaisir sexuel, mais aussi comme une barrière immatérielle dans la relation sexuelle. Selon le.s ou la partenaire.s, le préservatif peut être associé à des codes sociaux ou relationnels péjoratifs (méfiance vis-à-vis de l'autre partenaire, manque de confiance, manque de lâcher prise dans la relation, interruption de l'acte sexuel...).

Cependant, les études sur les comportements sexuels des personnes à haut risque d'exposition au VIH réalisées avant la PrEP montraient déjà un délaissement progressif des attitudes préventives depuis les années 90, probablement en lien avec l'arrivée du traitement contre le VIH. Les facteurs d'exposition aux risques d'une part et ceux des comportements préventifs d'autre part étaient multiples et hétérogènes, suggérant des profils divers de personnes à haut risque de contracter le VIH (67).

Le préservatif a donc toute sa place au sein de « L'éventail de prévention » proposé aux personnes exposées au VIH (66). Le préservatif est de plus le seul moyen de prévention existant contre les IST autres que le VIH. Au même titre que la PrEP, le TPE et le TasP, le préservatif est maintenant remboursé par l'Assurance Maladie depuis 2018 (77).

Dans ce contexte de remboursement récemment proposé, nous avons souhaité nous intéresser aux modalités d'utilisation du préservatif chez les PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine et à leur point de vue sur cette nouvelle possibilité de l'acquérir.

ETUDE

1- Objectifs

A- Objectif principal

Nous souhaitons à travers ce travail décrire l'utilisation du préservatif chez les PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine, suivi.e.s dans les différents centres répertoriés : les Hôpitaux Pellegrin et Saint-André à Bordeaux, l'Hôpital de Périgueux, le CeGIDD de Bordeaux, le CeGIDD de Libourne, l'Hôpital de Poitiers, le CeGIDD de Bayonne, l'Hôpital d'Arcachon, l'Hôpital de Mont de Marsan, l'Hôpital de la Rochelle, le CeGIDD d'Angoulême et l'Hôpital d'Agen.

B- Objectifs secondaires

Cette étude nous permettra également de décrire la population des PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine et ses caractéristiques sur la période de l'étude.

Enfin, ce travail abordera l'intérêt de prescrire le préservatif sur ordonnance à la lumière des réponses de la population étudiée.

2- Matériels et Méthodes

A- Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, multicentrique, réalisée dans les centres de prescriptions de PrEP (CeGIDD et centres hospitaliers universitaires ou non) de Nouvelle-Aquitaine entre septembre 2020 et janvier 2021.

B- Population de l'étude

L'étude concerne les PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine.

- 1) Critères d'inclusion : toutes les personnes utilisant la PrEP, de manière continue ou à la demande, quelle que soit la durée, en Nouvelle-Aquitaine.
- 2) Critères d'exclusion : consultation pour primo-prescription de PrEP, PrEPeurs.euses hors Nouvelle-Aquitaine.

C- Outil de mesure

Nous avons réalisé un questionnaire anonyme, composé de trois parties (annexe 2) :

- 1) La première partie définira le profil général du ou de la consultant.e.
- 2) La deuxième partie définira le profil d'utilisation de la PrEP et du préservatif chez le ou la consultant.e. Nous nous sommes basés sur les freins à l'utilisation du préservatif déjà mis en évidence par des études antérieures (7) (75) (78). Nous avons fait le choix d'utiliser des questions à choix multiples. Cela nous permettait d'interroger sur

plusieurs freins à l'utilisation du préservatif tout en gardant un format de questionnaire succinct (questions 15 et 16).

- 3) La troisième partie questionne le ou la consultant.e autour de la prescription conjointe de la PrEP et du préservatif. La dernière question est ouverte, afin de laisser les consultant.e.s PrEPeurs.euses s'exprimer sur d'éventuels autres freins à l'utilisation du préservatif.

Les deuxième et troisième parties du questionnaire sont bâties selon le modèle de Likert avec 5 items possibles: « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « Ni d'accord ni pas d'accord », « D'accord », « Tout à fait d'accord ». Le but étant d'influencer le moins possible les réponses des participant.e.s (79).

Le questionnaire a été relu par des PrEPeurs.euses n'habitant pas la région Nouvelle-Aquitaine. À la suite des commentaires reçus, nous avons introduit l'écriture inclusive dans ce travail. Nous avons également reformulé la question 21 pour une meilleure compréhension.

D- Protocole

Nous avons sollicité le COREVIH de Nouvelle-Aquitaine pour nous aider à diffuser le questionnaire auprès des PrEPeurs.euses. Plusieurs moyens de diffusion du questionnaire étaient proposés aux centres prescripteurs ayant accepté de participer à l'étude, à leur convenance :

- Présentation et distribution du questionnaire aux consultant.e.s en préambule de la consultation par l'équipe soignante (techniciens d'étude clinique, infirmier.e.s, aide-soignant.e.s, secrétaire.s).
- Envoi d'un lien par mail par les médecins prescripteurs et prescriptrices ou les secrétaires aux consultant.e.s (le questionnaire était alors à remplir en ligne).
- Questionnaire à compléter pendant ou à l'issue de la consultation : une feuille de présentation du questionnaire (avec lien internet et QR code à flasher) ou un questionnaire papier est remis par le médecin pendant la consultation.

Les questionnaires au format papier pouvaient nous être adressés scannés sur notre boîte mail ou bien envoyés par voie postale. Nous nous sommes chargés de récupérer les questionnaires papiers recueillis par les équipes soignantes des hôpitaux Saint-André et Pellegrin du CHU de Bordeaux, de l'hôpital de Périgueux, ainsi que du CEGIDD de Bordeaux.

E- Chronologie de suivi et durée de l'étude

Les centres prescripteurs de PrEP ont été sollicités par mail par le COREVIH pour participer à cette étude le 4 septembre 2020. Nous avons fait des relances par mail et par téléphone de façon mensuelle, en octobre, novembre, décembre 2020 et en janvier 2021. Le recueil des questionnaires dans le cadre de cette étude s'est terminé le 15 janvier 2021.

Le deuxième confinement lié à l'épidémie à SARS-CoV-2 a pu interférer dans notre recueil. En effet, à part les centres d'Arcachon et de Libourne la plupart des renouvellements de PrEP se sont faits par téléconsultation ou par envoi d'ordonnances de bilans biologiques et de traitements par mail. Nous avons alors proposé de diffuser le lien du questionnaire en ligne par mail, associé à ces ordonnances.

F- Analyses statistiques

L'analyse principale a été effectuée sur les données disponibles à l'aide du logiciel *R* (version 4.0.3). Nous avons utilisé les tests du Chi2 et d'ANOVA pour les comparaisons univariées.

Les analyses multivariées ont été réalisées par régression logistique classique ou multinomiale à l'aide du package *net* (version 7.3).

Afin de faciliter l'interprétation des résultats et de remédier au manque de puissance statistique lié aux effectifs faibles pour certaines catégories du questionnaire, nous avons décidé de regrouper certaines réponses, notamment pour les questions à cinq modalités de réponses. Les items « tout à fait d'accord » et « d'accord » ont été regroupés sous l'intitulé « d'accord », « pas du tout d'accord » et « pas d'accord » sous l'intitulé « pas d'accord » (questions 17, 18, 21, 22, 23, 24 de l'annexe 2). Les réponses « souvent » et « toujours » ont également été regroupées entre elles, ainsi que « rarement » et « jamais » (questions 13, 14).

3- Résultats

A- Description de la population de l'étude

a- Données générales

256 questionnaires ont été recueillis sur la période du 4 septembre 2020 au 15 janvier 2021, dont 23% (N=58) en ligne et 77% (N=194) au format papier. 4 questionnaires ont été exclus : pour 2 questionnaires les répondeurs.euses ne correspondaient pas aux critères d'inclusion (primo-prescription de PrEP), pour les 2 autres questionnaires les réponses remplies étaient insuffisantes pour pouvoir exploiter les données (moins de 5 réponses remplies).

Au total, 11 centres de 7 départements de Nouvelle-Aquitaine ont participé à cette étude. Le nombre et le type de questionnaires recueillis par centre sont détaillés dans le tableau 4.

Département	Centre	Nombre de questionnaires recueillis au format papier	Nombre de questionnaires recueillis en ligne	Total
Gironde	CHU de Pellegrin	80	20	187
	CHU de Saint-André	40		
	CH Libourne	26		
	CeGIDD de Bordeaux	18		
	CH d'Arcachon	3		
Dordogne	CHU de Périgueux	3	17	20
Vienne	CHU de Poitiers	18	0	18
Pyrénées-Atlantiques	CeGIDD de Bayonne	0	16	16
Landes	CH de Mont de Marsan	2	3	5
Charente	CeGIDD d'Angoulême	1	2	3
Charente-Maritime	CH de la Rochelle	3	0	3
7	11	194	58	252

Tableau 4 – Détail du nombre de questionnaires recueillis au format papier et en ligne par département et centre prescripteur de PrEP.

b- Caractéristiques socio-démographiques

La population d'étude présentait une moyenne d'âge de 40,1 ans. L'âge médian était de 40 ans. L'âge minimum était de 20 ans, l'âge maximum de 69 ans (*figure 11*).

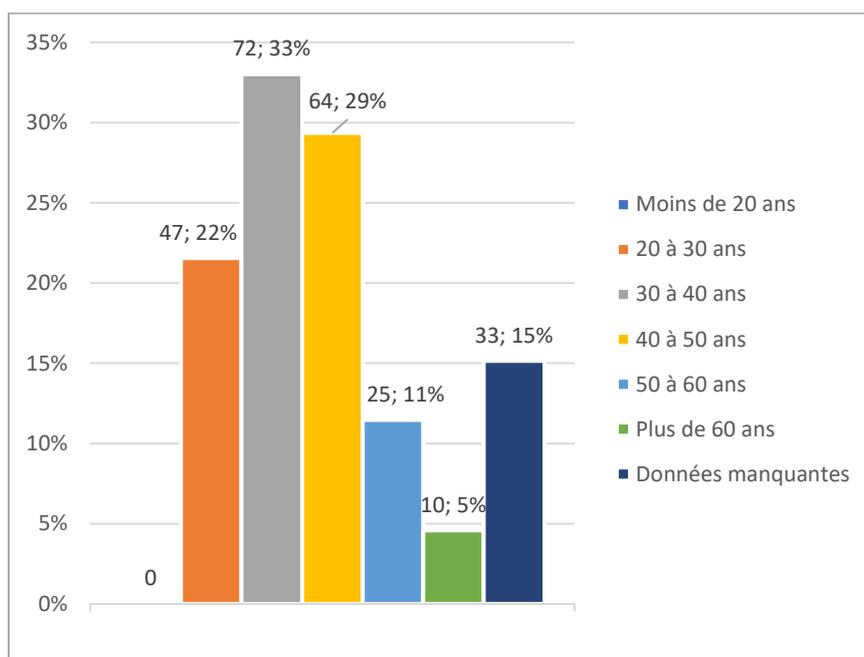


Figure 11- Répartition de la population par tranche d'âge

250 (99%) étaient des hommes, 1 (<1%) une femme et 1 (<1%) transgenre (Tableau 5).

Sexe	Effectif	%
Homme	250	99%
Femme	1	<1%
Transgenre	1	<1%
Données manquantes	0	-
Total général	252	-

Tableau 5 – Répartition de la population par sexe

La majorité des répond.euses venaient de Gironde (74% ; N=187), puis de Dordogne (7,9% ; N=20), de Vienne (7,1% ; N=18), des Pyrénées-Atlantiques (6,3% ; N=16), des Landes (2% ; N=5), de Charente (1,2% ; N=3) et de Charente-Maritime (1,2% ; N=3). Un.e des répond.euses consultant en Gironde venait du Lot et Garonne (figure 12).

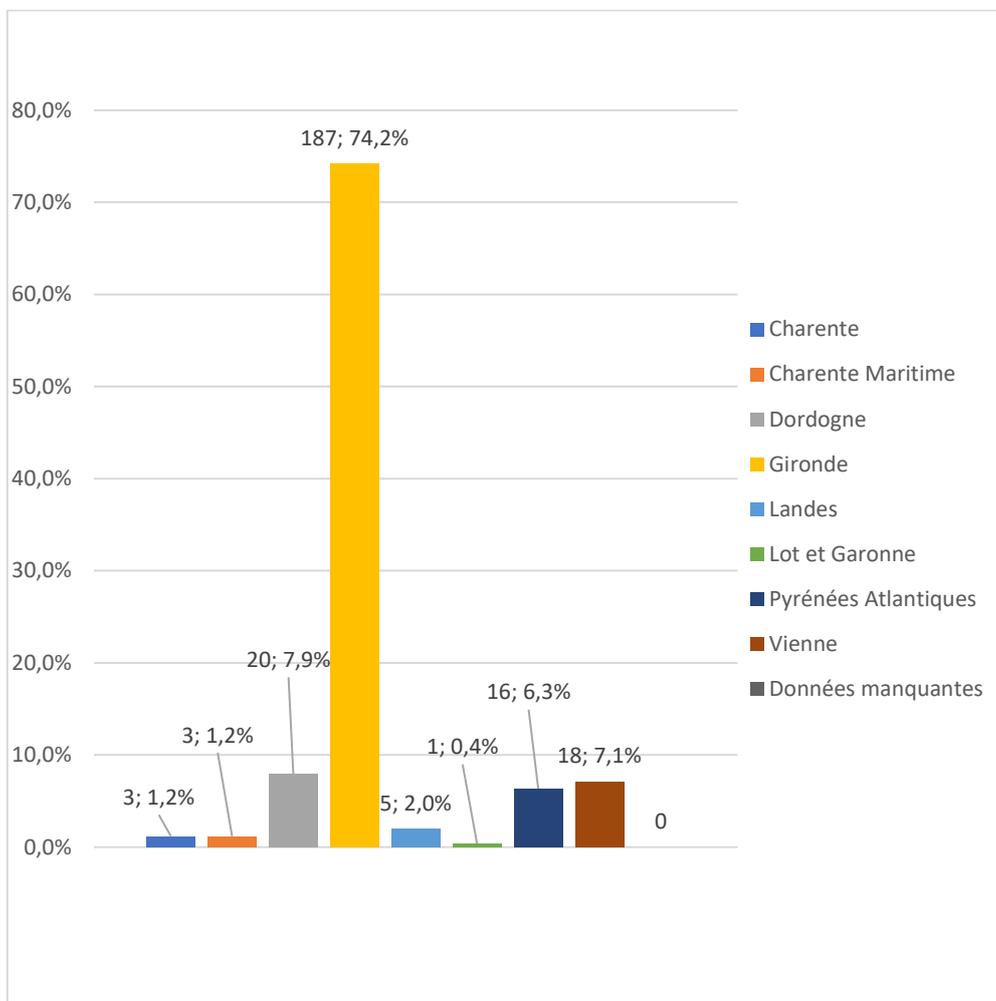


Figure 12 – Répartition de la population par département

95% (N=242) des répond.euses étaient d'origine française. Parmi ceux d'origine étrangère, 4 sont d'origine européenne, 3 d'Afrique Sub-saharienne, 1 du Maghreb, 2 d'Amérique du Sud (tableau 6).

Nationalité	Nombre de répond.euses
Allemagne	1
Argentine	1
Cameroun	2
Colombie	1
Congo	1
Espagne	1
Française	242
Hollande	1
Grèce	1
Maroc	1
Données manquantes	0
Total général	252

Tableau 6 – Nationalité des répond.euses

66% (N=167) de la population avait fait des études supérieures, 1% (N= 3) des répondeur.euses étaient sans diplôme (figure 13).

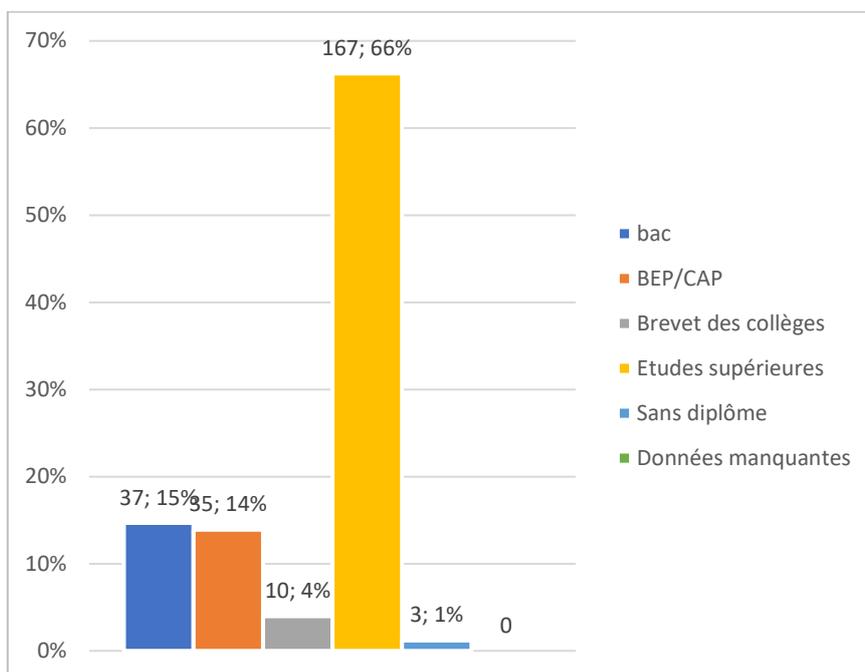


Figure 13 – Répartition de la population par niveau d'étude

91% (N=228) des répondeur.euses avaient une activité professionnelle ou faisaient des études. 6% (N=15) étaient sans activité professionnelle et 3% (N=7) retraité.e.s. Parmi les travailleurs et travailleuses, 33% (N=82) étaient cadres, 29% (N=72) employé.e.s, 12% (N=30) artisans ou commerçant.e.s, 8% (N=19) de professions intermédiaires. Les autres répondeurs.euses travaillaient dans l'agriculture ou l'exploitation, en tant qu'ouvrier.e, ou exerçaient une profession libérale (1 réponse) (figure 14).

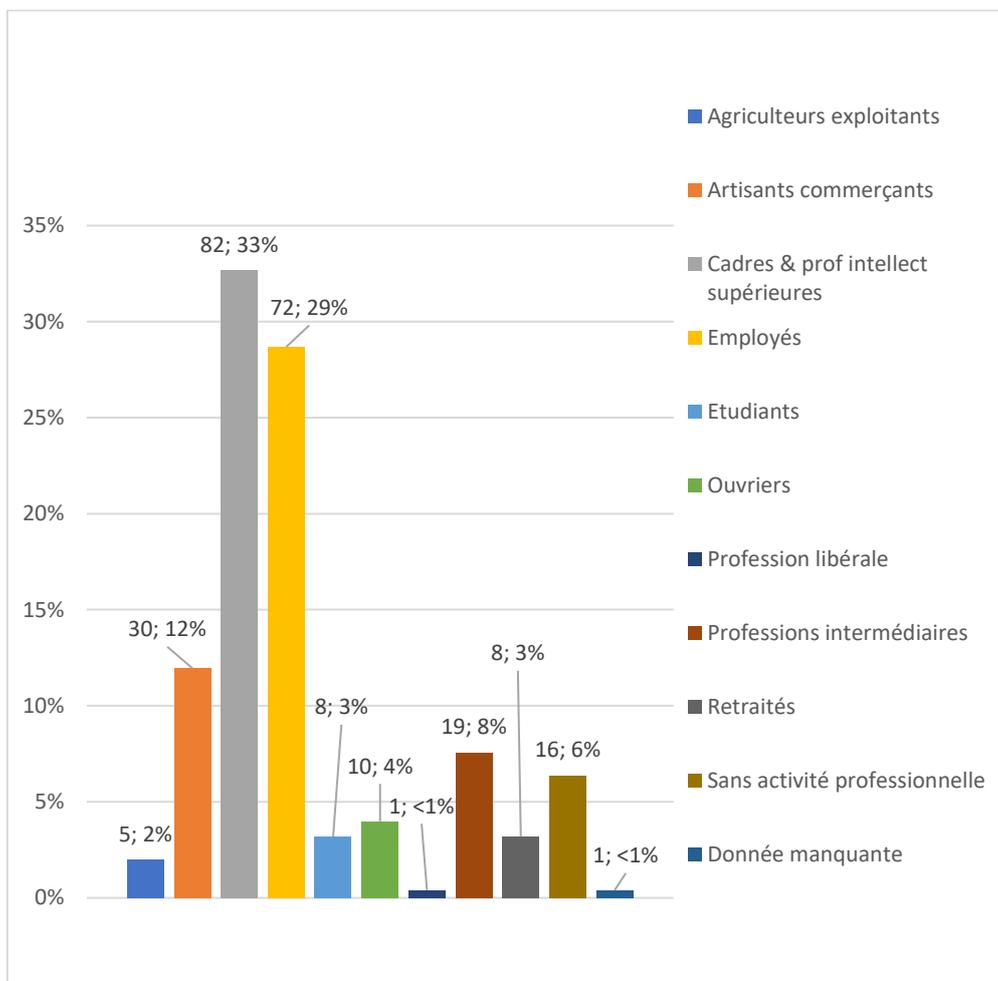


Figure 14 – Répartition de la population par activité professionnelle

91 (N=230) des réponders.euses déclaraient avoir des rapports uniquement homosexuelles, 7% (N=18) se disaient bisexuels et 2% (N=4) hétérosexuels (Tableau 7).

Orientation sexuelle	Effectif	%
Bisexualité	18	7%
Hétérosexualité exclusive	4	2%
Homosexualité exclusive	230	91%
Données manquantes	0	-
Total général	252	-

Tableau 7 – Répartition de la population par orientation sexuelle

7 (3%) réponders.euses se déclaraient travailleur.euse du sexe, 6 d'entre eux étaient originaire de Gironde, 1 de Vienne (Tableau 8).

Les caractéristiques socio-démographiques de la population sont détaillées dans le tableau 8.

Caractéristique		Effectif	%
Sexe	Homme	250	99
	Femme	1	<1%
	Transgenre	1	<1%
Age	Moins de 20 ans	0	0
	20 à 30 ans	47	22
	30 à 40 ans	72	33
	40 à 50 ans	64	29
	50 à 60 ans	25	11
	Plus de 60 ans	10	5
Nationalité	Française	241	96
	Etrangère	11	4
Pays d'origine	Française	242	96
	Européennes	4	1,5
	Autres	6	2,5
Département d'origine	Gironde	187	74,2
	Dordogne	20	7,9
	Vienne	18	7,1
	Pyrénées- Atlantiques	16	6,3
	Landes	5	2
	Charente	3	1,2
	Charente-Maritime	3	1,2
Niveau d'étude	Etudes supérieures	167	66
	Baccalauréat	37	15
	BEP/CAP	35	14
	Brevet des collèges	10	4
	Sans diplômes	3	1
Profession	Agriculture/Exploitation	5	2
	Artisans/Commerçant.e.s	30	12
	Cadres/Prof. Intell. Sup.	82	33
	Employé.e.s	72	29
	Etudiant.e.s	8	3
	Ouvrier.e.s	10	4
	Professions libérales	1	<1%
	Professions intermédiaires	19	8
	Retraité.e.s	8	3
	Sans act. prof	16	6
Orientation sexuelle	HSH exclusif	230	91
	HSH non exclusif	18	7
	Hétérosexualité	4	2
Travailleur.euse du sexe	Oui	7	3
	Non	244	97

Tableau 8 – Caractéristiques socio-démographiques

c- Prescription et utilisation de la PrEP

Respectivement 35% (N=88), 31% (N=77) et 33% (N=83) de PrEPeur.euses utilisaient la PrEP depuis moins d'un an, moins de 2 ans et plus de 2 ans.

46% (N=114) des répondeurs.euses déclaraient l'utilisation du schéma en prise continue. 37% (N=90) l'utilisaient en discontinu, 17% (N=42) utilisaient l'un ou l'autre des schémas.

La plupart des répondeur.euses bénéficiaient de leur prescription de PrEP en centre hospitalier (69% ; N=170), 30% (N=74) en CeGIDD. 4 (2%) renouvellements de PrEP en cabinet de médecine générale étaient déclarés.

L'ensemble des modalités d'utilisation de la PrEP dans la population d'étude est répertorié dans le tableau 9.

Prescription et utilisation de la PrEP		Effectif	%
Initiation de la PrEP	Moins d'un an	88	35
	Moins de 2 ans	77	31
	Plus de 2 ans	83	33
Modalité d'utilisation de la PrEP	En continu	114	46
	En discontinu	90	37
	Variable selon les périodes	42	17
Centre prescripteur de PrEP	Cabinet médecine générale	4	2
	CeGIDD	74	30
	Centre hospitalier	170	69

Tableau 9 – Prescription et utilisation de la PrEP dans la population

d- Antécédent d'IST

84% (N=184) de la population d'étude avait des antécédents d'IST (figure 15).

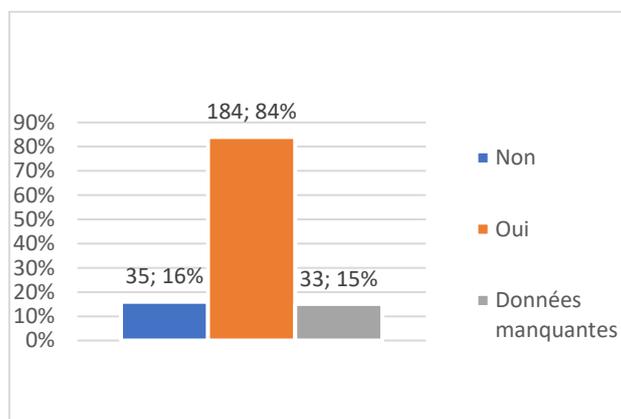


Figure 15 – Antécédents d'IST

e- Pratique du chemsex

43% (N=106) des PrEPeur.euses déclaraient utiliser le chemsex, à des fréquences d'utilisation différentes (figure 16).

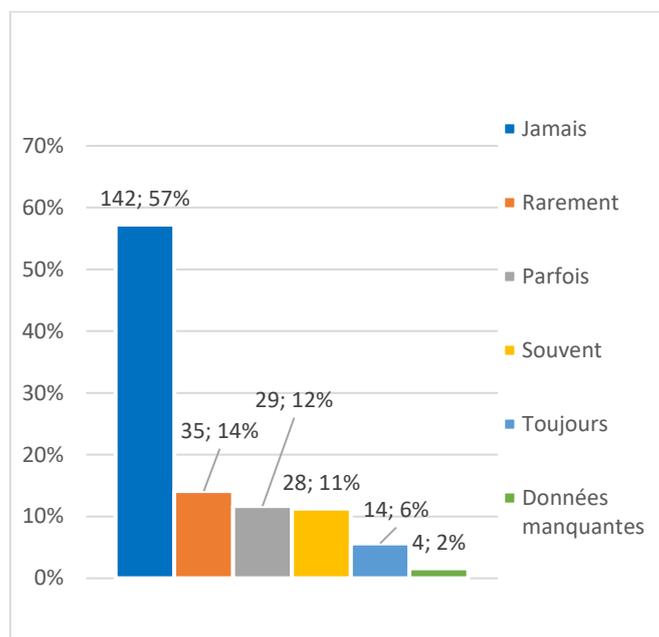


Figure 16 – Fréquence de pratique du chemsex

B- Modalités d'utilisation du préservatif dans la population d'étude

a- Description des modalités d'utilisation du préservatif dans la population d'étude

1- Utilisation du préservatif

11% (N=28) des répondeur.euses déclaraient ne jamais utiliser le préservatif. Respectivement 25% (N=63) et 32% (N=80) disaient l'utiliser « rarement » et « parfois », 19% (N=48) déclaraient l'utiliser « souvent » et 12% (N=29) « toujours » (figure 17).

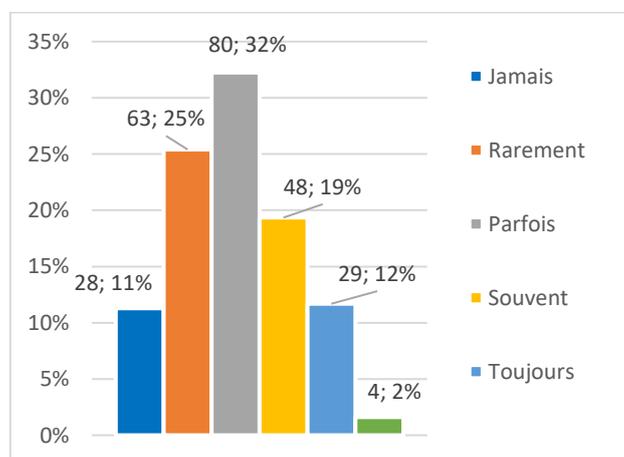


Figure 17 – Fréquence d'utilisation du préservatif

2- Circonstances d'utilisation du préservatif

26 répondeur.euses avaient sélectionné plusieurs réponses à cette question.

32 (12%) répondeur.euses déclaraient ne jamais utiliser le préservatif, à l'inverse 30 (11%) disaient toujours l'utiliser. Il existe des petites variations par rapport à la question 13 « Utilisation du préservatif » où respectivement 28 (11%) déclaraient ne jamais l'utiliser et 29 (12%) toujours.

32% (N=87) des réponders disaient utiliser le préservatif quand ils n'étaient pas sous PrEP.

Pour 44% (N=119) des PrEPeur.euses de l'étude, l'utilisation du préservatif dépendait du partenaire. 78 (28%) répondeur.euses déclaraient l'utiliser avec un nouveau partenaire, 30 (11%) « à la demande du partenaire », 9 (3%) « selon le partenaire », 2 (1%) « quand partenaire pas sous PrEP » (figure 18).

Les réponses « Autres » à la question « Circonstances d'utilisation du préservatif » évoquées par les PrEPeur.euses sont détaillées dans le tableau 10.

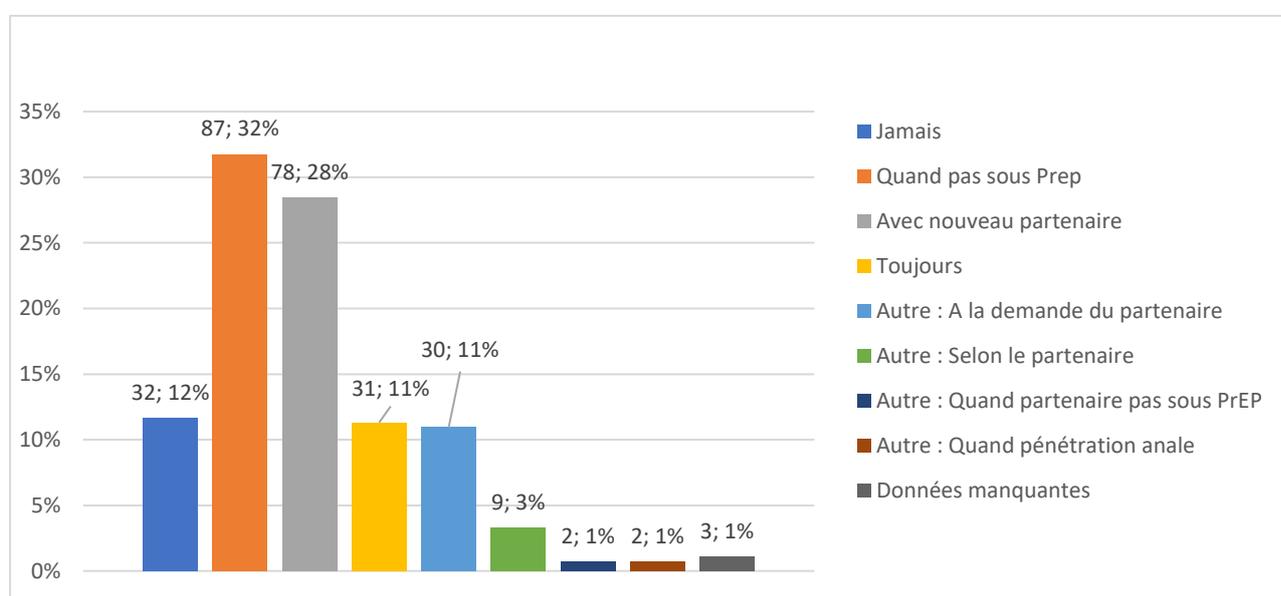


Figure 18 – Circonstance d'utilisation du préservatif

Dans un souci de clarté, les réponses « autres » concernant strictement moins de deux répondeur.euse n'apparaissent pas dans la figure 18 mais sont répertoriées dans le tableau 10.

Circonstances d'utilisation du préservatif « Autres »	Effectif
«A la demande du partenaire »	30
« Selon le partenaire »	9
« Quand partenaire pas sous PrEP »	2
« Presque toujours »	2
« Pénétration anale »	1
« Pas de lavement réalisé »	1
« Quand pas sous drogues »	1
« Quand pas sûr de mon statut »	1
« Selon situations »	1
« Quand pas ivre »	1
« Quand pas de lavement réalisé »	1
Total	50

Tableau 10 – Circonstances d'utilisation du préservatif « Autres »

3- Raisons de non-utilisation du préservatif

79 PrEPeur.euses avaient sélectionné plusieurs réponses à cette question.

35% (N=122) des répondeur.euses évoquaient la prise de PrEP comme raison de non-utilisation du préservatif.

30% (N=104) des PrEPeur.euses disaient ne pas utiliser le préservatif car celui-ci altère la qualité de leur relation.

33% (N=111) des répondeur.euses n'utilisaient pas le préservatif en raison du partenaire ; pour 24% (N=83) car le.a partenaire était estimé.e non à risque, pour 6% (N=21) car le.a partenaire demandait de ne pas l'utiliser, pour 3% (N=9) des PrEPeur.euses car ils étaient en « relation sérieuse » (Figure 19).

Les autres raisons de non-utilisation du préservatif évoquées par les PrEPeurs.euses sont détaillées dans le tableau 11.

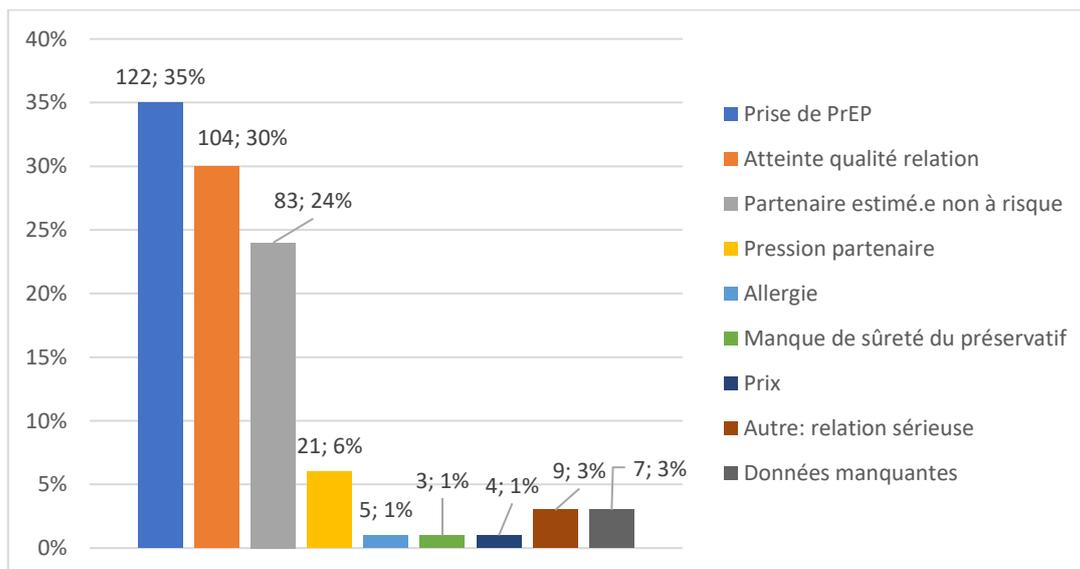


Figure 19 – Raisons de ne pas utiliser le préservatif

Dans un souci de clarté, les réponses « autres » concernant strictement moins de deux répondeur.euse n'apparaissent pas dans la figure 19 mais sont répertoriées dans le tableau 11.

Raisons de ne pas utiliser le préservatifs : « Autres »	Effectif
« Relation sérieuse »	9
« Résultats connus pour VIH »	1
« Peu de rapports anaux »	1
« Fellation »	1
« Préliminaires »	1
« Oubli quand alcool »	1
« Partenaire indétectable »	1
Total	15

Tableau 11 – Raisons de ne pas utiliser le préservatif « Autres »

4- Influence du type de rapport sur l'utilisation du préservatif

Dans cette question, il était demandé aux PrEPeur.euses si leur utilisation du préservatif pouvait être influencé par leurs pratiques sexuelles : rapport insertif, réceptif, ou fellation.

Respectivement 24% (N=59) et 23% (N=57) des répondeur.euses étaient « Tout à fait d'accord » et « D'accord » avec cet item (Figure 20).

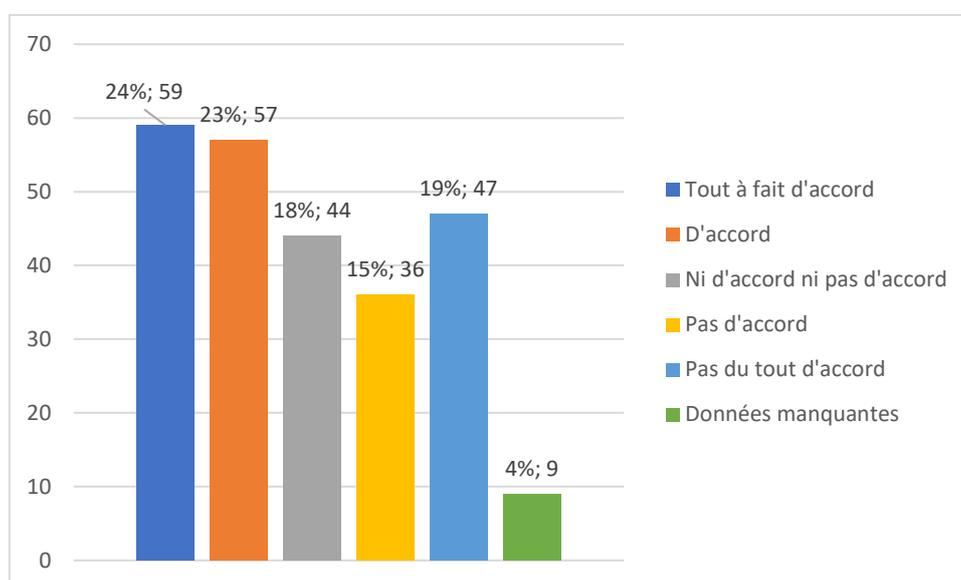


Figure 20 – Influence du type de rapport (insertif, réceptif, fellation) sur l'utilisation du préservatif

5- Défaut d'utilisation du préservatif car IST considérées comme négligeables par rapport aux VIH

Respectivement 10% (N=24) et 25% (N=61) des répondeur.euses étaient tout à fait d'accord et d'accord avec cette proposition, à savoir qu'ils n'utilisent pas le préservatif car ils considèrent les IST négligeables par rapport au VIH.

Respectivement 23% (N=56) et 20% (N=49) n'étaient pas d'accord et pas du tout d'accord. 21% (N=52) étaient ni d'accord ni pas d'accord (Figure 21).

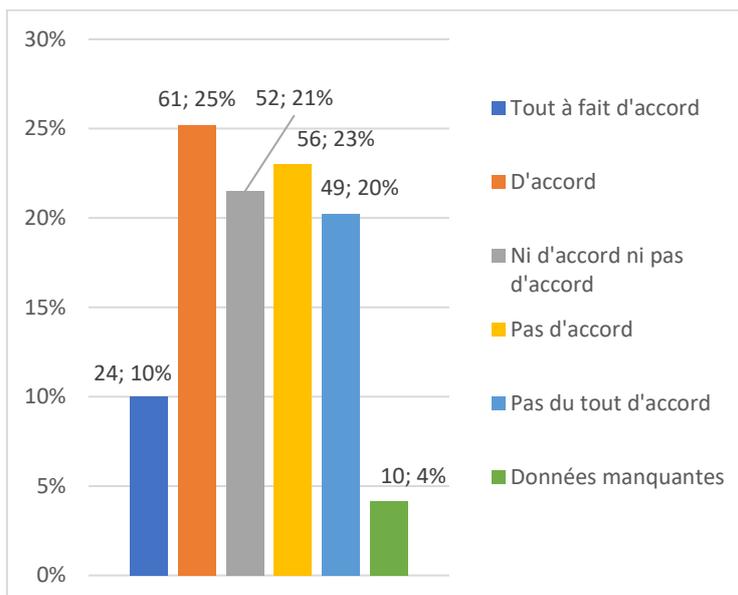


Figure 21 – Défaut d'utilisation du préservatif car IST négligeables par rapport au VIH

6- Diminution de l'utilisation du préservatif depuis la prise de PrEP

67% (N=164) des répondants déclaraient avoir diminué leur utilisation du préservatif depuis la PrEP (Figure 22).

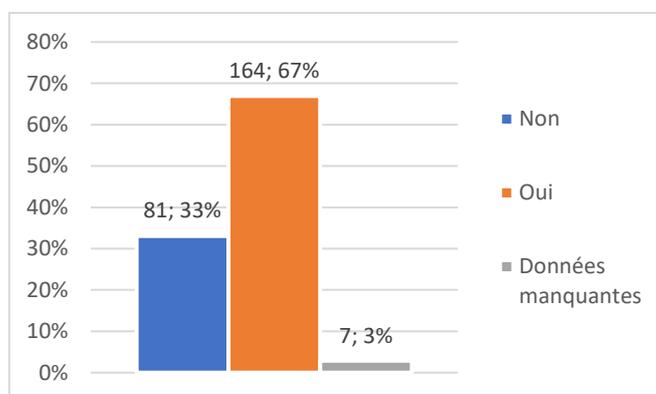


Figure 22- Diminution de l'utilisation du préservatif depuis la PrEP

b- Analyses multivariées de la variable « fréquence d'utilisation du préservatif » avec les différentes caractéristiques des PrEPeur.euses

Nous avons souhaité rechercher d'éventuelles caractéristiques communes d'une part, entre les PrEPeur.euses déclarant utiliser souvent ou toujours le préservatif, d'autre part, entre ceux déclarant l'utiliser rarement ou jamais.

Nous avons donc réalisé une analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu « souvent » et « toujours » à la question 17 relative

à la fréquence d'utilisation du préservatif, par rapport à ceux ayant répondu « rarement » et « jamais ».

Parmi les PrEPeur.euses déclarant utiliser « rarement » ou « jamais » le préservatif, on retrouve une proportion significativement plus élevée de réponders.euses ayant des antécédents d'IST (OR 0,26, IC [0,07 ; 0,94], $p=0,040$) et déclarant pratiquer le chemsex « parfois » (OR 0,13, IC [0,02 ; 0,77], $p=0,025$). Parmi ces PrEPeur.euses on retrouve également significativement plus de réponders.euses se déclarant « ni d'accord ni pas d'accord » et « d'accord » avec le fait d'utiliser peu le préservatif car les autres IST sont négligeables par rapport au VIH, respectivement (OR 0,22, IC [0,06 ; 0,83], $p=0,026$), (OR 0,23, IC [0,07 ; 0,72], $p=0,011$). On retrouve aussi une association significative entre la fréquence d'utilisation « rarement »/« jamais » et la diminution de l'utilisation du préservatif depuis la PrEP (OR 0,11, IC [0,04 ; 0,32], $p<0,001$) (*Tableau 12 et figure 23*).

Caractéristique	OR ¹	95% CI ¹	p-value
Age			
Inférieur ou égal à 30 ans	—	—	
De 31 à 40 ans	1.15	0.34, 3.93	0.8
Supérieur à 40 ans	1.59	0.48, 5.27	0.4
Niveau d'études			
Sans diplôme à Bac	—	—	
Etudes supérieures	1.05	0.36, 3.06	>0.9
Antécédent d'IST			
Non	—	—	
Oui	0.26	0.07, 0.94	0.040
Durée d'utilisation de la PrEP			
Moins de 2 ans	—	—	
Moins d'1 an	1.99	0.67, 5.93	0.2
Plus de 2 ans	0.34	0.09, 1.27	0.11
Lieu de prescription de la PrEP			
CEGGID	—	—	
Centre hospitalier	0.61	0.20, 1.85	0.4
Pratique du chemsex			
Rarement/Jamais	—	—	
Parfois	0.13	0.02, 0.77	0.025
Souvent/Toujours	0.30	0.04, 2.10	0.2
Influence du type de rapport sur l'utilisation du préservatif			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	0.72	0.17, 3.09	0.7
D'accord	1.55	0.54, 4.45	0.4
Pas de préservatif car IST jugées négligeables			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	0.22	0.06, 0.83	0.026
D'accord	0.23	0.07, 0.72	0.011
Diminution de l'utilisation du préservatif depuis la PrEP			
Non	—	—	
Oui	0.11	0.04, 0.32	<0.001

¹ OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Tableau 12 - Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des répond.euses déclarant utiliser « souvent »/« toujours » le préservatif, par rapport à ceux déclarant l'utiliser « rarement »/« jamais » (réponses de la question 13 « rarement »/« jamais » prises en référence).

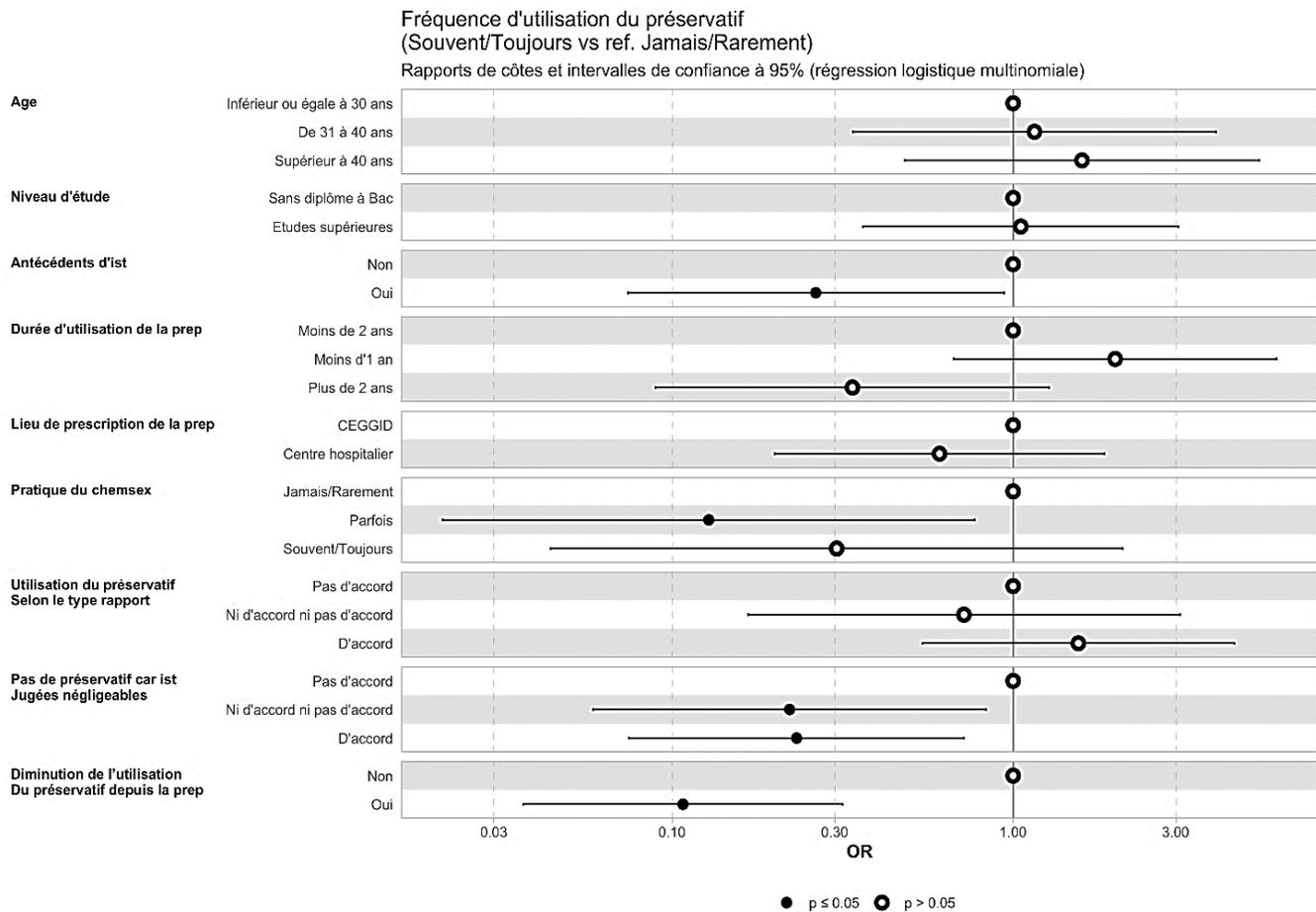


Figure 23 - Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des répondeur.euses déclarant utiliser « souvent »/« toujours » le préservatif, par rapport à ceux déclarant l'utiliser « rarement »/« jamais » (réponses de la question 13 « rarement »/« jamais » prises en référence).

C-Préservatif sur ordonnance : vision du préservatif sur ordonnance par les PrEPeur.euses de notre échantillon et analyses multivariées

1- « Savez-vous que le préservatif est remboursé par l'Assurance Maladie » ?

61 % (N=154) des répondeur.euses ignoraient que le préservatif était pris en charge par l'Assurance Maladie sur ordonnance (Figure 24).

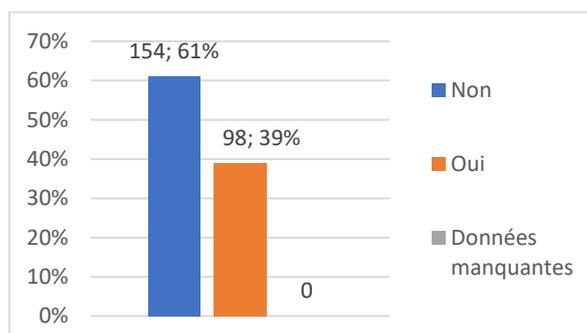


Figure 24 – Notion que le préservatif est remboursé par l'Assurance Maladie sur ordonnance

Nous avons réalisé une analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu respectivement « oui » et « non » à la question 20.

Nous n'avons pas retrouvé d'associations significatives entre le fait de savoir ou non que le préservatif est remboursé par l'Assurance Maladie et les caractéristiques socio démographiques et comportements sexuels présentés dans le tableau 18. (Tableau 13, figure 25).

Caractéristique	OR	95% CI	p-value
Age			
Inférieur ou égale à 30 ans	—	—	
De 31 à 40 ans	1.00	0.43, 2.31	>0.9
Supérieur à 40 ans	0.58	0.25, 1.30	0.2
Niveau d'étude			
Sans diplôme à Bac	—	—	
Etudes supérieures	0.72	0.36, 1.45	0.4
Antécédents d'IST			
Non	—	—	
Oui	1.59	0.64, 4.22	0.3
Durée d'utilisation de la PrEP			
Moins de 2 ans	—	—	
Moins d'1 an	0.62	0.28, 1.33	0.2
Plus de 2 ans	0.72	0.33, 1.55	0.4
Lieu de prescription de la PrEP			
CEGGID	—	—	
Centre hospitalier	0.79	0.38, 1.61	0.5
Fréquence d'utilisation du préservatif			
Jamais/Rarement	—	—	
Parfois	1.07	0.51, 2.25	0.9
Souvent/Toujours	1.43	0.57, 3.65	0.4
Pratique du chemsex			
Rarement/Jamais	—	—	
Parfois	0.66	0.23, 1.73	0.4
Souvent/Toujours	1.18	0.41, 3.30	0.7
Utilisation du préservatif selon le type rapport			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	1.53	0.64, 3.69	0.3
D'accord	1.20	0.57, 2.54	0.6
Pas de préservatif car IST jugées négligeables			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	0.73	0.31, 1.70	0.5
D'accord	0.75	0.35, 1.59	0.4
Diminution de l'utilisation du préservatif depuis la PrEP			
Non	—	—	
Oui	1.83	0.83, 4.19	0.14

Tableau 13 – Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu respectivement « oui » et « non » à la question 20 (réponses « non » à la question 20 prises en référence)

Notion que le préservatif est remboursé par l'assurance maladie ou non (ref. Non)

Rapports de côtes et intervalles de confiance à 95% (régression logistique)

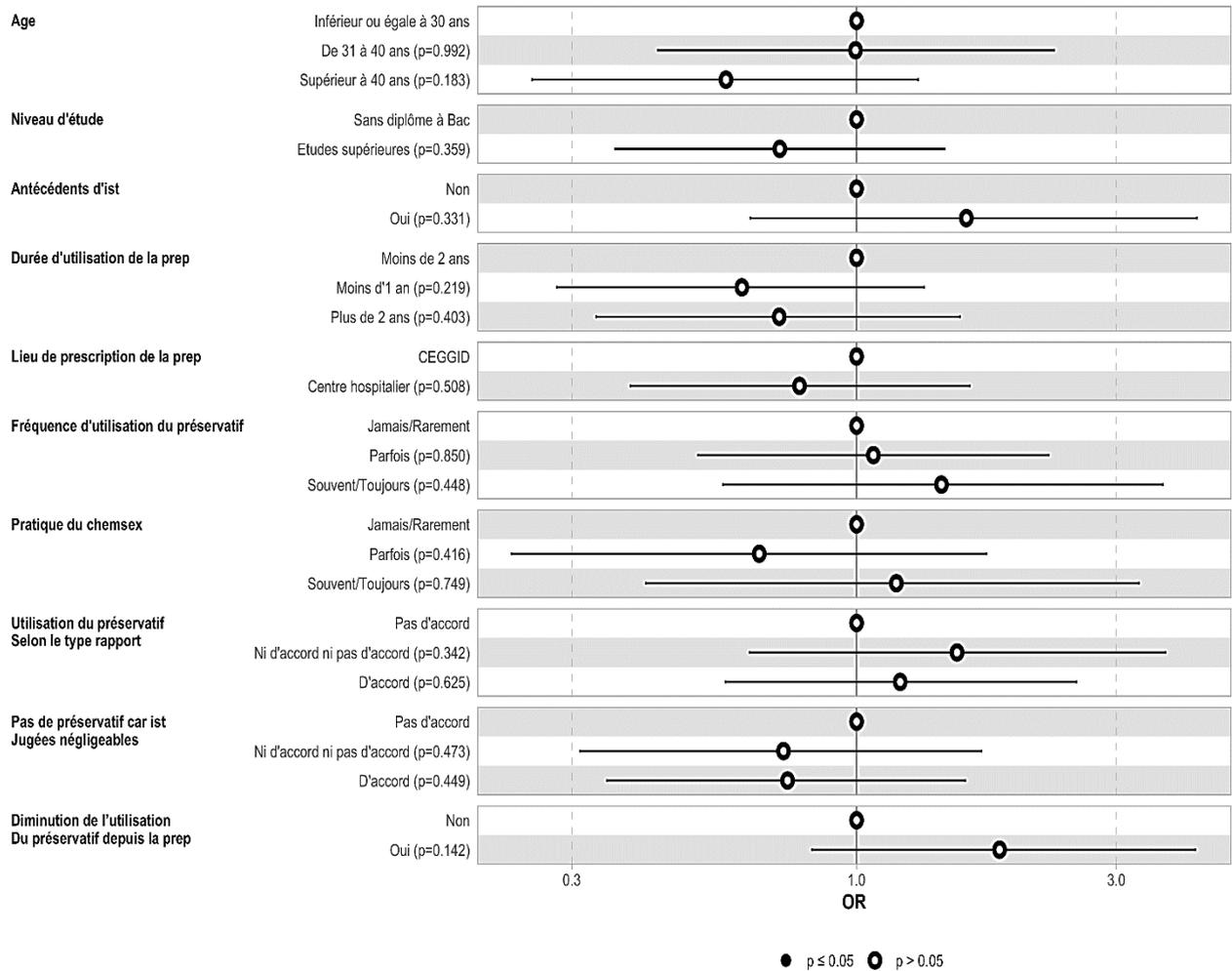


Figure 25 – Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu respectivement « oui » et « non » à la question 20 (réponses « non » à la question 20 prises en référence)

2- « Le fait que le préservatif soit remboursé (avantage financier) incite à l'utiliser »

Respectivement 14% (N=36) et 12% (N=30) des répondeur.euses se disaient « tout à fait d'accord » et « d'accord » avec cette proposition. Respectivement 19% (N=48) et 23% (N=58) des répondeur.euses se déclaraient « pas d'accord » et « pas du tout d'accord » avec la proposition. 31% (N=78) des répondeur.euses n'étaient « ni d'accord ni pas d'accord » (Figure 26).

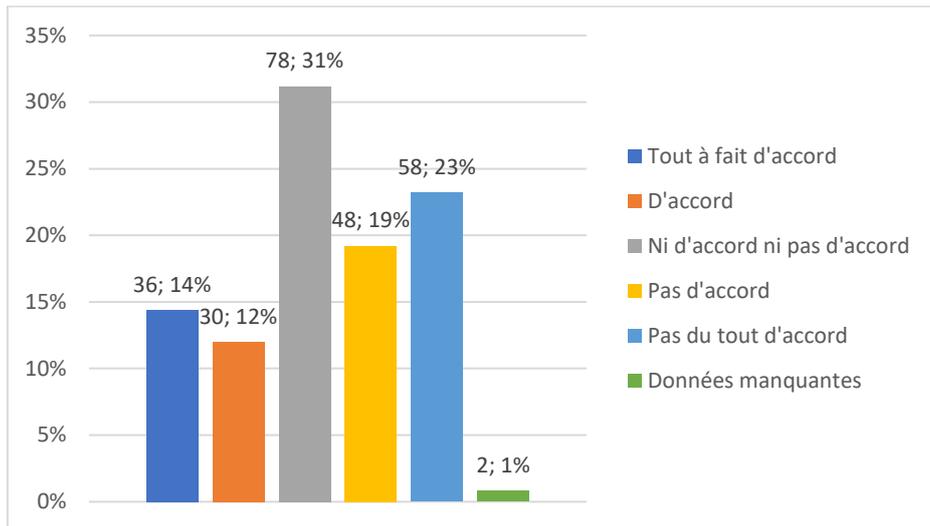


Figure 26 – Fait que le préservatif soit remboursé (avantage financier) incite à l'utiliser

Nous avons réalisé une analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » et « tout à fait d'accord » à la question 21 relative à l'influence du remboursement du préservatif par rapport à ceux ayant répondu « pas d'accord » et « pas du tout d'accord ».

Les PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » à cette proposition ont une plus faible probabilité d'avoir fait des études supérieures (OR 0,13, IC [0,05 ; 0,37], $p < 0,001$) (Tableau 14, figure 27). Ces PrEPeur.euses ont également une probabilité plus importante de répondre « ni d'accord ni pas d'accord » et « d'accord » à la question relative à l'influence du type de rapport sur l'utilisation du préservatif (OR 4,37, IC [1,53-12,5], $p = 0,006$) (Tableau 14, figure 27).

Caractéristiques	OR	95% CI	p-value
Age			
Inférieur ou égale à 30 ans	—	—	
De 31 à 40 ans	0.63	0.20, 1.98	0.4
Supérieur à 40 ans	0.36	0.11, 1.13	0.079
Niveau d'études			
Sans diplôme à Bac	—	—	
Etudes supérieures	0.13	0.05, 0.37	<0.001
Antécédents d'IST			
Non	—	—	
Oui	0.48	0.13, 1.69	0.3
Durée d'utilisation de la PrEP			
Moins de 2 ans	—	—	
Moins d'1 an	1.38	0.49, 3.93	0.5
Plus de 2 ans	0.93	0.31, 2.83	>0.9
Lieu de prescription de la PrEP			
CEGGID	—	—	
Centre hospitalier	0.87	0.31, 2.41	0.8
Utilisation du préservatif			
Jamais	—	—	
Rarement	0.42	0.09, 1.95	0.3
Parfois	0.75	0.16, 3.45	0.7
Souvent	2.70	0.52, 14.0	0.2
Toujours	0.56	0.05, 5.83	0.6
Pratique du chemsex			
Rarement/Jamais	—	—	
Parfois	1.27	0.37, 4.40	0.7
Souvent/Toujours	0.47	0.08, 2.82	0.4
Influence du type de rapport sur l'utilisation du préservatif			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	3.78	1.01, 14.1	0.048
D'accord	4.37	1.53, 12.5	0.006
Pas d'utilisation du préservatif car IST jugées négligeables			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	1.53	0.48, 4.86	0.5
D'accord	0.92	0.32, 2.62	0.9
Diminution du préservatif depuis la PrEP			
Non	—	—	
Oui	0.86	0.30, 2.50	0.8

Tableau 14 - Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » à la question 21 relative à l'influence du remboursement du préservatif par rapport à ceux ayant répondu « pas d'accord » (réponses « pas d'accord » prises en référence).

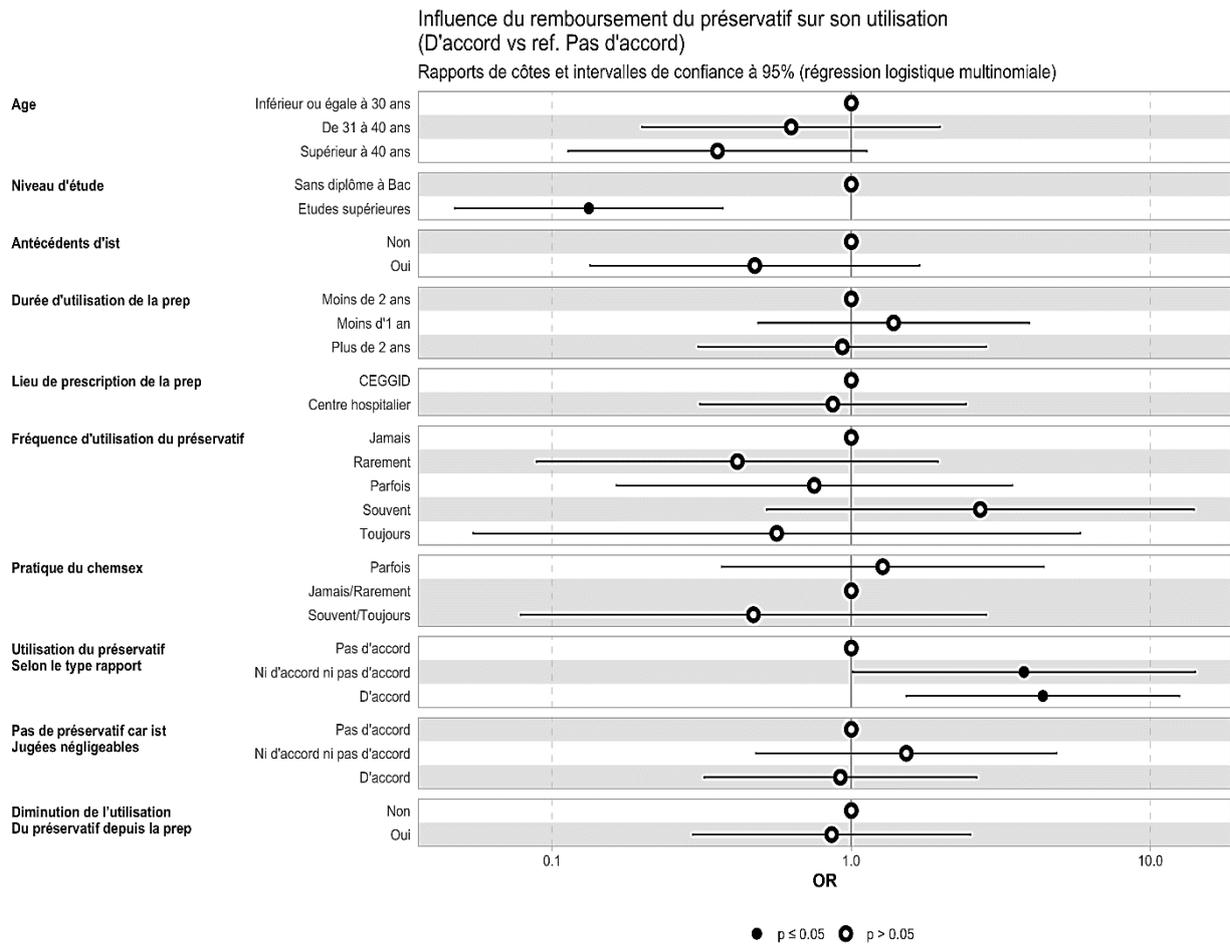


Figure 27 - Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » à la question 21 relative à l'influence du remboursement du préservatif par rapport à ceux ayant répondu « pas d'accord » (réponses « pas d'accord » prises en référence).

3- « Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale incite à l'utiliser »

Respectivement 10 (N=25) et 12% (N=29) des répondeur.euses étaient « tout à fait d'accord » et « d'accord » avec cette proposition. 22 (N=56) et 25% (N=62) se déclaraient « pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». 31% (N=78) se disaient « ni d'accord ni pas d'accord » (Figure 28).

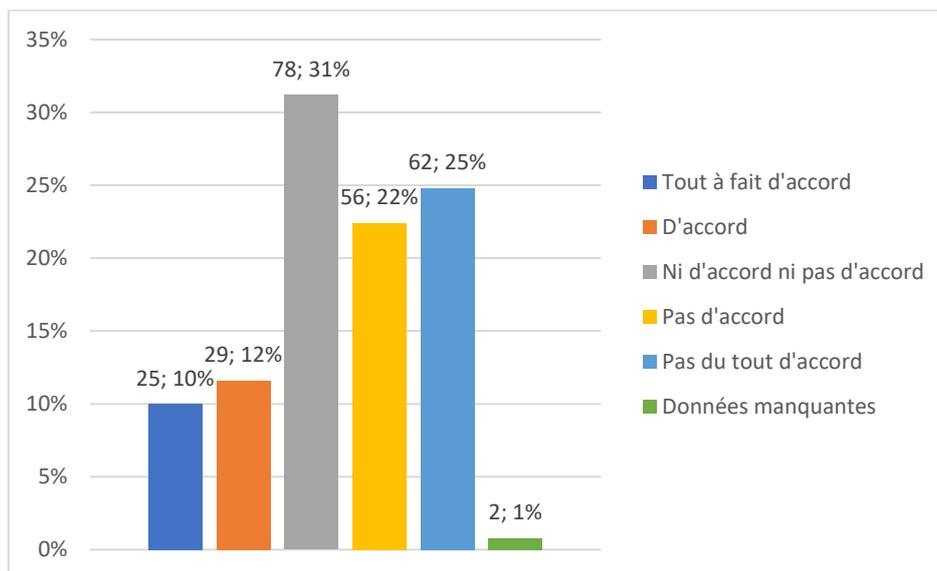


Figure 28 – Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale incite à l'utiliser.

4- « Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale en même temps que la PrEP incite à l'utiliser »

Les réponses à cette question sont réparties de façon similaire à la question précédente. Respectivement 12 (N=31) et 19% (N=48) étaient « tout à fait d'accord » et « d'accord » avec la proposition. 22 (N=55) et 20% (N=50) se déclaraient « pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». 27% (N=67) étaient « ni d'accord ni pas d'accord » (Figure 29).

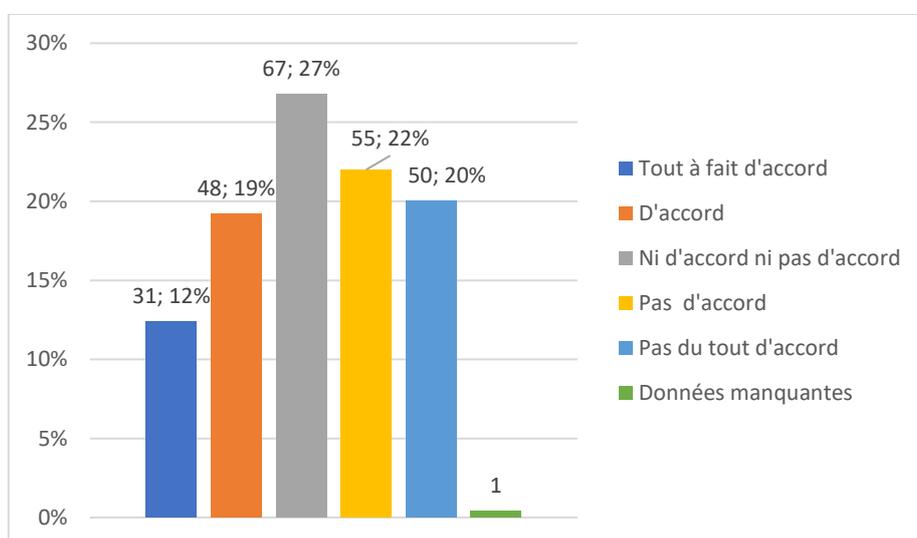


Figure 29 – Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale en même temps que la PrEP incite à l'utiliser.

Nous avons recherché d'éventuelles caractéristiques communes respectivement chez les répondeur.euses d'accord et pas d'accord avec les propositions des questions 22 et 23 (*annexe 2*). Nous avons donc réalisé une analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » et « tout à fait d'accord » à ces propositions par rapport à ceux ayant répondu « pas d'accord » et « pas du tout d'accord ».

Nous avons retrouvé une association entre les répondeur.euses ayant fait des études supérieures et ceux désapprouvant ces questions (OR 0,06, IC [0,02; 0,20], $p < 0,001$) (*Tableau 15, figure 30*), (OR 0,19, IC [0,07; 0,52], $p 0,001$) (*Tableau 16 et figure 31*).

On constate que ceux qui déclarent « toujours » en matière de fréquence d'utilisation du préservatif sont significativement moins « d'accord » avec le fait que la prescription du préservatif incite à son utilisation (OR 0,03, IC [0,00; 0,57], $p 0,019$) (*Tableau 15, figure 30*). On retrouve également une association entre les PrEPeur.euses qui approuvent la prescription du préservatif et ceux pour lesquels le type de rapport influence l'utilisation du préservatif (OR 7,7, IC [2,31; 25,9], $p < 0,001$) (*Tableau 15, figure 30*), (OR 4,84, IC [1,82; 12,9], $p 0,002$) (*Tableau 16, figure 31*).

Caractéristique	OR	95%-CI	p-value
Age			
Inférieur ou égal à 30 ans	—	—	
De 31 à 40 ans	2.10	0.56, 7.92	0.3
Supérieur à 40 ans	0.53	0.14, 1.97	0.3
Niveau d'étude			
Sans diplôme à Bac	—	—	
Etudes supérieures	0.06	0.02, 0.20	<0.001
Antécédent d'IST			
Non	—	—	
Oui	0.46	0.12, 1.78	0.3
Durée d'utilisation de la PrEP			
Moins de 2 ans	—	—	
Moins d'1 an	1.35	0.43, 4.31	0.6
Plus de 2 ans	0.80	0.23, 2.72	0.7
Lieu de prescription de la PrEP			
CEGGID	—	—	
Centre hospitalier	0.66	0.22, 1.99	0.5
Fréquence d'utilisation du préservatif			
Jamais	—	—	
Rarement	0.30	0.06, 1.57	0.2
Parfois	0.49	0.10, 2.49	0.4
Souvent	2.48	0.44, 14.0	0.3
Toujours	0.03	0.00, 0.57	0.019
Pratique du chemsex			
Rarement/Jamais	—	—	
Parfois	3.93	0.97, 15.9	0.056
Souvent/Toujours	1.06	0.20, 5.70	>0.9
Influence du type de rapport sur l'utilisation du			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	3.24	0.73, 14.3	0.12
D'accord	7.74	2.31, 25.9	<0.001
Pas de préservatif car IST jugées négligeables			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	2.56	0.73, 9.05	0.14
D'accord	1.01	0.31, 3.24	>0.9
Diminution du préservatif depuis la PrEP			
Non	—	—	
Oui	0.34	0.11, 1.09	0.071

Tableau 15 – Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » avec le fait que la prescription médicale du préservatif incite à l'utiliser par rapport à ceux ayant répondu « pas d'accord » (les réponses « pas d'accord » sont prises en référence).

Influence de la prescription médicale du préservatif sur son utilisation
(D'accord vs ref. Pas d'accord)

Rapports de côtes et intervalles de confiance à 95% (régression logistique multinomiale)

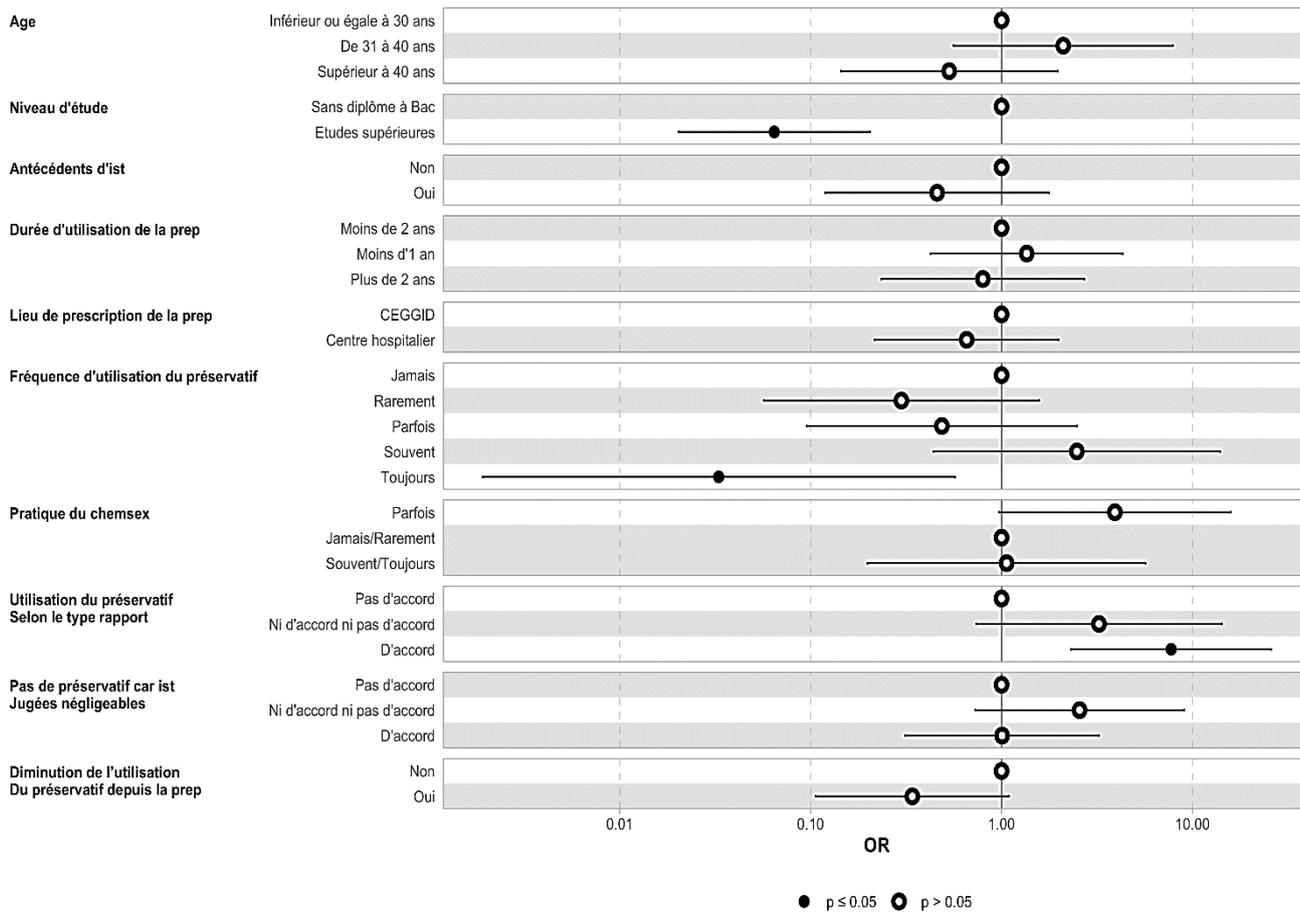


Figure 30 - Analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeuses ayant répondu « d'accord » avec le fait que la prescription médicale du préservatif incite à l'utiliser par rapport à ceux ayant répondu « pas d'accord » (les réponses « pas d'accord » sont prises en référence).

Caractéristique	OR	95% CI	p-value
Age			
Inférieur ou égale à 30 ans	—	—	
De 31 à 40 ans	1.12	0.36, 3.42	0.8
Supérieur à 40 ans	0.48	0.16, 1.44	0.2
Niveau d'étude			
Sans diplôme à Bac	—	—	
Etudes supérieures	0.19	0.07, 0.52	0.001
Antécédents d'IST			
Non	—	—	
Oui	0.68	0.21, 2.24	0.5
Durée d'utilisation de la PrEP			
Moins de 2 ans	—	—	
Moins d'1 an	1.21	0.44, 3.35	0.7
Plus de 2 ans	0.93	0.33, 2.59	0.9
Lieu de prescription de la PrEP			
CEGGID	—	—	
Centre hospitalier	0.96	0.38, 2.46	>0.9
Utilisation du préservatif			
Jamais	—	—	
Rarement	0.36	0.09, 1.50	0.2
Parfois	1.25	0.31, 5.05	0.8
Souvent	4.62	0.99, 21.6	0.052
Toujours	0.23	0.02, 2.23	0.2
Pratique du chemsex			
Rarement/Jamais	—	—	
Parfois	1.65	0.47, 5.76	0.4
Souvent/Toujours	1.43	0.36, 5.77	0.6
Influence type de rapport sur utilisation du préservatif			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	3.22	0.93, 11.1	0.065
D'accord	4.84	1.82, 12.9	0.002
Pas de préservatif car IST jugées négligeables			
Pas d'accord	—	—	
Ni d'accord ni pas d'accord	1.23	0.38, 3.96	0.7
D'accord	1.52	0.58, 4.01	0.4
Diminution de l'utilisation du préservatif depuis la PrEP			
Non	—	—	
Oui	0.70	0.25, 1.96	0.5

Tableau 16 – Analyse multivariée des caractéristiques et des comportements sexuels des PrEPeur.euses « d'accord » avec le fait que la prescription de PrEP associée à celle du préservatif inciterait à son utilisation, par rapport aux répondeur.euses « pas d'accord » avec cette proposition (les réponses « pas d'accord » sont prises en référence).

Influence de la prescription médicale du préservatif associée à la prep sur son utilisation (D'accord vs ref. Pas d'accord)

Rapports de côtes et intervalles de confiance à 95% (régression logistique multinomiale)

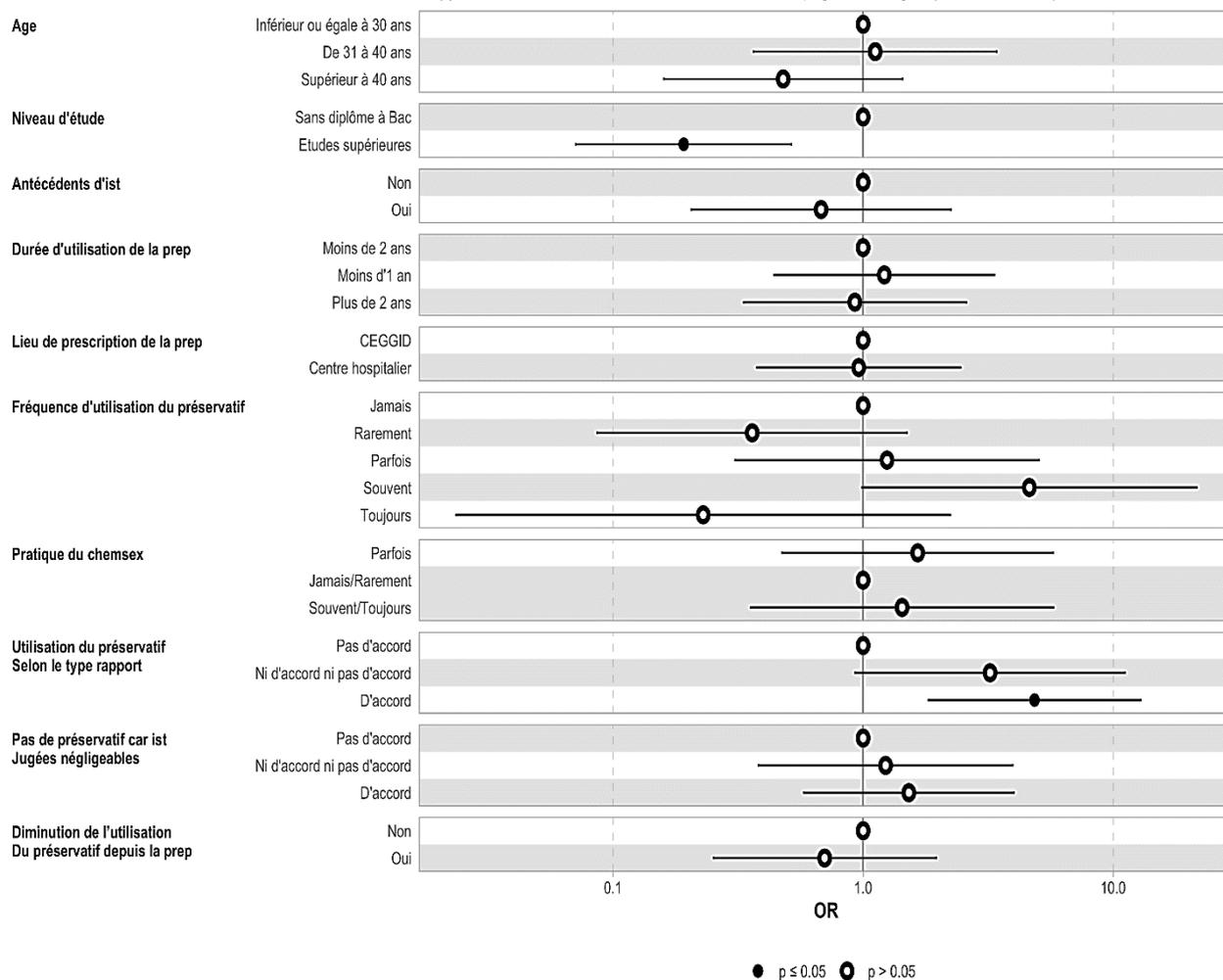


Figure 31 - Analyse multivariée des caractéristiques et des comportements sexuels des PrEPeur.euses « d'accord » avec le fait que la prescription de PrEP associée à celle du préservatif inciterait à son utilisation, par rapport aux répondeur.euses « pas d'accord » avec cette proposition (les réponses « pas d'accord » sont prises en référence).

5- « La délivrance du préservatif en pharmacie, donc l'échange avec un tiers, peut dissuader à l'obtention du préservatif »

39% (N=97) des PrEPeur.euses se déclaraient « pas du tout d'accord » avec cette proposition et 16% (N=40) n'étaient « pas d'accord ». 23% (N=57) étaient « d'accord » et 4% (N=11) « tout à fait d'accord ». 18% (N=45) étaient « ni d'accord ni pas d'accord » (Figure 32).

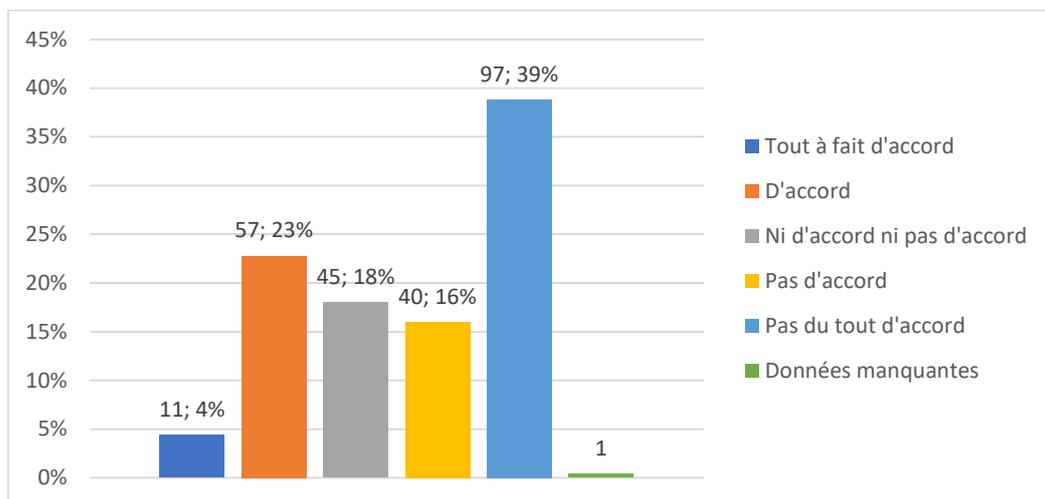


Figure 32- La délivrance du préservatif en pharmacie, donc l'échange avec un tiers, peut dissuader à l'obtention du préservatif

D-Freins à l'utilisation du préservatif évoqués par les PrEPeurs.euses (réponse libre)

Sur les 252 questionnaires analysés, 55 ne contenaient pas de réponses à cette question. Nous avons regroupé les réponses des PrEPeur.euses par idées évoquées, sous réserve d'erreurs d'interprétations de notre part (Tableau 17).

Parmi les freins évoqués on retrouve :

- Les caractéristiques du préservatif (mentionnées par 58% des répondeur.euses ; N=125) :
 - Frein lié à l'altération des sensations (55% ; N=118).
 - Frein lié aux difficultés d'utilisation (2% ; N=4).
 - Frein lié au manque de sûreté du préservatif (1% ; N=3).
- L'utilisation de la PrEP (mentionnées par 26% des répondeur.euses ; N=56) :
 - Sécurité apportée par la PrEP (22% ; N=47).
 - Croire que la PrEP protège des IST (4% ; N=9).
- Les pratiques sexuelles (mentionnées par 7% des répondeur.euses ; N=14) : chemsex, bareback, habitude de ne plus utiliser le préservatif.
- Le partenaire (mentionnées par 3% des répondeur.euses ; N=6) :
 - Pression du partenaire à ne pas l'utiliser (2% ; N=4).
 - Savoir que le partenaire est sain (1% ; N=2).
- Fait que les IST se soignent (mentionnées par 6% des répondeur.euses ; N=14).
- Echange avec le pharmacien (mentionnées par 1 répondeur.euses).

Freins à l'utilisation du préservatif évoqués par les PrEPeur.euses (réponse libre)		
Les caractéristiques du préservatif	125	58%
« Sensation »	99	46%
« Préservatif comme contrainte »	19	9%
« Difficulté d'utilisation du préservatif »	4	2%
« Préservatifs peu sûrs par rapport à la PrEP »	3	1%
L'utilisation de la PrEP	56	26%
« Sécurité apportée par la PrEP »	47	22%
« Croire que la PrEP protège de tout »	9	4%
Les pratiques sexuelles	14	7%
« Pratique du chemsex »	6	3%
« Changement des mentalités/effet de mode »	4	2%
« Certaines pratiques (bareback) »	2	1%
« Habitude de faire sans »	2	1%
Le partenaire	6	3%
« Pression du partenaire à ne pas l'utiliser »	4	2%
« Savoir que le partenaire est sain »	2	1%
Autres	15	6%
« Fait que les IST se soignent »	14	6%
« Echange avec le pharmacien »	1	0%

Tableau 17 – Freins à l'utilisation du préservatif évoqués par les PrEPeur.euses

DISCUSSION

1- Résultats

Notre étude est multicentrique, bien que limitée à la région Nouvelle-Aquitaine. Il s'agit de la première étude sur l'utilisation du préservatif spécifiquement dans la population de PrEPeur.euses en Nouvelle-Aquitaine. Notre questionnaire a été relu par des personnes hors Nouvelle-Aquitaine utilisant la PrEP. Cette relecture a motivé des modifications du questionnaire pour une meilleure compréhension par notre population d'étude afin de limiter d'éventuels biais de confusion. Les renouvellements de PrEP intervenant tous les 3 mois, la durée d'étude de 4 mois nous a permis d'essayer d'inclure un maximum de PrEPeur.euses.

Le deuxième confinement lié à l'épidémie à SARS-CoV-2 a pu interférer dans notre recueil. En effet, à part les centres d'Arcachon et de Libourne la plupart des renouvellements de PrEP se sont faits par téléconsultations ou par envoi des ordonnances de biologies et de traitements par mail pendant le deuxième confinement. Nous avons alors proposé de diffuser le lien du questionnaire en ligne par mail, associé aux ordonnances. Nous observons cependant un fort taux de réponses au format papier (77%) sur la totalité du recueil. Le questionnaire au format papier resterait donc peut-être le format préférentiel pour ce type d'étude, à moins que le questionnaire en ligne ait été finalement peu proposé.

A- Description de la population d'étude

a- Données socio-démographiques

Le profil type de répondeur.euses est un.e PrEPeur.euse de sexe biologique masculin, d'âge médian 40 ans, ayant des relations sexuelles avec des hommes, actif professionnellement et ayant fait des études supérieures (*Tableau 8*). Ces caractéristiques sont similaires à celles retrouvées dans les autres études autour de la PrEP (44) (30) (58). On note cependant une médiane d'âge plus élevée que dans les dernières études. En effet, l'âge médian était de 36 ans chez les participant.e.s de l'étude PREVENIR (2017-2020) et de 34 ans dans l'étude réalisée en 2016 chez les PrEPeurs.euses de Bordeaux (44).

Parmi les répondeur.euses, la proportion de personnes d'origine étrangère reste faible (5%), de même que la proportion de femme (<1%). Or, comme évoqué dans la partie 2, les HSH et les hétérosexuel.l.e.s né.e.s à l'étranger font partie des populations les plus touchées par les nouvelles contaminations au VIH en Nouvelle-Aquitaine. Parmi les hétérosexuel.l.e.s né.e.s à l'étranger, les femmes sont plus touchées que les hommes par le VIH (33). La PrEP resterait donc encore peu accessible à cette population de consultant.e.s en Nouvelle-Aquitaine.

On décompte également 3% de répondeur.euses se déclarant travailleur.euses du sexe; cependant, nous n'avons pas inclus dans nos données les consultant.e.s pris en charge par les associations renouvelant la PrEP (tel que le dispositif prostitution « Poppy ») (80).

b- Prescriptions et modalités d'utilisation de la PrEP

Les proportions de PrEPeur.euses ayant initié la PrEP il y a moins d'un an (88 ; 35%), il y a moins de 2 ans (77 ; 31%) et il y a plus de 2 ans (83 ; 33%) sont équivalentes dans notre étude (*Tableau 9*).

Le nombre de répondeur.euses qui utilisent la PrEP en continu (114 ; 46%) et à la demande (90 ; 37%) est globalement similaire à celui retrouvé dans l'étude PREVENIR (47,8% en continu, 52,2% à la demande à la fin de l'étude en 2020) (30). En effet, 17% des personnes dans notre étude déclarent utiliser alternativement l'un ou l'autre des schémas de prise. Ainsi, 54% de la totalité des répondeur.euses dans notre étude ont déjà utilisé la PrEP à la demande, témoignant d'une bonne appropriation de ce schéma de prise (*Tableau 9*).

La plupart des répondeur.euses de l'étude bénéficient de leur prescription de PrEP en centre hospitalier (69% ; 170) ou en CeGIDD (30% ; 74). Cependant, le nombre de personnes renouvelant la PrEP en cabinet de médecine générale (2% ; 4) ou dans des associations est possiblement sous-estimé car nous n'avons pas sollicité ces structures dans notre étude (*Tableau 9*).

c- Comportement sexuel

1- Antécédents d'IST

84% des répondeur.euses déclarent avoir au moins un antécédent d'IST (*figure 15*). En comparaison, dans l'étude réalisée entre 2016 et 2017 chez les 89 premières personnes bénéficiant de la PrEP à Bordeaux, 72% avaient un antécédent d'IST (44). Dans l'étude PREVENIR (2017-2020), l'incidence des IST était de 75,5% participants/année (61). Ces données sont en accord avec celles de Santé Publique France qui montrent depuis les années 2010 une augmentation des IST en Nouvelle-Aquitaine, particulièrement dans la population HSH (*figure 7*).

2- Pratique du chemsex

Dans notre étude, 43% des PrEPeurs déclarent pratiquer le chemsex (*figure 16*). Parmi eux, 11% de la totalité des répondeur.euses déclarent « souvent » pratiquer le chemsex. Entre 2016 et 2017 dans l'étude évaluant la mise en place des consultations PrEP à Bordeaux, 36% de la population d'étude déclarait pratiquer le chemsex (44). On pourrait donc observer une légère augmentation de la pratique du chemsex dans la population des PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine. Dans l'étude PREVENIR, 13% des PrEPeur.euses déclaraient avoir pratiqué le chemsex lors du dernier rapport sexuel (61). Dans notre questionnaire, nous avons interrogé sur la pratique du chemsex de façon générale. Ainsi, il est difficile de comparer nos données avec les résultats de l'étude PREVENIR car nous n'avons pas pris le même référentiel. Par ailleurs, 6% des PrEPeur.euses déclarent « toujours » utiliser le chemsex et 11% souvent. Bien que minoritaires, ces fréquences d'utilisation interpellent ; on peut se questionner sur une composante addictive à cet usage du chemsex, avec tous les retentissements psychiques et physiques qui peuvent en découler.

3- Utilisation du préservatif

3-1- Modalités d'utilisation du préservatif

Concernant l'utilisation du préservatif, 36% des répondeur.euses déclarent ne l'utiliser que « rarement » (25%) ou « jamais » (11%). Plus de la moitié (64%) déclarent utiliser le préservatif « toujours » (12%), « souvent » (19%) ou « parfois » (32%). 67% des PrEPeur.euses de notre étude déclarent avoir diminué leur utilisation du préservatif depuis la PrEP. 29 répondeur.euses (12%), soit une proportion non négligeable de notre échantillon de consultant.e.s, utiliseraient « toujours » le préservatif de façon générale (*figure 17*).

Comparativement, en 2016 95% des PrEPeur.euses bordelais déclaraient ne jamais utiliser le préservatif pour les fellations et 10,5% pour les rapports anaux. 73,7% déclaraient un usage du préservatif non systématique pour les rapports anaux (81). Dans notre étude, 47% des PrEPeur.euses sont « tout à fait d'accord » (24%) ou « d'accord » (23%) sur le fait que le type de rapport influence leur utilisation du préservatif (*figure 20*). Plusieurs PrEPeur.euses précisent en complément de réponse qu'ils n'utilisent pas le préservatif pour les fellations. Une

grande partie des PrEPeur.euses prennent donc possiblement en considération le risque de transmission d'IST selon le type de rapport. L'éviction du préservatif pour les fellations pourrait aussi simplement être une préférence en matière de pratiques sexuelles. Enfin, l'utilisation préférentielle du préservatif pour les rapports anaux pour des raisons d'hygiène peut être une autre hypothèse.

Les réponses à la question 18 sont également en faveur d'une préoccupation concernant les IST chez certains PrEPeur.euses. En effet, 43% des répond.euses se déclarent « pas d'accord » (23%) et « pas du tout d'accord » (20%) avec la proposition selon laquelle les IST sont négligeables par rapport au VIH. Néanmoins, une proportion élevée de PrEPeur.euses ne se prononce pas concernant cette proposition (21% « ni d'accord ni pas d'accord ») (*figure 21*).

Ainsi, la diversité des réponses à la question 13 « utilisation du préservatif » et aux questions 17 et 18 interrogeant sur des modalités d'utilisation suggère des profils variés de PrEPeur.euses quant à l'utilisation de cet outil de prévention (*Figure 17*).

Le tableau 18 présente un récapitulatif de la fréquence déclarée des différents comportements sexuels dans la population.

Comportements sexuels		Effectif	%
Antécédent d'IST	Oui	184	84
	Non	35	16
Utilisation du préservatif	Toujours	29	12
	Souvent	48	19
	Parfois	80	32
	Rarement	63	25
	Jamais	28	11
Pratique du chemsex	Toujours	14	6
	Souvent	28	11
	Parfois	29	12
	Rarement	35	14
	Jamais	142	57
Influence du type de rapport sur l'utilisation du préservatif (« insertif », « réceptif », « fellation »,...)	Tout à fait d'accord	59	24
	D'accord	57	23
	Ni d'accord ni pas d'accord	44	18
	Pas d'accord	36	15
	Pas du tout d'accord	47	19
	Données manquantes	9	4

Tableau 18 – Comportements sexuels

3-2- Caractéristiques des utilisateurs et utilisatrices du préservatif

D'après les résultats de l'analyse multivariée de la variable « fréquence d'utilisation du préservatif avec les autres variables », certaines caractéristiques semblent émerger parmi les PrEPeur.euses déclarant utiliser « rarement » ou « jamais » le préservatif. On retrouve une proportion significativement plus élevée de répond.euses ayant des antécédents d'IST (OR 0,26, IC [0,07 ; 0,94], p=0,040) et déclarant pratiquer le chemsex « parfois » (OR 0,13, IC [0,02 ; 0,77], p=0,025) (*Tableau 12*). Ces deux éléments constituent des facteurs de risque sexuel et suggèrent donc une moindre utilisation du préservatif. En effet, le chemsex qui consiste en des relations sexuelles sous substances psychoactives, plus souvent pratiquées en groupe, est plus à risque de rapports non protégés et prolongés favorisant la transmission d'IST (82). Cependant cette tendance n'est pas significative pour les fréquences d'utilisation

du chemsex « souvent » et « toujours », peut-être à cause d'un manque d'effectif. Nous devons donc interpréter ces données avec réserve. Par ailleurs, nous avons retrouvé une association significative entre les répond.euses déclarant utiliser « rarement » ou « jamais » le préservatif et ceux déclarant considérer les IST comme négligeables par rapport au VIH (OR 0,23, IC [0,07;072], $p=0,011$) (*Tableau 12, figure 23*). De plus, ces mêmes répond.euses auraient tendance à diminuer leur utilisation du préservatif depuis la PrEP d'après leur déclaration (OR 0,11, IC [0,04 ;0,32], $p<0,001$) (*Tableau 12, figure 23*). Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre l'âge, le niveau d'étude, le lieu de prescription ou la durée d'utilisation de la PrEP et la fréquence d'utilisation du préservatif, sous réserve d'effectifs trop faibles pour mettre en évidence un lien (*Tableau 12, figure 23*).

En synthèse, dans notre étude, le profil type de répond.euse utilisant rarement ou jamais le préservatif semble être un.e PrEPeur.euse présentant des facteurs de risque sexuel (pratique du chemsex, antécédents d'IST), paraissant peu considérer le risque lié aux IST et ayant diminué son utilisation du préservatif depuis la PrEP (*Tableau 12, figure 23*). Etant donné les pratiques sexuelles à risque et les préoccupations faibles quant aux IST, on peut s'interroger concernant ce type de PrEPeur.euse sur le risque de survenue d'un effet de désinhibition sous PrEP avec augmentation des comportements à risque. Ce profil de PrEPeur.euse pourra être particulièrement ciblé en prévention, à la fois concernant les risques liés aux IST mais aussi les risques liés au chemsex (défaut d'observance de la PrEP, addictions). En effet, l'étude EPIC réalisée chez les PrEPeur.euses en Nouvelles Galles du Sud en Australie avait montré que le fait d'avoir des antécédents d'IST rectales et de pratiquer le chemsex augmentait le risque d'infection au VIH d'un facteur 7 (83).

Concernant l'utilisation du préservatif spécifiquement chez les répond.euses travailleur.euses du sexe, aucun ne déclarait utiliser « jamais » le préservatif. Cependant seulement 7 participant.e.s se déclaraient travailleur.euse du sexe dans notre échantillon. Cet effectif faible ne nous permet donc pas d'émettre d'hypothèses sur l'utilisation du préservatif dans cette sous-population de PrEPeur.euses.

B- Modalités d'utilisation du préservatif

a- Facteurs d'utilisation du préservatif

D'après les réponses recueillies à la question 15 (*annexe 2*), pour la majorité des PrEPeur.euses, l'utilisation du préservatif est en premier lieu influencée par le partenaire (43%) : 28% déclarent l'utiliser avec un nouveau partenaire, 11% à la demande du partenaire, 3% selon le partenaire, 1% quand le partenaire n'est pas sous PrEP. Le fait de ne pas prendre la PrEP est la deuxième circonstance d'utilisation du préservatif mentionnée par les PrEPeur.euses (32%). Enfin, 11% déclarent toujours utiliser le préservatif (*figure 18*). Le préservatif serait donc un outil de prévention à la fois alternatif à la PrEP, lorsque celle-ci n'est pas utilisée, et complémentaire à la PrEP, selon le ou les partenaires. Parmi les répond.euses déclarant utiliser le préservatif avec un nouveau partenaire, on peut se demander si c'est dans une volonté de se prémunir contre le VIH en plus de la PrEP, contre les IST (hors VIH), ou bien les deux.

b- Facteurs de non-utilisation du préservatif

Parmi les raisons de non-utilisation du préservatif proposées à la question 16 (*annexe 2*), 35% des PrEPeur.euses se positionnent sur l'utilisation de la PrEP, 30% sur l'atteinte de la qualité de la relation sexuelle et 24% sur le statut du partenaire estimé comme sûr (*figure 19*).

Dans la question libre 25, à la différence de la réponse à la question à choix multiples 16, l'atteinte à la qualité de la relation liée au préservatif est le premier frein à l'utilisation du préservatif exprimé par les PrEPeur.euses (58%). La PrEP est la deuxième entrave à l'utilisation

du préservatif évoquée par les répondeur.euses (26%). Certains répondeur.euses soulignent la sécurité globale apportée par la PrEP, tant sur le plan du VIH que des autres IST, grâce au dépistage systématique intégré dans le suivi de la PrEP. Le choix de la PrEP révèle donc aussi la volonté de se préoccuper de sa santé sexuelle. Cette idée de conscience de sa santé était déjà revendiquée par les PrEPeur.euses sollicités lors de focus-groupe à Nantes en 2019 (76). A la différence des réponses aux questions à choix multiples, le partenaire et les pratiques sexuelles sont peu évoqués spontanément par les PrEPeur.euses comme éléments influençant l'utilisation du préservatif (*tableau 17*). Dans la question 16, légèrement plus de répondeur.euses ont opté pour la PrEP comme raison de non-utilisation du préservatif (35%) devant la qualité de la relation (30%) par rapport à la réponse libre 25 où la qualité de la relation est la réponse majoritaire (58%). Le recours à la PrEP serait vu par les répondeur.euses comme une possibilité de renoncer au préservatif donc d'une certaine manière de s'extraire de sa contrainte physique. Cette réponse peut donc rejoindre aussi l'idée de retrouver une liberté dans la sexualité, même si le choix de répondre « la PrEP » plutôt que « qualité de la relation » renvoie à la notion de sécurité et de responsabilité de sa santé, comme évoqué plus haut. La qualité de la relation sexuelle serait donc la première raison de non-utilisation du préservatif chez les PrEPeur.euses.

Ainsi, comme déjà mis en évidence dans des études antérieures, la non-utilisation du préservatif semble avant tout motivée par une volonté de se libérer de sa contrainte physique et psychique (7) (75). Les PrEPeur.euses évoquent une spontanéité dans la relation et des sensations retrouvées sans le préservatif (75).

Dans notre étude, la PrEP est largement évoquée comme raison de non-utilisation du préservatif car permettant de retrouver cette liberté sexuelle. Cette non-utilisation est justifiée par certains PrEPeur.euses comme un acte conscient et responsable. En effet, l'omission du préservatif est possible car la PrEP assure une protection efficace contre le VIH et son suivi inclue un dépistage régulier des IST.

L'utilisation ou non du préservatif n'est pas standardisée dans notre population de PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine. Alors que certains semblent complètement rejeter son utilisation, d'autres décrivent une utilisation motivée par certaines situations : selon le partenaire, selon l'utilisation ou non de PrEP au moment de la relation. Les répondeur.euses ayant des comportements sexuels à risque (pratique du chemsex, antécédents d'IST) utiliseraient moins le préservatif que les autres PrEPeur.euses et auraient tendance à moins l'utiliser depuis la prise de PrEP (*Tableau 12, figure 23*).

C- Préservatif sur ordonnance

a- Connaissance du remboursement du préservatif par les PrEPeur.euses

L'étude a révélé qu'une proportion élevée de répondeur.euses ne savait pas que le préservatif était remboursé par l'Assurance Maladie (61%) (*figure 24*). Cette information n'a peut-être pas encore eu le temps d'être suffisamment diffusée auprès des PrEPeur.euses. On peut se demander également quel est le point de vue des prescripteurs et prescriptrices de PrEP, mais aussi des équipes paramédicales, des membres des associations par rapport au préservatif sur ordonnance. Est-ce que certain.e.s de ces professionnel.le.s auraient une vision du préservatif uniquement alternative à la PrEP et donc ne verraient pas l'intérêt de le prescrire ? Est-ce que certain.e.s imagineraient que les PrEPeur.euses ne seraient pas sensibles à la communication autour du préservatif ? Il serait intéressant d'interroger les professionnel.le.s intervenant autour des PrEPeur.euses pour connaître leur positionnement par rapport à ces questions.

On peut également faire l'hypothèse que les professionnel.le.s intervenant dans le milieu de la PrEP n'ont pas été suffisamment informé.e.s de la possibilité de prescription du préservatif. Des démarches d'information pourraient être réalisées auprès de ces professionnel.le.s, via des Formations Médicales Continues (FMC), lors de congrès ou de réunion de service.

Nous avons souhaité rechercher si certains profils de PrEPeur.euses étaient plus informés que d'autres concernant la possibilité de remboursement du préservatif sur ordonnance. D'après les analyses multivariées, nous n'avons pas retrouvé d'associations significatives entre le fait de savoir ou non que le préservatif est remboursé par l'Assurance Maladie et les caractéristiques socio démographiques et comportements sexuels présentés dans le tableau 18. (Tableau 13, figure 25).

b- Influence de la prescription du préservatif sur son utilisation

1- Influence du remboursement du préservatif (avantage financier) sur son utilisation

Nous avons souhaité rechercher d'éventuelles caractéristiques communes chez les PrEPeur.euses pour lesquels le remboursement du préservatif pouvait influencer positivement son utilisation. Les analyses multivariées révèlent que les PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » à cette proposition ont une plus faible probabilité d'avoir fait des études supérieures (OR 0,13, IC [0,05 ;0,37], $p < 0,001$) (Tableau 14, figure 27). On peut supposer que les PrEPeur.euses n'ayant pas fait d'études supérieures ont des revenus potentiellement moins importants et voient un vrai intérêt au remboursement du préservatif. Ces PrEPeur.euses ont également une probabilité plus importante de répondre « d'accord » à la question relative à l'influence du type de rapport sur l'utilisation du préservatif (OR 4,37, IC [1,53-12,5], $p = 0,006$) (Tableau 14, figure 27).

Cependant, nous devons rappeler qu'à la question 16 concernant les « raisons de non-utilisation du préservatif » seulement 4 PrEPeur.euses s'étaient positionnés sur le prix (Figure 27). Par ailleurs, le prix n'est jamais évoqué comme frein à l'utilisation du préservatif dans la question 25 à réponse libre (Tableau 14). Ainsi, bien que le prix ne soit pas le principal frein à l'utilisation du préservatif, parmi les PrEPeur.euses y ayant déjà recours, son remboursement pourrait encore inciter à son utilisation.

2- Influence de la prescription médicale du préservatif sur son utilisation

Pour les questions 22 et 23 autour de la prescription médicale du préservatif, et du retentissement positif sur son utilisation, on retrouve plus de répondeurs.euses « pas du tout d'accord » (25%) ou « pas d'accord » (22%) que de répondeurs.euses « tout à fait d'accord » (10%) ou « d'accord » (12%) avec ces propositions.

Néanmoins, plus de 30% des répondeurs.euses se déclarent « ni d'accord ni pas d'accord » avec les propositions des questions 22 et 23 (figure 25 et 26). Cela rejoint les 61% de PrEPeur.euses ignorant que le préservatif était remboursé sur ordonnance ; on peut donc supposer que les répondeurs.euses ne se sont pas tous positionnés par rapport à la question de l'influence de la prescription du préservatif sur son utilisation.

Nous avons recherché d'éventuelles caractéristiques communes respectivement chez les répondeur.euses d'accord et pas d'accord avec les propositions des questions 22 et 23 (annexe 2). Nous avons donc réalisé une analyse multivariée des caractéristiques et comportements sexuels des PrEPeur.euses ayant répondu « d'accord » et « tout à fait d'accord » à ces propositions par rapport à ceux ayant répondu « pas d'accord » et « pas du tout d'accord ».

Nous avons retrouvé une association entre les répondeur.euses ayant fait des études supérieures et ceux désapprouvant ces questions (OR 0,06, IC [0,02; 0,20], $p < 0,001$) (Tableau 15, figure 27), (OR 0,19, IC [0,07; 0,52], $p = 0,001$) (Tableau 16 et figure 28).

Est-ce que ces PrEPeur.euses ayant fait des études supérieures seraient davantage informés sur les endroits où trouver des préservatifs en libre-service ? Ou, dans la continuité de la question précédente, est-ce qu'ils ne verraient pas l'intérêt des préservatifs sur ordonnance dans la mesure où ils peuvent les acheter par leurs propres moyens ?

A l'inverse, est-ce qu'il s'agirait d'une catégorie de PrEPeur.euses très documentés sur la PrEP, connaissant la grande efficacité de la PrEP sous couvert d'une bonne observance, qui se préoccuperaient consciemment peu des IST autres que le VIH et donc peu du préservatif ?

De plus, parmi les PrEPeur.euses « d'accord » avec le fait que la prescription du préservatif incite à son utilisation, on constate que ceux déclarant « toujours » en matière de fréquence d'utilisation du préservatif sont significativement moins nombreux que dans le groupe « pas d'accord » (OR 0,03, IC [0,00; 0,57], p 0,019) (Tableau 15, figure 27). On peut penser que ces consultant.e.s utilisant déjà le préservatif de façon habituelle ne voient pas d'intérêt à sa prescription car ils et elles ont déjà intégré cet outil de prévention dans leurs pratiques sexuelles.

On retrouve également une association entre les PrEPeur.euses qui approuvent la prescription du préservatif et ceux pour lesquels le type de rapport influence l'utilisation du préservatif (OR 7,7, IC [2,31; 25,9], p <0,001) (Tableau 15, figure 27), (OR 4,84, IC [1,82; 12,9], p 0,002) (Tableau 16, figure 28). Les consultant.e.s qui prennent en considération le risque d'IST dans leurs pratiques sexuelles pourraient donc être sensibles à la promotion du préservatif par la prescription médicale.

Ainsi, il y aurait trois catégories de répondeurs.euses face à ces propositions autour de la prescription du préservatif. La première concernerait ceux et celles qui n'utilisent peu ou pas le préservatif et ne voient donc pas d'intérêt à sa prescription; il s'agirait davantage de PrEPeur.euses ayant fait des études supérieures. La deuxième serait représentée par les PrEPeur.euses utilisant déjà le préservatif à une fréquence élevée ; ils et elles n'auraient donc pas besoin d'incitation supplémentaire à son utilisation par une prescription médicale. Enfin, la troisième catégorie de PrEPeur.euses semblent accorder de l'intérêt à la prescription médicale du préservatif, il s'agirait des consultant.e.s utilisant le préservatif selon les circonstances (type de rapport).

Cependant, ces résultats, bien que certains soient significatifs, doivent être interprétés avec réserve car nos effectifs restent modérés dans chaque sous-catégorie et un grand nombre de PrEPeur.euses semblent ne pas s'être positionnés sur ces questions.

c- Influence de l'échange avec un tiers pour retirer le préservatif sur son utilisation

Concernant la proposition de la question 24 sur la gêne à retirer le préservatif en pharmacie du fait de l'échange avec un tiers, 55% des PrEPeurs.euses se déclaraient « pas du tout d'accord » ou « pas d'accord » avec cette proposition, pour 27% « tout à fait d'accord » ou « d'accord » (figure 29). Au vu de ces réponses, l'échange avec une tierce personne pour l'obtention du préservatif n'apparaît pas comme une entrave à son utilisation dans notre étude pour une majorité de répondeur.euses.

En synthèse, sous réserve d'un grand nombre de PrEPeur.euses ignorant que le préservatif pouvait être prescrit, les données recueillies sont plutôt en défaveur d'une influence positive de la prescription du préservatif, associée ou non à la PrEP, sur son utilisation. L'échange avec le pharmacien pour bénéficier de la délivrance de préservatifs sur ordonnance ne semble pas être un obstacle à son utilisation.

Pour autant, le préservatif reste un outil de prévention à promouvoir dans le contexte de recrudescence des IST; d'autant plus compte tenu de la diversité des profils de PrEPeur.euses et du grand nombre semblant ne pas s'être positionnés sur cette question.

Des études complémentaires de plus grande envergure, à la fois chez les PrEPeur.euses, chez les prescripteurs, prescriptrices et autres professionnel.le.s intervenant dans le milieu de la PrEP seraient souhaitables pour préciser ces premières données.

2- Forces et faiblesses

A- Représentativité de la population d'étude

a- Par rapport à la population de Nouvelle-Aquitaine

Notre étude est multicentrique. Cependant, la population bordelaise étant sur-représentée, nous pouvions difficilement effectuer une comparaison des données recueillies par centres. De plus, notre population d'étude est issue de centres prescripteurs de seulement six départements, parmi lesquels certains ont inclus peu de répondeur.euses. Notre population n'est donc peut-être pas complètement représentative des PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine. Un autre biais de sélection aurait pu être également induit par des dates de début de recueil différentes selon les centres.

Le recueil des questionnaires en ligne et au format papier a pu constituer également un biais. En effet, dans les questionnaires en ligne nous demandions aux consultant.e.s de préciser dans quel département ils vivaient et non dans quel centre ils bénéficiaient de leur prescription de PrEP (question 4 – *annexe 2*). Nous avons cinq centres participant à l'étude en Gironde, le nombre de répondeur.euses par centre a pu être sous-estimé pour les centres dont le mode de recueil était principalement en ligne (*Tableau 5*).

Enfin, sur une durée de recueil de 4 mois nous avons inclus 252 PrEPeur.euses pour 1186 utilisateur.trices de PrEP comptabilisés par l'ANSM au premier semestre 2020. Notre échantillon est relativement faible par rapport à la totalité des utilisateur.trice.s de PrEP dans cette région, nous devons donc interpréter nos résultats avec réserve. Une étude de plus grande envergure serait souhaitable pour pouvoir extrapoler les résultats.

b- Par rapport à la population de PrEPeur.euse

Nous n'avons pas inclus dans notre recueil les personnes bénéficiant d'une prescription ou d'un renouvellement de PrEP par des associations (exemple : Poppy, association pour les personnes en situation de prostitution (80)). Ces associations peuvent être amenées à proposer la PrEP notamment aux travailleur.euses du sexe et aux personnes migrantes. Par défaut d'inclusion de ces personnes dans notre étude, notre population présente un biais de sélection ne permettant pas d'analyser les données issues de ces sous-groupes d'utilisateurs et utilisatrices.

B- Forces et limites propres au format de l'étude

a- Structure du questionnaire

L'intérêt du modèle de Likert était de retranscrire le plus précisément possible le positionnement des PrEPeurs.euses par rapport aux différentes questions. Cependant, les nuances apportées par les cinq modalités de réponses proposées ont pu gêner les analyses statistiques. Notamment pour la question « Utilisation du préservatif » (question 13) où nous aurions pu par exemple questionner sur le nombre de rapports protégés sur les quatre dernières semaines pour avoir une idée plus quantitative de l'utilisation du préservatif. En effet, les termes « souvent » ou « parfois » renvoient à des estimations subjectives du nombre d'utilisation, sur une durée indéterminée. Nous avons choisi de regrouper certains de ces items pour l'analyse, cela ayant pu induire ainsi d'éventuels biais de confusion par erreur d'interprétation.

b- Contenu du questionnaire

Pour compléter les caractéristiques de notre population d'étude notamment en ce qui concerne les comportements sexuels, nous aurions pu nous intéresser à d'autres « facteurs de risque d'IST » tels que : le nombre de partenaires dans l'année, la fréquentation de sauna ou autres lieux de convivialités gays. Nous aurions pu interroger les PrEPeurs.euses sur leur connaissance ou non concernant la problématique de la résistance aux antibiotiques des agents d'IST. Nous avons pu observer une proportion conséquente de réponses à la question libre 25 sur les freins à l'utilisation du préservatif (197 réponses, soit un taux de réponse de 78%) (*annexe 2*). Nous aurions pu de la même façon interroger les PrEPeur.euses sur les circonstances d'utilisation du préservatif via une question à réponse libre.

C- Forces et limites liées au recueil et à l'analyse des données

Bien que les questionnaires soient anonymes, les réponses de PrEPeur.euses au format papier peuvent être soumises à un biais de confusion. En effet, certains PrEPeurs.euses ont pu donner une réponse attendue par le ou la professionnel.le de santé ou le.a secrétaire à qui ils allaient rendre le questionnaire. A l'inverse, certains PrEPeur.euses ont pu être gênés de faire part de certaines idées ou pratiques (exemple : mentionner qu'ils sont travailleurs du sexe). Nous aurions pu proposer aux consultant.e.s de remettre leur questionnaire dans une urne pour éviter ce biais.

Concernant le recueil des réponses libres (question 25 dans l'annexe 2), leur répartition par thématique de réponse a pu constituer un biais de classement. En effet, certaines réponses exprimées par les PrEPeur.euses ont pu être mal interprétées par l'examineur.ice (*tableau 12*).

Nous ne pouvons exclure des biais de confusion liés à une interprétation inattendue de certaines questions par les répondeur.euses, malgré une relecture intégrale du questionnaire par des PrEPeur.euses hors Nouvelle-Aquitaine avant son lancement. La question 17 (*annexe 2*) pouvait par exemple être interprétée du point de vue du risque de transmission d'IST, ou du point de vue de la sensation.

Concernant l'analyse de l'étude, nous avons réalisé des analyses multivariées mais nous n'avons pas réalisé de multiplicité des tests. Ces analyses supplémentaires auraient pu écarter d'éventuels autres biais de confusion.

3- Perspectives

Notre étude met en évidence une utilisation hétérogène du préservatif dans la population des PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine, avec un recours au préservatif fortement influencé par le partenaire et une non-utilisation motivée par la sécurité apportée par la PrEP et le souhait de plus de sensations et de spontanéité dans la relation.

Ces modalités d'utilisation du préservatif, et plus largement les comportements sexuels des PrEPeur.euses, pourraient être observés sur le long terme à travers une étude de type cohorte prospective, sous l'égide du COREVIH Nouvelle-Aquitaine. Ce type d'étude permettrait également de mettre en évidence d'éventuels changements dans les comportements au cours du temps et d'évaluer les possibles retentissements d'actions de prévention. Elle permettrait aussi de préciser les profils de PrEPeur.euses à risque évoqués dans notre étude. En effet, il serait intéressant d'identifier ce type de consultant.e.s particulièrement à risque d'IST et potentiellement à risque d'effets néfastes liés à la pratique du chemsex afin d'orienter les actions de prévention. Parmi les actions de prévention à l'étude, DOXYVAC faisant partie du projet ANRS PREVENIR, évalue les effets d'une prophylaxie post-exposition à la doxycycline en combinant

TDF/FTC oral et doxycycline dans le but de prévenir les infections à Ct et au *Treponema Pallidum* (84). Une étude sur l'impact de la vaccination à méningocoque B dans le but de prévenir des infections à Ng est également en cours (85) (61).

D'après les études actuelles, les HSH constitueraient la grande majorité des PrEPeur.euses en France (30) (44) (*Tableau 11*). Cependant, en ce qui a concerné notre étude, nous n'avons pas pris en compte les personnes renouvelant la PrEP dans des associations (notamment l'association Poppy, renouvelant la PrEP aux travailleur.euses du sexe). Peut-être que l'élargissement de la primo-prescription aux médecins généralistes permettra entre autres de rendre la PrEP plus accessible à d'autres groupes à haut risque d'infection au VIH tels que les migrant.e.s (notamment d'origine subsaharienne) et les travailleur.euses du sexe. Les médecins généralistes pourraient être sollicités par mail via le conseil de l'ordre, par les mailings de remplacements existantes, les groupes facebook à visée d'échanges médicaux.

Concernant la question du préservatif sur ordonnance, peu de PrEPeur.euses avaient connaissance du remboursement du préservatif par l'Assurance Maladie au moment de notre étude. Il serait intéressant d'une part de connaître le positionnement des prescripteurs et prescriptrices de PrEP par rapport au préservatif sur ordonnance, d'autre part de réinterroger les PrEPeur.euses sur cette même question à distance de la transmission de cette information. Une nouvelle étude pourrait concerner les prescripteurs et prescriptrices et s'intéresser notamment à la fréquence à laquelle le préservatif est prescrit et pour quel profil de PrEPeur.euses. Les PrEPeur.euses pourraient être réinterrogés sur la question du préservatif sur ordonnance.

Il conviendrait de réaliser une étude de plus grande envergure en s'adressant également aux médecins généralistes et aux associations pour tenter d'inclure le maximum de sous population de PrEPeur.euses.

CONCLUSION

Notre travail, basé sur un questionnaire à destination des PrEPeur.euses suivis dans les centres hospitaliers et CEGIDD de Nouvelle-Aquitaine avait pour objectif de déterminer les modalités d'utilisation du préservatif dans cette population. Nous souhaitons également décrire les caractéristiques de la population des PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine et recueillir leur point de vue sur le préservatif sur ordonnance.

Les modalités d'utilisation du préservatif des PrEPeur.euses en Nouvelle-Aquitaine semblent multiples et propres à chaque PrEPeur.euses. D'une part, la fréquence d'utilisation du préservatif déclarée est hétérogène dans notre population; d'autre part, les motivations d'utilisation et raisons de non-utilisation évoquées dépendent à la fois du PrEPeur ou de la PrEPeuse, du partenaire ou de la situation.

Parmi les principales circonstances d'utilisation du préservatif, on retrouve les interactions avec le partenaire (nouveau partenaire, souhait du partenaire, statut sérologique) puis la non-utilisation de la PrEP. Les principales raisons de non-utilisation du préservatif, sont l'utilisation de la PrEP, l'atteinte des sensations, puis la connaissance du statut du partenaire estimé comme sûr.

Les PrEPeur.euses pratiquant le chemsex et ayant des antécédents d'IST n'utiliseraient que peu voire jamais le préservatif et auraient des préoccupations faibles concernant les IST autres que le VIH. On peut s'interroger sur la possibilité d'un effet de désinhibition sous PrEP chez ce profil de consultant.e avec augmentation des comportements à risque. Ces comportements sexuels à risque pourront être particulièrement recherchés en consultation chez ce profil de consultant.e pour cibler les actions de prévention.

Le profil des PrEPeur.euses dans notre travail est globalement similaire à celui retrouvé dans les précédentes études réalisées dans la région Nouvelle-Aquitaine et en France. On observe cependant une augmentation des pratiques de chemsex, à risque de transmission d'IST, de défaut d'observance de la PrEP et d'addictions. Le recours à la PrEP semble encore trop faible chez certains groupes clefs à haut risque d'infection au VIH comme les migrant.e.s d'origine sub-saharienne et les travailleur.euses de du sexe. L'élargissement de la possibilité de prescription de la PrEP aux médecins généralistes permettra peut-être de faciliter l'accès de la PrEP à ces populations très exposées au VIH.

Concernant le préservatif sur ordonnance, peu de PrEPeur.euses en Nouvelle-Aquitaine savaient que le préservatif pouvait être prescrit et pris en charge en partie par l'Assurance Maladie. Trois profils de PrEPeur.euses semblent se révéler sur cette question du préservatif sur ordonnance. Le premier concernerait ceux et celles qui n'utilisent peu ou pas le préservatif et ne voient donc pas d'intérêt à sa prescription. Le deuxième serait représenté par les PrEPeur.euses utilisant déjà le préservatif à une fréquence élevée, ils n'auraient donc pas besoin d'incitation à son usage par une prescription. Enfin, les consultant.e.s accordant de l'intérêt au préservatif sur ordonnance semblent être ceux et celles utilisant déjà le préservatif selon leur perception du risque.

Néanmoins, un grand nombre de PrEPeur.euses ignoraient la possibilité de ce remboursement initialement et pourraient ne pas s'être positionnés sur cette question. Des études ultérieures pourront s'intéresser de nouveau à cette question chez les PrEPeur.euses, mais aussi chez les prescripteurs et prescriptrices.

La PrEP donne aux PrEPeur.euses un sentiment de sécurité. En effet, elle protège efficacement contre la transmission du VIH et permet l'intégration dans une offre de soins en santé sexuelle avec le dépistage des autres IST. D'après les résultats de notre étude, le préservatif reste néanmoins un outil de prévention utilisé à la demande, en fonction des situations, du ou des partenaires, à l'appréciation des PrEPeur.euses. Dans ce sens, notamment grâce à la possibilité de prescription remboursée par l'Assurance Maladie, la proposition du préservatif doit continuer à être encouragée auprès des PrEPeur.euses.

BIBLIOGRAPHIE

1. Covid-19 : usage des médicaments de ville en France [Internet]. EPI-PHARE. 2020 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-de-ville-en-france-rapport4/>
2. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 12 novembre 2019, n°29-30 Surveillance de la mortalité par cause médicale en France : les dernières évolutions [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: [/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-12-novembre-2019-n-29-30-surveillance-de-la-mortalite-par-cause-medicale-en-france-les-dernieres-evolutions](http://import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-12-novembre-2019-n-29-30-surveillance-de-la-mortalite-par-cause-medicale-en-france-les-dernieres-evolutions)
3. jni2019-ist-atbr-bebear.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2019/com/jni2019-ist-atbr-bebear.pdf>
4. Bébéar C. Dépistage des IST : Quels nouveaux outils? Quelles recommandations ? :19.
5. HAS Truvada 2019 [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-05/bum_truvada_maj_avril2019.pdf
6. PrEP : PREVENIR confirme la très grande efficacité de la prise à la demande | vih.org [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://vih.org/20210317/prep-prevenir-confirme-la-tres-grande-efficacite-de-la-prise-a-la-demande/>
7. Di Ciaccio M, Protiere C, Rojas Castro D, Suzan-Monti M, Chas J, Cotte L, et al. Etude qualit M.Diciaccio - The ANRS-Ipergay trial, an opportunity to use qualitative research to understand the perception of the “participant”-physician relationship. AIDS Care. 20 juin 2018;30(sup2):41-7.
8. ANRS. Compte rendu de la XVIIIe conférence sur le sida de Vienne. Transcriptase. 2010;(144):55.
9. CEPP-5810_EDEN_20_novembre_2018_(5810)_avis.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5810_EDEN_20_novembre_2018_\(5810\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5810_EDEN_20_novembre_2018_(5810)_avis.pdf)
10. transcriptases_144_vienne.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: https://vih.org/wp-content/uploads/2014/03/transcriptases_144_vienne.pdf
11. Prophylaxie Pré-exposition: les premiers résultats iPrEx chez les HSH [Internet]. vih.org. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://vih.org/20101123/prophylaxie-pre-exposition-les-premiers-resultats-iprex-chez-les-hsh/>
12. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Rapport mondial: rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010. [Internet]. Genève: ONUSIDA; 2010 [cité 19 juin 2021]. Disponible sur: http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Full_Fr.pdf
13. Fiche d'information 2020 — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
14. vih.org la rédaction de. Merck Advances Phase 3 Trial to Evaluate Investigational Islatravir as Once-Monthly Oral PrEP for Women at High Risk for Acquiring HIV-1 [Internet]. vih.org. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://vih.org/20201124/merck-advances-phase-3-trial-to-evaluate-investigational-islatravir-as-once-monthly-oral-prep-for-women-at-high-risk-for-acquiring-hiv-1/>

15. Larousse É. Définitions : prophylaxie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prophylaxie/64379>
16. Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor LE, et al. Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women. *Science*. 3 sept 2010;329(5996):1168-74.
17. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. IPREX Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*. 30 déc 2010;363(27):2587-99.
18. PROUD Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection : effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673615000562?token=8D8F74DECA721EA6BD29E13ED3BFEB23708800A6DDFF3D97F8B4884922291ADEB51E2FEA21415D65316F1EFA6EC2CA1>
19. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. IPERGAY On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
20. [truvada_annexe_rtu_has_2015.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/truvada_annexe_rtu_has_2015.pdf) [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/truvada_annexe_rtu_has_2015.pdf
21. TRUVADA [Internet]. VIDAL. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/truvada-27128.html>
22. Baranek B, Wang S, Cheung AM, Mishra S, Tan DH. The effect of tenofovir disoproxil fumarate on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. *Antivir Ther*. 2020;25(1):21-32.
23. Laëtitia - 2021 - Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Pr.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco_435__reponse_rapide_prep_au_vih_150421_cd_vudoc_am_pg_vd_mel_v0.pdf
24. 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.
25. Blanc et al. - 2018 - Groupe des experts « Prise en charge médicale des .pdf [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-depistage.pdf
26. Positionnement de la SFLS et de la SPILF sur la prophylaxie pré-Exposition au VIH 20/04/2021 [Internet]. SFLS, SPILF; 2021 avr p. 1-25. Disponible sur: http://sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Actus/doc/2021/PS_PrEP_SFLS_SPILF_VF.pdf
27. S Saag, et al. M. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2020 recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel [Internet]. 2021 janv. Disponible sur: https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/recommandations_de_las_2020.pdf
28. [rapport_truvada_prep_2019_epiphare_3.pdf](https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/rapport_truvada_prep_2019_epiphare_3.pdf) [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/rapport_truvada_prep_2019_epiphare_3.pdf
29. Actualité - L'ANSM modifie les conditions de prescription et délivrance de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH - ANSM [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible

sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-modifie-les-conditions-de-prescription-et-delivrance-de-la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih>

30. S'informer [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <http://prevenir.anrs.fr/s-informer>
31. World Health Organization. Prevention and control of sexually transmitted infections (STIs) in the era of oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV. juill 2019;12.
32. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.formaprep.org/>
33. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2020. [Internet]. Santé Publique France. 2020 [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>
34. Koss CA, Charlebois ED, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Balzer LB, et al. Uptake, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis offered after population HIV testing in rural Kenya and Uganda: 72-week interim analysis of observational data from the SEARCH study. *Lancet HIV*. avr 2020;7(4):e249-61.
35. Ahmed K, Baeten JM, Beksinska M, Bekker L-G, Bukusi EA, Donnell D, et al. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. *The Lancet*. 27 juill 2019;394(10195):303-13.
36. vih.org la rédaction de. Essai DISCOVER : Le Descovy® aussi efficace que le Truvada® pour la Prep [Internet]. vih.org. [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://vih.org/20190307/essai-discover-le-descovy-aussi-efficace-que-le-truvada-pour-la-prep/>
37. OMS Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
38. vih.org la rédaction de. Prep : Le cabotegravir en injection plus efficace que les comprimés? [Internet]. vih.org. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://vih.org/20200608/prep-le-cabotegravir-en-injection-plus-efficace-que-les-comprimés-selon-un-essai/>
39. Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, éditeur. EMIS 2010: the European Men-Who-Have-Sex-With-Men internet survey: findings from 38 countries. Stockholm: ECDC [u.a]; 2013. 217 p. (Technical report).
40. La-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada®-HAS-mars-2017.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://vihcliv.fr/wp-content/uploads/2018/03/La-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada%C2%AE-HAS-mars-2017.pdf>
41. vih.org la rédaction de. AIDS 2020, conférence virtuelle pour deux épidémies [Internet]. vih.org. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://vih.org/20200706/aids-2020-conference-virtuelle-pour-deux-epidemies/>
42. Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH [Internet]. EPI-PHARE. 2020 [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2020/>
43. Où trouver la PrEP [Internet]. [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.aides.org/ou-trouver-la-prep-vih>
44. Deborde M. Enjeux et mise en place des consultations PrEP au CHU de Bordeaux en 2016, état des lieux à un an [Thèse d'exercice]. [2016-2017, Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2017.

45. rapport_dactivite_2019_final_compressed.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: https://www.corevih-na.fr/sites/default/files/rapport_dactivite_2019_final_compressed.pdf
46. vih.org la rédaction de. Objectifs 2020 de l'Onusida : un échec accentué par le Covid-19 [Internet]. vih.org. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://vih.org/20200707/objectifs-2020-de-lonusida-un-echec-accentue-par-le-covid-19/>
47. Rapport Mondial 2020 - Agissons maintenant - Pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Rapport%20Mondial%202020%20%20-%20Agissons%20maintenant%20-%20Pour%20combattre%20les%20profondes%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20et%20mettre%20fin%20aux%20pand%C3%A9mies.pdf>
48. VIH/sida [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida
49. UNAIDS. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021- 2026. Genève, Suisse; 2021 mars p. 121. Report No.: 3.
50. Objectifs 2020 : des avancées disparates. Le rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida fait état d'un échec accentué par la COVID-19 [Internet]. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report
51. Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST / Epidemiological situation and screening for HIV and other STIs. :53.
52. Grulich AE, Guy R, Amin J, Jin F, Selvey C, Holden J, et al. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *Lancet HIV*. nov 2018;5(11):e629-37.
53. Plus d'un million de cas d'infections sexuellement transmissibles curables surviennent chaque jour [Internet]. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
54. Principaux repères sur l'hépatite C [Internet]. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
55. Jensen J. Revising IST treatment guidelines in time of rapidly evolving antimicrobial resistant STIs. *Abstr STI HIV World Congr Jt Meet 23rd ISSTD 20th IUSTI July 14–17 2019 Vanc Can*. 17 2019;95:A1-376.
56. Bulletin de surveillance des infections sexuellement transmissibles. *ResIST*; 2018 avr p. 1-12.
57. Velter A, Sauvage claire, Saboni L, Sommen C, Alexandre A. HIV prevalence estimate among men who have sex with men attending gay venues in five french cities - PREVAGAY 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 18 juill 2017;347-54.
58. Santé Publique France. Evolution des comportements de prévention chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France - Enquête rapport au sexe 2017 et 2019. Réunion des associations; 2019 nov 27.
59. PALICH Romain. IST chez les PrEPeurs français : plus j'en ai, plus j'en fait ! In 2020 [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/aids/2020/ej/ist-chez-prepeurs-francais-plus-j-ai-plus-j-fais>

60. Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H. 2016 European guideline on *Mycoplasma genitalium* infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. oct 2016;30(10):1650-6.
61. L'efficacité de la PrEP à la demande confirmée après 3 ans de suivi par l'étude ANRS Prévenir présentée à la CROI 2021 | ANRS [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.anrs.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/799/lefficacite-de-la-prep-la-demande-confirmee-apres-3-ans-de-suivi>
62. Ndeikoundam N, Viriot D, Pioche C, Fournet N, Hannachi O, Ramus C. VIH ET IST BACTÉRIENNES : TENDANCES ET PERSPECTIVES EN TERME DE SURVEILLANCE. 2003;32.
63. Caumes E. Réémergence inquiétante des infections sexuellement transmissibles dans un contexte de promotion de la PrEP. Pourquoi ne pas en revenir au safer sex ? Presse Médicale. 1 sept 2018;47(9):719-21.
64. Samuel M. Jenness, PhD1 Kevin M. Weiss, MPH1 Steven M. Goodreau, PhD2 Thomas Gift, PhD3 Harrell Chesson, PhD3 Karen W. Hoover, MD. Incidence of Gonorrhea and Chlamydia Following HIV Preexposure Prophylaxis among Men Who Have Sex with Men: A Modeling Study. Clinical Infectious Diseases. sept 2017;65:712-8.
65. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. Lancet HIV. 1 sept 2017;4(9):e402-10.
66. AIDES_GUIDE PREP PHARMA_2018_WEB.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_GUIDE%20PREP%20PHARMA_2018_WEB.pdf
67. Celse M, Geffroy L. Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH//SIDA (PrEP) [Internet]. Conseil National du Sida; 2012 janv p. 34. Disponible sur: www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2012-01-12_avi_fr_prevention.pdf
68. European Centre for Disease Prevention and Control., Sigma Research (London School of Hygiene and Tropical Medicine)., Robert Koch Institute. EMIS-2017: the European men who have sex with men Internet survey : key findings from 50 countries. [Internet]. LU: Publications Office; 2019 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/690387>
69. Santé publique France. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, données 2018. 2019 nov p. 1-15.
70. Traeger MW, Schroeder SE, Wright EJ, Hellard ME, Cornelisse VJ, Doyle JS, et al. Effects of Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of Human Immunodeficiency Virus Infection on Sexual Risk Behavior in Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Infect Dis. 16 août 2018;67(5):676-86.
71. HAS. Avis de la CNEDiMTS - préservatifs EDEN. [Internet]. 2018 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5771_EDEN_09_octobre_2018_\(5771\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5771_EDEN_09_octobre_2018_(5771)_avis.pdf)
72. HAS. Avis de la CNEDiMTS - Préservatif sortez couverts [Internet]. 2018 oct [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5834_SORTEZ%20COUVERTS_18_d%C3%A9cembre_2018_\(5834\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5834_SORTEZ%20COUVERTS_18_d%C3%A9cembre_2018_(5834)_avis.pdf)
73. ARS. Séminaire santé sexuelle. « Vers l'opérationnalisation d'un pass préservatif de l'état des lieux en santé en santé sexuelle chez les néo-aquitains de moins de 25ans ». Bordeaux: ARS; 2019 déc p. 1-2.

74. Siegler AJ, Boos E, Rosenberg ES, Cecil MP, Sullivan PS. Validation of an Event-Level, Male Sexual Pleasure Scale (EMSEXpleasure) Among Condom-Using Men in the U.S. *Arch Sex Behav.* août 2018;47(6):1745-54.
75. Mabire X. Individus et communautés face aux risques du VIH : enjeux psychosociaux de l'avènement de la PrEP. [Lyon]: Lyon; 2020.
76. Puppo C, Préau M, Bonnet B, Bernaud C, Malet M, Henry C, et al. Étude qualitative par focus groups de la qualité de vie sexuelle et la satisfaction des personnes suivies pour PrEP. *Médecine Mal Infect.* 1 sept 2020;50(6, Supplément):S188.
77. Préservatif remboursé par la sécurité sociale extrait de loi [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>
78. JM. Molina, J. Ghosn, M. Algarte-Genin, D. Rojas -Castro, L. Beniguel, G. Pialoux, C. Incidence of HIV-Infection with Daily or On Demand PrEP with TDF/FTC in the Paris Area: An Update of the Prevenir Study. 10th IAS Conference on HIV science; 2019 juill 21; Mexico.
79. Roulin J-L. Savoir, comprendre, apprendre, leçon de psychométrie [Internet]. 2018 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.psychometrie.jlroulin.fr/cours/cours-psychometrie.pdf>
80. Dispositif prostitution Poppy [Internet]. La CASE. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.lacase.eu/poles-intervention/dispositif-prostitution-poppy>
81. Deborde M. Enjeux et mise en place des consultations PrEP au CHU de Bordeaux en 2016, état des lieux à un an. 11 sept 2017;77.
82. Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M, Nardone A, Gilson R, Delpech V, et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med.* avr 2018;19(4):261-70.
83. Grulich AE, Guy R, Amin J, Jin F, Selvey C, Holden J, et al. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *Lancet HIV.* nov 2018;5(11):e629-37.
84. Essais cliniques sur Unsafe Sex: Experimental: doxycycline, Vaccin Bexsero® - Registre des essais cliniques - ICH GCP [Internet]. [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://ichgcp.net/fr/clinical-trials-registry/NCT04597424>
85. Semchenko EA, Tan A, Borrow R, Seib KL. The Serogroup B Meningococcal Vaccine Bexsero Elicits Antibodies to Neisseria gonorrhoeae. *Clin Infect Dis.* 13 sept 2019;69(7):1101-11.

ANNEXES

Annexe 1

Thaïs Bonnet

Interne en Médecine Générale

Le 25 août 2020,

Lettre à l'intention des prescripteurs et prescriptrices de PrEP en Nouvelle-Aquitaine

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale à Bordeaux, et je me permets de vous contacter concernant mon projet de thèse. Je réalise un travail de thèse dirigé par le Docteur Nicolas Rouanes, sur les freins à l'utilisation du préservatif par les consultant.e.s PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine, dans le contexte du remboursement récent du préservatif par l'assurance maladie.

Pour cela, je souhaiterais proposer aux consultant.e.s PrEPeurs.euses de Nouvelle-Aquitaine de remplir un questionnaire anonyme en ligne, ou en format papier.

Le COREVIH a accepté de m'accompagner dans ce projet. Nous pensions diffuser ces questionnaires dans les CEGIDD et les centres de consultation prescrivant la PrEP en Nouvelle-Aquitaine de plusieurs manières :

- Mise en place d'affiches dans les salles d'attente avec lien internet ou code-barre à flasher à l'aide d'un téléphone portable pour accéder au questionnaire en ligne ;
- Mise à disposition de questionnaires papier dans la salle d'attente, à rendre au médecin pendant la consultation, ou à tout autre intervenant présent dans le centre qui serait intéressé par le projet (interne, TEC COREVIH, infirmier.e, secrétaire) ;
- Envoi par mail du lien pour répondre au questionnaire en ligne par le médecin prescripteur de PrEP ;

Nous vous faisons parvenir ci-joint l'ensemble de ces documents.

Accepteriez-vous de participer à ce projet ?

Nous souhaiterions si possible un retour de votre part avant le 18 septembre.

Je reste à votre disposition pour toutes questions ou remarques.

Respectueusement,

Thaïs Bonnet

Questionnaire Consultant.e.s PrEPeurs et PrEPeuses

Ce questionnaire s'intègre dans un travail de thèse de médecine sur l'évaluation de l'utilisation du préservatif chez les consultant.e.s PrEPeurs et PrEPeuses, dans le contexte du remboursement du préservatif externe (ou dit « masculin ») par l'assurance maladie depuis décembre 2018. Il s'agit d'un questionnaire anonyme. Durée estimée à moins de 5 minutes.

Mieux vous connaître

1) **Quel est votre sexe ?**

- Homme Femme Transgenre Intersexe

2) **Quel est votre âge ?**

3) **Quelle est votre nationalité ?**

- Française Etrangère Si étrangère, précisez :

4) **Dans quel département vivez-vous ?**

- Gironde Landes Dordogne Pyrénées-Atlantiques Lot-et-Garonne
 Charente-Maritime Charente Vienne Haute-Vienne Deux-Sèvres
 Corrèze Creuse

5) **Quel est votre niveau d'étude ?**

- Sans diplôme Brevet des collèges Bac BEP/CAP Etudes supérieures

6) **Quelle est votre profession ?**

- Agriculteurs, exploitants Artisans, commerçants Cadres et professions
Intellectuelles supérieures Professions intermédiaires Ouvriers Employés
 Etudiants Retraités Sans activité professionnelle

7) **Orientation sexuelle ?**

- Relations homosexuelles exclusivement Relations bisexuelles
 Relations hétérosexuelles exclusivement

8) **Etes-vous travailleur.euse du sexe ?**

- Oui Non

9) **Avez-vous déjà eu des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ?**

- Oui Non

Le préservatif, la PrEP et vous

10) Depuis combien de temps utilisez-vous la PrEP ?

- Plus de 2 ans Moins de 2 ans Moins d'un an

11) Selon quelle modalité utilisez-vous la PrEP ?

- En continu En discontinu (= à la demande) Variable selon les périodes

12) Où bénéficiez-vous des prescriptions de PrEP ?

- Centre Hospitalier CEGIDD Cabinet de Médecine Générale

13) Utilisez-vous le préservatif ?

- Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

14) Pratiquez-vous le chemsex (= sexe sous drogues) ?

- Toujours Souvent Parfois Rarement Jamais

15) Quelle(s) est(sont) la(es) circonstance(s) dans lesquelles(s) vous utilisez le préservatif ?

- Toujours Avec un.e nouveau.elle partenaire Quand vous n'êtes pas sous PrEP
 Jamais Autre :

16) A l'inverse, quelle(s) serai(ent) la(es) raison(s) pour laquelle(s) vous n'utiliserez pas le préservatif ?

- Partenaire estimé.e non à risque d'Infection Sexuellement Transmissible Prix
 Atteinte à la qualité de la relation sexuelle (sensations, spontanéité...) Allergie
 Pression du partenaire à ne pas l'utiliser Manque de sûreté du préservatif
 Prise de PrEP Autre :

17) Votre type de rapport : insertif (« actif »), réceptif (« passif »), fellation, chemsex, influence-t-il votre utilisation du préservatif ?

- Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord ni pas d'accord Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

18) Si vous n'utilisez que peu ou pas le préservatif sous PrEP, est-ce parce que vous considérez que les autres infections sexuellement transmissibles sont négligeables par rapport au VIH ?

- Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord ni pas d'accord Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

19) Votre utilisation du préservatif a-t-elle diminué depuis que vous prenez la PrEP ?

- Oui Non

Le préservatif sur ordonnance ?

A vous de nous dire !

20) Saviez-vous que le préservatif externe (ou masculin), retiré en pharmacie sur prescription médicale, est remboursé par l'assurance maladie depuis 2018 ?

- Oui Non

21) Le fait que le préservatif soit pris en charge par l'assurance maladie pourrait-il vous inciter à davantage l'utiliser ? (Avantage financier)

- Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord, ni pas d'accord
 Pas d'accord Pas du tout d'accord

22) Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale pourrait-il vous inciter à davantage l'utiliser ?

- Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord, ni pas d'accord
 Pas d'accord Pas du tout d'accord

23) Le fait que le préservatif fasse l'objet d'une prescription médicale en même temps que la PrEP pourrait-il vous inciter à davantage l'utiliser ?

- Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord, ni pas d'accord
 Pas d'accord Pas du tout d'accord

24) Pour vous, la délivrance du préservatif en pharmacie, donc l'échange avec une tierce personne pour l'obtenir, peut-elle dissuader à la récupération de préservatif ? (gêne)

- Tout à fait d'accord D'accord Ni d'accord, ni pas d'accord
 Pas d'accord Pas du tout d'accord

25) Selon vous, quels sont les freins à l'utilisation du préservatif chez les PrEPeur.euse.s ?

Réponse libre :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

En cas de questions ou suggestions : theseprepetpreservatif@gmail.com

Thaïs Bonnet

Interne en Médecine Générale

Questionnaire sur l'utilisation du préservatif à destination des Consultant.e.s PrEPeurs et PrEPeuses de Nouvelle- Aquitaine

Ce questionnaire s'intègre dans un travail de thèse de médecine sur l'évaluation de l'utilisation du préservatif chez les consultant.e.s PrEPeurs et PrEPeuse.s, dans le contexte du remboursement du préservatif par l'assurance maladie depuis décembre 2018.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme.

Ci-joint le lien à taper dans votre barre de recherche internet pour répondre au questionnaire : <https://forms.gle/7SYG3LumE4k1jmi56> (Cliquez sur envoyer à la fin pour valider le questionnaire)

Ou, code-barre à scanner à l'aide de votre téléphone mobile pour accéder au questionnaire en ligne :



Merci de votre participation !

En cas de questions ou suggestions : theseprepetpreservatif@gmail.com

Thaïs Bonnet

Interne en Médecine Générale

COREViH
Nouvelle Aquitaine

Annexe 4

Modalités d'utilisation du préservatif chez les PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine : une étude observationnelle

T. Bonnet (1), M. Hessamfar (2), I. Le Hen (3), G. Le Moal (4), A. Barret (5), H. Ferrand (6), G. Illes (7), M. De Roncato-Saberan (8), S. Farbos (9), A. Riche (10), J. Lespinasse (2), C. Cazanave (2), N. Rouanes (1).

(1) Centre Hospitalier de Périgueux, (2) Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, (3) CeGGID de Bordeaux, (4) Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, (5) Centre Hospitalier d'Arcachon, (6) Centre Hospitalier de Libourne, (7) Centre Hospitalier de Mont de Marsan, (8) Centre Hospitalier de la Rochelle, (9) Centre Hospitalier de Bayonne, (10) Centre Hospitalier d'Angoulême

Congrès de la SFLS – Grenoble 2021



Contexte : Le recours à la PrEP est en constante augmentation depuis son AMM en 2017. Parallèlement, on observe une recrudescence des IST dans la population générale, plus particulièrement chez les HSH cible privilégiée de la PrEP. Le préservatif qui reste l'outil le plus efficace en prévention des IST est maintenant remboursé sur ordonnance depuis 2018. Nous nous sommes intéressés aux modalités d'utilisation du préservatif chez les PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine à la lumière de ces données.

Objectifs :

Principal : Décrire les modalités d'utilisation du préservatif dans la population des PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine.

Secondaires : Décrire la population des PrEPeur.euses de Nouvelle-Aquitaine et leur vision du préservatif sur ordonnance.

Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, multicentrique en Nouvelle-Aquitaine au moyen d'un questionnaire anonymisé (version papier et digitale via flashcode) à destination des PrEPeur.euses diffusé via le COREVIH Nouvelle-Aquitaine.

Nous avons réalisé des analyses univariées et multivariées entre la variable « fréquence d'utilisation du préservatif » et les différentes caractéristiques des PrEPeur.euses de notre échantillon.

Résultats : 11/21 centres prescripteurs, dans 7/12 départements de Nouvelle Aquitaine ont participé à l'étude entre septembre 2020 et janvier 2021.

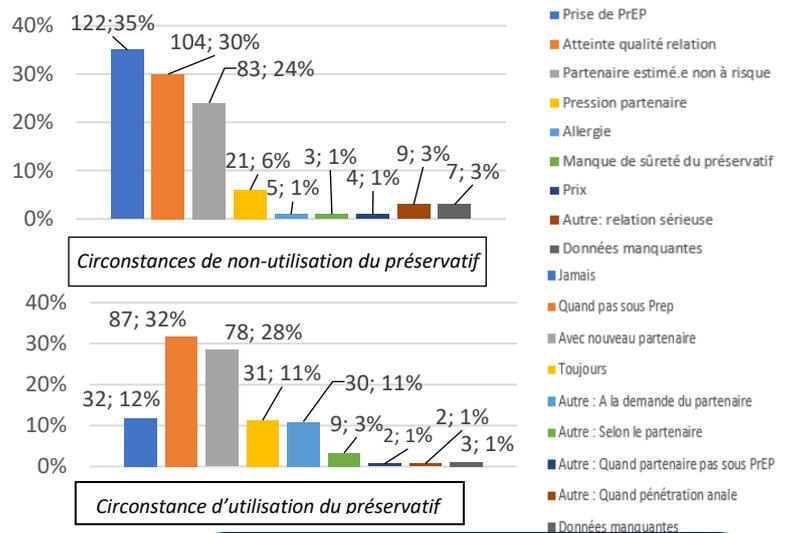
252 patients ont répondu au questionnaire.

Vision du préservatif sur ordonnance par les PrEPeur.euses

- 61% des répondeur.euses ignoraient que le préservatif était remboursé.
- Les PrEPeur.euses utilisant plus fréquemment le préservatif approuvaient le fait que la prescription du préservatif encourage à son utilisation ($p < 0,019$).

Qui sont nos PrEPeur.euses?

- L'âge médian était de 40 ans
- 99% étaient des hommes
- 96% étaient d'origine française et 74% résidaient en Gironde
- 98% se disaient HSH
- 66% avaient fait des études supérieures
- 3% étaient travailleur.euses du sexe
- 84% avaient un antécédent d'IST
- 43% déclaraient pratiquer le chemsex
- 35% prenaient la PrEP depuis moins d'un an, 33% depuis plus de 2 ans
- 46% prenaient la PrEP en continu
- 12% déclaraient ne jamais utiliser le préservatif



Caractéristiques communes des PrEPeur.euses déclarant utiliser rarement ou jamais le préservatif

- La pratique du chemsex et les antécédents d'IST étaient associés à une utilisation du préservatif moins fréquente ($p < 0,025$ et $p < 0,040$ respectivement).
- Ces PrEPeur.euses déclaraient considérer les IST comme négligeables par rapport au VIH ($p < 0,011$).
- Ces PrEPeur.euses déclaraient diminuer leur utilisation du préservatif depuis l'initiation de la PrEP ($p < 0,01$).

Conclusion : Les modalités d'utilisation du préservatif semblent multiples et propres à chacun ; elles dépendent à la fois du ou de la PrEPeur.euse, du partenaire, de la situation. Le profil des PrEPeur.euses dans notre étude est globalement similaire à celui retrouvé dans les précédentes études autour de la PrEP. On observe cependant une proportion plus importante d'utilisateurs.rices de chemsex dans cet échantillon. Peu de PrEPeur.euses savaient que le préservatif était remboursé ; des études ultérieures pourraient s'intéresser à cette question dans cette population mais également chez les prescripteurs.rices pour mieux appréhender ce manque d'information.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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